

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza, 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 5

WARSZAWA, 31 MAJA 1924 R.

Rok I

Warszawskiemu Towarzystwu Higienicznemu w święto jego ćwierćwiecza w uznaniu jego zasług dla Kraju — oraz Uczestnikom 3-go Zjazdu Higienistów Polskich z życzeniami owocnej dla Ojczyzny pracy numer niniejszy poświęca

Redakcja.

Z dziejów Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Skreślił Dr. J. Polak (Warszawa).

Pragnąc spełnić życzenie Szanownej Redakcji, abym opracował dla niej szkic dziejów Towarzystwa Higienicznego, muszę zastrzedz się, że w bardzo krótkim oznaczonym mi terminie mogę zadanie to wykonać jedynie w najogólniejszym zakresie, raczej ewolucję idei, niż działalność Towarzystwa, mając na względzie.

Początek zbiorowej akcji społecznej, która ostatecznie przyjęła postać Towarzystwa Higienicznego, datuje się od roku 1885, w którym rozpocząłem wydawnictwo „Zdrowia”. Istniały i poprzednio w Polsce, jak wiadomo, czasopisma, poświęcone higienie, ale trwały one zwykle bardzo krótko i organizacji stałego zespołu higienistów na cel nie miały. „Zdrowie” z roku 1885 miało na celu zorganizowanie zespołu higienistów, przytem, według wzorów angielskich, nadając na równi z lekarzami prawa do tego tytułu inżynierom, budowniczym, prawnikom, ekonomistom.

Niebawem po rozpoczęciu rzeczonego wydawnictwa powziąłem myśl urządzenia Wystawy Higienicznej, która też, jako owoc blisko dwuletniej mozolnej pracy, została otwarta w czerwcu roku 1887. Do przygotowania jej należało kilkudziesięciu higienistów, bakterjologów, inżynierów, budowniczych i t. p., którzy duchowo już się nie rozłączali; gdy bowiem wystawa, o której, nawiasem mówiąc, pisał delegat rządu francuskiego, Dr. Monin, iż uprzedziła Paryż i inne stolice, prócz Londynu i Berlina, została zamknięta, zdecydowaliśmy się utworzyć „Towarzystwo Przyjaciół Zdrowia”. Niestety, opracowawszy bardzo starannie z udziałem ś. p. Okolskiego, profesora prawa międzynarodowego, statut Towarzystwa, próżno kołataliśmy przez dziesięć lat do rządu o jego zatwierdzenie, i dopiero w roku 1898, gdy ówczesny generał-gubernator, Ks. Imre tyński, przyszedł do przekonania, że zatwierdzenie ustawy Towarzystwa Higienicznego nie oznacza jeszcze ostatecznej zagłady państwa zaborczego, rząd statut nasz zatwierdził.

Nic dziwnego, że z takim trudem założone Towarzystwo, mające na celu poprawę tak niestęchanie zaniedbanego zdrowia publicznego, zyskało wielką sympatię społeczeństwa, i że najlepsi działacze społeczni stawali się jego członkami. A jedną z najważniejszych cech jego były oddziały prowincjonalne, jakiś cień nici, łączącej rozerwane na małe komórki Królestwo.

Nastąpił długi względnie okres dziejów naszej instytucji, wynoszący około 17 lat, w którym działalność jej z punktu widzenia korzyści kraju może być określona w sposób następujący:

- 1) Towarzystwo pobudziło liczne szeregi (około 1000) osób do zespolenia się w pracy twórczej, skierowanej ku poprawie stosunków zdrowotnych, a nawet nie tylko zdrowotnych, gdyż nie pomijało spraw innych, ze zdrowotnością spokrewnionych, mianowicie zaś wychowawczych.

- 2) Za pomocą tysięcy referatów i rozpraw, po części uważanych za jałowe, o których wzmianki podawano w prasie w milionach egzemplarzy, Towarzystwo wytworzyło atmosferę przyjazną dla poczynañ praktycznych na polu zdrowotności. Do tego przyczyniły się w znacznym stopniu oddziały Towarzystwa, liczne wystawy i zjazdy, odbywane w różnych miastach kolejno.

- 3) Utworzył się w Towarzystwie szereg instytucji i zakładów, po części wielkich, jak Sanatorium w Rudce, Ogrody im. Raua, Instytut Higieny Dziecięcej im. de Lanvala, Muzeum Higieny w Częstochowie, szereg zakładów kąpielowych na prowincji, wystawy ruchome.

- 4) Opracowano szereg ankiet sanitarnych (np. w sprawie zaopatrywania w wodę, higieny zagród wiejskich i t. p.), wskazówek i broszur popularnych i urządzono mnóstwo odczytów.

- 5) Wydano „Projekt Prawa o Zdrowiu Publicznem w Polsce”.

Następny okres dziejów Towarzystwa przypada na czas wojny i trwa niemal do chwili bieżącej. W okresie tym, wobec zawieruchy wojennej, a potem nałożonej a gmatwanej namietnościami politycznemi pracy państwowo-twórczej, gdy życie towarzystw społecznych wogóle osłabło, zmalała działalność Towarzystwa Higienicznego, lecz wielu członków jego stało się urzędnikami państwa, wnosząc pewne wyszkolenie i zamiłowanie do zdrowia, nabyte poniekąd w tem zrzeszeniu.

W tym jednak okresie dokonało Towarzystwo kilku spraw ważnych. Przedewszystkiem dokończyło pomyślnie rozpoczętą w przededniu wojny budowę gmachu własnego, który zapewnił mu możność szerokiego rozwinięcia w przyszłości pracy przez urządzenie obszernych biur, pracowni, muzeum i sal wykładowych. W tym też czasie urządziliśmy dwa wielkie zjazdy higienistów w Warszawie, a przygotowując się do wzmożonej pracy w radykalnie zmienionych warunkach, zmieniliśmy odpowiednio statut Towarzystwa, tworząc z dotychczasowego zrzeszenia, ześrodkowującą inicjatywę higieniczno-społeczną jednej dzielnicy, federację Towarzystw Higienicznych na całym obszarze państwa. Jakoż w przededniu obecnego zjazdu utworzyły się dwa wielkie oddziały nasze w Krakowie i w Wilnie.

Zjazd więc obecny rozpocząć ma nowy okres dziejów naszych w warunkach wręcz odmiennych od pierwszego, zresztą nie mniej szczytnego okresu. Tam przełamaliśmy wrogie usposobienie obcego państwa, tu mamy pracować ręką w rękę z własnem; wówczas oddzielono naszą pracę kordonem od wielkich dzielnic Ojczyzny, dziś pracować mamy dla całej zjednoczonej i niepodległej Polski.

PRACE ORYGINALNE.

Medycyna społeczna.

O eugenice i jej zadaniach.

podał

L. WERNIC (Warszawa).

Pojęcie eugeniki, jako wiedzy, jest mało znane nie tylko szerszemu ogółowi laików, lecz i lekarzom polskim. Jeżeli wszakże pewnemu zastępowi tych ostatnich, szczególnie neuropatologom i psychiatrom, nie jest obca dziedzina eugeniki naukowej, to i tutaj dosyć często ujawnia się niezajomość tych dziedzin socjalnych, które zostały objęte przez eugenikę społeczną.

Już sam rozwój Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, które początkowo występowało, jako Towarzystwo walki z nierządami i chorobami wenerycznymi, następnie jako Towarzystwo walki ze zwyrodnieniem rasy, aby ostateczną nazwę przyjąć przed rokiem, może powodować fałszywe pojęcie o eugenice, zwracając ją do zakresu walki z chorobami wenerycznymi*).

Znana jest ogółowi lekarzy teoria Mendla, która, aczkolwiek dziś już tylko w słabym stopniu wiąże się z zadaniami eugeniki społecznej, jednakże była pierwotnie głównym impulsem do powstawania eugenetyki, z której, dzięki zięciowi Darwina, Galtonowi, powstała eugenika.

Przed 60 laty opat z Brna morawskiego Mendel, oddając się badaniom nad krzyżowaniem roślin i zwierząt, odkrył dosyć ściśle prawa, według których pewne cechy dziedziczą się w określonym stosunku matematycznym. W każdej komórce płciowej, gamecie, znajdują się pewne cechy — geny, które są przekazywane istotcie, powstającej z połączenia gametów — zygocie.

Jeżeli pewna cecha — gen — istnieje w obu gametach — męskim i żeńskim — to powstający zygota w stosunku do tego genu jest homozygotą, jeżeli zaś istnieje w jednym gamecie, to nazywa się heterozygotą. Geny gametów męskiego i żeńskiego mogą się w ten sposób w zygocie uzupełniać, czyli wzmacniać, lub też, o ile są równej mocy, wzajemnie niwelować i stawać się niewidzialnymi. Jeżeli zaś jeden gen jest silniejszy od innego tej samej kategorii, to dominujący zakrywa przed okiem naszym gen słabszy czyli ustępujący. Obserwacja Mendla z początku skupiła się nad grochem, a mianowicie nad jego cechą wysokości.

Łącząc groch wysokopięny z niskopięnym, otrzymał on stale pierwsze pokolenie mieszańców, obdarzone wysokim wzrostem. Gen wysokości dominował na całej linii.

Jeżeli wszakże łączył ze sobą tych samych mieszańców, to powstałe z nich pokolenie tylko w połowie było podobne do swoich rodziców mieszańców, w jednej czwartej do jednego z dziadków — t. j. miało cechy czystego grochu wysokopięnego, a w jednej czwartej do drugiego z dziadków, to jest do grochu niskopięnego. Stosunek 1:2:1 stał się powtarzał w sferze dziedziczenia genu pomienionego.

Nauka Mendla, zaćmiona wielką gwiazdą współczesnego mu Karola Darwina — poszła na długo w zapomnienie i dopiero w końcu wieku 19-go, dzięki Galtonowi, zięciowi Darwina, została ponownie wyciągnięta na światło dzienne. Galton zapragnął wyniki prac Mendla,

*) Tłumaczyć ewolucję powyższą należy faktem, iż największa bolączka nasza — zaraza weneryczna, szczególnie dająca się jako czynnik zwyrodnienia odczuwać podczas wojny, była punktem wyjścia dla idei Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Warunki ówczesne były więc przyczyną, jak również fakt, że najwięcej znalazło się w Polsce ludzi, przygotowanych do walki z tą zarazą. Jednakże w miarę pogłębiania sprawy i zwiększania się zastępów osób, interesujących się doborem sił, pracujących przy odbudowie państwa polskiego, terytorium spraw, wymagających rozwiązania, powiększało się, a wraz z nimi rozszerzały się zadania Towarzystwa.

operującego wśród roślin i zwierząt, przenieść w dziedzinę życia ludzkiego. Eugenetyka, która stała się podwaliną nauki o hodowli roślin i zwierząt, wkroczyła w dziedzinę ludzką pod nazwą eugeniki.

Pomijamy obecnie cały szereg poglądów krytycznych, ogłoszonych zarówno przez przyrodników, jak i psychiatrów, pragniemy na tem miejscu raz jeszcze podkreślić, że mniejsze lub większe braki teorii Mendla nie są w stanie podważyć wartości prac eugeniki społecznej i myśli twórczych, które ona umysł ludzki zapłodniła.

Galton, obserwując stan współczesny społeczeństwa i zestawiając dostępną mu z tej dziedziny statystykę, zauważył stałe zmniejszanie się odsetki ludzi zdolnych, co grozi katastrofą cywilizacji. Postęp bowiem powszechny wymaga dzisiaj ogromnego napięcia sił twórczych, oraz szybkiego i umiejętnego ich wyzyskiwania, gdyż wymagania, które życie współczesne stawia człowiekowi cywilizowanemu, rosną w sposób niesłychanie szybki. Jeżeli porównać odsetkę ludzi genialnych i utalentowanych w okresie złotym Aten starożytnych, który trwał 100 lat, z odsetką ludzi utalentowanych w Anglii w ostatnim stuleciu, to wynik dla tej ostatniej będzie wprost druzgocący. Anglia bowiem zajmie w stosunku do Aten takie stanowisko, jak najdłuższy szczepek ludożerców afrykańskich do Anglii. Co dopiero mówić o innych krajach Europy wogóle, a naszej ojczyźnie w szczególności.

Zanik uzdolnień wśród ludzi jest następstwem coraz gorszego doboru sił małżeństw oraz coraz niewłaściwszego wyzyskiwania uzdolnień odziedziczonych przy wyborze zawodów. Zanim podamy program eugeniki społecznej w Polsce na chwilę obecną, określimy jej rolę naukową słowami dra Boulengera — prezesa Tow. Eugenicznego w Belgji — wygłoszonemi na zjeździe ligi belgijskiej dla walki z niebezpieczeństwem wenerycznym.

Eugenika, zdaniem pomienionego autora, dąży do ucieleśnienia dwu zasad naczelnych: 1) stworzenia najbardziej normalnego — ewentualnie najbardziej uzdolnionego człowieka, 2) przeciwdziałania powstawaniu typów chorobliwych lub nienormalnych. Dążąc ku tym celom, eugenista musi znać prawa dziedziczności, znać fizjologję gruczołów wogóle, a dokrewnych w szczególe i narządów płciowych, embriologję oraz pozostawać w związku z dorobkiem naukowym anatomji, histologji, antropologji i patologji.

Jednocześnie eugenika jest wiedzą socjalną zarówno przez swój cel — poprawienia rasy ludzkiej, jak i środki, któremi go osiągnąć zamierza — oddziaływanie na społeczeństwo. Eugenika musi znać warunki i zjawiska społeczne, które w sposób dodatni lub ujemny oddziałują na dziedziczność. Dlatego też w chwili obecnej — powojennej — istnieje tak silny węzeł, łączący ją z przeciwdziałaniem chorobom wenerycznym — hamującym liczebny i obniżającym jakościowy rozwój ludzkości. Rozpatrywanie wpływu czynników natury obyczajowej, moralnej i ekonomicznej wchodzi również, acz pośrednio, w zakres eugeniki, gdyż oddziałują one na kształtowanie się warunków powstawania nowej istoty ludzkiej.

Podobnie jak w innych dziedzinach myśli ludzkiej, i w dziedzinie eugeniki istnieje kilka kierunków, poczynając od najbardziej krańcowych do najbardziej umiarkowanych. Obok ekstremistów, i to przeważnie polityków z obozu konserwatywnego niemieckiego, którzy, stawiając tezę, że nie ilość, lecz jakość powinna być zasadą rozmnażania się ludzi, z pewną przesadą podkreślają małą wartość proletariatu miejskiego, jego fatalne warunki rozwoju, brak dziedzicznych cech inteligencji i widzą w zmodyfikowanej zasadzie Malthusa — główne rozwiązanie sprawy, istnieje inna kategoria eugenistów, która dostrzega degenerację pod względem fizycznym i psychicznym dawnych warstw posiadających oraz przedstawicieli kapitałów — aczkolwiek ci ostatni już dawno w stosunku do swojego potomstwa stosują zasady „zwei Kindersystem“.

Innych poglądów, już bardziej naukowych, trzymają się rzutcy amerykańskie, którzy za pomocą radykalnych operacji—przewiązywania sznurka nasiennego, naswietlania promieniami Roentgena, wycinania jajników—pragną uczynić jakowiem te typy, których potomstwo grozić może zwyrodnieniem rasy ludzkiej.

W całym szeregu stanów Ameryki Północnej — Indiana, Nevada, Connecticut — jest zaprowadzone prawo o sterylizacji i to w brzmieniu najróżnorodniejszym.

Prawo Indjany ustanawia: „operację chirurgiczną, uważaną za najpewniejszą, aby zapobiec płodności“. Kodeks stanu Nevada głosi: „wolno stosować wszelką operację, mającą zapobiegać płodności, z wyjątkiem kastracji“, wreszcie kodeks stanu Connecticut nakazuje w przypadkach odpowiednich wazektomję lub ooforektomję, a karze 1000 dolarów lub więzieniem 5 letniem chirurgów, którzy w celu wyjąłowania dokonywają innych operacji, niedozwolonych przez prawo“. Operacje te są dokonywane w sposób najbardziej bezbolesny.

Zastrzegając się najkategoryczniej, że kierunek ekstremistów posiada bardzo niewielu wyznawców, a wśród T-wa Eugenicznego Polskiego żywo i ujemnie był komentowany, podkreślamy, że obszerna ankieta prof. R. Santoliquido, konsyljarza zdrowia publicznego Ligi Czerwonych Krzyży, przeprowadzona w r. 1921 — utwierdziła pogląd antysterylizacyjny. Anketa skupiła się około odpowiedzi na 3 pytania:

1) Czy postępy leczenia nie pozwalają innemu sposobowi zwalczać chorobliwych przypadków zwyrodnienia wrodzonego lub dziedzicznego?

2) Czy od osobników, rzekomo zwyrodniałych fizycznie, psychicznie lub społecznie, nie może ludzkość spodziewać się żadnego czynu, ew. potomstwa dodatniego?

3) Czy teoria dziedziczności pozwala już dziś wprowadzać wnioski nieomyślne co do powstawania oraz istnienia cech zwyrodnienia?

Odpowiedź na pytanie pierwsze dla nas nie będzie może brzmiała tak entuzjastycznie, jak dla prof. R. Santoliquido, który mówi o cudach w leczeniu syfilisu, jednakże możemy podkreślić wielki postęp w leczeniu syfilisu, cierpienia wrodzonego, oraz w rzeczywistym zmniejszeniu się natężenia objawów tej choroby, gdzie ona panuje od wieków, ew., gdzie rozgościła się endemicznie. Wytworzyło się uodpornienie organizmów, które po rodzicach otrzymywały zarazek syfilisu. Nie można zaprzeczyć, że i w dziedzinie walki z gruźlicą i alkoholizmem poczyniono znaczne postępy. W każdym razie nie jest stan tak beznadziejny, aby w wyjąłowaniu znaleźć jedyną nb. wątpliwą, o ile chodzi o szerzenie zarazy przez gruźliczych, — wartości drogę do uzdrowienia ludzkości.

Co się tyczy pytania drugiego, co do osobników, rzekomo zwyrodniałych—to, po pierwsze, jak to słusznie podkreślają anatomici i antropolodzy, pojęcie zwyrodnienia wymaga jasno skonkretyzowanego pojęcia „normy“. Tymczasem zarówno anatomia porównawcza, jak badanie dokładniejsze ras ludzkich wykazują, że zamiast „stygmatów zwyrodnienia“, coraz bardziej zyskuje prawo obywatelstwa pojęcie „różnorodności cech i odmian“.

Samo pojęcie zwyrodnienia, występującego w stopniu słabym, może być przedmiotem sporu. Natomiast historia myśli ludzkiej zaprzecza pesymizmowi w tej dziedzinie. Ludzie genialni, znaczna część ludzi o niepospolitych zdolnościach, którzy przyczynili się do postępu ludzkości, nosili cechy rzekomego zwyrodnienia. Nazwiska: Fresnel, Leopardiego, Webera, Schumann, Szopena, Napoleona i t. d. mówią same za siebie. Inna rzecz, jak wyglądało potomstwo tych ludzi, natomiast rodzice ich należeli w znacznym stopniu bądź do alkoholików, bądź do obciążonych temi lub innymi cechami zwyrodnienia.

Co się tyczy pytania trzeciego—dziedziczność chorób lub przestępstw, to podkreślić należy, że, o ile chory człowiek lub przestępca bywa rozpytywany w kierunku stanu zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców, a w poszukiwaniach tych lekarz i prawnik znaleźć może, czego szuka, o tyle nic nie wiemy, ilu przestępców wydaje na świat potomstwo pożyteczne dla świata, ew. ilu ma braci i siostr, pożytecznych dla otoczenia. Wszakże Stany Zjednoczone były miejscem zesłania przestępców angielskich, wśród których, obok politycznych, była znaczna odsetka kryminalistycznych.

Niewątpliwie zmiana dodatnia warunków społecznych

i politycznych wpłynąć musi na poprawę stanu fizycznego jednostek.

W dziedzinie gruźlicy postęp uderzający wykazuje statystyka porównawcza krajów i miast o udoskonalonym systemie mieszkaniowym w stosunku do krajów, które go nie posiadały. Sama sprawa dziedziczności nawet w zakresie chorób umysłowych oraz skórnych nie jest bynajmniej tak obszerne i ostatecznie rozstrzygnięta — przedstawia natomiast dostatecznie dużo wątpliwości, aby na jej podstawie nie wprowadzać wniosków ostatecznych.

Niewątpliwie jednak, że, jakkolwiek byłyby postępy w dziedzinie walki z chorobami zwyrodniającymi, niezbędne jest przeciwdziałanie, aby w ostrych i zaraźliwych okresach chorób wenerycznych, gorączkowych postaciach gruźlicy prośkowej — nie zawierano związków małżeńskich, podobnie jak w chorobach umysłowych. Nie ulega wątpliwości również, że od zdecydowanych obłąkańców musimy usunąć możliwość zawierania małżeństw, oraz że istnieją poszczególne statystyki, przemawiające przeciw rozmnażaniu się epileptyków, alkoholików i t. d.

Galton, który w r. 1883 ogłosił, że eugenika jest nauką, badającą czynniki, podlegające kontroli społecznej, które mogą zmienić w kierunku dobrym lub złym cechy fizyczne i duchowe przyszłych pokoleń, zbadał przedewszystkiem stan zdrowia i uzdolnień 300 najwybitniejszych rodów angielskich i ułożył pierwsze drzewo eugeniczno-geneologiczne, obrazujące stan fizyczny i umysłowy pomienionych rodów.

Pierwszy zjazd eugeniczny odbył się w Londynie roku 1912, drugi—w Nowym Yorku w r. 1921. W Polsce w tym samym roku odbył się zjazd eugeniczny, którego przebieg został ujęty w pierwszym numerze „Zagadnień Rasy“ z r. 1922.

Już w ówczesnym programie zjazdu eugmistów polskich zarysował się program eugeniki w Polsce oraz wyraźnie odcinał się od programu higienistów. Pokrewieństwo eugeniki i higieny społecznej nie przesądza ich odrębności. Higiena również wyrosła z pnia medycyny praktycznej, lecz dziś, objawiając działy inżynierji, budownictwa i pedagogji, stała się dziedziną ściśle odgranieczoną.

Najbardziej zasadniczą różnicą pomiędzy temi dziedzinami jest podkreślenie przez eugenistów wartości indywidualnej człowieka, jego uzdolnień i talentów oraz konieczności najbardziej umiejętnego ich wyszukiwania; tam zaś, gdzie poszczególne własności fizyczne i duchowe indywiduum przekraczają znacznie poziom przeciętnej szarego tłumu — eugenista, podobnie jak odkrywca szlachetnej odmiany roślin lub zwierząt, dąży do wydobycia i utrwalenia tych cech. Wogóle podstawowa idea eugenistów, że człowiek przynosi na świat cały materiał, odziedziczony po przodkach, z którego kształtuje się jego indywidualność, a wychowanie co najwyżej może zmodyfikować cechy dziedziczne, lecz nie jest w stanie tworzyć nowych, zasadniczo różni się od poglądów dawnych pedagogów i higienistów, wierzących we wszechpotęgę pedagogji.

W tym celu zdolniejsze dzieci przedewszystkiem rodzin niezamożnych—proletariatu miejskiego i wiejskiego, niezamożnej inteligencji — wreszcie rodzin, które z braku wykształcenia nie są w stanie ocenić swoich dzieci—stanowiąc muszą główny obiekt opieki eugenisty. Nie bardziej nie wyróżnia tendencji eugenisty od higienisty, niż fakt, że, kiedy ten ostatni myśli o minimum warunków, niezbędnych dla rozwoju zdrowia szerokich mas, a w tem dążeniu gotów jest poddać rygorowi szablonu szkoły nie poddające mu się jednostki, eugenista jest przeciwnikiem martwej rutyny w tej dziedzinie, jest zwolennikiem szkół wielotypowych oraz jaknajdalej idącej indywidualizacji ucznia.

Dlatego też najnowsze kierunki w dziedzinie pedagogji i higieny szkolnej, uwzględniające badania fizyczne i psychiczne ucznia, wkraczają w dziedzinę tendencji eugenicznych.

Eugenika w Polsce ma program, zupełnie wyraźnie zarysowany, który, unikając dążeń ekstremistów amerykańskich, musi wbrew nim dążyć do powiększenia przyrostu ludności, powstrzymywanej w sposób sztuczny i barbarzyński przez zaborców w ciągu lat 150.

Poznać cechy dziedziczne, wyzyskać je umiejętnie, zapobiec ich spaceniu i sprzyjać ich rozwojowi—są to dla nas najważniejsze sprawy, związane z odbudową i zachowaniem bytu odrodzonej ojczyzny. Wobec tego na pierwszym miejscu eugenicy polscy stawiają poznanie czynników, wpływających

na kształtowanie się dziedziczności u potomstwa, a więc przedewszystkiem związanych z doborem naturalnym i jego dwoma działami: 1) doborem płciowym (małżeńskim) i 2) doborem uzdolnień (zawodowym).

Sprawa doboru płciowego wysuwa na plan pierwszy zagadnienia okresu narzeczeństwa, związków dwu płci, (małżeństwa), zapłodnienia, ciąży, macierzyństwa, opieki nad noworodkiem oraz nad matką nieślubną. To są zadania pozytywne. Jako zadania negatywne, wysuwają się walka z czynnikami natury lekarskiej i społecznej, które działają zwyrodniająco na mające powstać lub powstające potomstwo. Do czynników natury lekarskiej należą: a) osłabiające organizm ludzki przez uszkodzenie komórek płciowych — jak to czynią różne trucizny — (alkohol, morfina, kokaina i inne), b) bądź też przekazujące inną drogą potomstwu zarazek — jak to ma miejsce — w chorobie wrodzonej — syfilisie, bądź c) przez rodziców przekazujące dziedziczne wady (choroby umysłowe, krwi — krwawicząca i inne), wreszcie d) przekazujące jedynie osłabioną konstytucję, która dzięki warunkom domowym łatwo staje się podłożem cierpienia, rychło kładących kres nowemu istnieniu (gruźlica).

Do czynników natury społecznej, które eugenicyści zwalczają, należą wszelkie zbrocenia umysłowe, uczuciowe i woli, ujęte pojęciem „moral insanity“, a będące podłożem zbrodni i prostytucji wulgarnej. Walka z czynnikami, sprzyjającymi rozwojowi tych zjawisk — wchodzi w zakres eugeniki, szczególnie w stosunku do osób młodocianych lub umysłowo niedojrzałych (handel żywym towarem).

Sprawa doboru uzdolnień, rozwiązana praktycznie przez Stany Zjednoczone oraz państwa Europy Zachodniej, stanowi bliższy i łatwiej osiągalny cel eugeniki — stanowiący, jak twierdzą Niemcy, moment, decydujący o tem, kto zwycięży w przyszłej wojnie. Tutaj należy podkreślić trzy etapy:

1) badanie dzieci małych — rozwoju ich sił fizycznych, intelektu oraz upodobań — z uwzględnieniem faktu stałej a szybkiej, nieraz niespodziewanej ewolucji dziecka — a stąd niemożności wydawania ostatecznego sądu o jego wartości i o cechach, które odziedziczyło.

2) badanie dzieci w wieku szkolnym na początku nauki i w okresie lat pokwitania, kiedy uwypukla się coraz bardziej indywidualność jednostki, oraz

3) badanie młodzieży w chwili wyboru zawodu, a więc po ukończeniu szkoły — kiedy indywidualność już wyraźnie, aczkolwiek bynajmniej nie ostatecznie się zarysowała.

O ile etap pierwszy musi być pozostawiony pediatrze, matce i wykształconej freblance, etap drugi oddany nauczycielstwu, lekarzowi i psychologowi szkolnemu, etap trzeci wymaga udziału psychologa oraz specjalisty zawodów technicznych, którzyby gruntownie byli obznajmieni z metodami badań psychotechnicznych i z warunkami pracy w różnych zawodach.

We wszystkich tych okresach — eugenista musi odawać pierwszeństwo metodom badań indywidualnych, a tylko z konieczności tolerować metodę ankietową — masową.

Skreśliwszy w krótkim zarysie główne działy eugeniki, musimy zaznaczyć, że zaprowadzenie porad przedślubnych, ewentualnie świadectw lekarskich, oraz ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych w dziedzinie doboru płciowego, a stworzenie szkół, bardziej przystosowanych do indywidualnych uzdolnień dzieci, bardziej od natury obdarzonych, chociażby tylko dla jednostek, które ukończyły szkołę powszechną, — w dziedzinie doboru uzdolnień — są gorąco popierane przez eugenikę. Na zakończenie podamy zarys instytutu eugenicznego, który T-wo Eugeniczne, jako swój plan, powinno powołać w stolicy Polski.

Powinien on zawierać sześć działów.

Dział pierwszy powinien obejmować genealogję i geografję eugeniczną. Powinny być prowadzone specjalne księgi naprzód rodów bardziej uzdolnionych i wybitnych, następnie w miarę rozszerzania się filij zakładu eugenicznego, całej ludności. Rodowody miałyby na względzie własności fizyczne i umysłowe, a zebrane z różnych dzielnic kraju, byłyby podstawą mapy eugenicznej Polski. Mapa ta wskazywałaby, które okolice posiadają najwięcej ludzi: 1) utalentowanych, 2) długo żyjących, 3) jakie rzemiosła, fache i uzdolnienia posiadają poszczególne miejscowości, 4) jaka

jest liczba i śmiertelność potomstwa, 5) gdzie najbardziej panują choroby wyniszczające ludność (syfilis, suchoty, zimnica, obrzęk śluzowy, wole, kretynizm i t. d.).

Początkowo emisariusze lub korespondenci instytutu powinni odpowiadać na zupełnie proste ankiety, następnie dopiero te ostatnie mogłyby być rozszerzone i uzupełnione.

Dział drugi byłby poświęcony badaniom uzdolnień. Powinien on obejmować wszystkie zadania z dziedziny psychotechniki i posiadać narzędzia do badań uzdolnień oraz wzory dla mniej wartościowego, lecz szerszego masy obejmującego systemu ankietowego.

Dziecko w okresie przedszkolnym, uczeń oraz kandydat, poszukujący zawodu, powinni być głównymi obiektami. Oczywiście, i władze wojskowe miałyby udział i dostęp najbardziej szeroki. Lekarz, nauczyciel, inżynier, ojciec i matka w pierwszym rzędzie, przedsiębiorcy handlowi i przemysłowi w drugim powinni mieć wstęp dozwolony i znajdować zawsze gotową poradę za małą opłatą.

Dział trzeci powinien być poradnią małżeńską.

Tutaj ma się dokonywać oświecanie przez lekarzy i lekarzy kandydatów i kandydatek do związków małżeńskich na punkcie zasad zdrowotnych pojęcia małżeńskiego, przeciwwskazań do zawierania w stanie choroby zakaźnej lub w obecności braków fizycznych małżeństwa. Tutaj powinny być uwzględniane zarówno stopień pokrewieństwa, jak stan zdrowia kandydatów, jak zasady życia domowego, ew. nawet kuchni domowej, wreszcie postępowanie w okresie ciąży i perjodu.

Dział czwarty poświęcony byłby całkowicie dziecku. Głównie dwa okresy: 1) dzieci najmłodszych, 2) dzieci w wieku szkolnym ze szczególnem uwzględnieniem okresu dojrzewania płciowego powinny być brane pod uwagę. O ile przy omawianiu sprawy dzieci najmłodszych należy mieć na względzie ich żywienie, sposób życia, stan gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, wreszcie rozwój mowy, zapas słów i stopień inteligencji, o tyle wiek szkolny przedewszystkiem nadaje się do oceny zamiłowań dzieci, ich specjalnych uzdolnień oraz charakteru. Do grupy pierwszej należy podciągnąć dzieci w przytułkach dla niemowląt, żłobkach i wogóle wychowywane bez opieki rodzicielskiej, do drugiej grupy włączyć należy niedorostków zaniedbanych, przestępców nieletnich i prostytutki. Pamiętać jednocześnie należy o wyjątkowo uzdolnionych dzieciach, perłach, które mogą się znajdować na śmietnikach życia miejskiego lub wśród głuchej wsi.

Dział piąty poświęcony będzie walce z chorobami z wyrodniającymi — wenerycznymi, gruźlicą, zatruciami (alkoholizmem, nikotynizmem, morfinizmem, kokainizmem i t. d.), wreszcie z cierpieniami umysłowymi.

Poradnia profilaktyczna w sensie francuskiej dispensaire powinna być włączona do tego działu.

Dział szósty i ostatni powinien być rodzajem akademii eugenicznej i być poświęcony: 1) wykładom, 2) propagandzie.

Systematyczne wykłady dla nauczycieli, lekarzy, wojskowych, duchowieństwa, studentów wyższych zakładów naukowych, wreszcie szerszych sfer inteligencji mogłyby być połączone z odpowiednimi pracowniami.

Propaganda opierać się winna na wydawnictwach książkowych i perjodycznych, broszurach i kartkach ulotnych, plakatach i afiszach, organizacji wystaw ruchomych, widowisk teatralnych, pokazów kinowych — dających się przewozić na specjalnych automobilach.

Początki muszą być skromne. Niewielka poradnia, obejmująca działy drugi, czwarty i piąty powinna narazie wystarczyć. Pamiętając, że w jednym Berlinie znajduje się kilkadziesiąt zakładów psychotechnicznych, że Praga posiada wspaniały instytut im. Masaryka, a nawet w Rosji istnieje żywy ruch w tym kierunku, musimy zaapelować do ogółu lekarzy, aby współdziałali propagandzie eugenicznej. Nie wystarczy istnienie luźnych oddziałów T-wo Eugenicznego z Poznaniem, Białymstokiem i Wilnem na czele; o ile społeczeństwo, a przedewszystkiem inteligencja lekarska i nauczycielska nie poprzestanie na własnym naszyjniku, w nadchodzącym w przyszłości kataklizmie dziejowym Polska może być wzięta przez sąsiadów w potrzask, z którego trudno będzie się wydobyć.

Higjena mieszkaniowa w ustawodawstwie polskiem.

napisał

Dr. J. ADAMSKI (Warszawa).

Mieszkanie i wpływ jego na zdrowie ludzkie zaczęły interesować ogół z chwilą wzrostu znacznego skupień ludzkich w krajach poszczególnych. Od połowy stulecia ubiegłego, gdy po raz pierwszy statystycznie stwierdzono różnicę śmiertelności na wsi i w miastach, higjena mieszkań zaczęła przykuwać uwagę higienistów. Wtedy (w latach 1849—1853) bowiem w Anglii stwierdzono, że na każdy 1000 żyjących umierało rocznie w Manchesterze 35,4, w Liverpoolu—40,9, zaś w 51 okręgach wiejskich — 17,5.

Odtąd poczęły się pokazywać liczne prace angielskich, francuskich, niemieckich i węgierskich higienistów, stwierdzające wpływ niehigienicznych stosunków mieszkaniowych na zdrowie ludzkie.

Lokatorzy, zamieszkujący w ciągu szeregu lat mieszkania ciasne, jednoizbowe, przeludnione, samym wyglądem już różnią się znacznie od lokatorów mieszkań wieloizbowych: bladeść powłok skórnych i błon śluzowych, zapadnięte policzki, charłactwo — cechy, charakteryzujące zewnętrznie mieszkańca jednoizbowego przeludnionego mieszkania.

Już w wieku dziecięcym dają się odczuwać złe warunki mieszkaniowe — wskutek niedostatecznego odświeżania powietrza, braku światła, wskutek wilgoci, przegrzewania powietrza w mieszkaniach i t. p. Dzieci przeludnionych mieszkań zapadają na nieżyty dróg oddechowych, nieżyty przewodu pokarmowego, mają powiększone gruczoły (zółty), zapadają również na skazę wysiękową. Liczni lekarze wskazują na złe warunki mieszkaniowe, jako na jeden z czynników, powodujących chorobę angielską.

Dr. Mey na 1000 zbadanych dzieci, podlegających szczepieniu obowiązującemu, wykazał, że 86,5% z klasy robotniczej miały większe lub mniejsze objawy rachityzmu — co przypisuje w pierwszym rzędzie przeludnionym mieszkaniom, w jakich jest zmuszony przebywać proletarij. Alfred Grotjan jest zdania, że rachityzm nie jest chorobą miast wielkich, lecz tylko wynikiem niehigienicznych warunków mieszkaniowych.

Prace angielskich i niemieckich higienistów stwierdzają, że dzieci izb przeludnionych, zarówno pod względem wzrostu i objętości, jak i pod względem wagi wykazują znacznie mniejsze liczby, niż dzieci, wychowywane w mieszkaniach wieloizbowych. Pomiary E. Schmidta, dotyczące 9506 dzieci powiatu Saalfeld z 1892 r., wykazują, że dzieci wiejskie od 6—13 lat są wyższe i mają obwód klatki piersiowej większy, niż dzieci, wychowywane w mieście.

Niehigieniczne stosunki mieszkaniowe wywierają wpływ ujemny na długość życia ludzkiego. Urzędowe dane statystyczne Budapesztu i Berlina wykazują, że średni wiek ludzi zmarłych z pośród bogatych wynosi 35, z pośród zamożnych, mieszkających jednak w lokalach o średniej wielkości — 20,6, wśród biednych, mieszkających w lokalach ciasnych, tylko 13,2, a wśród nędzarzy 11,4.

Wyraźny jest również wpływ warunków mieszkaniowych na śmiertelność. Mieszkania przeludnione, niedostatecznie oświetlone, bezsłoneczne, wąskie i dlatego brudne, sprzyjają szerzeniu się wszystkich chorób zakaźnych. W Hamburgu była przeprowadzona statystyka zachorowań i śmiertelności na ostre choroby zakaźne podług okręgów. Badania wykazały, że, aczkolwiek liczba zachorowań w okręgach bogatych była większa, jednakże, ze względu na dobre warunki higieniczne, śmiertelność była znacznie mniejsza, niż w dzielnicach ubogich, gdzie zazwyczaj są ciasne mieszkania przeludnione, utrudniające pielęgnowanie chorych.

	Okręg bogaty na 10.000 żyjących		Okręg biedny na 10.000 żyjących	
	chorobowość śmiertelność		chorobowość śmiertelność	
płonica	29	2,5	25	11,0
błonica	21	2,5	21	12,6
krztusiec	27	4,2	15	14,9

Według badań moich na 123 przypadki duru plamistego w 1915 r. w II Okręgu Warszawy były 34 (28%)

przypadki w 24 domach, względnie czysto utrzymanych i z mieszkaniem większym, i 89 (72%) przypadków w 10 domach, zaniedbanych pod względem sanitarno-higienicznym z małymi mieszkaniami przeludnionymi.

Mieszkania przeludnione zabierają corocznie tysiące ofiar na gruźlicę, dur brzuszny, dur plamisty, błonicę, gorączkę poługową. Berlin przy swym systemie koszarowych mieszkań wykazuje o 50% większą śmiertelność z gruźlicy, niż Londyn. W latach 1902—1903 w Manheim na 788 przypadków śmierci w rodzinach, które mieszkają w 1—3 pokojach było 250 gruźlicy, czyli 31,7%; z 370 zmarłych wśród rodzin, mieszkających w 4-ch i więcej pokojach, było tylko 65 przypadków gruźlicy czyli 17,6%. Liczby okazały się jeszcze mniejsze, gdy z ostatniej kategorii wydzielono ludzi zamożnych, zajmujących 6 i więcej pokoi, odsetek spadł wówczas do 10,3%.

Śmiertelność niemowląt również znacznie wzrasta w dzielnicach o większym skupieniu ludności. Opieka nad dzieckiem w mieszkaniach wolnopolożonych, przestronnych, dobrze przewietrzanych jest znacznie łatwiejsza, niż w przepełnionych, ciemnych i ciasnych mieszkaniach. W Monachium w 1911 r. w ciągu letnich miesięcy w dzielnicy, zabudowanej domami według zasad higieny, na 172 dzieci w 1 roku życia zmarło 11, t. zn. 6,4%, zaś w dzielnicy, zabudowanej systemem koszarowym, z liczby 142 zmarło 18, t. zn. 12,7%. Dr. Rietschel i dr. Darr-Mais wielką śmiertelność niemowląt w dzielnicach o mieszkaniach przeludnionych tłumaczą znacznie przegrzanem powietrzem, jakie bywa zazwyczaj w mieszkaniach ciasnych.

W ostatnich czasach liczni autorowie niemieccy starają się ustalić związek pomiędzy niehigienicznymi mieszkaniami a zmniejszeniem się liczby urodzeń. A. Grotjan znacznie zmniejszenie się liczby urodzeń przypisuje koszarowemu systemowi budowlanemu. Dr. Rud. Eberstadt w pracy swej (*Handbuch des Wohnungswesens und der Wohnungsfrage*) podaje tablicę, w której cztery okręgi miejskie i wiejskie Hannoveru są zestawione ze stanem załudnienia i sposobem osiedlania się ludności: okręgi wiejskie z systemem domków małych wykazują wysokie liczby urodzeń i znaczny przyrost ludności w porównaniu z okręgami miejskim, zabudowanym systemem wielopiętrowych i wielomieszkaniowych domów.

Co do strony społecznej i moralnej wpływu niehigienicznych warunków mieszkaniowych, to, aczkolwiek dokładne zebranie statystyki jest nadzwyczaj utrudnione, jednakże drogą obserwacji można uchwycić pewien związek pomiędzy złym stanem mieszkań a obniżeniem się cech społecznych i moralnych. W dzielnicach, gęsto załudnionych, obyczajność i moralność jest na poziomie niskim i często prowadzi do nierzędu. Wprawdzie tutaj należałoby podkreślić wpływ innych czynników, jednakże mieszkania małe, ciasne, przeludnione, z sypialniami wspólnymi dla wszystkich członków rodziny i sublokatorów, bez różnicy płci i wieku, znacznie muszą obniżać obyczajność i poczucie wstydlivosti.

Dane, zebrane przez Suligowskiego i Szenajcha u nas, wyraźnie przemawiają za tem przypuszczeniem. Według obliczeń Suligowskiego na Powiślu Warszawy przypada wogóle 1 łóżko na 1,79 mieszkańców, zaś w mieszkaniach jednoizbowych 1 łóżko na 1,88 mieszkańców, na poddaszach stosunek jest gorszy, bo 1 łóżko na 1,92 wogóle, a w jednoizbowych na 1,94 i 2,07, wreszcie w suterrenach 1 na 2,06 i 2,07.

Szenajch, badając „nędzę łózkową“, jaka panuje w mieszkaniach proletariatu łódzkiego, wykazał, że zaledwie 8% wśród chrześcijan i 10% wśród żydów sypia oddzielnie, 90% zaś sypia w łózkach wspólnych. Badania Laspeyresa nad ludnością Paryża potwierdzają te spostrzeżenia:

kwartały z % mieszkań	% prowadzenia dobrego	% prowadzenia złego	
zadawalających	mężczyzn	kobiet	mężczyzn kobiet
35 %	46%	20,4%	10% 19%
44,5%	50%	21,7%	2,5% 14%

Przechodzenie do porządku dziennego nad niehigienicznymi warunkami mieszkaniowymi wobec zebranego bogatego materiału dowodowego nie mogło być dłużej tolerowane przez społeczeństwa poszczególnych krajów. W Europie Zachodniej i w Ameryce, gdzie społeczeństwo bierze

czynny udział w zarządzie państwa i miast, sprawa mieszkaniowa już od całego szeregu lat wyszła z zakresu zagadnień teoretycznych i przybrała formę konkretną, bądź zrażając wyraz w odpowiednich statutach budowlanych, bądź powołując do życia organizacje inspekcji mieszkań. Najwłaściwszą drogą do uregulowania sprawy mieszkaniowej jest specjalne prawodawstwo, ujmujące sprawę mieszkaniową wszechstronnie. Jednakże tutaj zachodzi cały splot zagadnień prawnych, ekonomicznych, społecznych i politycznych, nie dających jeszcze dzisiaj w całości urzeczywistnić się nawet w takim państwie, jak Anglja. Dotąd przeważnie prawa i przepisy, dotyczące mieszkań, są porozrzucane w różnych ustawach: w Bawarii i Saksoni w prawie budowlanym można znaleźć ogólne wskazania, dotyczące stanu zdrowotnego mieszkań, w wolnym mieście Lubece dział mieszkań omawiają specjalne przepisy dla inspekcji mieszkaniowej, we Francji, Szwajcarii, Holandji, Danji, Włoszech dotąd istnieje ogólne wskazówki o budowlach mieszkalnych, liczbie mieszkańców w nich i poprawie mieszkań złych.

W Polsce za czasów rządów okupacyjnych we wszystkich zaborach prawie zupełnie nie interesowano się sprawą mieszkaniową. Jeżeli w jakiejś miejscowości cokolwiek zrobiono w zakresie poprawy stosunków mieszkaniowych, była to li tylko inicjatywa jednostek nielicznych, a zatem bez poważniejszego znaczenia. Lecz, gdy tylko dana była możliwość społeczeństwu naszemu organizowania się, sprawa mieszkaniowa odrazu była podjęta.

Pierwsi organizatorowie służby zdrowia publicznego, uświadamiając sobie wpływ, jaki wywiera mieszkanie na zdrowie publiczne, starali się całokształt spraw mieszkaniowych ująć w jednym resorcie, mianowicie w Ministerstwie Zdrowia Publicznego O. S. i O. P., jako najwłaściwszym i najbardziej kompetentnym. Rozbicie sprawy tej pomiędzy kilka ministerstw, jak np. w Niemczech przed wojną pomiędzy 7, odbijało się ujemnie na samej sprawie. Higienicy polscy w tym dziale nie byli odosobnieni, bowiem tę samą myśl wkrótce wprowadzili w życie Niemcy i Anglja, ześrodkowując sprawy mieszkaniowe w jednym resorcie. Rozporządzeniem z dnia 15 kwietnia 1918 r. Minister Zdrowia Publicznego O. S. i O. P. powołuje do życia wydział higieny i inspekcji mieszkań. Jako organy Wydziału higieny i inspekcji mieszkań na prowincji zostali powołani Okręgowi Inspektorzy Mieszkaniowi. Przy wydziale była czynna Główna Rada do spraw mieszkaniowych.

Wydział ten, zniesiony po 2-ch latach istnienia, wykazał nadzwyczajną działalność w ramach swoich kompetencji. Lecz, niestety, i w dziale higieny mieszkaniowej Ministerstwo Zdrowia Publicznego musiało się w znacznej mierze wyrzec swej działalności bądź ze względów oszczędnościowych, bądź z wielu innych przyczyn. Inne ministerstwa, organizując się, dochodziły do wniosków, że sprawa mieszkaniowa jest to sprawa techniczna, higieniczna zaś strona mieszkania jest rzeczą drugorzewną. Stopniowo kompetencje Ministerstwa Zdrowia Publicznego w zakresie mieszkaniowym były przekazywane innym ministerstwom: ochrona lokatorów — Ministerstwu Sprawiedliwości, dostarczenie pomieszczeń — Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, rozbudowa — Ministerstwu Skarbu, Fundusz Mieszkaniowy — Ministerstwu Robót Publicznych, a rezultatem tego podziału — wobec braku koordynacji poszczególnych działów mieszkaniowych — przerwanie wogóle szerszej działalności w zakresie mieszkaniowym.

Jednakże Wydział higieny i inspekcji mieszkań w ciągu 2 letniego istnienia zdziałał wiele pod względem prawodawczym w zakresie mieszkaniowym. Przedewszystkiem ustalił w Polsce państwowy nadzór mieszkaniowy.

Dekretem z dnia 11 stycznia 1919 r. zostały zatwierdzone przepisy o ustanowieniu państwowego nadzoru mieszkaniowego (D. P. Nr. 7 poz. 110 z 1919 r.). Na mocy tego dekretu wykonywanie państwowego nadzoru mieszkaniowego powierzone zostało Wydziałowi higieny i inspekcji mieszkań Ministerstwa Zdrowia Publicznego i jego organom: Radzie Głównej do spraw mieszkaniowych, Okręgowym inspektorom mieszkaniowym i ich pomocnikom oraz Radom Okręgowym do spraw mieszkaniowych.

Drugim ważnym prawem z zakresu mieszkaniowego był Dekret z dnia 16 stycznia 1919 r. o ochronie lokatorów i zapobieganiu brakowi mieszkań. Dekret ten obejmował 4 części: o ochronie lokatorów, o komunalnych urządach miesz-

kaniowych, o urządach pojednawczych i o środkach tymczasowych zapobiegania brakowi mieszkań. Aczkolwiek zdawałoby się, że 1, 3 i 4 część niewiele mają wspólnego z higieną mieszkań, jednakże te działy związane są ściśle z higieną. Aby stworzyć higieniczne warunki mieszkaniowe, należy ujmować całokształt sprawy mieszkaniowej. Jak nie można mówić o sprawie mieszkaniowej, nie uwzględniając higienicznej jej strony, tak również nie można mówić o higienie mieszkań, nie mając na względzie całej sprawy mieszkaniowej. Długotrwała wojna wszechświatowa, a z nią wstrzymanie ruchu budowlanego nie tylko podczas wojny, lecz jeszcze na długie lata po zawieszeniu broni, zmusiła rządy i społeczeństwa poszczególnych państw do szukania wyjścia z kryzysu mieszkaniowego. Groziło mieszkańcom niezamożnym, względnie średniozamożnym nie tylko utracenie mieszkania higienicznego, lecz wogóle dachu nad głową. Wobec zastój w ruchu budowlanym wzrastał popyt na mieszkania, a stąd dążenie właścicieli domów do podnoszenia komornego, już i tak wygórowanego, o 100—200, a nawet 500% większego od komornego przedwojennego. Niejednokrotnie komorne nie tylko pochłaniałyby całkowity zarobek lokatorów, lecz znacznieby go przewyższało. A wobec niemożności uiszczenia go groziła eksmisja i niemożność znalezienia innego mieszkania. Oto przyczyny prawa o ochronie lokatorów, prawa, które umożliwiło nie tylko setkom tysięcy, lecz milionom rodzin naszych przetrwanie kryzysu mieszkaniowego w możliwie higienicznych warunkach mieszkaniowych. Ochrona lokatorów Ustawą z dnia 23 czerwca 1919 r. (D. P. Nr. 52, poz. 335, 1919 r.) została wyjęta z Dekretu z dnia 16 stycznia 1919 r., jako oddzielne prawo. Ustawa ta wskutek zmieniających się warunków ekonomicznych (zwłaszcza dewaluacji marki polskiej) musiała ulegać zmianom, z zachowaniem jej cech zasadniczych.

Część 4-ta Dekretu z dnia 16 stycznia 1919 r. pod względem higienicznym ma również tymczasowe znaczenie, a uartykułowana jest temi samymi przesłankami, co i ochrona lokatorów. Najdonioślejszym artykułem, obowiązującym bez zmiany do dnia dzisiejszego, jest Art. 28, który zabrania odbierania domów, odpowiadających warunkom technicznym i sanitarnym, nakazując właścicielowi domu podział lokali niezajętych czteropokojowych i większych na mieszkania mniejsze, zezwala na zajmowanie przez gminę lokali przystosowanych na użytek poszukujących mieszkań, upoważnia gminy, nie posiadające własnych terenów pod budowę, do zajmowania gruntów prywatnych za odszkodowaniem, upoważnia zarządy komunalne do wydawania nakazów właścicielom domów zniszczonych ich naprawy. Artykuł ten oddał wielkie usługi w okresie kryzysu mieszkaniowego.

Część dekretu z dnia 16 stycznia 1919 r. o komunalnych urządach mieszkaniowych ma znaczenie już nie tymczasowe: artykuły tej części powierzają całokształt działalności w zakresie sprawy mieszkaniowej gminom, państwu pozostawiony został na wzór Anglii tylko nadzór nad działalnością gmin, Organami Urzędów gminnych do spraw mieszkaniowych (Art. 9) winny być właściwe urzędy, których organizacja i skład uzależniony został od wielkości gminy. Obowiązki urzędów mieszkaniowych określone zostały ogólnie (Art. 10), lecz szeroko i zmierzają do pozostawienia gminom szerokiej swobody i rozwinięcia wszechstronnej inicjatywy. Obszerniej omówiona jest inspekcja mieszkań (Art. 13—16); w celu ulżenia gminom prawo przewiduje sprawowanie inspekcji przez siły społeczne. Wobec braku tutaj miejsca nie jestem w możności omówienia szczegółowego inspekcji i odsyłam życzących bliżej się z nią zopoznać teoretycznie do pracy wyczerpującej dr. Józefa Kowalewskiego p. „Inspekcja mieszkaniowa“ (Wydawnictwo Ministerstwa Zdrowia Publicznego z 1920 r.).

Następną ustawą mieszkaniową, dzisiaj już tylko mającą znaczenie historyczne, była ustawa z dnia 27 listopada 1919 r. (Dz. U. Nr. 92, poz. 498, 1919 r.) o obowiązku gmin miejskich dostarczania pomieszczeń. Ustawa ta była zmieniona ustawą z dnia 4 kwietnia 1922 r. (D. U. Nr. 33, poz. 264, 1922 roku), ograniczając w znacznej mierze prawa rekwizycyjne zarządów komunalnych. Ustawa ta, jako prowizoryczna, spełniwszy swe zadanie przez dostarczenie mieszkań tysiącom, którzy musieli mieszkać w danej gminie, wygasła w oznaczonym ustawowo terminie.

O wielkiem znaczeniu higienicznym jest ustawa z dnia 1 sierpnia 1919 r. w przedmiocie utworzenia Państwowego Funduszu Mieszkaniowego (D. U. Nr. 72, poz. 424, 1919 r.).

dla ułatwienia budowy domów z małemi, taniemi mieszkaniem higienicznymi. Mocą Art. 3 tej ustawy przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego została powołana do zarządzania państwowym funduszem mieszkaniowym komisja z przedstawicieli Ministerstw: Skarbu, Robót Publicznych i Zdrowia Publicznego, która miała prawo przyznawania pożyczek zarządom komunalnym na zakup terenów, materiałów budowlanych lub ich wytwarzanie oraz na budowę domów z małemi, taniemi mieszkaniem higienicznymi dla ludności niezamożnej, w szczególności dla inwalidów wojennych, dla wdów i sierot po poległych wojskowych oraz dla niezamożnych rodzin robotniczych i urzędniczych, obarczonych licznym potomstwem; na pożyczki, jakich zarządy komunalne udzielać będą kooperatywom mieszkaniowym, organizacjom społecznym, instytucjom i osobom prywatnym na zakup terenów pod budowę i na budowę małych, tanich mieszkań higienicznych. (Art. 4). Celem utworzenia P. F. M. miała być wstawiana corocznie do budżetu Państwa odpowiednia kwota (Art. 12). Komisja P. F. M. otrzymała na cele ustawowe w 1919 r. 5,000,000 Mk. i w 1920 r. 16,700,000. W następnych latach Skarb dotacji ze względów oszczędnościowych odmówił, pomimo licznych bardzo zgłoszeń o pożyczkę. Za sumy, pożyczone z P. F. M., Kraków wybudował 2 domy trzypiętrowe, Cieszyn — 3 domy dwupiętrowe, Wieliczka — 12 domów robotniczych, Kalisz — przystąpił do budowy 6 domów piętrowych, Włocławek — sprowadził materiał na budowę 22 mieszkań trzypokojowych, i Spółka mieszkaniowa dla miast rozpoczęła budowę dwóch domów drewnianych i dwóch murowanych.

Prócz pożyczek komisja P. F. M. zgodnie z Art. 6 Ustawy miała prawo przyznawania poręki na pożyczki, zaciągane w instytucjach kredytowych lub ubezpieczeniowych, i u osób prywatnych na cele, wymienione w ustawie.

Gdyby dotacja corocznie była wstawiana, dzisiaj, po 5 latach działalności komisji P. F. M., moglibyśmy mieć setki nowych domów z mieszkaniem higienicznymi.

Należy jeszcze wspomnieć o ostatniej ustawie mieszkaniowej, narazie jeszcze o znaczeniu teoretycznym ze względów sanacyjnych, jakie przechodzi nasz skarb. Jest to ustawa z dnia 26 września 1922 r. w przedmiocie rozbudowy miast (D. U. Nr. 89, poz. 811, 1922). Ustawa ta zobowiązuje gminy miejskie, w których ruch budowlany jest w zastoju, lub w których istnieje brak mieszkań, do podjęcia akcji budowy domów mieszkalnych. (Art. 1). W tym celu gmina winna dążyć do budzenia inicjatywy prywatnej w zakresie ruchu budowlanego i rozpoczęcia ze strony gminy samodzielnej akcji budowlanej (Art. 4), a zatem gmina winna „pomagać spółdzielczym stowarzyszeniom mieszkaniowym, instytucjom społecznym i osobom prywatnym w budowie domów mieszkalnych przez odstąpienie gruntów pod budowę drogą sprzedaży, wieczystej lub czasowej dzierżawy lub na prawie budowlu, przez dostarczenie materiałów budowlanych, a także winna pokrywać najmniej do lat 20 niedobór z eksploatacji domów“; gmina winna „budować nowe domy mieszkalne, nabywać drogą umowy dobrowolnej lub wywłaszczenia przymusowego gruntów, położonych w obrębie miasta, domy niewykończoną, zapuszczone, wymagające naprawy lub zagrażające życiu i zdrowiu ludzkiemu“ i wreszcie gmina winna gromadzić materiały budowlane drogą produkcji lub zakupu. Realizacja finansowa akcji budowlanej opiera się na udzielaniu przez rząd odpowiedniej gwarancji instytucjom, wydającym obligacje mieszkaniowe lub obligacje komunalne (Art. 13). Gwarancje państwowe zostały ograniczone do 20 miliardów mk.

Art. 14. Polska Krajowa Kasa Pożyczkowa została zobowiązana do udzielania pożyczek pod zastaw obligacji tych do sumy 80% wartości nominalnej. Ustawa przewiduje cały szereg interesujących przepisów o szukaniu źródeł pokrycia niedoborów budżetów komunalnych, spowodowanych akcją budowlaną, o wysokości komornego i t. p.

Czyniąc pobieżny przegląd tych kilku ustaw z zakresu mieszkaniowego, należy stwierdzić, że w ciągu zaledwie kilku lat prawie zrównaliśmy się pod względem prawodawstwa mieszkaniowego z Europą Zachodnią. Brak tylko wykonania wszystkich tych ustaw: z jednej strony stoi na przeszkodzie okres sanacyjny Skarbu naszego, z drugiej — brak zainteresowania szerszego sprawą mieszkaniową, Z postępowaniem ogólnego uświadomienia siłą rzeczy sprawa mieszkaniowa znowu będzie podjęta, i ustawy faktycznie będą musiały wejść w życie.

Źródła. 1) Dziennik Praw R. P. z 1919 r. 2) Dzien-

niki Ustaw R. P. z 1919—1922, 3) Zbiór przepisów w zakresie nadzoru mieszkaniowego. Wyd. M. Z. P. z 1919 r., 4) Dr. J. Adamski. Sprawa mieszkaniowa. 1916, 5) Dr. J. Adamski. Warunki zasadnicze mieszkania higienicznego, 6) Dr. Polak. Wykłady o higienie miast, 7) Dr. J. Kowalczewski. Inspekcja mieszkaniowa, 8) Rhachitis und Wohnung. Arch. f. soziale Hygiene 1923, 9) Oldendorff. Einfluss der Wohnung auf die Gesundheit 1912, 10) Paul Th. Müller. Vorlesungen über Allgemeine Epidemiologie, 11) Ferd. Hueppe. Wohnung und Gesundheit. Leipzig 1912, 12) Prof. Dr. Rapmund. Das öffentliche Gesundheitswesen 1914, 13) Dr. Rud. Eberstadt. Handbuch des Wohnungswesens und der Wohnungsfrage, 14) Gretscho. Das Wohnungswesen, 15) Grotjan. Geburtenrückgang und Geburtenregelung, Berlin 1914, 16) Adolf Suligowski. Na Powiślu Warszawskim. 1917, 17) Dr. Wł. Szenajch. O przeludnieniu mieszkań jednoizbowych ubogiej ludności chrześcijan i żydów w Łodzi. Zdrowie 1914.

Warunki higieniczne mieszkań pracowników rolnych.

napisał

Dr. J. KOWALCZEWSKI (Warszawa).

Stan mieszkań pracowników rolnych jest jednym z zagadnień społecznych, wymagających możliwie spieszego rozwiązania. Rozwiązanie to winno nastąpić na drodze prawodawczej, gdyż, jak dotąd, wszelkie usiłowania czynione w tym kierunku, nie osiągają należytego celu. Wiemy, że w szeregu żądań, stawianych przez pracowników rolnych, prawie zawsze dominującą rolę odgrywa żądanie poprawy warunków higienicznych ich mieszkań. Istotnie, warunki te pozostawiają wiele do życzenia, lecz dotąd nie było ścisłych danych, przedstawiających liczbowo stan faktyczny. Pracy, zmierzającej do oświecenia tego stanu, podjęło się Ministerstwo Zdrowia Publicznego w r. 1919 z pomocą ankiety, przeprowadzonej na terenie województw: Warszawskiego, Lubelskiego, Kieleckiego, Łódzkiego i Białostockiego. Szczegółowe opracowanie zebranego materiału jest w toku i będzie wydane w oddzielnej broszurze. Wyniki ankiety jednak już obecnie mogą być podawane do wiadomości w zarysie ogólnym (ze względu na szczupłość miejsca).

Ankieta obejmuje 17639 mieszkań jedno—dwu i trzyizbowych, zaludnionych przez 102234 mieszkańców, przeciętnie więc na jedno mieszkanie przypada 6 mieszkańców. Jakkolwiek podane liczby stanowią tylko część mieszkań pracowników rolnych, zamieszkujących wymieniony wyżej teren, gdyż nie wszystkie gminy zwróciły wypełnione kwestionariusze i dość duża liczba tych kwestionariuszy nie mogła być wzięta pod uwagę, jako nie nadająca się do opracowania statystycznego, to jednak są one zupełnie dostateczne do wyrobienia pojęcia o całokształcie stosunków mieszkaniowych wśród pracowników rolnych.

Główna część składową mieszkań pracowników rolnych stanowią mieszkania jednoizbowe, t. j. mieszkania składające się z izby — kuchni. Mieszkań tych jest 15002 (85,07%), mieszkań dwuizbowych jest prawie siedem razy mniej — 2410 (13,65%), zaś trzyizbowych zaledwie 227 (1,28%).

Stosunek procentowy zaludnienia mieszkań odpowiada mniej więcej stosunkowi mieszkań z nieznacznym odchyleniem na korzyść mieszkań jednoizbowych, mianowicie zaludnienie mieszkań jednoizbowych wynosi 83,8%, dwuizbowych 14,6%, trzyizbowych 1,6%. Z obliczeń wynika, że na jedną izbę przypada w mieszkaniach jednoizbowych średnio 5,7 mieszkańców, w dwuizbowych — 3,1, w trzyizbowych — 3,6 mieszkańców. Widzimy zatem, że najgęściej zaludnione są mieszkania jednoizbowe. Mieszkania te, jak to zobaczymy później są przeludnione. Powtarza się tutaj to samo zjawisko, jakie spotykamy w większych osiedlach miejskich, w których klasa najuboższa, przeważnie klasa robotnicza, zamieszkuje lokale najmniejsze. O ile jednak zjawisko to w ośrodkach miejskich ma swe wytłomaczenie w warunkach ekonomicznych, zmuszających klasę robotniczą do zajmowania małych mieszkań, to w stosunkach folwarcznych czynnik ten nie powinien odgrywać roli. Mieszkania pracowników rolnych stanowią część ich uposażenia,

i troska o należyte rozmieszczenie służby folwarcznej oraz należyte urządzenie ich mieszkań należy do pracodawców. Pod temi względami mieszkania pracowników rolnych można porównać z mieszkaniami dozorców domowych. W obu przypadkach mieszkania stanowią część uposażenia, i pracodawcy mało dbają o stan higieniczny tych mieszkań. W celu porównania tych dwóch kategorii mieszkań odsyłam czytelnika do pracy D-ra J. Adamskiego („Stan sanitarny mieszkań stróżów”. Warszawa 1917), szczegółowo omawiającej stan mieszkań dozorców domowych.

Przechodząc do urządzenia mieszkań pracowników rolnych, widzimy, że większość ich mieści się w domach drewnianych (51,12%), gdy w domach murowanych jest 48,88% mieszkań; tłumaczy się to tem, że drzewo, jako materiał budowlany, w warunkach wiejskich jest tańsze. Badając poszczególne kategorie mieszkań, spostrzegamy, że w miarę zwiększania się objętości mieszkań wzrasta ich liczba w domach zewnętrznych otynkowanych, mianowicie, gdy mieszkania jednoizbowe w takich domach (zewnętrznie otynkowanych) stanowią 31,16% ogólnej liczby tych mieszkań, mieszkania dwuizbowe już 41,7%, a trzyizbowe 52,86%. Podobnie zwiększa się liczba mieszkań, mających ściany otynkowane wewnętrznie: jednoizbowe stanowią 55,33%, dwuizbowe 77,35%, trzyizbowe 88,55% w stosunku do każdej poszczególnej kategorii mieszkań. Rzuca się więc w oczy niejednokrotne traktowanie mieszkań różnych kategorii ze szkodą dla mieszkań jednoizbowych. To upośledzenie mieszkań jednoizbowych powtarza się stale, jak to zobaczymy niżej przy rozważaniu innych warunków higienicznych mieszkań.

Higiena wymaga, by na 1 mieszkańca przypadało 5 metrów kwadratowych podłogi i 15 metrów sześciennych przestrzeni. Zachodzi pytanie, w jakim stopniu odpowiadają tym wymaganiom mieszkania omawiane. Ponieważ na jedną izbę przeciętnie przypada podłogi w mieszkaniach jednoizbowych — 19,77 metr.², w dwuizbowych — 15,95 m.² w trzyizbowych — 16,11 m.², z drugiej zaś strony przypada w odpowiednich mieszkaniach średnio 5,7; 3,1; 3,6 osób, p. zeto na jednego mieszkańca przypadnie podłogi w mieszkaniach jednoizbowych 3,3 m.², w dwuizbowych 5,1 m.², w trzyizbowych 4,5 m.². Dzieliąc liczby, wyrażające przeciętną objętość jednej izby mieszkań różnych kategorii przez liczby, oznaczające zaludnienie tych izb, otrzymamy liczbę metrów sześciennych powietrza, przypadającego na jedną osobę; liczby te są następujące: dla mieszkań jednoizbowych 9,3 m.³, dla dwuizbowych 14,6 m.³, dla trzyizbowych 12,4 m.³; stąd wniosek, że mieszkania jednoizbowe, zarówno pod względem powierzchni, jak i pod względem przestrzeni, nie odpowiadają istotnym wymogom. Pomijając mieszkania dwu- i trzyizbowe, których liczba w porównaniu z liczbą mieszkań jednoizbowych jest nieznaczna, możemy przyjąć, że mieszkania pracowników rolnych są wogóle ciasne.

Oświetlenie mieszkań jest niedostateczne. Przyjmując w danych warunkach jako minimum oświetlenia, wyrażające się w stosunku powierzchni okien do powierzchni podłogi danego pomieszczenia, za 1/15, widzimy, że stosunek ten i wyższy wykazuje tylko część mieszkań, mianowicie 19,04% mieszkań jednoizbowych, 46,31% mieszkań dwuizbowych i 62,53% — trzyizbowych. Pozostałe mieszkania są oświetlone niedostatecznie w nierównym stopniu. W zależności od stosunku powierzchni okien do powierzchni podłogi możemy podzielić te pozostałe mieszkania na bardzo ciemne, ciemne i oświetlone słabo. Do bardzo ciemnych zaliczać się będą mieszkania, w których stosunek powierzchni okien do powierzchni podłogi jest niższy od 1/40; do ciemnych takie, w których ten stosunek waha się między 1/40 i 1/20, do oświetlonych słabo mieszkania, mające stosunek powierzchni okien do powierzchni podłogi, wahać się w granicach 1/20 — 1/15. Mamy więc mieszkań bardzo ciemnych: jednoizbowych 5,55%, dwuizbowych 2,69%, trzyizbowych 0,44%, mieszkań ciemnych: jednoizbowych 52,39%, dwuizbowych 22,74%, trzyizbowych 15,42%, zaś mieszkań oświetlonych słabo: jednoizbowych 23,02%, dwuizbowych 28,26%, trzyizbowych 21,58% w stosunku do ogólnej liczby każdej kategorii mieszkań. Ponieważ, jak to zaznaczono wyżej, mieszkania jednoizbowe stanowią ogromną większość wszystkich mieszkań, można twierdzić, że mieszkania pracowników rolnych są niedostatecznie oświetlone światłem dziennym.

Na obniżenie stopnia oświetlenia mieszkań wpływają inne jeszcze czynniki, do których należy zaliczyć stan okien i stan sufitów. Wpływ ujemny okien na stopień oświetlenia ujawnia się w tej okoliczności, że szyby w części mieszkań są potłuczone, a otwory w oknach zaklejone papierami, pozatykane szmatami lub pozabijane deskami. Mieszkań z takimi oknami ankietę wykazała: jednoizbowych 25,09%, dwuizbowych 11%, trzyizbowych 7,93%; w mniejszym stopniu wywierają wpływ w omawianym kierunku sufity, które w niewielkiej prawdzie liczbie są niebielone; mieszkań z niebielonymi sufitami jest jednoizbowych 7,83%, dwuizbowych 6,68%, a trzyizbowych 3,08%.

Niedostatecznemu oświetleniu mieszkań odpowiada niedostateczne również ich przewietrzanie. Najłatwiejszy i najodpowiedniejszy sposób przewietrzania mieszkań jest otwieranie lufcików i okien. Otóż ten warunek nie może być w wielu mieszkaniach wypełniony z powodu wadliwego urządzenia okien, mianowicie, wskutek tego, że w większości mieszkań okna nie mają lufcików, co dla mieszkań jednoizbowych stanowi 83,81%, dla dwuizbowych 64,27% i dla trzyizbowych 32,16%. W dodatku wiele mieszkań nie ma okien otwieralnych; takich mieszkań z oknami nieotwieralnymi jest jednoizbowych 39,58%, dwuizbowych 14,85%, a trzyizbowych 4,4%. Stąd wniosek, że przewietrzanie większości mieszkań pracowników rolnych jest uniemożliwione wskutek niewłaściwego urządzenia okien.

Ogrzewanie mieszkań pracowników rolnych rzadko odbywa się z pomocą oddzielnych pieców, jeżeli pominiemy mieszkania większe. Przeważnie piece do gotowania lub do gotowania i pieczenia chleba służą jednocześnie za źródło ogrzewania pomieszczeń; piece głównie są zbudowane z cegieł, pieców kaflowych i piecyków żelaznych jest mało. Procentowo stosunki pod względem ogrzewania dają obraz następujący: mieszkań jednoizbowych z piecami tylko do gotowania jest 23, 49%, do gotowania i pieczenia jednocześnie 76,51%; zarówno pierwsze, jak i drugie są zbudowane z cegieł, bowiem kaflowych mamy tylko 0,68%, zaś żelaznych 0,27%. Oddzielną piec do ogrzewania spotykamy w tych mieszkaniach, w których są tylko piece do gotowania, jednakże mieszkań takich jest niewiele, mianowicie 3,97% wszystkich mieszkań jednoizbowych. W mieszkaniach dwu- i trzyizbowych spotykamy znacznie większą liczbę pieców oddzielnych do ogrzewania; mieszkań dwuizbowych z takimi piecami mamy 51,92% (z kafla 9,38%, z cegieł 41,54%, żelaznych 1%), mieszkań trzyizbowych 94,27% (z kafla 43,17%, z cegieł 50,66%, żelaznych 0,44%). Fakt, że mieszkania jednoizbowe stanowią gros wszystkich mieszkań dowodzi, że mieszkania pracowników rolnych są w porze letniej przegrzewane, co jak wiadomo, wpływa ujemnie na stan zdrowia ich mieszkańców, zwłaszcza dzieci małych. W porze zimowej natomiast muszą być niedostatecznie ogrzewane, nie posiadając oddzielnych pieców, przeznaczonych do tego celu. Na niedostateczne ogrzewanie mieszkań w porze zimowej wpływa i ta okoliczność, że w bardzo dużej liczbie mieszkań niema podwójnych okien, wymiowanych na lato. Mieszkań, w których jest brak podwójnych okien, mamy: jednoizbowych 94,07%, dwuizbowych 78,71%, trzyizbowych 50,22%. Z powyższego wynika, że i pod względem ogrzewania mieszkania pracowników rolnych posiadają braki.

Najgorzej bódaj przedstawia się pod względem higienicznym stan podłóg. Spotykamy w omawianych mieszkaniach przeważnie cztery rodzaje podłóg: z desek, z cegieł, z gliny ubitej, z ziemi ubitej. W mieszkaniach dwu- i trzyizbowych podłogi bywają niekiedy dwóch rodzajów, mianowicie w izbach mieszkalnych z desek, zaś w izbie kuchennej z gliny ubitej lub z cegieł. Tutaj należy dodać, że nawet w tych mieszkaniach, które mają podłogę drewnianą, podłoga ta w wielu z nich jest zniszczona. Dane statystyczne wykazują, że mieszkań z podłogami drewnianymi jest: jednoizbowych 20,5%, dwuizbowych 56,72%, trzyizbowych 83,23% w stosunku do wszystkich mieszkań danej kategorii; mieszkania z podłogą z cegieł dają mały odsetek, mianowicie jednoizbowe 6,63%, dwuizbowe 16,51%, trzyizbowe 11,9%. Najwięcej jest rozpowszechniona podłoga z ubitej gliny: w mieszkaniach jednoizbowych 66,81%, w mieszkaniach dwuizbowych 25,6%, zaś trzyizbowych tylko 4,4%. Mieszkania z podłogą wprost z ubitej ziemi zajmują ostatnie miejsce pod względem liczby; miesz-

kań takich mamy 6,06% jednoizbowych, 1,16% dwuizbowych i 0,47% trzyizbowych. Samo się przez się rozumie, że utrzymanie czystości w mieszkaniach, nie mających podłogi drewnianej, staje się prawie zupełnie niemożliwe. Urządzenie podłóg, któreby można było myć, staje się palącą potrzebą i nie powinno być zbyt uciążliwe dla właścicieli ziemskich.

Ciasnota mieszkań pracowników rolnych w głównej mierze, a następnie nieuświadomienie mieszkańców co do szkodliwości wspólnego sypiania wpływa na to, że liczba miejsc do spania nie odpowiada liczebności zaludnienia. Wszystkie mieszkania jednoizbowe mają 85676 mieszkańców i tylko 32459 łóżek, czyli na jedno łóżko przypada około trzech mieszkańców (ściśle 2,64), w mieszkaniach dwuizbowych na 14920 mieszkańców przypada 6226 łóżek, t. j. na jedno łóżko przypada 2,4 mieszkańca, zaś w mieszkaniach trzyizbowych na 1638 mieszkańców 805 łóżek, czyli na jedno łóżko przypada 2 mieszkańców. Ponieważ stopień uświadomienia co do wpływu wspólnego sypiania na zdrowie jest jednakowy wśród mieszkańców wszystkich trzech kategorii, z przytoczonych liczb wynika, że przyczyna niedostatecznej liczby łóżek jest również uwarunkowana niedostateczną powierzchnią mieszkań.

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa ustępów i sprawa zaopatrzenia w wodę. Pomijając stan ustępów, który wogóle jest zły, należy zwrócić uwagę na bardzo niedostateczną liczbą ustępów. Z ustępów ma możliwość korzystania zaledwie 36,1% ludności. Średnio jeden ustęp przypada na 4,5 rodzin i na 24,3 osób. Jednakże są ustępy, obliczone nawet na 27 rodzin jeden. Ustępy są przeważnie drewniane (93,3). Na ogólną liczbę 1521 ustępów tylko 340 jest zbudowanych na dołach (22,35%), przyczem na dołach murowanych jest 40 ustępów, na dołach betonowych 13, na dołach systemu beczkowego 133, na zwykłych dołach ziemnych 154.

Pod względem zaopatrzenia w wodę ściśle liczby co do poszczególnych rodzajów urządzeń, dostarczających tę wodę, nie mogą być podane, natomiast mamy dokładne dane co do liczby osób, korzystających z wody, dostarczanej przez te urządzenia; mianowicie, z wody wodociągowej korzysta 0,11% mieszkańców, z wody ze studzien wierconych 6,27%, z wody ze studzien kopanych zakrytych 15,34% i z wody ze studzien kopanych odkrytych 67,62% mieszk. Pozostali mieszkańcy (10,66%) używają wody, pochodzącej ze zbiorników naturalnych, mianowicie z wody ze źródeł korzysta 0,84% mieszkańców, z jezior 0,19%, ze stawów 0,87%, z rzek 3,91%, ze strumieni 4,85%. Widzimy więc, że głównym źródłem czerpania wody są studnie. Nie wchodząc w to, czy urządzenie tych studzien jest racjonalne, i czy woda w nich odpowiada wymaganiom pod względem fizyczno-chemicznym i bakteriologicznym, stwierdzić należy, że jednak około 11% pracowników rolnych używa wody złej.

Odległość źródeł czerpania wody od miejsc ustępowych tylko w 66 przypadkach jest niedostateczna, co wobec 1521 ustępów stanowi 4,34%.

Reasumując wyżej powiedziane, przychodzi się do następujących wniosków:

- 1) mieszkania pracowników rolnych są przeważnie jednoizbowe (85%);
- 2) urządzenie mieszkań jest niejednakowe: najgorzej są traktowane mieszkania jednoizbowe;
- 3) mieszkania są przeludnione, bowiem na jedno mieszkanie przypada przeciętnie 6 mieszkańców;
- 4) w związku z punktem 3 mieszkania jednoizbowe nie odpowiadają wymaganiom higieny pod względem powierzchni i przestrzeni, przypadających na jednego mieszkańca;
- 5) oświetlenie mieszkań światłem dziennym jest niedostateczne;
- 6) przewietrzanie mieszkań jest utrudnione wskutek wadliwego urządzenia okien;
- 7) ogrzewanie mieszkań jest nienależyte; w porze letniej mieszkania są przegrzewane, w porze zimowej niedostatecznie zaopatrzone (brak podwójnych okien);
- 8) wskutek wadliwego urządzenia podłóg (głina) utrzymanie mieszkań w czystości jest bardzo utrudnione;
- 9) liczba łóżek w mieszkaniach jest niewystarczająca wskutek niedostatecznej powierzchni mieszkań, co wpływa ujemnie na zdrowotność i obyczajność;

10) ustępy są wadliwie urządzone, i liczba ich nie odpowiada potrzebom;

11) część mieszkańców korzysta z wody, pochodzącej ze źródeł naturalnych, a więc z wody niezdatnej do użytku wewnętrznego.

Źródła:

Dr. Adamski Jan: Sprawa mieszkaniowa. Warszawa. 1916.

Dr. Adamski Jan: Stan sanitarny mieszkań stróżów w Warszawie. Warszawa. 1916.

Prof. Karaffa-Korbitt Kazimierz: Zarys higieny (cz. I). Wilno. 1924.

Prof. Flüggé: Grundriss der Hygiene. Lipsk. 1915.

Dr. Roth E.: Ländliche Hygiene. Jena. 1908.

Dr. Kowalczewski Józef: Inspekcja mieszkaniowa. Warszawa. 1920.

Warunki wcielania w życie idei miast-ogrodów.

napisał

Dr. Władysław DOBRZYŃSKI (Warszawa).

Za jedno z najważniejszych zadań higieny społecznej doby obecnej uważać należy reformę mieszkaniową i właściwe planowanie miast, a przedewszystkiem propagowanie idei miast-ogrodów, jako środka walki z wielu trudnościami w dziedzinie mieszkaniowej, przemysłowej i komunikacyjnej, będącymi wynikiem skupienia ludności w miastach wielkich, jak Warszawa, Łódź i t. d.

Propaganda tej idei przez delegację do sprawy miast-ogrodów przy W. T. H., która się okazała tak samo niezbędną, jak wszędzie na zachodzie, wysunął swego czasu cały szereg środków, wskazanych przy prowadzeniu polityki rządu i samorządów w tej aktualnej sprawie.

Określenie i zadanie miasta-ogrodu.

„Miasto—ogród” jest to skupisko ludzkie, przeznaczone do celów przemysłowych i zdrowotnego w niem zamieszkania; miasto to winno posiadać takie rozmiary i postać, aby uczynić możliwą pełnię życia socjalnego i kulturalnego, lecz nie powinno być zbyt duże (do 50.000 mieszk.); winno być otoczone pasem pól i ogrodów, a cały teren miejski — własnością publiczną (zarządu gminy albo towarzystwa użyteczności publicznej).

Miasto—ogród jest więc miastem samodzielnym, posiadającym: a) ośrodek miejski, b) dzielnice: przemysłową i mieszkaniową, c) ograniczone rozmiary, i d) stały pas terenu rolniczo-ogrodniczego. Przy finansowaniu takich miast jest rzeczą niezmiernie ważną, że teren miejski stanowi własność wspólnoty, a nie jednostek indywidualnych. Kontrola cen gruntowych, którą umożliwia ta właśnie forma posiadania, daje ludności daleko wyższe korzyści gospodarcze w porównaniu z innymi miastami.

Zakładanie miast i przedmieść — ogrodów jest niezbędne: a) do zwalczania braku mieszkań, b) do dostarczania przemysłowi lepiej uposażonych dzielnic i ulepszenia warunków produkcji, c) do poprawy warunków komunikacyjnych naszych dużych ośrodków przemysłowych, d) do unikania straty czasu i pieniędzy na odbywanie długich przestrzeni, łączących warsztaty pracy z miastem i wreszcie e) do bezpośredniego kontaktu z rolnictwem.

W tym celu należy uchwalić takie ustawy i wydać takie przepisy budowlane, któreby popierały zakładanie tego rodzaju skupisk ludzkich, a przedewszystkiem — ustawę o wieczystej dzierżawie, umożliwiającą długoterminowy kredyt amortyzacyjny, przepisy ulgowe dla budujących domy rodzinne i polecić zarządom miejskim opracowanie właściwych planów w jaknajbliższym czasie i przygotowanie terenów do budowy. Z istniejących bowiem ustaw nie można korzystać, dopóki te postulaty nie zostaną urzeczywistnione.

Polityka miast-ogrodów winna się stać częścią polityki ogólnej rządu. W tym celu winien rząd rozpatrzyć: a) metodę zapoczątkowywania i wcielania w życie idei miast-ogrodów. (Sprawa odbudowy miast, jak wiemy, po uporządkowaniu sprawy mniejszości narodowych, jest najbliższym punktem programu obecnego premjera), b) nabywania tere-

nów i c) finansowania. Te trzy sprawy są w znacznym stopniu we wzajemnej zależności.

Miasto—ogród, jak już zaznaczono, jest miastem samodzielnym (self-contained), przeznaczonym nie tylko do zamieszkiwania, ale i zarobkowania w niem. Wymaga ono również zarezerwowania stałego pasa ziemi rolniczo-ogrodniczej, otaczającego miasto, i rozumnej polityki, zabezpieczającej je od powiększania się poza pewną granicę. Głównym celem zakładania miast i przedmieść—ogrodów jest t. zw. decentralizacja czyli odciążenie wielkich miast dla wspólnej korzyści.

To wszystko należy mieć na uwadze przy zapoczątkowaniu projektu miasta—ogrodu. Przecież nie można oczekiwać, że nasze samorządy, jako jeszcze niedostatecznie przygotowane, podejmą tego rodzaju ważne zadanie samorządnie, bez poparcia i znacznej pomocy ze strony państwa.

Istniejące w Anglii dwa samodzielne miasta—ogrody, Letchworth i Welwyn, powołane zostały do życia przez towarzystwa akcyjne, przewidujące w swoich statutach, że przyrost wartości gruntu po wypłaceniu ograniczonej dywidendy (5%) będzie wykorzystany dla celów miejskich. Plany powyższych miast uważane są, jako wzory do naśladowania, i założenie ich było eksperymentem, który w zupełności się udał. Ale musimy tu powtórzyć, że bez większej pomocy ze strony państwa, bez wydawnego kredytu zwłaszcza, nie można się spodziewać, że powstaną gdzieś indziej tego rodzaju miasta.

Pierwszą rzeczą powinno być zwołanie jakiejś komisji centralnej, którejby powierzone zostało to specjalne zadanie. Co do składu tej centralnej organizacji, należy zaznaczyć, że w skład jej winni wejść przedstawiciele M-stw: Pracy i Opieki Sp., Dep. Zdrowia, Robót Publ., Komunikacji i Rolnictwa, Samorządów i działacze społeczni. Oczywiście, organizacja ta winna pracować ideowo i obejmować następujące czynności: a) wybór odpowiednich gruntów pod miasta—ogrody, przyczem należy mieć na względzie właściwości tych gruntów i sąsiednich połaci, dalej warstwy podziemnej, koleje i inne środki komunikacyjne, możliwość kanalizowania i przeprowadzenia wodociągów i innych inwestycji. Również należy starannie rozważać sprawę przeniesienia pewnych gałęzi przemysłu z wielkich miast, wobec których nowopowstające miasta winny stać się satellitami, b) współdziałanie przy zakładaniu miast i przedmieść—ogrodów i stały kontakt z miejscowymi organizacjami, opracowanie statutu etc., c) współdziałanie przy finansowaniu tych przedsiębiorstw, zabiegając o kredyt z funduszy publicznych i innych, d) rozważanie powstałych z zapoczątkowania samorządów albo zrzeszeń spółdzielczych i e) udzielanie wskazówek technicznych i innych, dotyczących planowania i przygotowania terenów pod budowę miast—ogrodów.

Bez względu na to, z czyjej inicjatywy miasta—ogrody powstają, zarząd ich winien być powierzony wybranej ad hoc miejscowej organizacji — samorządowi lub zrzeszeniu spółdzielczemu. W pewnych przypadkach zarząd może być pozostawiony instytucji centralnej. Jednakże rzeczą zasadniczą winno być specjalne kierownictwo dla poszczególnych miast—ogrodów (decentralizacja zarządów).

Zabiegi o tereny.

Przy zakładaniu miast—i przedmieść—ogrodów sprawa pozyskiwania terenów wysuwa się na plan pierwszy. Istniejące wprawdzie w naszych ustawach (rozporządzenie wykonawcze prezesa Głównego Urzędu Ziemiańskiego do Ustawy o reformie rolnej z 1921 r. i Ustawa o rozbudowie miast z 1922 r.) §§ o wywłaszczaniu dla tego rodzaju celów terenu publicznego, ale dotąd ich nie wykorzystano, gdyż wprowadzenie ich w życie nastęrcza znaczne trudności (sprawa odszkodowania nie jest jasno postawiona). Jest więc rzeczą pierwszorzędnej wagi, by tereny, na których mają powstać miasta—względnie przedmieścia—ogrody, były bądź w posiadaniu samorządów, bądź stowarzyszeń spółdzielczych, które przygotowałyby plany i czuwają, by przyrost wartości terenu należał do wspólnoty dla uniknięcia w przyszłości spekulacji. Rozmiary terenów, jakie są potrzebne celem założenia dzielnic: handlowej, przemysłowej, mieszkaniowej, placów gier, oraz na stały pas ziemi ornej, wahają się od 2,500 do 6,000 morgów. Nabyty i przygotowany teren oddaje się w dzierżawę wieczystą tym, którzy budują domy, fabryki, sklepy etc. Całość terenu należy rozplanować tak, by zapewnić jaknajwiększą

miarę zdrowotności i komfortu dla ludności miejskiej oraz oszczędności i sprawności dla dzielnicy przemysłowej.

Finansowanie.

Na zapoczątkowanie i założenie miasta—ogrodu potrzebne są znaczne kapitały. Jednakże doświadczenie m. Letchworth uczy, że kapitał, inwestowany w takim przedsiębiorstwie, jest w zupełności pewny. Jak to się dzieje z innymi dużymi przedsiębiorstwami, wypadnie tutaj w pierwszych okresach płacić odsetki od kapitału zakładowego, ale przyrost wartości gruntu w zależności od zamiany ziemi ornej na teren miejski i dochody, otrzymywane za takie świadczenia, jak woda, gaz, elektryczność i inne, — dochody, powiększające się w miarę rozwoju przedsiębiorstwa, wystarczą nie tylko na spłatę procentów od zaciągniętych długów, ale pozostaną jeszcze sumy na spłatę samego kapitału i na amortyzację. Przytem jest rzeczą ważną z punktu widzenia gospodarczego, by rozpoczęta około założenia miasta praca szybko się rozwijała. Im mniej jest przeszkód z powodu braku kapitałów, tem pewniejszy jest sam kapitał inwestowany. Powodzenie finansowe zależy w pierwszym rzędzie od pomocy rządu w związku z kapitalizowaniem przedsiębiorstwa. Pomoc ta może polegać bądź na gwarantowaniu procentów od włożonego kapitału, bądź na udzielaniu przez rząd specjalnej pożyczki.

Stosunek miast—ogrodów do sprawy mieszkaniowej i bezrobocia.

Zakładanie tego rodzaju miast miałyby ważne znaczenie w jednym i drugim kierunku. Potrzebna jest olbrzymia liczba mieszkań w miastach i naokoło nich. Jest więc wskazane, by mieszkanka te budować, jako miasta i przedmieścia—ogrody. Jeżeli przemysł ma być przeniesiony z miast skupionych do dzielnic zamiejskich, właściciele zakładów przemysłowych powinni pierwiej wystawić właściwe mieszkania dla swoich pracowników.

Co się zaś tyczy bezrobocia, niezależnie od uruchomienia właściwego przemysłu budowlanego, znaczne zatrudnienie mogliby otrzymać robotnicy przy zakładaniu dróg, inwestycji miejskich, jak gaz, elektryczność, wodociągi etc., sadzaniu drzew i krzewów w ogrodach i parkach. Wszystko to mogliby wykonywać robotnicy niewykwalifikowani pod kierunkiem fachowców.

Zakładanie samodzielnych miast—ogrodów i otoczenie ich pasem ziemi rolniczo-ogrodniczej powoduje intensywniejszą produkcję ziemiofródów i zapotrzebowanie większej liczby robotników wiejskich.

Wobec tego wszystkiego, co było powiedziane, jest obowiązkiem władz ustawodawczych i wykonawczych przyjąć z pomocą przy zakładaniu miast—ogrodów i tą drogą przeciwdziałać ztytniemu skupieniu w miastach wielkich, innymi słowy, tworzyć racjonalną „rozbudowę” miast.

Sprawa kąpielisk ludowych w Rzeczypospolitej Polskiej

podał

Henryk GRUNDGAND (Warszawa).

Warunkiem nieodzownym zdrowia ludności jest, jak wiemy, obfitość dobrej wody, szybkie usuwanie nieczystości miejskich, nadzór nad stanem zdrowotnym mieszkań, nad mlekiem i innymi artykułami żywnościowymi, nie mniej przecież ważne pod względem higienicznym jest urządzenie kąpielisk ludowych w celu ułatwienia biedniejszej ludności utrzymania czystości ciała.

Dla Polski potrzeba ta zasługuje na szczególną uwagę, gdyż osiedla polskie posiadają znikomą liczbę takich kąpielisk. Lud nasz posiada niski poziom potrzeb w zakresie przestrzegania czystości ciała. Bez wątpienia 120 letnia rabunkowa gospodarka rządów rosyjskich nie miała przyczyniła się do tego. Tem się również tłumaczy, że za czasów zaboru rosyjskiego na polu walki z wszawicą zdziałano bardzo mało. Można tu śmiało powiedzieć, że zapoczątkowanie na szerszą skalę zwalczania wszawicy w r. 1920—1921, drogą zakładania kąpielisk ludowych, należy bezspornie do b. Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do spraw walki z epidemjami, który akcję tę podjął przy współudziale Ligi Narodów. Po-

zostało po zaborze rosyjskim łaźnie, budowane przeważnie dla wojska, były w tym stanie, że wymagały gruntownej przeróbki. B. Nacz. Nadzw. Komisarjat do spraw walki z epidemiami w części przebudował, w części zaś pobudował nowe zakłady kąpielowo-dezynfekcyjne, odpowiadające nowoczesnym wymaganiom techniki sanitarnej. Ogólna liczba przebudowanych oraz wybudowanych zakładów kąpielowo-dezynfekcyjnych w latach 1920 i 1921 dosięga 86. Jest to kropla w morzu, gdyż tylko dla miast powiatowych w Polsce potrzeba 257 kąpielisk. Ponieważ stan kąpielisk ludowych w całej Rzeczypospolitej jest mocno opłakany, to, jeżeli usiłowania nasze zwrócimy w tym kierunku, ażeby w każdej wsi było kąpielisko, jako budynek niezbędny, potrzebaby 6000 kąpielisk. Ze względu na ciężkie warunki finansowe ciał samorządowych, pobudowanie wymienionej liczby kąpielisk ludowych bez pomocy ze strony ogółu obywateli jest niewykonalne. Należy tutaj uprzytomnić sobie, że rozbudowa kąpielisk ludowych nie decyduje jeszcze o racjonalnym z nich korzystaniu, gdyż trzeba przedewszystkiem zaszczyć wśród ludu naszego zasadę, że „czystość jest główną podstawą zdrowia“, gdyż dotychczas przeświadczenie o konieczności częstego mycia się należy jeszcze do przesądów. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że łaźnia rosyjska przyjęła się tak mocno na gruncie Rosji, że wkorzeniła się prawie w krew i życie tego narodu, gdyż stanowi ona tam nieodzowne urządzenie każdej wsi i oddaje znakomite usługi, to stąd śmiało możemy wyprowadzić wniosek, że naród nasz o kulturze pod każdym względem wyższej od rosyjskiego tylko dzięki nieuświadomieniu posiada tak mały zakres potrzeb w dziedzinie higieny. Dając mu kąpiel, najwięcej odpowiadającą jego upodobaniom, czy to w rodzaju łaźni, czy też natrysków, możnaby zdziałać wiele, a sprawa ta warta jest szczyrych zabiegów. Dla charakterystyki zaznaczymy, że gminy żydowskie prawie we wszystkich miasteczkach Polski o większych skupieniach ludności pobudowały przewidziane rytuałem kąpieliska ludowe, t. zw. „mykwy“. Niestety, rzadko kiedy mykwa taka posiada urządzenie racjonalne, gdyż i dla tych kąpielisk, na co należałoby zwrócić szczególną uwagę naszych organów sanitarnych, istnieją również wymagania techniki sanitarnej i higieny, których należałoby przestrzegać.

Racjonalnie urządzona mykwa powinna mieć basen kąpielowy z wodą, stale przepływającą, ewentualnie często zmienianą, posiadać winna dwie oddzielne ubikacje: ubieralnię i rozbieralnię. Byłaby zaś zupełnie higieniczna, gdyby posiadała jeszcze piec dezynfekcyjny. Istniejące obecnie w Polsce mykwy urągają wszelkim zasadom higieny: woda w nich, wprost cuchnąca, jest rozsądnikiem nietylko brudów, lecz często źródłem szerzenia się chorób zakaźnych.

Rzucając tych kilka uwag w sprawie obecnego stanu kąpielnictwa ludowego, pragnęlibyśmy, ażeby szerszy ogół lekarzy podjął inicjatywę propagandy, zachęcając ogół do zaprowadzania kąpielisk ludowych drogą organizowania „Towarzystw budowy kąpielisk ludowych“. Towarzystwa takie pomysł o wynalezieniu środków materialnych. Dodać tutaj należy, że przymusowy udział samorządów w akcji uruchomienia kąpielisk przewidziany jest w zarządzeniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (M. S. W. Nr. S. Z. 581 ex 1921). W zarządzeniu tem poleca się wstawienie z urzędu do budżetu niechętnych gmin miejskich i wiejskich odpowiednich sum na uruchomienie kąpielisk. Sprężysta zatem egzekutywa winna zapewnić zarządzeniu temu przy współudziale finansowym „Towarzystwa“ nadspodziewane rezultaty.

Praktycznem byłoby rozpatrzyć, jaki system kąpielisk ludowych najwięcej odpowiada naszym warunkom materialnym oraz upodobaniu ludu i wszelkiej kategorii robotników fabrycznych i wiejskich.

Zastanowimy się tylko nad łaźniami (parniami) oraz natryskami. Działalność B. Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu w r. 1920—21 w zakresie rozbudowy zakładów kąpielowo-dezynfekcyjnych oraz sprawdzenie rezultatów tej akcji da nam może pewne wytyczne przy rozważaniu odpowiadającego naszym warunkom projektu kąpielisk ludowych. Otóż przy współudziale B. Nacz. Nadzw. Komisarjatu przebudowano 39 zakładów kąpielowych; wybudowano 47 zakładów kąpielowo-dezynfekcyjnych, z tych ostatnich dotychczas, jeszcze 15 znajduje się w budowie lub remoncie. Według danych, otrzymanych w ostatnich tygodniach r. b. w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, — 33 zakłady kąpielowo-dezynfekcyjne obecnie bezspornie funkcjonują, część łaźni uruchomio-

na została ostatnio pod presją ze strony Centrali Służby Zdrowia, która, powołując się na Ustawę z dn. 25 lipca 1919 r. (Dz. Ust. Nr. 67, poz. 402) w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych, zwróciła się w tej sprawie do Województw. Idąc dalej, sprawdziliśmy na zasadzie ewidencji kąpielisk, prowadzonej w Wydziale chorób zakaźnych wymienionej Centrali, że 10 wybudowanych łaźni zupełnie nie funkcjonuje, co zaś dotyczy pozostałych 28 łaźni, to dotychczas ostatecznych danych z miejsc o ich funkcjonowaniu nie otrzymano. Jeżeli nawet przypaść, że z tych 28 łaźni połowa, t. j. 14 funkcjonuje, otrzymamy na ogólną liczbę 86 (39+47) przebudowanych oraz wybudowanych zakładów kąpielowych funkcjonujących (33+14)=47. Tak mały procent funkcjonujących łaźni tłumaczy się przeważnie brakiem środków materialnych, potrzebnych związkowi komunalnym na uruchomienie oraz eksploatację łaźni. Według danych, otrzymanych z tegoż źródła, dowiadujemy się, że większość łaźni, których budowa rozpoczęła się z funduszy B. Nacz. Nadzw. Komis., skończona została z funduszy Ligi Narodów, w ten sposób wykonano 38 łaźni, na co z funduszy dotacyjnych Ligi Narodów za czas od dn. 14 lipca 1921 r. do 30 kwietnia 1923 r. wydatkowano 149952797 mkp. 50 fenig. Ten skromny materiał, który urywczo udało się nam zebrać, oświeśla, jak należy zapastrywać się na sprawę przyszłej rozbudowy zakładów kąpielowo-dezynfekcyjnych w Polsce.

Jeżeli teraz rozważymy, jak przedstawia się frekwencja kąpiących się w tych zakładach kąpielowych, które przecież odpowiadają wszelkim wymaganiom nowoczesnej techniki sanitarnej, to tutaj napotkamy jeszcze smutniejsze objawy. Otóż frekwencja w nich jest niska, gdyż przeciętna liczba kąpiących się dobrowolnie w ciągu dnia nie przewyższa 10 osób, z wyjątkiem dni przedświątecznych oraz dni, przeznaczonych dla przymusowej bezpłatnej kąpeli, naprz. młodzieży szkolnej, ochronek i t. p.

Ten indyferentyzm uboższej ludności tłumaczy się: 1) płacą za zabieg kąpielowy (zwykle 1½—2 milj. mkp.), 2) brakiem przeświadczenia o konieczności przestrzegania czystości ciała, 3) ze względu na stosowanie zasad oszczędnościowych natryski często zbyt krótko trwają, posiadają nie dość ciepłą wodę, a więc nie dają dostatecznej czystości skóry. Z powyższego wynika, że natryski wówczas odpowiadają mogą upodobaniu szerszych mas uboższej ludności, jeżeli dadzą im maximum zadecydowania, a więc 1 natrysk przez godzinę obsłużyć winien maximum 4 osoby, przez ten czas na jedną osobę należy zużyć od 25—50 litrów wody o temperaturze 35° C. cieplej i 10° C. zimnej. W ten sposób według obliczenia, podanego przez prof. Godlewskiego i d-ra Schinzela (Opis działalności N. N. K. w r. 1920—1921) na jeden natrysk zużywać się winno 1250 ciepłotek, licząc 50 (35—10)=1250. Prócz tego pożądanoby było dodawanie do kąpeli natryskowej kubelka ciepłej wody dla każdego kąpiącego się w celu uprzedniego oczyszczenia się z brudu. Bez tego uzupełnienia, przy znacznem zanieczyszczeniu skóry, zwykle natryski nie wystarczają.

Ponieważ przy stosowaniu kąpeli natryskowych podanych powyżej zasad nie przestrzega się, z tego względu upodobanie ludu naszego do parni jest większe, chociaż pod względem higienicznym kąpiel natryskowa stoi bez porównania wyżej.

Zaznaczymy tutaj, że atmosfera w łaźni nie zawsze jest znośna, gdyż t° dochodzi często do 50° C., w górnych zaś warstwach nawet do 70—80° C., przymet, przesycona wilgocią, wpływać może ujemnie na czynności narządów oddechowych, wywołując różne zaburzenia. Dla jednostek zaś niezupełnie zdrowych (osłabionych kobiet, dzieci) użycie łaźni jest przeciwwskazane (krwotoki, apopleksja i t. p.). Posiada wszakże łaźnia i dużo dobrych stron, mianowicie wśród wilgotnej atmosfery łaźni przy odpowiednio wysokiej temperaturze naskórek wraz z wszystkim, co w sobie zawiera, przez pierwsze chwile rozmięka, po użyciu zaś mydła odpada, odkrywając pory skórne, kilkakrotne rozcieranie lub uderzenia miotłką pobudzają energię obiegu krwi, sprawiają przyjemne wrażenie, i człowiek wychodzi z łaźni orzeźwiony, dobrze do pracy usposobiony, a nadewszystko czysty. Nadmienię tutaj, że robiono liczne doświadczenia fizjologiczne nad działaniem łaźni na organizm ludzki. Doświadczenia te, ściśle prowadzone, nieraz poparte analizą, wykonali: Large, Fleming, Haeligenthal, Burhardt, Demianikof, Kosturin, Tomas, Zasieckii inni. Wyniki doświadczeń tych doprowadziły do analogicznych prawie wniosków,

mianowicie: 1) Łaźnia rosyjska o atmosferze wilgotnej lepiej, aniżeli łaźnia turecka (sucha), wpływa na oczyszczenie skóry, gdyż para wilgotna rozmiękcza brud; 2) łaźnia pobudza cyrkulację krwi; 3) siła mięśni rąk i tułowia zmniejsza się w stosunku do podwyższenia temperatury z powodu molekularnych zmian w tkance mięśniowej; 4) oddychanie staje się częstszym, siła wdychu jak również wydechu zmniejsza się na skutek osłabienia mięśni oddechowych i sprężystości tkanek płucnej; 5) ponieważ woda z krwi wyparowywała, krew staje się bogatszą w hemoglobinę; 6) dobową ilość moczu po łaźni zmniejsza się, mocz zaś ma ciężar gatunkowy większy, zawiera więcej mocznika, siarczanów i fosforanów; 7) uczucie subiektywne w łaźni bywa nader przyjemne, jeżeli tylko jest niezbyt wysoka, dość dużą rolę odgrywa tutaj stopień przyzwyczajenia.

Ze wszystkich dodatknych stron łaźni najwięcej zasługuje na wyróżnienie to, że łaźnia może być urządzona wszędzie, gdzie jest odpowiednia ku temu izba, woda studzienna i cegła na piec. Ze względu na taniość urządzenia oraz eksploatacji łaźnia z łatwością może być zastosowana w każdej wsi polskiej dla klas najuboższych.

Reasumując wszystko powyżej powiedziane w sprawie kąpielisk ludowych, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Rozbudowa kąpielisk ludowych w Rzecz. Polskiej z punktu widzenia higieny społecznej pest sprawą, nie cierpiącą zwłoki.

2) Miasta i gminy powinny niezwłocznie podjąć inicjatywę propagandy wśród klas uboższych w sprawie niezbedności przestrzegania czystości ciała.

Współpraca w tym kierunku ze strony duchowieństwa i nauczycielstwa jest nieodzowna, gdyż wpływ ich na szersze masy ludności wiejskiej dziać może bardzo wiele.

3) Kąpieliska ludowe powinny być udostępnione dla ogółu ludności w ten sposób, że zabieg kąpielowy przeciętnie kosztować powinien nie więcej, niż 50 gr. pol. Ludność najuboższa w oznaczone dni powinna korzystać z kąpeli bezpłatnie.

4) W naszych warunkach najodpowiedniejsze dla celów ludowych są dwa rodzaje kąpielisk:

a) natryski; b) łaźnie typu rosyjskiego.

5) Zastosowanie każdego z wyszczególnionych systemów kąpielisk wymaga skrupulatnego usunięcia stron ujemnych: przy kąpeli natryskowej każdy kąpiący się powinien otrzymać kupeł ciepłej wody w celu uprzedniego zmycia brudu, gdyż przy znacznej zanieczyszczonej skórze zwykły natrysk nie wystarcza.

Oczyszczanie wód użytkowych i ściekowych.

(Streszczenie referatu na III Zjazd Higienistów w Warszawie)

podał

Prof. Dr. O. BUJWID (Kraków).

W ostatnich trzech dziesięciokach lat zaszły znaczne zmiany w poglądach na sposoby oczyszczania wód do celów użytkowych, jakoteż i ścieków kanałowych. Może nawet nie tyle poglądy, gdyż tu i owdzie już dawniej je wyrażono. Na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Moskwie przed 27 laty Hüppe zaznaczył, że do oceny zdrowotności wody trzeba nie tylko chemika i bakterjologa, ile zdrowych oczu, dobrego powonienia i smaku, ażeby stwierdzić, czy woda nadaje się do użytku ze względu na swe cechy oraz na otoczenie i pochodzenie źródła. Dla współczesnego higienisty nie wystarcza mieć wynik badania wody: na pierwszym planie stoi opis otoczenia i pochodzenia źródła; nieraz nawet konieczne są geologiczne badania terenowe — przy których dopiero okazuje się, czy woda z powierzchni nie dostaje się do szpar, zwłaszcza w pokładach wapienia lub kredy.

Za daleko zaprowadziłoby nas wszechstronne rozpatrywanie spraw, które tu zachodzą lub zachodzić mogą. Chcę w krótkości podać wytyczne, jakimi obecnie się powodujemy.

Badanie chemiczne wód użytkowych zeszło na plan drugorzędny, i nie mówimy już teraz prawie o normach chemicznych z wyjątkiem pewnych szczególnych wypadków. Do picia będzie dobra każda woda smaczna, bez względu na to, czy zawiera ona mniej lub więcej składników, dawniej za nie-

doopuszczalne uważanych. Do domowego i technicznego użytku woda nie powinna być twardsza ponad 20 stopni franc., gdyż utrudnia to pranie i gotowanie oraz uniemożliwia używanie jej do kotłów. W takim razie musi być zmiękczona, i jednym z najlepszych sposobów jest użycie filtrów zeolitowych*).

Przy zawartości żelaza powyżej 0,2 mgr. w litrze winna być odżelaziona.

Poza filtrowaniem wody przez uproszczone filtry piaskowe, które rozpowszechniły się w Ameryce i Europie (na wielką skalę oczyszcza w ten sposób wodę swą Paryż, jak się mogłem o tem przekonać w roku zeszłym), bardzo rozpowszechnioną obecnie metodą oczyszczania wszystkich wód otwartych (rzeki, jeziora) jest chlorowanie.

Wszystkie do niedawna stosowane i polecane sposoby oczyszczania wody od zarazków ustąpiły przed tą metodą. Wyszła ona z Niemiec. Tutaj były jednak wykonywane próby teoretyczne, i przed wojną nigdzie w Europie na szerszą skalę chlorowanie nie było stosowane. Z naszych badaczy sprawą tą zajmował się najwięcej Prof. Dzierżgowski w Piotrogradzie, gdzie też metodę tę do celów wodociagowych wprowadził.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej metoda ta już przed wojną została rozpowszechniona. Nie można jednak zapominać, że tam właśnie w kierunku czystości wody do picia najdłużej popełniano wielkie błędy. Jeszcze w 1910 roku były miasta, gdzie śmiertelność na dur brzuszny wynosiła 150 na 10000 mieszkańców, gdy np. u nas w Warszawie już w 1886 r. spadła ona ze swego maksimum 104 na 26. Nastąpiło to dzięki wprowadzeniu wodociągów z wodą Wisły, sączoną przez sączki piaskowe, tak dziś popularne „filtry“. Kraków osiągnął to samo w 1896 roku po zaprowadzeniu wodociągów z wody gruntowej, podobnie jak Łwów i Poznań. Niestety, inne miasta polskie nie poszły za tym przykładem. Niewątpliwie jednak teraz, przy zmianie warunków, będzie to jednym z pierwszych zadań naszych samorządów miejskich.

Chlorowanie wody budziło i dziś jeszcze budzi pewne obawy u ludzi, bliżej z tą sprawą nie obeznanych.

Dziś jednak wiemy, że chlor czynny w ilości niespełna 1 mil. w litrze niszczy zarazki chorobotwórcze w wodzie już po upływie 15 minut. Na smak wody ta ilość wcale nie wpływa — tem mniej, że po paru godzinach stania ilość chloru zmniejsza się bardzo silnie. Gdy w pewnych razach trzeba dodać więcej chloru, mianowicie przy większej ilości części organicznych, wówczas istotnie wpływa to na smak wody — zdarza się to jednak w naszej strefie dosyć wyjątkowo**).

Inne metody oczyszczania wody zostały obecnie zupełnie zaniechane. Stosowanie promieni pozafioletowych jest za drogie i wymaga uprzedniego dokładnego klarowania wody. Podobnie i ozonowanie. Widziałem w Paryżu zbudowaną wielką stację centralną dla ozonowania wody — dziś zupełnie nieczynną.

W Paryżu i w innych miastach francuskich chlorowanie odbywa się w ten sposób, że do wody dodaje się podchlorynu wapniowego lub wolnego chloru w ilości około 1 mgr. na litr, wystarczającej do zupełnego wyjałowienia. Poprzednio woda jest klarowana najczęściej za pomocą warstwy żwiru i piasku, przyczem stosuje się urządzenia, zbliżone do systemu filtrów Puech'Chabala — t. j. woda po przejściu kilkunastocentymetrowej warstwy żwiru, spada kaskadowo cienką warstwą na następną podobną warstwę żwiru, poczem zależnie od potrzeby przechodzi raz jeszcze lub więcej takich warstw żwiru, w końcu sączy się przez warstwę piasku. Takie nawietrzanie wody wpływa na jej oczyszczenie drogą biologiczną, ułatwiając rozmnożenie się pełzaków i wiciowców, pochłaniających bakterje chorobotwórcze, kałowe i gnilne. Już samo takie nawietrzanie wody bez chlorowania nawet daje doskonałe wyniki. Woda Sekwany, zanieczyszczona powyżej 1/4 milij. bakterij w 1 c³, obrzydliwie mętna, staje się po przejściu przez szereg takich sączków kaskadowych tak czystą, że zawiera do 30 bakt. w 1 c³, jest zupełnie klarowna

*) Znane są pod nazwą patentowaną w Niemczech: permutit. Zeolit sodowy pod wpływem wapna wody przechodzi w zeolit wapniowy, który można łatwo regenerować nadmiarem połączeń sodowych np. soli kuchennej. Wówczas żyty materiał nanowo może służyć do dalszego użytku.

**) Sposoby chlorowania wody na małą skalę podałem w Lekarzu wojskowym 1922 r.

w warstwie 2 metrowej grubości i prawie nie zawiera *b. coli*. Sączenie to odbywa się szybko i wymaga mało powierzchni.

Uzupełnienie metody P u e c h - C h a b a l a metodą chlorowania znacznie skraca czas oczyszczania i wpływa na wydajność *).

Zaznaczyć należy, że badania nad sprawą oczyszczania wody do picia i wód ściekowych znajdują się wszędzie w ręku specjalistów. Wszędzie znajduje się pracownia centralna miejska, gdzie stale dokonywa się badań składu chemicznego i bakteriologicznego wód użytkowych i ścieków. Obok takiej pracowni centralnej znajdują się w większych miastach pracownie mniejsze na każdej stacji wodociągowej i każdej stacji odpływowej kanalizacyjnej.

Paryż posiada taką pracownię centralną w parku Montsouris, zapoczątkowaną przez Miquela, do badań higienicznych wód i powietrza w Paryżu. Obecnie kieruje nią p. Dienert z szeregiem pracowników: chemików, techników i lekarzy.

Oczyszczanie wód ściekowych odbywa się obecnie najczęściej za pomocą trzech sposobów, jeżeli mamy do czynienia z kanalizacją splawną. Przedewszystkiem uwalnia się wody ściekowe od grubych części zawieszonych i od flaków ziemistych, które oddziela się za pomocą odpowiednich sit i koszy o otworach średnicy 2—4 mm. Części te są wywożone albo na osobne place składowe do użytku rolniczego, lub też na odpowiednio skonstruowanych barkach na pełne morze.

Uwolnione od części zawieszonych i osadów wody ściekowe skierowane zostają na pola irygacyjne, lub też, gdzie niema odpowiedniego terenu, na oczyszczadła biologiczne (*lits percolateurs*), gdzie wody ściekowe, spływając drobnym strumieniem na warstwę grubego żwiru w warstwie metrowej grubości, ulegają przy stałym nawietrzaniu peptonizacji co do ciał białkowych i nitryfikacji powstającego stąd amoniaku oraz częściowej denitryfikacji, poczem, oczyszczone za pomocą sączków, gęsto leżących w gruncie pod żwirem, zostają wpuszczane do rzek i strumieni bez obawy ich zanieczyszczenia.

Trzeci sposób, który obecnie się rozpowszechnia, polega na szybkim ruchu wody ściekowej wobec tlenu powietrza oraz osadu, utworzonego już poprzednio, w którym nagromadziły się drobnoustroje peptonizujące i nitryfikujące. Jest to sposób, t. zw. *bout activée* — czyli osadu uczynionego. Osad ten przygotowuje się przez odstawianie nawietrzanych przez pewien czas wód ściekowych. Z początku tworzenie się osadu trwa dosyć długo, nieraz przez kilka tygodni. Gdy już się taki osad otrzymało, po jego dodaniu, niby zaczynu, do ścieków, tworzy się świeży osad już po kilku godzinach. Sposób ten, w ostatnich latach wprowadzony w Anglii i Ameryce **), zaczyna mieć coraz większe zastosowanie również w Europie.

Osobno omówić należy kanalizację rozdzielną, jak ją widziałem w nowo odbudowywanym Reims. Miasto doszczętnie zburzone podczas wojny, utraciło kanały i wodociągi. Obecnie odbudowuje się i urządza kanalizację oddzielną dla wód ściekowych, osobno zaś doły kloaczne, których zawartość utworzone w tym celu Towarzystwo akcyjne zabiera na stację centralną, biorąc po 7 fr. za 1 m³ zawartości, i przepompowuje do osobnych zbiorników, z których pobierają go ogrodnicy na pola irygacyjne, płacąc również po 7 fr. (francuskich) za 1 m³.

Towarzystwo pomienione w szeregu mniejszych miast francuskich pobudowało podobne urządzenia. Zawartość dołów kloacznych przepompowuje się w sposób czysty i bezwonny, o ile mogłem to na miejscu stwierdzić w niezbyt ciepłym zresztą maju ubiegłego roku.

Co do pól irygacyjnych Paryża, należy zaznaczyć, że sięgają one poza 35 kilometrów od miasta ***). Tereny irygo-

*) Przy kontrolowaniu czystości wymagamy, ażeby woda nie zawierała *b. coli* więcej niż 1 w 10 cmtr.³.

**) Pierwsi zastosowali metodę Black i Phelpa w New Yorku, później Clark i Adams w Lawrence. We Francji wprowadzili tę metodę Courmont i Roehaix oraz Cambier i Dienert. *Comptes rendus de l'Ac. des sciences* 1920, t. 170.

***). Na pola irygacyjne, rozłożone w różnych odległościach od Paryża, ścieki są przepompowywane z 4 wielkich stacji zbiorczych czyli kolektorów. Ścieki spływają na pola

wane znacznie poszły w cenę, gdyż w Triel blisko 50 krotnie w porównaniu z czasem poprzednim. Rolnicy odbiorcy narzekają tylko na rozpowszechnienie samochodów, gdyż przedtem mieli dużo końskiego nawozu, a teraz te „opłakane“ samochody wydzielają tylko oliwę i benzynę.

Pomimo to na polach widziałem ładny zbiór wczesnych ziemniaków. Na wodach kanałowych nie wolno hodować jarzyn, jadanych na surowo.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że Paryż 1/5 swych ogrodowizn otrzymuje z pól, irygowanych ściekami.

Wnioski.

1. Zaprowadzenie wodociągów i kanalizacji w Państwie jest najpilniejszą potrzebą sanitarno-społeczną.

2. Samorządy winny zająć się tą sprawą przy wydatnej pomocy rządu; w ręku rządu spoczywać winna kontrola i tylko w razie koniecznym inicjatywa.

3. Sfinansowanie i opracowanie projektów winny ująć w ręce towarzystwa prywatne. Wielkie zyski winny być tu zgóry wyłączone. Jest pożądana pomoc finansowa kapitałów zagranicznych, które może zainteresować np. Towarzystwa asonizacyjne, istniejące we Francji.

4. Wodociągi z wód otwartych zaopatrzyć należy w filtry piaskowe zmodyfikowane, wymagające mniej miejsca, doskonale zresztą funkcjonujące filtry warszawskie z dodaniem chlorowania. O ile zajdzie potrzeba (wzór — Paryż) wzorów do urządzania wodociągów z wodą gruntową mogą dostarczyć np. Kraków i Poznań.

5. Wpuszczanie ścieków do Wisły pod Warszawą i Krakowem bez ich poprzedniego oczyszczenia z grubych części winno być jaknajrychlej zanichane — wprowadzenie sit jest naglące. Dalszą sprawą jest wybór systemu oczyszczania wody ściekowej przed wpuszczeniem do Wisły. Irygacja obszer-nych piaszków lotnych w okolicy Warszawy jest bardzo wskazana (wzór — Paryż, stacja w Carriere-Triel).

6. Przy centralnym Instytucie Higienicznym Państwowym winna być urządzona pracownia kontrolna (wzór Paryż — Montsouris) do badania wód i ścieków. Przy stacjach odbiorczych wodociągowej i wpustowej kanałowej winny być urządzone stacje filjalne.

Obecny stan organizacji walki z gruźlicą w Polsce.

podał

Dr. W. MIKLASZEWSKI (Warszawa).

Spadek, jaki Polska wskrzeszona otrzymała po rządach zaborecznych w dziedzinie zwalczania gruźlicy, przedstawiał się nader skromnie. Poza inicjatywą społeczną i poszczególnych obywateli, którzy wyzyskali nieliczne obszary, nadające się do stworzenia zakładów leczniczych, zwłaszcza w miejscowościach górzystych (Zakopane, Rabka, Szczawnica, Krynica), lesistych i piaszczystych (Otwock, Świder, Rudka, Druskienniki i t. p.), i poza stowarzyszeniami przeciwgruźliczymi oraz rozciągającym opiekę nad dziećmi w miastach („kolonie letnie“, półkolonie, ogrody im. Raua, park Jordana i t. p.), które zmierzały do przeniesienia dziecka chociażby dorywczo na łono przyrody, wreszcie poza zdrojowiskami, zwłaszcza solankami (Ciechocinek, Rabka, Szczawnica i t. p.) o charakterze leczniczym, nie przedsiębrano niczego, zwłaszcza ze strony rządów zaborecznych, w kierunku walki z gruźlicą. Wymownym tego dowodem było oparcie całego budżetu Rosji, Austrii i w pewnej mierze Niemiec na pijaństwie, zaniedbanie ochrony czystości powietrza w pomieszczeniach mieszkalnych i publicznych, w osiedlach, w komunikacji lądowej i wodnej, brak zarządzeń w sprawie oddziaływania chorób z gruźlicą rozpadową od zdrowego otoczenia i tolerowanie rozmaitych niewłaściwości i zdrożności, prowadzących do szerzenia się gruźlicy.

W okresie wojny wzrosła bardzo znacznie liczba zgonów i zachorowań na gruźlicę, wszelako dokładnej statystyki w tym zakresie nie posiadamy. I znowu działalność oku-

irygacyjne w Gennevilliers, Achères, Merry-Pierrelaye i najbardziej oddległej miejscowości, bo na 35 kilometrów — Carriere Triel.

pantów, którzy ogolocali Polskę z produktów spożywczych i przedmiotów użytku codziennego, była ważnym czynnikiem szerzenia się tej choroby.

W okresie powojennym miała Polska do zwalczania przede wszystkim ostre choroby zakaźne i zagażenie niedoli i wyczerpania materialnego, psycho-nerwowego i fizycznego po 6-letnich walkach.

Usuwanie następstw wojny w drodze pomocy dla szerokich mas ludności, zwłaszcza dla dzieci, zorganizowane przez Państwo Polskie przy poważnym udziale misyj zagranicznych, zwłaszcza amerykańskich, przyczyniło się wydatnie do zwalczania gruźlicy w drodze poprawy odżywiania obywateli, którzy uciarlieli najwięcej w tym okresie.

Bezpośredni udział Państwa w walce z gruźlicą zaznaczył się w popieraniu akcji społecznej i w prawodawstwie, przystosowaniem do warunków życia ludności Polski.

Akcja społeczna ma wyraz w działalności 15-stu Towarzystw przeciwgruźliczych (po 2 w Warszawie i Siedlcach, po jednym w: Łodzi, Piotrkowie, Płocku, Kaliszu, Lublinie, Olkuszu, Hrubieszowie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu i Cieszyźnie). Czynnych jest ogółem 43 przychodni przeciwgruźliczych, które udzieliły w 1923 r. ogółem 29672 porad, w tem dzieciom 16282, i posiadały 27 wykwalifikowanych wywiadowczyń, które zajmowały się 7801 chorymi w domu. Sanatorjów czynnych było w r. 1923 ogółem trzynaście. Leczyło się w nich ogółem 3364 chorych, z których zmarło 83, wypisało się z poprawą 3131. Łóżek w tych zakładach było 1354, a liczba dni leczenia w miesiącu wynosiła przeciętnie 21780, czyli zaledwie 16 dni na chorego na miesiąc, to znaczy, że połowa miejsc była niezajęta. Błędny byłby stąd wniosek, że miejsc w sanatorjach jest nadmiar, bowiem niektóre z nich dla warstw średnio zamożnych są przepełnione, natomiast najlepiej urządzone sanatorium im. dr. Dłuskich w Zakopanem zostało w d. 15.IV. 1924 zamknięte przez obecnego właściciela, p. Lindego, ponieważ liczba chorych spadła do 20% normy przy opłacie 23 miliony mk. dziennie w lutym i marcu r. b. Również niekorzystnie wygląda sprawa sanatorium Pol. Czerw. Krzyża w Zakopanem, gdzie ze 170 miejsc dla chorych cywilnych było w r. 1923 zaledwie 14793 dni leczenia, czyli 7,2 miesięcznie na chorego, t. z. 24% miejsc zajętych przy opłacie w marcu r. b. 12,5 złp. dziennie. Wadliwe postawienie gospodarki w sanatorium dochodowo prowadzić więc nie tylko do braku dochodu z takiego przedsięwzięcia, lecz pozbawia chorych niezbędnego zakładu leczniczego. — Niektóre sanatoria o charakterze społecznym były czynne w roku ubiegłym tylko częściowo z powodu trudności pieniężnych.

Pozatem są czynne: sanatorium w Łodzi w Chojnach na 80 łóżek i wojskowe: w Hołosku pod Lwowem — 70 łóżek, w Rajczy — 116, w Pustelniku 120, oraz dużo pensjonatów w Otwocku, Świdrze, Józefowie, Zakopanem, Rabce i wielu innych miejscowościach. W miarę przyznawania tym miejscowościom charakteru użyteczności publicznej rozciąga się na poszczególne zakłady i pensjonaty obowiązek zgłaszania przypadków gruźlicy, co da możliwość obliczenia liczby łóżek dla tych chorych. Obecnie tej liczby nie można ustalić dokładnie i trzeba stwierdzić, niestety, że wielu chorych, nawet z gruźlicą rozpadową, nie mają dostatecznej opieki lekarskiej i nie są oddzieleni od chorych z gruźlicą zamkniętą, nawet od zdrowych. Wreszcie trzeba zaznaczyć, że koszty leczenia w sanatorjach są bardzo znaczne, czyli są one niedostępne dla szerzej mas ludności. Z prawdziwym uznaniem należy wobec tego podnieść inicjatywę niektórych zrzeszeń, zwłaszcza nauczycielstwa szkół powszechnych, które założyły własnym staraniem sanatorium w Zakopanem i w Puszczy Marjańskiej (pow. Skierniewicki) dla swych członków i ich rodzin. W ostatnich czasach miał być otwarty rządowy zakład pod Białymstokiem w Supraślu dla 40—50 gruźliczych urzędników; jednak wobec oszczędności budżetowych cały budynek z urządzeniami po zwinięciu szpitalu został przekazany T-wu Złotego Krzyża.

Należy wspomnieć jeszcze o:

1) kolonii im. D-ra J. Brudzińskiego w Busku, w której leczyło się 520 dzieci ziołowatych i z gruźlicą kostną, pod kierunkiem D-ra Starkiewicza; pobyt dziecka wynosił przeciętnie 6 tygodni w miesiącach od maja do października, a wyniki były nader dodatnie;

2) kolonii letniej w Ciechocinku, gdzie leczyło się 225 dziewczynek i 349 chłopców z ziołami i gruźlicą, mianowicie

30% bezpłatnie, 40% za mało opłatą i 30% za opłatą 300000 mkp. miesięcznie. Wyniki były bardzo dobre.

Prócz tego w całej Polsce było dużo kolonij i półkolonij letnich dla dzieci miejskich; prowadziły je albo Towarzystwa kolonij letnich, albo szkoły, związki gimnastyczne, harcerskie, sportowe i t. p.

Przytułków dla gruźliczych nieuleczalnych i wyłączonych dla nich szpitali dotychczas nie posiadamy, z wyjątkiem Rajczy dla wojskowych. W szpitalach powszechnych w większych miastach są oddziały dla gruźliczych, w innych szpitalach suchotnicy są nieoddzieleni od innych chorych. Ruch gruźliczych w szpitalach warszawskich przedstawiał się w 1923 r., jak następuje:

Nazwa szpitala	Przeciętnie miesięcznie			
	Przy- było.	Wypi- sano.	Zmarło.	Liczba dni leczenia na m.
1. Szpital Wolski	43,4	21	27,9	896,2
2. „ św. Łazarza	11,8	13,2	0,1	779,4
3. „ na Pradze	69	21	9	1200
4. „ Dz. Jezus	198	107	10	6244
5. „ św. Ducha	39,2	27,6	10	1124
6. „ w Mieni	12	11,6	1,1	790
7. „ Żydowski	62,7	52	2,2	1282,5
8. „ Żyd. dziec.	2	1	0,75	43,5
Razem	438,1	254,4	68	12359,4

wypadnie 5237 2953 816 148313
w stosunku rocznym

Jak na stolicę z miljonową ludnością, są to liczby za małe. Stąd wynika, że wielu gruźliczych choruje i umiera we własnych mieszkaniach, co wp. ywa na szczyt choroby. Dodać należy, że w niektórych zakładach zamkniętych, zwłaszcza w więzieniach, szerzy się gruźlica bardzo silnie, bowiem dosięga 30% stanu więźniów. Podług moich badań w zakładach wychowawczo-poprawczych (Studzieniec i Puszcza) przypadków gruźlicy wśród małoletnich jest niezbyt wiele pomimo złych warunków higienicznych, zaś wśród uczniów szkół powszechnych m. st. Warszawy jest dużo dotkniętych ziołami (chłopców polaków 40,3%, żydów 32%, dziewcząt 41% i 25,8% i dotkniętych gruźlicą chłopców polaków 4,7%, żydów 5,2% i dziewcząt 6,3% *).

Z innej pracy mojej: „Nauczycielstwo szkół powszechnych“, opartej na badaniach 727 słuchaczy Wyższego Państwowego Kursu Pedagogicznego, wynika, że wśród nauczycieli jest gruźliczych 6%, a dotkniętych przewlekłym katarrem dróg oddechowych 5,3%, zaś wśród nauczycielek 8,9% i 3,7% **).

O stanie rozpowszechnienia gruźlicy wśród urzędników państwowych na podstawie sprawozdań o pomocy lekarskiej dla nich trudno stworzyć sobie dokładniejsze pojęcie, np. w kwartale II 1923 r. było:

w Lublinie na 995 chorych urzędników—gruźlicz.	121=12,16%
w Woj. Lubel. na 2271 „	152= 6,69%
w Woj. Lwows. na 9235 „	293= 3,17%
w Woj. Nowogr. na 6529 „	53= 0,81%

Liczy te są zbyt nieścisłe, aby na ich podstawie stworzyć pojęcie o stanie gruźlicy. Dość zwartej grupie społecznej, jaką stanowią urzędnicy. Jeszcze gorzej przedstawia się sprawa z robotnikami fabrycznymi, rzemieślnikami, wyrobnikami i ludnością wiejską, należącą lub nienależącą do Kas Chorych lub innych organizacji.

Jak wynika z danych powyższych, zarówno statystyka gruźlicy, jak i jej zwalczanie są jeszcze w okresie organizacji. Dodawszy do tego, że uświadczenie ludności, zwłaszcza na Kresach Wschodnich, co do niebezpieczeństwa szerzenia się gruźlicy jest bardzo niskie, że warunki materialne są poważną przeszkodą do urzeczywistnienia koniecznych reform

*) Dr. W. Miklaszewski: „Małoletni przestępcy w świetle badań wychowawców zakładów wychowawczo-poprawczych“. Warszawa 1924 r. str. 87 i 2 schematy. Nakładem P. A. K. P. D.

**) Praca w druku.

w zakresie budownictwa, ulepszeń sanitarnych, żywienia masowego i t. d., trzeba się pogodzić z myślą, że naprawa tych stosunków może być dokonana tylko powoli. W myśl tego Ministerstwo Zdrowia Publicznego zapoczątkowało akcję przede wszystkim w kierunku zebrania dokładniejszych danych o stanie gruźlicy i zarządzeń, zapobiegających jej szerzeniu się, przez pouczenie szerokich mas ludności o niebezpieczeństwie, grożącym ze strony płwocin, kurzu, pyłu i innych zanieczyszczeń. W tym celu Ministerstwo Zdrowia Publicznego wydało rozporządzenie z dnia 25.VII.1923 w przedmiocie ochrony czystości powietrza w urzędach, biurach, sklepach, magazynach i wszelkich innych pomieszczeniach publicznych (Dz. Ust. Nr. 84, poz. 653) i wzór pouczenia ściennego o szerzeniu gruźlicy przez płwocinę, z sankcją karną za płucie poza spluwaczkę. W drodze tego dozoru i przymusu będzie można dopiero wdrożyć małokulturalną ludność większą i małomiasteczkową do koniecznego porządku. Zestawienia dotychczasowe wskazują, że niedomagania w tym względzie są bardzo poważne i to nie tylko wśród ogółu ludności, ale nawet w takich ośrodkach, urzędach, pomieszczeniach i miejscach publicznych, które powinny być wzorem dla mieszkańców. Niebawem będą wydane rozporządzenia o ochronie od zakażenia gruźlicą gleby, wód i powietrza w stacjach klimatycznych i miejscowościach o charakterze użyteczności publicznej. Dalej będą wydane przepisy o ochronie czystości powietrza, gleby i wód w osiedlach ludzkich. Wreszcie jest w opracowaniu ustawa przeciwgruźlicza, której zadaniem będzie określenie obowiązków rządu, samorządu i społeczeństwa w przedmiocie walki z gruźlicą, i podana będzie sankcja karna za wykroczenia, sprzyjające szerzeniu się tej choroby.

Choć więc stan obecny organizacji walki z gruźlicą w Polsce jest jeszcze daleki od stanu jej w innych krajach Europy, jednak nie ulega wątpliwości, że od spadku po okupantach, który był wyrazem zupełnego zaniedbania tej dziedziny, posunęliśmy się już naprzód i osiągniemy w ciągu najbliższych dziesiątków lat wynik pożądaný, mianowicie zmniejszenie liczby zachorowań i śmierci z gruźlicy.

Polska Ustawa Przeciwalkoholowa.

podał

Jan SZYMAŃSKI (Warszawa).

„Wojna powszechna ludów“ wysunęła na pierwszy plan cały szereg zagadnień społecznych wielkiej wagi — niektóre z nich zostały rozwiązane pod obuchem konieczności wojennych, inne zostały zrealizowane jako „zdobycz powojenna“. To, co było niejednokrotnie muzyką przyszłości, ideałem lub tylko hasłem agitacyjnym — stało się ciałem, weszło w życie. Do takich przeobrażeń należą u nas: powszechne prawo wyborcze, prawa wyborcze kobiet, 8-godzinny dzień pracy, reforma rolna.

Wywołując jednak tak wielkie zmiany w ustroju społecznym — wojna jednocześnie spowodowała ogromne rozprężenie moralne i ekonomiczne, graniczące niemal z ruiną.

W kilku państwach wojna przyczyniła się do wydania surowych praw przeciwalkoholowych; powodem wprowadzenia tych ustaw była chęć zabezpieczenia armji i społeczeństwu podczas wysiłków wojennych możliwie największej sprawności moralnej, fizycznej i ekonomicznej oraz zaoszczędzenia produktów pierwszej potrzeby, używanych przy produkcji alkoholu.

Pierwszy w tym kierunku przykład dała w r. 1911 Rosja, wprowadzając całkowity zakaz sprzedaży i podawania, a następnie i produkcji napojów alkoholowych. Początkowo na czas wojny, później na stałe. Był to krok śmiały i olbrzymi w swym rozmachu, posiadający pewne specyficzne cechy „maksymalizmu“ rosyjskiego. Krok ten tem większe musiał wywołać zdumienie, że uczyniło go państwo słynne ze swego „pijanego budżetu“, opartego na dochodach z monopolu spirytusowego, który przed wojną dawał 675 milionów dochodu, co stanowiło 1/3 wszystkich dochodów państwa!.. Świetne rezultaty tego zakazu podczas pierwszych 2 lat wojny, stwierdzone przez wyczerpujące dane statystyczne, wykazały całą wagę tej wielkiej reformy. Przykład Rosji oddziałał na inne kraje: Francja zdobyła się nareszcie na zakaz absyntu, w Anglii wprowadzono na czas wojny niemal całkowity zakaz, w Niemczech i Austrii wskutek braku środków spo-

żywczych alkoholu prawie nie było. Największej jednak w tym kierunku reformy po Rosji dokonały Stany Zjednoczone A. P., wprowadzając początkowo zakaz na czas trwania wojny aż do ukończenia demobilizacji, a następnie od stycznia 1920 r. wprowadzając prohibicję całkowitą, jako przepis konstytucyjny. Stało się to drogą głosowania parlamentów i senatów wszystkich stanów Unji; 45 oświadczyło się za zakazem, a tylko trzy przeciw.

Słynny Edison, charakteryzując znaczenie zakazu, określa je w ten sposób: „Trzeźwa Ameryka stanie się najniebezpieczniejszym współzawodnikiem rynkowym. W przyszłości przed innemi narodami stanie pytanie: „trzeźwość, czy ruina gospodarcza?“ — W. L. Jones w mowie, wygłoszonej w senacie w 1921 r., oświadczył: „Stany Zjednoczone wytworzą rasę, wolną od przekleństwa trucizny alkoholowej... staniemy się największą potęgą pieniężną pomiędzy wszystkiemi narodami, ponieważ zachowamy dla siebie to, co inne narody trwonią na napoje alkoholowe. Zakaz napojów alkoholowych zrobi ze Stanów Zjednoczonych największą potęgę finansową, polityczną i moralną świata“*). Widzimy więc, że cele całkiem realne i praktyczne były pobudką do wydania ustawy.

Co uczyniono w Polsce w dziedzinie ustawodawstwa przeciwalkoholowego? I dużo i... nic. Ośmielamy się przypuszczać, że pozorną paradoksalność powyższej odpowiedzi — dostatecznie wyraźnie potwierdzają — fakty.

Pod wpływem coraz bardziej szerzącego się alkoholizmu, tajnego gorzelnictwa i szynkarstwa Sejm Ustawodawczy zajął się sprawą ustawy przeciwalkoholowej. Zgłoszono w tej mierze kilka wniosków: posłów ks. Ludwiczaka, ks. Kaczyńskiego, M. Moczydłowskiej i ks. Dr. Lutosławskiego. Po długich obradach komisyjnych i w pełnym Sejmie została dn. 23 kwietnia 1920 r. uchwalona olbrzymią większością głosów: „ustawa o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych“, a więc nie zakaz, jak w Rosji i Ameryce — tylko ograniczenia. W myśl tej ustawy: napoje, zawierające do 2% alkoholu, nie podlegają żadnym ograniczeniom, niewolno sprzedawać napojów alkoholowych o zawartości ponad 45% alkoholu (art. 1 i 3). Gminy miejskie i wiejskie mogą w drodze głosowania powszechnego uchylać na swoim terytorjum całkowity zakaz sprzedaży napojów alkoholowych (art. 4). Liczba miejsc wyszynku i sprzedaży napojów alkoholowych ogranicza się do 1 na 2500 ludności.

Termin dla redukcji i likwidacji nadmiernej liczby wyszynków oznaczono na 1.I.1921 r. (art. 5). Odległość miejsc wyszynku i sprzedaży napojów alkoholowych od kościołów, szkół, sądów, fabryk i t. p. oznaczono: dla miast 100 metrów, dla wsi 300 m. (art. 6). Podawanie i sprzedaż jakichkolwiek napojów alkoholowych dzieciom i młodzieży do lat 21 wzbronione. Wzbroniona jest sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych o 2%: w bufetach kolejowych, w pociągach, na przystaniach i statkach parowych, na całym obszarze koszar i fabryk, w bufetach, sklepach i obozach wojskowych, w lokalach sportowych i gimnastycznych, w domach ludowych, pomieszczeniach straży ogniowej, w budynkach, oddanych do użytku służby publicznej (art. 7); tenże art. zabrania podawania i sprzedawania napojów alkoholowych w dni świąteczne i niedzielne od g. 3 popoł. dnia przedświątecznego do g. 10 rano dnia poświątecznego, oraz w dni targów, jarmarków, odpustów, pielgrzymek we wszystkich miejscowościach z wyjątkiem miast: stołecznych, wojewódzkich i powiatowych, a także: podczas poboru i mobilizacji, wyborów do ciał ustawodawczych oraz komunalnych. Na zasadzie tegoż art. 7 mają władze polityczne prawo wydać zakaz w razie wprowadzenia: sądów doraźnych, stanu wyjątkowego, tłumnych zebrań.

Tak się przedstawia treść naszej ustawy przeciwalkoholowej, powtarzamy, jedynie normującej i ograniczającej sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych (w miejscach publicznych).

Pomimo jednak, że ustawa uchwalona została w kwietniu 1920 r., dotychczas jeszcze faktycznie w całej pełni w życie nie została wprowadzona, a stało się to głównie wskutek wniesienia do tej ustawy „noweli“ — raz w styczniu 1921 r.

*) cyt. według broszury Dr. R. Radziwiłłowicza: „Zakaz alkoholu w Ameryce“. Warszawa, 1923. Księgarnia Szylinga.

i następnie w marcu 1923 r. — Według noweli z r. 1921 ustawa miała ulec następującym głównym zmianom:

- a) Zawartość alkoholu w napojach, wolnych od wszelkich ograniczeń, podnosi się z 2½% do 8% (w trakcie obrad komisyjnych % ten obniżono na 4).
- b) Najwyższa zawartość alkoholu w napojach podnosi się z 45% do 60%.
- c) Dopuszcza się możliwość sprzedaży napojów alkoholowych, wyrabianych ze spirytusu niezupełnie oczyszczonego (z niedogonem).
- d) Na obszarze b. zaboru austriackiego przedłuża się termin redukcji miejsc w szynku (t. zw. „dożywotnich”, stanowiących ogromną większość koncesyj) na lat 10.

Wniesienie tej noweli wstrzymało faktyczne wykonywanie ustawy, co nie powinno było mieć miejsca, gdyż żadna „nowela” nie może hamować lub zawieszać działania prawnie uchwalonej i ogłoszonej, a więc obowiązującej ustawy.

Wniesienie noweli wywołało bardzo długie i wyczerpujące obrady w komisjach Sejmowych, które poświęciły tej sprawie w przeciągu roku 15 posiedzeń. W wyniku tych wszystkich obrad Sejm po trzydniowych debatach wszystkimi głosami przeciw 3 nowelę całkowicie dnia 27.I.1922 r. odrzucił, przyczem niektóre przepisy ustawy zaostrzył, mianowicie przez wprowadzenie przepisów o cofaniu koncesyj na zasadzie tej ustawy bez odszkodowania, o pociąganiu do odpowiedzialności osób pijanych w miejscach publicznych oraz o odbieraniu koncesyj w razie dwukrotnego przekroczenia przepisów ustawy.

Zdawałoby się więc wobec powyższego, że sprawa została załatwiona ostatecznie. Stało się inaczej. Po ukonstytuowaniu się nowego Sejmu wpłynęła w marcu 1923 roku nowela, wnosząca następujące zmiany w ustawie:

- a) Podniesienie stopnia alkoholu w napojach, dopuszczonych do zupełnego wolnego obrotu z 2½% do 4%.
- b) Podniesienie stopnia alkoholu w napojach alkoholowych z 45% do 60%.
- c) Liczbę miejsc sprzedaży lub wyszynku napojów alkoholowych powiększa się z 1 na 2500 ludności do 1 na 2000.
- d) Termin ostatecznej redukcji i likwidacji szynków przedłuża się do końca 1924 r.
- e) Znosi się ograniczenia alkoholowe na kolejach.
- f) Ograniczenia w niedzielę i święta mają trwać tylko do g. 2 popoł.

Wskutek wniesienia tej nowej „noweli” (drugiej) sprawa istotnego wykonania ustawy uległa ponownej zwłoce — również jak i poprzednio bez żadnych podstaw prawnych. — Godzi się przypuszczać, że Sejm zajmie się niebawem tą sprawą i załatwi ją ostatecznie, gdyż ani dla powagi Sejmu, ani dla powagi władzy nie jest dobrem i wskazaniem, aby obowiązujące ustawy ulegały niemal całkowitemu zawieszeniu (w niektórych wypadkach) z powodu wniesienia do Sejmu tej czy innej noweli, tego czy innego wniosku.

Podczas długich dyskusyj w komisjach i pełnym Sejmie nad nowelą z r. 1921 oraz z powodu wniesienia noweli drugiej w r. 1923 opinia publiczna zajęła w tej sprawie stanowisko wyraźne i zdecydowane, broniąc ustawy, żądając wprowadzenia jej przepisów w życie w całej pełni.

Podajemy dla ilustracji najbardziej charakterystyczne głosy i objawy w tej kwestji.

Sędzia Sądu Najwyższego p. J. Glass w broszurze p. t. „Czy Polska i nadal nierządem stoi?” (Warszawa 1921—Ossolineum) mówi między innymi: „W całej tej sprawie mamy do czynienia ze złą wolą przedstawicieli kapitału alkoholowego i z ludźmi nieświadomymi klęsk, jakie alkohol wyrządza; szynkarze i ignoranci — oto przeciwnicy ustawy... chodzi o obalenie ustawy, która dotychczas nie weszła w wykonanie”, a dalej: „na alkoholu budżet swój opierała jedynie carska Rosja, wróg naturalny wyzwolenia klas pracujących, wszelako nowożytnie, demokratyczne państwo polskie dochody swoje opierać może jedynie na ludności trzeźwej, rzetelnie pracującej i uczciwej, która najpewniejszym jest płatnikiem podatków, nie zaś na pijakach, zaludniających więzienia, szpitale i domy dla obłąkanych”.

Dr. Władysław Sterling w broszurze „2½% czy 4%” na zasadzie danych statystycznych bawarskich wykazuje wielkie niebezpieczeństwo dla zdrowia ludności przez podnoszenie mocy alkoholu w napojach wolnych od wszelkich o-

graniczeń i mówi: 1) cyfry te są tak wymowne, że nie wymagają komentarzy. Wskazują one, jak olbrzymi wpływ wywarło obniżenie zawartości alkoholu w piwie (w Bawarii podczas wojny) z 3% do 1½% na zmniejszenie się przestępczości i liczby zachorowań psychicznych w Bawarii. Wskazują one równocześnie, jak niebezpieczny wyłom w ustawie z dn. 23 kwietnia 1920 r. uczynić może owa „skromna” poprawka, podnosząc dozwoloną zawartość alkoholu do 4%, przeciwko czemu zastrzedz się musi jaknajenergiczniej nie tylko lekarz i socjolog, ale każdy, komu leży na sercu zdrowie moralne i fizyczne ludności”.

Prof. Un. Pozn. Dr. Józef K o s t r z a w s k i w broszurze p. t. „Ustawa przeciwalkoholowa i jej przeciwnicy” Poznań, 1921, mówi: „Czas najwyższy, aby władze nasze zaczęły na serio wykonywać ustawę przeciwalkoholową w całej roziąłości, a równocześnie czas też przypomnieć społeczeństwu, że „nie z mięsa i z wina wskrzesimy ojczyznę”, a wskrzeszoną odbudujemy z ruin powojennych tylko trzeźwością i pracą, które nie chodzą w parze z alkoholem”.

Dnia 8 listopada 1921 r. deputacja warszawskich stowarzyszeń społecznych i naukowych w osobach prof. Dr. Alfreda Sokołowskiego, rektora Uniwersytetu Warszawskiego prof. Jana Mazurkiewicza, prof. Dr. Zofji Daszyńskiej-Golińskiej i Dr. Rafała Radziwiłłowicza złożyła p. Marszałkowi Sejmu następujące pismo:

„Wobec projektu zmiany ustawy z dnia 23.IV.1920 r. w kierunku dopuszczenia do zupełnego wolnego obrotu i podaży napojów alkoholowych z zawartością 4% alkoholu zamiast 2,5%, jak określał dotychczas art. 1 ustawy — w imieniu podpisanych stowarzyszeń naukowych i społecznych niniejszym mamy zaszczyt zwrócić się do Wys. Sejmu z prośbą o utrzymanie bez zmian art. tego. — Do złożenia prośby naszej skłania nas poczucie wielkiego niebezpieczeństwa dla szerokiej mas ludności, które wyniknie z dopuszczenia do podaży bez ograniczenia napojów alkoholowych o % wyższym ponad 2½. — Przyszłość narodu, jego zdrowie fizyczne i moralne, oraz sprawa istotnego dobrobytu stanowić powinny nakaz bezwzględny przy decydowaniu sprawy zwalczania wielkiej klęski społecznej, jaką jest alkoholizm”.

Petycję podpisało 18 stowarzyszeń, między in.: w im. Harcerstwa: Jen. Haller, T-wa Przeciwwgruźliczego: prof. Sokołowski, Związków Zawodowych: J. Kwapinski, Pol. Macierzy Szkolnej: J. Stemler, Nar. Org. Kobiet: J. Szembek o, Rady Opieki moralnej nad dziećmi: J. Śliwowski, Związku Pol. Stow. Spożywczych: R. Mielczarski, Klubu politycznego kob. postęp.: Dr. Budzińska-Tylicka,

Cały szereg poważnych organizacji i stowarzyszeń z całego kraju nadesłał z powodu zamiaru okrojenia ustawy protesty i petycje do Sejmu, żądające w wyrazach stanowczych utrzymania ustawy i wprowadzenia jej w życie. Między innymi pisma takie nadesłały: I i II Zjazd Psychiatryczny, Rada Szkolna Okręgowa w Łodzi, Związek Organizacji Narodowych Wschodniej Małopolski, Związek Księżych Abstynentów w Małopolsce. T-wo Pediatryczne, Pol. T-wo Medycyny Społecznej, Pol. T-wo Eugeniczne, Związek Pol. Stow. Spożywców, Kursy dla dorosłych m. st. Warszawy, Warsz. T-wo Przeciwwgruźlicze, Warsz. T-wo Neurologiczne, Pol. Macierz Szkolna, Związek Stow. Pol. Młodzieży Żeńskiej w Poznaniu, Caritas Związek Tow. Dobroczynności—Poznań, Zjednoczenie Stowarzyszeń Młodz. Polsk. w Poznaniu, Związek Sokołów Polskich w Wielkopolsce, Związek Kobiet w Poznaniu, Związek Katolickich Tow. Robotników Pol. w Poznaniu, Liga Katolicka w Poznaniu, Narodowa Organizacja Kobiet, Rada Opieki Moralnej nad młodzieżą i Zjednoczenie Zawodowe Polskie w Poznaniu (reprezentujące 600000 zrzeszonych członków)*).

*) Tekst dosłowny wszystkich powyższych pism znajduje się w broszurze: „W sprawie ustawy o ograniczeniach sprzedaży napojów alkoholowych — Zbiór uchwał instytucji i stowarzyszeń naukowych i społecznych”. Warszawa 1921, str. 16.

Lwowskie Tow. Lekarskie nadesłało obszerny „protest” z powodu pogwałcenia ustawy przez Magistrat Lwowski. Między innymi czytamy tam: „Lw. T-wo Lekarskie widzi się zmuszonem do założenia jaknajenergiczniejszego protestu przeciwko temu tak jaskrawemu pogwałceniu zasadniczej, a tak dla zdrowia publicznego ważnej ustawy Sejmowej”.

W r. 1923 we Lwowie, w Czortkowie, Sokalu, Samborze, Dobromilu, Tłustem, Przeworsku i wielu innych miastach Małopolski odbyły się wiece, czasem tłumne, protestujące ostro przeciw zamierzeniom wstrzymania akcji w sprawie redukcji szynków.

W r. 1921 odbyło się w Poznańskim i na Pomorzu 38 podobnych wiecew protestacyjnych.

Two Lekarskie Łódzkie nadesłało w r. 1923 protest przeciw „urzędowi, zdążającym do osłabienia mocy ustawy antialkoholowej, dopatrując się w tem niezrozumienia wagi najważniejszego czynnika dobrobytu ludzkiego — zdrowia oraz widząc zamiar czerpania dochodów państwowych ze źródeł szkodliwych dla ogółu ludności“.

Jeżeli dosyć obszernie cytujemy tu najważniejsze głosy opinii publicznej, dotyczące omawianej sprawy ustawy przeciwalkoholowej — to czynimy to dlatego, aby dowodnie wykazać, że nie były to jakieś nic nieznaczące sporadyczne, oddzielne i przygodne odezwania się, ale był to głos wielki i ważki myślącej i odpowiedzialnej za swe poczynania istotnej opinii społeczeństwa. I szczęśliwi jesteśmy, że możemy podkreślić, że Sejm Ustawodawczy w swem postanowieniu dnia 27.I.1922 r. poszedł za tym głosem.

Łatwo domyślić się, że organizacje kobiece bez różnicy poglądów wypowiedziały się bardzo stanowczo w obronie ustawy. Dla przykładu podajemy tekst uchwał zjazdów Nar. Org. Kob. w Warszawie:

„Zjazd N. O. K. uznaje walkę z alkoholizmem za jeden z najważniejszych postulatów pracy narodowej nad odrodzeniem Ojczyzny, protestuje stanowczo przeciw zamiarom obalenia ustawy przeciwalkoholowej, żąda wprowadzenia tej ustawy w życie oraz wzywa ogół kobiet polskich do współpracy w tym kierunku przez przestrzeganie w rodzinie polskiej zasad trzeźwości“. Następny Zjazd N. O. K. dn. 17. VI.1923 powziął następującą rezolucję:

„Zjazd, przejęty pierwszorzędną doniosłością sprawy uzdrawiania stosunków skarbowych w Polsce, rozumiejąc konieczność wyteżonych wysiłków i ofiar w tym kierunku, uznaje jednak, iż niedopuszczalnym jest osiąganie znacznych nawet korzyści finansowych kosztem moralnej szkody narodu i dlatego wobec zatrwajającego wzmagającego się nawet wśród dzieci pijaństwa, które zagraża zdrowemu rozwojowi moralnemu i fizycznemu społeczeństwa, zjazd zwraca się do rządu z prośbą o jaknajrychlejsze istotne wprowadzenie w życie ustawy przeciwalkoholowej z dnia 27 stycznia 1922, uchwalonej w Sejmie ogromną większością głosów“.

Uchwała powyższa wywarła wpływ pożądany w sferach politycznych.

W przeciwnieństwie do licznych głosów kupców, restauratorów i szynkarzy (żydów i polaków), żądających zniesienia ustawy przeciwalkoholowej, Stowarzyszenie Kupców Polskich, należące do „Związku Odrodzenia Gospodarczego Polski“ — Oddział Wschodniomałopolski „na podstawie jednomyślnej opinii swego Koła hotelowo-restauracyjnego, grupującego cały polski przemysł hotelowy i przeważną część polskich przedsiębiorstw handlu napojami alkoholowymi — podporządkowując interes własny dobru i zdrowiu społeczeństwa uchwaliło: Domagać się utrzymania w mocy art. 1 i 3 ustawy“ (2½% alkoholu dla napojów wolnych od ograniczeń i 45% jako maksymalna wysokość alkoholu w napojach). Memorjał ten zawiera dalej cały szereg dezyderatów stowarzyszenia co do stosowania i ewentualnych zmian w ustawie. Nas jednak obchodzi tu głównie przytoczony wyżej ustęp co do % w napojach alkoholowych. To stanowisko autorów memorjału — wysoce obywatelskie — zasługuje na podkreślenie i uznanie.

W obronie ustawy memorjał zbiorowy ogłosili w r. 1923 organizacje Poznańskie: „Apelujemy do sumienia posłów naszych, aby przy dyskusji nad ustawą więcej brali względu na dobro ogółu, aniżeli na interesy jednej warstwy, aby nie dopuścili do zaprzaczenia głównych postanowień ustawy, a przeto do kompromitacji Polski wobec zagranicy“... Podpisało 18 organizacji, między innymi: Okręg Wielkopolski Zw. Lekarzy Państwa Polskiego, Wydz. Kółek włościańskich, Tow. Czyteln. Lud., Oddz. Pozn. Chrześc.-Nar. Stow. Nauczycielstwa Szkół powszechnych w Polsce.

Dnia 3 i 5 czerwca 1923 r. delegacja 41 stowarzyszeń stołecznych złożyła pp. Prezydentowi Rzeczypospolitej, Marszałkowi Sejmu i Prezesowi Rady Ministrów petycję, prote-

stującą przeciw zamiarowi „faktycznego unicestwienia ustawy“, proszącą, aby „nie dawali posłuchu żądanom natarczywym strony zainteresowanej materialnie, ale stojąc na stanowisku obrony prawa już uchwalonego oraz najwyższego dobra Narodu i Państwa, zdrowia moralnego i fizycznego oraz dobrobytu ogółu obywateli, nad wnioskami, zmierzającymi do okrojenia lub unicestwienia ustawy przeciwalkoholowej przeszli do porządku dziennego“.

Przeciwnicy ustawy, jako główny argument za jej zniesieniem, wysuwają jej „niewykonalność“, ale pamiętajmy, że argument ten nie posiada żadnej wartości, gdyż ustawy nie chciało wykonywać, co w jaskrawy sposób stwierdziła Komisja Prawnicza Sejmu Śląskiego w swem sprawozdaniu w sprawie wniosku posłów Sejmu Śląskiego o rozciągnięcie na Śląsk działania ustawy przeciwalkoholowej. — Czytamy tam między innymi: „Dotychczas istniał zakaz od soboty g. 3 do poniedziałku g. 10, był dlatego w dni niedzielne i święta pewien spokój, wnet jednakże byłoby inaczej, gdyby nowela przeszła. Motyw Rady Ministrów, że mimo ostrzejszego zakazu alkohol pija się nadal z filizanek i syfonów — zdradza tylko słabość Rządu, albo wpływy interesantów... Na pijaństwie rośnie bieda i bolszewizm“.

„Straty Skarbu państwowego przynigdy nie śmiał być w tej sprawie miarodajne“... a w innym miejscu: „nowela uwzględnia zanadto interesantów i korzyść Skarbu Państwa, a zamało szczęście i zdrowie narodu“.

Ten głos poważny, pełen troski o dobro powszechne, z prastarej Ziemiicy Piastowej do nas dochodzący, jakież głębokie budzi refleksje!..

Olbrzymie wstrząśnienia wojenne wykołczyły psychikę nawet tych narodów, co żyły i rozwijały się w „słońcu wolności“, nas dotknęły jeszcze silniej — jednym z objawów — była nasza katastrofa finansowa. Ale naród opamiętał się, obdarzył Ministra skarbu wyjątkowem pełnomocnictwami — ciężkie dla niektórych zarządzenia — odwróciły katastrofę powszechną — od wszystkich. Ale poprawa ekonomiczna będzie tylko wówczas celowa i trwała, gdy obok niej, razem z nią nastąpi szybka poprawa w naszych stosunkach moralnych — dziś znajdujących się w stanie rozprężenia katastrofalnego.

Opamiętajmy się! Nie usiłujmy niszczyć ustaw o znaczeniu moralnym, ale wykonajmy je ręką żelazną! Poprawa w tej dziedzinie to nasze: „być albo nie być“.

Gdy Jugosławia i Włochy wprowadziły ustawy przeciwalkoholowe — czy mamy obalać bez przyczyny ustawę naszą, za której uchwalenie XVII Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy w Kopenhadze wyraził Sejmowi i Rządowi polskiemu wyrazy uznania? — „Nie można pozwolić na to, wołał ks. Lutowski z trybuny Sejmowej, przemawiając w sprawie noweli, ażeby interesy szynkarzy przemagały nad naszą wclą!“ — A wola nasza idzie w kierunku, wskazanym przez najwyższe umysły i serca nasze:

„Cała zepsucia (naszego ludu) przyczyna jest w pijaństwie. Same tylko mądre i surowe prawa mogą kiedyś tej powszechnej zaradzie tamę położyć“ (Jędrzej Śniadecki). „Poprawą moralności silnie przy odrodzeniu się naszym powinniśmy się zająć... czymże są bowiem najlepsze ustawy, czym ozdoby, pyszne gmachy, czym sama potęga, kiedy jad zepsucia toczyć będzie wewnątrz politycznego ciała“ (Juljan Ursyn Niemcewicz).

Ustawa o uzdrowiskach w praktyce.

podał

Dr. F. Grodecki (Warszawa).

Polska należy do krajów, b. hojnie przez naturę wyposażonych w najrozmaitsze źródła, tak dalece, że w zupełności może się obywać bez wwozu zarówno wód, jak i przetworów zdrojowych zagranicznych; posiada również szereg przepięknych miejscowości, w których bądź już istnieją, bądź powstać powinny uzdrowiska, mogące pod względem warunków przyrodzonych iść w zawody z najbardziej renomowanymi uzdrowiskami zagranicznymi. Dzięki warunkom historycznym sprawy, dotyczące uzdrowisk, przed wojną wszechświatową były zgola nieuregulowane. Pragnąc temu zaradzić, Sejm Ustawodawczy w d. 23 czerwca 1922 r. uchwalił ustawę o uzdrowi-

skach. Od tego czasu upłynęły dwa lata, które dają możliwość oświecenia jej znaczenia praktycznego.

Ustawa składa się z 43 artykułów; okoliczność powyższa wyraźnie dowodzi, że nie jest to ustawa ramowa, dająca władzy wykonawczej możliwość indywidualizowania rozporządzeń wykonawczych stosownie do warunków i potrzeb miejscowych, tak bardzo różnych w naszych uzdrowiskach.

Przeciwnie, ustawa o uzdrowiskach jest b. szczegółowa; niektóre jej artykuły mają wszelkie cechy rozporządzeń wykonawczych; gdy zaś się jednocześnie weźmie pod uwagę, że istnieje cały szereg zasadniczych braków, dopiero się uwypukli istotna wartość ustawy.

Przechodząc do szczegółowego rozpatrzenia postanowień ustawy, przede wszystkim zauważyć winienem, że posiada ona kardynalny brak pod względem formalnym, sprzeciwia się bowiem konstytucji. Mówiąc to, mam na myśli art. 29, który w uzdrowisku o charakterze użyteczności publicznej ustanawia komisję uzdrowskową, jako „organ, zarządzający jego sprawami“, o bardzo szerokich pełnomocnictwach i zakresie działania, kolidujących z prawami właściciela, którego ograniczając do maximum. Do komisji tej, składającej się z 5—7 członków, wchodzi wprawdzie właściciel uzdrowiska, posiada jednak tylko jeden głos. I nie będzie w tem nic dziwnego, gdy uzdrowisko zarządzane będzie wbrew intencjom właściciela i nie zawsze z pożytkiem dla uzdrowiska. Obawy te znajdują zupełne uzasadnienie, gdy się zważy, że większość przedstawicieli ludności, wchodzących w skład komisji, nie dorosła często do wysokości zadań, wymaganych przez ustawodawcę, że przy załatwianiu spraw uzdrowiska mogą częstokroć wchodzić w grę interesy osobiste, antagonizmy klasowe, a nawet narodowościowe. I tu właśnie zaszła głęboka kolizja między ustawą a art. 99 Konstytucji.

Przechodząc do strony merytorycznej, zaznaczyć muszę, że ustawa zawiera cały szereg postanowień, zgoła niedających się uzasadnić, oraz bardzo dotkliwych braków. Do takich należą postanowienia omówionego już art. 29 oraz postanowienia artykułów następnych, dotyczących komisji uzdrowskowej. Ustawa bowiem zgoła nie rozgranicza kompetencji komisji uzdrowskowej od kompetencji samorządu. Gdy się zważy, że dwa te ciała działają na tym samym terenie, że uprawnienia komisji wciąż się zaszewniają o uprawnienia władz samorządowych, łatwo zrozumieć, ile taki stan rzeczy daje powodów do rozmaitych konfliktów; a jednocześnie obciąża on nadmiernie rozmaitemi opłatami zarówno czasowych, jak i stałych mieszkańców uzdrowisk. Ta strona sprawy wymagała szczególnej troski ze strony prawodawcy, niestety, nie została ona zgoła rozwiązana.

Życie dowodzi, że tu potrzebna jest indywidualizacja, oparta na gruntownej znajomości warunków i potrzeb poszczególnych uzdrowisk; szablon, narzucony przez ustawę, kwestji rozwiązać nie może. Zdawałoby się, że obiekt tak wielkiego znaczenia, jak uzdrowiska, powinien być otoczony jak najtroskliwszą opieką państwa. Tak jednak, niestety, nie jest. Wprawdzie art. 7 i 8 zapewnia opiekę i pomoc państwową, atoli, „opieka“ ogranicza się do zwolnienia uzdrowiska podczas sezonu od kwaterunku, — w okresie zaś pozasezonowym jest on widocznie dozwolony; co zaś znaczy kwaterunek, jak wyglądają po nim „kwatery“ — o tem wiedzą coś nie coś ci, co uczestniczyli w ostatniej wojnie.

Art. 8 obiecuje pomoc państwową, dokładnie jej pednak nie określa. Wystarczyłaby tu wprawdzie gwarancja tylko, i toby należało wyraźnie zaznaczyć.

Gdy już mowa o opiece państwowej, należy jeszcze przytoczyć art. 10, 13, 20, 21, 22 i 27, które w wysokim stopniu hamują tak niezbędny, tak bardzo pożądany ruch budowlany; wszakże nasze uzdrowiska mogą ponieść zaledwie 50% szukających tam zdrowia chorych; — lub art. 17, wymagający, by granice ochronnych okręgów sanitarnego i górniczego były oznaczone na planie w skali „przynajmniej 1:10000“. Jest to wymaganie zgoła bezzasadne, — a poza tem w wykonaniu b. kosztowne. Tu również zaliczyć można art. 23, 24 i 28, zagrażające wywłaszczeniem. Omówię je nieco szczegółowiej.

Art. 23 i 24 pozwalają wywłaszczenie w zakresie bardzo szerokim, bo nawet na rzecz osób prywatnych, przyczem ustawa nie uwzględnia różnicy między terminami: „użyteczność publiczna“, a „użytek publiczny“.

Art. 28 zagraża wywłaszczeniem nawet w razie nie-

odpowiedniej gospodarki. Rygor to zbyt surowy, i wątpliwe, czy wykonalny. Przecież ustanowienie zarządu przymusowego może doprowadzić do tego samego celu, — przyczem nie obciąża zgoła skarbu. A jednocześnie ustawa wciąż ogranicza właściciela, pomija go bowiem nawet w składzie komisji, mającej na celu określenie granic okręgów ochrony sanitarnej i górniczej (art. 12 i 14).

Niektóre postanowienia ustawy są, jak rzekłem, nieuzasadnione, a nawet nielogiczne. Mówiąc to, mam na myśli art. 1, 3, 9, 18, 19 i 28.

Ustawa dzieli uzdrowiska na posiadające charakter użyteczności publicznej. Jest to podział zgoła niestuszny, wszystkie bowiem uzdrowiska przeznaczone są do tego samego celu, wszystkie przeto odpowiadać powinny tym samym wymaganiom i korzystać z jednakowych praw. Uzdrowiska, posiadające charakter użyteczności publicznej, odpowiadać powinny wymaganiom art. 4 i 5; tymczasem ustawodawca zaliczył tu szereg uzdrowisk, które jednak warunkom tym nie odpowiadają; w ten sposób nastąpiło uchybienie samej ustawie.

Do szeregu uzdrowisk o charakterze użyteczności publicznej, zaliczone zostały „Zakłady zdrojowe w Inowrocławiu“, lubo że Inowrocław nigdy zdrojów nie posiadał, — nie może więc posiadać „zakładów zdrojowych“. Jest to widocznie niedopatrzenie redakcji, niedopuszczalne jednak w ustawodawstwie.

Ten sam zarzut da się zastosować do art. 9, który udziela uzdrowiskom charakteru użyteczności publicznej na kredyt, co stanowi akt, nie praktykowany w żadnym ustawodawstwie.

Widocznie, mając na myśli powdany tu artykuł, ustawodawca w art. 9 kategorycznie wymaga od władzy wykonawczej, by „pierwszy spis uzdrowisk, posiadających charakter użyteczności publicznej, ogłoszony był najdalej w ciągu roku od wejścia w życie ustawy“, nie troszcząc się o to, czy odpowiadają one art. 4 i 5 ustawy.

Do niewykonalnych wymagań zaliczyć należy postanowienia wspomnianego już art. 28, wyznaczające maksymalny termin do zaprowadzenia kanalizacji i wodociągu na lat 5; o ile przy tem urządzenia te nie zostaną wprowadzone, grozi wywłaszczenie. A przecież każdy przyzna, że ani kanalizacji, ani wodociągu w tak krótkim okresie nawet przy najlepszych chęciach właściciela wybudować nie sposób.

Dlaczego wydatki, połączone z wyznaczeniem granic okręgu ochrony sanitarnej i górniczej, ma ponosić skarb państwa, jak tego wymaga art. 17, zrozumieć trudno, — słuszośćby nakazywała, aby koszt tych robót całkowicie obciążył właściciela uzdrowiska.

Bardzo charakterystyczny jest art. 19, według którego bez przychylnej opinii komisji uzdrowskowej „żadna“ (sic) władza nie może nikomu wydać pozwolenia na budowę takich urządzeń, jak wodociąg lub kanalizacja. Tak brzmi ustęp pierwszy; natomiast ustęp drugi daje prawo odwołania się do władz. Jak widzimy, zachodzi tu rażąca sprzeczność; jakie zaś były intencje ustawodawcy, trudno się domyśleć.

Dobiegłem do końca; z tego krótkiego przeglądu widać, że z liczby 43 artykułów prawie połowa, i to najważniejszych, stanowiących treść ustawy, zawierają przepisy, które bynajmniej sprawy uzdrowisk nie regulują i do ich podniesienia się przyczynić się nie mogą. Dodać tu jeszcze winienem, że ustawodawca przez powołanie Państwowej Rady do spraw uzdrowisk, mającej wypowiadać się i opiniować szereg mniej lub więcej ważnych kwestyj, w znacznym stopniu utrudnił zadanie władzy wykonawczej. Rada ta w obecnym składzie posiada aż 34 członków i ma się zbierać 2 razy do roku; jest to więc ciało zbyt ciężkie i dosyć kosztowne.

I jeszcze parę uwag. Ustawa o uzdrowiskach zajmuje się tylko temi uzdrowiskami, które posiadają charakter użyteczności publicznej, o nieposiadających go nie mówi nic; nie reguluje również spraw, dotyczących obiegu i eksploatacji produktów zdrojowych, nie ujętych dotąd w ramy prawne. Zdawałoby się jednak, że obydwie te sprawy właśnie w ustawie o uzdrowiskach powinny być uregulowane.

Przytoczone braki wymagają jaknajrychlejszego ich usunięcia, życie bowiem nie czeka, zaś uzdrowiska w gospodarce państwowej i narodowej zajmują miejsce zbyt ważne, by mogły zostawać bez istotnej opieki i troski o nie czynników miarodajnych; nowelizacja ustawy i to jaknajrychlejsza staje się więc dziś kwestję palącą.

Rzut oka na rozwój dozoru nad żywnością w Polsce.

poadała

Dr. Leokadja KARPFOŃNA (Warszawa).

Prace nad organizacją dozoru nad żywnością na terenie Rzeczypospolitej Polskiej podjęte zostały przez b. Departament Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu w jesieni 1917 r.; wcześniej już jednak, bo w początkach 1915 roku inicjatywa Koła Chemików, poparta przez Towarzystwo Medycyny Społecznej, zapoczątkowała sprawę utworzenia odrębnej organizacji dozoru nad żywnością, uzasadniając jej konieczność w obszernie umotywowanym memorjale, złożonym ówczesnemu zarządowi st. m. Warszawy. Momenty, wyżej wspomniane, mogą być uważane za podwaliny, podłożone pod budowę organizacji dozoru nad żywnością z tego względu, że do tej pory dział ten leżał czy to całkowicie odtłogiem, czy też był traktowany, zwłaszcza za rządów zaborców na terenie b. Kongresówki, z brakiem wszelkiego zrozumienia dla właściwego znaczenia tej sprawy.

W historycznym rozwoju dozoru nad żywnością pierwsze miejsce zajmuje jedna z najstarszych uchwał, wydawanych przez Rady Miejskie, a dotyczących obrotu produktami spożywczymi, t. zw. „wilkirz“ p. t. „O sprzedaży ulicznej ryb“, obowiązujący w Krakowie od r. 1364. Inne „wilkirze“, wydawane w latach późniejszych w Krakowie, Poznaniu, Warszawie, dotyczyły uboju bydła, sprzedaży mięsa, chleba i t. p. W XVII w. zjawiają się pierwsze rozporządzenia państwowo-administracyjne jako „Artykuły Sądów Marszałkowskich“, w których znajdują się przepisy dla piekarzy, szynkarzy, piwowarów, zarówno jak przepisy, dotyczące sprzedaży produktów spożywczych. W XVIII w. pieczę nad zdrowiem publicznym obejmują Komisje Dobrego Porządku, do których kompetencji należały również sprawy, dotyczące obrotu żywnością. W epoce Księstwa Warszawskiego agendy te przejmuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Policji; za czasów Królestwa Kongresowego — komisja Spraw Wewnętrznych i Policji, która posiadała wyłączne prawo wydawania obowiązujących przepisów sanitarnych; obowiązek dozoru nad żywnością należał wówczas do Wydziału Policji.

Po upadku powstania 1863 r. Królestwo Polskie zostało podporządkowane ustawodawstwu i prawodawstwu rosyjskiemu, a ponieważ w Rosji brak było odpowiedniego prawodawstwa o dozorcze nad żywnością, więc powiedzieć można, że i u nas w tym okresie nie było racjonalnego dozoru, gdyż ograniczał się on jedynie, o ile w ogóle był sprawowany przez powołaną do tego policję i personel sanitarno-lekarski — do kwestjonowania lub usuwania z obiegu tych artykułów żywności, których rozkład lub zepsucie rzucały się same w oczy. Ścisłejszy dozór nad ubojem bydła i sprzedażą mięsa wprowadzony został w ostatnich latach rządów zaborców po utworzeniu samodzielnego Wydziału Weterynaryjnego przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych; mikroskopowe badania mięsa wprowadzono po 1906 r.

Dozór Sanitarno-lekarski korzystał dla potrzeb swoich z usług założonej w r. 1889 w Warszawie pracowni chemicznej, pozostającej pod władzą Urzędu Lekarskiego, a utrzymywanej przez Magistrat; służyła ona do badań produktów spożywczych, do wykonywania badań sądowych dla policji i sądów i badań dla stron prywatnych. Pracownia ta wykonywała rocznie około 2,500 ekspertyz chemicznych, co stanowiło dla miasta miljonowego liczbę niezmiernie małą; rozwój pracowni i rozszerzenie jej działalności uniemożliwiał brak koniecznych na ten cel kredytów.

Z chwilą wybuchu wojny ogólny dozór sanitarny w Warszawie objął Sanitarny Komitet Obywatelski z Okręgowymi Opiekami Sanitarnymi. Te ostatnie miały również za zadanie wykonywanie dozoru nad żywnością; ze względu jednak na swe fachowe niekompetencje i brak wszelkoległego personelu, akcja ta wykazywała wiele braków. Poza Warszawą sprawa dozoru nad żywnością na terenie b. zaboru rosyjskiego leżała całkowicie odtłogiem.

Przy zespoleniu trzech zaborów w Małopolsce pozostała obowiązująca dla działu tego od r. 1896 austriacka ustawa o dozorcze nad żywnością i niektórymi przedmiotami użytku, w Poznańskim — niemiecka ustawa o obrocie artykułami żywności i przedmiotami użytku z r. 1879 — prawo-

moce do chwili wejścia w życie polskiej ustawy żywnościowej.

W momencie tworzenia organów państwowych w b. Departamentu Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego kierownictwo prac organizacyjnych z działu dozoru nad żywnością objął Dr. Stanisław Tarczyński. Utworzona w r. 1917 Sekcja dozoru nad przedmiotami użytku publicznego zajęła się opracowaniem projektu ustawy, której wytyczne szły w kierunku utworzenia państwowego nadzoru nad produkcją i obiegiem artykułów żywności i przedmiotów użytku, ujętego w organizację odrębną i samodzielną. Organizacja ta, oparta na zasadach, przyjętych i uznanych za najlepsze przez doświadczenie i praktykę ustawodawstwa zagranicznego, dostosowana przytem do anormalnych warunków życia i stosunków gospodarczych, wytworzonych u nas przez wojnę i okres powojenny, uwydatnia wybitnie dwa momenty podstawowe, na których dozór nad żywnością winien być oparty: sanitarny, z punktu widzenia szkodliwości dla zdrowia nieodpowiednich artykułów spożywczych, i ekonomiczny z punktu widzenia strat, ponoszonych przez ludność przy nabywaniu fałszyfikatów i surogatów żywności. W dalszym swem rozwinięciu projekt ustawy opiera znaczenie dozoru na działalności zakładów badawczych, koncentrujących czynniki fachowe, powołane do jej wykonywania. Stwarza on jednolity i sprężysty aparat dozoru, który przy należytej rozbudowie winien objąć cały teren Rzeczypospolitej, pokrywając go siecią punktów kontrolnych jako to: zakłady badawcze, inspektoraty, stacje prowincjonalne.

W początkach r. 1918, po połączeniu Dyrekcji Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z ówczesnym Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, utworzony został Wydział dozoru nad żywnością i przedmiotami użytku publicznego w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy. Zajął się on w pierwszym rzędzie zorganizowaniem odpowiednich placówek, któreby podjęły techniczne wykonywanie dozoru; w tym celu rozpoczęto prace przygotowawcze do stworzenia w stolicy Państwa zakładu badawczego, który w początkach r. 1919 rozpoczął swą działalność jako Państwowy Zakład badania żywności i przedmiotów użytku. W jesieni tegoż roku rozpoczęto systematyczną kontrolę nad nabiałami z przeprowadzaniem masowych badań mleka w utworzonym dla tego celu Oddziale nabiałowym, poza tem pracował oddział ogólny badania produktów spożywczych i przedmiotów użytku, Oddział toksykologiczny (chemia sądowa), rozszerzony w r. 1921 na skutek przejęcia przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego pracowni chemii sądowej Komendy Głównej Policji Państwowej; w r. 1921 zaczął funkcjonować Oddział Hydrologiczny dla badania wód i ich stosunków terenowych na całym obszarze Rzeczypospolitej.

Jednocześnie, bo w listopadzie 1918 r., Ministerstwo Zdrowia Publicznego przejęło zorganizowany przez okupantów i funkcjonujący od r. 1915 Zakład badania żywności w Łodzi, jako część b. Instytutu Higienicznego, wraz z całym aparatem dozoru (szereg stacji prowincjonalnych), obejmującym lewy brzeg Wisły. Reorganizacja Zakładu poszła w kierunku przystosowania go do zasad przyjętych, przyczem utworzono tam również poszczególne Oddziały: ogólny, nabiałowy i sądowy.

W tym samym czasie przeszedł automatycznie na własność Państwa Polskiego funkcjonujący od szeregu lat dla potrzeb b. zaboru austriackiego „Zakład badania żywności w Krakowie“. Stosunki wojenne i powojenne przyczyniły się do obniżenia działalności jego, która od r. 1920 dopiero, t. j. od chwili przejścia zakładu pod bezpośredni zarząd Ministerstwa Zdrowia Publicznego, skierowana została na właściwe tory.

Jednocześnie działalność Wydziału szła w kierunku ustalenia redakcji ustawy i opracowania odpowiedniego prawodawstwa (rozporządzenia, przepisy, instrukcje), regulującego z jednej strony czynność kontrolną Zakładów, z drugiej zaś — wyrób i obieg niektórych produktów spożywczych. Projekt ustawy, uchwalony przez Radę Ministrów w końcu 1918 r., rozpatrywany był w r. 1920 na ankiecie, powołanej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego, celem zaznajomienia kół zainteresowanych z tekstem ustawy i poddania jej pod obrady kół fachowych, w r. 1921 zaś przedłożony został na konferencji międzyministerialnej, przyczem odnośne sankcje karne zostały przez Ministerstwo Sprawiedliwości opracowane i dostosowane do tekstu ustawy, zarówno jak do ogólnych ram prawno-państwowych.

Prace w wyżej wymienionych kierunkach prowadzone były dalej w referacie dozoru nad żywnością, powstałym ze zredukowanego Wydziału, a w którym skoncentrowana została działalność organizacyjna i kierownicza spraw dozoru nad żywnością.

Działalność Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie, w Łodzi i w Krakowie, w ciągu pięcioletniego okresu pracy, ujawnia się w cyfrach następujących:

w roku	liczba badań wykonanych	liczba prób zakwestjonowanych
1919	28,662	13,501
1920	66,343	39,070
1921	66,014	29,122
1922	70,616	25,349
1923	71,702	30,928

Dane to wykazują, że, choć w stosunku do obszaru Rzeczypospolitej (386,273 km.²) i jej zaludnienia (27,160,163 mieszkańców) liczba Zakładów, a tem samem i liczba prób badanych jest niewielka, jeżeli wziąć pod uwagę to, że czyniki samorządowe współdziałają w akcji dozoru nad żywnością niezmiernie słabo lub wcale nie — to jednak Państwowe Zakłady, w centrach swej działalności, przy trudnych warunkach pracy i niemożności należytego rozwoju, ze względu na konieczność gospodarki oszczędnościowej — wykazują już w pierwszych latach istnienia, w okresie organizacji sprawy dozoru, do czasu tego zupełnie prawie na terenie naszym zaniebanej — dane statystyczne, świadczące o akcji sprężystej i należycie ujętej.

Najpilniejsze nasze postulaty psychiatryczne.

podał

Dr. med. R. RADZIWIŁŁOWICZ (Warszawa).

Opieka nad psychicznie chorym należy do dziedzin sanitarnych, najbardziej u nas zaniedbanych. Dość powiedzieć, że powinniśmy posiadać 38000 łóżek szpitalnych dla psychicznie chorych, a posiadamy ich niespełna 11500. Brakuje nam przeszło 2/3 potrzebnego zasobu. Przytem rozdział terytorjalny istniejących miejsc szpitalnych jest bardzo nierównomierny. Na obszarze b. zaboru pruskiego mamy ich nadmiar, wynikły z powodu, że nie całe regencje, dla których zakłady były przeznaczone, znalazły się pod panowaniem polskiem, a jednocześnie dość znaczna liczba obywateli z innych dzielnic niemieckich, leczonych w zakładach, położonych na terytorjum polskiem, po przejęciu zakładów przez władze polskie, powróciła do swych stron rodzinnych. Dzięki temu mamy w tej dzielnicy więcej łóżek, niż ich potrzebujemy. Jak zły jest stan rzeczy w innych dzielnicach, wnosić można chociażby z tego, że oba szpitale Małopolski — Kulparków i Koberzyn — wykazują przeludnienie, sięgające 50% normalnego etatu. W b. Królestwie Kongresowem jedno łóżko psychiatryczne przypada na 4692 mieszkańców, kiedy w b. zaborze pruskim stosunek ten wynosi 1:700. Najgorzej przedstawia się sprawa w t. zw. kraju Zabranym t.j. w Województwach Wschodnich, gdzie na całej przestrzeni od Niemna i Bugu po linę Dźwiny nie mamy ani jednego zakładu psychiatrycznego. Istniejący pod Wilnem przed wojną jedyny zakład psychiatryczny na 1000 chorych w Nowowilejce pod Wilnem został zabrany przez wojsko i zamieniony na koszary. Jednocześnie wskutek braku chorych i spowodowanych przez to ciężarów ekonomicznych, wynikłych z potrzeby prowadzenia zakładów, częściowo tylko zapełnionych, Starostwa Krajowe Pomorza, Wielkopolski i Śląska Górnego, do których należą zakłady psychiatryczne w tych dzielnicach, są zmuszone do przeznaczania tych zakładów w całości lub w części (oddzielnych pawilonów) na cele niepsychiatryczne z wielką stratą psychiatrii szpitalnej. Z tych względów zamknięto zakład psychiatryczny w Wejherowie na Pomorzu, posiadający 5 najpiękniejszych w całym psychiatrycznym szpitalnictwie polskiem pawilonów dla chorych, które oddano pod zakład dla głuchoniemych, liczbę chorych w zakładzie psychiatrycznym w Kościanie w Wielkopolsce zredukowano z 700 do 100, potrzebnych do uprawy folwarku zakładowego, pozostałe pawilony albo stoją pustkami, albo bywają przeznaczone

na inne cele; przez czas pewien mieścili się tu jeńcy bolszewicy, czas pewien był tam ogólny szpital wojskowy. Pawilony zakładu psychiatrycznego w Rybniku na Górnym Śląsku z tych samych powodów oddano pod koszary wojskowe.

W tym stanie rzeczy nasza polityka sanitarna może być tylko jedna, należy wszelkimi siłami dążyć do utrzymania zakładów psychiatrycznych b. dzielnicy pruskiej w ich dotychczasowym charakterze, nie dopuszczać do ich upadku i oddawania na inne, niepsychiatryczne cele, a jedyną drogą, która do tego prowadzi, to przenoszenie nadliczbowych chorych z innych dzielnic polskich do tych zakładów. Rzecz nie wymaga żadnych nakładów, zakłady są całkowicie urządzane, nie uległy zniszczeniu wojennemu, w każdej chwili mogą chorych przyjąć, względnie mogą być dla przyjęcia ich ponownie otwarte.

Sprawa, poza stroną sanitarną, posiada również swe oblicze polityczne. Niemcy z pilną uwagą śledzą za tem, co dzieje się pod rządami polskimi z pozostawionym przez nich dorobkiem kulturalnym. Obracanie zakładów psychiatrycznych na inne cele będzie przez nich wyzyskane jako objaw marnotrawstwa, jako wyraz „polskiego barbarzyństwa“.

Pilna jest również sprawa przywrócenia zakładowi psychiatryczno-wychowawczemu dla niedorozwiniętych dzieci w Kościanie jego uprzedniego charakteru. Zakład ten, również z braku chorych, oddano na inny użytek. Jakkolwiek położony na terenie wspomnianego powyżej zakładu psychiatrycznego, stanowi zakład dla dzieci instytucję odrębną, terytorjalnie oddzielną, stosunkowo nowej daty, otwartą w 1901 r. Zakład jest zbudowany i urządzony z doskonałym zrozumieniem celu, któremu ma służyć. Składa się: 1) z budynku szkolnego z 6-iu salami wykładowymi, salą konferencyjną, biblioteką, mieszkaniem nauczycieli, lekarza i pomieszczeniami dodatkowymi, 2) z 4-ch pawilonów, każdy na 40 dzieci, 2-ch dla chłopców, 2-ch dla dziewcząt, 3) z pawilonu na 40 dzieci wieku poniżej 9 lat, 4) z pawilonu na 24 dzieci słabych (infirmierja), 5) z pawilonu dla chorych zakaźnych na 14 dzieci (sala dla gruźlicy z krytą, oszkloną werandą, 2 salami dla innych postaci). Wszędzie łażenki, umywalnie, szatnie. Boiska, ogródki oddzielne przy pawilonach, większy ogród wspólny.

Dzieci niedorozwinięte przebywają u nas w zakładach psychiatrycznych dla dorosłych. Nietrudno uprzytomnić sobie krzywdę, jaką ten stan rzeczy wyrządza dzieciom, jak rozkładający wpływ moralny musi wywierać obcowanie ich z osobami niejednokrotnie zwyrodniałymi ze zbroczonym popędem płciowym. Przywrócenie Kościanowi jego uprzedniego charakteru zakładu psychiatryczno-wychowawczego, przeniesienie do zakładu dzieci z innych dzielnic Polski, przebywających w zakładach z dorosłymi staje się rzeczą ważną i pilną. Nie pociąganie to również za sobą żadnych kosztów poważniejszych, zakład żadnych szczególniejszych inwestycji nie wymaga, przywrócenie go do dawnego stanu trudności nie nastrocza.

Obie te sprawy: przeniesienie nadliczbowych chorych z innych dzielnic do zakładów pomorskich, wielkopolskich i śląskich i uratowanie ich tą drogą od oddania na inne niepsychiatryczne cele, przeniesienie dzieci niedorozwiniętych z zakładów psychiatrycznych dla dorosłych do zakładu specjalnego dla dzieci w Kościanie i uratowanie go również dla psychiatrii powinny stanowić wytyczne naszej psychiatrycznej polityki sanitarnej na najbliższą chwilę. Urzeczywistnienie tych zadań nie będzie trudne, wydatków szczególnych za sobą nie pociągnie, a starostwa krajowe w Toruniu i Poznaniu są najczelwiej dla myśli tych usposobione.

Niemniejszej wagi i niemniej pilna jest sprawa uporządkowania kosztów leczenia psychicznie chorych. Choroba psychiczna często trwa długo, lata, czasami dziesiątki lat. Obarczanie całkowitemi kosztami leczenia rodzin, względnie gmin za ich niezamożnych gminniaków staje się ciężarem przekraczającym granice ich możliwości. Taksa leczenia w szpitalu w Tworkach np. wynosi w chwili obecnej na salę ogólną 3,25 zł. dziennie, to znaczy, że sięga 100 zł. miesięcznie, 1200 zł. rocznie. Ponieważ, jak zaznaczono powyżej, choroba często trwa długo, nietrudno wyobrazić sobie, jak rujnującym ciężarem nawet dla rodziny średnio zamożnej np. urzędniczej staje się wypadek długotrwałej choroby psychicznej jej członka, albo dla uboższej gminy choroba kilku gmin za ich niezamożnych gminniaków staje się ciężarem,

zwalać na państwo. Część ciężaru leczenia swego psychicznie chorego powinna spadać na rodzinę, względnie na gminę, lecz niepodobna ich obarczać całkowitym ciężarem kosztów leczenia. Są to organizmy ekonomicznie zbyt słabe, ażeby mogły ciężarom podolać, a rujnowanie rodzin, czy gmin, które dotknęło nieszczęście posiadania w swem łonie przewlekłego psychicznie chorego, nie może iść po linii ekonomicznej polityki państwowej. Ciężar powinien być bardziej równomiernie rozłożony.

Najśluszniesze wydaje się takie załatwienie sprawy, ażeby rodziny, względnie gminy, obciążał tylko koszt leczenia w ostrym okresie choroby, to znaczy w ciągu czterech pierwszych miesięcy pobytu w szpitalu; natomiast koszty dalszego leczenia powinny spadać równomiernie na powiat i województwo, do których należy chory, i na państwo. W ten sposób żadna ze stron nie będzie obciążona nadmiernie, rozdział ciężaru będzie sprawiedliwy.

Te trzy sprawy stanowią nasze najpilniejsze potrzeby psychiatryczne, których urzeczywistnienie szczególniejszych trudności nie nastreży, i których pomyślnie rozwiązanie może przyczynić się w dużej mierze do uporządkowania stosunków, tak pilnej wymagających naprawy.

Opieka społeczna w stosunku do dzieci psychopatycznych, umysłowo niedorozwiniętych i moralnie zaniedbanych.

podał

Dr. Med. Henryk HIGIER (Warszawa).

Prawem, przez naturę uświęconem, jest prawo wychowania potomstwa przez rodziców. Rodzice mają nie tylko prawo, ale i obowiązek wszędzie i zawsze dbać o wychowanie swoich dzieci. Mniej jasnym jest, że dziecko ma prawo żądać wychowania pod względem somatycznym, umysłowym i moralnym. O ile prawa wrodzone dziecka nie są przez rodzinę uznawane, szanowane lub wykonywane, wtedy wchodzi w swe prawa i wkracza w życie rodzinne, w życie indywidualne czynnik państwowy, opieka społeczna czyli ochrona publiczna. Społeczeństwo kulturalne ma obowiązek dać tym upośledzonym dzieciom — zależnie od potrzeby — opiekę zdrowotną, wychowawczą, gospodarczą i t. p.

Nader skomplikowany i na mało racjonalnych podstawach oparty jest w Europie, a zwłaszcza u nas, dział opieki społecznej czyli higieny społecznej w stosunku do dzieci psychopatycznych, zarówno umysłowo niedorozwiniętych, jak moralnie zaniedbanych. Namnożyło się tych ostatnich w okresie nędzy wojennej i biedy powojennej bez liku. Instytucja opieki społecznej nie może i nie powinna być laboratorium wiśnięcym, gabinetem eksperymentalnym nad problemami społecznymi i idealami eugenicznymi. Chodzi tu o ludzi z krwi i kości, którzy nie mogą służyć za materiał do dyletanckich doświadczeń nad poprawą świata.

Opiekunowie takich instytucji, zarówno płatni jak honorowi, mogą być przepojeni najbardziej idealnymi pobudkami i najlepszymi chęciami, a jednak niewątpliwie przyniosą więcej szkody, niż pożytku sprawie samej, jeśli dobór dzieci wykonają i do opieki społecznej zakwalifikują bez dokładnej znajomości rzeczy, bez wykształcenia psychologiczno-pedagogicznego, bez opanowania techniki, a przede wszystkim bez posiadania fachowego, w praktyce zakładowej zdobytego doświadczenia. U nas często decyduje o wskazaniu do opieki społecznej, o potrzebie internowania lub izolowania dziecka nauczyciel elementarny, freblanka, dozorca chorych lub pierwszy lepszy urzędnik, pracujący w instytucji opieki społecznej.

Instytucje same zaś, rządzone przez regulamin chaotyczny i biurokratyczny, przez ustawę zmurszałą, z czasów przedpotopowych, są istnym anachronizmem higieny społecznej. A mają one wszak liczne cele i obowiązki do spełnienia: udzielanie informacji, wskazówek i rad w różnych sprawach opieki państwowej, nadzór nad osobnikami antyspołecznymi, zdolnymi do konfliktów publicznych, inicjatywę czynną w stosunku do ubogich rodzin z nienormalnymi dziećmi, wymagającymi internowania w zakładzie wychowawczym lub lecz-

niczym, odprężanie zakładów psychiatrycznych przez oszczędzanie im zbytecznego przyjmowania i uwalniania niekwalifikujących się młodzieńców i dzieci duchowo upośledzonych i t. p.

Jakie są wskazania do zastosowania dobrowolnej lub przymusowej opieki społecznej?

Zaniedbanie moralne rzadko bywa wyłącznie wynikiem złego wychowania lub nieodpowiedniego otoczenia. W tych razach wystarczyłoby zmienić milieu, aby osiągnąć zupełny powrót do normy. Wytwarza się zwykle w rodzinach z takim niedochowywaniem lub opacznie wychowaniem dzieckiem pewien *circulus vitiosus*, polegający na tem, że np. alkoholik zawodowy, złodziej recydywista, prostytutka przynosi na świat nieślubne, od urodzenia obciążone, łatwe do występków podatne dzieci, które dla wrodzonych swoich wad charakteru i umysłu są częstokroć maltretowane przez nierozumnych i nieświadomych, przeważnie w nędzy materialnej według rodziców.

Przesądem wprawdzie, powszechnie panującym, jest mniemanie, że się dzieci antyspołeczne spotyka wyłącznie w sferach proletariatu, gdzie dogład rodzicielski jest niemożliwy lub niedostateczny. Niedorozwój umysłowy i moralny przedwzrostkiem bywa rezultatem wewnętrznych organicznych zmian osobowości, które to zmiany zachodzą w okresie tworzenia i kształtowania się jaźni, kiedy życie popędowe chorobliwie buja, a zdolność do hamowania jego zostaje w stopniu niedostatecznym wyrobiona. Określam najpomyślniejszym do rozwijania i wytwarzania pojęć i czynności, hamujących popędy wrodzone, jest okres przedszkolny i lat młodzieńczych. W tym właśnie okresie zyskuje państwo prawo do ustanowienia opieki przymusowej nad dzieckiem psychopatycznym.

Ścisłej definicji psychopatji nie podają nam, niestety, ani podręczniki naukowe, ani też prawodawstwo i liczne doń komentarze. Dość ogólnikowe jest określenie Ziehen'a, że psychopatja jest wynikiem ogólnej konstytucji degeneracyjnej, lub Gregora, że istota psychopatji polega na chorobliwym podłożu w dziedzinie woli i uczuć. Komplikuje sprawę teoretycznie i praktycznie ta okoliczność, że moralnemu zaniedbaniu dziecka towarzyszy tu i owdzie niedorozwój umysłowy lub zaniedbanie cielesne, zewnętrzne, które to ostatnie, rzecz jasna, samo przez się nie upoważnia bynajmniej obcych do interwencji. Nawet przy notorycznej nędzy materialnej, panującej w domu, państwu nie wolno pozbawiać rodziców prawa wychowania własnego dziecka.

Również zabronione jest prawo ingerencji mimo nieładu i nieporządku w prowadzeniu się otoczenia, o ile ten tryb życia nie wykracza poza ramy i normy, przyjęte w danej sferze ludności, gdyż, jak wiadomo, pojęcia o współżyciu rodzinnym, o miłości wzajemnej między członkami rodziny, o wolnej miłości są inne wśród sfer kulturalnych i sfer lumpenproletariatu.

Nie wystarczy też stwierdzenie faktu oporu i nieposłuszeństwa dziecka wobec rodziców lub opiekunów, gdyż czasem zwierzchnicy ci sami są złe wychowani i stawiają żądania i wymagania niemożliwe.

Bardziej podejrzaną staje się sprawa, gdy szorstkość i nierówność charakteru ujawnia się stale i wszędzie, zarówno w domu, jak w szkole i życiu towarzyskiem. Pewne grupy niedorozwoju moralnego zdają się nie ulegać wątpliwości, jeśli w tejsze rodzinie manifestują się anomalje patologiczne charakteru (krnąbrność, kłamliwość, brutalność, egoizm, bezwzględność, bezwstyd, wzmógłony i przedwczesny popęd płciowy) jednocześnie lub w dłuższym okresie czasu u 2—3 dzieci, lub jeśli się stwierdza psychopatję i degenerację umysłową jednego z rodziców. Gdy tenże młodzieniec schwytany zostaje kilkakrotnie na przestępstwie poważniejszym, i gdy upominanie, przekonywanie, groźby i kary nie nie wskazują, to ma się do czynienia z zawodowym, nawykowym przestępcą w zarodku.

Najpewniejsze jest rozpoznanie, gdy się natrafia na typ rzadszy wprawdzie, ale nieomylny, typ dowódcy zbiorowej organizacji młodzieńczej, herszta bandy przestępczej. Jest to zazwyczaj chłopiec nader inteligentny, o sile sugestywnej, talencie przekonywającym, obłudny i wykretny, kłamliwy i podstępny, z perfidią przystępujący do tworzenia swego rodzaju stowarzyszenia złodziejaszków domowych lub innych przedsiębiorstw tego rodzaju (*wagabundów*), formalnie hipnotyzujący Bogu nieraz ducha winnych towarzyszy

swoich, tu i cwdzie rekrutując ich z najlepszych sfer towarzyskich. Każdy członek takiej bandy roznosi i szerzy mniej lub więcej świadomie jad infekcji moralnej i tem samem się kwalifikuje do stałego lub czasowego internowania.

Krótką nieraz obserwacja wystarcza do przesiewania materiału i ustalenia, gdzie i ile wchodzi w grę wyłącznie czynnik zewnętrzny, a gdzie ciężkie piętno swe kładzie na młodym osobniku i moment wrodzony, wewnątrzpochodny. Często kojarzą się egzogenne i endogenne czynniki, wrodzona nieudolność psychiczna lub niemoc etyczna z wpływami szkoliwymi otoczenia, bliższego i dalszego, rodziny i szkoły.

Na jedną taką grupę, stanowiącą ciężki orzech do zgryzienia dla zakładów wychowawczych, a zajmującą w okresie powojennym prawie 1/10 wychowawców, zwraca uwagę ostatnio Cimbali z Altony. Są to dzieci żołnierzy-symulantów, którzy brali udział w zapasach wojny wszechświatowej, a kontynuują i po wojnie dla otrzymania renty symulację kalektwa. Dziecko neuropatyczne, wrażliwe z natury lub przeczułone od urodzenia, obserwując długie lata ojca lub brata symulanta, rozumie rychło korzyści, wypływające z udawania, i nieraz symulowanym napadem furji lub niepomohowanej złości osiąga niedostępne rzeczy. I tu zbyt łagodne traktowanie nie zawsze prowadzi do celu, zaś zbyt ostre szkodzi, o ile się istotnie natrafiło na chłopca degenerata, jednocześnie zarażonego symulacją.

Co nieraz wprowadza w błąd zarówno lekarza, jak i sędziego, to jest względnie dobrze zachowana inteligencja takich dzieci przestępczych. Długie lata zajmował pedagogów stosunek wzajemny zaburzeń w inteligencji do zaburzeń w etyce u dzieci psychopatycznych. Jedni dowodzili zależności, inni niezależności jednego od drugiego.

Istnieją bez wątpienia przypadki ciężkich defektów intelektualnych bez odpowiednich uchybień w sferze moralnej i odwrotnie, naogół jednak stanowi regułą paralelizm obu, tak, że w złej postaciach otępienia umysłowego defekty moralne są wyjątkiem, atoli w cięższych przypadkach. Wprawdzie i zupełne wypadanie inteligencji wywołuje jedynie brak dodatniego zmysłu etycznego, dając społeczeństwo, a niekoniecznie opaczność zmysłu etycznego, tworząc antyspołeczność (pociąg do kłamstwa, szkodenia, fałszerstwa, kręactwa, kradzieży, morderstwa).

Względnie często się zdarzają antyspołeczne popędy przy zupełnie zachowanej, a nawet wyrafinowanej inteligencji. I tu rzeczą jest dyrektora zakładu wychowawczego rozsegregowanie umiejętnie działań. Większość zakładów dawnego typu posiadała materiał tak różnorodny, tak mało wysortowany, że pod flagą moralnie zaniedbanego dziecka krył się poważny zarodek istotnej psychozy, zwłaszcza tej postaci chorobowej, którą dawniejsi psychiatrzy (Kahlbaum) zwą hebefrenią, nowsi (Kraepelin) dementia praecox lub (Bleuler) schizofrenią. Choroba ta — otępienie wczesne czyli rozszczepienie jaźni — łatwo rozpoznawalna w wieku młodzieńczym, o wiele trudniej diagnozuje się w wieku dziecięcym (Dementia infantilis — Heller-Weygandt, Dementia praecocissima — de Sanctis), w którym się ją spotyka nader rzadko. Osobniki te, w wolnym życiu rodzinnym kapryśne i krnąbrne, nieposłuszne i niesforne, stają się często z chwilą pozbawienia ich wolności, patologicznie antyspołeczne, tracą wszelki ślad porządku i samoopanowania, stają się brutalne i bezwzględne wobec personelu, współtowarzyszy przytułku i odwiedzających krewniaków. Pozornie spokojna dziewczynka hałasuje i wije się ze złości, kąsa i niszczy, obnaża się i wyśpiewuje sprośne piosenki. Dziecko, w zwykłych warunkach życiowych nieco pod względem etycznym i intelektualnym odchylające się od normy, u wewnętrznie ciężkie zaniedbanie wewnętrzne, poważne braki wrodzone, gdy się od niego w obcym otoczeniu nagle zaczyna wymagać pewnego ładu, porządku, subordynacji i przystosowania do regulaminu. To są typy par excellence patologiczne, przeważnie schizofrenją dotknięte, t. j. rozszczepieniem jaźni czyli osobowości, przeważnie nie nadające się do leczenia wychowawczego. Zbliżony poniekąd doń jest typ zaniedbania moralnego, rozwijającego się u dziecka z rodziny niepsychopatycznej po przebyciu ciężkiej choroby zakaźnej (szkarlatyna, dur brzuszny).

Ostatnie epidemie z palenia mózgu śpiączkowego o namnożyły przypadków moral insanity wśród dzieci bardzo wiele. Trudno wobec względnie krótkiego czasu obserwacyjnego tych letargików młodych powiedzieć coś ostatecz-

nego o rokowaniu i leczeniu, a zwłaszcza o wskazaniach do internowania tych dzieci w zakładach wychowawczych i przytułkach. Ale mam wrażenie, że chodzi tu o sprawę poważną, wymagającą żmudnego, a długotrwałego leczenia wychowawczego.

O ile się zgodzimy — po tym pobieżnym przeglądzie głównych psychopatji — z panującym obecnie w nauce poglądem, że zarówno społeczny stan intelektu, jak antyspołeczny stan uczuć dziecka stanowi często objaw określonej choroby (padaczki, hysterji, schizofrenji, śpiączkowego zapalenia mózgu i t. p.), i że obok momentów konstytucjonalnych, ustrojowych (dziedziczność) dominują czynniki warunkowe, zewnętrzne (choroby wrodzone, wpływy psychiczne otoczenia i t. p.), to coraz rzadziej będziemy się uciekali do rozpoznania, nie mówiącego, do stawiania diagnozy „samoistnej psychopatji antysocjalnej” lub „moral insanity”. Jeśli instytucja społeczna ma prawo ingerencji do życia rodzinnego i przymusowego internowania dziecka, to musi ręczyć, że odpowiednio pokieruje wychowaniem, względnie leczeniem. Starsze bowiem moralnie zaniedbane osobniki (np. alkoholicy), o ile posiadają dostateczną dozę silnej woli, potrafią same zwalczyć ten i ów nałóg, prowadzący do zwyrodnienia etycznego. A dzieci tego nie umieją. Nie bez słuszności z rozżaleniem mówi pewien niemiecki lekarz o opiece państwowej: „Mam wrażenie, że jeden robotniczy związek abstynencki więcej zdziałać może na polu wychowania ludu od tego, co kiedykolwiek zdziałać potrafi cała, tak szalenie droga opieka państwowa nad alkoholikami, gdyż opieka i wychowanie ludu są to z gruntu różne rzeczy, które wychodzą z różnych zasad i operują różnymi środkami”.

Nie o wiele łagodniej wypadnie sąd o naszej opiece społecznej nad dziećmi psychopatycznymi. Musi być przede wszystkim ściśle określona technika kwalifikowania i przyjmowania dzieci psychopatycznych do przytułków czyli zakładów wychowawczo-leczniczych. Prawodawstwo nasze w tym kierunku jest jeszcze w zarodku, aczkolwiek prawodawca i humanitarny sędzia, nowoczesnym duchem pojmowania odpowiedzialności indywidualnej przejęty, korzysta często przy ferowaniu wyroku z tych przytułków, kierując młodocianych przestępców do nich, zamiast do więzień.

Zupełnie chybiłoby jest dotychczasowe urządzenie tego rodzaju zakładów, w których znajdujemy niezwykłe *mixture* compositum, przypominające dawne przytułki dla starców, gdzie obok normalnego staruszka-inwalidy spotykało się tuberkulików, rakowatych, paralityków i niespokojnych dementów.

Oczywista, że zupełnie bezwartościowy jest nasz dotychczasowy materiał statystyczny, zbierany bez wspólnej pracy lekarza, pedagoga i opiekuna społecznego. W naszych zakładach dla moralnie i umysłowo zaniedbanych dzieci spotykaliśmy zawsze zbiorowisko pstre, różnorodne: dzieci kalekie, chore cielesnie, dzieci neuro- i psychopatyczne, spokojne i niebezpieczne dla otoczenia, intelektualnie i afektywnie dotknięte, uleczalne i nieuleczalne, dzieci, kwalifikujące się do wewnętrznego leczenia w szpitalu dziecięcym, do zwykłego dozoru zakładowego i do zamknięcia w domu obłąkanych. Pomijam to, że obok moralnie zaniedbanych sierot widywaliśmy kretynów z wolem i bez tarczy, obok dzieci z syfiliśm dziedzicznym mózgu — osobników z ciężkim niedomaganiem somatycznym, obok natur przestępczych i zbrodniczych — nieszczęsne dzieci ulicy i dzieci troski. Zakłady tego rodzaju dla moralnie zaniedbanych robiły raczej wrażenie zakładów, moralnie zaniedbanych. Wszak inaczej traktować należy te dzieci psychopatyczne, którym potrzebne jest zwyczajne leczenie na oddziale skórno-wenerycznym, a inaczej te, którym niezbędny jest oddział psychiatryczny lub zakład pedagogiczny. Inaczej wypada traktować najbardziej wdzięczny materiał, dający ogromny odsetek poprawy — dzieci umysłowo rozwinięte z *moral insanity*, nabyte jedynie dzięki złym przykładom rodziny i bliższego otoczenia, a inaczej dzieci z wrodzoną ciężką psychopatią rodzinno-dziedziczną. Przytułek, jak go naukowy punkt widzenia pojmuje, ma właśnie obowiązek umiejętnego segregowania i rozróżniania, co, czy i gdzie się daje leczyć lub wychować najlepiej, czy przeważają wady somatyczne, intelektualne, etyczne i t. d. Zakład, dopiero, gdy stwierdza ostatecznie coś pewnego, potrafi zalecić środki zapobiegawcze, lecznicze i wychowawcze zupełnie celowe, planowe i racjonalne. Schemat ryczałtowy jest tutaj najbardziej zgubny zarówno w stosowaniu spokoju, jak pracy. Pozostawianie np. wychowawców

z moral insanity bez zajęcia regulaminowego i pracy systematycznej jest często gorsze od pracy nieprodukcyjnej w domu i dawnym otoczeniu; inaczej rzecz ta wypadnie u dzieci, duchowo i cielesnie upośledzonych.

Wychodząc z założenia, że istnieje w naszej stolicy od niedawna przymus szkolny, przedstawiam sobie organizację opieki społecznej nad dziećmi psychopatycznymi w przybliżeniu według następującego schematu.

Ponieważ chodzi przeważnie o dzieci nieco starsze — w każdym razie już w wieku szkolnym, t. j. po 6-ym roku życia będące, to lekarz szkolny, jako pierwsza miarodajna instancja, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy nauczyciela, względnie rodziców, sporządza u podejrzanego wychowanka rodzaj karty sanitarnej, rodzaj metryki z charakterystyką etyczno-intelektualną, do której uwagi swoje wpisuje też wychowawca. Ta metryka lub matrykuła stanowi nieoceniony dokument w późniejszych ewentualnych przejściach życiowych (szpital, przytułek, sąd, więzienie) mienormalnego młodego obywatela.

Dziecko nienormalne, zaopatrzone w swoją kartę sanitarną, zostaje obowiązkowo usunięte ze szkoły normalnej: niedorozwinięte umysłowo czyli opóźnione dziecko idzie do t. zw. szkoły pomocniczej o kursie zredukowanym i programie łatwiej przystępnym, zaś moralnie niedorozwinięte odsyła się do t. zw. dziecięcego zakładu obserwacyjnego. Zakładem tym rządzą lekarz i pedagog, a jeszcze lepiej lekarz — pedagog w jednej osobie, przy pomocy odpowiednio wykwalifikowanego personelu, który poza kursem ogólnie wychowawczym przeszedł obowiązkowo roczną praktykę zakładową w szpitalu psychiatrycznym. Dłuższe lub krótsze obserwowanie zachowania się kandydatów względem siebie, wychowawców, służby, przy pracy, grze, zabawach, wycieczkach, w zakładzie lub ambulanse zakładowym decyduje o ich dalszym losie. Jedne, wymagające terapii etjologicznej (padaczka, histerja, syfilis, słuzobrzę), idą do 1) zakładów leczniczych ogólnych, drugie (psychozy, schizofrenja cięższa) zostają skierowane czasowo lub na zawsze do możliwie niezamkniętego 2) oddziału dziecięcego przy szpitalu psychiatrycznym, jeszcze inne (psychopatia, psychastenia) zatrzymuje się w 3) zakładzie wychowawczym w celu izolowania od szkodliwego wpływu rodziny i wychowuje, usiłując wytepić nałogi i narowy i wszczepić pojęcie o subordynacji rodzinnej i symbiozie społecznej, jeszcze inne oddaje się pod opiekę odpowiednio wyszkolonych w czynnościach wychowawczych i pod dozorem władzy zakładowej znajdujących się rodzin miejskich lub wiejskich 4) t. zw. opieki rodzinnej.

Wszystkie te dzieci pozostają przez długie lata pod dozorem i opieką lekarza i pedagoga domu obserwacyjnego, którzy później zmieniają w razie potrzeby kwalifikacje, korygują własne błędy rozpoznawcze i decydują definitywnie o dalszym losie pensjonarza i jego przyszłym stosunku do rodziny i społeczeństwa. Metryka sanitarna czyli matrykuła, stale uzupełniania, informuje o stanie zdrowia pensjonarza i o zmianach, w niem zachodzących.

Nie poruszam tu bliżej sprawy nauczania i życia wewnętrznego w zakładzie wychowawczym, które się sprowadza do zrównoważania układu nerwowego, do zyskania zaufania dziecka przez opiekę czułą, macierzyńską, do hodowania kojarzeń towarzyskich, przyzwyczajania do pracy systematycznej. Zajęcia ograniczają się przeważnie do rzemiosł, słoju, pracy w polu, gimnastyki, wycieczek, pogadanek, opieki nad ogródkiem i zwierzętami domowymi. Kary u sztucznie przez złe otoczenie wytworzonych antyspołeczników ograniczają się do upominania publicznego, do pozbawiania pewnych praw lub praw towarzyskich, przymusowego pozostania w łóżku, wyjątkowo do chłosty.

Nie wchodzi tu w bliższe szczegóły techniczne organizacji opieki społecznej dla dzieci psychopatycznych, w rodzaju tego, czy zakład obserwacyjny ma być zakładem sam przez się, co byłoby najlepsze, czy też przyczepiony do istniejącej większej i ogólnej instytucji państwowej opieki społecznej, czy ma posiadać swoje własne oddziały wychowawcze z liczbą dzieci, nie przekraczającą 40—50 dla jednego oddziału, z rozdzielaniem lub bez rozdzielania płci, czy ma rozporządzać własnym szpitalikiem psychiatrycznym, wyłącznie dla dzieci, z pododdziałami dla mocno moralnie zaniedbanych, dla natur przestępczych, dla ciężko intelektualnie dotknię-

tych, dla młodzieży, do ekspertyzy lekarskiej przeznaczonej i t. d.

Że na przeprowadzeniu reedukacji w zakładzie wychowawczym nie kończy się cały plan i program leczenia, jest jasne. Wychowawcy bowiem internatu odznaczają się całe życie brakiem pewności siebie, zmysłu odpowiedzialności, siły twórczej i samodzielności, gdyż w tym kierunku internat załatwia wszystko za nich. Pożądanem przeto byłoby, aby nowoczesne przytulki stworzyły stopniowo ostatni etap racjonalnej opieki psychopatów, umożliwiając takim odpowiednio skorygowanym kandydatom nabywanie tych zdolności, bez których życie społeczne jest bardzo trudne, prawie niemożliwe. A udałby się ten dezyderat poważny przez powierzenie ich dalszego praktycznego kształcenia specjalnie wykwalifikowanym osobom lub rodzinom w mieście, a zwłaszcza na wsi, które podejmowałyby się doglądania w wychowaniu rodzinnym, obfitującym w ciężary twardej walki życiowej o byt. Wzory stuletnie takiej „opieki rodzinnej (patronage familial)“, godne naśladowania, znajdujemy w kolonjach wiejskich Belgji w Ghel, wieje z nich duch życia rodzinnego, panuje w nich dużo swobody, opieka jest tańsza od przytułkowej, łatwiej się daje wyzyskać praca i indywidualność osobnika, dobroczynny jest wpływ zdrowego otoczenia, kobiet i dzieci, zamiast psychopatów w domu lub zakładzie leczniczym. Jasna rzecz, że dzieci psychopatyczne, przebywające miesiące, a nawet lata całe na tej kolonii wychowawczej, pozostają nadal pod dozorem tych władz pedagogiczno-leczniczych, które je skierowały w stronę patronage familial, lub też pod dozorem odnośnego stowarzyszenia opiekunczego.

Bardziej radykalne są wskazania zapobiegawcze i lecznicze u ciężkich i nieuleczalnych młodzieńców psychopatycznych. Ta kategoria umysłowo zacofanych i moralnie upośledzonych musi być przymusowo usunięta z życia społecznego, i musi też być zagwarantowana jej bezpłodność, aby uchronić państwo od niepożądanego potomstwa psychopatycznego. Wśród lekarzy i prawników są tacy, którzy żądają ubezwłasnowolnienia i stałego internowania tych osób, a inni głoszą za trzebieeniem, sterylizowaniem ich. O ile co do pierwszej propozycji względem chorych, nie nadających się do żadnej pracy produkcyjnej, nie może być poważnej opozycji, o tyle kwestja trzebieienia, które się przyjęło w pewnych kantonach szwajcarskich i stanach północno-amerykańskich, natrafiła w pewnych sferach na poważny opór.

Nie zawsze znajdzie się zgoda chorego lub rodziny na zabieg chirurgiczny, który jako środek eugenetyczny dla poprawienia rasy byłby może wskazany, ale jako leczniczy nieraz zawodzi i nie zawsze jest bezpieczny. Zresztą, dyskutując ze stanowiska przyrodniczego, nie zawsze potrafimy przy obecnym stanie nauki oddzielać t. zw. właściwości charakteru „dominante“ od „recessive“, przewidzieć, co się u danego osobnika dziedziczyć będzie według typu mendelizmu, i co się odeń uchylać będzie, jaki przy danym „fenotypie“ odziedziczy się „genotyp“ i t. p.

Pamiętać należy, że internowanie w zamkniętym zakładzie naogół wystarcza do zapobiegania rozplodzeniu lub wstąpieniu w związki małżeńskie. Kto zdaje sobie sprawę z tego, że młody psychopata zazwyczaj sobie dobiera za towarzyszkę życia osobę neuro- lub psychopatyczną, ten wie doskonale, że pokolenie ma poważne szanse składania się z alkoholików, prostytutek, wagabundów, przestępców nałogowych i t. p. Wystarczy przypomnieć sobie obliczenie pewnego uczonego, który prześledził dokładnie na zasadzie dokumentów urzędowych i metryk policyjnych potomstwo, powstałe z głośnej w końcu 18-go stulecia psychopatycznej pary małżeńskiej, aby się przekonać, że internowanie i przymusowe zapobieganie małżeństwu jest w tych razach *conditio sine qua non*: potomstwo słynnego tego stada psychopatów składało się w 5-ciu następnych pokoleniach przeważnie z alkoholików, półglówków, idjotów, złodziei, prostytutek i podpalaczy, którzy w przytułkach, szpitalach, zakładach wychowawczych, sądach i więzieniach narażali państwo na miljonowe wydatki, których dałoby się bez wątpienia uniknąć, gdyby się przed stu laty te rodzicielską parę poddało przymusowemu internowaniu i celibatowi.

Mamy przed sobą problemat społeczny, pozornie drobny, ale dla wtajemniczonego bliżej w tę sprawę lekarza i pedagoga nader doniosły i wielkiej wagi państwowej.

Literatura zagraniczna tego przedmiotu jest tak olbrzymia, a i piśmiennictwo nasze z trzech dawnych zaborów jest

tak obfite, że nie robię nawet usiłowań przytoczenia go w tem miejscu, cytując jedynie kilka własnych demonstracyj i prac z tej dziedziny, w których czytelnik znajdzie bliższe wskazówki odnośnie, dotyczące dzieci neuro- i psychopatycznych.

Moral insanity. Sekcja Neurolog. Tow. Lek. 18.I. 1908. Zboczenie rozwojowe a perversitas sexualis. Sekcja Neurol. Tow. Lek. 19.III. 1909.

Trzy przypadki moral insanity (jeden poszkarlatynowy, dwa rodzinne samoistne). Sekcja Neurol. Tow. Lek. 16.IV. 1909.

Klasyfikacja idjotyzmu. Gaz. Lek. 1909. Deut. Zeitschrift f. Nervenheilkunde I. 39.

Higjena szkolna na międzynarodowej wystawie higienicznej w Dreźnie, Zdrowie 1—2. 1911.

Sprawa wskazań do sztucznego poronienia i trzebieńia w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych ze stanowiska lekarskiego, społecznego i eugenetycznego. Gaz. Lek. 35. 1919. i Zjazd w sprawie walki ze zwyrodnieniem rasy 1920.

Późne okresy encephalitis lethargicae. Sekcja Neurol. 18.IX. 1920. Tow. Lek. 8.VII. 1920.

Klinik der selteneren frühinfantilen erworbenen Demenzformen. Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psych. T. 88. 1924.

Dwa rzadkie przypadki psychiczne pośpiączkowe u dzieci. Tow. Lek. 9.V. 1920.

Jak rodzice i nauczyciele rozpoznawać mogą niedorozwój umysłowy u dzieci. Zdrowie 2. 1903.

Die Pathologie der hereditären Nervenkrankheiten. Neurol. Zentralblt. 1909.

W sprawie Narodowego Komitetu Opieki nad matką i dzieckiem.

podał

Dr. med. M. GROMSKI (Warszawa).

Asystent kliniki dziecięcej Uniwersytetu Warszawskiego.

Względy natury humanitarnej, państwowej i ekonomicznej nakładają na kulturalną ludzkość obowiązek dbania o zachowanie przy życiu możliwie największej liczby rodzących się dzieci. Mimo jednak wszystkie powyższe względy już w samem dziecku, jako takiemu, tkwi słuszne prawo do życia. Paragraf 1-szy niemieckiego prawa cywilnego uwzględnił powyższe twierdzenie, głosi bowiem, że „wraz z ukończeniem porodu nowonarodzony człowiek staje się jednostką prawną“.

Stąd wynika prawo do życia, a co za tem idzie, obowiązek tych, którzy dali je dziecku, a więc rodziców, lub tych, którzy z życia tego korzystać mogą, więc społeczeństwa i państwa, dbać o nie, dbać o jego rozwój prawidłowy, o jego zdrowie fizyczne i moralne.

Jeżeli przejrzymy statystykę śmiertelności niemowląt rozmaitych krajów europejskich, amerykańskich i australijskich, stwierdzimy w nich znaczne bardzo różnice. Przekonamy się, iż np. śmiertelność ta w Rosji (1901—1910) wynosiła 27,0%, w Szwecji 9,2%, w Norwegii 8,1%, w N.-Zelandji (1920) 4,8%. Liczby te uczą nas, że kraje więcej kulturalne, posiadające coraz lepszą organizację higieniczno-społeczną, wykazują mniejszy odsetek śmiertelności, aniżeli te kraje, które pod tym ostatnim względem stoją od nich niżej.

Jeżeli przyjrzymy się liczbom, dotyczącym śmiertelności dzieci w 1-szym roku życia na wsiach i w mieście, to i tu widzimy, dzięki lepszym warunkom higienicznym, znacznie mniejszy odsetek śmiertelności na wsi, aniżeli w miastach.

Przeglądając dalej dane statystyczne, stwierdzimy kolosalne różnice w wysokości śmiertelności dzieci ślubnych i nieślubnych (na niekorzyść tych ostatnich) i dzieci, karmionych sztucznie i naturalnie.

Wszystkie powyższe dane stwierdzają niezbicie, że poziom kulturalny danego kraju znajduje swe odbicie w wysokości stopy śmiertelności dziecka, że stopa ta obniża się tam, gdzie ów poziom idzie w górę, że, zatem, pierwszym zadaniem opieki nad dzieckiem jest praca nad podniesieniem kulturalnem całego kraju, całego narodu, że to wszystko, cokolwiek czyni się w celu podniesienia tej kultury, jest zawsze krokiem naprzód ku obniżeniu śmiertelności dzieci. Porówna-

nie miasta i wsi uczy nas, że wpajanie zasad życia higienicznego, bo warunki życia na wsi są pod tym względem znacznie lepsze, do tego samego celu prowadzi.

Opieka, jaką otacza pod każdym względem matka swoje dziecko, opieka, polegająca na odwracaniu odeń wszelkich czynników złych i na dostarczeniu mu warunków życia możliwie jaknajlepszych, doskonale odzwierciedla się w odsetkach śmiertelności niemowląt ślubnych i nieślubnych, dzieci karmionych piersią i z flaszki.

Wiadomem jest wreszcie, jak wielki wpływ na wysokość śmiertelności dzieci, a w szczególności na śmiertelność niemowląt, wywierają warunki materialne rodziców.

Powyższe dane stały się kamieniem węgielnym, na którym narody rozbudowują obecnie gmach opieki społecznej nad dzieckiem.

W przeciwieństwie do opieki nad dzieckiem wogóle, której zadania są natury higienicznej, materialnej i pedagogicznej, opieka nad niemowlętami sprowadza się, odpowiednio do ubożego rozwoju w tej epoce życia, do kwestji rozwoju cielesnego i utrzymania niemowlęcia przy życiu.

Tworzenie opieki nad dzieckiem w pierwszym rzędzie należy do państwa. Do atrybucji czynników rządowych należy troska o poprawę warunków materialnych ludzi pracujących, o otoczenie opieką dziecka nieślubnego, sieroty, zaniedbanego, krzywdzonego lub wręcz opuszczonego, o stworzenie warunków możliwie najbardziej higienicznych wszędzie tam, gdzie to dziecko z potrzeby przebywa: a więc o sanację naszych stosunków mieszkaniowych wśród niezamożnych, o higienę szkół, o instytucje szpitalnictwa dziecięcego i t. d.

Społeczeństwo i jednostkom pozostaje praca, której wyniki mogą być kolosalne, a której państwo zawsze skrzętnie poszukiwać i którą popierać będzie: praca nad szerzeniem zasad higieny, nad roztoczeniem opieki nad dzieckiem głodnym, nieubranym, chorowitem lub obciążonym cierpieniami przewlekłymi, jak gruźlica, krzywica i t. p.

Pomoc społeczeństwa pod tym względem jest dla rządu narodowego nieoceniona. Rząd daje inicjatywę, daje legislaturę, daje częściowo fundusze, z rozmaitych jednak względów wykonawstwo całej opieki przekazuje w ręce społeczeństwa: samorządów i instytucji, których zadaniem jest koordynowanie całej organizacji opieki, — dopomaganie do jej rozwoju, kontrola nad jej wykonywaniem i t. d. Wszystkie te czynności spadają z barków rządu, który nadaje tylko właściwy kierunek ogólny i pozostawia sobie ostateczną kontrolę.

Nowoczesne ustawodawstwo dziecięce, obejmujące całość opieki nad dzieckiem, streszcza się w następujących głównych punktach:

1) Życie dziecka (poronienie, porzucenie i podrzucenie, dzieciobójstwo).

2) Stan cywilny dziecka (urodzenie, stan cywilny, uznanie dzieci nieślubnych, uprawnienie dzieci nieślubnych, adopcja).

3) Władza ojcowska (prawa i obowiązki rodziców, usamodzielnienie z pod władzy ojcowskiej, wygaśnięcie władzy ojcowskiej).

4) Opieka (organizacja opieki, usamodzielnienie z pod opieki).

5) Udział opieki publicznej i prywatnej w pomocy dla dzieci (dzieci znalezione i porzucone, schroniska).

6) Pomoc rodzinom licznym.

7) Życie fizyczne i zdrowie dziecka (przed rozwiązaniem, niemowlęctwo, higiena szkolna, dzieci słabowite, kolonje).

8) Wykształcenie umysłowe i zawodowe.

9) Gospodarczo życie dziecka:

10) Moralne życie dziecka (sądy dla nieletnich, inne zarządzenia w celu ochrony dzieci, oddanych pod sąd, instytucje dobroczynne i poprawcze dla dzieci, występkę przeciw obyczajności dzieci i nadużywanie ich słabości, ochrona dzieci przed niebezpieczeństwami kinematografu).

Jeżeli zastanowimy się nad treścią ustawodawstwa, jeżeli wrkniemy w jego istotę, jeżeli wreszcie uprzytomnimy sobie to wszechstronne ujęcie przez nie całokształtu życia dziecka, nasunie się samo przez się pytanie, na czyich barkach spocznie całe jego wykonawstwo, nadzór i kontrola, koordynacja i pomoc we wprowadzaniu go w życie.

Zrozumiała to Ameryka, zrozumiała większość kulturalnych państw europejskich.

Wszystkie siły społeczne, zaangażowane w tworzeniu

opieki nad dzieckiem, zestrzeliły się w Stanach w jedną potężną organizację „National Child Health Association“, w Belgji — w znakomite funkcjonującą instytucję „L'Oeuvre nationale de l'enfance“.

Artykuł 2-gi Ustawy „L'Oeuvre nationale de l'enfance“ określa jej zadania w sposób następujący: „Instytucja ma za zadanie organizowanie w państwie opieki nad dzieckiem, zachęcanie w tym kierunku społeczeństwa, roztoczenie pieczy nad szerzeniem i stosowaniem zasad i metod naukowych higieny dziecka bądź w rodzinie, bądź w instytucjach wychowawczych i opiekuńczych — prywatnych i publicznych; wykonywanie kontroli administracyjnej i lekarskiej nad tą działalnością“.

Komitety narodowe opieki nad dzieckiem ześrodkowały w sobie wszystkie najlepsze i najgruntowniej przygotowane w zakresie tworzenia powyższej opieki siły społeczne. W wysokim stopniu ułatwiły pracę rządowi i samorządom gminnym, uporządkowały ją, ujednolityły jej metody, wzięły wreszcie na siebie inicjatywę organizacyjną i dozór nad prawidłowym wykonawstwem.

Polska w okresie tworzenia swej własnej opieki nad dzieckiem nie powinna pozostać w tyle. Dotychczasowe doświadczenie uczy nas, że praca, rozstrzelona między poszczególne towarzystwa, nawet pojedynczych nieraz ludzi, — praca nieskoordynowana, niezależna od pewnych, jednakowych dla wszystkich zasad, nie posiadająca jednolitego programu, wręcz wylazająca się z pod fachowej kontroli, że praca tego rodzaju staje się już anachronizmem. Była ona celowa i pożyteczna w okresie naszej niewoli, kiedy sami nie posiadaliśmy prawa do zbiorowej inicjatywy, kiedy każda najdrobniejsza nawet placówka, działająca na własną rękę, była nam pożyteczna. Nie możemy jednak zapomnieć, że czasy się zmieniają, że powstające z biegiem czasu nowe potrzeby, nowe zagadnienia, coraz szersze i potężniejsze, wymagają zmiany systemu i metody.

W chwili obecnej, poza kilku większymi towarzystwami, i kilku drobniejszymi, opieka otwarta nad niemowlęciem skoncentrowana została w wydziale Higieniczno-Lekarskim Polsko Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom. W 1923 r. przez instytucję, zarejestrowaną w Komitecie, przeszło 45 tys. dzieci w wieku od 0 do 36 miesięcy. Zadaniem wydziału Hig. Lek. P. A. K. P. D. jest organizacja opieki nad matką i dzieckiem, Fundusze, dzięki którym instytucja może zapewnić byt w całości lub częściowo 85 stacjom opieki nad niemowlętami, utrzymywać 76 wykwalifikowanych pielęgniarek stacyjnych, opłacać w wielu wypadkach personel lekarski, dostarczać do instytucji bielizny, mydła, smoczków, środków lekarskich, flaszek do mleka i t. p., fundusze te pochodzą z całosci z Ameryki: są darem Czerwonego Krzyża Amerykańskiego.

Niestety, wystarczy ich jeszcze tylko na trzy lata! Powstaje pytanie, co będzie dalej. Powstaje poważna kwestja egzystencji większości powyższych instytucji.

Sprawa stworzenia Narodowego Komitetu Opieki nad Dzieckiem w Polsce staje się palącą. Inicjatywę w tym kierunku dało w roku ubiegłym Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Przygotowano projekt ustawy, powołujący do życia „Narodowy Komitet Ochrony Macierzyństwa i Opieki nad Dzieckiem“, nakreślono również „Projekt ustawy o ochronie macierzyństwa i walce ze śmiertelnością dzieci“. Likwidacja Ministerstwa przerwała czasowo wszelką w tym kierunku inicjatywę. Należy jednak sądzić, że wydział opieki nad dzieckiem Ministerstwa Opieki Społecznej nie omieszka w jaknajkrótszym czasie sprawę powyższą wszczać nanowo. Fundusze, jakimi w chwili obecnej rozporządza wydział Higieniczno-Lekarski Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom, stałyby się tem źródłem, które dałoby początek przyszłemu oceanowi poczyniań i tworzeń.

Współdziałanie wojska ze społeczeństwem na niwie wychowania fizycznego młodzieży.

napisał

Podpułkownik dr. Wł. OSMOLSKI (Warszawa).

Coraz powszechniejsze uznanie zdobywa sobie prawda, że rola społeczna wychowania fizycznego wiąże się ściśle z zagadnieniami higieny społecznej.

I dlatego tem bardziej uderza fakt, że w pracach, podejmowanych w różnych środowiskach na rzecz wychowania fizycznego, udział lekarzy jest zbyt skromny. Wygląda na to, że zainteresowania naszych kolegów z trudem opuszczają zakres spraw terapeutycznych i sanitarnych. W pracy znakomitego fizjologa, niedawno ogłoszonej, która omawiała profilaktykę społeczną gruźlicy, nie wspomniano ani jednym słowem o roli, jaką mogą odegrać racjonalne ćwiczenia ruchowe w uodparnianiu organizmów przeciw gruźlicy...

Dobrze zatem, że wśród olbrzymiej liczby referatów, zgłoszonych na wielki zjazd jubileuszowy Towarzystwa Higienicznego, znalazły się choć dwa, poświęcone sprawie wychowania fizycznego, przyczem jeden z referatów oświecił środowisko szkolne, drugi środowisko wojskowe.

Gdy zaś ten drugi temat do mnie należy, — postaram się pokrótce przedstawić rzecz z tego punktu widzenia, który dla higienistów jest najważniejszy. Mianowicie, w jakiej mierze wojsko współdziała ze społeczeństwem na polu wychowania fizycznego młodzieży, i przeto jaki stąd płynie pożytek dla higieny społecznej. Oczywiście, wszystko to, co w wojsku zarządza się i wykonywa w imię higieny — to ma przede wszystkim na celu utrzymanie zdrowia i tężyzny w wojsku samem.

Polityka sanitarna wojska wykracza stale poza obręb kószar, wiążąc lekarzy wojskowych we wspólnej trosce o higienę terenu i ludności z lekarzami cywilnymi, a władze wojskowe we wspólnej akcji z władzami administracyjnymi.

Wojsko we własnym swym interesie udziela bacznej uwagi sprawie wychowania fizycznego, gdyż uważa je za podstawę wyszkolenia żołnierzy. I tu opinia higienistów ma prawo do interesowania się, czy metody wychowawcze w wojsku są tego rodzaju, że nie zrujnują zdrowia synów narodu, oddawanych na dwuletnią służbę wojskową, a następnie, jeżeli upewnimy się, że z punktu widzenia higieny młodzieży w wojsku nie dzieje się krzywda — to zapytamy, czy można rachować na korzyści społeczno-higieniczne.

Chcąc odpowiedzieć na te pytania, musimy wiedzieć, jak władze wojskowe patrzą na wychowanie fizyczne młodzieży wojskowej.

Wyżej powiedziano, że uznano je za podstawę wyrobienia żołnierskiego. Faktem zaś jest, że obecnie (i stan ten jeszcze szereg lat trwać będzie) rekruci są naogół ludźmi, nie wychowanymi fizycznie, a do jakiego stopnia, na to mamy dowody cyfrowe, które dają pomiary antropometryczne, przedstawiające w żalosnem świetle pojemność i ruchliwość klatki piersiowej.

Braki wychowania fizycznego wyrażają się nie tylko pod względem anatomicznym, jako znamiona niedorozwoju, ale też pod względem nerwowym — jako nieruchliwość, niezdarność i nieopanowanie neuromuskularne — wreszcie pod względem psychicznym — jako brak spostrzegawczości i energii.

Z temi wszystkimi wadami żołnierza, które na wojnie nie tylko utrudniają mu wykonanie zadania, ale często są przyczyną śmierci lub okaleczeń, sprowadzających chorobę oraz invalidność, wychowanie fizyczne pora się z wielkiem powodzeniem, jeżeli znajduje się w rękach ludzi rzeczy świadomych, jeżeli jest uregulowane dobrmi instrukcjami.

Regulaminy wojskowe nakazują po pierwsze: codzienne ćwiczenia gimnastyczne dla wszystkich żołnierzy; ćwiczenia te odpadają, o ile tego dnia są forsowniejsze ćwiczenia polowe. Lekcja gimnastyki trwa 45 do 60 minut;

po drugie: dwa razy w tygodniu osobne godziny na gry i zabawy ruchowe;

po trzecie: dwa razy na rok wewnątrz pułku zawody gimnastyczno-sportowe;

po czwarte: doroczny konkurs sprawności fizycznej w kompaniach; w konkursie tym oddziały wykazują się przeciętną sprawnością w ćwiczeniach, jak: bieg, skok, rzut, wspinanie się po linie;

po piąte: badanie lekarskie z pomiarami antropometrycznymi i próba sprawności fizycznej odbywają się co 3 miesiące. Każdy żołnierz ma swoją kartę sprawności fizycznej, do której wpisuje się dane badań, pomiarów i prób.

Regulaminy wspomniane podkreślają, że celem, do którego dąży wojskowe wychowanie fizyczne, jest:

1) przy pomocy ćwiczeń metodycznych osiągnąć pełnię sprawności fizycznej żołnierzy, przystosować ich organizmy do czynności wojskowych;

2) przez uprawianie gier ruchowych i ćwiczeń spor-

towych rozbudzić bystrość umysłu, sprawność nerwową, zręczność i tężyznę;

3) przez praktykowanie sportów rozwijać zalety moralne, zaszczerpić ducha współzawodnictwa w ćwiczeniach i czynnościach wojskowych, przez karność boiska przygotowywać karność pola bitwy.

Realizacja tego planu opiera się:

1) na regulaminie wychowania fizycznego, wydanym w r. 1921, który za podstawę gimnastyki wojskowej przyjął fizjologiczny system szwedzki i położył wielki nacisk na rolę lekarską oddziału w wychowaniu żołnierzy. Tu zaznaczyć jednak trzeba, że większość lekarzy wojskowych jeszcze nie wykorzystuje w całej pełni prawa, które im przyznał regulamin, wpływania na tok wychowania fizycznego. Wypływa to oczywiście z nieznaności rzeczy. Stan ten ulega poprawie z każdym rokiem, idąc w parze z uwojskowaniem oficerów służby zdrowia;

2) na roli całego korpusu oficerskiego, który jest często pobudzany i oświecany w tym kierunku przez rozkazy, instrukcje i wykłady informacyjne;

3) na oświadczeniu i przygotowaniu korpusu podoficerskiego. We wszystkich szkołach oficerskich i podoficerskich wprowadzono wykłady i ćwiczenia praktyczne z wych. Wysłunięto dezyderat, aby w przyszłości każdy oficer umiał być instruktorem w. f. w swym oddziale. Co do podoficerów, to program szkół podoficerskich zdąża do tego, aby kandydat:

umiał wykonywać poprawnie ćwiczenia regulaminowe oraz potrafił ocenić wykonanie ich przez innych;
umiał prowadzić lekcję gimnastyki na podstawie programów, układanych przez oficera;
umiał trenować w lekkiej atletyce, pływaniu i boksie;
umiał dyrygować zabawami i grami ruchowymi;
umiał sędziować w piłce nożnej i zaprawiać do tej gry;
umiał objaśnić wartość ćwiczeń poszczególnych;
umiał uniknąć przemęczenia oraz innych niebezpieczeństw, wynikających z nieumiejętnego prowadzenia ćwiczeń.

Prócz starań, podjętych około oświadczenia ogółu oficerów i podoficerów o pożytku i właściwościach ćwiczeń ruchowych, prowadzi się specjalizację ich w tej dziedzinie w Centralnej Wojskowej Szkole Gimnastyki i Sportów.

Szkola ta ma kursy oficerskie i podoficerskie.

Oficerskie są: niższe i wyższe. Kurs niższy trwa 4 miesiące, przygotowuje oficerów instruktorów pułkowych w. f. Kurs wyższy trwa rok. Jego absolwenci obejmują kierownictwo w. f. w szkołach wojskowych, stanowiska referentów wychowania fizycznego przy dowództwach wyższych (korpusów, dywizyj) i są przydzielani do obozów letnich dla młodzieży w charakterze instruktorów ćwiczeń ruchowych. Kursy powyższe ukończyło już paruset oficerów, w tej liczbie kilkunastu lekarzy.

Kursy podoficerskie dzielą się na gimnastyczne i szermiercze. Pierwsze trwają 6 miesięcy, drugie rok i dwa lata.

Warto zaznaczyć, że Centralna Wojskowa Szkoła Gimnastyki i Sportów obok komendanta posiada dyrektora nauk, którym jest profesor uniw. poznańskiego dr. Piasecki.

Personel szkoły jest wysyłany zagranicę na studja. Na wiosnę r. b. wyjechali do Francji i Danii w celu studjów komendant szkoły, podpułkownik Sikorski, i lekarz szkoły major Missiuro.

Dane powyższe obrazują wysiłki, podjęte przez wojsko w celu podniesienia dydaktyki w. f. na poziom naukowy.

Pod względem organizacyjnym warto podać, że w Sztabie Generalnym istnieje specjalny wydział wychowania fizycznego, na którego czele stał w ciągu ubiegłych trzech lat wyższy oficer — lekarz.

Budżet tego wydziału zawiera kredyty na urządzenie zawodów sportowych w wojsku, na zakup przyborów sportowych dla oddziałów, na budowę boisk, na wydawnictwa sportowe i t. p.

Według istniejącego planu całe wojsko zaopatrzone będzie w ciągu paru lat w kostjumy gimnastyczno-sportowe. Dziś już każdy prawie pułk posiada własne boisko sportowe, które chętnie oddaje do użytkowania szkołom i klubom cywilnym.

Specjalne instrukcje polecają dowódcom dopomagać w tym względzie organizacjom cywilnym przez uczęszczanie instruktorów i terenów.

Pod względem wydawnictw wojsko jest jedyną dzisiaj instytucją, zasilającą, a właściwie tworzącą polską literaturę sportową. Wydano szereg podręczników dla wszystkich już niemal gałęzi sportu. Co rok wydział W. F. wydaje Rocznik, obrazujący to, co wojsko robi dla wychowania fizycznego. Przez grono wojskowych jest też wydawane czasopismo „Stadion”, które zdobyło sobie reputację najpoważniejszego czasopisma sportowego w Polsce.

Wydział rozpisuje co rok plan zawodów sportowych o mistrzostwa wojskowe w piłce nożnej, narciarstwie, pływaniu, strzelaniu, hípice i t. d.

Osobne słowo należy się akcji przysposobienia wojskowego. Higienistów musi tu zainteresować przedewszystkiem fakt, że za rzecz główną w przysposobieniu wojskowem uznano wychowanie fizyczne. To też obozy letnie, urządzone przez władze wojskowe, są wielkimi ogniskami zdrowia i tężyzny cielesnej, przyczyniając się waleń do odrabiania smutnych zaległości przedwojennych i wojennych.

Na podstawie powyższego szkicu nietrudno chyba przejść do wniosku, że rola wojska na polu wychowania fizycznego promieniuje daleko poza wojsko. Żołnierz, który opuści szeregi i wróci do rodzinnego miasta lub wsi, przyniesie tam zamiłowanie do zdrowej rozrywki, zamiast przynosić zarazki weneryczne lub skłonność do pijaństwa. Często przyniesie też umiejętność organizowania i prowadzenia ćwiczeń ruchowych. Oficerowie poza tem, co winni są wojsku, już dziś pracują w najrozmaitszych zrzeszeniach i środowiskach cywilnych, jako nauczyciele sportu, wyposażeni w wiedzę wychowania fizycznego.

Wychowanie fizyczne, prowadzone przez wojskowych rozumnie i ze znajomością rzeczy, tem większy i tem lepszy wywrze wpływ na młode charaktery, że odbywa się w atmosferze, stawiającej na pierwszym planie służbę ojczyźnie.

Przed wychowaniem fizycznym leżą tak wielkie odłogi, że niema mowy, aby się rychło z niemi uporać mogły urzędy wychowawcze i organizacje społeczne. Współdziałanie w tym względzie wojska ze społeczeństwem posiada doniosłość pierwszorzędną dla rasy, stanowi naturalną funkcję społeczną i zadanie pokojowe armji narodowej.

Higjena Pracy.

napisał

Dr. Józef ZIELIŃSKI (Warszawa).

Wszędzie — w Europie, Ameryce i Australji — higjena pracy jest najbardziej zaniedbaną ze wszystkich gałęzi higieny. Lekarze, publiczność i rządy dawno już zrozumiały konieczność zdrowotności miast i wsi: czystości, kanalizacji, wodociągów, zwróciły boczna uwagę na higjenę szkoły, na zwalczanie alkoholizmu, gruźlicy, chorób wenerycznych, na sport. Dopiero jednak po wojnie wszechświatowej, po założeniu Sekcji higieny zawodowej przy Międzynarodowym Biurze Pracy w Genewie, sprawa higieny pracy zaczęła być traktowana wielce poważnie i naukowo.

Wprawdzie w niektórych krajach, jak np. we Włoszech, w Belgji, jeszcze przed wojną urządzono specjalne kliniki dla chorób zawodowych, pracownie, odczyty, zjazdy, wystawy, drukowano książki, broszury, wydawano odnośne rozporządzenia i prawa, zorganizowano lekarską inspekcję pracy, lecz było to dziełem nielicznych, zapalonych, energicznych jednostek, zjawiskiem wyjątkowym, efemerycznym, nie zaś owocem uświadczenia sporej garści ludności, nie nosiło cech dzisiejszego rozmachu i pogłębienia.

Higjena pracy, zwłaszcza najemnej, jest tak ściśle związana z ustrojem społecznym, zahacza tyle interesów sprzecznych pracodawców i pracowników, że zrozumiałem jest, iż musi napotykać ze wszech stron wiele trudności, i mogła być nareszcie ruszona z punktu martwego tylko w chwili rozpędu wyzwolenieczego, ogólnego dążenia do zaspokojenia potrzeb i szczęścia ludu.

Gdy jednak raz ruszyła z miejsca, nic jej już nie powstrzyma. Wywalczyła sobie zagranicą poczesne miejsce, zakreśla coraz szersze kręgi, pogłębia swe zadania, czyni coraz większe postępy.

Dziś higienista pracy nie zadawała się wentylatorem w pracowni, myciem rąk, czystym ustępem. Bada on wszystkimi sposobami samą metodę, istotę pracy, jej wpływ na stan fizyczny i umysłowy pracownika, określa jego zdolności

i odporność organizmu, dobiera mu fach, zaznacza niezbędne warunki higieniczne, — staje się doradcą i przewodnikiem higienicznym, jak pracodawców, tak i pracowników.

Nowoczesny higienista ma dzisiaj pojęcie inne o pracy, niż dawniej. Praca nie jest, nie może i nie powinna być ciężarem, karą, katorgą dla człowieka, lecz wyładowaniem w miarę możliwości jego sił fizycznych i umysłowych, ukojeniem jego organizmu, wrzuceniem życia, źródłem dlań radości, rozkoszy i szczęścia.

Mając tak szerokie i szczerne pojęcie o pracy, higienista dzisiejszy pragnie poznać wszystkie metody, warunki, tajniki pracy, by ją ułatwić, unieszkodliwić, opromienić. Wierzy on bowiem, że higiena pracy może rozwiązać pokojowo palącą kwestję socjalną.

Przedewszystkiem wysunęła się na plan pierwszy organizacja pracy — taylorizm. Kwestja organizacji i regulacji pracy jest pierwszorzędną wagą Ameryka, a w ślad za nią Europa od kilkunastu lat, przed wojną jeszcze, usiłuje sprawę tę postawić i rozwiązać na drodze empirycznej i eksperymentalnej. Fizjologowie, psychologowie, higieniści od XIII-go Międzynarodowego Kongresu Higjony i Demografji w 1903 r. starają się ją skierować na grunt naukowy i zgłębić problemat pracy ludzkiej i jej zastosowań.

Zrozumiałem jest, że należy starać się wszystkimi siłami o zwiększenie wydajności pracy, która od czasu wojny znacznie się zmniejszyła. Nie mniej jednak ważnem jest, ażeby zwiększenie produktywności, ażeby jakoby naukowa organizacja pracy — taylorizm — nie narażała na szkodę zdrowia pracowników.

Bezwątpienia taylorizm nawet w starej szacie ma strony dodatnie, jak dążenie do zastąpienia, o ile tylko można, pracy ręcznej maszyną, zniesienie zbędnych ruchów, wybieranie do ciężkich prac ludzi silnych i zupełnie zdrowych. Z punktu jednak higienicznego taylorizm przedstawia także wiele ujemne strony: praca bez wytchnienia, żmudna, monotonna; człowiek pracujący staje się maszyną, automatem; ciągła bezustanna kontrola wprowadza go w stan nadzwyczajnego zdenerwowania; pracownicy, robiąc wysiłek nadludzki, wszystkimi siłami starają się dorównać w pracy typowi, wybranemu za wzór największej siły, sprawności i wydajności.

Naukowa więc organizacja pracy, taylorizm, w pierwotnej formie nie może być stosowana ani w fabryce, ani w warsztacie, ani w handlu, ani też w biurze. Musi ona uwzględnić higienę pracy, która powinna być różnorodna, przyjemna, z odpoczynkami, odpowiadać siłom i upodobaniu pracownika.

Higienista nie może zapominać, że w zagadnieniu produktywności rozważane być powinny dwa zjawiska: wydajność i znużenie. Problem wydajności nie może być rozpatrywany wyłącznie z mechanicznego punktu widzenia. Czynnikiem, regulującym wydatkowanie energii, jest uczucie znużenia — czynnikiem natury psychicznej.

Na podstawie ścisłych badań i doświadczeń można wyprowadzić ogólne prawo, że znużenie wzrasta szybciej od pracy. Można więc łatwo zrozumieć zgubne skutki znużenia, gdy praca przekracza granice fizjologiczne lub psychologiczne, gdy połączona jest z wysiłkiem nadmiernym i wzrastającym. Praca taka prowadzi do wycieńczenia, do wyniszczenia, a przez osłabienie organizmu czyni go podatnym do wielu chorób, wśród których pierwsze miejsce zajmuje gruźlica i neurastenia.

Każdy higienista musi być zasadniczo zwolennikiem naukowej organizacji pracy, gdyż dąży ona do zastąpienia uciążliwej lub szkodliwej pracy człowieka przez maszynę, do unormowania ruchów przy pracy. On też pragnie podnieść intensywność pracy, jej produkcję, lecz przez zastosowanie jak-najbardziej udoskonalonych maszyn, umiejętny rozkład zajęć, odpoczniki należyte, przerwy i zmiany w zatrudnieniu.

Naukowa organizacja pracy, taylorizm, skoordynowana ściśle z higieną pracy, może oddać wielkie usługi. W duchu tak zrozumiałego neotaylorizmu pracują dziś zagranicą całe falangi uczonych.

Jako uzupełnienie taylorizmu, uważa się obecnie orientację zawodową — dobór pracy. W 1907 r. na XIV Kongresie Międzynarodowym Higjony i Demografji w Berlinie znany higienista dr. Roth w swym referacie o przeciążeniu zawodowem śmiało zaznaczył, że każdy robotnik powinien pracować w zawodzie, odpowiadającym jego właściwościom osobistym.

Od tego czasu obok sprawy organizacji naukowej pracy

wysuwa się druga, nie mniej ważna kwestja — orientacji zawodowej. Sprawę tę Taylor i jego wielcy adepci, Gilbreth i Thomson, w cieniu zostawili. Dla nich bowiem selekcja jest poniekąd rzeczą negatywną, gdyż wyłączali osobników niezdolnych.

Orientacja zawodowa rozbudziła po wojnie ogromne zainteresowanie, jak w Europie, tak i Ameryce. Zajął się nią cały szereg bardzo poważnych uczonych i badaczy: Münsterberg, Stern, Lipmann, Bernay, Link, Piórkowski, Amar, Fontégne, Solari, Toulouse, Lahy, Jotejko, Cloporede i wielu innych. We wszystkich ważniejszych miastach: w Paryżu, w Bordeaux, w Strasburgu, w Londynie, w Cambridge, w Bostonie, w New-Yorku, w Rzymie, Medjolanie, w Madrycie, w Barcelonie, w Brukseli, w Amsterdamie, w Genewie, w Zurichu, w Pradze, w Warszawie nawet, wprowadzie przy patronacie młodzieży chrześcijańskiej, założono pracownie psychologiczne, instytuty lub gabinety orientacji zawodowej. Zagraniczna literatura odpowiednia jest nader bogata, prócz książek i broszur wydawane są pisma periodyczne. Urządzane są też wykłady systematyczne, kongresy, jak np. II Międzynarodowa Konferencja (w Barcelonie w 1921 r.) psychotechniki, stosowanej do orientacji zawodowej.

Higienista pracy ściśle odróżnia dwa problematy: orientację zawodową — wybór zawodu przez osobnika i selekcję — wybór osobnika do danego zawodu. O ile jest gorącym zwolennikiem pierwszego problemu bez względu na okoliczności, wiek, płeć i inne warunki pracowników, o tyle stanowczo się zastrzega co do selekcji, gdyż pracownicy pośredni, ubiegający się w dorównywaniu wybranemu modelowi doskonałemu, muszą w tym wyścigu ucieleścić na zdrowiu.

We Francji, w Szwajcarii, w Niemczech, w Ameryce już są ułożone racjonalnie i pedagogicznie wymagania fizjologiczno-psychologiczne dla różnych fachów, jak np. telefonistek, lotników i t. p., oraz spisy fachów odpowiednich dla słabych na wzrok lub słuch, dla nerwowych i t. p. Dokładnie też są opisane metody badań lekarskich i psychologicznych, jak również zredagowane są karty lekarskie, świadczące o zdrowiu i uzdolnieniu uczniów, opuszczających szkołę.

Pozorny ten labirynt, odnoszący się do orientacji zawodowej, jest już dziś skarbnicą, z której może czerpać pełną garścią higienista pracy nie tylko z zagranicy, lecz i z Polski.

Jak powiedział wielki pedagog, myśliciel francuski, Buisson, we wstępie do książki Fontégne'a p. t.: Orientacja zawodowa: „Szkoła nie jest stworzona dla szkoły, lecz dla życia“, tak i dzisiejszy higienista pracy powinien powiedzieć: „Praca nie jest jedynie dla zwiększenia produkcji, lecz zarazem dla podniesienia dobrobytu wytwórców, ich zdrowia i szczęścia“.

Neotaylorizm i orientacja zawodowa — to dwie wielkie zdobycze, dwa zwycięstwa nowoczesnej nauki. Przed niemi zarysowują się nowe światy, widnieją przepiękne horoskopy, widąc już zorzę lepszego jutra i większej sprawiedliwości.

Higienista pracy nie może być zaślepiony ich blaskiem, zapomnieć o zasadniczych podstawach zdrowotności pracowni, metod pracy, narzędzi, surowców. Te pewniki, te aksjomaty higjony powinny wejść w krew higjisty i nigdy go nie opuszczać.

Nie można też nigdy zapominać o nadzorze nad higieną pracy. Jest on niezbędny nawet w najbardziej kulturalnych państwach, a w krajach mniej kulturalnych higiena pracy staje się zupełnie iluzoryczną bez dobrze zorganizowanej lekarskiej inspekcji pracy. Wszędzie muszą być kompetentne, należyte przygotowane organy państwowe dla wizytacji i badania zakładów pracy i pracowników, dla czuwania nad przestrzeganiem ustaw i rozporządzeń, dotyczących higjony, dla wydawania zarządzeń w razie spostrzeżenia zaniedbań higienicznych, chorób zawodowych, szkodliwości pracy i t. p.

Bardzo racjonalnie zorganizowana została inspekcja lekarska pracy w Anglii w 1898 r. i dotychczas funkcjonuje nader sprawnie. Na wzór Anglii utworzona została jeszcze przed wojną Inspekcja lekarska pracy w Belgji i udoskonalona w latach powojennych (w 1919—1921). Będąc sekcją Ministerstwa Przemysłu i Pracy, jest niezależną od innych ministerstw i jest organem autonomicznym. W skład lekarskiej Inspekcji pracy w Belgji wchodzi z jednej strony urządowi inspektorzy lekarze pracy, płatni przez rząd (10), a z drugiej strony lekarze prywatni, kontraktowi, wybierani z pośród miejscowe-

go ciała lekarskiego przez Ministra Przemysłu i Pracy t. zw. *médécins agréés*, świadczący (414), płatni za badania i świadczący młodocianym poczęści przez pracodawców. W Belgji lekarska Inspekcja pracy ma pracownię higieniczną, swego chemika, bada systematycznie pracowników, czuwa nad pomocą doraźną i t. p. Może i powinna ona służyć za przykład innym organizującym się państwom, jako administracja najsprawnniejsza i najoszczędniejsza.

Ze wszystkich krajów cywilizowanych w Europie i Ameryce Polska pod względem higieny pracy stoi najniżej. O poziomie tym najlepiej można sądzić na podstawie znikomej liczby wydanych w Polsce książek, pism, broszur, artykułów w przedmiocie higieny pracy, na zasadzie braku zainteresowania się nią, jak wśród elity naukowej polskiej, tak również wśród pracodawców i pracowników polskich.

We wskrzeszonej Rzeczypospolitej Polskiej po wojnie mało się zmieniło w dziedzinie higieny pracy: fabryki, warsztaty, pracownie, biura po dawnemu są ciasne, brudne, źle oświetlone, źle ogrzewane, nieprzewietrzane; narzędzia nieudokonalone i metody pracy przestarzałe; brak lekarskich oględzin pracowników; nieprzygotowanie higienistów lekarzy i inspektorów pracy; niechęć do uświadamiania się pod względem higienicznym; taylorizm i orientacja zawodowa albo całkiem zapoznane albo traktowane, jak w r. 1913, kiedy przetłumaczono na język polski pierwszą książeczkę *Taylor'a* p. t. „Zasady organizacji naukowej zakładów przemysłowych”.

A jednak niepodległa Polska jakoby wyprzedziła inne kraje w powojennym prawoostwie higieniczno-społecznym. Ośmiogodzinna praca dzienna, nawet czterdziestoseściogodzinna tygodniowo z sobotą angielską i z odpoczynkiem obowiązkowym raz na tydzień zastąpiła długi przedwojenny dzień roboczy 11-to i 12-to godzinny. Zniesiono zasadniczo pracę nocną. Dano wszystkim pracownikom coroczne urlopy płatne. Zabroniono przez konstytucję pracować dzieciom niżej lat 15-tu, zmieniono rdzennie warunki życia pracowników rolnych, uchwalono w Sejmie ustawę o pracy kobiet i młodocianych, uchwalono prawo o obowiązkiem zgłaszania zatruc w zakładach przemysłowych oraz wypadków chorób odzwierzęcych (wąglika, nosaczyny), wniesiono na Sejm usta-

wę o chałupnictwie i o inspekcji pracy, opracowano projekt ustawy w przedmiocie zapobiegania chorobom zawodowym i ich zwalczania.

Napozór wielce paradoksalnym się wydaje, że polski robotnik, mieszkający chętnie w wilgotnej suterence, nie sarkający na brak wszelkiej higieny w warsztacie i w fabryce, tak energicznie walczył o postulaty higieny pracy aż do zwycięstwa. Walczyli robotnicy zagranicą i w Polsce o ośmiogodzinny dzień pracy, o płatne urlopy nie z pobudek higienicznych, lecz z pobudek ekonomicznych. Charakterystycznym więc jest, że od chwili wskrzeszenia Polski higiena pracy na papierze, w teorii zajmuje poważne miejsce wśród aspiracji pracowników polskich, że w żadnym innym państwie różnica nie jest tak rażąca między prawodawstwem higieniczno-społecznym przed wojną wszechświatową i po wojnie, — a tymczasem w rzeczywistości, w praktycznym życiu higieny wogóle, a w szczególności higieny pracy jest w Polsce w nader opłakanym stanie.

Dużo przyczyn składało się na ten opłakany stan higieny pracy w Polsce. Kiedyś historyk higieny w Rzeczypospolitej Polskiej zapozna z niemi nowe pokolenia. Dziś należy się cieszyć, że okres tarć i walk już się ukończył, że nastała nowa era — życia i rozwoju.

Kiedy Warszawskie Towarzystwo Higieniczne święci jubileusz swego ćwierćstulecia, higiena pracy nowy swój żywot rozpoczyna, jak Benjamin, poraz pierwszy występuje z referatem z Higieny pracy, a ma go wygłosić profesor Uniwersytetu Wileńskiego dr. *Karaffa-Korbutt*. Ze wszelkich miar pożądanymby było, ażeby na tym zjeździe jubileuszowym Higienistów Polskich zawiazane zostało Towarzystwo Higieny Pracy, pełne zapału, energii i siły. Higiena pracy jest tak rozległa, tak różne obejmuje sfery, tak wielkie wciąż czyni postępy, że konieczne jest silne ogniwo, któreby połączyło higienistów, inżynierów, społeczników, pracodawców i pracowników. Niemożliwem jest rozpraszać swe siły. Niezbędne jest skoordynować wszystkie usiłowania i prace.

Jeżeli powstanie na tegorocznym Zjeździe Higienistów Polskich pierwsze Towarzystwo Higieny Pracy, — najpiękniejszy to będzie pomnik dla Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Odcinek.

O nauczaniu Medycyny Podzwrotnikowej w Anglii.

(Korespondencja z Londynu).

Kolonizacja strefy gorącej przez Państwa Europejskie wymagała ze strony zdobywców krajów podzwrotnikowych zwalczania panujących tam chorób zakaźnych, przeprowadzenia walki, która ze względu na ciężkie warunki klimatyczne oraz na brak wszelkich urządzeń kulturalnych była niekiedy czynem bohaterskim. Przekonano się wkrótce, że trwałość władzy nad koloniami, a również stan ekonomiczny metropolii związane są ściśle z opanowaniem kolonii pod względem sanitarnym; nie szczędzono więc środków materialnych, ani też energii na przeprowadzenie celowej akcji sanitarnej. Okazało się, że choroby podzwrotnikowe są niewyczerpanym źródłem dla badań naukowych, i że dla zużycia tego materiału niezbędni są lekarze, posiadający wykształcenie w dziedzinie medycyny podzwrotnikowej.

Anglia była pierwszym państwem europejskim, które zainicjowało nauczanie medycyny podzwrotnikowej w specjalnie na ten cel przeznaczonej szkole wyższej. Z inicjatywy *Patricka Mansona* — twórcy medycyny podzwrotnikowej, wybitnego badacza, którego prace przyczyniły się do wyświeślenia etjologii i epidemiologii całego szeregu chorób zakaźnych, rozpowszechnionych również w strefie umiarkowanej, powstała w roku 1899 „*London School of Tropical Medicine*”.

Zaczątki szkoły tej sięgają jednak czasów jeszcze odleglejszych, gdy w roku 1830 na jednym z okrętów wojennych, pamiętającym jeszcze bitwy *Nelsona*, urządzono w porcie Greenwich szpital na kilkadziesiąt łóżek, przezna-

czonych wyłącznie dla chorych, powracających z krajów gorących. Ów szpital pływający powstał pod egidą „*Seamens Hospital Society*”, istniejącego, jako patronat Szkoły, do dnia dzisiejszego. Charakter tego szpitala zachowany został w ciągu lat kilkudziesięciu, jedynie nastąpiła później zamiana okrętu na wielki „*Dreadnought*”. Dopiero w roku 1899 powstał stały szpital pawilonowy ze Szkołą w dokach Londyńskich. Obecny gmach 8-io piętrowy „*London School of Tropical Medicine*” znajduje się w dzielnicy uniwersyteckiej i mieści w sobie oprócz właściwej szkoły również szpital. Na dolnych piętrach rozmieszczone są: sala wykładowa, sala do zajęć praktycznych, obliczona na 70 uczestników kursu, biblioteka i czytelnia oraz muzeum patologji, dalej oddziały naukowo-badawcze: entomologiczny (Kierownik prof. *A. Alcock*), helmintologiczny (Kierownik prof. *Leiper*), protozoologiczny (Kier. prof. *J. G. Thomson*) i patologji (Kier. prof. *Newham* — Dyrektor Szkoły).

Program szkoły polega od początku jej istnienia nie tylko na działalności pedagogicznej, lecz i na naukowo-badawczej. Wyniki badań naukowych, dokonanych w ciągu 24 letniego istnienia szkoły, sięgają daleko poza obręb medycyny podzwrotnikowej i posiadają doniosłe znaczenie dla postępu wiedzy lekarskiej.

Już w rok po założeniu Szkoła Londyńska zaczęła świecić swe pierwsze tryumfy. W celu ostatecznego wyświeślenia epidemiologii zimnicy, a mianowicie stwierdzenia faktu, czy komar jest jedynym czynnikiem, przenoszącym zarazek tej choroby, Szkoła Londyńska wysłała w roku 1900 ekspedycję złożoną z *Sambona* i *Lowa*, obecnych profesorów tej szkoły, do jednej z najbardziej malarycznych miejscowości w Europie, mianowicie do Kampanji Rzymskiej. Ci dwaj badacze mieszkali w ciągu lata roku 1900 w domku, specjalnie wybudowanym wśród trzęsawisk, gdzie cała lud-

ność chorowała na zimnicę. Jedyne zabezpieczeniem od ukąszeń komarów były osiatkowane okna i drzwi mieszkania.

Pomimo kilkumiesięcznego pobytu w Kampanji Rzymskiej Sambona i Low pozostali zupełnie zdrowi, podczas gdy wokoło nich grasowała malarja. Dowiedli tem samem w sposób niezbity, że człowiek może żyć bezkarnie w miłoścowości malarycznej, o ile zabezpieczy się przed ukąszeniem komarów. Drugie doświadczenie winno było wykazać, że komar widliszek zaszczepić może człowiekowi zdrowemu zarazek malarji niezależnie od miejscowości i warunków klimatycznych. W tym celu komary karmione były krwią chorego na zimnicę w Rzymie, a następnie zostały przewiezione do Londynu; tam dwie osoby dobrowolnie poddały się ukąszeniom — były to: syn Mansona oraz mr. Warren laborant szkoły. Obydwaj zachorowali po upływie tygodnia, we krwi ich wykryto *Plasmodium vivax*. W ten sposób syn Mansona potwierdził na sobie teorię ojca, wykonawszy doświadczenie, którem zainteresował się cały świat.

Fakty, stwierdzone przez Sambona i Lowa, posłużyły za punkt wyjścia do celowej walki z zimnicą, mianowicie, od tej daty rozpoczęto planową akcję niszczenia komarów, która okazała się skuteczną nie tylko w walce z zimnicą, lecz również z gorączką żółtą oraz filariasis.

Wkrótce dalsze zdobycze naukowe oczekiwały Szkołę Londyńską. W roku 1902 Low wyrusza wraz z Castellanim w celu zbadania etjologii śpiączki afrykańskiej, o której sądzono nawet, że jest jakoby wywoływana przez filarję. Low wykazał, że choroba ta nie ma żadnego związku z robakami, zaś Castellani wykrył właściwą przyczynę śpiączki afrykańskiej — *Trypanosoma ugandense* (gambiense).

W roku 1905 Castellani — obecny profesor Szkoły, badając na Ceylonie chorobę Framboesia, zbliżoną pod względem klinicznym do kiły, wykrył zarazek jej, mianowicie *Treponema pertenue*.

Badania Leipera z dziedziny helmintologii wykazały cykl rozwojowy robaków pasorzytniczych — *Bilharzia* oraz epidemiologię choroby, przez nie wywoływaną.

Ross wykrył, że t. zw. gorączka afrykańska wywoływana jest przez krętki, przenoszone przez kleszcze, i dowiódł, że jest ona postacią duru powrotnego.

Są to najważniejsze wyniki badań naukowych Szkoły Londyńskiej, tyjące się etjologii i epidemiologii chorób podzwrotnikowych. Niepodobna wymienić tu reszty zdobyczy naukowych z zakresu kliniki oraz leczenia chorób podzwrotnikowych w szpitalu Szkoły. Wykrycie widliszka, jako przenosiela i żywiciela zarazka zimnicy, uważać należy niewątpliwie za odkrycie najdonioślejsze, nie tylko ze względu na wyjaśnienie epidemiologii zimnicy. Stwierdzenie faktu tego rzuciło światło również na sposoby szerzenia się innych chorób, których zarazki przenoszone są za pośrednictwem owadów kolących, jak gorączki żółtej, śpiączki afrykańskiej, dżumy, duru powrotnego i duru plamistego.

Z dziedziny prac bakteriologicznych jedna zastępuje na szczególną uwagę z tego względu, że wiąże się ona bezpośrednio z aktualnym dziś tematem, jakim jest „mutacja” bakteryj. Bahr, badając w roku 1910 epidemię czerwonej bakterijnej na wyspach Fij, karmił muchy domowe prątkami Shiga-Kruse i stwierdził, że prątki te po przejściu przez przewód pokarmowy much zmieniły swe właściwości biochemiczne, zakwaszały one bowiem oprócz glukozy i inne cukry: mannit, maltozę, saccharozę — nabyły więc cech prątków typu *Flexnera Y* i *Stronga*.

Działalność pedagogiczna Szkoły polega na prowadzeniu kursów dla lekarzy z kliniki i patologii chorób krajów gorących oraz dla bakteriologii i parazytologii. Kursy te, urządzone trzy razy do roku i trwające po 3 miesiące, znane są ze swego wysokiego poziomu naukowego; nie więc dziwnego, że wśród uczestników ostatniego kursu, w którym brałem udział, jako stypendysta Sekcji Higieny Ligi Narodów, zgromadzeni byli w liczbie 60 lekarze ze wszystkich części świata. Z ras kolorowych najliczniej reprezentowani byli Hindusi, wśród nich dwóch profesorów Wydziałów Lekarskich w Bombaju i Kalkucie. Kilku lekarzy przybyło z Sjamu, z wysp Filipińskich, parazytolog z Formozy, Brazylijczyk oraz dwóch lekarzy murzynów z Zachodniego Wybrzeża Afryki. Z Europejczyków jedynie ja przybyłem z kontynentu, resztę stanowili Anglicy.

Pomimo tej „mozaiki” rasowej zżyliśmy się ze sobą

i z wykładającymi dość szybko dzięki wspólnemu zainteresowaniu się pracą oraz wyjątkowemu oddaniu się sprawie nauczania ze strony wykładających. Różnorodność i obfitość przedmiotów, z których niektóre oddalone są od medycyny właściwej (jak np. entomologia, helmintologia i protozoologia), wymagają ze strony słuchaczy znacznego wysiłku, szczególnie ze względu na krótki termin trwania kursu. Przyznać jednak należy, że wysiłek ze strony wykładających nie jest mniejszy, gdyż prowadzenie tak licznych kursów, zaopatrzenie każdego ze słuchaczy w materiał do badań i gruntowne wyłożenie kilkunastu przedmiotów w ciągu trzech miesięcy jest zadaniem pedagogicznym dość ciężkim. Wymagano od nas ścisłego przestrzegania rygoru szkoły, któremu poddaliśmy się chętnie, pomimo, że między nami byli lekarze w wieku starszym oraz profesorowie uniwersytetu.

Obfitość źródeł, z jakich nauka o chorobach podzwrotnikowych czerpie swe wiadomości, wpływa na różnorodność przedmiotów, wykładanych podczas kursu. Ta różnorodność dziedzin, wchodzących w zakres medycyny podzwrotnikowej, wymaga od lekarza zapoznania się z zoologią lekarską oraz mikrobiologią. Epidemiologia choroby zakaźnej, której zarazek, przenoszonych przez owada pasorzytniczego, odbywa w nim część cyklu rozwojowego, może być rozumiana dopiero wówczas należycie, gdy zapoznamy się dokładnie z warunkami życia owego pasorzyty; na tych wiadomościach oprócz się musi również akcja sanitarna, przeciwko odnośnej chorobie prowadzona. Z tego też względu zoologia lekarska, mianowicie: entomologia, helmintologia i protozoologia stanowią główne przedmioty nauczania i traktowane są bardzo wyczerpująco. Na każdą z tych dziedzin przeznaczony jest jeden miesiąc codziennych wykładów i ćwiczeń w pracowni, polegający na rozpoznawaniu owadów i robaków pasorzytniczych oraz na zapoznaniu się z pierwotniakami chorobotwórczymi. Podstawy systematyki owadów i robaków, ich morfologia i biologia oraz znaczenie epidemiologiczne omawiane są szczegółowo w wykładach, poprzedzających zajęcia praktyczne.

Protozoologia obejmuje pierwotniaki chorobotwórcze, ich morfologię i systematykę. W trakcie zajęć praktycznych rozdawane są preparaty mikroskopowe, które należy barwić i rysować. Główną uwagę zwracano na poszukiwanie oraz rozpoznawanie rozmaitych postaci pasorzytów zimnicy, na trypanosomy, leishmanie oraz na poszukiwanie pierwotniaków jelitowych w kale świeżym.

Kurs bakteriologii, prowadzony przez jednego z najwybitniejszych bakteriologów angielskich (Hewlett), obejmuje wykłady o zarazkach ważniejszych chorób zakaźnych oraz zajęcia praktyczne, na których słuchacz bezpośrednio styka się z metodyką laboratoryjnego rozpoznawania chorób zakaźnych.

Przedmiot najważniejszy i najobszerniej traktowany w ciągu trzech miesięcy stanowią choroby podzwrotnikowe, ich przebieg kliniczny, patologia i leczenie. Zarówno wykładający, jakoteż słuchacze są w tej szczęśliwej sytuacji, że materiał kliniczny tych chorób jest tak obfity w szpitalu, że każdy wykład ilustrowany być może pokazem chorych. Chorzy ci dostarczani są z portu i rekrutują się przeważnie z niższej służby okrętowej oraz pasażerów klasy III, przybywających z krajów gorących.

Wśród kalejdoskopu demonstrowanych przypadków obserwowałem i badałem następujące:

1) Kilka przypadków zimnicy podzwrotnikowej z objawami mózgowymi, niedowładem kończyn, afazją, podrażnieniem opon mózgowych.

2) Przypadek śpiączki afrykańskiej w okresie późnym z objawami ogólnego charłactwa i niedowładem kończyn. Chory ten znacznie się poprawił po stosowaniu preparatu Bayera „205”.

3) Kilkanaście przypadków Kala-Azar (Leishmaniasis) u przybyłych z Aissamu Hindusów. Leczenie tej choroby za pomocą zastrzyków roztworu antymonu daje wyniki doskonałe.

4) Przypadki filariasis z obecnością mikrofilaryj we krwi oraz z objawem słoniowatości (Elephantiasis) kończyn.

5) Kilkanaście przypadków czerwonej pelzakowej ostrych i przewlekłych. U niektórych chorych dopiero po kilkakrotnym badaniu kału udało się stwierdzić obecność pelzaków lub ich cyst. Zastrzyki emetyny wpływały na znaczną poprawę chorych.

6) Dwa przypadki ropni wątroby, powstałych jako przerzuty pełzaków czerwonych.

7) Przypadki t. zw. „sprue“ — choroby przewlekłej, polegającej na zaniku śluzówki na całej rozciągłości przewodu pokarmowego z objawami biegunki. Kał tych chorych był obfity, gliniasty, pozbawiony barwników.

8) Przypadek Beri-beri u chińczyka z obrzękami całego ciała oraz objawami zapalenia nerwów obwodowych. Jak wiadomo, choroba ta jest wynikiem braku witamin pokarmowych.

9) Przypadki Framboesia — klinicznie zbliżonej do kiły i wywołanej przez krętkę — *Treponema pertenue*.

Poza tem serje wykładów poświęcono chorobom, wywołanym przez robaki jelitowe, zwracając szczególną uwagę na *Ankylostomiasis* oraz na akcję sanitarną, przeciwko tej chorobie skierowaną.

Rozpoznawanie chorób podzwrotnikowych często bywa utrudnione ze względu na równoczesne zakażenia ustroju kilkoma zarazkami. Nie wystarcza np. stwierdzenie obecności pasorzytów zimnicy we krwi, by etiologię sprawy gorączkowej wyświecić.

Jeden z chorych stanowił pod tym względem przykład doskonały. Chory ten przybył z Indyj z długotrwałą gorączką. Wobec znacznych rozmiarów śledziony pierwsze podejrzenie padło na zimnicę. We krwi jego wykryto rzeczywiście gametocyty *Plasmodium falciparum*. Stosowanie chininy nie wpłynęło jednak na przebieg choroby. Dalsze poszukiwania, mianowicie nakłucie śledziony i badanie jej miazgi wykryło pasorzyty *Kala-Azar* (*Leishmania*). Zaczęto stosować wlewania dożylnie antymonu, dzięki czemu osiągnięto zmniejszenie śledziony oraz ogólną poprawę stanu chorego. Jednakże w trakcie pomyślnego leczenia wystąpiły otręski kończyny pomimo normalnego działania nerek i serca. Obrzękom tym towarzyszył za każdym razem atak gorączki, wskutek czego obraz choroby komplikował się coraz bardziej, zaś krzywa ciepłoty przestała być źródłem orientacji. Dopiero mikroskopowe badanie krwi, pobranej w nocy, wyświetliło sprawę; mianowicie zauważono w preparacie żywe larwy *Filaria bancrofti* (nocturna). Obrzęki wywołane więc były przez zapalenie naczyń chłonnych, w których umiejscowione bywały dorosłe filarie.

Po ukończeniu trzymiesięcznego kursu słuchacze poddawani są egzaminom, prowadzonym przez personel pedagogiczny Szkoły. Obfitość różnorodnego materiału, krótki okres kursu oraz surowa ocena wiadomości słuchacza sprawiają, że przeciętnie 20% kandydatów nie uzyskuje dyplomów.

Kurs ten przekonał nas wszystkich, że rozwój medycyny podzwrotnikowej przyczynił się nie tylko do postępu wiedzy lekarskiej, lecz, że pracom, których widownią była Szkoła Londyńska, przypisać należy znaczenie światowe, gdyż stały się one podstawą zwalczania wielu chorób zakaźnych.

Wielkie dzieło budowy kanału Panamskiego nie byłoby doprowadzone do końca, gdyby nie zadziwiające wyniki akcji sanitarnej amerykańskiego Gorgasa. Malaria i gorączka żółta, dziesiątkujące podczas budowy kanału ludność, uniemożliwiały pracę, prowadzoną już w latach 1881—1904 przez francuzów. Sytuacja sanitarna opanowana została wreszcie przez Gorgasa i jego współpracowników, którzy nie tylko umożliwili budowę kanału Panamskiego, lecz wykonali jednocześnie olbrzymi pokaz z dziedziny epidemiologii dla Służby Zdrowia całego świata.

Akcja sanitarna, prowadzona w krajach gorących, słżyć może jako wzór stosowania zasad epidemiologii w zwalczaniu chorób zakaźnych, panujących nie tylko w tej strefie, lecz rozpowszechnionych również w klimacie umiarkowanym.

Dr. Ludwik Anigstein (Warszawa).

„Wymiany“ urzędników sanitarnych, urządzone przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów.

podał

Dr. Stanisław TUBIASZ (Warszawa).

Jednym z naczelnych zadań Ligi Narodów, wymienionem na pierwszym miejscu w Pakcie, który ją powołał do życia, jest „rozwój współdziałania narodów“, i zarówno Liga,

jako całość, jakoteż jej poszczególne organy, dążą w tym kierunku z powodzeniem mniejszem lub większem. Stwierdzić należy, że Sekcja Higjeny Ligi Narodów pod światłem i sprężem kierownictwem D-ra Rajchmanna również rozwija działalność w tym kierunku, co więcej, — że osiągnęła ona już dodatnie wyniki na drodze ustalenia współpracy przeważnej liczby państw kulturalnych w dziedzinie zdrowia publicznego.

Środki, które w tym celu zastosowano, są różne, a najbardziej bodaj skutecznym i obliczonym na długą metę jest urządzenie kilka razy do roku wymiany urzędników sanitarnych różnych krajów, należących do Ligi Narodów, względnie nawet do niej nienależących. O tych właśnie wymianach, jako uczestnik jednej z nich, pragnę zakomunikować garść szczegółów szerszemu ogółowi kolegów.

Wymiany te polegają na tem, że Sekcja Higjeny Ligi Narodów w porozumieniu z władzami sanitarnymi poszczególnych krajów wyznacza pewną liczbę lekarzy, pracujących na polu państwowej lub komunalnej służby zdrowia. Lekarze ci badają administrację sanitarną oraz zwiedzają urządzenia sanitarne jednego lub kilku wyznaczonych państw według ściśle określonego programu.

Zwykle po przybyciu do stolicy obranego kraju cała partja otrzymuje na specjalnych konferencjach ogólne wskazówki, dotyczące organizacji administracji sanitarnej, poczem zostaje podzielona na grupy po 3—4 osoby. Grupy te są rozsyłane na dłuższy pobyt do okręgów prowincjonalnych celem bliższego zetknięcia się z pracą urzędów lokalnych i głębszego wejścia w działalność poszczególnych organów. Po kilkutygodniowych studiach cała partja zwykle zbiera się w Genewie, jako siedzibie Ligi Narodów, i tam następuje składanie raportów przez poszczególnych uczestników wymiany, jakoteż dyskusja nad temi raportami.

Wobec szczupłych funduszy, jakimi Sekcja Higjeny rozporządza, akcja ta byłaby niemożliwa do przeprowadzenia, gdyby nie wspaniałomyślnie udzielana wydatna pomoc pieniężna ze strony Międzynarodowego Biura Higjeny Fundacji Rockefellera, która w ciągu trzech lat zobowiązała się asygnować rocznie na ten cel kwotę 60800 dolarów, pragnąc przez zademonstrowanie wyników udowodnić Lidze Narodów i poszczególnym państwom pożytek, płynący z takiej akcji.

Pierwsza wymiana tego rodzaju miała miejsce w październiku i listopadzie roku 1922. Wzięło w niej udział 23 lekarzy, w tem 5 z Polski (Adamski, Bogucki, Le Brun, Polak, Trenkner), inni byli przedstawicielami Austrii, Belgii, Bułgarii, Czechosłowacji, Jugosławii, Włoch, Rosji i Ukrainy. Lekarze ci w ciągu 3 miesięcy zwiedzili Belgię i Włochy.

Druga wymiana odbyła się w miesiącach lutym i marcu roku 1923 w Anglii i Austrii. Uczestniczyło w niej 30 lekarzy, pochodzących z Anglii, Austrii, Belgii, Czechosłowacji, Danii, Finlandji, Francji, Japonji, Jugosławii, Norwegii, Polski, Rumunii, Rosji, Stanów Zjednoczonych, Szwecji, Węgier i Włoch. Z Polski było wówczas 4 lekarzy (Hübner, Karaffa-Korbitt, Nowakowski, Stypułkowski). Te pierwsze dwie wymiany były poświęcone sprawom higjeny ogólnej i administracji sanitarnej.

Następna, trzecia wymiana rozpoczęła się w maju, a trwała do połowy czerwca roku 1923 i była poświęcona sprawie walki z zimnicą. Zjechało wówczas do Włoch 14 lekarzy, mianowicie przedstawiciele Albanji, Bułgarii, Grecji, Hiszpanji, Holandji, Jugosławii, Niemiec, Polski (Jarniński, Rabe), Portugalji, Rosji i Stanów Zjednoczonych.

We wrześniu roku 1923 rozpoczęła się czwarta wymiana, przeznaczona wyłącznie dla bakterjologów. Wzięło w niej udział 19 lekarzy, reprezentujących Anglię, Belgię, Czechosłowację, Danię, Francję, Holandję, Jugosławję, Niemcy, Polskę (Anigstein), Rosję, Stany Zjednoczone i Włochy. Następna wymiana miała miejsce w Stanach Zjednoczonych, dokąd zjechało 25 lekarzy z Anglii, Belgii, Brazylii, Chilli, Francji, Grecji, Hiszpanji, Holandji, Jugosławii, Kanady, Meksyku, Niemiec, Norwegii, Polski (Batko), Rosji, San-Salvadoru, Szwajcarii i Włoch. W ciągu przeszło 3 miesięcy, poczynawszy od września 1923 roku, lekarze ci zapoznawali się z administracją sanitarną Stanów Zjednoczonych.

W ciągu lutego i marca roku bieżącego urządzona była ponownie wymiana w Anglii w zakresie higjeny ogólnej i administracji sanitarnej z udziałem 23 lekarzy, pochodzących z Argentyny, Austrii, Czechosłowacji, Danii, Ekwadoru, Estonii, Francji, Kuby, Łotwy, Niemiec, Norwegii, Polski (Tubiasz), Rosji, Rumunii, Stanów Zjednoczonych, Szwec-

cji, Ukrainy i Włoch. W tym samym czasie mniej więcej odbyły się dwie inne wymiany, mianowicie jedna, poświęcona sprawom higieny szkolnej (z Polski — K o p c z y ń s k i), druga — sprawom zwalczania gruźlicy (z Polski — D a d e j). Inne wymiany są w przygotowaniu.

Jak widać z powyższego suchego zestawienia faktów, praca, dokonana w ten sposób w dziedzinie zbliżenia się wzajemnego i zaznajomienia się z organizacją sanitarną różnych państw, jest niebylejaka. Jako wyniki bezpośrednie, możemy odnotować przede wszystkim zapoznanie się kilkuset urzędników sanitarnych całego świata z tem, co jest najlepszego w dziedzinie teorii i praktyki sanitarnej, i, co do tego, że nauka taka ma niezmiernie doniosłe znaczenie dydaktyczne, nie może być dwóch zdań. Ale poza tem nawiązano bardzo liczne stosunki osobiste, i praktyka dwuletnia wykazała, że stosunki te nie tylko nie zanikają, ale jeszcze utrwalają się drogą korespondencji i wzajemnego przesyłania sobie druków, informacji i t. d.

W ten sposób powstaje poczucie wspólności interesów, planów i zamierzeń, które łączy przedstawiciele wszystkich krajów, wyłania się przyzwyczajenie do porozumiewania się i do wspólnej pracy; poczyna istnieć *esprit de corps*.

Dalszym krokiem na tej samej drodze jest zawiązanie Międzynarodowego Stowarzyszenia Urzędników Lekarskich Służby Zdrowia, które powstało w dniu 15 kwietnia r. b. w Genewie, jako inicjatywa członków wymiany angielskiej, i obejmuje narazie tylko uczestników wyżej wspomnianych

wymian, w nadziei, że z czasem członkami jego będą mogli zostać wszyscy lekarze — higieniści.

Stowarzyszenie to, które znajduje się obecnie *in statu nascendi*, wykłono sobie następujące cele:

1) Rozwój medycyny zapobiegawczej i administracji sanitarnej w ich przejawach międzynarodowych.

2) Wymiana informacji w sprawach, dotyczących zdrowia publicznego, pomiędzy członkami stowarzyszenia.

3) Urządzanie konferencji międzynarodowych i ogłaszanie sprawozdań w czasopismach lekarskich.

4) Udzielanie pomocy Sekcji Higieny Ligi Narodów w jej działalności międzynarodowej.

Wybrano zarząd tymczasowy, w którego skład wchodzi: Dr. Breger (Niemcy), Dr. Grimani (Włochy), Dr. Pareja (Ekwador), Dr. Salmon (Francja), Dr. Thompson (Stany Zjednoczone), Dr. Tobiasz (Polska) i Prof. Władimirow (Rosja).

Jak widać, czynione są usilne starania, aby powoli i stopniowo z chaosu rozbieżnych interesów i wzajemnej nieufności wyłonić pewne poczucie wspólności zamierzeń, dążenie do współpracy i zgody. Obecnie stawiane są pierwsze kroki, a wyniki ich są natyle zachęcające, że pozwalają już myśleć o dalszych. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że, krocząc tą drogą, osiągniemy w końcu ideał zgodnej współpracy, który nam w oddali przyswiewa, a współpraca ta w dziedzinie sanitarnej jest istotnie niezbędna, gdyż cały szereg zagadnień w tej dziedzinie można rozwiązać jedynie wspólnym wysiłkiem całej ludzkości.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Preparat „205 Bayer“.

podał

J. SUPNIEWSKI (Warszawa).

Ehrlich i Shiga wykryli pierwsi, że dwuazowe barwki benzydynamowe, pochodne kwasów sulfonafitylaminowych posiadają dość silne własności zabijania świdorowców (*trypanosoma*) w ustroju zwierzęcia. Mesnil i Nicolle, badając działanie trypanobójcze związków pierścieniowych, wykryli, że obecność w nich grup CONH zwiększa własności etjotropowe preparatów. Dalsze prace chemików fabryki „Bayer“ dały w wyniku całą serję barwików, działających etjotropowo na trypanosomiazę. Kothe, Dressel, Ossenebeck, pracując pod kierownictwem Heymanna, otrzymali związek, nazwany preparatem „205 Bayer“, który posiada wybitne własności trypanobójcze obok słabej toksyczności dla ssaków. Badania na myszach, zarażonych świdorowcami, wykazały, że stosunek dawki leczniczej tego preparatu do dawki toksycznej wynosi $1/60$ — $1/100$, kiedy tymczasem stosunek ten dla najlepszych preparatów arsenobenzolowych wynosi $1/20$. Skład chemiczny tego preparatu trzymany był w tajemnicy ze względów handlowych i politycznych, bo, jak słusznie osądził autorowie angielscy, — posiadanie tajemnicy wyrobu „205“ równało się posiadaniu potężnej broni do podboju ekonomicznego krajów gorących, gdzie życiu ludzi i zwierząt zagrażają choroby, wywoływane przez świdorowce.

Preparat „205 Bayer“ jest to proszek różowy, łatwo rozpuszczający się w wodzie, dający się sterylizować i przechowywać bez zmiany. Zastrzyki podskórne i dożylne tego preparatu nie wywołują obrażeń miejscowych. Na świdorowce, znajdujące się w krwiobiegu, działa on, w odróżnieniu od preparatów arsenowych, dość powoli, bo niszczy je dopiero po upływie 12—24 godzin. Preparat zabija większość świdorowców chorobotwórczych. Händel i Jötten znaleźli, że zabija on *Tr. equiperdum*, *equinum*, *congolense*, *rhodesiense* i *brucei*. Brumpt i Lavier znaleźli, że zabija on *Tr. venozolense*. 205 nie działa jednak na *Tr. cruzi* (Brumpt, Lavier), *Tr. lewisi* (Händel, Jötten) i *Tr. bovis*; podobnie nie działa on na *piroplazmy* i *anaplazmy* (Brumpt,

Lavier), na zarazek Kala-Azar (Mellow), na leishamanozę brazylijską (Lindenberg), na zimnicę i dur powrotny (Weichrodt). Schickman znalazł, że 205 działa bardzo słabo na świdorowce „*in vitro*“.

205 posiada różną toksyczność dla różnych gatunków zwierząt. Dawki toksyczne i dawki lecznicze w obliczeniu na kilo wagi wynoszą: d. t. dla myszy 0,5—0,9 (d. l. 0,008), dla szczura 0,8, dla świnki morskiej 0,4 (0,02), dla królika 0,5 (0,025), dla konia 0,02 (0,01). Widzimy, że stosunek dawki leczniczej i toksycznej najkorzystniejszy jest dla myszy, a mało korzystny dla konia.

205 wstrzyknięty do organizmu pozostaje w nim przez czas dłuższy w postaci niezmienionej. Mayer i Zeiss znaleźli go we krwi w 15 dni po zastrzyknięciu. Meissner i Berge w 3 miesiące po zastrzyknięciu. Mayer, Halberkahn i Shigemoto Sei stwierdzili, że po zastrzyknięciu można wykryć preparat we wszystkich prawie organach w dość dużej ilości, z wyjątkiem mózgu i śledziony, gdzie prawie go niema, oraz wątroby, gdzie znika dość szybko. Preparat wydziela się z organizmu w postaci, działającej na świdorowce przez nerki (Mayer, Munk), a także z mlekiem (Mayer, Zeiss).

Zastrzyknięcie preparatu znosi krzepliwość krwi, a surowica jej traci zdolność ścinania się pod wpływem ciepła, tanniny, sublimatu (Zeiss, Stephun, Brychohenka). Własności te preparatu możnaby zastosować przy transfuzjach krwi. Po zastrzyknięciu zmniejsza się ilość hemoglobiny i erytrocytów we krwi, oraz zjawiają się normoblasty (Shigemoto Sei). Leukocyty są bez zmiany.

Dla celów terapeutycznych ważna jest własność 205 zabijania szczepów odpornych w stosunku do arsenobenzolów (Morgenroth i Freund).

W terapii ludzkiej pierwsi zastosowali 205 Mühlens i Munk na osobniku chorym na wczesną postać śpiączki afrykańskiej, oporną na działanie arsenu i antymonu. W 24 godziny po pierwszym (0,5) zastrzyknięciu dożylnym preparatu znikły świdorowce ze krwi. Następne dwa zastrzyknięcia (po 1,0) dały zupełne wyleczenie chorego, i w ciągu 2 następnych miesięcy choremu przybyło 7 kg. wagi.

205 następnie był stosowany na szerszą skalę przez: Mayera, Munka, Lorisa i Manson-Bahra (dwa

wypadki śmierci po 18 i 29 gr. preparatu), w przypadkach śpiączki u ludzi. Z wyników tych badań można obecnie powiedzieć, że we wczesnych okresach śpiączki afrykańskiej 205 jest środkiem niezawodnym. W okresach późniejszych działanie jego jest mniej pewne, jednak zawsze daje się wykazać wyższość terapii 205 nad arsenową i antymonową. W przypadkach, gdzie świdrowce znajdowano w płynie mózgoworodzeniowym leczenie było bardzo utrudnione, bo preparat zabijał pasorzyty we krwi, a nie mógł ich zniszczyć w układzie nerwowym ośrodkowym.

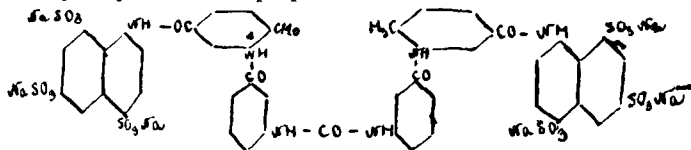
W terapii ludzkiej stosowano 205 w dawkach dużych „per os“ (z małym skutkiem), podskórnie i dożylnie — w mniejszych; dawki wynoszą 0,5—1,0, (nie należy przekraczać 2,0!) jednorazowo i 6,0 tygodniowo. Normalny cykl kuracji wynosi 18 gr. Należy zawsze liczyć się z działaniem kumulacyjnym. Po zastrzyknięciu obserwowano podwyższenie ciepłoty, wysypkę i prawie zawsze białkomocz, czasami z wałeczkami i czerwonymi ciałkami, który jednak przechodził bez poważniejszych następstw.

W leczeniu koni i bydła 205 znalazło już zastosowanie, jednak wyleczenie doszczętne jest bardzo utrudnione wskutek dość niekorzystnego stosunku dawki leczniczej do dawki toksycznej. Dzięki długiemu pozostawianiu w ustroju bez zmiany, udało się zastosować ten preparat do celów ochronnych. Sprawa ta może być aktualna i w Polsce dla zapobiegania występującej u nas zarazy stadniczej.

Do ostatnich czasów nie było wiadomo, jakim związkiem chemicznym jest 205; dopiero chemik francuski Fournneau, Trefouelowi i Valléemu udało się otrzymać związek chemiczny, który musi mieć wzór, zbliżony do wzoru chemicznego 205, i którego działanie jest podobno lepsze, niż oryginalnego 205 (wskaźnik 1/120!). Preparat ten nazwano „309“.

„309“ otrzymuje się z kwasu (1)-amino (4—6—8) trój sulfo-naftalinowego przez łączenie go przedewszystkiem z chlorobezwodnikiem kwasu (3)-nitro-toluilowego: następuje tu połączenie grupy aminowej kwasu naftalinowego z grupą kwasową kwasu nitrotoluilowego z wydzieleniem HCl; pierścień naftalinowy i nitrotoluilowy powiązane są grupą NHCO. Otrzymany związek nitrowy zamieniamy przez redukcję na

po pochodną aminową i do tej pochodnej aminowej dołączamy w sposób analogiczny, jak poprzednio, chlorobezwodnik kwasu metanitrobenzoesowego. Otrzymany w taki sposób preparat, składający się zasadniczo z pierścienia naftalinowego i z dwóch pierścieni benzolowych, powiązanych dwiema grupami NHCO, poddajemy redukcji celem zamienienia końcowej grupy nitrowej na grupę aminową. Dwie cząstki otrzymanego w taki sposób preparatu łączymy z jedną cząstką fosgenu, przyczem wydzielają się dwie cząstki HCl oraz powstaje pochodna możnikowa poprzednio otrzymanego preparatu cyklicznego. Solą sodową otrzymanego w taki sposób związku jest właśnie preparat 309.



Preparat 309 posiada aż 4 grupy NHCO, które w związku z grupami pierścieniowymi mają mieć, według Niccollea i Mesnilla, wybitne działanie trypanobójcze. Posiada on również farmakologicznie bardzo ważną grupę NHCONH. Grupa metylowa w pierwszym pierścieniu benzolowym nadaje temu preparatowi, jak to znalazł Fournneau, mniejszą toksyczność dla tkanek; podobne działanie mają grupy sulfonowe pierścienia naftalinowego, które prócz tego nadają preparatowi dobrą rozpuszczalność. Nawiasem wspomnieć tylko trzeba, że wiązania NHCO są według E. Fischera charakterystyczne dla budowy białka; można by tu dopatrywać się pewnej analogii budowy przestrzennej. Chemicy francuscy otrzymali całą serię pochodnych tego preparatu i wykryli, że małe różnice w budowie przestrzennej wpływają na zupełną zmianę własności farmakologicznych: tak np. preparaty, otrzymane ze związków p-benzoesowych były farmakologicznie nieczynne na świdrowce, a bardzo toksyczne dla organizmu.

Piśmiennictwo.

Annales de l'Institut Pasteur. 1924. Luty.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Anatomja patologiczna.

Doc. Dr. med. Ludwik PASZKIEWICZ. Technika sekcji zwłok dla słuchaczy medycyny i lekarzy z 297 rycinami i 3 tablicami barwnymi. Warszawa 1923. Stron. VIII+280. Skład główny: Zakład Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Ukazanie się książki L. Paszkiewicza znamionuje nową erę w dziejach nie tylko podręczników, lecz również książki lekarskiej polskiej wogóle. Wytworne wydanie, na kredowym papierze, z mnóstwem ilustracji artystycznych, a nawet rycinami barwnymi zaszczerpi raz na zawsze wśród wydawców i ogółu czytającego potrzebę doskonałych podręczników, odpowiadających wszelkim wymogom. Dokonanie dzieła przez L. Paszkiewicza należy uważać za dowód, że młodzież polska ma prawo domagać się i w obecnych warunkach od kierowników swoich podręczników i książek polskich, których brak ona przedewszystkiem odczuwa. Sądzić należy, że krok, uczyniony przez L. Paszkiewicza, będzie przykładem dla innych i bodźcem dla tych, którzy w pierwszym rzędzie moralnie obowiązani są wobec młodzieży.

Technika sekcyjna L. Paszkiewicza, obmyślona do najdrobniejszych szczegółów, dzieli się na część ogólną, omawiającą przedwstępne uwagi ogólne, dotyczące wykonywania sekcji, i część szczegółową. W tym dziale, obok podania opisów najrozmaitszych metod sekcyjnych, dłużej zatrzymuje się nad sposobem wykonywania sekcji in situ, który, według jego zdania, ma ważne znaczenie dla klinicysty, przyzwyczajonego umyślnie sobie topografię narządów w przebiegu badania, nie mniej ważny jest i ze względów sądowo-lekarskich wobec możliwości sprawdzania wyników przez powtórna sekcję. Bogactwo rycin, przedstawiających najdokładniej poszczególne rękożyny, ułatwi naukę młodzieży akademickiej i niejednemu lekarzowi powiatowemu lub wojskowemu pełnić obowiązki sądowych.

Uwzględnienie na niektórych rycinach prawidłowych

stosunków topograficznych, jak również treściwy i zrozumiały tekst, wyjaśniający przebieg sekcji, oraz wskazówki praktyczne autora przyczyniają się, że „Technika sekcji zwłok“ zastąpi w zupełności wielu lekarzom kursy dokształcające i na zawsze ustali prawidłowe wykonywanie sekcji na obszarze Państwa Polskiego.

W. Janusz (Lwów).

Histologia i embriologia.

Prof. E. GODLEWSKI (jun.). Embriologia zwierząt kręgowych ze szczególnem uwzględnieniem człowieka. (Część ogólna. Warszawa. 1924 r.).

W roku bieżącym przybył literaturze lekarskiej polskiej nowy nabytek w postaci podręcznika embriologii prof. E. Godlewskiego. Podręcznik ten jest oparty na przeszło dwudziestoletniej pracy pedagogicznej i naukowej autora i, jak zaznacza on we wstępie, poświęcony głównie potrzebom słuchaczy wydziałów lekarskich. To też autor, chcąc dać słuchaczom niezbędny tylko materiał do nauki, nie uwzględnia wszystkich typów rozwojowych kręgowców, lecz głównie tylko te, bez których zrozumienie rozwoju człowieka byłoby bardzo trudne.

Książka ta różni się od powszechnie używanych podręczników tem, że daje szerokie podłoże biologiczne zjawiskom rozwojowym i uwzględnia bardzo obszernie dział mechaniki rozwoju. Takie połączenie strony morfologicznej rozwoju z jego analizą fizjologiczną spotykamy poraz pierwszy w podręczniku szkolnym nie tylko w literaturze polskiej, ale i zagranicznej. Zaznacza się to głównie w rozdziale pierwszym o rozrodzie. Autor podaje ogólne pojęcia i różne formy rozrodo, omawia warunki fizjologiczne czynności płciowych, zastanawia się nad fizjologią komórek płciowych i rolą ich podczas zapłodnienia, uwzględniając specjalnie dział pobudek rozwojowych tak podczas zapłodnienia, jak i podczas dzielenia. Zupełnie oryginalnie pisany jest rozdział V o

mechanice rozwojowej. Wprawdzie O. Hertwig w podręczniku swym podaje szereg doświadczeń z tego działu, ale są one tam porozrzucane przy poszczególnych opisach różnych stadiów rozwojowych, brakuje im więc pewnej całości, pewnego ogólnego punktu, pozwalającego zanalizować poszczególny proces rozwojowy pod względem przyczynowym. Godlewski zaś dopiero po przedstawieniu morfologii elementów płciowych, bródkowania i tworzenia się listków zarodkowych przystępuje do analizy przyczynowej tych procesów.

Podręcznik ten jest bogato ilustrowany, przyczem zawiera liczne rysunki z preparatów zakładu biologiczno-embriologicznego w Krakowie, jak i z prac innych autorów polskich. Oprócz tego należy dodatnio podkreślić, że autor wszędzie, a głównie w rozdziale o mechanice rozwoju uwzględnia prace autorów polskich, podkreślając ich znaczenie w ogólnym dorobku naukowym.

Chciałbym jednakże poczynić pewne uwagi, które nasunęły mi się podczas przeglądania książki prof. Godlewskiego. Przedewszystkiem zbyt wielkość niektórych rysunków własnych, jak np. 123—129, 45, 424, 369 i kilka innych. Zewnętrzna strona książki traci wskutek tego na jednolitość obrazu, gdyż wielkość ta nie jest usprawiedliwiona potrzebą.

Z drugiej strony byłoby wskazane, aby oznaczenia rysunków były ujednoliconie bądź to, jako skróty słownictwa polskiego, bądź to łacińskiego, gdyż to ułatwiałoby słuchaczom szybkie orientowanie się w rysunkach. Można by też podnieść sprawę zbyt częstego używania wyrazów obcych; oprócz bowiem podania terminu polskiego obok obcego w początku danego rozdziału, byłoby wskazane, moim zdaniem, używanie w dalszym ciągu terminów tylko polskich, co wdrożyłoby naszą młodzież, wychowywaną dotychczas pod wpływami obcymi, do czystości języka rodzimego.

Te drobne usterki dadzą się bardzo łatwo usunąć przy następnym wydaniu. Należy podkreślić, że podręcznik ten jest pierwszym podręcznikiem polskim, uwzględniającym nowoczesne wyniki badań doświadczalnych, a łatwość stylu, przejrzystość wykładu i doskonała umiejętność plastycznego odtwarzania procesów rozwojowych czynią z tej książki nadszwyczaj cenny nabytek dla naszych uczelni uniwersyteckich.

M. Konopacki.

Robert NOËL. Badania histo-fizjologiczne nad komórką wątrobową zwierząt ssących. (Archives d'anatomie microscopique. Tom XIX fasc. I. 1923).

Autor badał zmiany, występujące w komórkach wątrobowych pod wpływem różnych warunków fizjologicznych, a więc po nakarmieniu zwierząt różnego rodzaju pokarmami, w różnych okresach trawienia i krótkotrwałego głodu, kładąc główny nacisk na zachowanie się chondriosomów i mitochondrjów. Jako materiał służyły mu komórki wątrobowe myszy białej. W komórkach żywych chondriosomy są widoczne jako twory nitkowate i ziarniste, inaczej załamujące światło, niż tło jednolitej protoplazmy. Po upływie pewnego czasu (około 20 minut) ulegają one autolizie i przekształcają się w pęcherzyki. Obok nich w komórce żywej widoczne istnieją ziarenka tłuszczu i wakuole, barwiące się czerwienią obojętą, oraz glikogen w postaci rozlanej, zajmujący duże przestrzenie w komórce, oddzielone od siebie beleczkami protoplazmatycznymi.

Po utrwaleniu i zabarwieniu metodami specjalnymi na mitochondrja widać w komórkach ziarnistości, czyli mitochondrja i nitkowate twory-chondriosomy. Chondriosomy biorą udział w wytwarzaniu przez komórkę pewnych produktów, ulegając przytem następującym zmianom: chondriosomy, początkowo nitkowate, grubieją; na jednym końcu tworzy się nabrzmienie, tak iż powstają kształty ziarna z wypustką i wreszcie cały chondriosom przekształca się w ziarno, które autor nazywa plastem. Jest to ewolucyjny cykl wydzielniczy, potem chondriosom powraca do stanu pierwotnego. Chondriosomy wytwarzają następujące produkty: ziarna żelazochłonne, złożone z albuminoidów, ziarna tłuszczu, redukującego osm i wreszcie ciała nie chłonne żelaza, których istoty autor nie może wyjaśnić, przypuszcza tylko, że stoją one w związku z wytwarzaniem żółci, a być może także z wytwarzaniem lipidów. Glikogen zostaje wytworzony niezależnie od czynności chondriosomów.

Zraziki wątrobowe autor uważa za jednostki fizjologicz-

ne. Rozróżnia w nich trzy strefy: 1) strefa środkowa dokoła żyły śródzrazikowej, w której komórki zawierają chondriosomy nitkowate, znajdujące się stale w spoczynku. Jest to strefa spoczynku stałego. 2) Dokoła żyły międzyczrazikowych chondriosomy są stale w okresie wytwarzania. Jest to strefa czynności stałej. 3) W części środkowej zrazika komórki znajdują się w różnych okresach wytwarzania, zależnie od tego, w jakim okresie trawienia zwierzę się znajdowało. Jest to strefa pośrednia, zmienna. Z badania autora nad nią wynika, iż zrazik wątrobowy z punktu widzenia czynności chondriosomów funkcjonuje od obwodu ku środkowi, gdyż komórki dokoła żyły międzyczrazikowej znajdują się w późniejszym okresie wytwarzania, niż komórki, leżące bliżej żyły śródzrazikowej.

Budowa komórki wątrobowej zmienia się w zależności od rodzaju pożywienia, które zwierzę otrzymało. Jeśli się karmi mysz wyłącznie tłuszczem, wówczas komórki wątrobowe są naładowane ziarenkami tłuszczu, pomiędzy którymi znajdują się chondriosomy, leżące wśród beleczek protoplazmy. Liczba chondriosomów jest zależna od stopnia naładowania komórek tłuszczem: im więcej ziarn tłuszczu w komórce, tem mniej chondriosomów. Po żywieniu myszy wyłącznie węglowodanami komórki wątrobowe powiększają swą objętość, znajdują się w nich duże przestrzenie wypełnione glikogenem. Pomiedzy niemi widać beleczki protoplazmatyczne, zawierające chondriosomy, które wytwarzają ziarna żelazochłonne lub tłuszcz, leżące także w obrębie beleczek protoplazmatycznych, lecz nie stojące w żadnym związku z wytwarzaniem glikogenu. Komórki wątrobowe myszy, żywionych wyłącznie białkiem, osiągają największe wymiary i są wypełnione ziarnami-proteoblastami, wykazującymi reakcję Millona. Składają się one z albuminoidów i tworzą materiał zapasowy komórki.

W następnych doświadczeniach autor głodził zwierzęta przez 24 godziny, poczem dawał im pożywienie mieszane i zabijał w różnych okresach trawienia. W komórkach wątrobowych występowały następujące zmiany. Chondrion. W godzinę po nakarmieniu chondrion jest w stanie spoczynku. W dwie i pół godziny chondrion jest czynny we wszystkich zrazikach i maximum czynności wykazuje po upływie trzech i pół godzin. W tym okresie plasty znajdują się w dużej ilości, zwłaszcza dokoła żył międzyczrazikowych. Po upływie czterech godzin proces ten słabnie, lecz po ośmiu godzinach komórki znowu zaczynają wytwarzać plasty, których liczba jest największa po 10 godzinach, lecz nie tak duża, jak przy pierwszym procesie wytwarzania. Po upływie 1—2 godzin następuje regresja, i, począwszy od tego momentu, czynne są tylko niektóre zraziki, pozostałe znajdują się w okresie spoczynku. Wątroba jest czynna kosztem materiałów zapasowych, a do tego wystarcza praca pewnych tylko zrazików. Tłuszcz i lipoidy. Tłuszcz nagromadza się w komórce wątrobowej podczas głodu i da się wykazać jeszcze w dwie godziny po nakarmieniu zwierzęcia. Po upływie 3 godzin zjawia się tłuszcz, pochodzący z pokarmów i ilość jego jest największa po upływie 4—5 godzin, a następnie zaczyna się zmniejszać. Po upływie 12—24 godzin zjawia się tłuszcz pochodzenia pozajelitowego. Zachodzą tu zresztą duże różnice indywidualne u różnych zwierząt. Wymiary komórek są największe w 5 godzin po nakarmieniu zwierzęcia, następnie zmniejszają się stopniowo do 10 godzin. Po upływie 12 godzin objętość ich zwiększa się znowu nieco, spada po 18 godzinach i zwiększa się ponownie po 24 godzinach. Średnica naczyń włosowatych jest największa po upływie 3—4 godzin po nakarmieniu zwierzęcia, najmniejsza jest po upływie 8 godzin. Po 12 godzinach zwiększa się znowu nieco i zmniejsza się następnie znowu. Ilość glikogenu jest największa po upływie 4—5 godzin po przyjęciu pokarmu, zmniejsza się potem nieco, lecz znajduje się on jeszcze w znacznej ilości po upływie 24 godzin.

Bronisława Konopacka.

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. v. TSCHERMAK, Allgemeine Physiologie. B. I. 1924.

Książka Tschermaka, która niedawno wyszła z druku (część I-a tomu I ukazała się jeszcze przed 7 laty), ze wszech miar zasługuje na uwagę.

Konieczność budowania nauki o przejawach życia na trwałym fundamencie t. zw. nauk ścisłych (fizyki, chemji, chemji fizycznej) już oddawna stała się zasadą, przyświecają-

cą uczonym w rozwiązywaniu zawiłych zagadnień biologicznych. Wszelkie zmiany w poglądach na istotę zjawisk przyrody martwej oraz wszelkie zdobyte metody fizyczno-chemicznej odbijają się zwykle znaczącym postępem w dziedzinie biologii. To też olbrzymie przekształcenia, jakie przeżywa wiedza nasza o budowie i własnościach materji, poczynając od schyłku ubiegłego stulecia, świetny rozwój chemji fizycznej wogóle, w szczególności zaś wzbogacenie naszych wiadomości w dziedzinie fizykochemji kolloidów — wszystko to sprzyja powstawaniu nowych poglądów na istotę przemian, odbywających się w ustrojach. Jaknajszersze uwzględnienie tych właśnie zdobytych wiedzy nowoczesnej z zakresu „ nauk ścisłych ” cechuje nader bogatą treść dzieła Tschermaka.

Po ogólnej charakterystyce życia autor w I-szej części dzieła szczegółowo analizuje zjawiska natury fizyczno-chemicznej (stany skupienia substancji żywej, dysocjację elektrolit., znaczenie fizjolog. różnych jonów, elektrochemję białek i t. p.), oraz czysto (analityczno-) chemiczny skład żywej substancji, poświęcając tu, między innymi, wiele uwagi chemji zaczynów.

Druga część traktuje o strukturze morfologicznej żywej materji i o fizjologii komórki. Zagadnienia, tu poruszone, mają doniosłe znaczenie nie tylko dla fizjologii, lecz i dla zrozumienia istoty niektórych spraw chorobowych, o czem, zresztą, świadczy dający się teraz zauważyć analogiczny kierunek b. wielu specjalnych prac, poświęconych różnym problemom patologji. Wystarczy tu wymienić chociażby część tematów, które autor rozwija nader szczegółowo: rola ciśnienia osmotycznego w przebiegu spraw fizjologicznych; pęcznienie kolloidów; problemat wyborczej przepuszczalności powierzchni komórek w stosunku do wielu związków (zarówno właściwni ustrojowi, jak i dłań obcych); nauka o stanie napięcia komórek (turgor) i o dynamice ich powierzchni; zjawiska bioelektryczne i wiele, wiele innych. Udział przeróżnych tych czynników w kształtowaniu się procesów fizjologicznych (pryswajanie, wydzielanie, czynności mechaniczne i t. p.), oświetlony jest wielostronnie, t. j. z punktu widzenia rozmaitych teoryj, przyczem, pomimo zasadniczego obiektywizmu autora, napotyamy tu i owdzie jego osobiste poglądy, ilustrowane w kilku miejscach książki oryginalnymi schematami. Wogóle ze względu na wyjątkową obfitość materiału źródłowego (sam spis autorów cytowanych w dziele, zajmuje 27 stron druku) oraz udatną systematyzację treści, krytycyzm ujęcia poruszanych spraw i jasny, ładny styl — omawiane dzieło Tschermaka stanowi szczególnie wartościowy nabytek dla piśmiennictwa ogólnio-fizjologicznego i powinno być ryczą znaleźć u nas tłumacza.

Strona zewnętrzna książki, wydanej przez firmę Springer'a na wyborowym papierze i zaopatrzonej w liczne ryciny, nic do życzenia nie pozostawia.

J. Dworecki.

A. GILBERT i A. COURTY. Badania czynnościowe wątroby przy pomocy próby fenoltetrachlorftaleinowej. (C. rend. Soc. Biol. 1924. T. XC Nr. 5. str. 337).

W r. 1910 A. bel i Rowntree stwierdzili, że wątroba w zupełności przerabia, rozkłada lub wydala fenoltetrachlorftaleinę, związek zupełnie nietrujący dla człowieka. Związek ten, wprowadzony do krwi, ginie we krwi tam szybciej, im wątroba funkcjonuje sprawniej. Badania dokonywano w ten sposób, że zastrzykiwano ludziom dożylnie związek w roztworze wodnym w ilości 5 mgrm. na kilo wagi chorego. W przypadkach normalnych w 3 minuty po zastrzyknięciu znajdowano w surowicy tylko 10—15%, w 5 min. 6—10%, w 15 min. 2—6%, zaś po godzinie zaledwie ślad dozy wprowadzonej.

Badanie skutecznia się tu w surowicy, a mianowicie biorąc 1 ctm. szesć. surowicy, zadając ją 1—2 kroplami 5% ługu sodowego i porównując otrzymane w ten sposób zabarwienie ze skalą barwną 8 próbek, odpowiadających zawartości w surowicy związku w ilościach 3, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 40%. Rezultaty badań, w ten sposób dokonanych, były następujące:

I grupa ludzi zdrowych: zawartość ftaleiny (wskaźnik ftaleinowy) we krwi był zupełnie prawidłowy (jak wyżej). II grupa (ludzie ze zmianami w wątrobie, bez żółtaczki, bez zaburzeń czynnościowych jak np. marskość przerostowa, wątroba sklero-kilkowa): wskaźnik ftaleinowy normalny lub bliski do normy. III grupa (chorzy na wątrobę z żółtaczką,

icterus catarrhalis, rak wątroby), z urobilinurją, wzmożeniem ilości barwików żółciowych we krwi etc.

W tych przypadkach, które będą jeszcze przedmiotem rozważań gdzieindziej (Paris medical), stwierdzano wzrastanie wskaźnika ftaleinowego do 20—25% przy badaniu po 1—3 godzin po zastrzyknięciu, oraz retencję związku, w ilości coprawda mniejszej, aż do 24 godzin. Wreszcie w 4 grupie (duże zmiany w komórkach wątrobowych, jak hepatitis toxica, tuberculosa etc.), wskaźnik ftaleinowy był bardzo znaczny i w 7 godzin po wprowadzeniu związku dochodził jeszcze do 3%. Z tych danych stwierdzają autorowie, że, gdy wątroba normalna niszczy, wydala lub rozkłada wprowadzoną dożylnie ftaleinę bardzo szybko, to wątroba patologiczna traci tę własność w stopniu zależnym od stopnia nadeżenia procesu chorobowego komórek wątrobowych, a także w zależności od natężenia zatrzymania żółci. W przypadkach przeto nie powikłanych zatrzymaniem żółci (w nieobecności żółtaczki) stanowi próba ftaleinowa prawdziwy postęp w nauce o badaniu czynnościowym komórki wątrobowej.

Kaz. Rzęt.

ARNETH i OSTENDORF. Leukocytoza trawienna według Arnetha. (Fol. Haem. Tom. XXIX. Z. 4).

Autorzy podają we wstępie bardzo szczegółowe streszczenie prac, dotyczących leukocytozy trawiennej, z którego wynika, iż, z jednej strony, niema jednomyślności co do istnienia leukocytozy trawiennej wogóle, jej morfologicznej charakterystyki, sposobu powstawania, znaczenia fizjologicznego i wartości rozpoznawczej, a z drugiej zaś, iż prawie wszyscy stronnicy istnienia leukocytozy trawiennej są zgodni, iż najwybitniej leukocytoza występuje przy białkowym odżywianiu, słabiej i rzadziej przy tłuszczowem, a najslabiej i najrzadziej przy węglowodanowem.

Przyczynę tej rozbieżności upatrują autorowie w zaniedbaniu okraśniania jakościowego składu białych ciałek w leukocytozie trawiennej (według Arnetha).

Autorzy wykonali swe doświadczenia na 6 zdnowych osobnikach. Podawano im śniadanie, składające się z chleba i mięsa, przyczem krew badano przed i w 3 godziny po śniadaniu, przy zachowaniu spokoju fizycznego. Na zasadzie tych badań, jak również danych z literatury, autorzy przychodzą do wniosku, iż u dorosłego człowieka przy białkowym odżywianiu stwierdza się leukocytoza zależna od bezwzględnej i względnej zwiększania liczby obojętnośćonych leukocytów, jakościowo (według Arnetha) niczem nie różniących się od leukocytów przed trawieniem i dlatego też niewątpliwie pochodzących z zapasów szpikowych.

Co się tyczy reszty białych ciałek krwi, to żadnych zmian jakościowych, jak również ilościowych nie udało im się stwierdzić.

Kobryner.

ARON. O pochodzeniu krwi z wątroby zarodkowej i o jego znaczeniu dla morfologii ogólnej. (Arch. de Morph. Gen. et Experiment. Nr. 10, 1922).

Autor wyprowadza ze swej pracy następujące wnioski: Prawie przez cały czas życia płodowego w wątrobie ma miejsce ożywiony proces krwiotwórczy.

Komórki macierzyste krwinek są duże, mają jasne jądro i protoplazmę niestale bazofilną, barwiącą się słabo rozmaitymi odczynnikami (błękitem Giemsa, żelazem przy met. Regaud, błękitem Poirriera przy met. Masson).

Komórki macierzyste powstają z komórek wątrobowych przez metamorfozę tychże.

Metamorfoza ta polega na powstaniu w protoplazmie komórki wątrobowej pewnej substancji, która daje reakcje mikrochemiczne, analogiczne do reakcji protoplazmy komórki macierzystej — hemogonji.

Granulocyty mogą się również tworzyć w wątrobie przez bezpośrednią metamorfozę komórek tego narządu.

Naczynia włosowate śródmiąższowe tworzą się przeważnie na miejscu zanikających zrazików wątrobowych, których komórki całymi masami ulegają przeobrażeniu na czerwone ciała. Naczynia większe rozwijają się w narządzie przez pączkowanie.

Tkanka łączna nie bierze żadnego udziału w procesie krwiotwórczym. Jednak u niektórych gatunków, w pewnych stadiach krwinki mogą powstawać z pierwotnej tkanki łącznej okołobramnej, u człowieka zaś i w trzustce, gdzie, w pew-

nym okresie rozwoju ontogenetycznego toczy się w tkance łącznej okołonaczyniowej intensywny proces krwiotwórczy.

W końcu swej pracy Aron rozpatruje zaobserwowane fakty pod kątem widzenia dotychczasowych wiadomości naszych z zakresu fizjologii i morfologii ogólnej.

Przedewszystkiem stwierdza, iż proces krwiotwórczy w wątrobie jest zjawiskiem sekrecyjnym, komórka wątrobową pierwotną jest obojętną komórką gruczołową. Twór ten posiada zdolność wychwytywania żelaza, krążącego we krwi płodu i przerabiania go na złożony związek organiczny, który kondensuje się wokół jądra. Wówczas komórka wątrobową traci te specyficzne własności, uzyskuje niezależność, jako komórka macierzysta krwinki — hemogonia.

Od tego stadium począwszy, organiczny związek żelaza ulega nowym przemianom pod prawdopodobnym wpływem rozpadającego się jądra, które wkrótce zanika. Tak powstaje hemoglobina.

Proces krwiotwórczy w wątrobie ustaje z chwilą, gdy komórka wątrobową różnicuje się ostatecznie. Autor jest zdania, że sposób powstawania krwinek, który zaobserwował w wątrobie, przebiega analogicznie we wszelkich innych źródłach krwiotwórczych, że zatem każdą hemogonję należy uważać za stadium końcowe czynności gruczołowej danej komórki macierzystej. Ta ostatnia jest pochodzenia ento- lub mezodermalnego, posiada protoplazmę bogatą w mitochondrja i zdolną do wychwytywania z krwi żelaza, które przerobić może na organiczny związek, pierwotną formę hemoglobiny. Z. Netzerowa.

J. TINEL, P. SCHIFF i D. SANTENOISE. Badanie odczynów naczynioruchowych skórnych. (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hopit. Nr. 36. 1923).

Różnorodność i niezgodność dotychczas otrzymywanych wyników badań odczynów naczynioruchowych skórnych wpływa, według autorów, z tego, że istnieją liczne odmiany linii naczynioruchowych skórnych, różnie wywołanych i różnego mechanizmu, dlatego są i różnie tłumaczone. Odróżniają oni: 1) linię białą rzeczywistą, t. zw. linię Sergenta, występującą w 10—30 sekund po dość delikatnym potarciu skóry palcem, zjawia się ona najwyraźniej w pozycji leżącej chorego niezależnie od nerwów naczynioruchowych, jest ona wyraźna i prostolinijna; powstawanie jej tylko w miejscu ucisku mechanicznego dowodzi, iż przyczyną jest skurcz mięśni ścian naczyń pod wpływem lekkiego podrażnienia mechanicznego. Kurczliwość mięśni ścian naczyń jest słaba, gdyż przy większym wypełnieniu naczyń krwią, jak w zastojach żylnych, niedomodze mięśnia sercowego, linii białej nie otrzymujemy. Krótkotrwałości i zmienności linii białej należy przeciwstawić trwałe cechy prawdziwych skurczów naczynioruchowych np. choroba Raynaud. Od prawdziwej linii białej należy odróżnić linię lub plamę białą, otrzymywaną natychmiast po potarciu lub ucisku skóry, a będącą tylko objawem przesunięcia krwi z miejsca uciśniętego na obwód. 2) Linię czerwoną, otrzymywaną po silniejszym potarciu skóry palcem lub paznokciem, zjawiającą się wkrótce i tylko w miejscu zadrażnienia skóry, niezależnie od istnienia nerwów naczynioruchowych; jest ona prostolinijna i powstaje jako odczyn silniejszego podrażnienia mechanicznego miejscowego w postaci atonicznego rozszerzenia naczyń włosowatych. Często w otoczeniu linii czerwonej powstaje smuga biała wskutek słabego podrażnienia mechanicznego ścian naczyń przez krew wyciśniętą z obrębu linii czerwonej. 3) Linię rzeczywistą naczynioruchową, powstającą przy bolesnym zadrażnieniu skóry szpilką; zjawia się ona naokoło zadrapania stopniowo się rozszerzając, ma zarysy nieprawidłowe, odpowiadające rozgałęzieniom tętniczek; linia ta powstaje, jako odruch nerwów naczynioruchowych; bardzo wyraźnie występuje w zapaleniach opon mózgowych. Te trzy typy odczynów skórnych występują często współcześnie, chociaż mechanizm powstawania ich jest różny. Istnieją jeszcze inne typy dermografizmu w postaci linii obrzękowych, pokrzywkowych, lecz są one uważane za chorobowe, i mechanizm ich powstawania nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniony. Linia biała jest wyrazem pobudliwości mechanicznej bezpośredniej ścian naczyń i w pewnej mierze pozwala ocenić ich energję i napięcie. Linia czerwona mechaniczna może świadczyć o trwałości napięcia ścian naczyń. Linia naczynioruchowa rzeczywista dowodzi nietykalności ośrodków i przewodnictwa na-

czynioruchowego. W końcu autorowie zaznaczają, iż te uwagi są tylko wstępem do właściwej nauki o odczynach skórnych.

M. P.

N. SERRALLACH. Przyczynek do rokowania w zatruciu krwi. (Journ. d'Urolog., T. XVI. Nr. 5).

Zanim autor się zdecydował przystąpić do operacji urologicznej (szczególnie wycięcia nerki lub gruczołu krokowego) nie zadawała się zrobieniem trafnego rozpoznania, lecz — pamiętając o zależności wzajemnej czynnościowej różnych narządów — bada czynność wątroby, tarczycy, nadnerczy, skóry etc. W niniejszej rozprawie zastanawia się autor nad wartością przeciwdziałową wątroby i skóry. Zdrowa wątroba zubożająca substancję pochodzenia wewnątrz- i zewnątrzustrojowego. Białko zostaje przez nią rozłożone na ciała azotowe, mało skomplikowane. Przeto z charakteru ciał azotowych we krwi i moczu sądzić można o sprawności wątroby. Gdy zdolność proteolityczna wątroby jest nikła, krążą we krwi złożone ciała azotowe, uszkadzające narządy — przeważnie zaś nerki (przez które wszak przechodzi 95% wszystkich ciał azotowych). Zmniejszenie się ilości mocznika we krwi i moczu i zwiększenie ilości N. pozostałego wskazuje na osłabioną zdolność zubożnienia i przetwarzania ciał jadowitych. Porównując liczby azotu całkowitego we krwi i w moczu, możemy również poznać trudności wydzielnicze nerek. Za jednym więc zamachem możemy określić wartość wątroby i nerek. — Dużą zdolność zubożnienia jądów posiada również skóra: białko pod wpływem czynności komórek skóry (głównie jednak naskórka) zostaje rozłożone na aminy i ciała jeszcze prostsze; krew wylana zamienia się w bilirubinę, później biliwerdynę; skóra walczy z zatruciem, i wyrazem tej walki są dermatozy, jest przekrwienie, rozrost i wreszcie zanik skóry. Częstość skłonni jesteśmy przypisywać przyczynę śmierci po operacji moczniczy, zapadłowi etc.; uniknelibyśmy często omyłki, gdybyśmy każdego osobnika przed operacją poddawali badaniu biologicznemu.

S. Markusfeld.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

POMPEANI. O wpływie soli ziem rzadkich na wydalenie kwasu moczowego. (Cpt. rend. de Soc. de Biol., 1924, Nr. 4 T. XC).

Wobec stwierdzonego przez wielu badaczy wpływu mezotoru i toru X na wydalenie kwasu moczowego, P. podjął na chorych na cierpienia stawowe badania nad wpływem zastrzykiwań wodnych roztworów bardzo słabych soli toru, ytru, lantanu, samaru i dydymu oraz cezu. Chorzy pozostawali na diecie roślinnej; w ostatecznych wynikach badań okazało się, że z badanych soli tylko sole samaru, a zwłaszcza ytru mają wyraźny wpływ na wydalenie kwasu moczowego z moczem. Największe ilości wydalanego kwasu moczowego stwierdzono po kombinacjach soli ytrium + samarium oraz ytrium + cez.

Kaz. Rzet

Ed. ZUNZ i J. La BARRE. Obniżanie się napięcia powierzchniowego osocza po zastrzykaniach dożylnych elektrargolu. (Cpt. rend. de Soc. de Biol. T. XC, 1924 Nr. 2).

Osocze oksalatowane świnki morskiej we wstrząsie anafilaktycznym zawsze ujawnia spadek ciśnienia powierzchniowego. Zjawisko to jest tem większe, im wstrząs jest silniejszy. Zastrzyknięcie dożylnie szybkie 5—10 c. sześć. elektrargolu u człowieka wywołuje wstrząs w postaci silnych dreszczy, duszności, szybkiego opadnięcia ciśnienia tętniczego, przyspieszenia tętna i podniesienia ciepłoty, która dosięga swego maksimum po upływie 30-60 min. W tych warunkach Z. i B. stwierdzali obniżenie się napięcia powierzchniowego osocza, dochodzące do 4—5 dyn. na cm. Zmniejszanie się napięcia powierzchniowego wydaje się w stosunku do natężenia wstrząsu. Gęstość i wskaźnik refraktometryczny osocza nie zmieniają się. Przeciwnie, lepkość osocza wzrasta podczas wstrząsu elektrargolowego. To zmniejszanie się napięcia powierzchniowego po zastrzyknięciu dożylnym elektrargolu dowodzi, że ten czynnik terapeutyczny pociąga za sobą, oprócz objawów klinicznych, jeszcze głębokie zmiany równowagi kolloidalnej ustroju. Używanie przeto zastrzykiwań dożylnych kolloidów, zalecane przez Nolfę i in. w przebiegu chorób zakaźnych,

wymaga dużej ostrożności. Jak to słusznie zauważa K o p a c z e w s k i, niemożliwą jest rzeczą przy obecnym stanie wiedzy przewidzieć intensywność tak wywołanego wstrząsu, a także, czy ustrój chorego może go przetrzymać.

LESNÉ i BARUK. O adrenalinie stosowanej u dzieci przez odbytnicę. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1924. Nr. 6).

Adrenalina, zastrzyknięta podskórnio albo domięśniowo, okazuje swe działanie na ciśnienie krwi, pozostaje natomiast bez wpływu, o ile jest podana przez usta.

Autorzy postanowili porównać wyniki, otrzymywane przy podawaniu adrenaliny przez usta i przez odbytnicę. Okazało się, że przy podawaniu adrenaliny przez odbytnicę w ciągu 15—20 ani w ilości 30 kropeł (1—1000) dziennie można było u niektórych osobników w wieku około 18 lat stwierdzić stopniowe podnoszenie się ciśnienia. Bezpośrednie działanie adrenaliny, podanej przez odbytnicę, badano na dzieciach, mających około 12-tu lat. Przy podawaniu 100 kropeł stwierdzano podnoszenie się ciśnienia max. o 20 mm i przyspieszenie tętna o 10 uderzeń. Działanie to utrzymywało się 1½ godziny. Ta sama ilość adrenaliny, stosowana przez usta, nie wywoływała żadnej zmiany w ciśnieniu i nieznaczne zmiany w tętnie. Stosując adrenalinę u małych dzieci (do lat 3) przez odbytnicę w ilości 100 kropeł, autorzy stwierdzali znaczne zwolnienie tętna, wzmożenie się ciśnienia i zjawienie się skurczów dodatkowych serca. Objawy te ginęły po upływie godziny. Ta sama ilość, stosowana u tychże dzieci przez usta, nie wywoływała wcale skurczów dodatkowych, ciśnienie zaś i tętno zmieniały się nieznacznie.

J. Typograf.

G. v. TAKATS. O działaniu dożylnych wlewań urotropiny, (Arch. f. Klin. Chir. t. 125 zes. 3. 1923).

Działanie urotropiny, stosowanej doustnie od lat 20-tu, a dopiero od niedawna dożylnie, polega na rozłożeniu się jej w cieplecie ciała w kwaśnym środowisku na formalinę i amoniak. Formalina ta in statu nascendi ma działać bakterjobójczo. Przy próbach in vitro przekonano się, że formalina zabija niektóre drobnoustroje w roztworze 1:2000, a nawet 1:30000, spostrzegano też zahamowanie wzrostu bakterji durowych, okrzynicy i czerwonokowych na płycie agarowej, zawierającej urotropinę. Cały szereg istniejących doświadczeń w tym kierunku, nieraz z sobą sprzecznych, nie może być przenoszony bezkrytycznie na ustrój ludzki. Chemoterapia bowiem nie ma zabijać drobnoustrojów, lecz dokonać tego ma sam ustrój, jako odczyn na zastosowany środek. Buzello wykazał in vitro, że należałoby rzucić do krwiobiegu naraz 115 gr. urotropiny, ażeby osiągnąć natychmiastowe zniszczenie drobnoustrojów ropnych. Jest to oczywiście niemożliwe, ale i niepotrzebne, gdyż doświadczenie poucza, że przy dawkach dziennych 4—6 gr. można z doskonałym skutkiem uruchomić siły obronne ustroju.

Jeśli wynik nie będzie dobry, to znaczy, że ustrój jest wyczerpany. Działanie urotropiny, podanej per os i dożylnie, jest zupełnie inne. W żołądku rozkłada się ona na formalinę, drażni śluzówkę żołądka, a do miejsca swego przeznaczenia dostaje się w stanie zmienionym i nie w całości, możliwe, że już nie jako formalina, lecz jako kwas mrówczany. Działanie zaś przy stosowaniu dożylnym jest całkowite i tłumaczy się właściwościami fizyczno-chemicznymi. Ustrój dąży do stałego utrzymania pewnej równowagi w stężeniu HOH-jonów z małym odchyleniem w stronę zasadowości. Tylko w pewnych warunkach chorobowych występuje ogólna kwasowość lub zasadowość nadmierna. Oprócz tej ogólnej kwasowości, istnieje też miejscowa, która daje się wykryć w każdej tkance, będącej w stanie zapalnym, dzięki obecności w niej kwasu mlekowego i innych produktów rozpadu białka. W tym to względnie kwaśnym środowisku wstrzyknięta dożylnie urotropina znajduje dla siebie odpowiednie warunki do rozkładu na formalinę i amoniak. Tem właśnie zjawiskiem da się wytłumaczyć to wielostronne działanie tego leku, czy to w płynie mózgowo-rdzeniowym, czy w moczu, czy w żółci.

Stosowany dożylnie 40% roztwór urotropiny działa jeszcze z jednej strony z racji swej wybitnej zasadowości (np. przy ogólnej kwasowości ustroju, jak roztwór sodu lub cukru gronowego), z drugiej zaś strony jako roztwór silnie hipertoniczny. To ostatnie sprawia wzmożoną wymianę wody, soli

i koloïdów między krwią i sokami ustroju, zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego, wzmożenie wydzielania moczu z wtórnym zmniejszeniem się wysięków i przesiękań.

Autor stosował ten środek w 500 przypadkach. Wlewał dożylnie codziennie po 10 ccm. 40% roztworu, czyli 4 gr. urotropiny na dawkę. Nigdy nie spostrzegał krwimoczu, ani innego działania ubocznego. Po 5—10 minutach daje się wykryć formalina w moczu. Po 24 godzinach nie ma jej ani śladu, a więc niema obawy kumulacji.

Autor stosował wlewania jednorazowe przed zabiegami czaszkowymi. Nie przychodziło ani do zakażeń, ani do częstych powikłań potrepanacyjnych, jako to: silne bóle głowy, drgawki epileptyczne, zawroty głowy, które to powikłania powodowane są wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego, a które znów hipertoniczny roztwór wyrównywał.

Dośkonale wyniki uzyskiwał też w zakażeniach dróg żółciowych. Ropne ogniska zapalne oczyszczają się w 2—3 dni, co autor mógł sprawdzić przez sączkowany przewód wątrobowy. Takie przypadki żółtaczki nieżytowej leczą się po kilku wlewaniach.

W schorzeniach dróg moczowych uzyskuje się szybkie oczyszczanie się miedniczek i pęcherza. Jedno zalewanie usuwa porażenia propraccyjne pęcherza, wskutek podrażnienia n. pelvici przez zatrzymującą się dłużej w pęcherzu porażonym formalinę. Skutek po wlewie występuje w ciągu 1—2, a najpóźniej w 5—8 godzin.

W ostrych i przewlekłych zakażeniach ropnych krwi obok leczenia miejscowego urotropina, podana dożylnie, działa nieraz zbawiennie.

Bardzo dobre wyniki osiągał też autor w różny i uporczywej czyracości.

Feliks Grauberg.

P. TUCHAN. Działania uboczne salwarsanu. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie. Zeszyt II. 1923. str. 66).

Tuchan analizuje krytycznie główne, w piśmiennictwie wzmiarkowane działania uboczne salwarsanu. Na pierwszym planie należy wspomnieć o względnie rzadko spotykanej:

1) Idiosynkrazji pewnych osobników, zwłaszcza: a) młodych, b) kobiet i c) czarnej rasy. Doświadczenie nie przemawia za wstrząsem anafilaktycznym. Występuje czasem już po minimalnych dawkach, częściej po kumulacji środka. O ile podczas ostro występującej niepożądanego komplikacji udaje się czasem wycofać z handlu nieudatną serię preparatu, o tyle jest to trudnem w przewlekłej zjawiającej się, zamaskowanej późnej reakcji salwarsanu. — Tenże numer przetworu wywołuje czasem, co zostało kilkakrotnie stwierdzone — u jednego ciężkie zaburzenia naczynioruchowe, u drugiego silne i głębokie zapalenie skóry.

2) Najbliższą postać zaburzeń ubocznych stanowi zespół naczyniowonerwowy, crises nitritoides przez francuzów zwany. Rzadki zespół ten daje zaburzenia krążenia w obrębie czaszki z sinicą twarzy, drgawkami i utratą przytomności. Wszystko występuje tuż po wstrzyknięciu, a trwa czasem kilka dni gorączka, uczucie wyczerpania, ból głowy i dezorientacja. Mnoży się ten zespół w ostatnich latach, zwłaszcza po wprowadzeniu salwarsanu srebra.

3) Wysypki salwarsanowe znikają czasem po 2—3 dniach, innym razem atoli trwają miesiącami, prowadząc do uwiadu i zejścia śmiertelnego. Rzadko występują tuż po 1 zastrzyku, częściej po ukończonej kuracji. Rokowanie jest zawsze wątpliwe. Lekkie formy przechodzą czasem w nader ciężkie i odwrotnie. Toksykodermia salwarsanowa jest jedną z najbardziej różnobarwnych. Zupełnie niewinne jest zaczerwienienie miejscowe skóry, występujące tuż po pierwszym lub po pierwszych kilku zastrzykach, o wiele poważniejszy charakter noszą: czerwień drobno plamkowa, urticaria, eczema madidans universale, prowadząc czasem do pyodermy rozlanej i objawów uporczywej posocznicy. Rzadsze są exanthema stabile, melanoza arsenikowa, półpasiec, purpura, lichen ruber, hyperkeratosis i nieustanne swędzenie dłoni i stóp. Mimo liczne podanych różniczkowo-rozpoznawczych oznak trudno przy terapii skombinowanej w poszczególnym przypadku określić, co z tych dermatoz kładzie na karb arseniku, a co na karb rtęci. Twierdzenie niektórych autorów o pomyślnym wpływie ciężkich dermatoz posalwarsanowych na dalszy bieg syfilisu okazało się błędem.

4) Śmierć mózgowa po salwarsanie jest naogół rzadka. Zwykle dwa dni po pierwszej, częściej po drugiej iniekcji,

występuje przy objawach podrażnienia mózgu purpura cerebri s. encephalitis haemorrhagica, dająca w większości przypadków przy drgawkach ogólnych zejście śmiertelne.

5) Odczyn gorączkowy późny stanowi przeciwwskazanie do dalszego stosowania salwarsanu, gorączka wczesna, czyli świdrowcowa, znika szybko.

6) Bóle gośćcowe (głównie u kobiet), zakrzepy naczyń obwodowych, zgorzel obwodowa, krwawienie podskórne i podśluzówkowe, zapalenia nerwów i rdzenia obserwuje się niezbyt często.

7) Żółtaczka i zanik ostry wątroby nie należą natomiast do rzadkości, posiadają przeto ogromne piśmiennictwo. Wielkość dawki nie odgrywa w tym przypadku żadnej roli. Raz występuje żółtaczka tuż po zastrzyku, innym razem po skończonej kuracji. Późna żółtaczka spotyka się ostatnio coraz częściej, jest ona 9 razy częstsza od wczesnej. Obie postaci przebiegają, jak zwykły icterus, i każda prowadzić może do zaniku wątroby. Ciekawa jest obserwacja, że pewna serja salwarsanu sprowadzała u chorych szpitalnych ciężką żółtaczkę, u pozaszpitalnych lekką lub żadną. Wogóle mnożą się w ostatnich latach endemie samoistne żółtaczki i ostrego zaniku wątroby.

Jeszcze bardziej utrudnia rozpoznanie różniczkowe okoliczność, że żółtaczkę spotyka się nierzadko we wczesnych okresach kiły nieleczzonej lub w 3 miesiące po rozpoczęciu leczenia, czyli w tejże fazie choroby, w której późna żółtaczka salwarsanowa uwydatniać się zwykła. Ile z tej ostatniej grupy stanowi hepatorecydywę, na wzór znanej nurorecydywy, trudno orzec. Ani dane statystyczne, ani próby badania czynności wątroby nie posunęły tutaj sprawy naprzód. Są pojedyncze spostrzeżenia, że i icterus infectiosus simplex występował w ostatnich czasach o wiele częściej, i niektóre endemie tegoż obserwowano jednocześnie u syfilityków oddziałowych i u personelu szpitalnego (Pincus, Strümpell). Że leży coś i w samej fabrykacji preparatu, dowodzą tu i owdzie zjawiające się epidemie czystej żółtaczki salwarsanowej.

W jednym z lazaretów ingolstadtzkich zachorowało w r. 1918 — 21 syfilityków na żółtaczkę, a 13 z nich zmarło skutkiem zaniku wątroby, w r. 1920 w berlińskiej Charité naliczono 231 żółtaczekowych po salwarsanie i 7 zejść. Todd w Anglii w r. 1921 widział w krótkim czasie 24, a Holland w Christianji 29 przypadków. Wszędzie ograniczenie stosowania salwarsanu ograniczyło przypadki żółtaczki.

Zapobiegawczo należy zawsze notować sobie numer fabryczny preparatu, zmieniać go w stosownej chwili, zmniejszać dawki, przedłużać przerwy iniekcyjne, licząc się poważnie z podejrzaniami zwiastunami, jak gorączką przewlekającą się, uporczywym bólem głowy, swędzeniem, rumieniem przemiającym, pokrzywką, długotrwałym podrażnieniem spojówki i t. d. Dawka neosalwarsanu wogóle nie powinna przekraczać 0,6 u mężczyzn, a 0,45 u kobiet. Z pomocniczych środków leczniczych przy ubocznym działaniu salwarsanu wymienić należy: adrenalinę ($\frac{1}{2}$ — 1 ctm. 1%) przed zastrzykiwaniem salwarsanu i przetwory wapienne. Po wybuchu ciężkich objawów ogólnych i skórnych wskazane są zupełne odstawienie salwarsanu, upust krwi, infuzja podskórna soli, środki moczopędne i nasercowe, kąpiele przedłużone, maść i pasty obojętne na skórę. Przy objawach purpurae cerebri proponowano terpancję czaszki jako zabieg dekompresyjny, ratujący nieraz życie.

Na pytanie zasadnicze, czy wobec tylu i tak ciężkich ubocznych działań salwarsanu należy wogóle ograniczać lub zaniechać stosowania salwarsanu i jego licznych odmian lub nawet wrócić do dawnej rtęci z jodem, odpowiedziały przecząco zarówno Niemieckie Towarzystwo Dermatologiczne w r. 1922, jak i Angielska Komisja Salwarsanowa w tymże roku, które jednomyślnie uważają stosowanie salwarsanu za niezbędne i ograniczenie jego używalności za szkodliwe.

H. Higier.

Higiena i Epidemjologia.

Dr. Kazimierz KARAFFA-KORBUTT, prof. Un. Wileń. Ochrona życia i zdrowia pracowników przemysłowych. (Nr. 1 „Walka z kurzem w przemyśle”. — Skład Główny w Księg. J. Zawadzkiego w Wilnie. R. 1924).

Niewielka ta książeczka jest pierwszą z mającej się ukazać serji, złożonej z trzynastu broszur. Nie jest to naukowa rozprawa, przeznaczona dla niewielkiej grupy specjalistów, wyczerpująca wszechstronnie to ważne zagadnienie higieny przemysłowej. Przeciwnie. Jest to broszurka, popular-

nie pisana, bardzo łatwo czytająca się, przeznaczona dla szerokiego mas pracowników przemysłowych. Cel jej — propagowanie higieny pracy wśród samych pracowników. I cel swój osiągnie.

Prof. Karaffa-Korbutt zapowiedział całą serję tych broszur, rzecz więc sama pomyślana jest dość szeroko. Jest on pierwszym w Polsce, wprowadzającym pewien system i celowość w propagandzie broszurowej higieny pracy, a brak tego bardzo odczuwać się dawał. Było to też przyczyną, że przedstawicielstwa robotnicze, wysuwając daleko idące postulaty ekonomiczne, bardzo rzadko domagały się reform sanitarnych w przemyśle. Prof. Karaffa-Korbutt postanowił rozpocząć kampanję w obronie zdrowia i życia pracowników przemysłowych i poszedł drogą najpewniejszą: drogą popularnych broszur uświadomić chce masę pracowniczą o grożącym im niebezpieczeństwie i powołać je do obrony swego największego skarbu — zdolności do pracy.

Pracy tej Dr. K. K. należy szczerze życzyć powodzenia. J. B.

Dr. Kazimierz KARAFFA-KORBUTT, prof. Uniw. Wileńskiego. Zarys higieny dla studentów, lekarzy, inżynierów i urzędników zdrowia publicznego. Część I, nakł. księgarńi J. Zawadzkiego w Wilnie, 1924, stron. 232.

Oryginalna polska literatura naukowa z działy higieny przedstawia się nadzwyczaj uboga. Studyjacy ten dział medycyny zwracać się musieli do wydawnictw obcych. Próbę więc zapełnienia braku, tak dotkliwie odczuwanego w Polsce, ze strony prof. dr. Korbutta należy powitać z uznaniem. Starannie wydana część I zawiera wstęp, zasady statystyki sanitarnej i odżywiania. Szczegółową oceną pracy prof. dr. K.-K. zajmiemy się obszernie po wydaniu pozostałych części.

Kontrola produktów spożywczych w Szwajcarii w r. 1922. (Sprawozdanie Dyrektora Związk. Służby Zdr. Publ. za r. 1922 — Bull. Mens. — Office Int. d'Hyg. Publ. t. XV—1923. Nr. 12).

Kontrola produktów spożywczych w Szwajcarii w r. 1922 weszła w swoje normalne łożysko: „towary wojenne” znikły już prawie zupełnie z rynku. Zakłady badawcze kantonalne wykonały w r. 1922—70112 analizy produktów spożywczych — odsetek zafałszowań wynosił 13,99%: mleka zbadano 44098 prób, wina—7889 prób, wody do picia—4743 próby, wódek i likierów — 1563, jabłecznika — 1347 i t. p.

(W Polsce 3 zakłady państwowe badania żywności wykonały w r. 1922—70616 analiz, w tem mleka zbadano — 54297 prób — odsetek wykrytych zafałszowań wynosił: w Zakładzie Warszawskim — 27,08%, w Zakładzie Łódzkim — 43,8%, w Zakładzie Krakowskim — 58,98%, przyp. refer.). Zażaleń przeciw orzeczeniom zakładów kantonalnych wniesiono 50. W ciągu roku 1922 powstały nowe zakłady badawcze w kantonach Valais i Neuchâtel, zaprojektowano zakład w Lucernie. Wydatki na kontrolę produktów spożywczych wyniosły w r. 1922 — 1211033 fr., dochody zakładów—219921 franków. Chodźko.

Dur brzuszny a woda do picia. (Office internationale d'Hygiène publique 1924. Styczeń).

Wpływ wody do picia na śmiertelność z duru brzuszowego w Belgji wymownie ilustruje poniższa tabelka:

P r o w i n c j a	liczba przypadków śmierci na 10,000 mieszkańców		liczba gmin posiadających wodociągi		liczba przypadków śmierci na 10,000 mieszkańców		liczba gmin posiadających wodociągi		liczba przypadków śmierci na 10,000 mieszkańców		liczba gmin posiadających wodociągi	
	1891—1900 r.		1901—1910 r.		1911—1920 r.		1901—1910 r.		1911—1920 r.		1901—1910 r.	
Antwerpja . . .	2,79	3	1,29	4	0,56	4						
Brabancja . . .	2,67	34	1,20	58	0,70	65						
Flandrja Zachodnia	3,56	6	1,76	7	0,97	7						
Flandrja Wschodnia	3,58	3	1,80	4	1,16	4						
Hainaut	2,71	42	0,98	66	0,78	68						
Leodjum	2,48	71	1,29	105	1,06	107						
Limburg	3,30	3	1,77	5	0,98	5						
Luksemburg . . .	3,17	103	1,70	126	0,86	132						
Namur	2,73	142	1,22	178	0,86	181						
	2,92	407	1,38	553	0,85	573						

J. A d a m s k i.

SIEMASZKO. O stanie zdrowotnym w Rosji Sowieckiej. (Deutsch. med. Woch. Nr. 7 i 8, 1924 r.).

W pracy tej sowiecki komisarz zdrowia podaje dane oficjalne, dotyczące chorób zakaźnych i ogólnej śmiertelności.

Śmiertelność ogólna, która przed wojną wynosiła w Rosji 26,5%, w r. 1920 wyniosła 38%. Liczba zmarłych z głodu w 1922 r., według danych statystycznych centrali, miała wynosić 5 milionów ludzi. Przypadków duru osutkowego przed wojną było rocznie 70—80 tysięcy, w r. 1915—154800, w 1919 — 2119549 (365,3 na 10 tys. mieszk.), w r. 1920 — 3354656 (293,9 na 10 tys. m.), w r. 1922 jeszcze 1401145 (109,2 na 10 t. m.). Dur powrotny najbardziej srożył się w r. 1920 (1453424 i 1922 (1446722). Śmiertelność z duru płamistego wynosiła 9—10%, z duru powrotnego 2—3%. Siemaszko sam przyznaje, że liczba chorych na dur płamisty była w rzeczywistości „znacznie wyższa”, ale nie zgadza się z Tarasiewiczem, który w „Renseignements épidém.” w r. 1922 podał ogólną liczbę zachorowań na dur płamisty na 30 milionów. W r. 1923 liczba przypadków znacznie zmalała. Władze sowieckie zwalczały te klęski przez stworzenie 250 tysięcy łóżek dla chorych zakaźnych, utworzenie punktów izolacyjnych i kwarantanowych na kolejach, przez wprowadzenie przymusowego masowego czyszczenia i t. p. Były również zwoływane zjazdy bakterjologów i epidemiologów. W latach 1919—1920 na dur zapadło 3129 lekarzy armii czerwonej, t. j. 41% ogółu lekarzy. Cholera szerzyła się w latach ostatnich nie, jak poprzednio, na drogach wodnych, lecz wzdłuż kolei żelaznej. W r. 1918 zarejestrowano 41289, w r. 1920—25923, w r. 1921—204228 przypadków, zaś w 1922—86178. W r. 1923 jakoby jej było tylko 117 przypadków, z czego 76 w Rostowie nad Donem. W r. 1922 szczepiono przeciw cholerze 10 milionów ludzi. W celu zwalczania epidemii istnieje 35 zakładów bakterjologicznych, w Moskwie zaś — centralny zakład kontrolny dla surowic i szczepionek. W r. 1919 wydano dekret o przymusowym szczepieniu ospy. W r. 1920—1921 zanotowano w Władystoku 498 przypadków dżumy. Dla zwalczania jej otwarto w Irkucku i Czystie pracownię przeciwdżumowe. Ogromne rozmiary przybrała w Rosji zimnica, która dotarła do najodleglejszych miejscowości północnych. Otwarto 100 stacji malarycznych, każda składająca się z pracowni, przychodni, szpitala; urządzono kursy dla lekarzy; ułatwiono otrzymywanie chininy. W Moskwie, Taszkencie i Erywaniu utworzono zakłady dla badania chorób podzwrotnikowych.

M. G.

Choroby zakaźne.

B. LANGE i M. YOSHIOKA. Zakażenie i odporność w tyfusie mysim. (Zeitschr. f. Hyg. T. 101, str. 451—1924).

Badania były przedsięwzięte ze względu na podobieństwo pomiędzy tyfusem brzusznym i mysim, jako przyczynę do patogenyzy tego ostatniego. Myszy i świnki były zakażane przez wprowadzenie zarazka drogą ustną. Jako pierwszy wniosek autora podnieść należy, że zarazek nie osiedla się bezpośrednio w przewodzie pokarmowym, lecz przenika od razu do układu chłonnego (gruczoły zaotrzewnowe), śledziony i wątroby, skąd dopiero później przenika do jelit. W końcowym okresie choroby znajdujemy go we wszystkich narządach i jelitach, gdy tymczasem początkowo w pierwszych godzinach i dniach można go wykryć tylko w gruczołach i w śledzionie. Badania nad zakażeniem wielokrotnie za pomocą zarazka żywego, wprowadzonego drogą ustną, wykazały odporność tylko nieznaczną przeważnie w postaci przedłużenia okresu chorobowego: myszy, które nie padły od pierwszego zakażenia i były po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu zakażone powtórnie, ginęły później, niż kontrolne. Uodpornienie za pomocą hodowli zabitych dało częściowo wyniki pomyślne (patrz streszczenie następne).

Z. Sz.

F. NEUFELD. Niektóre zagadnienia zasadnicze z dziedziny uodpornienia czynnego. (Zeitschr. f. Hyg. Tom 101, str. 466—1924).

Autor występuje w obronie szczepionek przeciwdurowych i przeciwholerycznych, stosowanych masowo w postaci zawiesiny bakterji zabitych we wszystkich armjach wojny światowej.

Szczepienia te stały się po wojnie przedmiotem bardzo ostrej krytyki ze strony całego szeregu uczonych, tak, że w końcu czytelnicy, zwłaszcza nefachowi, nie wiedzieli, cze-

go się trzymać. Zaczęto kwestjonować wartość szczepionek zabitych w ogóle oraz metody ich stosowania (sposób zastrzykiwania, temperaturę zabijania bakterji, płyn, w którym bakterje były zawieszane i t. p.). Neufeld z dużym talentem posługuje się wynikami doświadczeń dawnych przeważnie swoich uczniów i współpracowników oraz nowych autorów amerykańskich. Z zestawień tych wynika, że tylko doświadczenia, opierające się na wielkich serjach zwierząt szczepionych, dają wyniki wyraźne, niezamącone przez wahania indywidualne. Okazuje się, że skuteczność szczepień jest zupełnie niewątpliwa. Doświadczenia prowadzone były na myszach i świnkach. Szczepionkę, t. j. zawieszinę hodowli przeważnie tyfusu mysiego, już to zabita, już to żywa, wprowadzano albo podskórnie lub śródtrzewnowo, albo przez jamę ustną. Zakażenie przeważnie drogą jamy ustnej następowało w różnych odstępach czasu. W doświadczeniach każdego z cytowanych autorów można było stwierdzić zawsze, że procent zwierząt, znoszących bezkarnie zakażenie po uprzednim uodpornieniu, był tem większy, im więcej zawiesiny wprowadzono w czasie uodpornienia już to jednocześnie, już to wielokrotnie, oraz im dłuższy czas — oczywiście w pewnych granicach — upływał pomiędzy uodpornieniem a zakażeniem. Ani rodzaj szczepów, ani sposób przyrządzenia szczepionki, ani droga jej wprowadzenia nie grały roli zasadniczej. Autor występuje przeciwko zbytnej subtylizacji sposobów ogrzewania szczepionki (52 st. czy 58), zbija również poglądy autorów francuskich na różnicę odporności rozmaitych tkanek i narządów ustroju. Za kryterjum uodpornienia autor uważa los całego zwierzęcia en bloc, nie uciekając się do analizy własności odpornościowych surowicy. Zwierzę uodpornione musi albo znieść zakażenie bezkarnie, albo chorować po zakażeniu dłużej, niż zwierzęta serji kontrolnej. Doświadczenia nad odpornością w krętkowicy kurzej dały zupełnie te same wyniki, co doświadczenia nad tyfusem mysim. Autor kończy swoje wywody podkreśleniem, że klasyczne prace Pfeiffera i Kollego z przed lat 30-u, które stały się podwaliną szczepienia hodowlami zabitymi, do dziś dnia nie straciły na wartości.

Z. Sz.

WIDOWITZ. Odczyn zlepnę z lasecznikami czerwonymi u dzieci. (Acta paediatrica Vol. 2, Fasc. III. 1924).

We krwi dziecięcej i u osobników dorosłych autor stwierdzał często obecność zlepników dla szczepów Y i Flexner. Odsetek osobników, posiadających we krwi aglutyniny, wzrasta z wiekiem. Aglutyniny te powstawać mogą w ustroju na skutek przejścia choroby z objawami klinicznymi, lub też na skutek zakażenia, nie dającego jednak objawów klinicznych. W czasie choroby miano zlepnę podnosi się znacznie, poczem spada do 1/20—1/10. Na tym poziomie utrzymuje się i po przejściu choroby. Tak zwane normalne aglutyniny są, według autora, jedynie skutkiem przebytego zakażenia. Ponieważ wśród dorosłych około 100% osobników posiada aglutyniny dla szczepu Flexnera lub Y, należy dojść do wniosku, iż wszyscy oni przeżywali widzialne lub niewidzialne zakażenie jednym z tych drobnoustrojów.

(Przyp. ref. Autor neguje zupełnie możliwość powstawania aglutynin samoistnie, bez zetknięcia się ustroju z danym zarazkiem).

Br.

R. DEBRÉ, R. BROCA, J. BERTRAND. Szpitalny ośrodek zapobiegawczy przeciwko odrze i krztuścowi. (Arch. de Med. des Enfants T. XXVII Nr. 3. III. 1924).

Zapasy surowicy ozdrowieńców odrowych przygotowywano na miejscu w szpitalu. W ciągu roku zebrano 300 ctm³. Surowicę tę w razie potrzeby wstrzykiwano tylko oseskom i dzieciom słabym, chorowitym. Działanie surowicy trwa zwykle przeszło miesiąc. Jeżeli przy otrzymaniu surowicy dziecko zachorowuje na t. zw. odrę zmodyfikowaną, która nie daje powikłań nawet u dzieci słabych, dobrze znosi się przez osesków, nie wywołuje anergji w grzylcy — występuje wtedy uodpornienie, prawdopodobnie na całe życie. Surowica ozdrowieńców po tej postaci odrę daje te same wyniki, co i surowica po zwykłej odrze. W centrum Szpitala Bretonneau prześledzono 254 przypadki po wstrzyknięciu surowicy, bądź to wśród dzieci leczących się w szpitalu, bądź pozaszpitalnych — w przytułkach, domach prywatnych i t. p. Pośród tych dzieci 190 uniknęło zupełnie zakażenia, 48 za-

padło na odrę zmodyfikowaną, 12 zachorowało na odrę prawdziwą wskutek spóźnionego wstrzyknięcia surowicy (po 10-ym dniu wylegania), trojgu podano za małą dawkę, i te również zachorowały, 1 przypadek pozostał niewyjaśniony, gdyż wystąpiła odra pomimo prawidłowego wprowadzenia surowicy. Doświadczenia nad zapobieganiem krztuscowi zapomocą wstrzykiwań surowicy, pobranej od chorych w 4-ym tygodniu choroby, nie są jeszcze dostatecznie pogłębione. Z 79 przypadków 65 zostało wolnych od krztusca, 11 miało postać łagodną, 3 zachorowały na krztusiec. Rozpowszechnienie metody szczepień ochronnych drogą założenia ośrodków szpitalnych ma doniosłe znaczenie. W szpitalu Bretonneau przed wprowadzeniem surowicy od października 1922 r. do października 1923 r. było chorych na odrę 354, zmarło 54. W Paryżu w ciągu ostatniej zimy zachorowało na odrę około 20,000 dzieci, ile zmarło niewiadomo.

A. Skorko.

Abraham ZINGHER. Odczyn Schicka wykonany na 150,000 dzieci w szkołach New-Yorku. (Amer. Journal Dis. of Childr. Nr. 5, 1923 r.).

Odczyn Schicka, będący wskaźnikiem odporności na błonicę, został wykonany na olbrzymim materiale, złożonym z dzieci szkolnych. Statystyka ujawnia fakt, zresztą znany, iż z wiekiem dzieci nabywają odporności, choć nie wszystkie w jednakowym stopniu. Dzieci, mieszkające w dzielnicach ubogich, nabywają odporność we wcześniejszym okresie życia, dzieci natomiast z dzielnic zamożnych wykazują większy odsetek nieodpornych. Podobną, a nawet większą jeszcze różnicę stwierdzamy pomiędzy szkołami wiejskimi a miejskimi; w tych ostatnich przeważają wybitnie dzieci nieodporne. Według poglądu autora dzieci miejskie, szczególnie w dzielnicach zaludnionych, mają większą okazję do zetknięcia się z zarazkiem błoniczym, aniżeli dzieci wiejskie. To zetknięcie się ustroju ze swoistym zarazkiem błoniczym autor uważa za najważniejszy czynnik w powstawaniu odporności osobniczej. Znacznie mniejsze znaczenie przypisuje on właściwościom rasowym i rodzinnym dziedzicznym.

Br.

DUDLEY. Związek pomiędzy obecnością naturalnego jadu przeciwbłoniczego we krwi, a urodzeniem zakażeniem błonicą. (The Brit. Journ. of Exper. Path. Vol. III, Nr. 4).

W jednej ze szkół badano odporność na błonicę wśród dzieci szkolnych w różnych okresach czasu. Odsetek osobników odpornych od pierwszego do ostatniego badania wzrósł znacznie, okazało się tu jednak, iż znaczniejszy wzrost odporności wśród dzieci spostrzegano jedynie w czasie, lub bezpośrednio po panujących w szkole epidemjach błonicy. Odporność nabywały nie tylko te dzieci, które przeszły błonicę, lecz i dzieci napozór zdrowe, a to wskutek zetknięcia się z zarazkiem błoniczym.

Br.

ROHMER. Szczepienie ochronne przeciwbłonicze. (Archiv. de med. des enf. T. XXVI, Nr. 1).

Za pomocą stosowanego powszechnie wstrzykiwania mieszaniny jadu i przeciwjadu błoniczego (z pewną określoną nadwyżką jadu) autor uodparniał czynnie dzieci wrażliwe na błonicę, t. j. dające dodatni odczyn Schicka. Stosowanie uodparniania czynnego wskazane jest szczególnie w żłobkach, domach podrzutków, szpitalach, szkołach. Najodpowiedniejszym momentem do szczepienia jest 2-gi rok życia, wtedy, gdy dzieci straciły już odporność, nabytą biernie od matki, i są już zdolne do wytworzenia odporności czynnej. W razie wybuchu epidemii uodparnianie czynne znajduje również zastosowanie, w tych przypadkach jednak bezpieczniej jest połączyć z uodparnianiem czynnym uodparnianie biernie w postaci wstrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej.

Barański

E. RINGWALD. Zwiększanie się liczby eozynofili w krwi chorych na płonice po wprowadzeniu pozajelitowym kazeozanu. (Jahrb. f. Kinderhik. Bd. 54, H. 5, 1923).

Autor zadaje pytanie, jak stwierdzić, czy dziecko, przyjęte do szpitala już po zniknięciu wysypki, niewiadomego więc charakteru, przechodziło płonice. Łuszczenie się skóry obok ropnego zapalenia ucha, zajęcie stawów lub zapalenia nerek jest tylko wskazówką. Pomocnym być również może, według

Pescha, dodatni odczyn Wassermann'a, przy ujemnym odczynie Meinickego. Badania Ringwalda miały na celu wyświetlenie: 1) jak długi czas po przebytej płonicy utrzymuje się leukocytoza, i 2) czy u dzieci, które niedawno przeszły płonice, daje się przez wprowadzenie obcego białka zwiększyć eozynofilię w przeciwieństwie do dzieci, które płonicy nie przeszły. Do badań swych używał Ringwald kazeozanu Heydena, stosowanego domięśniowo. Badaniu poddawał tylko dzieci, u których w kale nie znaleziono jaj pasorczytów. Na materiale, złożonym z 32 osobników w wieku od 2 roku życia do 12-go, otrzymał następujące wyniki:

1) Leukocytoza ustępuje wraz ze zniknięciem wysypki i zjawia się w razie powikłań.

2) Eozynofilia utrzymuje się przez 6—7 tygodni.

3) U dzieci, które przeszły płonice, udaje się przez zastrzyknięcie 1—4 cm. sz. kazeozanu zwiększyć eozynofilię. Tylko u 3 z ogólnej liczby 32 odczyn ten nie wystąpił bez wiadomej przyczyny.

4) Dziesięcioro dzieci, które nie przeszły płonicy, z normalną liczbą eozynofili nie reagowało na kazeozan zwiększeniem się ich liczby.

P. Baumritter.

Pio BASTAI i Archimede BUSACA. Przyczyna powstawania opryszczki wargowej. (Klin. Woch. 1924, Nr. 4).

Badania, prowadzone przez autorów, szły w dwóch kierunkach: 1) zbadanie, o ile zakażenie opryszczkowe jest zakażeniem ogólnym, oraz 2) ustalenie związku pomiędzy nagminnym zapaleniem mózgu, a opryszczką. Ad 1) autorzy wyhodowali z przypadków opryszczki zarazek, który, wstrzyknięty podoponowo królikom, wywołał śmierć z powodu herpes i encephalitis. Wprowadzenie człowiekowi doskórnie mózgu takiego królika lub też zarazka herpes nie wywołuje żadnych objawów miejscowych; u tych ludzi można natomiast stwierdzić obecność zarazka w płynie mózgowo-rdzeniowym. Również po wprowadzeniu zarazka do rogówki oka człowieka, gdzie powstaje keratitis herpetica, znajdujemy zarazek w płynie mózgowym. Tak więc zakażenie opryszczkowe może się rozszerzyć w całym ustroju. Ad 2) zakażenie ludzi zarówno doskórnie, jak i do kanału rdzeniowego, t. zw. zarazkiem encephalitis nie wywołało w żadnym przypadku encephalitis, lecz jedynie opryszczkę. Według autorów t. zw. virus encephalitis to jedynie virus herpeticum, przypadkowo znajdujący się u osób chorych na encephalitis.

M. Prokopowicz.

Ch. NICOLLE i E. CONSEIL. Dur powrotny w Tunetani. (Bull. Mens. Office Intern. d'Hyg. Publ. t. XV, 1923 Nr. 12).

Po raz pierwszy stwierdzono dur powrotny w Tunetani w r. 1903; większość przypadków duru pochodzi naogół z ognisk, znajdujących się na granicy Trypolitanii i w sąsiedztwie pustyni. Dur powrotny tunetański jest typu t. zw. europejskiego, albo międzynarodowego i powodowany jest przez krętek Obermeiera. Według zdania autorów, nie ma żadnej podstawy do przypuszczenia istnienia specjalnego szczepu t. zw. krętka północno-afrykańskiego (Spirochaete Berbera), gdyż ani symptomatologia duru powrotnego afrykańskiego nie różni się niczem od duru europejskiego ani też nie istnieją żadne cechy charakterystyczne istotne dla odróżnienia krętka północno-afrykańskiego od krętka Obermeiera. Opierając się na obserwacji 164 przypadków z epidemii 1912, autorzy stwierdzają, że przebieg kliniczny odpowiadał całkowicie obrazowi klinicznemu duru powrotnego europejskiego, zwracając uwagę jedynie na znaczną przewagę postaci żółtaczkowych; w połowie przypadków z górą spostrzegano dwa napady, w 1/9 przypadków—trzy, w 1/30—cztery, w 1/5 przypadków — jeden napad.

Przenosicielem duru powrotnego jest wesz i to zarówno wesz głowowa, jak i wesz odzieżowa; ukąszenie wszy zakażonej nie wystarcza do przeniesienia zakażenia, natomiast zarazek łatwo wciera się w skórę z cząsteczkami wszy, rozgniecionej przez drapanie się, spowodowane swędzeniem skóry po ukąszeniu przez wesz, albo przez przeniesienie tych cząsteczek z kroplami krwi wszy do łącznicy oka. Krętki z krwi chorego, pochłonięte przez wesz, znikają po jednym dniu i zjawiają się we wszy znowu 6-go dnia po ukąszeniu chorego (pod ultramikroskopem); krętki mogą przebywać we wszy zakażonej do 25-go dnia; najsilniejsza jest zaraźliwość

wszy między 6-ym a 15-tym dniem po ukąszeniu przez nią chorego. Zakażenie krętkiem duru powrotnego przekazuje się w wszy dziedzicznie (podczas gdy zarazek duru plamistego nie przechodzi z wszy dojrzałej na gnidę). Okres wylęgania duru powrotnego trwa od 2—8 dni; krew chorego może być zaraźliwa nawet w okresach bezgorączkowych (mała liczba krętków albo postaci niewidoczne krętków).

Epidemie duru powrotnego rozpoczynają się w Tunezji pod koniec zimy, osiągając maximum natężenia w kwietniu i w maju, co tłumaczy się skupieniem ludności w domach w sezonie zimnym oraz migracją zawieszonych koczowników z południa, gdzie istnieją ogniska endemiczne duru powrotnego, na północ w poszukiwaniu pracy na roli. Epidemie duru powrotnego w Tunezji mają zawsze charakter ognisk zlokalizowanych; zapadalność na dur powrotny w mieście Tunisie w okresie od 1903—1923 r. wynosiła 3,3 na 100.000 mieszkańców — śmiertelność wynosiła 8,4% (z duru plamistego tamże — 34%!).

Najlepsze wyniki lecznicze dają arsenobenzeny (606, Nowoarsenobemol, Ludyl etc.) w dawkach po 0,45—0,6 Nowoarsenobenzolu śródżylnie; niekiedy w 2 godz. po zastrzyknięciu pod ultramikroskopem nie można już wykryć we krwi chorego ani jednego krętka. Najpewniejszym środkiem w walce z duru powrotnym jest niszczenie wszy.

Zarządzenia zapobiegawcze są następujące:

1) odosobnienie chorych i możliwie najszybsza ich sterylizacja za pomocą zastrzyknięć śródżylnych soli arsenikowych;

2) dokładne odwieszenie chorych i odkażenie ich rzeczy i mieszkań;

3) energiczne odwieszenie wszelkich podejrzanych o zakażenie skupisk ludzkich i odkażenie zajmowanych przez nich pomieszczeń.

Jako środek odkażający najlepsze wyniki daje płynny kwas siarkawy; niszczenie pasorzytów u człowieka osiąga się najłatwiej za pomocą ciepłych kąpeli ze strannem nacieraaniem mydłem i cjankiem rtęci.

Zarządzenia o charakterze międzynarodowym w stosunku do duru powrotnego winny być naogół te same, co względem duru plamistego — należy jednak stosować je znacznie ostrzej ze względu na dziedziczne przenoszenie się zarazka u wszy i odporność gnid względem środków odkażających.

Chodźko.

G. BUCHANAN. Dur powrotny w kolonjach brytańskich Afryki Zachodniej. (Bull. Men. Off. Int. d'Hyg. Publ. t. XV, 1923, Nr. 12):

Epidemia duru powrotnego wybuchła w końcu marca 1923 r. (i trwała do lipca tegoż roku) w Accra (Kolonja Złotego Brzegu). Stwierdzono 158 przypadków duru, z których 156 u mężczyzn i 2 u kobiet, choroba zjawiała się między robotnikami, przybyłymi z terytoriów północnych do Accry w poszukiwaniu pracy, którzy byli silnie zainscenieni (ludność miejscowa jest zupełnie wolna od wszy); śmiertelność wynosiła 2,5%; we krwi chorych wykryto krętek Obermeiera; okres wylęgania trwał od 7—12 dni, przerwa między napadami trwała od 2—10 dni. Chorzy byli leczeni nowoarsenobenzelem Billona w dawkach po 0,3 gr. w przypadkach lekkich do maximum 1,2 gr.; dawka przeciętna wynosiła 0,6 gr.

Badania, przeprowadzone przez D-ra Ingrama stwierdziły, że choroba przenosi się za pośrednictwem wszy przez wgłcenie w skórę cząsteczek wszy zakażonej przy drapaniu się: samo ukąszenie przez wesz zakażoną nie wystarcza do wywołania choroby. W opisywanej epidemii wesz była jedynym czynnikiem, przenoszącym zakażenie; po ukąszeniu chorego wesz staje się zakażona dopiero po upływie 6—7 dni i pozostaje nią przez pewien czas; nie stwierdzono, czy zarazek przenosi się do gnid. W okresie bezgorączkowym nie wykryto we krwi chorych krętków Obermeiera (po za jednym przypadkiem). Zwalczanie epidemii polegało na odwieszeniu i odosobnieniu chorych i kontaktów, odwieszeniu lokali, wprowadzenia obowiązkowego zgłaszania przypadków i ogólnych energicznych zarządzeniach sanitarnych, mianowicie inspekcjach sanitarnych od domu do domu, niszczeniu zakażonych chat i usuwaniu przeludnienia mieszkań.

Chodźko.

Choroby zakaźne w Szwajcarii w r. 1922. (Sprawozdanie Dyrektora Związkowej Służby Zdrowia Publicznego za rok 1922, — Bull. Mens. Office Int. d'Hyg. Publ. t. XV, 1923, Nr. 12).

Epidemia ospy, która rozpoczęła się w Szwajcarii w r. 1921, trwała przez cały rok 1922: w 13 kantonach stwierdzono 1159 przypadków; charakterystyczną cechą epidemii była jej niezwykle łagodność — w ciągu roku zdarzył się tylko jeden przypadek śmierci u dziecka 17-dniowego; z drugiej strony ta łagodność przebiegu przyczyniła się do rozszerzenia epidemii, gdyż lekkie przypadki przechodziły niepostrzeżenie, i chorzy, nie przestając uczęszczać do swoich zajęć, roznosili zarazę.

Najsilniej dotknięte były kantony Zurychski i Berneński — do tego ostatniego ospa zawleczona została prawdopodobnie przez włóczęgów. Kantony, które utrzymywały u siebie szczepienie przymusowe przeciw ospie (Kantony francuskie i włoskie) nie były dotknięte epidemią; 90% chorych stanowiły osoby nieszczepione. Przyczyną tak znacznego rozpowszechnienia się choroby w kantonach niemieckich było zniesienie pod wpływem propagandy przepisów o przymusowym szczepieniu przeciw ospie.

Wydatki na walkę z ospą wyniosły w r. 1922 — 739560 franków szw., czego można było uniknąć, gdyby szczepienie przymusowe było regularnie stosowane.

W początkach 1922 r. nowa fala grypy spowodowała 60.295 zapadnięć o łagodnym przebiegu; duru brzuszego stwierdzono 263 przypadki; błonicy — 4.415 przyp. (w r. 1921 — 7.702 przyp.); w 18 kantonach wprowadzono bezpłatne badanie bakteriologiczne błonicy (w r. 1922—9.408 badań, w r. 1921—13.044 badań); błonicy było 2.272 przyp., nagminnego zapalenia mózgowia naliczono 62 przypadki (w r. 1921—156 przyp.); czkawki epidemicznej — 21 przyp.; 5 przypadków czerwoni stwierdzono w jednej z gmin kantonu Genewskiego. Utworzono oddzielną komisję do badań nad wolem endemicznym, stanowiącym, jak wiadomo, plagę Szwajcarii; komisja ta stwierdziła wysoką wartość zapobiegawczą jodu, podawanego w b. małych dawkach; zdecydowano zaproponować władzom sanitarnym zorganizowanie walki z wolem w dwóch kierunkach: przez akcję zapobiegawczą w szkole za pomocą perjo-dycznego podawania dzieciom szkolnym przetworów jodowych i przez akcję zapobiegawczą ogólną za pomocą dodawania do soli kuchennej, sprzedawanej publiczności, ściśle określonej ilości soli jodu (5 mgr. natrii jodati na 1 kg. soli).

(Wpływ akcji zapobiegawczej daje się już spostrzec w kantonie St. Gallen, gdzie w styczniu 1918 r. odsetek dzieci szkolnych, dotkniętych wolem, wynosił 87,6%, zaś po zastosowaniu jodu — w czerwcu 1922 r. — 13,1% — przyp. refer.).

Od r. 1920 jest czynna w Szwajcarii specjalna pograniczna służba zdrowia, podlegająca Dyrekcji Związkowej Służby Zdrowia, a mająca na celu ochronę Szwajcarii od wtargnięcia z zewnątrz duru plamistego, cholery, dżumy i t. p.; w ciągu r. 1922 na posterunkach sanitarnych pogranicznych w Brigg, Chiasso, Buchs i Bazylei poddano kontroli sanitarnej 10.371 podróżnych, z których 8.651 przybyło z okolic, nawiedzonych dudem plamistym, a 1.720 z okolic, nawiedzonych dżumą, pozatem poddano kontroli sanitarnej 6.332 dzieci, przystających do Szwajcarii zza granicy na pobyt letni, oraz kilkunastodniowej kwarantannie — 155 obywateli szwajcarskich, którzy wracali z Rosji.

Walka z gruźlicą w Szwajcarii nie była dotąd ujęta w ramy ogólnie obowiązującego całego Związku prawa; Dyrekcja Związkowej Służby Zdrowia opracowała projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy, oparty na zasadach współpracy Federacji, Kantonów i gmin. — Projekt ten złożono ciłom prawodawczym w ciągu 1923 r. W r. 1922 rząd związkowy wyzna-czył 1.000.000 franków szw. na subsydja dla instytucji, zwalczających gruźlicę.

Chodźko.

J. CISLER. Twardziel zakaźna w Czechosłowacji. (Bull. Mens. Office Internat. d'Hygiène Publ. t. XVI, 1924 Nr. 1).

Praca opiera się na 75 przypadkach twardzieli, spostrze-ganych w instytucjach leczniczych Pragi Czeskiej w ciągu ostatnich lat 13. Autor twierdzi, że ojczyzną twardzieli jest Polska, skąd choroba szerzy się: na zachód na Śląsk, Morawy i Czechy; na wschód — do Rosji; na północ-wschód na Litwę; na północ-zachód — do Prus, na południe — do Węgier, Kroacji, Styrii i Karyntji; w dalszym ciągu jednak zaznacza

autor, że Polska nie jest jedynym ogniskiem twardzieli, gdyż występuje ona endemicznie w Szwajcarii, we Włoszech południowych, w Hiszpanji, w Egipcie, w Indjach i Japonji, w Austrii i w Ameryce Południowej: według Alejandro del Rio twardziel szerzy się we wszystkich państwach Ameryki Południowej i liczba jej przypadków ustawicznie wzrasta; według Jurasza choroba ta została przeniesiona do Europy z Azji.

Autor stwierdza, że twardziel szerzy się obecnie we wszystkich dzielnicach Republiki Czesko-słowackiej i dotyka nie tylko Czechów i Słowaków, ale również przedstawicieli innych narodowości; w Morawji (zarówno jak i na Węgrzech oraz w Styrii) twardziel posuwa się z biegiem większych rzek. Twardziel szerzyć się może przez kontakt (przypadki rodzinne), jest bezwzględnie zakaźna i zaraźliwa; autor sądzi, że wiele przypadków krztuśca albo „gruźlicy przewlekłej” w typie rodzinnym po dokładnem zbadaniu okazałoby się niewątpliwie twardzielią.

Pod względem zapadalności na twardziel niema różnicy pomiędzy obu płciami, wiek nie odgrywa również żadnej roli: z pośród 75 chorych najmłodszy miał lat 16, najstarszy — 69; przeważająca większość przypadków twardzieli zdarza się wśród ludności ubogiej, jednakże klasy zamożniejsze nie są od niej całkowicie wolne. Siedlisko pierwotne choroby prawie wyłącznie stanowi nos; w wielu przypadkach skóra nosa pozostaje niezmienną. Właściwym czynnikiem chorobotwórczym twardzieli jest pałeczka Frisch'a. Pod względem leczenia i zapobiegawczym najlepsze wyniki dała dotąd „rinosklerina Honi” (rinosklerina Pawłowskiego była mało skuteczna), radium i promienie Röntgena stosowano również z wynikiem pomyślnym, zarówno jak i tartarus stibiatus.

Chodźko.

Choroby płuc.

E. RIST i P. AMEUILLE. Gruźlica otwarta i gruźlica zamknięta. (Rev. de la Tuber. Nr. III. Czerwiec 1923).

Kwestja gruźlicy czynnej-zamkniętej istnieje już od chwili odkrycia prątka gruźliczego (marzec 1882). W Niemczech Lichtheim w styczniu 1883 r. wyodrębnił te postacie kliniczne gruźlicy, które przebiegają bez „połączenia z oskrzelami”, i co do których dziś jeszcze panuje najzupełniejsza zgoda. Później (1884—1890) Grancher, Gerhardt, Turban i inni wprowadzili pogląd, w myśl którego na czas dłuższy przed ukazaniem się prątków w płwocinie istnieje okres rozwojowy suchot płucnych, dający się stwierdzić klinicznie. Taki pogląd panował prawie do dni ostatnich. Dopiero w r. 1912 Besançon zaprotestował przeciw tej opinii.

Pod względem anatomicznym gruźlica płuc zamknięta charakteryzuje się brakiem połączenia z oskrzelami, a więc anatomicznie niezbędne są pewne ściśle określone warunki.

Warunkom tym odpowiadają w zupełności: gruźlica prosówkowa płuc i pewne postacie włókniste suchot, które trudno odróżnić od gruźlicy zabliznionej, wreszcie ogniska serowate, jeszcze dość twarde, gęste, ściśle przylegające do ścian pęcherzyków, również zserowaciałych.

Ta ostatnia postać anatomiczna jest jedyna, która może być podstawą do dyskusji o gruźlicy zamkniętej.

Zmiany serowate, twarde, zbite spotyka się prawie wyłącznie w płucach gruźliczych dziecięcych. U dorosłych wydaje się, że między alveolitem, który jest pierwszą zmianą gruźliczą, i jamą otwartą do oskrzeli niema miejsca na dłuższy okres pośredni zserowacenia, a tem samem dla gruźlicy zamkniętej.

Co się tyczy praktyki, zagadnienie przedstawia się następująco: czy obecność prątków gruźliczych jest elementem rozpoznawczym niezbędnym, czy też jednym z wielu innych tej samej wartości?

Co do jednego tylko punktu wszyscy ftizjologowie współcześni są w najzupełniejszej zgodzie: „obecność prątków gruźliczych w płwocinie jest jedynym objawem pewnym”. Co do innych punktów, opinie wyraźnie się rozcho- dzą. Jednakże zgadzają się jeszcze wszyscy i na to, że, pomimo nieobecności prątków, dostateczna „wiązka” objawów przypuszczalnych może być równoznaczna z objawem pewnym. Klinicyści różnią się tylko co do składu tej „wiązki” przypuszczeń.

Przeglądając te różne opinie, widzimy, że wszyscy uczeni zgadzają się na to, że, jeżeli szukać prątków syste-

matycznie i przy pomocy odpowiedniej techniki, to liczba przypadków gruźlicy zamkniętej zmniejsza się znacznie na korzyść gruźlicy otwartej. Pozostaje jednak margines, którego wymiary są niejednakowe dla rozmaitych klinicystów.

Trzeba zaznaczyć, że chodzi tu więcej o wrażenie, niż o liczby. Statystyki odpowiednie są zupełnie niewystarczające. Żaden z autorów, z wyjątkiem Mantoux (Presse médicale 11 listopad 1918 r.) nie uważał za odpowiednie uzasadnić w swych statystykach rozpoznać gruźlicy zamkniętej.

Większość z nich przyznaje, że pomiędzy chorymi na gruźlicę czynną jest znacznie więcej tych, którzy odpływają prątki, niż to dawniej myśłano. Przyznają oni również, że pomiędzy „kaszlącymi”, którzy nie odpływają prątków, są gruźlicy i niegruźlicy.

Otóż, co do stosunku względnego tych dwóch ostatnich kategorii i co do kryterjów, które pozwalają umieszczać chorych w jednej lub drugiej kategorii, opinie znowu się różnią. Pochodzi to stąd, że używa się metod badania zbyt subiektywnych i polega się na wrażeniach. Używając metod ściślejszych, zobaczymy, że ilość gruźlicy zamkniętej zmniejsza się, ale do zera nie spadnie nigdy.

Istnieją przynajmniej dwie poważne postacie gruźlicy dróg oddechowych, które, że tak powiem, z samego określenia są zamknięte:

- 1) Zapalenie opłucny surowiczo-włóknikowe.
- 2) Ostra, ogólna gruźlica prosówkowa.

Do tych dwóch schorzeń dodać można jeszcze zapalenie gruźlicze gruczołów przyoskrzelowych u dzieci. Cóż pozostaje nadto, co by wchodziło w ramy naszych pojęć obecnych o gruźlicy i co by można było nazwać gruźlicą czynną zamkniętą? jak często liczbowo spotkać można powyższą formę gruźlicy?

Statystyki nie dają dokładnych odpowiedzi na te pytania. Trzeba więc postarać się odpowiedzieć na nie w inny sposób.

Studując prace wielu poważnych ftizjologów francuskich i angielskich, nabiera się wątpliwości co do ścisłości rozpoznawania gruźlicy zamkniętej. Tak np. dr. Dickinson (dyrektor sanatorium w Newcastle) stwierdza, że w latach 1913—1919 u chorych podejrzanych o gruźlicę, a nie posiadających prątków w płwocinie, udało się później w 75,8% gruźlicę wyłączyć. U 3 chorych z tej kategorii, którzy zmarli, badanie pośmiertne wykazało inne sprawy chorobowe, nie gruźlicę. Tak więc do tych przypadków jakoby gruźlicy zamkniętej, uchodzących za takie, ponieważ prątki były szukane za pomocą techniki niewystarczającej, dochodzą bardzo liczne schorzenia niegruźlicze, które symulują gruźlicę.

Ostrożność wymaga, by wszystkie inne rozpoznania poza gruźlicą były wzięte pod uwagę, boć rozpoznanie gruźlicy zamkniętej może być postawione tylko przez wyłączenie.

Ażeby zebrać dokumenty statystyczne z dostatecznymi gwarancjami ścisłości i autentyczności, celem próby rozwiązania problemu gruźlicy zamkniętej, autorowie ustalili cały szereg dokładnych przepisów, dotyczących się badania i obserwacji chorych, a stosowanych w przychodni L. Bourgeois, przez nich prowadzonej.

Na 1000 chorych, zbadanych w myśl powyższych zasad przez dr. Rist'a, stwierdzono tylko 6 przypadków wątpliwych, których jednak do gruźlicy zamkniętej zaliczyć nie można. Po zastosowaniu powyższej metody przez różnych obserwatorów w różnych miejscach obserwacji należałoby może, po uprzednich badaniach dość długich, zainicjować między klinicystami nową dyskusję.

Jeśli w tym nowym bilansie gruźlica zamknięta legalnie zatrzyma pewne stanowisko, to trzeba będzie porozumieć się co do kryterjów, pozwalających ją napewno rozpoznawać. Jeśli zaś, przeciwnie, ogranicza się ona do tej resztki nieznacznej i hipotetycznej statystyki Rist'a, należałoby wyciągnąć odpowiednie konsekwencje.

Trzeba by było powiększyć liczbę pracowni i ulepszyć je. Przez wydatek umiarkowany a bardzo produktywny zaoszczędziłoby się czas, pracę i pieniądze na wyszukiwanie, leczenie i na opiekę nad gruźliczymi, którzy nimi nie są, i na opiekę nad ludźmi, którzy nie są zagrożeni gruźlicą.

St. Paradistal.

S. BONNAMOUR, P. SAUTERAU, S. DOUBROW.
O doniosłości badania płwociny suchotników na obecność włó-

kien elastycznych. (Cpt. rend. Soc. Biol. 1924. T. XC, Z. 3 str. 232).

Poszukiwanie w płwocinie włókien elastycznych ma znaczenie doniosłe w badaniu rozwoju gruczolicy płuc. Ich nieobecność pozwala przewidywać postać łagodną z tendencją do wyleczenia samoistnego.

Obecność ich oznacza postać groźną; w przypadku sprawy jednostronnej przemawia na korzyść odmy. W przebiegu tej ostatniej ich znikanie jest oznaką wczesną skuteczności zabiegu; ich utrzymywanie się pozwala wnioskować, że odma sama przez się jest niewystarczająca do powstrzymania rowoju sprawy.

Kaz. R z ę t.

Ch. YOON. Działanie odmy na płuco gruczolice i niegruczolice. (Beitr. z. Kl. d. Tub. T. 58, Z. 1).

Autor opisuje swoje doświadczenia na zwierzętach, wykonane w zakładzie anatomii patologicznej w Wrocławiu. Wynik dokładnie opisanych i drobniogowo opracowanych doświadczeń został ujęty w sposób następujący. 1) Płuca, uciśnięte przez odmę, są mniej ukrwione, niż normalne. Odma uciskowa jest bezwarunkowo wskazana w krwawieniach płuc. 2) Pod wpływem odmy, zwłaszcza stałej, tkanka płucna ulega łącznotkankowemu przekształceniu. 3) Środki lekarskie, wprowadzane z zewnątrz do ustroju, w mniejszym stopniu rozprzestrzeniają się w płuco uciśnięte, niż w zdrowe. Nie udało się również stwierdzić wzmoczonego krążenia limfy. 4) Stwardniałe skutkiem odmy płuco traci swą zdolność oddechową dzięki kurczeniu się bliznowatemu i zanikowi komórek pęcherzyków. 5) Płuco takie można zwierzętom usuwać wraz z ogniskami gruczolizmi bez szkody dla zwierzęcia. 6) Nie ulega wątpliwości, że odma dodatnio oddziaływa na przewlekłe przebiegającą gruczolicę płuc. 7) Ostro przebiegająca gruczolica wysiękowa ulega silniejszemu rozpadowi serowatemu. 8) Bliznowacenie ognisk gruczolich rozpoczyna się dopiero po 3 godzinach. 9) Laseczniki gruczolice giną w płuco pod wpływem odmy. 10) Odma uciskowa wywołuje w drugim płuco silną rozedmę i pogorszenie sprawy chorobowej. Odma odprężająca (Entspannungspneumothorax) mniej obciąża płuco drugie, niż odma uciskowa i powoduje większe ukrwienie, niż ta druga. 11) Serce ulega początkowo rozszerzeniu, następnie prawa komora ulega przerostowi, a w zakresie żyły wrotnej następuje zastój. 12) Do leczenia jednostronnej gruczolicy przewlekłej należy zalecać lekką odmę uciskową przynajmniej na przeciąg 7 miesięcy.

M. G.

H. MAENDL. W sprawie trwałych wyników po stosowaniu sztucznej odmy piersiowej. (Beitr. z. Kl. d. Tub. T. 58, Z. 1).

Praca oparta na 300 własnych i 1094 obcych spostrzeżeniach. Do celów statystycznych użyto 1330 przypadków, w których od założenia odmy upłynęło 2—12 lat.

Na 29 lekarzy pytanych 26 używa nakłucia, 2/3 tych lekarzy stosowało azot, 1/3 za pierwszym razem—tlen. Wysięk występował w 25% przypadków. Na 1330 przypadków z 13300 następstwami wdmuchiwaniami miano 15 razy (0,1%) zator gazowy bez wyniku śmiertelnego. Naogół autor potwierdza zdanie Muralta co do dodatniego wpływu wysięku. Od 784 chorych otrzymano odpowiedź na zapytanie o stan zdrowia, w tem 524 razy (66%) wynik trwały był dodatni.

Autor podaje cały szereg wskazówek praktycznych co do techniki, wskazań i przeciwwskazań, powikłań, auto- i heteroseroterapii, frenikotomii i t. p. Między innymi zaleca przemijające stosowanie odmy piersiowej w uporczywych recydujących zapaleniach suchych opłucny.

M. G.

U. WINKLER. Wpływ odmy sztucznej na ciepłotę, tętno, oddech i wagę gruczolich. (Beitr. z. Kl. d. Tub. T. 58, Z. 1).

Ciepłota wnet po założeniu odmy najczęściej podnosi się mniej więcej o stopień (wchłanianie się jądów pod wpływem ucisku), by po kilku dniach opaść. Nierzadko otrzymuje się spadek ciepłoty po wprowadzeniu nawet niewielkich ilości gazu. Tętno naogół odpowiada ciepłocie. Ciśnienie krwi mało odbiega od normy. Liczba oddechów nieco wzrasta. W przypadkach nadmiernego ruchu występuje duszność. Zazwyczaj jednak następuje pogłębienie oddechu (większe

ukrwienie płuca nieuciśniętego). Waga w pierwszych dniach niekiedy się zmniejsza (wpływ duszności, zaburzeń sercowych, ucisk na żołądek w przypadkach odmy lewostronnej, może i pewne odchylenia w przemianie materji). W miarę poprawy pod wpływem odmy wzrasta i waga.

M. G.

WARNECKE. O suchem zapaleniu opłucny, jako powikłaniu sztucznej odmy. (Beitr. z. Klin. d. Tub. T. 58 Z. 1).

Autor wspomina o niezbyt rzadkiem, jak powiada, powikłaniu sztucznej odmy piersiowej w postaci suchego zapalenia opłucny i przestrzega przed dążeniem do gwałtownego rozsunięcia obu listków opłucny za pomocą wywoływania wysokiego ciśnienia. Tego rodzaju postępowanie prowadzi zazwyczaj do smutnych rezultatów. Spokój i częstsze, lecz niewielkie dopełnianie odmy są jedynie wskazane. O ile nastąpiły już zrosty — należy pomyśleć o torakoplastyce. Jako środek zapobiegawczy, autor podaje wapno przez usta lub dożylnie.

M. G.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

F. GAISBÖCK. Rozpoznanie i leczenie pierwotnej polycytemji. (Klinische Wochenschrift 1923, Nr. 15).

Podstawą do rozpoznania powyższej jednostki chorobowej jest wyraźne i długotrwałe powiększenie liczby czerwonych ciałek w jednostce objętościowej krwi, branej u chorego z rozmaitych miejsc, z tętnic, żył i naczyń włosowatych. Przy obliczaniu czerwonych krwinek należy, rzecz jasna, wyliczyć przejściowe erytrocytozy, spowodowane przez stan zapalny lub zastoinowy, albo też przez utratę wody w ustroju. Już zewnętrzny wygląd chorego, jego nadmierne zaczerwienienie twarzy, szyi, tułów, ręce, stopy oraz dostępne dla oka błony śluzowe dają wskazania do badania krwi. W daleko posuniętych przypadkach stwierdza się często krwotoki w powłokach zewnętrznych i narządach wewnętrznych. Często też stwierdzamy obniżenie ciepłoty, przerost mięśnia sercowego, zapalenie oskrzeli, powiększenie śledziony i wątroby, zaburzenia nerkowe, niestrawność, zaburzenia psychiczne i nerwowe. Wymienione objawy są wynikiem zaburzeń we krwi oraz w układzie naczyniowym i noszą przeważnie charakter zaburzeń czynnościowych; dopiero w późniejszym okresie choroby zjawiają się zmiany organiczne w postaci zapalenia łącznotkankowych składników śledziony, marskości wątroby, zmian w nerkach, sercu i mózgu.

Dokładne badania stwierdziły, iż chodzi tu o bezwzględne powiększenie liczby erytrocytów, a czasem i leukocytów, i że zawartość hemoglobiny nie odpowiada wzmoczonej liczbie czerwonych krwinek, a więc wskaźnik jest mniejszy od 1.

Na podstawie symptomatologii rozróżniamy obecnie 3 postacie pierwotnej polycytemji:

- 1) polycytemję połączoną z sinicą i powiększeniem śledziony — polycythaemia megalosplenica;
- 2) polycytemję z sinicą i wzmocnionym ciśnieniem krwi, bez powiększenia śledziony — polycythaemia hypertonica;
- 3) polycytemję z silnie powiększoną śledzioną, żółtaczką i marskością wątroby. Oprócz wymienionych 3 głównych grup istnieje szereg postaci przejściowych.

Istnieją 2 przypuszczenia o przyczynach powstawania omawianej choroby. Jedni uważają, iż chodzi tu o zmniejszoną siłę erytrolityczną śledziony. Powyższe przypuszczenie już zostało obalone, przy usunięciu bowiem śledziony nie zawsze zjawia się polycytemja. Inni natomiast twierdzą, iż siedlisko choroby tkwi w szpiku kostnym, który wykazuje czasem, z nieznanymi nam powodów, wzmoczoną czynność krwiotwórczą. Istotnie, anatomicznie stwierdzono w tych przypadkach zaczerwienienie i napełnienie szpiku kostnego.

Leczenie pierwotnej polycytemji opiera się na wyżej przytoczonych objawach. W razie niewydolności serca stosujemy środki nasercowe. Ważny jest upust krwi 2—3 razy do roku po pół do 1 litra, zwłaszcza przy wzmocnionym ciśnieniu. Jako środek, hamujący bujanie układu krwiotwórczego, był stosowany dawniej z pewnym powodzeniem—benzel. Jednak stosowane od 1912 r. naświetlanie prom. Roentgena wyparły wszystkie dawne metody. Należy zauważyć, iż pożyteczne jest naświetlanie kości, a nie śledziony lub wątroby. Przy dawkowaniu promieni należy być bardzo ostrożnym, ich działanie bowiem zależy nie tylko od ilości i twardości promieni, lecz również od stanu chwilowego ustroju. Naświetlania nie

prowadzą jednak do zupełnego wyleczenia; po pewnym czasie objawy chorobowe zjawiają się ponownie. Ponieważ Dubois stwierdził pewien antagonizm pomiędzy tarczycą, pobudzającą odnowę krwi, a śledzioną, namuszającą powyższe zjawisko, możnaby było w celach leczniczych usuwać częściowo tarczycę.

Autor, wychodząc z założenia, iż przyczyną pierwotnej polycytemji jest przerost szpiku kostnego, proponuje w tych wypadkach usuwać na drodze chirurgicznej szpik z większych długich kości; zabieg ten będzie, jego zdaniem, bardziej skuteczny, a zarazem więcej oszczędzi, w sensie biologicznym, tkankę bujającą, niż naświetlania promieniami Roentgena. Podobne operacje, lecz z innych powodów, były już niejednokrotnie wykonywane z dobrym wynikiem.

Rubinsztejn.

Th. E. Hers THAYSEN. Przypadek choroby Vaquera ze szczególnem uwzględnieniem samoistnych wahań stopnia polycytemji. (Folia Haematologica, T. XXVIII, z. 3).

Typowy przypadek choroby Vaquera z polycytemją, sinicizmem zabarwieniem skóry i powiększoną śledzioną. Wielokrotne badania liczby krwinek doprowadziły autora do następujących wyników: 1) zawartość czerwonych ciałek jest różna w krwi naczyń włosowatych różnych okolic ciała; 2) w jednej i tej samej okolicy krwi, badana co dzień o tej samej porze, wykazuje różnice do 3 milj. czerwonych ciałek; 3) przy obliczaniu liczby czerwonych ciałek, w jednym i tem samym miejscu w odstępach 2-godzinnych zachodzą różnice do 100%; 4) przy obliczaniu liczby czerwonych ciałek w jednej i tej samej okolicy ciała co 5 minut zachodzą różnice do 1,8 milj.; 5) przy codziennem badaniu krwi żyłnej stwierdza się różnice do 1,5 milj.

Badania krwi normalnej również wykazują różną zawartość czerwonych ciałek w różnych okolicach ciała, jednak różnice są mniejsze, niż u polycytemików. Najmniejsze są różnice zawartości czerwonych ciałek w krwi normalnej przy obliczaniu co 5 minut w jednym i tem samym miejscu. Najprawdopodobniejszą przyczyną wahań zawartości czerwonych ciałek jest stan tętniczek i naczyń przedwłosowych, których napięcie szczególnie żywo się zmienia u polycytemików.

Siniczne zabarwienie skóry polycytemików zależy według autora głównie od rozszerzenia naczyń. Powiększona zawartość Hb. we krwi odgrywa rolę podrzędniejszą.

A. Lapidus.

Położnictwo i choroby kobiet.

C. DANIEL i A. BABES. O kępkach żółtych jajowodu (Salpingitis xanthomatosi). (La Presse Méd. 22.XII 1923).

Kępki żółte są to guziki o zabarwieniu żółtawem, zwykle nie przekraczające rozmiarów ziarnka grochu. Główne ich siedlisko stanowi skóra i stawy. Drobnowidzowo składają się z komórek dużych, zawierających kropelki i kryształki cholesteryny.

W ich liczbie rozróżniają zarówno nowotwory właściwe, jak ziarniniaki zapalne (Lubarsch, Pryne, Seyler). Pierwsze z nich nie należą do jakiegoś typu określonego, — spotykano przekształcenie się w kępki żółte włókniaków, nerwiaków, naczyńniaków, raków, mięsaków i innych (Lubarsch). Niema cech, pozwalających odróżnić kępki żółte nowotworowe od zapalnych.

Cholesterynemja ogólna lub miejscowa, przy współistnieniu zastój miejscowym chłonki, stanowią warunki niezbędne do ich powstawania. Pochodzenie komórek kępek żółtych nie jest wyjaśnione, jednakże w poszczególnych przypadkach stwierdzono to pochodzenie ze śródbłonnków lub komórek tkanki łącznej.

Nawet na skórze zdarzają się kępki żółte dość rzadko. Poza tem spotykano je w stawach, pochewkach ścięgowych, powięziach. Gauthier, znalazł je w śledzionie powiększonej (Splénomégalie type Gauthier).

Autorowie podają tu trzy przypadki kępek żółtych, wklajających zapalenie przewlekłe jajowodów, znalezione przez nich w pośród znacznej liczby jajowodów, wyciętych operacyjnie przez Daniela, a zbadań drobnowidzowo. Autorowie nie spotykali w literaturze przypadków kępek żółtych w jajowodach.

Obok zmian zwykłych dla zapalenia przewlekłego prze-

rostowego z ropniakiem lub bez, występują tu kępki żółte bądź na powierzchni wewnętrznej, bądź w samej śluzówce jajowodu.

Kępki powierzchowne bywają pojedyncze lub mnogie, wielkości od ziarnka konopnego do fasoli, umiejscawiają się dowolnie lub układają się w łańcuchy. Zabarwienie powierzchni i przekroju żółtawe, niejednolite, wygląd matowy. Tworzą je komórki duże (30—60 μ .), wielokątne lub okrągławe, przylegające do siebie ściśle, jak w nabłonkach, o zarodki drobnoziarnistej obfitej, słabo się barwiącej sposobami zwykłymi. Na tłuszcz komórki te barwią się na żółto-czerwono (lipoidy) i zawierają liczne kryształki cholesteryny. Jądra duże, okrągłe mieszczą się w środku komórki, barwią się jednolicie, bez sieci chromatynowej i jąderka.

Przy umiejscowieniu kępek w samej śluzówce fałdy i strzępy obrzmiewają bardzo znacznie, wskutek przekształcenia się komórek podścieliska w komórki kępkowe.

Nacieki limfocytów dookoła naczyń, znajdujących się w ilości zmiennej. Takież nacieki rozsiane bezładnie pomiędzy komórkami kępkowymi.

Rozpoznanie różniczkowe:

1) z kępkami żółtymi wrzekomymi w jajowodzie, po raz pierwszy opisanymi przez Picka w postaci żółtych nacieczeń rozlanych w ścianie ropnia. Zjawisko to zależy od obecności tu komórek wrzekomych kępek żółtych, a nie od nacieczenia ropnego, jak sądzono przedtem. Komórki kępkowe wrzekome wyglądem swoim zbliżają się do rzeczywistych, nie tworzą jednak, jak tamte, gruzków dobrze ograniczonych. Obie sprawy mogą istnieć obok siebie;

2) z nadnerczem nadliczbowym w więzadle szerokiem. Brak tu budowy typowej dla nadnercza, pomimo podobieństwa komórek;

3) z masami serowatymi gruzliczmi. Brak tu martwicy i gruzeków;

4) z tłuszczakiem jajowodu istnieje podobieństwo makro- i mikroskopowe. Różnicę stanowi wygląd jąder i zarodki;

5) z brodawczakiem — podobieństwo budowy kępek do tkanki nabłonkowej. Barwienie na tłuszcz usuwa wątpliwości.

Rokowanie. Obecność kępek żółtych nie zdaje się oddziaływać na przebieg zapalenia jajowodu. Przekształcenie złośliwe jednak nie jest wyłączone.

Powstawanie kępek żółtych w jajowodach, dotkniętych zapaleniem przewlekłym, tłumaczy się częstem występowaniem jednoczesnem zastój chłonki i cholesterynemji w tym narządzie. Pierwszy jest zależny od stanu zapalnego, druga — od obecności w jajnikach tworów luteinowych, bogatych w cholesterynę.

Wobec powyższego autorowie uważają, że obok postaci już znanych zapalenia przewlekłego jajowodu, czyli zapalenia grudkowego (Oethman) i guzkowego (Chiari) rozróżnić należy jeszcze trzecią — zapalenie przewlekłe z kępkami żółtymi (Salpingitis xanthomatosa chronica).

Al. Czarnocki.

E. VOGT. Patogeneza torbieli ciała żółtego. (Ztbl. f. Gyn. Nr. 43, 1923).

Dawna teoria o zapalnym pochodzeniu torbieli ciała żółtego, panująca do chwili obecnej, została zachwiana przez v. Oettingena, który wprowadził dwie nowe hipotezy do patogenyzy owych torbieli. Jedna z nich szuka przyczyn w zmienionej czynności jajnika, jako gruczołu dokrewnego, druga zaś widzi przyczynę w ciałach drażniących, stanowiących zawartość samej torbieli ciała żółtego. Nie odrzucając w zasadzie teorii zapalnego pochodzenia owych torbieli, autor na podstawie własnego materiału (30 przypadków) stwierdza, że nie można jednakże za pomocą tej teorii objaśnić wszystkich przypadków. Z drugiej strony autor podkreśla, że dotychczas za mało poświęcano uwagi możliwości przerzutu, za czem przemawiają przypadki dwustronnego powstawania torbieli ciała żółtego.

Przechodząc do samej teorii v. Oettingena, autor stwierdza, że, jak badania doświadczalne, tak i kliniczne nie mogą w pełni potwierdzić hipotezy o dysfunkcji jajnika, jako jedynej przyczyny powstawania torbieli ciała żółtego. Natomiast autor szuka przyczyny w zmianach konstytucyjnych, przyczem robi próbę połączenia dawnej teorii bakteryjnej z teorią v. Oettingena w tym sensie, że przyczyny bakteryjne mogą doprowadzić do tworzenia się torbieli ciała żół-

tego tam, gdzie już uprzednio były zmiany w dokrewnem wydzielaniu jajnika.

Fingerhut.

MENÉTRIER, PEYRON i SURMONT. O nowotworach jajnika pochodzących z narządu Wolffa. (Bull. de l'Assoc. franc. pour l'étude du cancer. Zeszyt 4, 1921 r.).

Autor opisuje przypadek, w którym znalazł w jajniku kobiety 35 l. szereg szczątkowych tworów, pozostałości sieci gruczołu płciowego, nadjajnika i przewodu Wolffa lub przednercza. Mogą one służyć za punkt wyjścia dla nowotworów jajnika.

Twory te przedstawiają się w następujący sposób:

1) drobne torbiele w miejscu zrostu krezki jajnika z kreską jajowodu, czyli pozajajnikowe. Największa zaczyna formować nóżkę, tworząc w ten sposób przyczepkę (une hydatide). Nie jest to prawdziwy przyczepkę uszypułkowany Morgagniego, pochodzący z przewodu Müllera, lecz pseudo-przyczepkę śródmiejszodłowy z narządu Wolffa. Na pochodzenie torbieli tych wskazuje wielokształtność nabłonka, wyścielającego je, zwykła dla tworów pochodzących z narządu Wolffa.

2) oraz stosunek topograficzny do szeregu małych przewodów nadjajnika, które znajdują się obok na biegunie jajowodowym jajnika. Wykazują one taką wielokształtność nabłonków, jak wyżej opisane torbiele, różnią się tem, że otaczają je 2 warstwy mięśni gładkich.

3) Wypuklenia torbielowate cewki sieci jajnika oraz torbiele izolowane między siecią i biegunem macicznym jajnika z brodawkowatymi wyrostkami. Nabłonek pierwszych przypomina nabłonek nadjajnika, z tą różnicą, iż wykazuje większą skłonność do bujania, oraz że cewki nie posiadają 2 warstw mięsnych.

Ta grupa torbieli pochodzi z sieci, najdalej zaś umieszczone stoją w związku z tworami pozajajnikowymi przednercza.

Jak wiadomo, gdy tylko zjawia się nerka właściwa, pranercze wstępuje w związek z narządem płciowym i ulega zanikowi nie jednocześnie i nie w jednakowym stopniu we wszystkich swoich odcinkach. Ze ścian kłębków powstają przewody Michalkovica, które są zawiązkami dróg odprowadzających gruczołu płciowego u samca.

Nabłonek osłonki, który nie zanika wraz z kłębkami, łączy światło przewodów Michalkovica z światłem kanalików poprzecznych, które tworzą nadjajnik. Od tej chwili rozróżnić można cz. przednią lub płciową pranercza i cz. tylną, inaczej moczową, która zanika później i prawie zupełnie. Z kłębków Malpighiego nie pozostaje śladu. Część odpowiadających im kanalików poprzecznych traci łączność z przewodem Wolffa, tworząc przyjajnik. Znajduje się on zwykle później między jajowodem i macicą.

- Kanaliki nadjajnika powiększają się, ulegają fragmentacji, przekształcają się w pęcherzyki izolowane albo połączone z otoczką tkankową. Ich błona mięsna zjawia się później;
- sieć znajduje się w zależności troficznej od komórek śródmiejszowych wnętrza, nie posiada błony mięsnej dookoła światła przewodów;
- przyjajnik ulega zanikowi daleko posuniętemu, składa się z kilku poprzecznych kanalików pranercza;
- z dolnego odcinka przewodu Wolffa pozostaje rzadko utrzymujący się kanał Gartnera.

Łączność pierwotną przewodu pranercza z jamą ciała podawano w wątpliwość. Ostatnie prace wykazały, że pęcherzyki izolowane, które znaleźć można w odcinku głowim przewodu Wolffa i które bywają połączone z nabłonkiem jamy ciała, są szczątkami przednercza.

Z nich powstawać mogą przyczepki uszypułkowane.

W jajniku trudno bardzo odróżnić te pęcherzyki od pozostałości nadjajnika lub samego przewodu Wolffa wskutek identycznej ich budowy.

Przypadek opisany nasuwa następujące wnioski:

1) W jajniku mogą pozostawać jednocześnie szczątki sieci, nadjajnika i może samego przewodu Wolffa albo przednercza. W każdej grupie następować mogą zmiany torbielowate lub brodawkowate, przypominające nabłonek brodawkowaty na początku jego rozwoju;

2) niektóre przyczepki pochodzą z narządu Wolffa tam, gdzie mylnie można przypuszczać pochodzenie ich z przewodu Müllera.

3) topografia tych torbieli daje możność zrozumienia rozmaitego rozwoju nowotworów z narządu Wolffa. Mogą one być wewnątrzjajnikowe lub przyjajnikowe i jeszcze inne przymaciczne lub przyjajnikowe pochodne przednercza.

S. Połtorzycka.

R. KOEHLER. Wpływ zmniejszenia jajników na przebieg perjodu. (Zentrblt. f. Gyn. Nr. 44, 1923).

U chorej, cierpiącej z powodu Menorrhagia adolescentium, autor po bezskutecznym wyczerpaniu wszystkich innych środków zdecydował się na zupełne usunięcie jednego jajnika i rezekcję 2/3 drugiego. Wynik tego zabiegu był nadzwyczaj dodatni. Chora dostawała po zabiegu perjodu w odstępach 4-tygodniowych, po 5 dni trwającego. Zachęcony tym wynikiem, autor zastosował u 6 chorych, u których z powodu gruźlicy było wskazane wyjałowienie, tę samą metodę rezekcji jajników, aby jednocześnie zmniejszyć siłę perjodu. Wynik był i tutaj również dodatni. Na zasadzie tych przypadków autor stwierdza, że przez zmniejszenie ogólnej masy ciała jajników (na 3/4 — 5/6) można znacznie zmniejszyć siłę perjodu.

W poszukiwaniu przyczyn takiego współdziałania autor wysuwa na pierwszy plan wpływ hormonalne jajników. Z trzech organów hormonalnych jajnika Koehler odrzuca możliwość wpływu tak zwanej Glandula interstitialis, również i ciała żółtego, przypisuje pęcherzykom Graafa główny wpływ na siłę perjodu. Przez rezekcję jajników, a tem samem przez zmniejszenie liczby pęcherzyków Graafa, otrzymujemy zmianę w działaniu organu wykonawczego, t.j. macicy, która odpowiada zmniejszoną siłą perjodu. Tę hipotezę autor stara się podtrzymać przez teoretyczne rozważania, dla których jednakże brak jeszcze danych doświadczalnych.

Fingerhut.

FEKETE. O zaburzeniach miesięczkowych i wpływie na nie wyciągów z narządów. (Monatsch. f. G. u. G. T. 64 z. 5—6).

A. uzasadnia pogląd, że istnieją zaburzenia miesięczkowe na tle wyłącznie czynnościowem. Źródła tych niedomagań nie zawsze należy szukać w zmienionej czynności jajników, często bowiem są one powodowane zaburzeniami w układzie nerwowym i w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem.

Stosowanie wyciągów z narządów daje b. często dobre wyniki, nie jest to jednak wynikiem ich specyficznej działalności, gdyż autorowi udało się osiągnąć również dobre wyniki przez stosowanie płynu Ringera.

Toróńczyk.

BUCURA. Leczenie szczepionkami w ginekologii. (Arch. f. Gyn. T. 119 z. 3, 1923).

Na podstawie 12 letniego doświadczenia autor podkreśla potrzebę podawania dużych dawek i to podskórnie lub śródmięśniowo, nie zaś dożylnie. Dawka początkowa wynosi 100 do 250 miljonów dwoinek Neissera; jeśli reakcja wystąpi, to po 5—6 dniach powtarza się ją, jeśli reakcji brak, następuje po 3—4 dniach dawka podwójna. U silnych osobników dawki przeciętne byłyby 250—500—750 do 1000 miljonów, przyczem najwyższą dawkę powtarza się, póki nie ustąpi wszelki ślad reakcji, względnie nie nastąpi wyleczenie. Przy podejrzeniu zakażenia mieszanego daje się, po osiągnięciu dawki najwyższej gonokoków, szczepionkę mieszaną, a więc 1000 mil. gonokoków z 20 mil. prątką okrężnicą, 2 mil. łańcuszkowców i 200 mil. gronkowców. Ostatecznie autor dochodzi do dawki 1000 mil. gonokoków, 100 mil. prątką okrężnicą, 10 mil. strepto i 1000 mil. stafilokoków. Metoda prowadzi do trwałego usunięcia objawów przewlekłych zapaleń, wymaga jednak długiego czasu. Niezbędne jest równocześnie leczenie miejscowe otwartej rzeżączki na słuzówkach i w gruczołach. Obawa posuwania się sprawy zapalnej, zdaniem autora, jest płonna.

W. Graba Łęcki.

Choroby dróg moczowych.

Eberhard GMELIN. Trwałe wyniki leczenia chirurgicznego zapalenia nerek. (Zeitschrift f. Urolog. Chirurgie. T. XIV, zeszyt 5—6).

Leczenie chirurgiczne zapalenia nerek, zapoczątkowane przez Harrisona w 1896 r. i kontynuowane przez Edebohla, przechodziło różne koleje. Autor na zasadzie wyni-

ków pooperacyjnych 109 przypadków zapalenia nerek—nabrał przekonania, że cały szereg postaci zapalenia nerek może być chirurgicznie trwale wyleczony. Najczęściej autor stosował rozszczepienie torebki włóknistej (decapsulatio) — w zapaleniu nerek po ostrej chorobie zakaźnej, w zapaleniu z zatrucia, w t. zw. „Feldnephritis“, w bolesnym zapaleniu nerek (nephritis dolorosa), w zapaleniu nerek krwotocznym oraz w niektórych przypadkach przewlekłego zapalenia nerek. Bez-mocz częstokroć tego samego dnia zniknął, ciśnienie krwi znakomicie się zmniejszało, bóle głowy i nudności zniknęły, to samo dotyczyło obrzęków, puchliny. Białko w jednym przypadku z 16% (?) spadło do 2%; wałeczki również zniknęły. Najgorsze wyniki były w przypadkach zapalenia nerek z zatrucia sublimatem (we wszystkich 5-iu przypadkach zejście śmiertelne). W ropnym zapaleniu nerek, szczególnie, jeśli ognisko ropne leżało głęboko w mięszu, autor miał znakomite wyniki po zastosowaniu cięcia mięszu (nephrotomia). Wreszcie autor zmuszony był do wycięcia nerki w przypadkach uporczywego krwawienia (na tle zapalenia nerek) i w ropnerczu znacznego stopnia.

S. Markusfeld.

L. STROMINGER. Ropowica okołonerkowa na tle zakażenia dwóinkami Neissera. (Journ. d'Urologie, Tom XVII, Nr. 2),

Do autora zgłosił się 21 letni mężczyzna, który przed 6-ciu tygodniami nabawił się rzeżączki i był pobieżnie leczony. Obecnie chory gorączkuje, czuje się osłabionym i ma silne bóle w prawej okolicy lędźwiowej. Język obłożony, suchy; moc mętny. Badanie moczu, otrzymanego przez cewnikowanie prawego moczowodu, stwierdza dwóinki Neissera. Nerka prawa niemacalna. Autor zdecydował się na klasyczne cięcie lędźwiowe, chociaż uprzednie nakłucie tej okolicy dało wynik ujemny; w głębi stwierdził on rozległą ropowicę, którą opróżnił i szeroko sączył. Po 20-u dniach rana zagojona. Tego rodzaju ropowice mogą być pierwotne, jak w opisanym przypadku, lub też wtórne w związku z dwóinkowym zapaleniem miedniczek. Pierwotne ropowice okołonerkowe nie są często spotykane: Yoshimasu naliczył wszystkiego 23 przypadki. Najczęściej nerka pozostaje zdrową.

S. Markusfeld.

J. JACOBSCHE. Brodawczak miedniczeki nerkowej. (Z posiedz. tow. urol. w Berlinie z dnia 19.VII.1923, Zeits. f. Ur. Bd. 18 Hef. 3).

Nawiązując do rzadkości nowotworów miedniczeki nerkowej w przeciwieństwie do mięszu nerkowego oraz ich przeważnie złośliwego charakteru, autor przytacza przypadek brodawczaka miedniczeki nerkowej oraz górnego bieguna nerki u pacjenta, l. 48, który zauważył krew w moczu; po pewnym czasie krwawienie powtórzyło się i trwało 3 tyg.; nerki nie wyczuwalne, moc: czerw. c. krwi, brak wałeczków. pojedyncze leukocyty. Wziernikowanie pęcherza: nieczyt pęcherza, ujścia moczowodów bez zmian, badanie czynnościowe nerek wykazało znaczne upośledzenie w wydzielaniu nerki lewej. Badanie rentgenologiczne: cień w okolicy lewej miedniczeki, nie przypominający kamieni. Operacja. Preparat, badany mikroskopowo, potwierdził rozpoznanie typowego brodawczaka.

N. Mayzner.

H. ALEXANDER. Ząb torbieli skórzastej, naśladujący kamień moczowodowy. (Zeits. f. Urol. Chir. XIV, 3 i 4),

Autor przytacza przypadek Rosensteina, dotyczący kobiety, w którym dane obiektywne, jak również czynnościowe badanie nerek przemawiało za zapaleniem miedniczkowo-nerkowym; po leczeniu objawy znikły, lecz wkrótce znowu się powtórzyły. Badanie rentgenowskie wykazało cień na wysokości linii bezimiennej wielkości grochu, pokrywający mocznik lewy; kontrolne zdjęcie przy zmienionym położeniu i oświetleniu wykazało tenże cień, lecz na 2 cm. nazewnątrz od moczowodu. Operacja: moczowód bez zmian, natomiast w miednicy guz twardy (jajnik), który usunięto. Preparat przedstawia torbiel skórzastą z treścią ropną, w której tkwił ząb. Ząb ten dawał cień na rentgenogramie. W związku z powyższym przypadkiem autor przytacza i omawia cienie, symulujące kamienie dróg moczowych (zap. żył, zwapniałe gruczoły kreskowe, wyrosłe kostne i t. p.). Autor podaje pewne cechy różniczkowe, lecz uważa, iż najpewniejszą ręką

ukojmą uchronienia od błędów rozpoznawczych jest radiografia oraz pyelografia, i to wielokrotnie powtarzana.

N. Mayzner.

Choroby oczu.

CH. PANSEGRAN. O chorobach siatkówki w schorzeniach nerek. (Zeitschr. f. Augenheilk. B. 52. Januar 1924).

Po wyłączeniu nefroz i ogniskowych zapaleń nerek, przebiegających bez podniesienia ciśnienia krwi, w których ani razu nie stwierdzono zmian na dnie oka, autorka szczegółowo analizuje spostrzeżenia, poczynione na 120 przypadkach schorzenia nerek z podniesionym ciśnieniem krwi. W 85 znaleziono zmiany na dnie oka (70,8%). Zmiany te co do jednego objawu zgadzały się stale: we wszystkich przypadkach stwierdzono za pomocą wziernikowania całkowite lub częściowe zwężenie tętnic dna oka, w 25 z tętnieniem tętnic siatkówki, w pozostałych znajdowano prócz tego silniej lub słabiej wyrażone objawy zajęcia tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki.

Udział tarczy jest bardzo zmienny: w 23 przypadkach nie stwierdzono żadnych zmian, w pozostałych — zmiany o rozmaitem nasileniu — od nieznacznego zaczerwienienia aż do ciężkich postaci tarczy zastoinowej i zaniku nerwu wzrokowego. Ogniska zwyrodnienia i krwotoki znajdowano we wszystkich rozwiniętych postaciach zapalenia nerek; były one najczęściej umiejscowione w okolicy tarczy i plamki żółtej, przy czym krwotoki spotykane były zwłaszcza w przypadkach hipertencji i pierwotnej marskości nerki, podczas gdy w przypadkach glomerulonefritu chr. i wtórnej marskości nerki przeważały ogniska zwyrodnienia. T. zw. figura gwiazdzista na plamce żółtej oraz zmiany w ścianach tętnic spostrzegane były rzadziej: pierwsza — 18 razy, drugie 8 razy (w 2-ch zupełne zatkanie naczyń); wszystkie te przypadki dotyczyły chorych z wzmożonym ciśnieniem krwi i pierwotną marskością nerki.

Autorka w swych badaniach nie mogła potwierdzić zdania Widala i Chauffarda, że białkomoczowe zapalenie siatkówki idzie w parze ze zwiększeniem lipidów, względnie cholesterolu we krwi; również nie udało się ustalić współzależności pomiędzy zmianami na dnie oka i wynikami prób nad sprawnością czynnościową nerek (próby: wodna, koncentracyjna, reszta N we krwi i stała Ambarda).

Z powyższych 85 przypadków u 25-iu chorych stwierdzono zaburzenia wzroku od przejściowego zamglenia i nieznacznego osłabienia siły wzroku aż do trwałej ślepoty (1 przyp.).

Co do wieku i płci, to najczęściej zmiany te przypadają na lata od 30—60 z podwójną niemal przewagą co do częstości u mężczyzn, niż u kobiet.

Wnioski: 1) W schorzeniach nerek, przebiegających bez podniesienia ciśnienia krwi, zmian na dnie oka nie spotykamy.

2) W schorzeniach nerek z jednoczesnym podniesionym ciśnieniem krwi znajdujemy zmiany od zwykłego tętnienia tętnic aż do najcięższych postaci białkomoczowego zapalenia siatkówki.

3) Istnienie związku pomiędzy zmianami na dnie oka a azotemiją oraz zawartością lipidów (wzgl. cholesterolu) we krwi pozostaje niedowiedzione.

4) We wszystkich przypadkach schorzenia nerek z wzmożonym ciśnieniem krwi stwierdzono stały objaw: zwężenie tętnic siatkówki oka.

N. Essigman.

R. SALUS. W sprawie współruchów źrenicznych. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. LXXI B. 1923):

Autor omawia trzy rodzaje rzadko napotykanych odruchów źrenicznych:

1) zwężenie przy odprowadzaniu gąłki,
2) t. zw. okresowe schorzenie n. okoruchowego (cyklische Okulomotoriuserkrankung).

3) paradoksalny odruch świetlny.

Ad 1) Opierając się na przypadku własnym oraz przypadkach v. Graefego, Weissa, Wilbrand-Saengera, Uthoffa, Bera, Bielschowskyego i Blatha, w których, miast zwykle występującego lekkiego rozszerzenia źrenicy przy ustawieniu odwodzącym gąłki (objaw Tournaya), wręcz przeciwnie, występowało mniej lub więcej wyda-

tnie jej zwężenie, autor przychodzi do przekonania, że objaw ten jest współruchem naskutek wrodzonych połączeń obwodowych pomiędzy n. odwodzącym a gałązkami n. okoruchowego, unerwiający m. zwieracz żrenicy.

W warunkach prawidłowego stanu i oddziaływania żrenicy bodziec, sprowadzający działanie n. odwodzącego, jest niezdolny do wywarcia jakiegokolwiek wpływu na normalne napięcie zwieracza.

Przy zahamowaniu czynników fizjologicznych, więc w przypadkach zaburzenia lub braku zupełnego odruchów prawidłowych, jak to ma miejsce w władze rdzenia lub porażeniu postępującym, bodźce, idące do n. odwodzącego, udzielają się również zwieraczowi i, zależnie od ilości i stopnia przewodnictwa istniejących już uprzednio połączeń, sprowadzają mniej lub bardziej wydätne zwężenie żrenicy przy odprowadzaniu gałki ocznej.

Ad 2) Obraz kliniczny t. zw. wrodzonego „okresowego schorzenia n. okoruchowego“, opisany przez Axenfelda, jest wybitnie znamieny.

Wśród objawów zupełnego i całkowitego porażenia n. okoruchowego żrenica, obojętna poprzednio na wszelkie bodźce, nagle, bez żadnego widocznego powodu, poczyną rytmicznie się zwężać i rozszerzać, przyczem często towarzyszy temu zjawisku lekkie unoszenie powieki górnej oraz lekkie zwrot dośrodkowy gałki. Po kilku sekundach wszystkie te ruchy ustają i ustępują miejsca obrazowi całkowitego porażenia n. okoruchowego. Po jakimś czasie zupełnego spokoju znów występują poprzednio opisane ruchy i t. d.

Zjawisko to występuje również podczas snu.

Wziąwszy pod uwagę poglądy Behra, Axenfelda, Fuchsa i innych, autor jest zdania, że zjawisko to daje się wytłumaczyć istnieniem zbożeń rozwojowych w okolicy jąder n. okoruchowego, naskutek których jest uniemożliwienie, całkowicie lub częściowo, połączenie zwykłe pomiędzy jądrami a obwodem, natomiast pozostają warunki dla przedostawania się na tory obwodowe (nawet w drodze tworzenia się połączeń patologicznych) prądów nerwowych, powstających w ośrodkach lub drogach, położonych w sąsiedztwie jąder n. okoruchowego. W szczególności dotyczyć to może prądów nerwowych, przebiegających w drogach, ciągnących od ośrodków oddechowego i naczyniowego ku mózgowiu. Napięcie tych prądów, rytmicznie się wzmagające i opadające, może wywierać wpływ na włókna m. zwieracza żrenicy, m. dźwigacza powieki górnej i m. prostego wewnętrznego.

Zrozumiałą jest rzeczą, że dalsze rozprzestrzenienie się tych wpływów na n. okoruchowy teoretycznie jest możliwe, jednak dotychczas sprostregane nie było.

Ad 3) Paradoksalny świetlny odruch żrenicy polega na rozszerzaniu się przy oświetlaniu i zwężaniu się w ciemności.

Przytaczając zdanie Behra i innych, autor skłania się ku mniemaniu, że zjawisko to możliwe jest jedynie wówczas, gdy istnieją połączenia pomiędzy dośrodkową częścią łuku odruchowego świetlnego, a ośrodkowym układem współczulnym, wskutek czego oświetlenie żrenicy przechodzi jako bodziec drażniący na układ współczulny, i w wyniku otrzymujemy rozszerzenie żrenicy, wywołane przez czynny i wydätny skurcz m. rozszerzacza żrenicy.

Po usunięciu światła, wobec ustania pobudek drażniących, m. rozszerzacz się zwalnia, i żrenica się rozszerza.

Streszczając wszystko wyżej powiedziane, autor jest zdania, że:

1) Wszystkie odruchy patologiczne żrenicy powstają w drodze przechodzenia prądów nerwowych na włókna zwieracza i rozszerzacza z obok położonych ośrodków lub szlaków, naskutek istnienia wrodzonych połączeń pomiędzy niemi.

2) Prądy te dopiero wówczas są w stanie wywrzeć wpływ widoczny w obrazie klinicznym, gdy przyrływ bodźców fizjologicznych jest zachwiany, nieprawidłowy lub też gdy zgoła go brak.

Skotnicki.

M. PLOG. Przyczynek do fizjologii i patologii odruchu gałkowo-sercowego Aschnera. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. LXXI B. 1923).

Odruch gałkowo-sercowy Aschnera polega na

zmniejszaniu się częstości tętna przy ucisku na gałkę. Liczne doświadczenia wykazały, że nie jest to skutek mechanicznego wzmożenia ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, lecz, że jest to odruch, przyczem dośrodkową część łuku stanowi n. trójdzielny, odśrodkową zaś n. błędny. Autor na licznych materiałach (203 przypadki), między innymi i na sobie, badał wpływ ucisku na gałkę.

Doświadczenie prowadził w ten sposób, że przykrywając oko gumową poduszczką, umocowaną za pomocą opaski, łączył ją z aparatem Riva-Rocciego i badał tętno przy ciśnieniu 40, 80 i 120 mm. Hg.

Wyniki dzieli na dodatnie (zwolnienie tętna), ujemne (przyśpieszenie tętna) i obojętne (tętno bez zmiany). Procentowo wyniki dodatnie wahały się od 14% do 28%, ujemne od 9% do 11%, obojętne od 77% do 61%, proporcjonalnie do wzrostu ciśnienia.

Skotnicki.

C. H. SATTLER. O uszkodzeniach zewnętrznych mięśni oka wskutek zabiegów w jamach obocznych nosa. (Zeitschrift f. Augenheilk. B. 52. Januar 1924).

Wiadomo, że po operacji zatoki czołowej, rzadziej po innych zabiegach w okolicy oczodołu, występuje nieraz u chorych podwójne widzenie. Objaw ten jest zazwyczaj przejściowy; daje się jednak zaobserwować szereg przypadków z nieznikającym latami dwojeniem w oczach. Praktyczne znaczenie posiada zaburzenie w czynności mięśnia skośnego górnego w następstwie odcepienia bloczka po operacjach Rittersa, rzadziej Killiana. Celem odróżnienia tego zaburzenia od porażenia nerwu bloczkowego lub uszkodzenia samego mięśnia autor podaje następujące sposoby:

1) Przy skierowaniu wzroku w dośrodkowym ustawieniu gałki ocznej ku górze odległość między zdwojonymi obrazami zwiększa się (w razie porażenia nerwu bloczkowego lub uszkodzenia mięśnia skośnego górnego, jak wiadomo, — zmniejsza się).

2) Przy skierowaniu wzroku w dośrodkowym ustawieniu ku dołowi — zmniejsza się w przeciwieństwie do porażenia nerwu bloczkowego.

3) Odległość między zdwojonymi obrazami przy patrzeniu w dół i w stronę przeciwną zmniejsza się (przy porażeniu nerwu bloczkowego mamy wtedy największą odległość).

Ta różnica w obrazie klinicznym tłumaczy się według Sattlera, tem, że po usunięciu bloczka następuje silne rozluźnienie ścięgna mięśnia skośnego górnego, wskutek czego odpada hamujące działanie jego na mięsień skośny dolny, i ten z braku antagonisty zyskuje przewagę.

Sattler tę nadmierną czynność mięśnia skośnego dolnego stwierdził we wszystkich wczesnych przypadkach. W przypadkach zadawnionych, po upływie do 5 lat, gdzie można było stwierdzić porażenie nerwu bloczkowego, tej nadmiernej czynności nie znajdował, a stosunek zdwojonych obrazów niczem się nie różnił od klinicznego obrazu zwykłego porażenia nerwu bloczkowego.

Rokowanie naogół dobre: z 13 chorych u 7-miu autor po upływie 1/4—1/2 roku nie stwierdził żadnego, albo prawie żadnego zaburzenia w dwojeniu, u 4-ch — po upływie 1/4—5 lat było przemijające dwojenie, występujące po znużeniu; w 2-ch przypadkach dwojenie trwało dłużej wskutek powikłań.

Znikanie dwojenia autor tłumaczy bądź przyzwyczajaniem pacjentów do korzystania tylko z tej części pola patrzenia, w której widzą pojedynczo, ustawiając odpowiednio głowę, bądź tem, że pacjenci nauczyli się wyrzucać z pola świadomości jeden z obrazów.

Co się tyczy zaburzeń w czynności mięśni ocznych po zabiegach na kości sitowej, wzgl. w zatoce szczękowej, to nie stwierdzono ani razu nadmiernej czynności mięśnia skośnego dolnego (nie usuwano tu bloczka); zaburzenia były przejściowe i znikaly bez śladu po upływie kilku tygodni lub miesięcy.

Ponieważ po operacji zatoki czołowej występują zaburzenia w czynności mięśni ocznych, wywołujące u pacjentów jeszcze po latach przykre odczucia, przeto autor zaleca rynekom możliwe oszczędzanie bloczka podczas zabiegów.

N. Essigman.

Zapiski lecznicze.

Opracował Z. SREBRNY.

O wydobywaniu ciał obcych z ucha.

Wciąż powtarzające się nieszczęśliwe przypadki po usiłowaniu wydobywania z ucha ciała obcego przez niepowołane ręce zmuszają nas do ponownego przypomnienia dwóch pewników, którymi lekarz-niespecjalista w danym razie powodować się winien:

1. Większa część ciał obcych może znajdować się w uchu lata i dziesiątki lat bez żadnej szkody dla danego osobnika (czasem lekkie przytępienie słuchu).

2. Prawie każde ciało, znajdujące się w uchu, daje się usunąć z niego za pomocą przestrzyknięcia, o ile przedtem nie były robione niefortunne próby wydostania go przy pomocy narzędzi. Jeżeli zatem do lekarza-niespecjalisty zgłasza się ktoś z obcym ciałem w uchu, to należy przede wszystkim ucho przestrzyknąć letnią wodą przegotowaną, nabrana w wyjąłowaną strzykawkę większych rozmiarów, mniej więcej 100 gramową. Prąd wody, dostającej się poza ciało obce, wypycha je nazewnątrz. Jeżeli kilkakrotne próby tego rodzaju nie prowadzą do celu, zawsze jest czas, bez obawy niebezpieczeństwa, odesłać chorego do specjalisty.

Bezowocność przestrzyknięcia zależy może:

a) od nieobecności ciała obcego w uchu: nieraz zbadać nie ucha przez specjalistę wykazuje, że w uchu wcale niema przypuszczalnego ciała obcego;

b) od napęczenia ciała obcego pod wpływem wilgoci

(ropy lub wstrzykiwanego płynu); tak napęgnięte ciało obce wypełnia szczelnie przewód słuchowy zewnętrzny i nie pozwala prądowi wody przeniknąć poza nie; w takim przypadku należy przed ponownym przestrzyknięciem nalać do ucha kilkakrotnie alkoholu lub gliceryny, aby ciało obce uległo skurczeniu, poczem z łatwością zostanie wyszprycowane;

c) od kształtu ciała obcego, ciało obce wydrążone zwrócone wydrążeniem ku wejściu do zewn. przew. słuch. i dosyć ściśle go wypełniające, będzie przez prąd wody wypychane dość coraz głębiej; tu do wydobywania będzie potrzebne odpowiednie narzędzie, którego użyć wolno tylko specjalście.

d) od wkliniwania ciała obcego przez zadany choremu gwałt lub przez niefortunne usiłowanie wydobywania ciała obcego; tu już musi wkroczyć specjalista, który, bądź na drodze naturalnej, bądź po odłuszczeniu muszli usunie ciało obce. Wynik zabiegu co do życia chorego zależeć będzie od stopnia wywołanych powikłań.

Ciała obce żelazne i stalowe mogą być wydobyte przy pomocy elektromagnesu, na wzór używanego przez okulistów.

Jeżeli ciałem obcym jest owad, który bądź przez ruchy swoje, bądź przez ucupienie się swoimi haczykami ściany zewn. przew. słuch., błony bębenkowej lub ściany jamy bębenkowej, sprawia choremu dolegliwości, to należy przede wszystkim pozbawić go ruchu lub zmusić do odczepienia się przez nalanie do ucha alkoholu albo nafty, a potem wydalić za pomocą przestrzyknięcia.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 15.IV.1924 r.

Poruszono sprawę opodatkowania lekarzy na zasadzie orzeczeń komisji szacunkowych. Orzeczenia te często przekraczają wielokrotnie wysokość dochodów, podawaną przez płatników, to znowu akceptują zeznania o dochodzie, w porównaniu z innymi, uderzająco niskie. Do zajęcia się tą sprawą wybrano specjalną komisję.

Wł. Dobrzyński odczytał rzecz p. t. Jak poradzić sobie w Austrii z problemem mieszkaniowym.

Cechami charakterystycznymi akcji osiedleńczo-mieszkaniowej Austrii są: a) organizacja na dużą skalę ogródków użytkowych z altankami i domkami, b) kierownictwo sprawami mieszkaniowymi zrzeszonych w związek pracowników i współpraca członków przy budowie domów i c) daleko posunięta oszczędność przy przygotowywaniu terenów i budowie domów. Akcja ta bowiem ma za zadanie przeciwdziałać klęsce głodowej, brakowi mieszkań i bezrobociu.

Posiadacze ogródków zrzeszyli się w „Związek austriacki do spraw osiedli i ogródków“, składający się z 259 spółdzielni i 30000 członków. Zadania Związku obejmują wszystkie sprawy, wchodzące w zakres osiedleńczo-mieszkaniowy. Dzięki energicznej działalności Związku pozyskane zostały dla sprawy oświaty państwo, samorządy, parlament i sami pracownicy. Związek, przy zarządzie którego istnieje zakład gospodarczy dla potrzeb osiedleńczo i skład materiałów budowlanych, współpracuje z urzędami municypalnemi. Dzięki staraniom związku uchwalone zostały ulgowe przepisy budowlane, sprzyjające niskiemu systemowi zabudowań.

Ogródki użytkowe w Wiedniu obejmują 240 ha i są obrabiane przez 70000 rodzin.

Domki budowane są systemem oszczędnościowym przy wyteżonej współpracy członków spółdzielni, — warunki obejmowania ich w posiadanie są bardzo ułatwione.

Cała działalność tej organizacji przedstawiona była na wystawie (w Wiedniu 1923 r.), mieszczącej modele domków, ogródków, diagramy, dane statystyczne, plany osiedli etc.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia 31.I.1924 r.

1) B. Kryński. Pokaz rentgenogramu uchyłka przelyku z nowotworem wpustu.

2) G. Lewin. Rola „obarczenia dziedzicznego“ w patogeniezie gruźlicy i jego stosunek do odporności.

Sprawa szerzenia się gruźlicy i jej dziedziczenia nie została dotąd należycie wyjaśniona. Odkrycie przez Kocha prątka swoistego nie rzuciło wiele światła na tę sprawę.

Wszystkie teorie, jakie w tej sprawie istnieją, dają się sprowadzić do 3-ch kardynalnych, mianowicie: 1) Już w łonie matki może przenieść się od gruźliczego ojca lub matki bezpośrednio na potomstwo sam zarazek chorobowy, t. j. lasecznik swoisty.

2) W łonie matki może się przenosić na potomstwo nie sam lasecznik swoisty, lecz jakaś skłonność do gruźlicy.

3) W łonie matki infekcja gruźlicza nie może się przenieść na potomstwo, obarczenie dziedziczne również nie istnieje, — gruźlica, jako choroba par excellence infekcyjna, szerzy się w ten sam sposób, co wszystkie inne choroby zakaźne, t. j. przez zarażenie się zdrowych od chorych.

Każda z tych teorii ma zwolenników i przeciwników. Większość autorów stoi obecnie na stonowisku, że ojciec gruźlik nie może przenieść bezpośrednio na płód laseczników swoistych, matka zaś gruźliczka może to uczynić przez łożysko. Jednak Reiche wykazuje 54% obarczonych przez ojca, a tylko 35% przez matkę; podług statystyki L., opartej na 3974 chorych, również wypada 56% obarczonych przez ojca, a 39% — przez matkę.

Co się tyczy drugiej teorii, to musimy przyznać, że pojęcie o „skłonności“ do gruźlicy jest jeszcze dotąd b. mgliste.

Określenie Gottstein-Martina, że D (Dispositio) = P (pryczyna zewnętrzna choroby) i C (konstytucja), można uważać za równanie z 3 niewiadomymi, T. zw. „habitus phthisicus“ jest raczej wyrazem już istniejącej gruźlicy płuc, niż jej powodem; podług statystyki L. tylko 15% chorych gruźliczych posiada pierś paralityczną.

Teoria trzecia exogenna, t. j. infekcyjna, również nie może w zupełności wytłumaczyć szerzenia się gruźlicy. Hipoteza o infekcji straciła obecnie swój charakter dogmatyczny. Statystyka L. dowodzi (na 2688 chorych), że przypadki

zarażenia się gruźlicą płuc wśród małżeństwa i rodzeństwa są b. rzadkie: od męża — 15 razy, od żony — 3, od brata — 24, od siostry — 7, od syna — 1.

Ostatnio trochę więcej światła na tę sprawę rzuciło pojęcie o „odporności“. Dzięki doświadczeniom w sanatoriach ludowych przekonano się, że wyniki leczenia u gruźlików, dziedzicznie obciążonych, nie są bynajmniej gorsze, od wyników leczenia u dziedzicznie nie obciążonych, czasem nawet lepsze.

Curschmann twierdzi nawet, że potomkowie gruźlików wcale nie są bardziej skłonni do gruźlicy, niż potomkowie zdrowych, posiadają bowiem znaczną odporność, odziedzieczoną po rodzicach. Stopniem odporności daje się również objaśnić stosunek do gruźlicy różnych narodów i ras, jak również różnych zajęć. W dyskusji zabierali głos: Rozen-tal, Jakubowicz, Szeps i Sztejn.

Posiedzenie z dnia 14.II.1924 r.

1) L. Justman. Pokaz chorego z przypuszczalną torbielą trzustki,

Mężczyzna, lat 47, wyniszczony. Po lewej stronie jamy brzusznej guz wielkości głowy, twardy. Badanie prom. Roentgena (Dr. Kryński) zdaje się wyłączać wątrobę, śledzionę i nerki, jako punkty wyjścia nowotworu. Prawdopodobieństwo torbieli trzustki. Operacja, wykonana przez Al. Zawadzkiego, wykazała guz wagi 5 kg., wychodzący z poza otrzewny. Badanie drobnovidzowe: mięsak, wychodzący z okostny kręgosłupa.

2) M. Hurwicz. Przypadek kamicy pęcherzyka żółciowego i przewodu żółciowego, wyleczony drogą operacyjną.

W dyskusji zabierali głos: Al. Zawadzki, Stab-hole.

3) Z. Bychowski. Przypadek akromegalji.

Kobieta, lat 25, od 2 lat chora, od roku amenorrhoea, od kilku miesięcy obfite owłosienie na ciele i na twarzy.

Roentgen: znaczne zagłębienie dna siódła турецkiego, — z czego wynika, że guz rośnie w kierunku ku dołowi (intrasellarnie); tem tłumaczy się brak objawów ocznych. Po 2 serjach naświetlań leczniczych promieniami Roentgena okolicy przysadki wystąpiły u chorej objawy cukrzycy (5 litrów moczu na dobę, 8,4% cukru), — co należy tłumaczyć wpływem podrażnionej tkanki przysadkowej na wysepkę Langerhansa i na nadnercze. Brak zaburzeń wzroku wymaga wskazanie operacyjne. W dyskusji zabierał głos: Higier.

4) J. Mackiewicz. Przypadek porażenia obwodowego nerwu twarzowego w przebiegu nagminnego zapalenia mózgowia.

Chory, lat 56, przechodził przed 1½ rokiem klasyczną encephalitis lethargica. Obecnie typowy parkinsonizm następujący. W 10-ym tygodniu choroby wystąpiło porażenie wszystkich gałązek nerwu twarzowego prawego przy obecności tylko ilościowych zmian elektro-djagnostycznych, które znikły po 4—5 tygodniach niedowładu, trwającego dotychczas. M. różniczkując pomiędzy lokalizacją ogniska w moście Varola a porażeniem czysto obwodowym, Nie bacząc na bliskie sąsiedztwo jąder VI i VII na moście Varola, M. jednak dopuszcza możliwość zajęcia jądra VII bez współudziału n. VI, a to ze względu na b. małą wielkość ognisk zapalnych w enceph. lethargica (w przeciwieństwie do sclerosis multiplex).

W dyskusji zabierali głos: Higier i Bychowski.

5) W. Róbin. Przypadek ulcus jejuni po operacji zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Dyskusja: Zawadzki, Róbin.

6) Odczyt: N. Mesz i D. Szenkier. O pyelografji. (tędy drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 28.II.1924 r.

Przewodniczący: GURANOWSKI.

Pokazy:

1) Hellin: Przypadek choroby Basedowa u 12 letniej dziewczynki z typowymi objawami.

Przypadek godny uwagi ze względu na objaw Stöckera, polegający na drżeniu gałek ocznych przy podnosze-

niu ich w górę i stale się w tem schorzeniu zjawiający, jako dowód znaczenia błędnika w chorobie Basedowa.

2) Karbowski: Przypadek spasmus nutans. Badanie kaloryczne błędników wykazało, że po drażnieniu uszu zimną wodą występuje oczopląs, niezależnie od samoistnego wahadłowego ruchu gałek ocznych. Samoistne wahadłowe ruchy gałek ocznych widoczne są tylko wówczas, kiedy główka dziecka zostaje unieruchomiona. Po nałożeniu opaski ruchy wahadłowe główki znikają. Stwierdzony oczopląs cieplkowy, niezależnie od ruchów wahadłowych gałek ocznych, przemawia przeciw teorii błędnikowej.

Dyskusja: Hellin uważa spasmus nutans za cierpienie narządów przedsionkowych. Za tem przemawiają ruchy głowy (Kopfinystagmus) i często obserwowane wymioty.

Karbowski: Teoria błędnikowa nie da się dostatecznie uzasadnić. Spasmus nutans wywołany jest prawdopodobnie brakiem wpływu tonizującego światła na aparat mięśniowy gałek ocznych, na skutek czego powstają zaburzenia w oftalmostatyce. Zaburzenia oftalmostatyki są zasadniczym i pierwotnym objawem; wszystkie inne objawy są wtórne.

3) Czarniecki: Przypadek przetoki ślinowej po dokonanej antrotomji. Chora 13-letnia w przeciągu 10 lat była dwukrotnie operowana. Po drugiej operacji została przetoka ślinowa. Cz. widział chorą po raz pierwszy 1½ roku temu i stwierdził ranę niezagojoną na wyrostku, poniżej rany zaś w bliźnie — przetokę ślinową.

Dyskusja: Koenigstein: przetoki ślinowe powstają na skutek prowadzenia cięcia zanadto ku przodowi przed mięśniem, zginającym głowę. Co się tyczy leczenia, to K. stosuje żegadło galvaniczne lub kwas chromowy. Leriche radzi wyrwać n. auriculo — temporalis. Dobrowolski przytacza przypadek, w którym zrobiono głębokie cięcie otrzmiałej ślinianki. Przetoka się nie wytworzyła.

4) Hellin: Przypadek niedrożności przewodu Stenona u 18-letniego chorego z kamieniem w przewodzie przyusznym. Przy nadymaniu się obrzmiewa lewy policzek i skroń (guz powietrzny). Widać ślinę, wydzielającą się z przewodu.

Dyskusja: Chorażycki. Zgrubienie przewodu nie jest wywołane przez kamyk. Jest to raczej gruczoł dodatkowy. Bóle bywają tylko w stanach zapalnych.

Koenigstein przytacza przypadek, w którym przypuszczano kamień; przy operacji kamienia nie znaleziono, była to tylko twarda blizna.

Czarniecki w przypadku Hellina przypuszcza obecność kamienia. Blizny powstają w następstwie utworzenia sobie drogi przez kamień. Upřednie rozpoznanie blizn ważne jest ze względu na metodę operacyjną.

Rappaport zwraca uwagę na skupienie gruczołów chłonnych o twardej konsystencji.

Hellin: Rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Kamienie wyczuć można za pomocą dotyku zupełnie wyraźnie, niezależnie od kamienia wyczuwa się rozszerzony o krętym przebiegu przewód przyuszny.

Odczyt: Kmita. Z kazuistyki powikłań ropienia ucha środkowego. Pacjentowi M. przed 18 laty zniszczono lewe ucho w celu uwolnienia go od wojska. Po kilku latach ropienia przewód uszny zarósł, i chory czuł się dobrze. Przed 9 dniami — bóle głowy, T. 39. Od 4 dni objawy zapalenia opon mózgowych. 22.XII badanie płynu mózgowego (Muter-milch) wykazało: płyn ropny z dużą ilością strąptokoków, pneumokoków i obecność dużych pałeczek, określonych jako anaeroby. Tegoż dnia przy operacji znaleziono skąpą ziarninę z ropą o zapachu cholesteatomatu, kość między zatoką esowatą i półkolistym kanałem szarawą, po usunięciu jej duży ropień przyoponowy, przyczem opona zgorzelinowo zmieniona.

Po kilkudniowej poprawie nastąpiła śmierć 28.XII przy objawach zapalenia mózgu. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że sprawa ropna ucha środkowego trwała kilkanaście lat bez objawów przy zarośnięciu przewodu usznego; następnie, że ropienie ostatecznie załedwie w przeciągu kilku dni zdążyło zniszczyć kość, wywołując ropień przyoponowy, co się zgadza ze spostrzeżeniami, że anaeroby, zwykle obecne w ropie przy braku powietrza nabierają niezwykłej siły niszczyielskiej. Wreszcie przypadek ten daje powód do zastanowienia się w sensie społeczno-prawnym.

Dyskusja: Karbowski uważa za niemożliwe, aże-

by sprawa ropna ucha środkowego mogła trwać kilkanaście lat przy zupełnym zarośnięciu przewodu. Na tle zagojonej sprawy przewlekłej powstał perlak, który zropiał i wywołał powikłanie wewnątrzczaszkowe. Ilość płynu, wypuszczona podczas operacji w ilości 150 gr., wydaje się niezmiernie duża.

Dobrowolski przytacza przypadek, w którym wpływało tak dużo płynu mózgowodzeniowego, że parę razy dziennie zmieniano opatrunki.

Guranowski: Przypadek, opisany przez kol. Kmitę, G. widział przed operacją. Zarośnięcie przewodu było zupełne. G. tłoczył sobie tak długie trwanie sprawy wytworzeniem się pseudocholesteatomatu, który nie dawał objawów i istniał w stanie utajonym, dopiero pod wpływem nowej infekcji wywołał powikłanie wewnątrzczaszkowe.

Czarnecki operował analogiczny przypadek. Znalaziono duży perlak, opierający się o oponę twardą, a na niej ograniczony ropień. Chory wyzdrowiał.

Cz. nie podziela wątpliwości Karbowskiego co do ilości płynu. W przypadku z surowiczym zapaleniem opon w przebiegu sprawy usznej i zapalenia szkarlatynowego nerka wpływała taka ilość płynu, że mokre były opatrunki, poduszki i materac.

Karbowski: Jeżeli miałem wątpliwości, to co do ilości, która wypłynęła podczas zabiegu. W okresie pooperacyjnym, o ile uszkodzenie opony nastąpiło w miejscu zbiorników, ilość płynu wydobywającego się może być znaczna.

Sekretarz: Karbowski.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie z dnia 9.I.1924 r.

Obecnych 73 osoby, w tej liczbie członków Towarzystwa 39.

Przewodniczący: A. JANUSZKIEWICZ.

1. K. Michejda demonstruje chorego po operacji: „Aneurysma arterioso-venosum“ tętnicy i żyły udowej prawej po postrzale ćwiczeniowym-ładunkiem z karabinu.

2. Ch. Zarcyn demonstruje: a) chorą, której z powodu ropnia usunięto lewą nerkę sposobem Bazy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Dyskusja: M. Moszyński, M. Trzeciak; b) chorą po usunięciu torbieli, wypełnionej ropą i umiejscowionej w małej miednicy; jajowód, pokryty gruzkami prosowatymi, również wypełniony ropą.

3. Z. Jakubowski — pokaz preparatu: Urazowe pęknięcie serca i worka sercowego żołnierza, którego w przednią okolicę klatki piersiowej uderzył przerwany pas transmisyjny. Dyskusja: A. Januszkiewicz sądzi, że pęknięcie serca nastąpiło w czasie skurczu, nie zaś rozkurczu, jak przypuszcza prelegent.

4. M. Obieziński wygłasza: O poronieniach narkotycznych.

Posiedzenie z dnia 23.I.1924 r.

Obecnych 43 osoby, w tej liczbie członków Towarzystwa 32.

Przewodniczący: A. JANUSZKIEWICZ.

1. J. Szmurło przedstawia: a) szeregowca z objawami zupełnej niemoty, która wystąpiła po silnym wzruszeniu, spowodowanym pobicie przez jednego z towarzyszy. Jest to przypadek, kwalifikujący się jako *Apathyria hysterica*. Leczenie: wpływ na psychikę chorego i przyzwanie go naprzód do ponownego wydawania głosu, a później mówienia. b) Szeregowca, uskarżającego się na przeszkodę w gardle. Badanie wykazało powiększenie gruczołu tarczowego, powiększenie migdałka językowego i po prawej stronie guz torbielowaty; powstaje przypuszczenie, że guz na podstawie języka jest nadliczbowym gruczołem tarczowym. Dyskusja: L. Łukowski: przypadek pierwszy nadaje się do leczenia hipnozą. A. Januszkiewicz widział kilka przypadków bezgłosu, leczonych z wynikami dobrymi drogą ćwiczeń fonetycznych. S. Lewandowski obserwował w czasie wojny cały szereg analogicznych przypadków, leczonych masażem vibracyjnym przy zastosowaniu kamertonu. C. Sycianko stwierdza, że *Aphonia hysterica* bywa bardzo częstym objawem urazowych nerwów (około 30%). Najlepsze wyniki daje nauka głośnego mówienia; leczenie farmakologiczne zawodzi. M. Trzeciak widział pomyślny wynik przy stosowaniu psychoterapii.

2. S. Bagiński. Znaczenie układu współczulnego w patologii dzisiejszej. Część I. W dyskusji J. Szmurło przestrzega przed zbyt schematyzowaniem sprawy antagonizmu układu sympatycznego i parasympatycznego, na

dowód czego przytacza obserwacje kliniczne i doświadczenia na zwierzętach, które wykazują, że układ współczulny, któremu przypisuje się między innymi działanie zwężające naczynia krwionośne, działa również i rozszerzająco na nie. Przemawiali jeszcze: A. Wirszubski i A. Januszkiewicz.

Posiedzenie z dnia 6.II.1924 r.

Obecnych 61 osób, w tej liczbie członków Towarzystwa 45.

Przewodniczący: A. JANUSZKIEWICZ.

1. Abramowicz demonstruje chorych po dokonanej operacji wypatroszenia gałki ocznej wskutek oparzenia amoniakiem, zaznaczając, że wykonano wypatroszenie zamiast wyłuszczenia z obawy przed przejściem sprawy na oponę mózgową. Dyskusja: A. Januszkiewicz.

2. S. Bagiński — znaczenie układu współczulnego w patologii dzisiejszej. Część II. W dyskusji: A. Kapłan na podstawie najnowszych badań mówi, że nie istnieje ani bezwzględne przeciwieństwo fizjologiczne, ani też zupełna odrębność anatomiczna obu układów: n. błędnego i współczulnego. Przytacza pogląd Bergmanna i innych na sprawę powstawania wrzodu żołądka i dwunastnicy i zdanie francuskich klinicystów na kwestję przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Stwierdza doniosłe znaczenie wzajemnego stosunku odruchowego w chorobach narządów, unerwionych przez układ wegetacyjny, w chorobach żołądka, pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego. A. Wirszubski podkreśla bliski stosunek układu współczulnego do gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym i zwraca uwagę na chirurgię układu współczulnego, która ostatnimi czasy znalazła szerokie zastosowanie. Przemawiał jeszcze A. Januszkiewicz.

3. W. Legiejko — technika odmy sztucznej. Dyskusja: W. Umiastowski zaznacza, że aparat powinien działać precyzyjnie, a powietrze, wpuszczane do jamy opłucnej, winno dostawać się tam bez ciśnienia. S. Peszyński, zważywszy, że celem odmy sztucznej jest wywołanie przekrwienia zastoinowego, które prowadzi do lepszego odżywiania chorego płuca, i zważywszy dalej, że zabieg jest niebezpieczny, przypomina użycie maski Kuhna, która sprowadza owo pożądane przekrwienie bierne płuc. M. Obieziński myśli, że odma sztuczna działa zabójczo na prątki gruźlicze, dzięki przesyleniu płuc bezwodnikiem kwasu węglowego. Środowisko to działa zabójczo na prątki Kocha, które są bezwzględnie tlenowcami. A. Januszkiewicz wyjaśnia sprawę działania aparatu, skonstruowanego przez referenta; po stwierdzeniu ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej za pomocą manometru i następnym rozłączeniu aparatu, powietrze dostaje się jedynie tylko drogą aspiracji do klatki piersiowej, przechodząc poprzednio przez warstwę wody, odgrywającej rolę filtru. Przemawiali jeszcze M. Trzeciak i Z. Jakubowski. W odpowiedzi W. Legiejko zgadza się, że aparat nie jest doskonały, — ma jednak tę zaletę, że się da łatwo wykonać na miejscu i stwarza gwarancję przed najgroźniejszym niebezpieczeństwem — zatorem gazowym.

4. O. Załkindson demonstruje wyrostek robaczkowy, usunięty drogą operacyjną w 26 godzin po zachorowaniu.

Posiedzenie z dnia 20.II.1924 r.

Obecnych 49 osób, w tej liczbie członków Towarzystwa 35.

Przewodniczący: A. JANUSZKIEWICZ.

1. Abramowicz demonstruje chorą, operowaną przez prof. Szymańskiego z powodu przewlekłej jaskry sposobem Lagrange'a. Dyskusja: Szymański sprowadza chirurgiczne leczenie jaskry do dwóch zabiegów: 1) w ostrej postaci jaskry — iridectomia Graeffego klasyczna, 2) w przewlekłej jaskrze — sclerectomia Lagrange'a.

2. Ch. Zarcyn demonstruje: a) dwa preparaty dużych kamieni gruczołu ślinowego podszczękowego, otrzymane drogą operacji.

b) chorego z niedrożnością przełyku po wypiciu esencji octowej. Ze względu na niemożność dostatecznego rozszerzenia zwężenia znajdującego się nad samym wpustem na prześtrzeni mniej więcej 6 cm., przewiduje się zabieg operacyjny. W dyskusji: K. Michejda uważa w danym przypadku za wskazane wykonanie całkowitej plastyki przełyku i omawia sposób tej operacji, podany przez Rutkowskiego. J. Szmurło nie radzi używać przy zwężeniach twardych zgłęb-

ników. Użycie fibrolizyny niekiedy ułatwia rozszerzenie, jakkolwiek wyniki jej działania często bywają zawodne. Z. Orłowski widział dobre wyniki przy użyciu tiozynaminy, rozmiękczejacej tkankę bliznowatą łącznie z sondowaniem. A. Januszkie wicz mówi, że Ewald, dzięki fibrolizynie, osiągał dłuższe utrzymanie drożności zwoń przetyku, jednak we wszystkich przypadkach wypadało stosować ponowne zgłębnikowanie, aczkolwiek po przerwach znacznie dłuższych, niż bez fibrolizyny. Przemawiali jeszcze: J. Michniewicz, B. Hanusowicz, Z. Jakubowski.

3. S. Trzebiński wygłosił — **Brownizm w świetle pamiętników Józefa Franka**. Dyskusja: J. Szmurło — zasób faktów naukowych, którymi naówczas rozporządzała medycyna, był za szczupły dla dostatecznego poparcia takich poglądów, jak teoria Browna.

E. C.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Towarzystwie Lekarskim Wiedeńskim Böhm i Götzl mówili o zwalczaniu gruźlicy w Wiedniu. Przedewszystkiem zwrócono uwagę na dzieci gruźlicze i zagrożone gruźlicą. Tutaj oddają duże przysługi stacje opieki nad gruźliczymi. Takich stacji posiada Wiedeń obecnie 16, jedna ma być jeszcze w r. bieżącym uruchomiona. Dla gruźlików, wymagających leczenia szpitalnego, rozporządza Wiedeń: 2000 łóżek dla ciężko chorych, 400 łózkami dla łżej chorych. Lekko chorzy i zagrożeni chorobą znajdują pomieszczenie w zakładach specjalnych (Erholungsheime). Takich łóżek ma Wiedeń 1529. Dzieci, nie zagrożone gruźlicą, ale źle odżywiane, w wieku przedszkolnym znajdują opiekę w poradniach matczyńskich i ogródkach dziecięcych, zaś będące w wieku szkolnym — ze strony lekarzy i opiekunów szkolnych. W 66 poradniach matczyńskich znajduje się pod stałą opieką 26.000 dzieci, w ogródkach dziecięcych 5400. Przy gminie

pracuje 44 lekarzy, których obowiązkiem jest wyszukiwanie dzieci, potrzebujących dokarmiania (2500 w ogrodach dziecięcych, 16000 w szkołach). Koszty tego w r. 1924 wynoszą 20 miliardów. Gmina wiedeńska urządziła 7 szkolnych klinik dentystycznych kosztem ½ miljarða. Prócz tego posiada Wiedeń przeszło 100 przytułków dla potrzebujących odpoczynku i pielęgnacji (Erholungsheim) na 100000 dzieci. Na krańcach Wiednia znajduje się 10 placów do gier i zabaw. Budżet na stacje opieki i zakłady lecznicze dla gruźlików wynosi 20,4 miljarða, na opiekę nad młodzieżą — 25 miljarðów.

Stacje opieki nad gruźlikami dbają o umieszczanie chorych w szpitalach. 56,5% wszystkich zmarłych na gruźlicę płuc zmarło w szpitalach. Szkoda tylko, że i lekarze i chorzy za mało wiedzą o tych stacjach opieki. Te same stacje umieszczają także chorych w sanatoriach dla chorych płucnych. Specjalne biuro informacyjne udziela wiadomości co do warunków przyjmowania do tych zakładów.

W dyskusji mówił Jersusalem o opiece nad dotkniętymi gruźlicą chirurgiczną, dowodząc, że leczenie słoneczne nie koniecznie musi być prowadzone w górach. Również fałszywe jest twierdzenie, że gruźlica chirurgiczna jest chorobą wieku dziecięcego, przeczając temu statystyki Rolliera i Iselinsa. W Wiedniu jest około 10.000 chorych na gruźlicę chirurgiczną. Łóżek dla nich, szczególnie dla dorosłych i młodzieży, jest zbyt mało.

Schiff oblicza, że związek kas chorych posiada przeszło 450 łóżek dla dorosłych gruźliczych. Wydatki na to urządzenie wynoszą 2,5 do 3,5 miljarða. Na akcję ratowania dzieci gruźliczych kasy chorych przeznaczyły na rok bieżący 5,5 miljarða.

Według Molla pomoc udzielana przez kasy chorych dzieciom rozciąga się na 4163 dzieci; koszt dzienny dziecka wynosi 13000 koron.

Skrzynka zapytań.

Jakie są własności środka przeciwrzeżączkowego Zumbuscha (roczyn chloru srebrnego w cianku potasowym), i czy preparat ten jest do nabycia w Warszawie?

Dr. K. w K.

Odpowiedź: W stężeniu 1:1000 środek jest znoszony przez przednią cewkę moczową zupełnie dobrze, w przypadkach świeżych można dojść do 1:500, w nieco starszych, przebiegających bez objawów podrażnienia do 1:200. Do przepłukiwania J. A. n. e. t. a można używać roztworów 1:20000 do 1:10000 cewka tylna znosi wkraplania roztworów 1:1000 do 1:200, a nawet 1:100. Leczenie trypra cewki przedniej aż do zniknięcia gonokoków trwało przeciętnie 14½ dnia. Liczba przypadków, leczonych przez Z., jest zbyt mała, aby można było wyprowa-

dziać ostateczne wnioski co do czasu trwania leczenia. Tymczasowe wnioski autora są następujące:

Środek jest znoszony dobrze, nie wywołuje silniejszego bólu. Przebieg choroby jest pomyślny. Gonokoki znikają prędko. Wydzielina zwykle ginie w krótkim czasie. Czas trwania leczenia conajmniej nie jest dłuższy, niż przy użyciu innych przetworów srebra. Środek jest tańszy, niż inne leki przeciwrzeżączkowe.

W Warszawie środka Zumbuscha niema, zdaje się, że niema go jeszcze w handlu wogóle. Nad wyrobem środka pracuje firma Boehringer w Ingelheim, dokąd też najlepiej zwracać się po informacje. S.

Prace oryginalne zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924.

POLSKA GAZETA LEKARSKA.

Nr. 10—11. LUBOWSKI: W sprawie ekspulsyjnego krwotoku po operacji zaćmy i o zapobieganiu temuż.

J. MISIEWICZ i P. BAUMRITTER: Przyczynki do kazuistyki posocznicy czworaczkowej.

F. SKUBISZEWSKI: Kiła przysadki mózgowej.

J. ZIEMACKI: Przypadek ciała obcego w oskrzeli.

Z. OXNER: Spostrzeżenia nad moczopędnem działaniem novasurolu.

TEMPKA: Pierwotne skazy krwotoczne ze stanowiska patogenetycznego i hematologicznego (Dok.).

Nr. 12—13. K. ZIELIŃSKI: † Alfred Sokołowski.

B. KARBOWSKI: O doświadczalnie wywołanym ostrym podrażnieniu błędnika i towarzyszących mu objawach nerwowych.

S. LASKOWNICKI: Bakterjobójczość słabych roztworów we wodzie i ich zastosowanie praktyczne.

A. WASILEWSKI: Z kliniki dżumy.

E. STEFEK: Adrenalina jako czynnik rozpoznawczy guzów jamy brzusznej.

A. WOJCIECHOWSKA: O wskaźniku katalatycznym przy niedokrwistościach.

H. ZAWISTOWSKI: Insulina jako środek leczniczy w cukrzycy.

Nr. 14—15. I. WĘGIERKO: Zachowanie się cukru i ciałek białych we krwi u chorych po odmie mózgowo-rdzeniowej.

A. GRUCA: Rak prostaty na podstawie materiału Lwowskiej kliniki chirurgicznej.

A. J. BANT: Uwagi do morfologii mięśni około-obojęzycznych u człowieka i u zwierząt ssących.

F. CZOBANÓWNA: Przypadek zaciopowania tętnicy brzusznej z następstwami zmianami w rdzeniu pacierzowym.

A. PUŁAWSKI: Endocarditis lenta cum tuberculosi miliari pulmonum.

H. WACHTEL: O technice i wskazaniach leczenia radem.

H. ZAWISTOWSKI: Insulina jako środek leczniczy w cukrzycy (Dok.).

Nr. 16—17. R. BERNHARDT. Anafilaksja antypirynowa.

F. NARÓG. Przypadek choroby Mikulicza.

I. EIZENFARB. O ilościowym określaniu soli żółciowych za pomocą napięcia powierzchniowego.

A. DOBRZAŃSKI. O stosowaniu panitryny w chorobach narządu słuchowego.

J. GLIŃSKI. Dwa przypadki guza jamy brzusznej jako przeszkoda podczas porodu.

A. DOMASZEWICZ. Wpływ wysokich dawek skopolaminy na zespół objawów Parkinsona po nagminnym śpiączkowym zapaleniu mózgu.

scowieniu.

I. HELD. Przypadek kiły późnej o wielorakiem umiej-

K. BOCHENSKI. Nowsze zapatrywania na etiologię wypadania macicy.

Nr. 18—19. E. WIDMARK. Brak witaminy A w Danji i jego skutki.

H. BROKMAN i M. PROKOPOWICZ. O istocie objawu Smitha w związku z powstawaniem szmerów żylnych.

H. MIERZECKI. O rumieniu po insulinie.

M. PASCHALISÓWNA. Zakrzep tętnicy kręzkowej górnej jako powikłanie duru wysypkowego.

J. SPIRA. Zmiany ucha wewnętrznego w przebiegu kiły wczesnej.

J. GRUNDZACH. Biegunki przewlekłe w świetle nauki o witaminach (Colitis avitaminosa).

B. GRÜNZWEIG. Nowy objaw w obecnej epidemii grypy.

J. OLBRYCH. W sprawie artykułu dr. T. Pawłasa „Leczenie rzeżączki śródmięśniowymi i dożylnymi wstrzykiwaniami oleju santalowego“.

A. WOJNICZ. Trzy przypadki wyciszenia macicy poporodowego wyleczone sposobem bezkrwawym.

H. HILAROWICZ. Z nowych zapatrywań na leczenie chirurgiczne wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy.

KWARTALNIK KLINICZNY SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Zeszyt II. L. NUDELMAN. Objawy oczne w tężcu w związku z jego patogenetą.

H. KERNER i T. ROZENFELD. Macica dwurożna a ciąża.

J. MERENLENDER. O leczeniu łuszczycy dożylnymi zastrzykami salicylanu sodu.

J. FINKELKRAUT i L. GOLDMAN. Yatren—Kazeina, jako środek leczniczy w gorączce połogowej oraz jej powikłaniach.

J. MILEJKOWSKI. „Jodo Bismuth Chinin“ Gessnera w przymiocie.

J. CHANARIN. O przeroście palców (Macroactilia).

WALKA Z GRUŻLICĄ.

Nr. 1. K. DĄBROWSKI. Ś. p. prof. dr. Alfred Sokółowski.

W. GAWŁOWSKI. Dotychczasowa organizacja i plan walki z gruźlicą w Polsce.

W. BOGUCKI. Śmiertelność z powodu gruźlicy w Warszawie w okresie od 1918 do 1922 r.

MEDYCYNA DOŚWIADCZALNA I SPOŁECZNA.

Zesz. 3—4. H. HIRSZFELDOWA, L. HIRSZFELD i H. BROKMAN. Wrażliwość na błonicę w świetle badań nad konstytucją i dziedzicznością.

H. BROKMAN. Badania nad wrażliwością skórą iudzi na jad czerwony.

W. LIPIŃSKI. Sporotrychoza błon śluzowych, spowodowana przez nowy gatunek Sporotrichum (Sporotrichum Cracoviense N. Sp.).

M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI, Janina MISIEWICZ i B. PUŁJANOWSKI. Badania nad wpływem naświetlania śledziony promieniami Rentgena na krzepliwość krwi.

J. KROSZCZYŃSKI i H. SIKORSKI. Badania porównawcze preparatów polskich i zagranicznych, IV. Działanie niektórych organoterapeutycznych preparatów na kijanki.

Z. LEŃKO i J. KRZYŻANOWSKI. Badania nad wchłanianiem normalnego pęcherza moczowego.

SZUMOWICZ DZWONKOWSKA. Badania doświadczalne nad wyrównaniem wad zastawki dwudzielnej.

Z. BOHDANOWICZÓWNA. O pneumokokach w płwocinie gruźliczej.

H. RAABE. Rząd i społeczeństwo w walce z zimnicą we Włoszech.

S. ADAMOWICZOWA. Ze statystyki grypy z 1924 r.

B. FEJGIN. O bakteriofagach.

NOWINY LEKARSKIE.

Nr. 3. A. KARWOWSKI. Ś. p. Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz.

B. SZULCZEWSKI. Główne wytyczne przy leczeniu gruźlicy dziecięcej.

E. LELESZ. Przyczynę do badań nad wpływem niedoboru pokarmowego u ludzi i zwierząt.

A. LASKIEWICZ. Przypadek obustronnego zwapnienia małżowiny usznej.

W. BENNI. O czystości powietrza w warsztatach pracy.

M. BLASBERG. Insulina jako środek leczniczy przeciw cukrzycy.

H. ALLERHAND. O „nieograniczonych możliwościach“ medycyny amerykańskiej.

Nr. 4. BROWICZ. Uwagi w sprawie nowotworzenia komórek, tkanek, guzów chorobowych.

A. GLUZIŃSKI. W sprawie rozpoznawania kiły wątroby i śledziony.

I. HOFFMANN. Podstawy biologiczne dziedziczności i konstytucji.

Fr. NARÓG. Wyniki lecznicze przy zastosowaniu ciał białkowych i szczepionek w chorobach ocznych.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE.

Nr. 3. A. PIOTROWSKI. Uwagi do terminu „otępienie“ z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox“. (Dok.).

Nr. 4. O. BIELAWSKI. Katanoid psychorodny (C.d.).

ARCHIWUM HISTORJI I FOLOZOFJI MEDYCINY.

Zesz. 1. A. WRZOSEK. Zadania i zamierzenia polskiego Archiwum historii i filozofji medycyny.

W. SZUMOWSKI. Collegium Medicum Stanisla-Augustum.

S. TRZEBIŃSKI. Medycyna w Polsce w świetle niektórych pamiętników XVII wieku.

R. WIERZBICKI. Historia słownictwa lekarskiego polskiego.

A. WRZOSEK. Określenie pojęcia choroby.

A. WRZOSEK. Krótka wiadomość o archiwach szkoły krzemienieckiej, Kuratora Wileńskiego Okręgu Naukowego i Tadeusza Czackiego.

ZDROWIE.

Nr. 1. I. JANISZEWSKI. Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce w 1922—23.

Nr. 2. K. BOCHENSKI. Neomaltuzjanizm i sztuczne przerwanie ciąży jako zagadnienie społeczne.

J. ADAMSKI. Służba Zdrowia Publicznego w Belgii.

T. JANISZEWSKI. Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce w 1922-23. (C. d.).

LEKARZ WOJSKOWY.

Nr. 1. H. NUSBAUM. Pogląd ogólny na zadania i stanowisko społeczne lekarza.

A. APATOW. Sprawozdanie z przebiegu epidemii czerwono.

CHOWANIEC i CZYŻ. Czerwonka w garnizonie warszawskim.

H. BECKER. O nadsyłaniu wnętrzości do badań chemicznych na trucizny.

B. ŁADA. Rola lekarza w korpusie kadetów.

W. DĘBCZYŃSKI. Z kazuistyki samouszkodzeń.

H. KARWOWSKI. Zegar sygnalizacyjny własnego pomysłu do zastosowania przy naświetlaniach.

Nr. 2. T. SOKOŁOWSKI. Doświadczenia własne ze znieczuleniem ledźwiowem.

JAROCIŃSKI. Ratownictwo przeciwigazowe.

G. SZULC. Ustalenie potrzeb pokarmowych organizmu.

J. E. CHMIELEWSKI. Samobójstwo z punktu widzenia socjologicznego i społeczno-lekarskiego.

J. MANTEUFFEL: Bataljony sanitarne.

Nr. 3. S. RUDZKI: Działalność ś. p. gen. bryg. Zdzisława Dmochowskiego w wojsku Polskiem.

K.: Ś. p. dr. med. Alfred Sokołowski.

E. ŻEBROWSKI: Istota i podział anemji.

F. CZECHOWICZ: Lekarz wojskowy przy pułku.

G. SZULC: Wyżywienie armji francuskiej obecnie i w ubiegłej wojnie.

I. RUTKOWSKI: O rezekcji naczyń powrózka naciennego.

F. GOEBEL: Cholesteryna a odczyn Wassermanna.

W. OSTASZEWSKI: Co lekarz pułkowy powinien wiedzieć z zakresu dentystryki.

Wiadomości bieżące.

— Wielki napływ prac treści społeczno-lekarskiej i higienicznej, zamówionych do numeru dzisiejszego, sprawił, że, pomimo znacznego powiększenia jego objętości, nie byliśmy w stanie dać w nim artykułów klinicznych. Postaramy się brak ten powetować w numerach najbliższych.

— W celu ujednolinitania polskiego prawodawstwa sanitarnego utworzona została przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych na mocy zarządzenia Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia z dnia 8.IV. r. b. Centralna Komisja dla zbioru i kodyfikacji polskiego prawa sanitarnego. Na pierwszym plenarnym posiedzeniu Komisji z dnia 2 maja r. b. ustalono, na podstawie referatu d-ra Hilarowicza, program i treść 1-ej części zbioru p. t. „Polskie prawo sanitarne“, w której skład wejść mają między innymi: Historia polskiego prawodawstwa sanitarnego. Organizacja publicznej służby zdrowia w Rosji, Austrii i Prusach. Organizacja Publ. St. Zdr. w Polsce. Władza Centralna w rozwoju historycznym. Stosunek Polski do Ligi Narodów w sprawach sanitarnych. Państwowa Szkoła Higieny. Organizacja Wojewódzkich Urzędów Zdrowia. Lekarze powiatowi. Nadzór nad lecznictwem w Kasach Chorych. Lekarze Sądowi. Statystyka lekarska. Organizacja samorządowej służby zdrowia. Przepisy praktyki lekarskiej i lekarsko-dentystrycznej. Technicy dentystryczni. Felczerzy. Akuszerki. Izby Lekarskie. Następne części „Polskiego prawa sanitarnego“ obejmą dział szpitalnictwa, przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych, o nadzorze nad środkami żywności, uzdrowiskach, hotelach, piekarniach, fryzjerniach, zakładach kąpielowych, aptekach i środkach lekarskich i t. d.

— III Zjazd jubileuszowy Higienistów Polskich. We środę 7 maja r. b. odbyło się posiedzenie Komitetu, na którym uchwalono co następuje:

Ze względu na wielką obfitość referatów wielkiej doniosłości, zgłoszonych na Zjazd, postanowiono zamknąć przyjmowanie referatów. Prezydium Zjazdu przekazało porozumienie się z referentami oraz ustalenie porządku referatów gospodarzom sekcji. Na gospodarzy sekcji zaproszono: do sekcji higieny epidemiologicznej d-ra Stefana Sterling-Okuniewskiego, do sekcji techniki sanitarnej inż. Ignacego Piotrowskiego, do sekcji higieny wychowawczej d-ra Władysława Świątoplek-Zawadzkiego. Uproszczone ppułk. d-ra Szulca, aby był łącznikiem pomiędzy gospodarzami sekcji, a grupą prelegentów wojskowych.

Obrano delegację, złożoną z pp. prof. Koskowskiego, d-ra Vacquereta i d-ra Dąbrowskiego, do przypomnienia Prezydium honorowemu o dniu otwarcia Zjazdu oraz ustalenia porządku przemówień powitalnych. Delegacja zobowiązała się również porozumieć z kardynałem Kakowskim, co do ceremonji poświęcenia sztandaru.

Sprawa mieszkań dla uczestników Zjazdu spoczywa w rękach d-ra Malecińskiego i d-ra Vacquereta.

Odczytano szereg wniosków natury gospodarczej i naukowej, nadesłanych przez ekspozytury Lwowską i Krakowską, i postanowiono przychylić się do wszystkich żądań.

Uchwalono urządzić podczas Zjazdu Wystawę higieny niemowląt; organizacją Wystawy podjął się zająć dr. Gromski, wiceprezes P. A. K. P. D.

P. bud. Lisiecki zdał sprawozdanie z przebiegu prac około sztandaru Towarzystwa. Sztandar powinien wypaść bardzo okazale.

Dotychczas zgłoszone referaty:

Sekcja ogólna. 1) Prof. dr. Paweł Gantkowski (Poznań). O narkotyzowaniu się społeczeństwa, a przede wszystkim o morfinizmie, kokainizmie i alkoholizmie ze stanowiska higieny społecznej. 2) Prof. dr. Sieradzki (Lwów). Walka z alkoholizmem, morfinizmem i kokainizmem. 3) Dr. Leon Krzemicki (Lwów). Propaganda higieny w społeczeństwie. 4) Dr. Momidłowski (Kra-

ków). Czy lekarze są dostatecznie przygotowani do szerzenia kultury higienicznej? 5) Dr. Wacław Gawłowski (Warszawa). Lekarze a propaganda higieny. 6) Prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt (Wilno). a) O zasadniczych kierunkach w dziedzinie higieny pracy. b) Znaczenie teorii korelacji w statystyce sanitarnej. 7) Adamowiczowa (Warszawa). O statystyce sanitarnej.

Sekcja epidemiologiczna. 1) Prof. Szymon Dzierżgowski (Warszawa). Znaczenie dla higieny biologicznych metod walki z chorobami zakaźnymi. 2) Dr. Wincenty Bogucki (Warszawa). Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w m. st. Warszawie. 3) Pułkownik dr. Stefan Rudzki (Warszawa). O zapobieganiu gruźlicy. 4) Dr. Mikołajski (Lwów). Śmiertelność gruźlicy w województwie Lwowskim. 5) Dr. Seweryn Sterling (Łódź). a) Zapobieganie gruźlicy. b) Sześć lat istnienia sekcji do walki z gruźlicą przy Magistracie m. Łodzi. 6) Inż. A. Zakrzewski (Łódź). Organizacja sekcji do walki z gruźlicą przy magistracie m. Łodzi. 7) Dr. St. Janikiewicz (Kraków). Zwalczanie gruźlicy z uwzględnieniem walki z gruźlicą na wsi. 8) Dr. Leon Krzemicki (Lwów). Konieczność opracowania i wydania ustawy „O zwalczaniu chorób wenerycznych“. 9) Dr. A. Wasilewski (Warszawa). Ogniska zimnicy na Kresach Wschodnich. 10) Dr. Wł. Sterling (Warszawa). Epidemiologia i walka ze śpiączką epidemiczną w Polsce. 11) Dr. Bronisław Wejnert (Warszawa). W sprawie profilaktyki raka. 12) Dr. Stefan Sterling Okuniewski (Warszawa). Organizacja walki z rakiem na ziemiach polskich.

Sekcja Higieny wojskowej. 1) Dr. Gustaw Szulc (Warszawa). Organizacja higieny w wojsku. 2) Dr. G. Szulc i dr. Szendzikowski (Warszawa). Zaopatrzenie oddziałów wojskowych w wodę. 3) Dr. H. Becker (Warszawa). Działalność i rola pracowni higieny W. I. S. 4) Pułk. dr. Wł. Osmański (Warszawa). O sportach w wojsku.

Sekcja techniki sanitarnej. 1) Inż. Iwanicki i dr. Garbaczewski (Lublin). Sprawa techniki sanitarnej osiedli ludzkich. 2) Inż. Ignacy Piotrowski (Warszawa). Stan kanalizacji i wodociągów w Polsce. 3) Prof. dr. O. Bujwid (Kraków). Podstawy nowoczesnych sposobów dostarczania wody i urządzeń kanalizacji. 4) Inż. Bronisław Tysza (Warszawa). O oświetleniu miast i wsi. 5) Inż. Józef Kamler (Warszawa). Budowa urządzeń kąpiel ludowych. 6) Inż. Wł. Mołczański (Lwów). Potrzeba ustalenia odpowiedzialności projektodawców i wykonawców domów mieszkalnych, oraz policji budowlanej za stan higieniczny domów mieszkalnych. 7) Inż. Wł. Mołczański. O naglącej potrzebie zmiany ustaw budowlanych w kierunku higieniczności, zwłaszcza pod względem ekonomji ciepła.

Sekcja higieny wychowawczej. 1) Dr. Jan Opiński (Lwów). Zasada powszechności w nauczaniu higieny i organizacja tego nauczania. 2) Dr. St. Skalski (Łódź). O nauczaniu higieny w szkołach publicznych. 3) Dr. St. Kopczyński (Warszawa). Współpraca samorządów z rządem w sprawie higieny szkolnej. 4) Dr. Wł. Świątoplek-Zawadzki (Warszawa). Wychowanie fizyczne młodzieży jako zadanie społeczeństwa. 5) Dr. J. Zanietowski (Kraków). a) Wychowanie domowe i szkolne a higiena (na podstawie spostrzeżeń podczas misji lotnej propagandy higieny dziecka). b) Nadpobudliwość w wieku szkolnym, pod kątem widzenia nowszych badań higienicznych i pediatrycznych. 6) Dr. Henryk Allerhand (Lwów). Szkolna pomoc dentystryczna u nas i zagranicą. 7) Dr. Eleonora Reicherówna (Warszawa). Z badań nad młodzieżą uprawiającą sporty. 8) Dr. Adam Elektorowicz, dr. Eleono-

ra Reicherówna i dr. St. Sterling-Okuniewski. Z badań nad młodzieżą wyższych uczelni.

— Szwajcarski Komitet Higienistów, organizujący pierwszy Międzynarodowy Zjazd dla Spraw Higieny Przemysłowej, komunikuje nazwiska osób, które zgodziły się dostarczyć referatów na tematy, podlegające obradom Zjazdu.

Referenci kwestyj:

I. Higieny wzroku:

- 1) P. Gaster (Londyn). Sprawozdanie techniczne.
- 2) P. Oblath (Triest). Ogólna fizjopatologia.
- 3) Dr. Stassen (Leodjum). Oświetlenie w kopalniach i zmęczenie wzroku u górników.

II. Wentylacji w zakładach pracy:

- 1) Pr. L. Hill (Londyn). Wentylacja (tak zw. katartermometry),
- 2) P. Kohn-Abrest (Paryż). Kurz i dym.
- 3) Pr. Lehmann (Würzburg). Gazy.

III. Badań nad zmęczeniem pracowników.

1) F. Lee (New-York). Metody chemiczne. Ogólna krytyka badań nad zmęczeniem.

2) Pr. M. Patrizi (Bolonja). Metody chemiczne i graficzne.

3) P. Wyatt (Londyn). Metody psychologiczne. Komitet ma nadzieję, że uda mu się rozestąć referaty przed kongresem, który odbędzie się 18—20 lipca 1924 r.

Wszelkich informacji udziela prof. Christiani, Instytut Higieniczny, Uniwersytet Genewski, Szwajcaria.

— W ostatnich czasach mnożą się doniesienia o powikłaniach śmiertelnych po operacjach na żołądku i kiszki wskutek dostawiania się glist do jamy brzusznej. Podając te spostrzeżenia do wiadomości publicznej, radzą niektórzy autorowie przed operacjami żołądkowo-jelitowymi stosować leczenie przeciwczerwiciowe.

— Ciężką epidemię grypy przechodzi w roku bieżącym Anglja. Już w grudniu r. 1923 zmarło tam na grype 459 osób, w styczniu r. b. 580, w lutym 2100, a w marcu aż 3231. Równocześnie śróży się w Anglii śpiączkowe zapalenie mózgu, które zabrało w pierwszym kwartale r. b. 603 ofiary. Godny jest zaznaczenia fakt, że podczas gdy grypa w Anglii znajduje się obecnie już w okresie wygasania, epidemia śpiączkowego zapalenia mózgu wzrasta.

— Międzynarodowy Komitet Higieny z ramienia Ligi Narodów obradował temi czasy w Paryżu nad sprawą zwalczania chorób nagminnych. Polskę reprezentował były minister Zdrowia Publicznego Chodźko.

— Dr. Murakami podaje w Nr. 19 La Presse medicale r. b. garść interesujących wiadomości, dotyczących stanu lecznictwa w Japonji. Na 78 milionów mieszkańców na zasadzie spisu w r. 1920 (w tem 21 milj. na Formozie, Sachalinie i w Korei) było w tym roku 45504 lekarzy (1 na 1700 mieszk.), 6174 dentystów, 8165 aptekarzy, 36055 akuserek, 32338 pielęgniarek, 11063 szpitale i 167 szpitali dla prostytutek. Uniwersytetów państwowych ma Japonja dziesięć, z których pięć posiada tylko wydział lekarski. Poza tem w 4-ch miastach istnieją wydziały lekarskie, ufundowane przez zarządy prowincjonalne. Następnie wymienić należy 2 wydziały lekarskie prywatne i jedną szkołę lekarską dla kobiet. Wreszcie w kolonjach istnieją fakultety lekarskie rządowe na Formozie i w Seulu i prywatny wydział lekarski w Mukdenie (Mandzurja). Kurs nauk lekarskich trwa 4 lata: dwa pierwsze obejmują naukę anatomji, histologii, fizjologii, chemji fizjologicznej, patologji, bakterjologii, farmakologii i t. p. przedmiotów zasadniczych. Studja są teoretyczne i praktyczne i kończą się egzaminem. Dwa lata następne poświęcone są studjom praktycznym z rozmaitych specjalności lekarskich, poczem nowy egzamin daje tytuł lekarza. Studja wyższe, trwające conajmniej dwa lata, prowadzą do obrony rozprawy doktorskiej przed forum profesorskiem i dają tytuł doktora medycyny. Można zresztą przedstawić rozprawę bez uczęszczania na owe kursy wyższe. Lekarze wojskowi i marynarki studjują w szkołach wojskowo-lekarskich.

Wydział lekarski na uniwersytecie w Tokio posiada za-

kład chorób zakaźnych, poza którym istnieje również w Tokio zakład prywatny Kitasato. W obu zakładach przygotowują szczepionki i surowice i dokonywują badań bakteriologicznych. Prócz tego istnieją jeszcze 44 zakłady prywatne dla wytwarzania surowic.

— Utworzenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki społecznej w Rumunji zostało uchwalone w parlamencie w dn. 31 października 1923 r. większością 112 głosów przeciw 16, a w senacie dn. 1 listopada tegoż roku 56 głosami przeciw 3. Nasze ciała ustawodawcze w tym samym czasie uznały za celowe zniesienie Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Zasadnicze artykuły nowej ustawy rumuńskiej (1 i 2) postanawiają podział istniejącego dotąd Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Pracy i Opieki Społecznej na dwa ministerstwa: 1) Ministerstwo Pracy, Kooperatyw i Ubezpieczeń Społecznych i 2) Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej. W skład tego ostatniego wchodzi: Dyrekcja Generalna Służby Zdrowia, Dyrekcja Generalna Opieki Społecznej i Urząd Narodowy opieki nad inwalidami i weteranami. — Biuletyn miesięczny Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej zawiera:

Nr. 1 styczeń:

V. Boeckel: Walka przeciw durowi brzuszemu w Belgji.

J. Cisler: Twardziel zakaźna w Czechosłowacji.

Statystyka sanitarna Włoch za rok 1917.

Nr. 2 luty:

Rak w kolonjach francuskich. Sprawozdanie brytańskiego komitetu studjów nad chorobami wenerycznymi.

Lépine. Opieka lekarska, higiena i profilaktyka chorób endemiczno-epidemicznych i zaraźliwych w Kamerunie podczas pierwszych lat okupacji francuskiej.

Statystyka sanitarna Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej za rok 1917.

— Przy Zakładzie Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego z dn. 1.X. 1924 r. będzie wakowało stanowisko asystenta z wynagrodzeniem według VIII kategorii płac urzędników państwowych. Zgłoszenia wraz z curriculum vitae należy składać na ręce kierownika Zakładu, prof. W. Grzywo-Dąbrowskiego, ul. Oczerki 2.

— Zwracamy uwagę Szan. Kolegów na umieszczone w dziale inseratów ogłoszenie o konkursie na stanowiska lekarzy powiatowych w województwie Poznańskim.

Sprostowanie. W Nr. 4 na str. 137 szpalta lewa wiersze od góry 9—13 włącznie powinny być przeniesione na koniec szpalty prawej.

W tymże numerze na str. 155 szpalta lewa wyrazy: Sekcja kliniczna powinny być umieszczone nad wyrazami: Posiedzenie z dnia 1.III 1924 r.

— Zmarli: Henryk Sarcewicz, lekarz Min. Pracy i Opieki Społecznej, członek Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy, członek Sądu Izby Lekarskiej Warsz. Białost.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

Henryk ALLERHAND. O wrodzonym braku uzębienia. Odbitka z „Polskiej Dentystyki“. Marzec—Kwiecień. 1924 Nr. 2. R. II.

Tenże. O konieczności jednolitego nauczania dentystyki w Państwie Polskiem. Odczyt wygłoszony na I Polskim Naukowym Zjeździe Lekarzy Dentystów we Lwowie dnia 25. VII.1923.

Tenże. O leczeniu białkami w stomatologii. Odbitka z „Polskiej Dentystyki“. 1923. Nr. 5.

Tenże. Rozprawa Wileńska z przed 250 laty o chłopcu ze złotym zębem. Odbitka z „Przyrody i Techniki“. 1924. Zesz. 1.

Tenże. O zakażeniu ustnem i środkach zaradczych. Odbitka z „Polskiej Dentystyki“ N.Nr. 6, 7, 8 r. 1923.

I. M. ALONSO. Contribution à l'étude des fibromes du nasopharynx chez la femme. Odbitka z Acta Oto-Laryngologica. VI. Fasc. 1—2.

O D A M I N I S T R A C J I.

W sprawach, dotyczących prenumeraty, wysyłki pisma, zmiany adresu, odbitek, ogłoszeń i t. p. prosimy o zwracanie się do Administracji, Szpitalna 10 m. 10. Telef. 193-95.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia WSPÓŁCZESNA* w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.