

ZDROWIE

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY

HYGJENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

REDAKTOR I WYDAWCA

Dr. Med. J. Polak

Biblioteka Towarz. Lekarsk.
gub. Lubelskiej

~~~~~  
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: ul. S-to Krzyzka 25.  
~~~~~

WARSZAWA.

W drukarni St. Niemiry Synów

Plac Warecki № 4

1899

SKŁAD WIN I TOWARÓW KOLONJALNYCH
pod BACHUSEM, róg Widok i Marszałkowskiej. Telef. Nr 100.

WINA LECZNICZE PO CENACH PRZYSTĘPNYCH.

SKŁAD WIN

DOMU HANDLOWEGO

MAURYCY SEYDEL i S^{-ka}

Senatorska Nr 36/38 (Plac Reśursy Kupieckiej)
w domu własnym

POLECA :

WINA CESARSKICH APANAŻY.

Francuskie Wina Lecznicze

analizowane przez Magistra Nauk Przyrodzonych W-go
N. Milicera i nagrodzone medalem złotym na Warsza-
wskiej Wystawie Hygjenicznej w r. 1896.

Le seul Grand Prix pour les Vins Russes à l'Expositlon.
Universelle de Paris 1889.



Wina księcia Ż. A. Dżordżadze i S^{-ka} w Kachetii
Oryginalne wina z Bordeaux. Wina stare węg-
ierskie lecznicze. Porter Angielski kuracyjny.

Telefonu Nr 123.

SKŁAD WIN I TOWARÓW KOLONJALNYCH
pod BACHUSEM, róg Widok i Marszałkowskiej. Telef. Nr 100.
WINA LECZNICZE PO CENACH PRZYSTĘPNYCH.

WIND SZAMPAŃSKIE NATURALNE **EXCELSIOR**

Sec, demi sec, Chicago, étoile rouge

przyrządzone na sposób francuzki
przez Towarzystwo Akcyjne Francuzkie

SOCIÉTÉ VINICOLE

ODESSA.

KONIAK LECZNICZY „PHENIX.”

ZDROWIE

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Treść numeru: *Artykuł wstępny* (str. 389). — Lek. dent. M. Krakowski. Przyczynę do kwestji pomocy dentystrycznej w średnich zakładach naukowych (391). Dr J. Polak. Szpitalnictwo warszawskie (dalszy ciąg) (str. 410). — *Dział sprawozdawczy* Laseczniki błonnicze w jamie ustnej zdrowych ludzi (str. 422). — Nowy sposób hodowli laseczników gruźliczych. (str. 425). — Emalja naczyń (str. 426). — *Bacillus cadaveris sporogenes anaërobicus* (426). — O wpływie soli kuchennej na bakterje wywołujące otrucia mięsem (426). — Alkohol, jako produkt spożywczy (str. 427). — Znaczenie *streptococcus longus* w etjologii (427). — *Kronika*. Wpływ światła na kwaśnienie mleka (str. 428). — Epidemia błonicy (428). — Dezynfekcja mieszkań i szpitali za pomocą sublimatu (428). — *Diplococcus van-Harreveld* (428). — *Korespondencja* (str. 429). — Ogłoszenia.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 4, półrocznie rs. 2. Na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. Za granicą rocznie 6 flor., 10 m. 14 fr., półrocznie 3 flor. 5 m. 7 fr. Numer pojedynczy 50 kop.

Cena ogłoszeń: Cała strona rs. 15, 1/2 strony rs. 8, 1/4 strony rs. 5.

Warszawa. Październik, 1899.

W ostatnich czasach daje się zauważyć jakoby nowa jakaś epoka w stanie lekarskim, mianowicie w stosunkach odnoszących się do stanowiska i znaczenia lekarzy szpitalnych. — Stan rzeczy nowy należałoby uważać za zrównanie wszystkich przez deprecjację stanowiska lekarzy szpitalnych. Jako dominujący objaw uważać należy przede wszystkim wytworzenie specjalnie miejscowego typu lekarzy ambulatoryjnych. — Lekarze ambulatoryjni istnieli zawsze, obecnie jednak wyodrębniają się przez specjalny urząd „lekarza ambulatoryjnego“ i jeszcze inny urząd „przełożonego ambulatorjum“ z prawami ordynatora nadetatowego. Do czego służyć mają takie urzędy? takie nasuwa się nam pytanie i odpowiedzi szukamy w pożytku dla chorych, dla instytucji i dla stanu lekarskiego. Dla chorych i dla ogółu sprawa jest mniej więcej obojętną: lekarze

przyjmowali ich w ambulatorjum zarówno przed nominacjami jak po nominacjach. Dla instytucji sprawa jest równie obojętną: przeważnie od lekarza naczelnego i od składu osobistego szpitala zależy dobre prowadzenie ambulatorjum. Specjalny przełożony ambulatorjum jest osobistością nieściśle określoną; utrzymywać porządek będzie on zapewne przez pośrednictwo personelu dozorczego i przez niższą służbę, jak to czyni dbały o szpital lekarz naczelny, czyżby więc inni lekarze ambulatoryjni potrzebowali podwójnej nad sobą władzy? Co do pożytku dla lekarzy, to zdaje się że w istocie istnieje niemało jednostek łaknących jakiejś łatwo zdobywanej posady i wielka radość w rzeszy może ztąd powstać, ale za to prawdziwa zasługa i zdolność pozostaje bez nagrody i posada ordynatora do której przywykliśmy przywiązywać powagę, zyskuje współrzedną, nie bardzo nawet nadającą się do wymaganego przez prawo wyraźne systemu konkursu. Ten ostatni sposób udzielania posad został zaniechany w ostatnich czasach absolutnie pomimo obowiązującego do dziś dnia prawa z r. 1862 (Zb. przep. Adm. Kr. Pol. T. V, 1866).

Ta deprecjacja, ten upadek powagi ordynatora, który długą pracą i wiedzą zaszczytne to dotychczas miejsce zdobywał, znajduje analogję w innych zmianach do deprecjacji wiedzy lekarskiej w stosunkach szpitalnych dążące, a mianowicie w upadku znaczenia stopnia doktora medycyny, zdobywanego bardzo mozolną pracą. Cóż dziwnego że lekarze albo nie ubiegają się o ten stopień, albo złożwszy wszystkie lub część egzaminów doktorskich przerywają doktoryzację, jeżeli u nas niemal absolutnie żadnych przywilejów stopień ten nie nadaje. A jednak cyrkularz departamentu lekarskiego z d. 20 września 1866 roku № 116 mający znaczenie obowiązujące, cyrkularz nakazujący udzielać urząd lekarzy naczelnych doktorom medycyny, podaje w motywach swych konieczność podniesienia powagi urzędów szpitalnych i w ten sposób zachęcenia lekarzy do zdobywania wyższych stopni uczonych, a to stosownie do zatwierdzonej przez p. Ministra spraw wewnętrznych opinii Rady lekarskiej.



PRZYCZYNEK
DO KWESTJI POMOCY DENTYSTYCZNEJ
W ŚREDNICH ZAKŁADACH NAUKOWYCH

podał *M. Krakowski*, lekarz dentystyki.

„....popuszczając wodze władzom umysłowym, te tylko pielęgnując i pieszcząc, podkopujemy i niszczymy powoli władze cielesne, a przeto przenosimy życie fizyczne na prawdziwy padoł płaczu.“ *Jędrzej Śniadecki*.

„Sans bonnes dents pas de santé,
Sans belles dents pas de beauté.“
(Przysłowie francuskie).

Faktem dowiedzionym jest, że średnie zakłady naukowe posiadają wszelkie warunki, sprzyjające rozwojowi rozmaitych cierpień u ich wychowañców. Na fakt ten zwrócono już dawno baczną uwagę ¹⁾, obecnie zaś literatura lekarska coraz więcej się wzbogaca niezbitymi faktami, dowodzącymi istnienia i rozwoju całego szeregu chorób wpośród uczących się, w tej lub owej postaci. Słowem przez wielu uznanem zostało istnienie t. zw. *chorób szkolnych*, które w ostatnich czasach rozmnożyły się ilościowo i jakościowo. Prof. *Żuliński* w tej kwestji mówi: ²⁾ „Jeżeli zważymy, że wszelkie nagłe zmiany w trybie życia zachodzące u dorosłych, odbijają się na zdrowiu ich, to nie dziwnego, że także zmiany w sposobie życia u dzieci, daleko wogóle wrażliwszych na wpływy wszelkiego rodzaju, tem więcej się uwydatniają. Że zaś z rozpoczęciem nauki szkolnej nastaje zmiana w dotychczasowym sposobie życia dzieci, łatwo więc wytłumaczyć powstawanie różnych dolegliwości u wychowañców szkół.“ Zwykle szkoły pomawiane bywają o wytwarzanie następujących cierpień lub sprzyjanie ich rozwojowi:

¹⁾ J. P. Frank (1745—1821).

²⁾ Prof. *Żuliński*. *Hygjena szkolna*. Wydanie pośmiertne przez *Grabowskiego*. Kraków, 1886 r.

- 1) ogólnych zboczeń odżywiania,
- 2) chorób płucnych,
- 3) zboczeń w krwiobiegu,
- 4) skrzywień stosu pacierzowego,
- 5) zmian w refrakcji oka, (krótkowzroczność z jej skutkami),
- 6) cierpienie ośrodków systemu nerwowego,
- 7) szkoły stanowią jedną z dróg i to ważnych szerzenia się chorób zaraźliwych.

Istotnie, badania różnych autorów w Danji (1884 r.) wykazały, że na 16789 uczni 29% było chorych, zaś na 11646 uczennic—41%, w tej lub owej postaci. W Szwecji na 15077 uczni było chorych 39,2%, zaś na 3072 uczennic—61%. *Engl*²⁾ w państwie Niemieckiem zwraca uwagę na wzmagającą się odsetkę śmiertelności z powodu suchot w wieku szkolnym (12,96%—31,88%).

Za cierpienia polegające na nawałach krwi do głowy uważane bywają u wychowañców szkół średnich *zawrót i bóle głowy*. Różni (*Becker, Baginsky* i inni³⁾) badacze zwracali uwagę na często powtarzające się tego rodzaju cierpienia (*céphalalgie scolaire Guillaume'a*). *Guillaume*⁴⁾ wykazał w szkole miejskiej w Neuchatel'u, że z pośród 731 uczni u 296 pojawiały się często bóle głowy, a *Becker*⁵⁾ pomiędzy 3568 uczniami szkół darmsztadzkich znalazł 974, czyli 27,3% cierpiących na ból głowy. Z tablic przez niego zestawionych wynika, że w szkołkach początkowych w klasach niższych częściej spotykać się można z dziećmi cierpiącymi na ten rodzaj choroby; w szkołach średnich, w miarę im wyższa klasa, tem liczniejsi są uczniowie z temi dolegliwościami, a w niektórych klasach liczba dochodzi nawet do 80%.

Co się tyczy *zboczeń w krwiobiegu* to występują one w postaci częstych *krwotoków nosowych, nieregularnych tonów sercowych, rozszerzeń żył sznurka nasiennego*. *Guillaume*⁶⁾ wykazał, że z pośród 731 uczni było 155 (21,2%) takich, u których się często pojawiały krwotoki nosowe. *Becker*⁷⁾, badając 3564 uczni znalazł takich 405 (15,5%). *Guillaume* w szkołach w Neuchâtel'u u 350 chłopców 169 razy (48,3%), a u 381 dziewcząt 245 razy (64,3%) zauważył wole jako następstwo wad w krążeniu krwi. *Leshaft*⁸⁾ również badając 793 uczni zakładów naukowych w Petersburgu, znalazł pomiędzy nimi znaczną liczbę dotkniętych wolem; a liczba ta wzrastała w miarę im w wyższej klasie czynił badania.

Co do przyczyn powstawania, to autorzy dopatrują się ich w utrudnionym odpływie krwi przez żyły szyjne, do którego powod dają złe trzymanie się przy pisaniu i obcisłe ubrania.

Skrzywienie kręgosłupa zajmuje również widoczne miejsce wśród *chorób szkolnych*. Na 731 badanych uczni *Guillaume* ⁹⁾ znalazł 218 razy, t. j. na 381 dziewcząt u 41% skrzywienie stosu pacierzowego mniej lub więcej wybitne, a na 350 chłopców 18%; średnio zatem u 29,8%.

Krótkowzroczność wśród młodzieży szkolnej pod wieloma względami zasługuje na uwagę. Powodem pojawienia się tej choroby bywa codzienne długotrwałe przyglądanie się z bliska przedmiotom małym, jak przy czytaniu, pisaniu, rysowaniu, robotach ręcznych i t. d., któremu sprzyjają niedostateczne oświetlenie i nieodpowiednie ławki. *Cohn* ¹⁰⁾ wykazuje, że a) liczba krótkowidzących wzrasta w miarę w im wyższych zakładach naukowych, lub w miarę im w wyższych klasach tychże badania podejmujemy; b) że wzrasta się także i stopień krótkowzroczności; gdy w klasach niższych przeważają krótkowidze niższego stopnia w stosunku do krótkowidzów wyższego stopnia, to w klasach wyższych stosunek ten jest odwrotny. Poddawszy badaniu 10060 uczniów, *Cohn* otrzymał nader ujemne wyniki. W gimnazjach bywa 26,2%, w szkołach realnych — 19,7% krótkowidzących. *Reuss* ¹¹⁾ (Wiedeń) zauważył, że u 18,9% rozwinęła się krótkowzroczność; u 61% wzrósł się stopień jej, krótkowzroczność była we wszystkich przypadkach *postępująca*, polegająca na ciągłym wydłużaniu się osi ocznej. Przyczyny: znaczne nateżenie narządu akomodacyjnego i znaczna zbieżność osi ocznych.

Że szkoła wpływa na powstawanie *chorób nerwowych i umysłowych*, o tem twierdzi wielu autorów (*Lehr, Finkelburg, Haase* i inni) ¹²⁾. Badania *Dra Nestorowa* ¹³⁾ w latach 1882—1886 dotyczące wychowalców gimnazjum klasycznego w Moskwie wykazały, między innymi chorobami, że u 30% uczni istniał rozstrój nerwowy; odsetka przewyższała w klasach wyższych u starszej młodzieży (maximum wynosiło 33,77%) *Güntz* ¹⁴⁾ określił nawet obraz cierpienia umy-

⁹⁻¹²⁾ U Żulińskiego.

¹³⁾ Wiestnik obszczestwiennej higieny, sudiebnoj i praktiezeskoj mediciny, 1890 r., zeszyt 2.

¹⁴⁾ Żuliński (l. c.).

słowego, jako właściwego dzieciom szkolnym, które nazwał „Wahnsinn der Schulkinder.“

Szkoła nareszcie z powodu blizkiej styczności wzajemnej uczni nie mało przyczynia do szerzenia się *chorób zaraźliwych* (odra, ospa, płonica, błonica, krztusiec, świerzb, strupień i t. d).

Nic więc dziwnego, że wiele zarzutów podnoszono przeciw szkołom pod względem powstawania chorób w różnorodnej postaci. Że są one uzasadnione, wykazują wyżej przytoczone daty statystyczne, które nie mało przyczyniły się do przedsięwzięcia należytych środków w tym kierunku w całym świecie ucywilizowanym.

Ostatnie dwudziestolecie zwłaszcza znaczne poczyniło postępy, tyżące się nadzoru lekarskiego nad zakładami naukowemi, szczególnie za Zachodzie.

W r. 1878 we Francji zostaje zatwierdzoną oddzielna inspekcja szkolna, w roku 1882 — „*Commission d'hygiène des écoles.*“ W tymże okresie czasu powstaje w Brukseli „*Instytut lekarzy szkolnych*“ z ściśle usystematyzowanym programem działalności. Według rozporządzenia z roku 1874 z dnia 12 lutego ministerjum Bawarskie nakazuje peryodyczne oględziny wychowañców średnich zakładów naukowych i prawem z dnia 6 września hygieny szkolna powierzona zostaje specjalnej komisji sanitarnej. W Księstwie Wirtemberskiem w latach 1875—76 zatwierdzonym zostaje obowiązek inspektora lekarskiego szkolnego (Oberamtsarzt). W latach 1878—1880 w Austrii według rozkazów ministra z dnia 31 sierpnia i 26 listopada r. 1878 oraz 1 marca 1880 r. zaleca się środki przeciwdziałające szkodliwym wpływom średnich zakładów naukowych na narząd wzrokowy. Dozór lekarski w dalszym ciągu rozpowszechnił się: w Saksonji (okólnik z dnia 1 czerwca 1884 roku), w ks. Badeńskiem (rozporządzenie z dnia 17 listopada t. r.) w Anglii t. z. „*Medical officers of Health*“ dozoruja nad szkołami elementarnemi, w Prusiech okólnikiem z dnia 25 lutego 1888 roku minister *Gossler* zwraca baczną uwagę na stan sanitarny uczelni.

Władza Rosyjska nie pozostawała na szarym końcu; uznała i ona konieczność współdziałania lekarzy i ich kompetencji w zakładach naukowych. Jak głosi § 65 ustawy o gimnazjach z r. 1871, przy każdym zakładzie naukowym średnim istnieje lekarz, którego obowiązkiem jest po za nieustającą troskliwością o zdrowie

wychowawców, uważać, aby nie wstępowali do gimnazjów uczniowie, którzy posiadają wady organiczne lub inne cierpienia, przeszkadzające należytemu oddawaniu się nauce. Słowem, że zakłady naukowe w Rossji w ostatnich latach, w sprawie zdrowia uczących się, są przedmiotem nieustającej korespondencji ze strony władzy, której powierzono wychowanie młodzieży. Niejednokrotnie zastanawiano się nad usunięciem szkodliwych warunków życia szkolnego; wprowadzono gimnastykę, przeglądano programy, wydano odpowiednie rozporządzenia odnośnie do zadawanych przedmiotów, którymi przeciążają uczniów i t. d. Zdawano dozór sanitarny nad szkolną młodzieżą, lecz wszystko to nieledwie żółwim krokiem postępuje. U nas lekarz szkolny tymczasem spełnia obowiązki higienisty, okulisty, chirurga, i t. d. Czyż to nie zawiele? Rzuciwszy okiem na wyżej przytoczone cierpienia wśród wychowawców średnich zakładów naukowych i częstość pojawienia się tych chorób łatwo pojąć, jakie powinno być zadanie lekarza szkolnego.

Nie będę tu wiele mówił o niezbędnych reformach w tym kierunku, gdyż zadaleko bym odszedł od tematu niniejszej pracy; mamy nadzieję, że nowootworzone Towarzystwo higieniczne nie mało przyczyni się ku podniesieniu tej kwestji, i właściwa reorganizacja w niedalekiej przyszłości nastąpi. Niewątpliwie różnemi drogami dążyć ono będzie ku zwalczeniu tej znacznej ilości cierpień.

Poświęciwszy słów kilka *chorobom szkolnym*, na które *zwróciła* uwagę cała prawie Europa i które, jak widzieliśmy wyżej, były przedmiotem ciągłych trosk ze strony władz i wybrańców, którym powierzona została opieka nad młodzieżą, zwrócę uwagę na te choroby, które niemniej są rozpowszechnione wśród wychowawców średnich zakładów naukowych, lecz na które mało, a u nas *wcale* nie zwracano należytej uwagi.

Są to *choroby zębów i jamy ustnej*. We wszystkich debatach, rozporządzeniach, okólnikach wyżej przytoczonych władz w liczbie chorób wymienionych nie było najmniejszej wzmianki o tej postaci cierpień. Tak np. w referacie „*o opiece lekarsko-sanitarnej nad średnimi zakładami naukowemi*,” odczytanym w dniu 6 sierpnia 1891 roku na walnem posiedzeniu moskiewskich przedstawicieli zakładów naukowych oraz lekarzy pod przewodnictwem hr. *Kapnista* w długim wymienionym szeregu cierpień, na które należy zwraca-

cać uwagę w zakładach naukowych (cierpień tych naliczono do *czterdziestu*) nie ma najmniejszej wzmianki o chorobach zębów i jamy ustnej wogóle. Ponieważ tak tu, jak w innych państwach na ten rodzaj cierpień dotychczas nie zwracano uwagi, sądzić by więc należało, że one wśród wychowawców zakładów naukowych jakoby są nieznaczne, a może też wcale nie mają miejsca.

A czy tak jest istotnie, pokażą nam poniżej przytoczone wyniki badań stanu zębów i jamy ustnej przedsięwziętych w ostatnich czasach.

W Lucernie w roku 1891 dokonane zostały oględziny zębów i jamy ustnej u 1000 uczenic w wieku od 7 do 14 lat. Liczba wszystkich ogółem badanych zębów równała się 22298, z nich 14213 stałych a 8085 mleczyń. Załedwie 58 uczenic (15,8%) posiadało zupełnie zdrowe zęby, zaś 942 uczenic (94,2%) zepsute. U 350 (35%) znaleziono różne zбочzenia i nieprawidłowy zgryz, u 80 (8%) — rośnie dziąsłowe, a u 2 braki podniebienia twardego. Ponieważ choroby wieku dziecięcego często ujemnie wpływają na prawidłowy rozwój zębów, zapytywano każdą z uczenic, czy przechodziła jaką chorobę, lub też nie.

Okazało się że dziecięcym chorobom podlegało 488 (48,8%), ciężkie choroby przebyło 384 (38,4%), 128 (12,8%) nie mogło dać wyjaśnień.

Z 407 uczenic, badanych przez *Lipschütza*¹⁵⁾ w Berlinie okazało się 339 (83,3%) dotkniętych chorobami zębów; u 3 (0,64%) zęby były w stanie prawidłowym.

Ze zbadanych 9432 zębów było 2985 mleczyń i 7047 stałych. Z liczby mleczyń było 1263 (52,95%) chorych, plombowanych było 1 (!!). Ze stałych zaś było 1660 spróchniałych (23,5%).

Fenchel w Hamburgu znalazł u zbadanych wychowawców zakładów naukowych, że zepsute zęby miało 96,25—98,5%. (!) *Berten* (Würzburg) skonstatował również znaczny procent, mianowicie 81,3—84,6 (!) Oględziny zębów przez kilku dentystów w kantonie Soloturn wykazały, że 99,05% uczeni posiada zepsute zęby. Wyniki badań *Röségo* (Monachjum) dały 98—98,7%

Na Węgrzech według badań *Unghvári*, okazało się, że 87,2% wychowawców choruje na zęby. W Anglii i Szkocji komisja, wy-

¹⁵⁾ Ref. na XII międzynarodowym zjeździe lekarzy w Moskwie.

znaczona przez *British Dental Association* pod przewodnictwem *Cunnigam'a*, skonstatowała 76,78—87, 30% uczni z cierpieniami zębów. Badanie londyńskiego lekarza *Pedley'a*, przeprowadzone nad 2000 wychowañcami szkół średnich, wykazało: 2025 zębów było zepsutych, a 966 zupełnie niezdatnych, kwalifikujących się do usunięcia. Wzmiankowany lekarz znalazł u badanych przez siebie dzieci w wieku od lat 6 do 12 — 758 stałych zębów zepsutych lecz zdatnych jeszcze do leczenia.

U nas podobnych danych statystycznych, niestety, niema, aczkolwiek niektóre zakłady naukowe posiadają stałych specjalistów od chorób zębów; lecz widocznie działalność ich polega tylko na zaplombowaniu lub wyjęcia zęba.

Cesarstwo daje nam obfity tego rodzaju materiał.

Lekarz zębowy *Laufer*, przeprowadzając badanie wśród uczniów gimnazjum oraz szkoły realnej w Mińsku gub., przyszedł do następujących wniosków: Z 400 gimnazystów — 300 cierpiało na zęby, z 182 uczni szkół realnych — 129 miało zepsute zęby.

Prócz zepsutych zębów autor zauważył następujące cierpienia jamy ustnej: zapalenie osłonki zębowej, kości szczękowej, błony śluzowej jamy ustnej, nieprawidłowe wyrzynanie się zębów stałych, znaczne tworzenie się kamienia zębowego.

Rocznie powtarzające się oględziny zębów i jamy ustnej wogóle u wychowañców szkoły realnej i seminarjum w Pińsku przez *Gurwicza* dokonywane dały następujące wyniki.

Szkoła realna:

Rok	Liczba uczniów	Liczba chor. na zęby	% chorych na zęby	kamień i osad na zębach	kwaśne oddział. śliny
1895	202	176	87,1	167	138
1896	209	188	89,9	131	137
1897	232	205	83,3	123	139

Seminarjum:

1895	78	42	53,8	62	60
1896	97	59	50,5	68	67
1897	101	60	59,4	76	17

U znacznej ilości wychowañców znaleziono różne nieprawidłowości w uzębieniu; pielęgnowanie zębów i jamy ustnej skonstatowano u nieznacznej ilości uczni.

Ogłędziny zębów dokonane przez p. *Bermana* w gimnazjum Kierczeńskim dały następujące wyniki: Ogółem podlegało ogłędzinom 243 uczni, w tej liczbie 156 (64,19%) było chorych na zęby. Zepsutych zębów było 413, albowiem na utrzymanie zębów i jamy ustnej wogóle w należytej czystości, uczniowie nie zwracają najmniejszej uwagi. Z ogólnej liczby 243 uczni, którzy podlegali ogłędzinom tylko 22ch utrzymuje zęby w należytych porządku (9%), 137 zupełnie zębów nie czyszcza (56%). Pozostali 84ej uczniowie czyszcza „czasami,” „bardzo rzadko,” „boją się czyścić, gdyż krwawi,” i t. d.

Statystyka uczni posiadających zepsute zęby według klas (gimnazjum.)

Klasy	Liczba uczniów zbadanych	Liczba uczniów chorych	Procent.
VIII	15	10	66,66
VII	11	8	72,72
VI	20	14	70,00
V	23	13	56,52
IV	27	18	66,66
III	33	13	39,39
II	40	27	65,00
I	38	22	57,89
przygotowa- weze	36	31	86,11

Statystyka zepsutych zębów według narodowości.

Narodowość:	Liczba uczniów zbadanych	Liczba uczniów chorych	Procent.
Rosjanie	149	86	59
Żydzi	35	24	68
Grecy	28	22	78
Ormianie	9	7	77
Polacy	7	7	100
Karaimi	5	2	40

Statystyka zepsutych zębów według wieku uczniów.

Wiek	Liczba badanych uczniów	Liczba uczniów chorych	Procent.
od 8-12 lat	81	60	74,07
„ 12-16 „	107	60	56,07
„ 16-20 „	55	36	65,45
„ 8-20 „	243	156	64,19

Wszystkich zbadanych uczniów autor dzieli na trzy grupy:

Pierwsza grupa uczni *zupełnie zdrowych*, którzy nie mają zębów zepsutych i utrzymują jamę ustną w należytym stanie; takich było ogółem 5 (!) z liczby 243, t. j. 2%.

Druga grupa uczniów *względnie zdrowych*, którzy nie posiadają zębów zepsutych, utrzymują jamę ustną w zupełnym zaniedbaniu, skutkiem czego większość cierpi na zapalenie dziąseł, tworzenie się kamienia i osadu na zębach, oraz silny cuchnący zapach z ust; takich naliczył 82, t. j. 33%.

Trzecia grupa *chorych*, którzy, biorąc liczbę przeciętną, posiadają od 1 do 10 zębów zepsutych, a zarazem cierpią na wspomniane w drugiej grupie przypadłości. Takich było najwięcej.

Ogłędziny zębów wychowalców średnich zakładów naukowych w r. 1897 w Połtawie wykazały, że odsetka chorych na zęby nie jest mniejszą, jak u innych badaczy. W szlacheckim instytucie dla panien, w korpusie kadetów i w gimnazjum klasycznym rezultat badań był następujący: Z liczby 203 uczenie instytutu, które podlegały ogłędzinom, tylko 23 posiadały zdrowe zęby (11,33%), pozostałe 180 (88,67%) dotknięte były próchnieniem zębów.

Z liczby 433 wychowalców korpusu kadetów posiadało same zdrowe zęby 39ciu (9,0%), pozostali zaś 394 (91,0%) posiadali 1451 zepsutych zębów.

Z ogólnej liczby zepsutych zębów zdatnych do plombowania:

a) u instytutek 415, b) u kadetów 1048; Z nich zaplombowanych okazało się: u instytutek 150 (36,14%), a u kadetów 47 (4,5%); mogących jeszcze podlegać leczeniu: u instytutek 40%, a u kadetów 69%; reszta zębów były do tego stopnia spróchniałe, że o zachowaniu ich mowy być nie mogło.

Różnica o tyle mniejszej ilości zepsutych zębów w instytucie panien, aniżeli w korpusie kadeckim tłumaczy się obecnością specjalisty chorób zębów w pierwszym.

Kamień zębowy w pokaźnej ilości oraz mniej lub więcej uwydatniające się cierpienia dziąseł, stanowią u instytutek 0,99%, gdy u kadetów wynoszą 4,62%, czyli *pięć* (!!)

 razy więcej. Wiele kadetów cierpi na przetoki zębowe (fistule), których dziesiątkami naliczyć można; u instytutek zaś 8 tylko cierpiało na przetoki. U niektórych kadetów okazało się od 17—18 zepsutych zębów.

Z liczby 364ciu zbadanych uczniów gimnazjum klasycznego, 84 tylko posiadało zdrowe zęby (23,08%), u pozostałych 280ciu (76,92%) znaleziono chorych zębów 972. Jeżeli weźmiemy pod uwagę kwestję pielęgnowania zębów, to stwierdzono, że gdy instytucji prawie wszystkie czyszczą zęby szczoteczką codziennie, z kadetów czyni to bardzo niewielu i to *czasami*.

Badanie zębów wychowalców Omskiego korpusu kadetów¹⁾ wykazało, że w siedmiu klasach na 410 uczniów, 194 cierpiało na zęby. W młodszym wieku liczba zepsutych zębów znacznie przeważa. Badanie zdrowotności uczniów Odeskiego progimnazjum w latach 1895—96, między innymi chorobami, wykazało, że z 149 zbadanych wychowalców:

1 zepsuty ząb posiadało	7%
2—4 „ „ „	31%
4—8 „ „ „	48%
więcej nad 8 zepsutych zębów posiadało	3
z zielonym osadem na zębach	20%
z zębami pokrytymi kamieniem	6%
z zapaleniem dziąseł	5%
z nieprawidłowem wyrzynaniem się zębów	7%
z zdrowymi zębami	7%

Przychodzimy zatem do wniosku, że zaledwie 7% wszystkich, którzy podlegali oględzinom, posiadało zdrowe zęby; olbrzymia większość posiadała zęby zepsute.

Z przytoczonych zestawień statystycznych wynika, że cierpienia zębów zajmują wybitne miejsce wśród chorób wzrastającego szkolnego pokolenia. Procent waha się pomiędzy 46,63 i 94,20 (!) Czyż cyfry te nie są dostateczne, by cierpienia zębów zaliczyć do wspomnianych *chorób szkolnych* i by zarówno walczyć z niemi, jak z innymi? Lecz niestety, rzecz ma się inaczej.

Pedagogika nasza z obojętnością nie do darowania ignoruje tak rozpowszechnione cierpienie wśród wychowalców zakładów naukowych. Zapatruje się ona na nie, jak na drobnostkę, na którą nie warto tracić drogiego czasu. A właśnie szkoła przedstawia

¹⁾ Protokół Omskiego tow. lekarskiego z r. 1887. № 9.

grunt podatny do rozwijania się chorób zębów u jej wychowanców. Składają się na to: warunki niehygieniczne, nieczyste powietrze, przeciągi i nagłe zmiany w ciepłocie, na które uczniowie są narażeni, zaniedbanie w pielęgnowaniu jamy ustnej i t. d. Lecz nietylko te warunki oskarżać wypada o sprzyjanie powstawaniu cierpień zębów, ale odgrywają tu rolę i inne czynniki. Nauka współczesna stwierdziła fakt oddziaływania nadmiaru pracy umysłowej na cierpienia zębów. Angielscy lekarze *Harlan* i *Litterwood* skonstatowali u wielu pracujących umysłowo osobników szybki proces próchnienia zębów. Przerwa w forsownej pracy dawała widoczne rezultaty, wstrzymując proces niszczący. Dla wytłomaczenia tego związku istnieją różne teorie.

1) Mózg traci wiele soli fosforowych, pierwiastków przeznaczonych do odżywiania zębów.

2) Ogólny stan zdrowia, rujnującego się skutkiem nadzwyczajnej pracy umysłowej, odbija się także właściwie na rozwoju zębów.

3) Chorobliwy stan systemu nerwowego wpływa ujemnie na zdrowotność zębów.

Stwierdzono naukowo, że fosfor jest potężnym środkiem pobudzającym przy pracy umysłowej. Istotnie badania wykazały, że mózg wyczerpany chorobą lub nadmierną pracą umysłową, potrzebuje zasiłku w postaci pierwiastków fosforowych, zużywając je z uszczerbkiem dla zębów oraz całego kośćca. Nie ulega wątpliwości, że zbyt wczesnie rozpoczęta nauka u dzieci wpływa ujemnie na rozwój aparatu żującego, a tem samem na ogólne odżywianie się ustroju. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń lekarz francuzki *Championière*¹⁷⁾ twierdzi, że koniecznem jest rozciągnięcie baczej kontroli nad pracą umysłową dzieci *z uwzględnieniem stanu zdrowotności ich zębów*.

A czyż dzieci nasze nie są przeciążone wykładaniami im przedmiotami? Czyż mało o tem traktowano, jak w naszej prasie, tak również w literaturze zagranicznej? Skargi i narzekania przeciw przeciążeniom naukowym ze wszech stron podnoszone były i bywają. Przekroczyłbym zakres niniejszej pracy, gdybym tu sprawę przeciążenia umysłowego wszechstronnie miał rozbierać...

¹⁷⁾ *Zahnaertzliche Reform* 1886. № 4.

Jak więc widzieliśmy, szkoła zawiera w sobie wszelkie nieprzyjazne okoliczności, oddziałujące pośrednio lub bezpośrednio na powstawanie w znacznej sile chorób zębów i jamy ustnej wogóle. A jaki wpływ na ustrój dziecka wywiera tak rozpowszechniona wśród nich choroba!

Biorąc pod uwagę ujemny wpływ, jaki wywiera na organizm brak zębów lub ich różnorodne cierpienia, łatwo zrozumieć ile, wobec nieprawidłowej funkcji, cierpi młody organizm. Strata zębów lub ich częściowe zniszczenie może wpływać ujemnie na proces zucia, a ztąd w dalszym ciągu na proces trawienia dorastającego pokolenia.

W wieku młodocianym, kiedy funkcja trawienia odbywa się szybko i energicznie, wypadkowy *brak* kilku zębów lub pewna ilość zepsutych wpływa bardzo szkodliwie na rozwój całego ustroju dziecka. Umiejscowione *cierpienia* zębów mlecznych przynoszą niewątpliwą szkodę dziecięcemu organizmowi w okresie zmiany zębów, gdyż i stałe zęby rozwijają się nieprawidłowo.

Że wyraźna wymowa zależna jest od obecności zębów, nie mam tu potrzeby mówić.

Cały szereg cierpień, powstałych skutkiem chorób zębów, jest jednym powodem więcej do starań o utrzymanie ich w stanie zdrowia.

Zapalenie dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej często rozwija się i kwitnie na tle zepsutych zębów. Nauka oddawna stwierdziła, że jama ustna przedstawia urodzajną glebę dla rozwoju drobnoustrojów, tem podatniejszą jest ona (gleba) przy obecności spróchniałych zębów. Jama ustna, jako środowisko zarodków chorobotwórczych, gdy nadto jest w stanie chorobliwym, może wywierać wpływ ujemny na ustrój właściciela. Jak twierdzi prof. *Miller*, jama ustna posiada istotne znaczenie, objaśniające rozmaite cierpienia, których przyczyna nie jest dostatecznie stwierdzoną. Dowiedziona jest rzeczą, że ślina ludzka zawiera w sobie drobnoustroje chorobotwórcze, jak gruźlicy, dyfterytu i t. d. Cóż pozostaje powiedzieć o takiej jamie ustnej, której właściciel odznacza się niedbałością. Wiadomo, że różnego rodzaju ropnie, zapalenie kości szczękowych, przetoki zębowe, zatoki łączących się z zębami tkanek, choroby jamy szczękowej i t. d. występują najczęściej jako następstwo zniszczonych zębów.

Do przykrych następstw również kamienia zębowego odnieść należy zapalenie dziąseł. Choroby oczu i uszu zależnemi są często

od zepsutych zębów. Znane są przypadki, w których cierpienia uszu, a nawet głuchota, bezskutecznie leczone w przeciągu dłuższego czasu, ustąpiły współcześnie z wyleczeniem lub usunięciem chorego zęba. Wielu autorów (Frank, Marjolin, Velepeau) zwracało uwagę na cierpienia oczu, współczesne z zajętemi chorobą zębami. Cierpienia te występowały bez uprzednich objawów. Dziwnymi zaiste wydają się podobne fakty, ale są to fakty stwierdzone i poparte wielokrotnie przykładami w literaturze lekarskiej.¹⁸⁾

Ileż to cierpień znoszą chorzy dotknięci bólami neuralgicznymi, których punktem wyjścia są bardzo często chore zęby! Jakich różnorodnych sposobów leczenia chwyтали się chorzy, których cierpienia zębów doprowadzały do ostateczności? Wyleczenie chorego zęba lub usunięcie korzenia natychmiast usuwały cierpienia, które chorego męczyły i wyczerpywały. Ból zębów wreszcie sprowadza niejednokrotnie rozstrój nerwowy, który objawia się: niepokojem, zdenerwowaniem, bezsennością, nienormalnem podnieceniem, a często i gorączką i t. d. Spotykamy się nawet z przypadkami padaczki, zapalenia mózgu wskutek silnego bólu. W literaturze lekarskiej przytoczone są przypadki ogólnego zakażenia z przyczyny zepsutych zębów¹⁹⁾ Prof. Miller przytacza trzy podobne przypadki.

Oto mniej więcej krótki zarys ujemnego wpływu zepsutych zębów na organizm.

By zapobiedz mogącym wyniknąć powikłaniom, z powodu tak rozpowszechnionych wśród wychowañców szkół cierpień zębów, należy uczynić śmiały krok najprzód. Lecząc, widocznie, my zadawaliśmy się małym. Dzieci skierowywane są do lekarza wyłącznie tylko w przypadkach ostrych cierpień i poczęści pomoc ogranicza się na zupełnem usunięciu zęba, chociażby był zdatnym do zachowania. Wszak drogi czas nie pozwala uczniowi kilkakrotnie zgłaszać się w celu leczenia!

Niewątpliwie jednym z głównych źródeł podobnego zapatrywania się na tę kwestję u nas jest okoliczność, że rodzice i pedagogowie nie mają dokładnego pojęcia o rozkrzewionych wśród wychowañców w tak znacznej sile chorób zębów i nie oceniają

¹⁸⁾ Dr Hancock. L'Art Dentaire. Octobre 1885. Story. The Dent. Record № 1. 1886.

¹⁹⁾ Oestreich-Ung. Vierteljahrschrift f. Zahnheil-Kunde. Kwiecień 1 891 r.

należycie szkód, jakie ponosi z tego powodu młody organizm. Inaczej rzecz się ma w innych krajach.

Pedagodzy, zauwarzywszy ów znaczny procent chorób zębów wśród powierzonej im młodzieży i przyjąwszy pod rozwagę szkodę dla ustroju, przystąpili, wprawdzie stosunkowo niedawno, do zwalczania tego cierpienia, zarówno z innymi chorobami szkolnymi.

W korpusach kadeckich w Prusiech ²⁰⁾ wprowadzony został prawidłowy perjodyczny przegląd zębów i jamy ustnej.

Londyńska Rada szkolna wyznacza stale lekarza dentystę, aby tenże śledził stan zdrowotności zębów wychowañców szkół londyńskiego okręgu ²¹⁾.

Kwestja pomocy dentystycznej bywała niejednokrotnie przedmiotem rozpraw na różnych kongresach.

Na kongresie dentystów w Budapeszcie (28—30 sierpnia 1896 roku) Dr *Wolff* mówił o higienie jamy ustnej w zakładach naukowych. Bezwarunkowo koniecznem jest, aby nauczyciele szkół ludowych rozpowszechniali początkowe wiadomości o higienie zębów i jamy ustnej. Zdaniem autora, zęby wychowañców szkół powinny się znajdować pod specjalną kontrolą lekarzy zębów.

Na I Wszechrosyjskim Zjeździe dentystów (Niżni Nowogród 10—14 czerwca 1896 r.) debatowano również nad koniecznością ustalenia pewnych prawideł odnośnie do dozoru nad zębami uczniów i owartości danych statystycznych w tej kwestji. W tym celu wybrana została komisja dla opracowania planu prawidłowej opieki nad zębami.

Na XII Międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Moskwie w roku 1897 r. Dr *M. Wolff* (Agram) mówił o pielęgnowaniu jamy ustnej u wychowañców zakładów naukowych. Wybrana w tym celu komisja proponowała, aby podobne dyskusje odbywały się często, a których zadaniem było by ostatecznie orędownictwo u władzy, która postarać się winna, ażeby zęby dzieci uczęszczających do szkół podlegały starannym oględzinom. Wyniki oględzin powinny być notowane na dwóch kartkach na powyższy cel przeznaczonych, z których jedną otrzymywaliby rodzice uczniów, druga pozostawałaby w szkole.

²⁰⁾ Allgemeine med. Centr. Zeitung 5 lutego 1887.

²¹⁾ Zubowraczebnyj Wiestnik № 11. 1892. r.

Dr *Blank* na Zjeździe lekarzy w Kijowie (27. IV 96 r.) w referacie p. t. „Organizacja pomocy dentystycznej, udzielanej dzieciom w szkołach“ przytacza obfity materiał w kwestji cierpień zębów wśród uczniów (80%!) Autor nas zapewnia że „jeżeli higiena przynosi nieoszacowane korzyści w walce z chorobami wogóle, to wpływ jej w zakresie chorób zębów jest olbrzymi“...

„Jeżeli społeczeństwo nie jest w stanie zająć się kształceniem swych dzieci, to w takich razach państwo, tworząc szkoły, przychodzi mu z pomocą. Jeżeli zaś społeczeństwo nie chce, lub nie jest w stanie zająć się pielęgnowaniem zębów swych dzieci, to w takim razie szkoła winna przyjąć na siebie rolę opiekunki...“

Autor proponował:

1. Wnieść podanie w imieniu Zjazdu o udzielanie szkolnym dentystom prawa systematycznych oględzin zębów wśród wychowanców zakładów naukowych.

2. Obrąć komisję, któraby prowadziła badanie według programu przez Zjazd opracowanego.

3. Wnieść podanie o zatwierdzenie etatowych dentystów przy zakładach naukowych.

Co się stało z projektem Dra *Blanka* niewiadomo.

Na kongresie dentystów odbytym w Kopenhadze (13 sierpnia 1894 r.) *Feuchel* odczytał referat p. t. „*Ueber die Versorgung von Volksschulkinder mit Zahnärztlicher Hilfe.*“ W rozpatrzeniu tego tematu przyjęło udział dużo powag: *Sidney Spokes*, dziekan londyńskiego *National Dental College* i inni. Z referatu wynika, że we wszystkich częściach Europy kwestja pomocy dentystycznej w zakładach naukowych znajduje się jeszcze jakby w zarodku. Kongres proponował, ażeby badanie zębów w zakładach naukowych odbywało się o ile możności w związku z badaniem całego ustroju ucznia. Ponieważ próchnienie zębów przyjęło u narodów cywilizowanych charakter progresyjny do tego stopnia, że wymaga ciągłego przeciwdziałania, zwłaszcza w wieku dziecięcym, więc kongres w myśl tego aksjomatu, zaproponował utworzenie we wszystkich krajach specjalnych komisji, których zadaniem byłoby zbadanie za pomocą statystycznych danych stanu zębów u dzieci i zwrócenie uwagi odpowiednich władz w tym kierunku.

Jak więc widzimy, kwestja nader ważna niejednokrotnie roztrąsaną była, tak w Cesarstwie, jak w innych państwach.

A wyniki? Decyzja kończy się tymczasowo na decyzji, projekt na projekcie²²⁾. Czyż kwestja ta nie powinna być ostatecznie roztrzygnięta?

Środkami w walce z cierpieniami zębów byłyby:

- 1) zatwierdzenie przy zakładach naukowych stałych specjalistów chorób zębów (lub dla kilku zakładów jednego dentysty);
- 2) zatwierdzenie przez Ministerjum Oświaty (w wielkich miastach) klinik w którychby wychowawcy zakładów naukowych mogli otrzymywać poradę za bardzo niską opłatą lub zupełnie bezpłatnie.

Podobne kliniki istnieją już w kilku miastach zagranicznych. Tak w 1893 r. w Grenoblu została otwartą klinika chorób zębów²³⁾.

Uczący się a zwłaszcza niezamożni, utrzymują porady bezpłatnie. Klinika dentystyczna otwartą jest codziennie z wyjątkiem niedziel i czwartków (z powodu odbywających się operacji.) Każdy wychowanec zakładu naukowego zjawia się z kartką, w której wymienione jest jego imię, nazwisko, wiek, miejsce i dzień urodzenia, czas wyrznięcia się pierwszego zęba; i wiek w którym zaczął chodzić. Wszystkie te dane brane są od rodziców osobnika. Kartka w ten sposób zapisana oddaje się rodzicom ucznia, którzy często zgłaszają się z dzieckiem do kliniki w celu zasięgnięcia pewnych porad lub leczenia jego choroby. Oględziny dokonywane są w obecności nauczyciela lub nauczycielki. Pomimo, że instytucja ta egzystencję swą datuje od tak niedawna, jednakowoż zdążyła już ujawnić swoją działalnością konieczną jej potrzebę. W pierwszej połowie pierwszego roku jej istnienia liczba chorych na zęby dzieci wyniosła *trzy tysiące*. Klinika ta zbudowaną jest z komfortem. Obszerne dwie sale do przyjęć i operacji pozwalają na znaczną czynność. W sali operacyjnej można operować kilku chorych naraz. Klinika posiada wszelkie specjalne utensylja, wyławiacz oraz aparaty do znieczulania podczas wyjmowania zębów.

Czyż podobna klinika nie jest u nas pożądaną?

Drugim ważnym czynnikiem do walki z rozpowszechnionemi wśród młodzieży cierpieniami zębów, jak już wyżej wzmiankowa-

²²⁾ Ostatnie pisma rosyjskie donoszą, że Departament Medyczny *jakoby* wydał przychylną odezwę w kwestji pomocy dentystycznej w zakładach naukowych.

²³⁾ Wiestnik obszczestwennoj higieny 1896 r. wrzesień.

liśmy, jest *zatwierdzenie posady specjalisty od chorób zębów przy zakładach naukowych.*

Obecnie przy niektórych zakładach naukowych figurują dentyści, ale po większej części działalność ich redukuje się do minimum, występują bowiem w charakterze prywatnym. — Zdaniem naszym dozór dentystyczny w zakładach naukowych powinien być:

1) z jednej strony — bezustanny (nad rozwijaniem się zębów wychowawca);

2) z drugiej polegać na usunięciu we właściwym czasie przyczyn, mogących zagrażać normalnemu uzębieniu (leczenie, plombowanie i t. d.); zadanie to wspierają systematyczne oględziny zębów uczących się, które ze swej strony, dawać mogą cenny materiał naukowy.

W zakres nadzoru dentystycznego powinno wejść roztrząsanie wszelkich kwestji związanych z warunkami, wywołującymi cierpienia zębów, zarówno ze strony całego organizmu jak i innych przyczyn.

Dozór dentystyczny powinien mniej więcej przedstawiać się w następujący sposób:

1. Dozór powinien rozciągnąć opiekę nad wszystkimi zakładami naukowymi w Państwie, zarówno więc męzkimi, jak i żeńskimi, tak rządowymi, jak i prywatnymi.

2. W pojęciu o pomocy dentystycznej łączą się dwie specjalne funkcje:

a) *hygieniczna*, której zadanie polega na zapobieganiu i usuwaniu we właściwym czasie wszystkich przyczyn, mogących szkodzić normalnemu rozwojowi zębów;

b) *terapeutyczna*, której celem jest współdziałanie higienie i leczenie wynikłych chorób.

3. Praktyczne wypełnienie obu tych funkcji należy do obowiązków dentysty danego zakładu naukowego. Zakres, kierunek i charakter działalności znajdują się w zależności od lekarza szkolnego, dyrektora (ewentualnie inspektora) zakładu naukowego, w którym dentysta spełnia obowiązki.

4. Jeżeli w zakładzie naukowym znajduje się internat, to obowiązek zarządzania gabinetem dentystycznym wkłada się na dentystę.

5. Działalność specjalistów chorób zębów przy zakładach naukowych organizuje się wedle określonego programu, który obejmuje te wszystkie dane higieny jamy ustnej i dentystyki wogóle, jakimi posilkuje się współczesna nauka.

6. Wszyscy wychowawcy średnich zakładów naukowych danego okręgu, zarówno rządowych jak prywatnych podlegają periodycznym oględzinom, dokonywanym przez własnych dentystów w asystencji lekarza zakładu i za zgodą dyrektora.

7. Lekarz zębowy oznajmia ucznia z warunkami higieny jamy ustnej za pośrednictwem pogadanek popularnych lub stosownego poradnika.

8. Oględziny dokonywają się co najmniej dwa razy do roku, stosownie do poglądów dyrekcji i według określonego programu; ogólne wyniki oględzin opatrzone podpisem lekarza wnoszone powinny być do odpowiedniego dziennika sanitarnego, przechowywanego w zarządzie. Do tego dziennika wciągane będą i dalsze periodycznie odbywające się obserwacje.

9. Nowowstępujący wychowawcy podlegają zwykłym oględzinom przez swego dentystę; jeżeli go zakład nie posiada, to oględzin dokonywa dentysta z innej instytucji.

10. Lekarz zębowy ma rozciągnąć nadzór nieustający nad wypełnieniem przepisów higienicznych, a wszelkie uchylanie się od wymagań o ile możliwości zredukować i notować na karcie sanitarnej danego ucznia.

11. Wszelkie żądania i zarządzenia lekarza chorób zębów, o ile nie przekraczają granic środków materialnych, winny być wykonywane przez przełożonego zakładu naukowego.

12. Kwestje większej wagi, tyżące się dozoru dentystycznego, mogą być wniesione przez lekarza do uznania rady pedagogicznej (zebranie statystycznego materiału, periodyczne oględziny i t. d.)

13. Zbadanie i wydawanie świadectwa nowowstępującym do zakładu naukowego mają za cel z jednej strony poznać dokładnie stan jamy ustnej z jego indywidualnymi cechami, z drugiej zaś czasowe uwarunkowanie przyjęcia do zakładu wobec licznych zepsutych zębów, przy stanie zapalnym błony śluzowej jamy ustnej, a także przy istniejących w jamie ustnej bądź to wrodzonych, bądź nabytych zmianach chorobliwych, mogących się okazać szkodliwymi dla samego osobnika i jego towarzyszków (lekarze przy wydawaniu świadectw nowowstępującym uczniom na ten punkt uwagi nie zwracają).

14. O dostrzeżonych nienormalnościach dentysta czyni odpowiednie odnotacje a zarząd zawiadamia rodziców w celu zwalczenia choroby.

15. Wobec skonstatowanych ważnych zmian chorobliwych w jamie ustnej (syfilitycznych, gruźliczych, złośliwych nowotworów i t. d.) dentysta zakładu czyni odpowiednie adnotacje na podaniu.

16. Jeżeli nowowstępujący nie przedstawia ze strony jamy ustnej żadnych objawów chorobliwych, to o fakcie stwierdzonym czyni się odpowiednią odnotację na kartach dziennika sanitarnego, przechowywanego w zarządzie zakładu.

17. Na początku roku szkolnego uskuteczniają się oględziny dawnych uczni. Jeżeli który z uczniów był nieobecny, podlega oględzinom natychmiast po zjawieniu się do szkoły.

18. Rezultaty oględzin komunikują się dyrektorowi zakładu naukowego. Oglądającemu przysługuje prawo ogłoszenia rezultatu oględzin w prasie specjalnej.

19. Po skończonych oględzinach dentysta układa listę imienną uczniów, którym pomoc dentystyczna winna być udzieloną.

20. Dane oględzin przeprowadzone w końcu roku szkolnego, pominąwszy ich znaczenie sanitarno-statystyczne, powinny służyć:

a) jako wyjaśnienie wpływu zajęć szkolnych na rozwój chorób zębów;

b) jako wskazówka, mającej być udzieloną choremu uczniowi pomocy podczas wakacji.

21. Dentysta znajdujący się przy gabinecie dentystycznym w internatach prowadzi księgę chorych przychodnich. Wyjąwszy stałego personelu zakładu naukowego, przyjęcie chorych jest bezwarunkowo wzbronionem. Pod zarządem dentysty pozostaje cały inwentarz gabinetu.

22. Jeżeli przy internacie istnieje szpitalik, w takim razie gabinet dentystyczny może być połączony z gabinetem lekarza szkolnego.

23. Prócz dyrektora i lekarza szkolnego nikt nie ma prawa wglądać w działalność specjalisty chorób zębów. Dział sprawozdawczy należy do tego ostatniego.

24. Lekarz zębowy jest uprawomocnionym członkiem rady pedagogicznej danego zakładu naukowego.

25. Na posiedzeniach rady pedagogicznej dentysta może przedstawiać swoje spostrzeżenia i rezultaty działalności.

26. Kilka zakładów naukowych może posiadać wspólnego lekarza zębów.

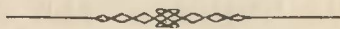
27. Pragnący objąć posadę dentysty zakładowego winien się udać do dyrektora, który ofertę przedstawia radzie pedagogicznej, a o zatwierdzeniu go na posadzie uwiadamia władzę wyższą i osobę interesowaną.

28. O zatwierdzeniu dentysty zawiadomieni być winni wychowawcy zakładu.

29. Lekarzowi zębowemu przysługują wszystkie prawa służby rządowej według Najwyższej zatwierdzonej ustawy.

30. Uwolnienie dentysty od obowiązków służby w zakładzie zależnym jest wyłącznie od dyrektora, który motywy przedstawia radzie pedagogicznej.

Oto krótki zarys prawidłowej organizacji pomocy dentystycznej w zakładach naukowych *).



SZPITALNICTWO WARSZAWSKIE

podał *Dr J. Polak.*

(*Dalszy ciąg.*)

Rozpatrzmyż się w wydajności ilościowej szpitali warszawskich:

Według cyfr urzędowych, podanych przez Wolskiego (l. c. Kalendarz wyd. przez Obserwat. Astron. za r. 1858) w r. 1857 liczba łóżek etatowa wynosiła w szpitalach warszawskich: w szpitalu Dzieciątka Jezus 600 chorych, w szpitalu św. Ducha 100 chorych, w szpitalu św. Rocha 80 chorych, w szpitalu gminy ewang. 75 chorych, w szpitalu żydowskim 350. Ogółem 1205 przy ludności miasta wynoszącej 158817, czyli że na 10000 ludności przypadało: 76 łóżek—ilość, według dzisiejszych stosunków w Europie, jak widzieliśmy, należąca do najpokaźniejszych i rzadkich nawet. W samym szpitalu Dzieciątka Jezus leczono w tym roku 7449 chorych, (w oddziale dla obłąkanych 159, w instytucie położniczym 395).

*) Zastrzegamy się, iż z niektórymi wnioskami autora zgodzić się nie możemy. (Red.)

Według D-ra Małowa (l. c.), który, jak wspomina, na danych urzędowych się opiera, liczby łóżek etatowych wynosiły: w r. 1864—865, w r. 1874—1107, w r. 1884—1198, w r. 1874—1290 *):

Porównywając stosunek liczby łóżek do ludności w latach 1874 i 1894 (ludność w r. 1874 wynosiła 285823, zaś w r. 1894 — 535968) otrzymamy, że na 10000 mieszkańców: w r. 1874 liczono łóżek 39 w r. 1894 liczono łóżek 24.

Porównanie to jest miarodajnem w pewnym stopniu tylko, o ile że nie wykazał autor w cyfrach łóżek, zali wszystkie szpitale lub ogólne tylko wzięte zostały w rachubę. Wolimy przeto oprzeć się na zestawieniu nowem które zebraliśmy ze źródeł urzędowych, mianowicie ze sprawozdań Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych za lata 1859, (za prezesa rady Łaszczyńskiego), 1867 (za Roźnowa) i ostatniego drukowanego raportu Rady miejskiej Dobr. Publicznej.

Etatowe liczby łóżek w roku 1859 były:

Szpitale ogólne:

1. Szpital Dzieciątka Jezus	580 chorych
2. „ Ś-go Ducha	100 „
3. Szpital Ś-go Rocha	100 chorych
4. „ gminy Ewangelicko-Augsburskiej	75 „
	855
5. Szpital oftalmiczny fundacji ś. p. Edw. ks. Lubomirskiego	20 chorych
6. Szpital dla obłąkanych Ś-go Jana Bożego	83 „
7. Oddział w szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet obłąkanych	80 „
8. Oddział dla obłąkanych przy szpitalu Starozakonnych	10 „
9. Dom położniczy przy szpitalu Dz. Jezus	10 „

*) Co do wydajności szpitali pojedynczych w epoce odleglejszej, podajemy parę cyfr z wydawnictw w wykazie źródeł umieszczonych (Giedrojé, Bartoszewicz Groer). W szpitalu św. Ducha tedy w r. 1828 liczba chorych wynosiła 224, w szpitalu św. Łazarza według komisji szpitalnej z r. 1795 było: zarażonych, 89, kalek i dziadów 27, kalek i starców przez policję dostarczonych 218, w szpitalu Dz. Jezus było: w r. 1774 było chorych 621, w r. 1780 — 887, w r. 1790 — 1748. w r. 1792—2124, a wszystkich osób w szpitalu 3059.

10. Dom położniczy przy szp. starozakon.	10 chorych
11. Szpital Ś-go Łazarza	400 „
12. Szpital Żydowski	330 „

Ruch chorych w szpitalach	W dniu 1 stycznia 1859 r. było chorych	Leczono ogółem (pozostali z r. 1858 i przybyli w ciągu roku)	Zmarło	Śmiertelność	Średnio dziennie było	Średni czas pobytu	Etatowa liczba dni szpitalnych	Liczba istotna dni szpitalnych w r. 1859
w 1, 2, 3 i 4	880	10,522	1262	12	729,1	27,4	312,075	266167
5	21	243	—	—	24,5	40,3	7300	8967
6	94	240	26	—	91,6	228,9	30,295	33,437
7	78	163	16	—	76,3	330,3	29,200	27,869
8	45	183	12	—	47,8	132,3	3,650	17,466
9	4	400	24	—	8,4	7,8	3,650	3090
10	9	163	13	—	9,0	21,3	3,650	3307
11	297	3001	297	—	282,8	34,1	146,000	103,027
12	321	4367	276	—	320,5	28,8	120,450	116,993

Porad udzielono w ambulatorjach 48813 (w roku 1858—54963).

Bezpłatnie leków otrzymało 44276 osób.

Operacji wykonano 4251.

W r. 1867 liczby odnośne wypadły jak następuje (szpitale i oddziały oznaczamy numerami jak w r. 1859):

Liczby etatowe łóżek.

1—520	7—100
2—170	9— 10
3—100	11—350
4— 75	12 (wraz z 8 i 10)—400
5— 20 (czasowo zwinięty)	
6—166	

Razem liczba chorych w szpitalach ogólnych (1, 2, 3, 4) wyniosła	14542,	zmarło	1705
w szpit. żydows. chorych ogólnych (12 bez 8 i 10)	5449,	„	522
w szpitalu świętego Łazarza (11)	3334	„	108
obląkanych leczono (6, 7 i 8)	754	„	88
w instytutach położniczych było (9 i 10)	528	„	39

Liczba dni instytutowych dla tych pięciu kategorii wyniosła:

300571,	średnio dziennie	823,4,	średni przeciąg kuracji	20,6
113230	„	310,2	„	20,7
113643	„	311,3	„	34,0
131544	„	360,3	„	174,4
8017	„	21,9	„	15,1

Liczba chorych leczonych ambulatoryjnie wyniosła we wszystkich szpitalach warszawskich 87631 osób, z tych otrzymało lekarstwa bezpłatnie 50623, operacji wykonano 13968, ogólna liczba porad ambulatoryjnych wyniosła 114352.

W roku 1897 etaty były następujące: W szpitalach; Dzieciątka Jezus, św. Ducha, św. Rocha, Prazkim, Wolskim, zapasowym, ewangelickim, żydowskim oraz w infirmerji w Górze-Kalwarji, prócz oddziałów dla położnic i wenerycznych było łóżek 1395, do tych należy dołączyć 2 prywatne szpitale dla dzieci z liczbą łóżek 144.

W dniu 1 stycznia r. 1897 było chorych w szpitalach ogólnych	1425
leczono w tym roku ogółem chorych	20900
zmarło	2505
średnio dziennie leczono	1269,2
śmiertelność wyniosła	11,9
średni czas pobytu	22,1
dni etatowych	509177
rzeczywiście przebyli	463183

W szpitalu św. Łazarza i w oddziale dla wenerycznych w szpitalu żydowskim etat wynosił 358 łóżek, w d. 1 stycznia było chorych 292, leczono ogółem 4803, zmarło 73, średnio dziennie było 304,8, śmiertelność wyniosła 10, 5, średni pobyt 23, 2, liczba dni etatowa 130670, rzeczywista 111408.

Etat łóżek w instytutach położniczych wraz z przytułkami wynosił 54, w d. 1 stycznia było 37, ogółem leczono 2531, zmarło 17, średnia liczba chorych 44,9, dni etatem przewidzianych 19710, rzeczywście wypadło 16444.

W szpitalu oftalmicznym etatowych łóżek 50, w d. 1 stycznia było 63, ogółem leczono 450, średnio dziennie 45,7, średni pobyt 37,1, dni etatowych 18250, rzeczywście 16716.

Liczba etatowa miejsc dla obłąkanych (wraz ze szpitalem w Tworkach)—750, w d. 1 stycznia było 800, leczono ogółem 1247, zmarło 70, średnio dziennie leczono 842,0, śmiertelność 5, 6, średni pobyt 296,4, liczba etatowa dni szpitalnych 273750, rzeczywście wypadło 307334.

W ambulatorjach (wraz z prywatnymi szpitalami dla dzieci) udzielono porad 184313, operacji i opatrunków wykonano 53387, lekarstw wydano 81293.

Porównanie liczby miejsc etatowych oraz rzeczywistej liczby chorych leczonych, dni szpitalnych i t. p., słowem ruchu ludności, w szpitalach warszawskich w latach 1859, 1867 i 1897, według sprawozdań urzędowych Rady Głównej Opiekuńczej (z l. 1859 i 1867) i Rady Miejskiej dobroczynności publicznej—tak się przedstawia:

	w r. 1859	r. 1867	r. 1897	
Liczba etatowa łóżek dla chorych ogólnych	1185	1245	1395	i 144 w 2 szpitalach dla dzieci
w instytutach położnicz. (i prywatnych)	20	20	54	
w szpitalu Oftalmicznym w szpitalach i oddziałach dla obłąkanych	173	266	750	
w szpitalu dla wenerycznych i skośnych	400	350	358	
	Ogółem 1798			
		1901	2607	i 144.

Dołączając w r. 1897 łóżka etatowe dwóch prywatnych szpitali dla dzieci otrzymamy cyfry dla chorych ogólnych:

w r. 1859—1785,	ludność	158817
„ 1867—1245	„	251584
„ 1897—1539	„	601408

Te cyfry tedy w zupełności nadają się do porównania wydajności ilościowej szpitali. Wypada tedy że:

w r. 1859 na 10000 ludności było w Warszawie łóżek etatowych	75
„ 1867	50
„ 1897	25

Widzimy tedy, że przebieg ten zgodny z powyżej przytoczonymi porównaniami wykonanymi według innych materiałów jest wysoce nieprawidłowym, zamiast bowiem zwiększenia się liczby łóżek w stosunku do ludności jak to się we wszystkich wykazuje miastach za granicą, od r. 1859 liczba łóżek w stosunku do ludności zmniejszyła się u nas w trójnasób.

Możemy tu zwrócić uwagę, że śmiertelność miejska nie odegrała dotychczas widocznej roli w sprawie liczby łóżek w szpitalach, jak to widzimy na szpitalnictwie w Niemczech, Austrii, Rosji, Anglii i t. p., którą to okoliczność tem możemy tłumaczyć, że liczba łóżek nie wyczerpuje istotnej, idealnej ich potrzeby oraz że z postępem jakościowym szpitalnictwa coraz więcej osób ze szpitali korzysta.

Z powyższych danych i uwag dałaby się określić w przybliżeniu cyfra łóżek szpitalnych potrzebnych dla Warszawy. Można ją otrzymać za pomocą różnych metod:

a) przez idealne określenie potrzeby szpitalnej. Przyjąwszy śmiertelność Warszawy, za wyłączeniem zgonów dzieci w wieku do 5 lat, równą 15 na tysiąc, cyfrę ludności 700 tysięcy i liczbę ludności ze względu na stanowisko społeczne korzystającą ze szpitali jako 60% ogółu ludności (minimum dające się określić na podstawie spisu jednodniowego z r. 1882); dalej przyjmując śmiertelność chorób do szpitala się kwalifikujących za 10 (mniej niż istotnie w szpitalach naszych obserwowano), średni czas trwania kuracji przyjmując jako 20 dni, otrzymamy, iż dla Warszawy liczba potrzebnych łóżek wyniesie:

$$\frac{15. \quad 700000. \quad 10. \quad 60}{1000. \quad 100. \quad 20} = 3150.$$

b) przez zastosowanie wzrostu liczby łóżek do liczby mieszkańców, przyjmując że w r. 1867 liczba łóżek była wystarczającą (wówczas należało by atoli przyjąć, że liczba łóżek była w r. 1859 zbyt wielką, w istocie była ona względnie większą niż dziś w wielu miastach z wzorową gospodarską szpitalną, lecz różnica w śmiertelności już nazbyt rażąca w tym razie byłaby aby bez wpływu mogła pozostać).

W takim razie liczba łóżek wypadłaby $1245 \times 2,4 = 2988$.

c) przez porównanie liczby łóżek w stosunku do ludności w różnych miastach wzorowo załatwiających potrzeby zdrowotne ludności. W Berlinie, gdzie obecnie miasto zamierza budować nowy szpital na 1200 łóżek potrzeba szpitalna określa się cyfrą 50 na 10000 ludności; w Dreźnie jak również w Monachium na 10000 ludności wypada 60 łóżek i t. d., gdyby więc Warszawa kierować się miała przykładem Berlina, musiałaby mieć

	3060 łóżek
gdyby wzorowała się na Dreźnie	
lub Monachium	3600 „
na Londynie	3420 „
na Hamburgu	3480 „

nie mówiąc o miastach, w których o wiele większa norma wypada.

Według tedy wszystkich systemów obliczania wypadnie, że minimalna liczba łóżek dla Warszawy potrzebnych wynosi 3000,

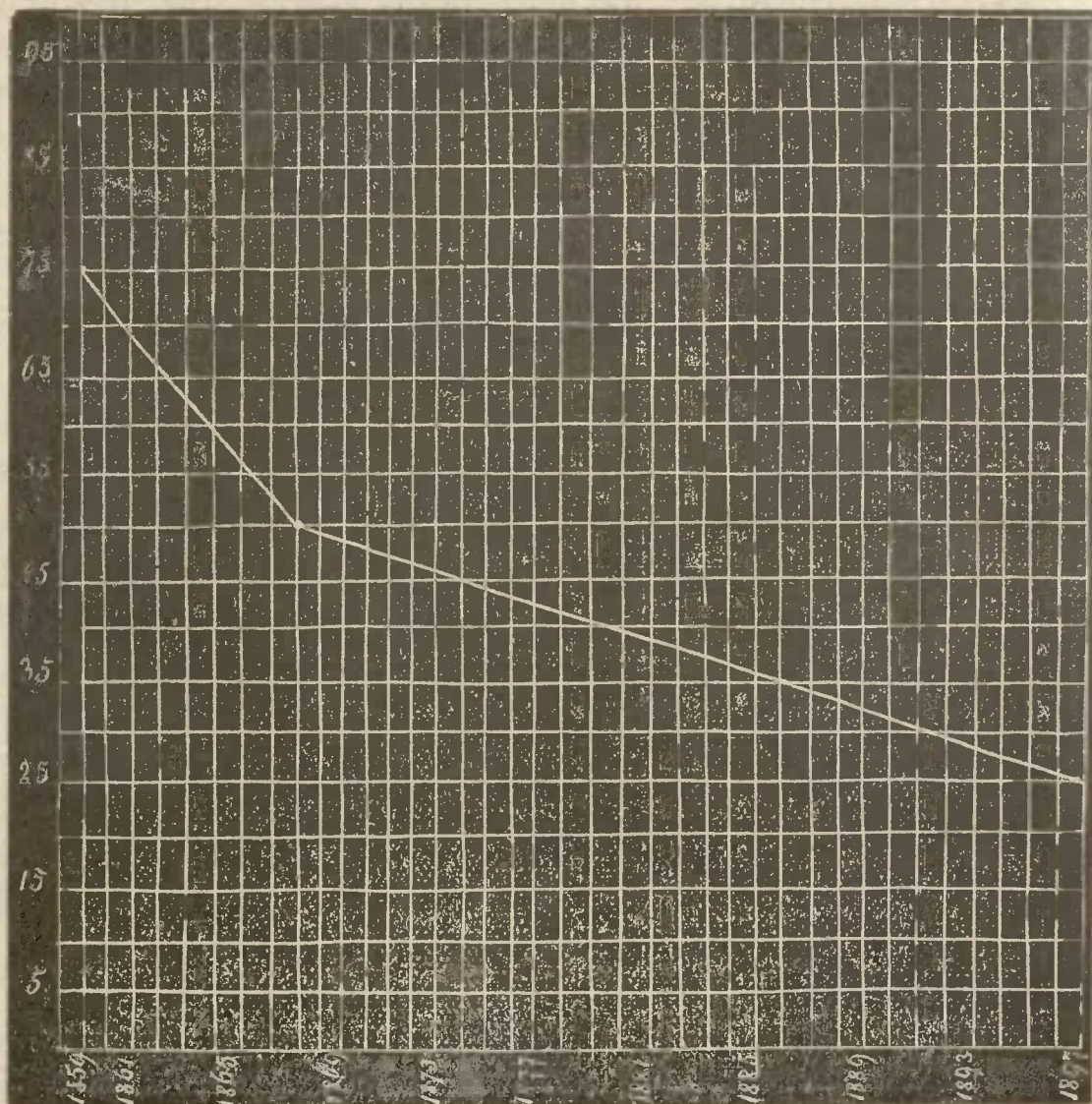
przewyższając $2\frac{1}{2}$ razy liczbę obecną. Nie mówiliśmy tu o szpitalach specjalnych, w którym to względzie zastój zupełnie odpowiedni, szpital Tworkowski wyłączając, obserwujemy. Dla porównania stosunków podajemy tabelkę graficzną.

Ogólna liczba chorych rzeczywiście leczonych w szpitalach ogólnych w r. 1897 jeszcze mniej się różni od r. 1867 niż etatowa liczba łóżek; widzimy bowiem że w roku 1867 leczono w szpit. ogóln. 19991 chorych, zaś w roku 1897 20900, dni instytutowych wypadło w r. 1867 300571 w r. 1897 463183 (bez prywatnych szpitali dla dzieci).

Średni czas trwania kuracji wynosił:

w r. 1867	20,6
„ 1897	22,1.

Liczby łóżek szpitalnych w różnych latach na 10000 ludności.



Śmiertelność.

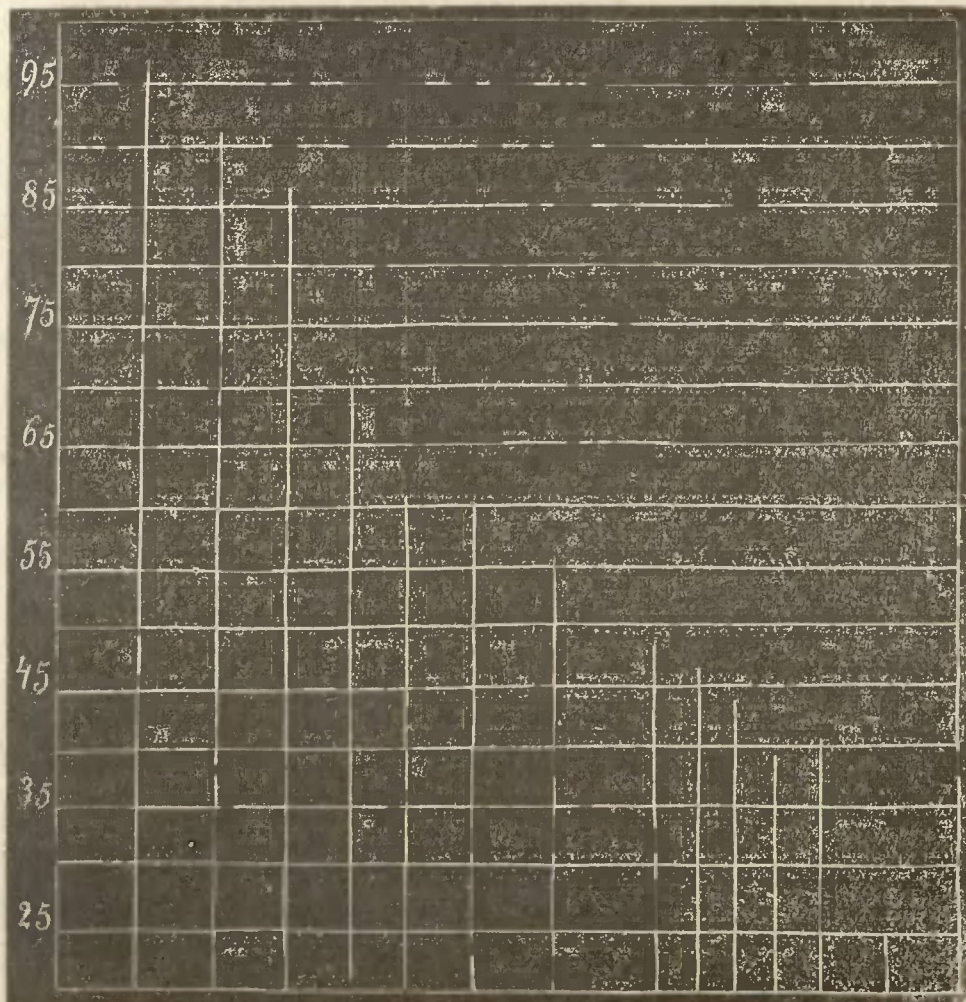
W szpitalach *londyńskich* podaje Dobieszewski (opierając się na cyfrach przytoczonych przez Blondela i Sér'a w książce p. t. „Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres.“ Paris 1862) następujące odsetki śmiertelności w latach 1860—61:

St. Bartolomew	10,88%	Middlesex	11,70
Guy's Hosp.	9,41 „	University College	11,20
St. Thomas	9,51 „	Royal Free Hosp.	7,22
London H.	8,40 „	Consumption Hosp.	
St. George	8,90 „	(dla suchotników)	17,60

W szpitalach *berlińskich* śmiertelność, według Dobieszewskiego, wynosiła w r. 1878:

w Charité	11,3%	w żydowskim	10,9%
św. Jadwigi	12,8 „	w „Bethanien“	14,5 „
„ Elżbiety	19,9 „		

Tabela śmiertelności w różnych szpitalach.



Paryż . . . 98
 Kolonja . . . 91
 Wrocław . . . 87
 Stockholm . . . 69
 Monachium . . . 60
 Drezno . . . 60
 Londyn . . . 56
 Wiedeń . . . 48
 Amsterdam 46,6
 Lipsk . . . 46
 Petersburg 44,3
 Moskwa 45,82
 Warszawa 25

Śmiertelność we wszystkich szpitalach berlińskich wyniosła:

w r. 1885	13,1%	w r. 1890	11,2%
„ 1886	13,4 „	„ 1891	10,8 „
„ 1887	13,2 „	„ 1892	10,8 „
„ 1888	13,25 „	„ 1893	11,1 „
„ 1889	11,3 „	„ 1894	10,0 „

Od 1-go kwietnia 1895 do 31 marca 1896 r. (Sprawozd. „der Deputation für die Städtischen Kranken-Anstalten) ruch chorych w trzech szpitalach miejskich dał następujące cyfry:

pozostało	662	597	568
przyjęto	10176	7179	8114
leczone	10838	7776	8682
wypisano	8622	6250	6813
zmarło	1563	829	1307
pozostało	653	697	562

Nader mała śmiertelność zwłaszcza w chirurgicznych oddziałach się spostrzega. Naprzykład w oddziale chirurgicznym szpitala Friedrichshein w r. 1895—96 wyniosła ona 5,54%, am Urban—6,16% (u dorosłych).

W nowym szpitalu miejskim w Dreźnie śmiertelność wyniosła:

w r. 1889	9,6%	w r. 1892	7,9%
„ 1890	9,0 „	„ 1893	9,5 „
„ 1891	7,9 „		

W *Paryżu*. W latach od 1804—1814 śmiertelność w szpitalach paryskich wyniosła 1 na $7\frac{1}{2}$ uleczonych, a $13\frac{1}{2}\%$ w stosunku do wypisanych w ogóle.

W roku 1851 i 1860, (według Dobieszewskiego) wyniosła ona w pojedynczych szpitalach paryskich:

w r. 1851:			w r. 1860:		
Hôtel Dieu	1 na	8,23	Hôtel Dieu		11,7%
Pitié	1 „	12,27	Pitié		13,0 „
Charité	1 „	9,17	Lariboisière		14,55 „
Saint-Antoine	1 „	11,64	Beaujon		14,24 „
Necker „	1 „	8,65	Cochin		11,90 „
Cochin „	1 „	11,44	St. Antoine		10,36 „
Beaujon „	1 „	9,77	Cliniques		6,90 „

W szpitalu Lariboisière średnia śmiertelność w latach 1851—1860 r. wyniosła 12,37%.

Według urzędowego sprawozdania w r. 1895 wyniosła ona ogółem w Paryżu:

		w r. 1894	w r. 1895
w szpitalach ogólnych	1 : 8,88 = 11,3%	9,66	8,83
w szpit. specjaln. dla dorosł.	1 : 28,94 = 3,4 „	31,14	31,45
dla dzieci	1 : 6,34 = 15,7	5,34	4,89
średnia dla szpitali	1 : 9,92 = 10,1	10,45	9,44
w przytułkach	1 : 5,54.		

(Liczba uleczonych i zmarłych w stosunku do liczby zmarłych).

W Galicji w r. 1897 — 1898 odsetka śmiertelności we wszystkich szpitalach krajowych wyniosła 8,2, u położnic 1,2, u obłąkanych 12,7, u dzieci 20,0.

W całej Austrii średnia śmiertelność w szpitalach w l. 1891—1895 wyniosła 7,88%, w Galicji—w r. 1897 — 8,2%, (w szpitalu powszechnym we Lwowie 8,8%, bez obłąkanych 6,3%).

Ludność Wiednia wynosiła w r. 1895—1,341,897 osób, śmiertelność wyniosła w szpitalach publicznych:

w r. 1893	11,10%
„ 1894	10,99 „
„ 1895	10,88 „

W różnych szpitalach wiedeńskich śmiertelność zmieniała się jak następuje (sprawozd. urzędow.):

W pojedynczych latach wyniosła śmiertelność w szpitalu powszechnym (Allg. Krankenhaus):

w r. 1861	12,1	w r. 1865	13,3
„ 1862	11,4	„ 1866	14,4
„ 1863	11,7	„ 1867	12,5
„ 1864	13,0	„ 1870	13,4
		<hr/>	
		Średnia	92,6

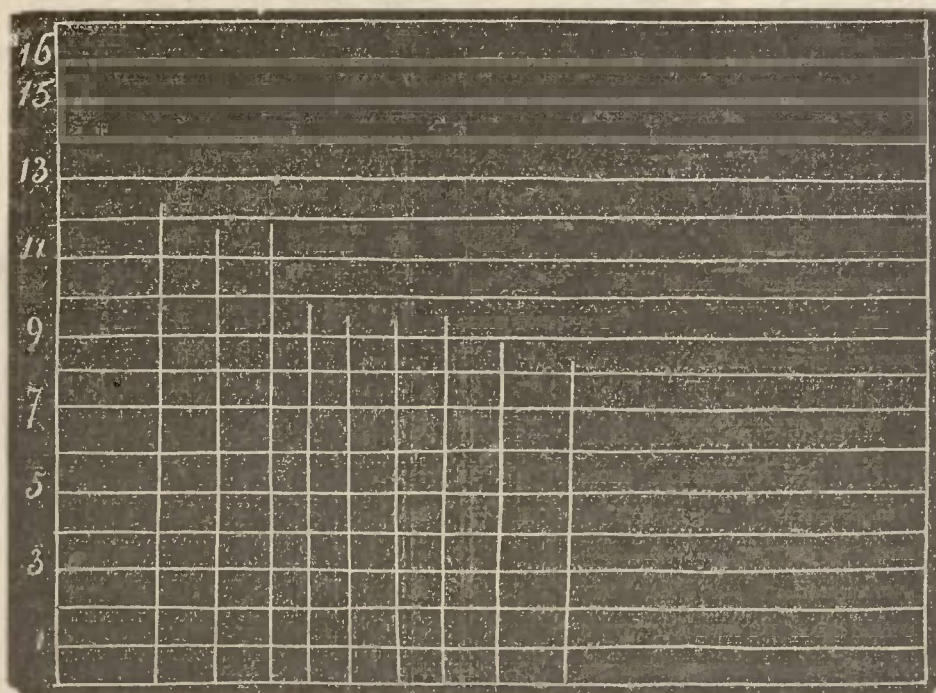
Allg. Krank.		Wieden.	
1856 r.	13,9%	1842 r.	17,4%
1857 „	12,1 „	1843 „	12,4 „
1858 „	12,7 „	1844 „	16,2 „
1893 „	9,8 „	1845 „	15,0 „

	Allg. Krank.
1894 r.	9,4%
1895 „	9,45 „

	Wieden
1856 r.	14,9%
1857 „	15,7 „
1893 „	9,6 „
1894 „	8,8 „
1895 „	9,2 „

	Rudolfs—Stiftung.
1865 r.	11%
1866 „	10,2%

	St. Rochus-Spital
1860 r.	18,0%
1861 „	17,1 „



Moskwa	12,3
Warszawa	11,9
Petersburg	10,95
Rudolfsstiftung w Wiedniu	9,8
Szpital miejski w Dreźnie	9,6
Allgemein-Krankenhaus w Wiedniu	9,45
Szpital Wieden w Wiedniu	9,2
Średnia w szpit, ogólnych w Paryżu	8,83
Szpitaly krajowe w Galicji	8,2

1867 r.	8,7%	1862 r.	19,6 %
1877 „	14,0 „	1893 „	10,2 „
1893 „	8,8 „	1894 „	9,9 „
1894 „	9,0 „	1895 „	9,55 „
1895 „	8,8 „		

W *Brukseli* śmiertelność w szpitalu St. Pierre wyniosła w r. 1896—6,8%; w szpitalu St. Jean—10,3%.

Śmiertelność w szpitalach warszawskich w istocie jest wysoką w porównaniu z tą jaką w ogóle w nowych szpitalach ogólnych się spostrzega. W r. 1897 wyniosła ona prawie 12% (11,9), największą będąc w szpitalach: na Pradze i Wolskim (14,3 i 16,8%).

Od 1867 śmiertelność nadto nie zmniejszyła się wcale, gdyż w r. 1867 wynosiła ona 11,7%; podczas gdy w dobrze urządzonych szpitalach, jak świadczą cyfry powyższe, zmniejsza się ona prawie bez wyjątku.

W szpitalach petersburskich śmiertelność wynosiła w r. 1897 10,95%, w ogólnych 12,58.

W Moskwie w r. 1897—12,2%.

Według Dobieszewskiego (l. c.) śmiertelność w pojedynczych szpitalach warszawskich w latach 1868, 1869 i 1870 była następująca:

	Ilość łózek	Ś m i e r t e l n o ś ć:		
		r. 1868	r. 1869	r. 1870
Szpit. Dz. Jezus	520	12,2	11,7	12,1
„ Św. Ducha	150	11,8	14,7	14,7
„ Św. Rocha	100	9,1	9,1	9,9
„ Ewangelic.	75	11,6	11,4	13,0
„ Żydowski	340	7,1	7,5	7,2
„ na Pradze	60	14,0	14,7	14,8
„ Św. Łazarza	390	2,6	2,6	3,8

Tłumaczenie względnie wysokiej i stale utrzymującej się cyfry śmiertelności w szpitalach warszawskich znajdziemy w warunkach ich urządzenia i utrzymania.

(Dalszy ciąg nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Max Kober. Laseczniki błonicze w jamie ustnej ludzi zdrowych (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectiouskrankh. 1899 XXXI. 3. str 433—468).

Wiadomą jest rzeczą, że obecność w tem lub owem miejscu bakteryj chorobotwórczych niekoniecznie bywa w związku z powstaniem choroby. Wielu badaczy znajdowało w jamie ustnej u osób zupełnie zdrowych bakterje błonicze. Następujący bakterjologowie wyosobnili laseczniki błonicze na prawidłowej błonie śluzowej: Loeffler (raz) Hofmann-Wallenhof (raz, Hallok Park i Alfred Beebe (24 razy u 330 osób zdrowych), Loeffler i Abel (u 4 z pomiędzy 160 dzieci szkolnych) Escherich (kilka razy), Vogt (3 na 26 dzieci), Johannesen (3 na 26 dzieci), E. Müller (24 na 100), Sławyk (4 razy), Steenmeyer (7,0% osób badanych). Osoby, znajdujące się przy chorych na błonicę, powinny tembardziej posiadać w jamie ustnej niemało laseczników błoniczych; i rzeczywiście, te ostatnie były konstataowane przy wzmiankowanych warunkach przez następujących badaczy: Feer (1 na 3), Ritter (2 na 18 zdrowych matek), Fibiger (3 z pośród 53 osób), Hallok Park i Alfred Beebe (50%), Washbourn i Hopwood (u 2 pomiędzy 6 dozorczyńcami), Carstens (raz), Aaser (17 na 89 osób, w innych doświadczeniach: 50%, a w trzecim szeregu badań: 9 na 29), Williams (1 na 6), S. J. Glücksmann (raz), Fibiger (10 ze 134 gimnazystów), Thure Hollström (u 151 pośród 786 osób, czyli 19,2%), Beck (0% na 66 osób badanych), Joch Fibiger (0% na 82 osoby).

Na mocy tych danych, autor wylicza, że u osób, nie mających nic wspólnego z chorymi na błonicę, u 7,0% znajdowane były laseczniki błonicze na prawidłowej błonie śluzowej w jamie ustnej, podczas gdy u osób otaczających chorych na błonicę, te same mikroby znajdowano u 18%. Schanz zapewnia, że bakterje błonicze węgają w nstach u połowy wszystkich ludzi!

Autor zbadał bakterjologicznie zawartość jamy ustnej u wielkiej ilości osób.

Metodyka: materiał na wacikach przenoszono na surowicę Loefflera, a następnie, po upływie 6 godzin, zaczynało pierwsze badania mikroskopowe. Te 6-godzinne preparaty-odbitki (Klatschpräparat) są zwykle cennym sposobem przy rozpoznawaniu danych drobnoustrojów, ponieważ, jak to wskazał M. Neisser, przez taki przeciąg czasu laseczniki błonicze zaczynają się energicznie rozmnażać i przybierają postać zaostzonych z jednego końca laseczek, układając się w postaci wolnych grup, podczas gdy inne, wrzekomo

błonicze gatunki są o wiele krótsze, grupują się inaczej, a bacillus xerosis za ten przeciąg czasu albo zgoła nie rośnie albo też przedstawia bardzo mały rozwój. — Po upływie 9, lepiej 14 — 18 godzin zabarwiano drobnoustroje sposobem Neissera, z którego to sposobu autor był bardzo zadowolonym. Prócz tego, badano reakcję buljonu, kwasniejącego pod działaniem laseczników błoniczych w ciągu 24 godzin (czasami reakcja alkaliczna powraca po 3 dniach), podczas gdy wrzekome nie wytwarzają wcale kwasu. Nakoniec, były też robione doświadczenia na świnkach morskich, przyczem okazało się, że i prawdziwe błonicze laseczniki czasem nie posiadają zgoła żadnych własności chorobotwórczych w stosunku do tych zwierząt.

Według zdania Loefflera, po wprowadzeniu pod skórę morskim świnkom pewnej ilości młodej, 24-godzinowej hodowli błoniczej, świnki powinny zginąć w ciągu 2—3 dni. Ale już w roku 1887 v. Hofmann-Wellenhof wskazał na pewne wahania własności chorobotwórczych danego mikroorganizmu: tak, na przykład, 7 hodowli wcale nie posiadało tych własności, a od 6 innych kultur zwierzęta stare ginęły zaledwie po 5 dniach i dłużej. Również Brieger i Fränkel są tego zdania, że „chorobotwórczość laseczników błoniczych nie jest ściśle określona“ (jedne zwierzęta podczas doświadczeń ginęły po 24 godzinach, drugie — po 6 dniach i dłużej). Escherich znalazł jedną hodowlę zupełnie awirulentną, Abbott widział słabo chorobotwórcze laseczniki, również i Wright badał „laseczniki błonicze o różnym stopniu działania chorobotwórczego, a także i nie patogenne“, Gładin — 4 wirul. i 5 awirul. gatunków, Washbourn i Hopwood — nie chorobotwórcze. Według E. Müller'a, w pewnych wypadkach dozy 0,5—1,0 dwudniowej hodowli są śmiertelne, w innych zaś wywołują tylko miejscową infiltrację.

Autor zbadał bakterjologicznie błonę śluzową jamy ustnej u 128 zupełnie zdrowych osób, znajdujących się w tej lub owej styczności (w pobliżu, w tej samej rodzinie, w jednym szpitalu etc.) z chorymi na błonicę, i znalazł u 15-tu zdrowych ludzi prawdziwe laseczniki błonicze, chorobotwórcze dla morskich świnek. Laseczniki te wegetowały w ustach rzeczonych osób przez różny okres czasu — 11 dni, 25, 12, 28, 21, 13, 8, 4, 6, 20 dni.

Stąd wynika, że obecność zdrowych osób przy chorych na błonicę połączoną jest z niebezpieczeństwem, zagrażającym pierwszym z nich. W jaki sposób zaraza dostaje się do ust ludzi zdrowych (kaszel, pocałunki, bezpośrednio przez zarażone obok leżące produkty spożywcze, meble, chustki do nosa etc?), niepodobna rozstrzygnąć w wypadkach pojedynczych. Mitscha, na przykład, opisuje pewną epidemię, powstałą między dziećmi w zakładzie dla dzieci, wskutek picia wody z jednej i tej samej szklanki. Również Forbes przytacza epidemię błonicy, która się rozprzestrzeniła na 24 rodziny, używające wspólnych naczyń, na których bakterjologicznie stwierdzono zarazę błoniczą. Ta ostatnia znaleziona też była przez

W. H. Parka na poduszkach i prześcieradłach osób, chorych na błonicę, przez Abela na drewnianej zabawce dziecinniej, którą przed 6 miesiącami dziecko bawiło się podczas choroby, przez Wright'a i Emerson'a na podłodze i szczotkach do zamiatania, na obuwiu dozorczyń i włosach jednej z nich (mianowicie w tem miejscu, do którego dozorczyń ta miała zwyczaj dotykać się palcami) w sali chorych dyfterytycznych przez Rittor'a na zapleśniałych ścianach w 4 wypadkach, przez Sharp'a na podłodze mieszkań, gdzie błonica panowała endemicznie. Ani autor jednak, ani B. Heymann znaleźć nie mogli laseczników omawianych na pościeli, ścianach, podłodze, otaczających przedmiotach i t. d., na które zarazki mogły dostać się wypadkowo.

Ostatni szereg badań, przedsięwziętych przez autora, odnosił się do obecności laseczników błoniczych na błonie śluzowej osób zupełnie zdrowych i nigdy nie znajdujących się w żadnej styczności z chorymi na błonicę. Zpośród 600 zbadanych dzieci u 15 wykryto prawdziwe laseczniki błonicze, chorobotwórcze dla zwierząt. Analizy, prowadzone codziennie na każdym z owych 15 dzieci, wykazały że bakterje na normalnej błonie śluzowej mogą istnieć, bez szkody dla danego organizmu, w ciągu różnego, ale dość znacznego okresu czasu: 8 dni, 7, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 13, 4, 6, 17, 7, 5, 9 dni. Jakkolwiek wszystkie dzieci były podczas badania zupełnie zdrowe, jednakowoż z wywiadów autor przekonał się, że wszystkie owe badane dzieci były w styczności z osobami pierwszej kategorii, t. j. z mającymi do czynienia z chorymi na błonicę. Ci ostatni więc zagrażają ogromnem niebezpieczeństwem nie tylko bliższemu otoczeniu, ale i ludziom, bazpośrednio z niemi nie mającym styczności, — zwłaszcza w okresie rekonwalescencji, gdy otoczenie chorego nie przypuszcza już możliwości zarażenia się, uważa niebezpieczeństwo za zażegnane i przestaje zachowywać zalecone przez lekarzy ostrożności.

P. S. Niedawno Gabriczewski (VII Zjazd lekarzy w Kazaniu) ogłosił wyniki swoich badań bakterjologicznych w przytułku dla dzieci w Moskwie: 1. W jamie ustnej może się znajdować wielka ilość chorobotwórczych laseczników błoniczych u osób zupełnie zdrowych. 2. Rozprzestrzeniają zarazę nie tylko chorzy i rekonwalescenci, ale także i zdrowi ludzie, jeżeli w ich jamie ustnej, gardle lub nosie zawierają się bakterje błonicze. 3. Dezynfekcja mieszkań i rzeczy sama przez się jest niewystarczającą w wielu wypadkach, dla zupełnego usunięcia niebezpieczeństwa. Należy przeto stosować badania bakterjologiczne w bardzo szerokim zakresie, poddając takim badaniom nie tylko chore osoby dla celów rozpoznawczych, ale także rekonwalescentów i ludzi zdrowych w celach zapobiegawczych. Osoby zarażone, na równi z chorymi, powinny być dezynfekowane i izolowane. Chorzy po wyzdrowieniu nie powinni wy-

chodzić ze szpitali aż do chwili, gdy z organizmu ich znikną zupełnie bakterje chorobotwórcze. W przytułkach, instytutach, pensjach i domach prywatnych należy corocznie (wczesną jesienią) dokonywać szczegółowych badań jamy ust, gardzieli, nosa pod względem bakterjologicznym. Ogólna dezynfekcja w mieszkaniach powinna być stosowaną dopiero po zupełnem zginieciu zarazków u osób chorych i zdrowych. Organizacja oddziałów sanitarno-bakterjologicznych może znacznie się przyczynić do skutecznej walki z błonią na wsiach.

S. Serkowski.

W Hesse. Nowy sposób hodowli laseczników gruźliczych. (Zeitschr. f. Hygiene. 1899. XXXI. 3 k. str. 502).

Na zwykłych podłożach laseczniki gruźlicze rosną bardzo wolno, zagłuszane bywają przez inne, prędszej rosnące bakterje, prócz tego wprowadzanie do ustroju zwierzęcego badanej plwociny nie zawsze daje zupełnie pewne wyniki. Z tego powodu W Hesse zaleca inny sposób badania, usuwający poniekąd ujemne strony obecnych sposobów. Pepton w środowiskach należy zastąpić przez podłoże Heyden'a (rozpuszczalna albumina); na przygotowanym w ten sposób środowisku laseczniki gruźlicze wyrastają typowo, i w ciągu 1—3 dni można na preparatach — odbitkach (Klatschpräparat) rozpoznać gruźlicę. Z początku przygotowuje się w spodkach Petri po 20 cen. danego podłoża, na którym zakreśla następnie kółko igłą z plwociną, i stawia się spodki do termostatu. Tymczasem należy przygotować i wyjałować w płomieniu szkiełka pokrywkowe, na których można odbić kultury, wyjęte z termostatu w różnym czasie rozwoju bakteryj. Spodki, w których hodowle mają być przechowane przez czas dłuższy, należy z brzegów zakleić gumą (cofferdamą dentystów).

Środowisko Hesse składa się z następujących części:

podłoże Heyden'a ¹⁾	5 gm.
sól kuchenna	5 „
glicerina	30 „
agar-agar	10 „
norm. roztwór kr. sody (28,6:100)	5 cem.
woda destylowana	1000 „

Dzięki swojej metodzie, autor już doszedł do nast. wniosków:

1. W plwocinie z lasecznikami gruźliczymi te ostatnie znajdują się w stanie żywym i zdolne są do rozmnażania.

2 W plwocinie laseczniki gruźlicze w krótkim przeciągu czasu zaczynają się rozmnażać na danym środowisku i prędko (w ciągu godzin, a nie dni) mogą być skonstatowane.

3. Metoda przytoczona, zdaniem autora, w wielu wypadkach jest lepszą od doświadczeń na zwierzętach.

*) Sposób przygotowania tego podłoża znajduje się u Hesse i Niedner. Zeitschr f. Hyg. XXIX.

Emalja naczyń. Dzięki jednemu wypadkowi otrucia przez pokarm, przygotowany w naczyniu emaljowanym (nastąpiła śmierć jednej osoby, a wiele innych osób ciężko zachorowało), okazało się, że otrucie to zależnem było od zawartych w danem jedzeniu ptomainów, ale bynajmniej nie od emalji. Prócz tego, Barthe miał sposobność zbadać wiele naczyń kuchennych. W 4 gatunkach emalji znalazł on następujące części składowe: kwas krzemniowy, cynę, aluminium i w mniejszej ilości cynk, wapno, kali, oraz ślady żelaza, kobalta, manganu: ani razu autor nie mógł odkryć ołowiu, boru lub arszeniku. A. Granger jednak i O. Emmerling znajdowali te trujące substancje. Stąd autor wyprowadza wniosek, że emalja bez domieszki metalów trujących może być dopuszczoną w sprzedaży, ale zato prawo nie powinno dozwolić przy fabrykacji naczyń kuchennych używać po wyrobu emalji z metali trujących, jakie niejednokrotnie znajdowali Granger i Emerling. (Journ. Pharm, Chim. 1898, 89. str. 105—109).

Bacillus cadaveris sporogenes anaërobicus. (Centrabl. f. Bakteriologie. 1899. 1. Abth. XXV B. № 8—9).

Tak nazwał E. Klein wynaleziony przez siebie w kiszkiach człowieka i zwierząt drobnoustrój, zbliżony nieco do lasecznika tężcowego. Bacillus ten, zdaniem Kleina, ma odegrywać główną rolę podczas rozkładania się trupów, przyczem laseczniki, przy anaërobnych (bezpowietrznych) warunkach, przedostają się z jelit do organów trupa, mięśni i tkanek i wywołują rozkład takowych.

Eduard Stadler (Bremen) **O wpływie soli kuchennej na bakterje, wywołujące otrucia mięsem.** (Archiv. f. Hygiene. 1899 XXXV B. 1. H., str. 40—82).

Pod wpływem koncentrowanego roztworu soli kuchennej	
następujące drobnoustroje	nie giną jeszcze w ciągu
bacterium coli commune z kolekcji	„ 6 tygodni.
„ „ „ z kału	„ 6 tygodni.
„ „ „ ze szczura	giną w ciągu 3 tygodni.
bacillus enteritidis Gärtner	„ „ 4 ¹ / ₂ tyg.
bacillus morbificans bovis	„ „ 3 „
bacillus proteus vulgaris	nie giną w ciągu 3 tygodni
bacillus typhi abdominalis	„ „ „ 6 „
bacillus diphteriae	„ „ „ 4 ¹ / ₂ „
staphylococcus pyogenes	„ „ „ 6 „
bacterium lactis aërogenes	„ „ „ 6 „
bacillus pestis	„ „ „ 16 dni

W 7% roztworze soli z początku następuje zmniejszenie się energii rozmnażania mikrobów, a w 10₀/° i wyżej roztworze zupełnie tracą tę własność, przy wyższej temperaturze ten sama roztwór działa energiczniej na bakterje, niż przy niższej. Nie dla wszystkich jednak bakteryj wystarcza jednakowy roztwór: dla jednych (bact.

coli i bac. enteritidis) granicę, po za którą niema rozwoju, stanowią 7 lub 8^o/_o rozczyzny, dla innych (bac. morbificans boris, b. typhi) — 8 do 10^o/_o. Według v. Ermengem'a (1897), bacillus botulinus nie rozmnaża się już w 6^o/_o rozczynach soli. Praktyczny wniosek: przy soleniu mięsa nie należy używać nigdy słabszych od 10^o/_o, rozczynów.

Alkohol, jako produkt spożywczy. (Archiv. f. Hygiene. 1899 XXXVI B. 1. str. 1—44).

Dr. R. O. Neumann na mocy ścisłych badań dochodzi do wniosku, że alkohol jest ważnym produktem spożywczym; pomimo tego jednak unikać go raczej, aniżeli używać należy, oddziaływa bowiem nie tylko na przemianę materji, ale i na trawienie, na zdolność do pracy, na system nerwowy, na czem równolegle cierpi cały organizm „den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht.“ Wprawdzie Klemperer, Ewald i Gumlich, Sarlo i Bernardini, Lombard-Warren przypisują alkoholowi znaczenie dietetyczne i zwiększenie zdolności do pracy, lecz autor nie zgadza się z takimi poglądami, a wprost odwrotnego trzyma się zdania, jak wielu innych badaczy (Blumenau, Ogata, Lanceraux, Nothnagel, Demme etc). Autor wypowiada następujące zdanie: „Der Alkohol ist ein Nahrungsmittel; er ist aber wegen seiner Giftigkeit so wenig, als möglich, zu verwenden“.

Znaczenie streptococcus longus w etjologii. *Paul Hilbert* z Królewca przy badaniu błoniczych zakażeń mieszanych zawsze znajdował na powierzchni migdałów długie paciorkowce. Te ostatnie, jak wiadomo, odgrywać mają ważną rolę w etjologii zapalenia migdałów oraz zaburzeń wtórnych, powstałych na tle błonicy i innych chorób. Zaciekawiony tak częstem znajdowaniem na migdałach strept. longus, autor rozpoczął szereg badań, pragnąc wyświecić dwie kwestje: 1) jak często znajdują się streptokoki na powierzchni migdałów i 2) w jakim stosunku znajdują się one do streptokoków przy anginie. Autor zbadał 100 zdrowych osób i znalazł u wszystkich, bez wyjątku, długie paciorkowce na powierzchni normalnych migdałów, a stąd też wyprowadza wniosek, że streptococcus longus normalnie, zawsze się znajduje w jamie ustnej u wszystkich ludzi. Na mocy swych badań autor dochodzi do wniosku że paciorkowce normalnych migdałów niczem nie różnią się od streptokoków przy anginach, ani własnościami hodowli ani działaniem chorobotwórczem. Zdaniem jego, ani streptokoki, ani staphylokoki, ani pneumokoki nigdy nie bywają przyczyną pierwotnych zapaleń migdałów, lecz biorą udział nader czynny przy infekcjach wtórnych. Podział paciorkowców na długie i krótkie, wprowadzony przez *Behringa* i *v. Lingelsheima*, nie odpowiada rzeczywistości.

(Zeitschr. J. Hygiene u. Inf. XXXI. 3 H. 1899. 381 - 415).

K R O N I K A.

Wpływ światła na kwaśnienie mleka. Na kwaśnienie mleka, znajdującego się w sprzedaży, według badań Guiseppe Tascetti, ani naturalne światło, ani zabarwione nie wywiera żadnego wpływu. Inaczej się jednak sprawa przedstawia z pasteurizowanym mlekiem, nagrzanem do 80°. Dopóki promienie świetlne oddziałują na takie mleko przy 24—17° C, zmian żadnych w kwaśnieniu spostrzedz nie można, ale przy 25—30° C zabarwione promienie światła wywołują znacznie większy stopień kwasu i o wiele prędsze kwaśnienie, aniżeli promienie naturalne (Zeitschr. f. Unt. rs. d. Nahrungs. u. Genussmittel, 1899 II № 8).

Być może, że zjawisko to polega na bardziej sprzyjającej rozwojowi drobnoustrojów kwasu mlecznego i kazeiny temperaturze, ale nie na promieniach.

Epidemia błonicy. Dr. Hassenstein opisuje epidemię błonicy, z niezwykłą lokalizacją błon. Dzieci pewnej akuszerki były chore na błonicę, pomimo to akuszerka zajmowała się wciąż praktyką i zaraziła zarówno swoje pacjentki, jak i dzieci tychże. U położnic rozwinęły się błony dyfterytyczne na zewnętrznych organach płciowych, a u jednego dziecka—też na organach płciowych i na pępku. Epidemja ta zasługuje na uwagę ze względu na lokalizację choroby i etjologię tej ostatniej.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1899. 22 Czerwca. № 25).

Dezynfekcja mieszkań i szpitali za pomocą sublimatu. Ostatniemi czasami podnosiły się głosy przeciw dezynfekcji sublimatem. Otóż, dr. Koenig, pragnąc sprawdzić działanie takowego, zaczął przedewszystkiem od własnego pokoju, w którym znajdowało się dużo robactwa: pod wpływem wyparowywania sublimatu na ogniu wszystkie robaki wyginęły. Następnie przystąpił do stosowania tegoż środka dla dezynfekcji sal szpitalnych z chorymi na odrę, szkarlatynę, piemię i różę. Rezultat był znakomity. Koenig zaleca używać sublimatu do dezynfekcji w sposób następujący: 50 grm. sublimatu (na salę średniej wielkości) wsypuje się do jakiego naczynia i stawia się na ogień, następnie należy wyjść z pokoju i zamknąć szczelnie za sobą drzwi. Pokój powinien być zamkniętym przez 3—4 godziny. Następnie należy otworzyć okno, i podczas otwierania zasłonić nos i usta chustką. Resztki unoszącego się w powietrzu sublimatu można usunąć przez okadzanie siarką.

(Gazette des Hôpitaux. 1899. Maj. № 57).

Diplococcus van-Harrevelt. W mięsie jednego konia, zabitego w skutek zapalenia kiszek, H. G. van-Harrevelt wyosobnił dwuziarniaka, który okazał się śmiertelnym dla zwierząt laboratoryjnych, po wstrzyknięciu go do jamy brzusznej. Karmienie jednak zwierząt mięsem, zawierającym dwuziarniaki, nie wywoływało żadnych oznak chorobowych. Autor odróżnia wynaleziony drobnoustrój od innych dwuziarniaków (dipl. lanceolatus, meningitidis, subflavus, catarrhalis etc.).

(Centralbl. f. Bakteriologie. 1899. 31 Czerwca. XXVI. Abth. № 4/5).

KORRESPONDENCJA.

Parę uwag o projektach uregulowania kwestji pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich.

Sprawa uregulowania pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich stała się obecnie sprawą bieżącą. Zajmuje się nią prasa; interesują się i władze. Przed wakacjami pisma nasze podały za „Warszawskim Dniwnikiem“ wiadomość, że komisja szpitalna opracowała następujący projekt organizacji pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. Robotnicy fabryk warszawskich będą korzystali bezpłatnie z kuracji szpitalnej w szpitalach miejskich, rolę zaś lekarzy fabrycznych przyjmą na siebie ambulanse szpitalne. Za to wszystko fabryki wniosą jednorazowo po 1500 rubli od każdej setki robotników, pracujących w danej fabryce, na szpitale warszawskie, względnie na rozszerzenie ich i oprócz tego będą wносиły rocznie po 150 rubli od każdej setki robotników za poradę lekarską i za lekarstwa, wydawane z aptek szpitalnych. Za pobyt robotnika w szpitalu fabryka będzie płaciła oddzielnie po 1 rublu za każdy dzień spędzony przez robotnika w szpitalu (ostatni ten punkt podobno Rada Miejska zakwestjonowała, uważając rublową opłatę za dzień szpitalny za zbyt wysoką).

Przyjrzyjmy się bliżej punktom projektu komisji szpitalnej.

Podług prawa Najwyżej zatwierdzonego fabryki obowiązane są mieć szpitale dla swoich robotników w takich rozmiarach, aby jedno łóżko wypadło na setkę robotników. Wobec tego słuszną jest rzeczą, aby pp. fabrykanci wnieśli jednorazowo jakąś sumę na odpowiednie rozszerzenie istniejących szpitali, uzyskując w ten sposób zwolnienie od obowiązku budowania szpitali własnych, słuszną również jest rzeczą, aby pp. fabrykanci płacili jakąś kwotę za pobyt swych robotników w szpitalu, unikając w ten sposób wydatków, jakich wymagałoby utrzymanie własnego szpitala.

Czy kwota 1500 rubli od każdej setki robotników, jaka ma być wniesiona jednorazowo przez fabryki na urządzenie szpitali jest dobrze obliczoną, nie podejmuję się sądzić. Natomiast opłatę rublową za każdy dzień szpitalny uważałbym stanowczo za zbyt wysoką. Jeżeli fabryki mają płacić jednorazowo dosyć znaczną sumę na urządzenie szpitali, to te ostatnie powinny pobierać od fabryk za dzień szpitalny tylko tyle, ile rzeczywiście chory kosztuje, koszt zaś dnia szpitalnego wynosi o wiele mniej, niż 1 rubel.

Szpitalne mogłyby brać od fabryk trochę więcej ponad przeciętną normę kosztów własnych tylko w tym wypadku, gdyby nie wymagały jednorazowego wydatku na urządzenie szpitali. Mojem zdaniem zwolnienie fabryk od jednorazowego wydatku, a natomiast pobieranie troszkę większej (ponad przeciętną normę własnych kosztów) opłaty za dzień szpitalny byłoby rzeczą o wiele dogodniejszą, gdyż w ten sposób uniknęłyby się możliwych nieporozumień w przyszłości.

Ilość robotników fabrycznych podlega ogromnym wahaniom. Co więc robić z taką, naprz. fabryką, która obecnie ma tylko 200 robotników, a po latach paru rozwinie się i będzie zatrudniała ich 1000. Teoretycznie rzecz biorąc należałoby wtedy ściągnąć od fabryki dodatkowo jednorazową opłatę za 800 robotników. Należałoby również w przyszłości wszystkie nowopowstające fabryki obciążać tym jednorazowym wydatkiem na szpitale.

Mogłyby również wyniknąć nieporozumienia w tych wypadkach gdyby fabryka po krótkim istnieniu została zwinięta. Czy w tym razie naprz. właściciel fabryki miałby prawo żądać zwrotu pewnej części kwoty, zapłaconej na urządzenie szpitali, czy też nie? Jeżeli fabryka posiada własny szpital, to musi go rozszerzyć proporcjonalnie do wzrostu liczby robotników, ale kapitał wydany na to nie jest dla fabryki absolutnie straconym, gdyż w razie nawet zwinięcia jej, gmach szpitalny i urządzenia wewnętrzne przedstawiają pewną wartość i mogą figurować w aktywach związanego przedsiębiorstwa.

Niektóre fabryki warszawskie zatrudniają sporo t. z. robotników niestałych. Przy urzeczywistnieniu projektu komisji szpitalnej powstawałyby wątpliwości, jak traktować tych robotników niestałych, czy naprz. fabryka, zatrudniająca 300 robotników stałych i 100 niestałych powinna płacić na szpitale od 300, czy też od 400 robotników. Wszystkiego tego uniknęłoby się, gdyby szpitale warszawskie nie żądały jednorazowej zapłaty od fabryk na urządzenie szpitali, a natomiast brały za każdy dzień, spędzony przez robotnika w szpitalu trochę więcej ponad przeciętną normę kosztów własnych. Jest to jednak kwestja, jeżeli się tak można wyrazić, prywatna, obchodząca dwie jednostki zbiorowe: z jednej strony szpitale warszawskie, z drugiej zaś fabryki. Jak się ta kwestja załatwi, jest to dla ogółu rzeczą obojętną, byleby tylko ona załatwioną była.

Przejdźmy teraz do drugiego punktu projektu komisji szpitalnej, aby leczenie ambulansowe robotników oddać ambulansom szpitalnym, biorąc za to od fabryk rocznie po 150 rubli od każdej setki robotników za udzielanie porad lekarskich.

Jest to podług mnie projekt chybiony. Mojem zdaniem lekarzem fabrycznym powinna być koniecznie jakaś jednostka ściśle określona, a nie coś tak zbiorowego i tak zmiennego w swym składzie, jak ambulanse szpitalne.

Zobaczmy jak są zorganizowane terazniejsze ambulanse szpitalne. Każdy ordynator oddziału szpitalnego obowiązany jest przyjmować bezpłatnie w pewne dnię zgłaszających się do ambulatorjum chorych. Ordynatorowie warszawscy nie pobierają od szpitali żadnego wynagrodzenia, albo też bardzo małe (około 300 rubli rocznie), chorzy zaś szpitalni zabierają tyle czasu, że lekarze ci po uciążliwej pracy szpitalnej nie mają wprost chęci, a czasami nawet możliwości przyjmować jeszcze ambulans. Dostyć powiedzieć, że na niektórych oddziałach szpitalnych lekarze pracują bez przerwy od 9-ej rano do 2 - 3-ej po południu, a praca to nużąca i wyczerpująca. Nic więc dziwnego, że przyjmowanie ambulansu zostaje powierzane asystentom, którzy chociaż mają roboty niemniej, niż ordynatorowie, ale wabieni możliwością pracy samodzielnej pomimo zmęczenia podejmują się tego zadania. Asystenci oddziałowi nie pobierają absolutnie żadnego wynagrodzenia. Są to zazwyczaj lekarze młodzi, którzy albo liczą, że wyrobią sobie praktykę w Warszawie, dając się poznać publiczności, albo też są to lekarze, którzy dopiero skończyli uniwersytet i chcieliby się zapoznać bliżej z rozmaitymi działami medycyny przed wyjazdem na prowincję. Ambulanse więc szpitalne są obsługiwane albo przez lekarzy, którzy zapatrują się na nie jako na pracę uciążliwą dla siebie, albo też przez lekarzy, którzy w ten sposób stawiają pierwsze swoje kroki w praktyce samodzielnej.

Gdyby do tych ambulansów skierować jeszcze wszystkich robotników fabrycznych, to rzecz prosta lekarze wskutek nadmiaru pracy musieliby załatwiać się z chorymi jeszcze pobieżniej, aniżeli to ma nawet miejsce obecnie. Dziwna rzecz, że publiczność nasza zapatruje się na pracę lekarzy zupełnie inaczej, aniżeli na pracę wszystkich innych zawodowców. Wszak nikomu przez myślby nawet nie przeszło, aby od budowniczego naprz. wymagać zrobienia 10 planów w takim przeciągu czasu, gdy on może ich zrobić porządnie zaledwie 2. Tymczasem od lekarzy ambulansowych wymaga się bezwarunkowo, aby przyjęli koniecznie wszystkich chorych, którzy przyszli bez względu na ich ilość. Toć lekarz męczy się przy pracy tak samo, jak i wszyscy inni ludzie, a człowiek zmęczony może łatwo błąd jakiś popełnić szczególnie w takiej nużącej pracy, jak przy przyjmowaniu chorych. Ogół we własnym swoim interesie nie powinien wymagać od lekarzy pracy nadmiernej

Nie zapominajmy dalej, że nie wszyscy chorzy robotnicy leczą się tylko w szpitalach i w ambulansach. Są tacy, którzy na ambulans przyjsć nie mogą, a do szpitala wstąpić nie chcą lub nie mogą. Takich chorych trzeba odwiedzać w domach. Nie wyobrażam sobie wprost, jak można byłoby rozdzielić takie wizyty w domach pomiędzy tymi lekarzami, którzy obecnie przyjmują ambulanse szpitalne.

Jestem najmocniej przekonany, że gdyby nawet projekt komisji wszedł w życie, to po krótkim przeciągu czasu, trzeba byłoby pomiędzy lekarzami ambulansowymi rozdzielić poszczególne fabryki, czyli inaczej mówiąc, wrócilibyśmy do tej samej organizacji, co i obecnie, a najrozmaitszych nieporozumień i wzajemnych pretensji byłoby coniemiarą.

Przyjrzyjmy się obowiązkom, jakie ciążyą na lekarzu fabrycznym. Poza leczeniem chorych robotników do lekarza fabrycznego należy, a przynajmniej powinno należeć jeszcze bardzo wiele innych czynności, jako to: oględziny robotników przy wstępowaniu do fabryk, wydawanie świadectw o stanie zdrowia i decydowanie w ten sposób o prawach robotnika do zapomóg, nadzór nad higieną pracy i mieszkań robotników, zapobieganie chorobom zakaźnym wśród robotników i t. d. Zbyteczna chyba dowodzić ważności tych czynności lekarza fabrycznego. Czynności te jednak wymagają, aby lekarz znał dokładnie fabrykę daną i jej robotników, a może to się stać wtedy, gdy lekarzem fabrycznym w danej fabryce będzie stale jeden lekarz. Jak wiele dobrego może naprz. zrobić lekarz, gdy znając dokładnie daną fabrykę, może poradzić choremu robotnikowi wczesne przeniesienie się do innego oddziału, albo też gdy może mu dać praktyczne rady, jak się ma zachować wśród danych warunków pracy, aby uniknąć tego, co szkodzi jego zdrowiu. Jeżeli rolę lekarzy fabrycznych będą spełniały jednostki zbiorowe, jakimi są ambulanse szpitalne, to taka czynność jest dla nich niemożliwą, gdyż żaden lekarz nie będzie obznajmiony z warunkami pracy robotników.

Dalej oględziny lekarskie przy przyjmowaniu do fabryki robotników i wydawanie świadectw o chorobie robotników są to czynności bardzo ważne i odpowiedzialne. Mogą to robić tylko jednostki określone, ale nigdy zbiorowe, jak ambulanse szpitalne. Pożądanem jest również, aby wydający świadectwo o chorobie znał chorego poprzednio, gdyż inaczej łatwo może być w błąd wprowadzony. Bardzo często się zdarza, że robotnik, mający już jakieś uszkodzenie i zmniejszoną wskutek tego zdolność do pracy, po nowym nieszczęśliwym wypadku zwała wszystko na karb tego nowego wypadku i żąda odszkodowania takiego, jakie mu się nie należy. Takim wypadkom zawsze zapobiegnie lekarz stały, który zna wszystkich robotników.

Istnienie stałego lekarza jest oprócz tego korzystne i dla robotników. Nie mówiąc już o znaczeniu stałego lekarza fabrycznego dla higieny robót i warunków życia robotników, bardzo ważną jest rzeczą dla tych ostatnich mieć stałego lekarza, do którego w razie potrzeby mogą się zwrócić zawsze o każdej porze. Każdy sumienny lekarz zawsze sobie pozyska sympatję i zaufanie u robotników. W razie zaś potrzeby stały lekarz może skierować chorego do odpowiedniego specjalisty, albo też może wezwać tego ostatniego na

konsyljum. I przy obecnej organizacji wiele fabryk oprócz jednego stałego lekarza, ma swoich własnych chirurgów, akuszerów, okulistów i t. d.

Pomoc lekarska dla robotników obecnie w większości wypadków stoi niżej wszelkiej krytyki. Pp. fabrykanci uważają prawo o pomocy lekarskiej za wielki ciężar dla siebie, najzupełniej nieprodukcyjny i niepotrzebny i starają się tylko o to, aby formalnie być w porządku z prawem. Posady lekarzy fabrycznych otrzymują często kuzynkowie lub protegowani i posady te traktują się wprost jako synekury, albo też oddaje się je tym lekarzom, którzy, zażądają najniższego wynagrodzenia. Naturalnie winni tu są bardzo i lekarze, którzy przyjmując obowiązki lekarzy fabrycznych, nie zastanawiają się nad tem, że w takich warunkach nie będą mogli wywiązać się sumiennie z przyjętych na siebie zobowiązań.

Trudno się dziwić wobec tego, że we wszystkich sprawach sanitarnych, dotyczących danej fabryki, jak również we wszystkich sprawach sądowych pomiędzy robotnikiem a fabrykantem, lekarze fabryczni albo wcale nie mają głosu, albo też głos ich nie ma tego znaczenia, jakie mieć powinien. Niech odpowiednie władze naprz. wypowiedzą wyraźnie, że odpowiedzialność za higienę pracy zawodowej i za stan sanitarny fabryk ciąży na lekarzu fabrycznym, niech przy wszystkich rewizjach sanitarnych w fabrykach będzie obecny lekarz fabryczny i niech od niego zażądają objaśnień za znalezione nieporządki i jemu również niech będzie poruczony nadzór nad ściśłym wykonaniem rozporządzeń komisji sanitarnych, to wtedy stosunek lekarzy do fabrykantów zmieni się odrazu. Niech będzie dalej parę wypadków, że za nieprawidłowe wydanie świadectw fabryka, albo instytucje ubezpieczeniowe lub kasy wsparć zażądają również objaśnień ze strony lekarza fabrycznego, niech to samo w odpowiednich przypadkach zrobią parę razy i robotnicy fabryczni, wtedy posada lekarza przestanie być synekurą. Na posadach tych będą ludzie, którzy będą pracowali sumiennie, ale też naturalnie odpowiednio do swej pracy będą żądali i wynagrodzenia.

Móglby mi kto zarzucić, że w tych warunkach lekarz fabryczny będzie narażony na tysiące przykrości i trudno będzie znaleźć amatora na te posady. Na taki zarzut mogę odpowiedzieć, że żaden sumienny lekarz tego wszystkiego nie będzie się obawiał z tej prostej przyczyny, że przy sumiennem traktowaniu swych obowiązków żadnych przykrości mieć nie będzie. Wszak i obecnie naprz. lekarze zajmują stanowisko bardzo odpowiedzialne i to ich nie przestrasza.

Przy takiej reorganizacji pomocy lekarskiej będzie rzeczą niemożliwą oddawanie przez lekarzy fabrycznych kuracji robotników uboższemu koledze za znacznie mniejsze wynagrodzenie, co niestety miewa podobno miejsce obecnie i jest przez ogół tolerowane.

Bardzo praktycznym natomiast wydaje mi się projekt komisji szpitalnej, aby robotnicy fabryczni korzystali z aptek szpitalnych. Obecnie w fabrykach warszawskich wydatki na lekarstwa stanowią bardzo okazałą cyfrę, a robotnicy mimo to niezawsze mają lekarstwa bezpłatnie, a jeszcze rzadziej należycie przygotowane; (w apteczkach fabrycznych proste środki wydają felczerzy). Fabryki mają prawo zakładać dla swych robotników własne apteki, możnaby więc zrobić im to udogodnienie, aby pozwolić korzystać po cenie kosztów z lekarstw, przygotowanych w aptekach szpitalnych. Fabryki w ten sposób znacznie zredukowałyby swoje wydatki na pomoc lekarską i zaoszczędzone w ten sposób pieniądze mogłyby zużytkować na co innego, chociażby na zwiększenie zapomóg wydawanych robotnikom podczas choroby. Miasto zyskałoby również, wydając nawet lekarstwa z aptek szpitalnych po cenie kosztów, gdyż wielki obrót w aptekach pozwoliłby na należyte zorganizowanie aptek szpitalnych ze specjalistami na czele. Oprócz tego miasto, mając dobrze zorganizowane apteki własne mogłoby ułatwić nabywanie lekarstw ludności ubogiej. Gdyby biedacy mogli również nabywać lekarstwa po cenie kosztu, byłoby to już dla nich ulgą olbrzymią. Zresztą w poszczególnych wypadkach biedni mogliby nawet dostawać lekarstwa bezpłatnie i to również pociągałoby dla miasta bardzo małe koszta przy dobrze zorganizowanych aptekach własnych.

Byłbym zdania, że należałoby poprzeć gorąco ten punkt projektu komisji szpitalnej, gdyż byłby on ważnym krokiem naprzód w rozwiązaniu kwestji pomocy lekarskiej dla biednych wogóle. Oprócz tego i dla robotników fabrycznych korzystanie z aptek szpitalnych byłoby rzeczą bardzo dogodną. Obecnie każda fabryka ma zazwyczaj jedną tylko uprzywilejowaną aptekę swoją, która znajduje się nieraz bardzo daleko od mieszkań robotników. Szpitale warszawskie są rozrzucone po całym mieście, więc przy urzeczywistnieniu tego punktu projektu komisji szpitalnej robotnicy mieliby możliwość korzystania z tej apteki szpitalnej, która jest dla nich najbliższą.

Projekt komisji w tej formie, jak podały go do wiadomości publicznej nasze pisma, pozostawia jeszcze wiele rzeczy niewyjaśnionych. Przeprowadzenie zasady obrachunku kosztów kuracji tylko od setek robotników nasuwa dwa przypuszczenia: albo komisja szpitalna wcale nie chce wiedzieć o robotnikach tych fabryk, które zatrudniają mniej, niż sto robotników, albo też fabryki te podciąga pod kategorię fabryk, zatrudniających okrągłą setkę robotników. I w jednym i w drugim wypadku komisja postąpiłaby niesłusznie. Podciągnięcie mniejszych fabryk pod kategorię większych byłoby niesprawiedliwością względem fabrykantów, nie branie zaś pod uwagę fabryk z mniejszą ilością niż 100 robotników wyrządziłoby ogromną krzywdę robotnikom tych fabryk, którzy przecież stanowią w Warszawie cyfrę okazałą, gdyż mniejsze fabryki i zakłady przemysłowe

przeważają tutaj. Wprawdzie Warszawski Komitet Fabryczny w swoich rozporządzeniach mówi tylko o 100 robotnikach, ale już w moim referacie, który odczytałem w Towarzystwie Hygienicznym, wykazywałem nieracjonalność takiego rozporządzenia i dowodziłem potrzeby określenia minimum robotników zgodnie z większością komitetów Fabrycznych w Państwie na 16.

Dalej komisja szpitalna w swoim projekcie nie mówi nic, czy członkowie rodzin robotniczych mieliby również prawo korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej, a jest to kwestja dla robotników pierwszorzędnej wagi. Robotnicy fabryczni, ludzie w sile wieku mniej może potrzebują pomocy lekarskiej, aniżeli ich żony i dzieci. Dla tego też mówiąc o organizacji pomocy lekarskiej dla robotników nie należy pomijać milczeniem ich rodzin. Prawo wyraźnie nie obowiązuje fabrykantów do bezpłatnego leczenia rodzin robotników, z tego też powodu ciągle wynikają o to nieporozumienia. Należałoby tę kwestję rozstrzygnąć raz nareszcie w jednym lub drugim kierunku. Jeżeli fabrykant nie obowiązany jest leczyć rodzin robotników, to należy zorganizować jak najprędzej kasy chorych, któreby rozporządzając funduszami, zebranymi ze składek robotników, kar i t. d. zapewniały pomoc lekarską i zapomogi w razie choroby członka rodziny. Przeciętny robotnik nie ma środków na kurację swoich najbliższych, która w zwykłych warunkach jest dosyć kosztowną. Jedynym ratunkiem dla robotników w tych razach byłyby owe kasy.

Organizacja pomocy lekarskiej dla robotników jest sprawą bardzo trudną i zawiłą i wymaga wszechstronnego rozpatrzenia. Pożądaniem byłoby, aby jaknajwięcej ludzi zabierało w niej głos, gdyż w ten sposób kwestja ta dotąd mało poruszana, byłoby wyświetlona należycie i wtedy można byłoby przeprowadzić organizację możliwie zadosyć czyniącą wszystkim potrzebom ogółu.

Muszę tu jeszcze powiedzieć parę słów o projekcie „Warszawskiego Dniownika“, który się wyraził, że najlepiej byłaby aby leczenie robotników powierzyć Towarzystwu Czerwonego Krzyża, w którego ambulansach i obecnie mnóstwo robotników się leczy. Projekt to nie nowy. W Łodzi już oddawna parę fabryk powierzyło leczenie swoich robotników „Czerwonemu Krzyżowi“. To samo zrobiło niedawno parę fabryk odeskich. W Łodzi stało się to w ten sposób, że fabrykanci złożyli jednorazowo pewną sumę (zdaję mi się po 1500 rubli od każdej setki robotników) do Czerwonego Krzyża. Za pieniądze te Czerwony Krzyż zbudował szpital dla robotników i z opłacanych rocznie składek przez fabrykantów leczy chorych. Składki fabrykantów nie wystarczają na utrzymanie, więc też braki były uzupełniane dochodami ze specjalnych zabaw, urządzanych na rzecz Czerwonego Krzyża. Jak zorganizował pomoc lekarską dla robotników Czerwony Krzyż w Odesie, nie wiem.

Zdaje mi się, że projekt „Warsz. Dniownika“ jest najzupełniej nieodpowiedni dla Warszawy. Czerwony Krzyż w Warszawie ma swój szpital przy ulicy Smolnej i parę ambulansów w kilku punktach miasta. Wszystko to, co powiedziałem o niedogodnościach powierzenia czynności lekarzy fabrycznych ambulansom szpitalnym, trzeba byłoby zastosować i w danym wypadku. Co zaś do kuracji szpitalnej, to wątpię, czy Czerwony Krzyż mógłby zobowiązać się leczyć, wszystkich robotników w swoim szpitalu, nadto Towarzystwo Czerwonego Krzyża ma zadanie specjalne: pomoc leczniczą w czasie wojny i pomoc żołnierzom rannym, inwalidom i t. p. Jako instytucja dobroczynna może Czerwony Krzyż w czasie pokoju nieść pomoc i innym biedakom. Ale co innego jest działalność filantropijna, a co innego przyjmowanie na siebie obowiązków, które należą do fabrykantów, pomocy filantropijnej nie potrzebujących.

Wogóle zresztą, powtarzamy, szpital jeden, chociażby ad hoc zbudowany ze względu na obszar miasta, nie byłby w stanie zadość uczynić palącej potrzebie ludności fabrycznej.

Dr. Łazarowicz.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

pismo poświęcone wyłącznie:

chirurgii, oftalmologii, otiatrii, laryngologii, akuszerii, ginekologii, syfilidologii i dermatologii.

wychodzi zeszytami objętości 10 arkuszy druku w bezterminowych odstępach czasu (przypuszczalnie co kwartał).

Cena roczna: w Warszawie rs. 10

„ „ na prowincyi „ 12

Cena pojedynczego zeszytu rs. 2 kop. 50.

ADRES REDAKCYI: *Dr Krajewski — Aleja Jerozolimska Nr 66.*

We wszelkich sprawach, dotyczących administracyi pisma, jako to: wnoszenia prenumeraty, reklamacyi, nabywania pojedynczych numerów zwracać się należy pod adresem D-ra Karczewskiego, ulica Żórawia Nr 15.

Redaktor i Wydawca dr. med. **J. Polak.**

Дозволено Цензурою. — Варшава 23 Сентября 1899 г.

Odznaczenia najwyższe na wystawach krajowych i zagranicznych

GOSPODARSTWO MLECZNE

K. HEINEBERGA

W NOWYM DWORZE

POLECA:

Mleko niezbierane, sprzedawane w naczyniach szklanych po kop. 10 kwarta. **Mleko niezbierane** od krów żywionych wyłącznie suchą paszą, więcej tłuste, w porcelankach po kop. 15 za litr.

Mleko Gazowe

podług określenia prof. Akad. med. w Petersburgu D-ra Pasternackiego „**jestto najdoskonalszy pokarm i środek leczniczy.**” Wszędzie gdzie chodzi o silne odżywianie, wzmocnienie sił, zwiększenie wagi ciała, mleko gazowe ma pierwszeństwo przed innymi środkami odżywczymi. Przygotowuje się z wyborowego sterylizowanego mleka. Cena kop. 15 butelka.

K e f i r

z wyborowego sterylizowanego mleka, wolny od bakterji chorobotwórczych. Cena butelki kop. 15, w abonamencie kop. 12.

Mleko Sterylizowane

wolne od bakterji chorobotwórczych. Sterylizowane metodą cząstkowej sterylizacji, przez co zachowuje smak surowego mleka. Flaszka kop. 10.

Mleko dla Dzieci

przygotowane metodą prof. Esherich'a. Cena flaszki kop. 6.

Powyżej wymienione produkty nabywać można: w Kantorze Głównym Nowy-Świat 39; w sklepach własnych: Berga 2, Senatorska 44, Królewska 27, Szpitalna 5. W aptekach: p. Wendy, Krakowskie-Przedmieście; p. Grabowskiego, Bielańska; pp. Welt i Zylber, Nalewki i wielu innych. Oraz we wszystkich sklepach towarzystwa „Merkury“ i w mleczarniach: Lubeckiej, Złota, róg Zielnej i Tłomackie 4; Broniewskiego, Plac Krasiański 3.

Własnego wyrobu nagrodzone złotym medalem na Warszaw.
Wystawie Hygienicznej w 1896 roku.

Kakao Kuracyjne,

miałko proszkowane i pozbawione tłustych
części po Rs. 1 kop. 30, za 1 funt

ORAZ

ŁUPIŃKI KAKAOWE,

jako napój zdrowy, a nienarkotyczny,
w cenie 15 kop. za funt,

poleca firma

„RIESE & PIOTROWSKI“

w Warszawie.

Sprzedaż hurtowa i detaliczna w kantorze firmy, przy ulicy
Elektoralnej Nr. 23 w podwórzu,

detaliczna w filjach

Senatorska Nr. 8

Marszałkowska Nr 109 (róg Chmielnej),

Ujazdowska Nr 30

Nowo otworzona: **Elektoralna Nr 23**

(od frontu)

oraz we wszystkich handlach kolonialnych

w Warszawie i na Prowincji.

Dostawca Dworu Jego Cesarskiej Mości

FABRYKA PAROWA

PIERNIKÓW, CZEKOŁADY, ŚWIEC

WYROBÓW WOSKOWYCH

O R A Z

SKŁAD ŚWIEC STEARYNOWYCH KOŚCIELNYCH

JANA WRÓBLEWSKIEGO

W WARSZAWIE,

ulica Kapitulna Nr 8.

Telefonu 406.

Firma istnieje od roku 1842.


Filje do sprzedaży detalicznej:

Nowy-Swiat № 33 — blisko Chmielnej.

Marszałkowska № 153 róg Królewskiej.

Cenniki wysyła gratis i franco.

Miód i wosk kupuje i sprzedaje po cenach bieżących.

 Z wystaw krajowych i zagranicznych 3 krzyże zasługi i 38 dyplomów honorowych, medali różnych i listów pochwalnych.

Egzystująca od 1852 roku

PAROWA FABRYKA

MYDEŁ TOALETOWYCH

PERFUM I KOSMETYKÓW

FRYDERYKA PULSA

W WARSZAWIE

poleca oprócz znanego mydła glicerynowego wszelkie artykuły, wchodzące w zakres perfumeryi.

SPRZEDAŻ HURTOWA I DETALICZNA

W SKŁADZIE GŁÓWNYM

Plac Teatralny (Wierzbowa) L. 11.

ADRES:

FRYDERYK PULS—WARSZAWA.

W I N O
Z PRZYŁĄDKA DOBREJ NADZIEI
 firmy **E. FLAUT**
(KAPSTADT, HAMBURG i GETYNGA)

Jedyny reprezentant na Królestwo Polskie.

W. ZALESKI
SKŁAD WIN. Warszawa, ul. hr. Berga № 2.

Wina Kaplandzkie wskazanej firmy nagrodzone zostały 18 złotemi i srebrnemi medalami.

Według rozbioru Urzędowej Pracowni analitycznej w Getyndze zawiera gatunek

	Old Cape D-ry (c. g. 0,694)	Pearl Constantia (c. g. 1,02)	D-ry Constantia
wysokoku	15,5	9,71	14,82
wyciągu	4,9	34,58	6,39
cukru	2,3	31,05	4,01
kwasów wolnych	0,45	0,47	0,52
kwasu siarczanego ilość mormalna			
popiołu	0,26	0,39	0,30

Według opinii pracowni Monachijskiej wina powyższe zupełnie naturalne ze względu na własności swe chemiczne, mają wyborne cechy win deserowych (podpis Profes. Wittstein).

Według opinii Prof. Treceiusa z Wiesbadenu rozbiór win powyższych wykazał: brak wszelkich śladów kwasu salicyl wego i barwników obcych, jak również domieszki syropu kartofflanego i gipsu. Ilość wyciągów i ciał mineralnych, kwasu fosforowego okazuje zupełnie prawidłowy stosunek do wyciągów i cukru.

JEDYNY NA WIELKĄ SKALĘ

I SPECJALNIE OD LAT KILKU URZĄDZONY POLSKI SKŁAD

HERBATY

CHIŃSKIEJ I CEYLOŃSKIEJ

WYBORNIEGO SMAKU I AROMATU

uprzejmie poleca

STANISŁAW WRÓBEL

Warszawa. — Nowy-Swiat Nr 62

jak również w Hadlu Win i Delikatesów

L. WRÓBEL, Krakowskie-Przedmieście 25

podług cen następujących:

Chińska czarna	za funt Rs.	1.40, 1.60, 1.80, 2.00, 2.20
„ „ z kwiatem	„ „	2.50, 3.00 i 4.00.
Ceylońska czarna	„ „	2.00 i 2.20.
„ półzłota	„ „	2.50.
„ złota	„ „	3.00.

WINA SZAMPAŃSKIE VEUVE- CLICQUOT- PONSARDIN

dostać można we wszystkich większych handlach win i pierwszorzędnym restauracjach.



Herb miasta
St. Raphaël.

ORYGINALNE TANINOWE WINO

SAINT-RAPHAËL

posiła organizm i wpływa na podniesienie sił

Jako przyczynek wysokiej wartości jego służyć mogą niektóre porównawcze cyfry najważniejszych części składowych, jakie rozbiory chemiczne Urzędowego Laboratorium doświadczalnego w Marsylii, *Dra Nenckiego* i *Prof. Milicera* dokumentnie wykazały, mianowicie:

Alkoholu	16,2%
Ekstraktu	22,9%
Cukru	19,6%
Kwasu	0,62%

Z tych badań najwidoczniej wynika niezaprzeczalna wyższość oryginalnych win tak pod względem odżywczym jak i tonicznym. Każda butelka dla odróżnienia od surogatów posiada na etykiecie herb miasta St. Raphaël.

Société Vinicole de Saint-Raphaël (Var-France).



KĄPIELE BOROWINOWE W DOMU.



JEDYNY SPOSÓB

Zastąpienia mineralnych
kąpieli

Borowinowych

w domu i w każdej
porze roku.

—o—o—o—

MATTONIE'GO SÓL BOROWINOWA

(wyciąg suchy)

w paczkach po 1 kilo

MATTONIE'GO ŁUG BOROWINOWY

(wyciąg płynny)

w butelkach po 2 kilo

Henryk Mattoni,

Franzensbad, Giesshübl Sauerbrunn,
Wiedeń, Karlsbad, Peszt.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY W OJCOWIE

Lecznica dla chorych nerwowych cały rok otwarta.

wodolecznictwo, gabinet elektryczny. Ścisły internat, opiekunka dla chorych pań, i panien. Zakład urządzony według wszelkich wymagań higieny i wygody. Poczta telegraf na miejscu. Powozy i bryczki na zamówienie dostarcza Administracja i do Olkusza, stacji kolei Iwangr. Dąbrowskiej. Ceny mieszkań i stołowania: w sezonie zimowym niższe. Broszury na żądanie wysyła się gratis i franko

Chorych umysłowych Zakład nie przyjmuje

Dyrektor Zakładu **Dr Stanisław Niedzielski.**

Bezbarwniejsze
bardziej przej-
rzyste od innych.

SZKŁA ISOMETROPOWE

Łagodniejsze, mniej faty-
gują oczy. Przez nie wi-
dzi się wyraźniej i dokła-
dniej.

Mikroskopy Hartnack'a,

MASZYNY DO PISANIA, GRAFOFONY, GRAMOFONY

wyłączna sprzedaż na Królestwo Polskie

w MAGAZYNIE OPTYCZNYM

G. GERLACHA

w Warszawie (ulica Czysta № 4).

PROSPEKTY BEZPŁATNIE.

ZAKŁAD LECZNICZY
DLA CHORYCH NA PŁUCA
D-ra RÖMPLER'A

w *Görbersdorfie* na Szląsku

(Stacja Dr. Żel. Friedland w obw. regenc. Wrocławskim i Dittersbach).

Prowadzony od r. 1875 pod kierunkiem lekarskim właściciela.
Wspaniałe położenie w górach olbrzymich. Wielki cienisty
park. Miejsce do kuracji świeżem powietrzem.

—≡ Ceny umiarkowane ≡—

Prospekt bezpłatnie i franco wysła

Dr. Römpler.

SPECYALNY ZAKŁAD

Prawdziwego leczniczego kefiru

KLAUDYI SIGALINY

Z KAUKAZU

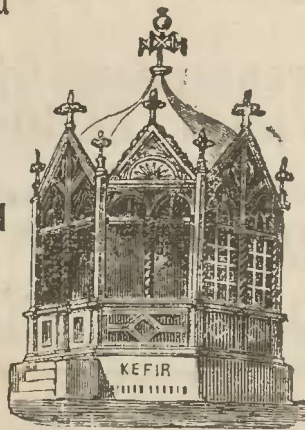
przy ul. Królewskiej N. 31

i

W OGRODZIE SASKIM

we własnym pawilonie.

Trzy medale złote na osta-
tnich wystawach w Paryżu
i w Warszawie.



KEFIR W DOMU.

Wróciwszy z Kaukazu przy-
wiozłam ze sobą wielki zapas naj-
lepszych grzybków kefirowych do
wyrabiania kefiru w domu. Do
grzybków dołącza się dokładny
bardzo łatwo zrozumiały przepis
do wyrabiania kefiru. Grzybki
i kefir z nich, podług mego prze-
pisu przyrządzony, został nagro-
dzony różnemi medalami.

Filja w Wilnie, Łodzi i Ciechocinku.

Strzedz się podrabia-
nych i naśladowanych

Dla kaszlących i osłabionych
SŁODOWY EKSTRAKT i KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych,

Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie,
Krakowie, Lwowie i na Środkowo-Azjatyckiej w Moskwie.

Fabryki

„LELIWA”

w Warszawie

ulica

Zgoda Nr. 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Zwracać uwagę na fir-
mę i na opakowanie.

Wystawa Hygjeniczna w roku 1887 nagrodziła „DYPLOMEM UZNANIA”
ZA WINA WĘGERSKIE I FRANCUSKIE.

EDMUND LANGNER

dawniej J. Riedel

SKŁAD WIN HURTOWY I DETALICZNY

założony w roku 1830

ulica Nowosenatorska Nr 10

POLECA

Wina Węgierskie, zieleniaki, maślacze, tokaje z własnej rezerwy na Węgrzech, z urodzajów z przed roku 1890 t. j. przed filokserą, a także z nowych szczepów z lat 1895 i 1896

Dla chorych i rekonwalescentów: największy wybór wysokich, starych i rzadkich **WIN TOKAJSKICH.**

Wina Francuskie: Bordoskie, Burgundzkie. w wielkim wyborze odleżałe na szkłe, oraz w okseftach, od najtańszych do pochodzących z najszlachetniejszych winoćw.

Wina Szampańskie wszystkich znakomitych marek.

WINA REŃSKIE — WINA HISZPAŃSKIE.

Wina Ruskie

typowe, bez naśladownictwa zagranicznych win, otrzymywane z zakontraktowanych winnic.

WSZELKIE KONIAKI FRANCUSKIE I KAUKAZKIE

sprowadzane w butelkach oraz własnego butelkowania.

WSZELKIE LIKIERY, PORTER I PIWO ANGIELSKIE.

Wina, które polecamy, są wyłącznie hodowane u nas, we własnych piwnicach, dlatego absolutnie czyste i najjańsze.

Wystawa Hygjeniczna w roku 1865 Medalem Złotym za Wina Russkie.
Na kopku wypalona jest nasza marka, zatwierdzona przez Department Handlu.

WINO ST. RAPHAEL

TONICZNE, WZMACNIAJĄCE I UŁATWIAJĄCE TRAWIENIE.

Wyborne w smaku.

Każda butelka zaopatrzona w pieczęć libawskiej lub odeskiej komory i w broszurę Dra de Barret o winie St. Raphael.

Wino St. Raphael sprzedaje się w lepszych handlach win, w aptekach i składach materiałów aptecznych w państwie.

V I N

de Saint-Raphaël

TONIQUE, FORTIFIANT, DIGESTIF.

D'UN GOUT EXQUIS

Excellent pour Anémies, Convalescences.

➔ **OSTRZEŻENIE.** ➔

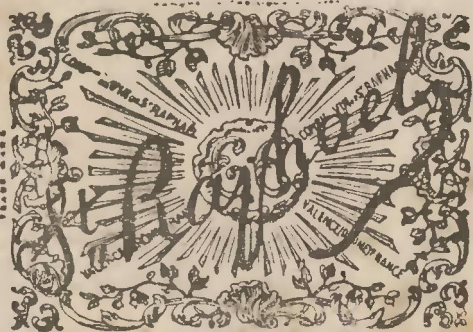
Compagnie du Vin de
„Saint-Raphael“

Valence, Drome, France, założ. 1872 r.

zawiadamia, że w hadlu istnieje wino St. Raphael podrabiane i dla tego uprasza o zwracanie uwagi na markę fabryczną (Trade Mark), zatwierdzoną przez Departament Handlu i Przemysłu za № 1438.

Każda butelka posiada pieczęć komory, markę fabryczną i markę Związku fabrykantów do walki z fałszowaniem (Union des fabricants pour

repression de Contrefaçons), dołącza się też broszurka Dra de Barret o winie St. Raphael jako o środku **pożywnym, wzmacniającym, i leczniczym.**



ZDROWIE

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY

HYGJENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

REDAKTOR I WYDAWCA

Dr. Med. J. Polak

Biblioteka Towarz. Lekarsk.
gub. Lubelskiej

~~~~~  
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: ul. S-to Krzyzka 25.  
~~~~~

WARSZAWA.

W drukarni St. Niemiry Synów

Plac Warecki № 4

1899

SKŁAD WIN I TOWARÓW KOLONJALNYCH
pod BACHUSEM, róg Widok i Marszałkowskiej. Telef. Nr 100.

WINA LECZNICZE PO CENACH PRZYSTĘPNYCH.

SKŁAD WIN
DOMU HANDLOWEGO
MAURYCY SEYDEL i S^{-ka}

Senatorska Nr 36/38 (Plac Reśursy Kupieckiej)
w domu własnym

POLECA :

WINA CESARSKICH APANAŻY.

Francuskie Wina Lecznicze

analizowane przez Magistra Nauk Przyrodzonych W-go
N. Milicera i nagrodzone medalem złotym na Warsza-
wskiej Wystawie Hygjenicznej w r. 1896.

Le seul Grand Prix pour les Vins Russes à l'Expositlon.
Universelle de Paris 1889.



Wina księcia Ż. A. Dżordżadze i S^{-ka} w Kachetii
Oryginalne wina z Bordeaux. Wina stare węg-
ierskie lecznicze. Porter Angielski kuracyjny.

Telefonu Nr 123.

SKŁAD WIN I TOWARÓW KOLONJALNYCH
pod BACHUSEM, róg Widok i Marszałkowskiej. Telef. Nr 100.
WINA LECZNICZE PO CENACH PRZYSTĘPNYCH.

WIND SZAMPAŃSKIE NATURALNE
EXCELSIOR

Sec, demi sec, Chicago, étoile rouge

przyrządzone na sposób francuzki
przez Towarzystwo Akcyjne Francuzkie

SOCIÉTÉ VINICOLE

ODESSA.

KONIAK LECZNICZY
„PHENIX.”

ZDROWIE

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Treść numeru: *Artykuł wstępny* (str. 389). — Lek. dent. M. Krakowski. Przyczynki do kwestji pomocy dentystrycznej w średnich zakładach naukowych (391). Dr J. Polak. Szpitalnictwo warszawskie (dalszy ciąg) (str. 410). — *Dział sprawozdawczy* Laseczniki błonnicze w jamie ustnej zdrowych ludzi (str. 422). — Nowy sposób hodowli laseczników gruźliczych. (str. 425). — Emalja naczyń (str. 426). — *Bacillus cadaveris sporogenes anaërobicus* (426). — O wpływie soli kuchennej na bakterje wywołujące otrucia mięsem (426). — Alkohol, jako produkt spożywczy (str. 427). — Znaczenie *streptococcus longus* w etjologii (427). — *Kronika*. Wpływ światła na kwaśnienie mleka (str. 428). — Epidemia błonicy (428). — Dezynfekcja mieszkań i szpitali za pomocą sublimatu (428). — *Diplococcus van-Harreveld* (428). — *Korespondencja* (str. 429). — Ogłoszenia.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 4, półrocznie rs. 2. Na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. Za granicą rocznie 6 flor., 10 m. 14 fr., półrocznie 3 flor. 5 m. 7 fr. Numer pojedynczy 50 kop.
Cena ogłoszeń: Cała strona rs. 15, 1/2 strony rs. 8, 1/4 strony rs. 5.

Warszawa. Październik, 1899.

W ostatnich czasach daje się zauważyć jakoby nowa jakaś epoka w stanie lekarskim, mianowicie w stosunkach odnoszących się do stanowiska i znaczenia lekarzy szpitalnych. — Stan rzeczy nowy należałoby uważać za zrównanie wszystkich przez deprecjację stanowiska lekarzy szpitalnych. Jako dominujący objaw uważać należy przede wszystkim wytworzenie specjalnie miejscowego typu lekarzy ambulatoryjnych. — Lekarze ambulatoryjni istnieli zawsze, obecnie jednak wyodrębniają się przez specjalny urząd „lekarza ambulatoryjnego“ i jeszcze inny urząd „przełożonego ambulatorjum“ z prawami ordynatora nadetatowego. Do czego służyć mają takie urzędy? takie nasuwa się nam pytanie i odpowiedzi szukamy w pożytku dla chorych, dla instytucji i dla stanu lekarskiego. Dla chorych i dla ogółu sprawa jest mniej więcej obojętną: lekarze

ahc. 188/52/16

przyjmowali ich w ambulatorjum zarówno przed nominacjami jak po nominacjach. Dla instytucji sprawa jest równie obojętną: przeważnie od lekarza naczelnego i od składu osobistego szpitala zależy dobre prowadzenie ambulatorjum. Specjalny przełożony ambulatorjum jest osobistością nieściśle określoną; utrzymywać porządek będzie on zapewne przez pośrednictwo personelu dozorczego i przez niższą służbę, jak to czyni dbały o szpital lekarz naczelny, czyżby więc inni lekarze ambulatoryjni potrzebowali podwójnej nad sobą władzy? Co do pożytku dla lekarzy, to zdaje się że w istocie istnieje niemało jednostek łaknących jakiejś łatwo zdobywanej posady i wielka radość w rzeszy może ztąd powstać, ale za to prawdziwa zasługa i zdolność pozostaje bez nagrody i posada ordynatora do której przywykliśmy przywiązywać powagę, zyskuje współrzedną, nie bardzo nawet nadającą się do wymaganego przez prawo wyraźne systemu konkursu. Ten ostatni sposób udzielania posad został zaniechany w ostatnich czasach absolutnie pomimo obowiązującego do dziś dnia prawa z r. 1862 (Zb. przep. Adm. Kr. Pol. T. V, 1866).

Ta deprecjacja, ten upadek powagi ordynatora, który długą pracą i wiedzą zaszczytne to dotychczas miejsce zdobywał, znajduje analogję w innych zmianach do deprecjacji wiedzy lekarskiej w stosunkach szpitalnych dążące, a mianowicie w upadku znaczenia stopnia doktora medycyny, zdobywanego bardzo mozolną pracą. Cóż dziwnego że lekarze albo nie ubiegają się o ten stopień, albo złożwszy wszystkie lub część egzaminów doktorskich przerywają doktoryzację, jeżeli u nas niemal absolutnie żadnych przywilejów stopień ten nie nadaje. A jednak cyrkularz departamentu lekarskiego z d. 20 września 1866 roku № 116 mający znaczenie obowiązujące, cyrkularz nakazujący udzielać urząd lekarzy naczelnych doktorom medycyny, podaje w motywach swych konieczność podniesienia powagi urzędów szpitalnych i w ten sposób zachęcenia lekarzy do zdobywania wyższych stopni uczonych, a to stosownie do zatwierdzonej przez p. Ministra spraw wewnętrznych opinii Rady lekarskiej.



PRZYCZYNEK
DO KWESTJI POMOCY DENTYSTYCZNEJ
W ŚREDNICH ZAKŁADACH NAUKOWYCH

podał *M. Krakowski*, lekarz dentystyki.

„....popuszczając wodze władzom umysłowym, te tylko pielęgnując i pieszcząc, podkopujemy i niszczymy powoli władze cielesne, a przeto przenosimy życie fizyczne na prawdziwy padoł płaczu.“ *Jędrzej Śniadecki*.

„Sans bonnes dents pas de santé,
Sans belles dents pas de beauté.“
(Przysłowie francuskie).

Faktem dowiedzionym jest, że średnie zakłady naukowe posiadają wszelkie warunki, sprzyjające rozwojowi rozmaitych cierpień u ich wychowañców. Na fakt ten zwrócono już dawno baczną uwagę ¹⁾, obecnie zaś literatura lekarska coraz więcej się wzbogaca niezbitymi faktami, dowodzącymi istnienia i rozwoju całego szeregu chorób wpośród uczących się, w tej lub owej postaci. Słowem przez wielu uznanem zostało istnienie t. zw. *chorób szkolnych*, które w ostatnich czasach rozmnożyły się ilościowo i jakościowo. Prof. *Żuliński* w tej kwestji mówi: ²⁾ „Jeżeli zważymy, że wszelkie nagłe zmiany w trybie życia zachodzące u dorosłych, odbijają się na zdrowiu ich, to nie dziwnego, że takie zmiany w sposobie życia u dzieci, daleko wogóle wrażliwszych na wpływy wszelkiego rodzaju, tem więcej się uwydatniają. Że zaś z rozpoczęciem nauki szkolnej nastaje zmiana w dotychczasowym sposobie życia dzieci, łatwo więc wytłumaczyć powstawanie różnych dolegliwości u wychowañców szkół.“ Zwyczajnie szkoły pomawiane bywają o wytwarzanie następujących cierpień lub sprzyjanie ich rozwojowi:

¹⁾ J. P. Frank (1745—1821).

²⁾ Prof. *Żuliński*. *Hygjena szkolna*. Wydanie pośmiertne przez *Grabowskiego*. Kraków, 1886 r.

- 1) ogólnych zboczeń odżywiania,
- 2) chorób płucnych,
- 3) zboczeń w krwiobiegu,
- 4) skrzywień stosu pacierzowego,
- 5) zmian w refrakcji oka, (krótkowzroczność z jej skutkami),
- 6) cierpienie ośrodków systemu nerwowego,
- 7) szkoły stanowią jedną z dróg i to ważnych szerzenia się chorób zaraźliwych.

Istotnie, badania różnych autorów w Danji (1884 r.) wykazały, że na 16789 uczni 29% było chorych, zaś na 11646 uczennic—41%, w tej lub owej postaci. W Szwecji na 15077 uczni było chorych 39,2%, zaś na 3072 uczennic—61%. *Engl*²⁾ w państwie Niemieckiem zwraca uwagę na wzmagającą się odsetkę śmiertelności z powodu suchot w wieku szkolnym (12,96%—31,88%).

Za cierpienia polegające na nawałach krwi do głowy uważane bywają u wychowañców szkół średnich *zawrót i bóle głowy*. Różni (*Becker, Baginsky* i inni³⁾) badacze zwracali uwagę na często powtarzające się tego rodzaju cierpienia (*céphalalgie scolaire Guillaume'a*). *Guillaume*⁴⁾ wykazał w szkole miejskiej w Neuchatel'u, że z pośród 731 uczni u 296 pojawiały się często bóle głowy, a *Becker*⁵⁾ pomiędzy 3568 uczniami szkół darmsztadzkich znalazł 974, czyli 27,3% cierpiących na ból głowy. Z tablic przez niego zestawionych wynika, że w szkołkach początkowych w klasach niższych częściej spotykać się można z dziećmi cierpiącymi na ten rodzaj choroby; w szkołach średnich, w miarę im wyższa klasa, tem liczniejsi są uczniowie z temi dolegliwościami, a w niektórych klasach liczba dochodzi nawet do 80%.

Co się tyczy *zboczeń w krwiobiegu* to występują one w postaci częstych *krwotoków nosowych, nieregularnych tonów sercowych, rozszerzeń żył sznurka nasiennego*. *Guillaume*⁶⁾ wykazał, że z pośród 731 uczni było 155 (21,2%) takich, u których się często pojawiały krwotoki nosowe. *Becker*⁷⁾, badając 3564 uczni znalazł takich 405 (15,5%). *Guillaume* w szkołach w Neuchâtel'u u 350 chłopców 169 razy (48,3%), a u 381 dziewcząt 245 razy (64,3%) zauważył wole jako następstwo wad w krążeniu krwi. *Leshaft*⁸⁾ również badając 793 uczni zakładów naukowych w Petersburgu, znalazł pomiędzy nimi znaczną liczbę dotkniętych wolem; a liczba ta wzrastała w miarę im w wyższej klasie czynił badania.

Co do przyczyn powstawania, to autorzy dopatrują się ich w utrudnionym odpływie krwi przez żyły szyjne, do którego powod dają złe trzymanie się przy pisaniu i obcisłe ubrania.

Skrzywienie kręgosłupa zajmuje również widoczne miejsce wśród *chorób szkolnych*. Na 731 badanych uczni *Guillaume* ⁹⁾ znalazł 218 razy, t. j. na 381 dziewcząt u 41% skrzywienie stosu pacierzowego mniej lub więcej wybitne, a na 350 chłopców 18%; średnio zatem u 29,8%.

Krótkowzroczność wśród młodzieży szkolnej pod wieloma względami zasługuje na uwagę. Powodem pojawienia się tej choroby bywa codzienne długotrwałe przyglądanie się z bliska przedmiotom małym, jak przy czytaniu, pisaniu, rysowaniu, robotach ręcznych i t. d., któremu sprzyjają niedostateczne oświetlenie i nieodpowiednie ławki. *Cohn* ¹⁰⁾ wykazuje, że a) liczba krótkowidzących wzrasta w miarę w im wyższych zakładach naukowych, lub w miarę im w wyższych klasach tychże badania podejmujemy; b) że wzrasta się także i stopień krótkowzroczności; gdy w klasach niższych przeważają krótkowidze niższego stopnia w stosunku do krótkowidzów wyższego stopnia, to w klasach wyższych stosunek ten jest odwrotny. Poddawszy badaniu 10060 uczniów, *Cohn* otrzymał nader ujemne wyniki. W gimnazjach bywa 26,2%, w szkołach realnych — 19,7% krótkowidzących. *Reuss* ¹¹⁾ (Wiedeń) zauważył, że u 18,9% rozwinęła się krótkowzroczność; u 61% wzrósł się stopień jej, krótkowzroczność była we wszystkich przypadkach *postępująca*, polegająca na ciągłym wydłużaniu się osi ocznej. Przyczyny: znaczne nateżenie narządu akomodacyjnego i znaczna zbieżność osi ocznych.

Że szkoła wpływa na powstawanie *chorób nerwowych i umysłowych*, o tem twierdzi wielu autorów (*Lehr, Finkelburg, Haase* i inni) ¹²⁾. Badania *Dra Nestorowa* ¹³⁾ w latach 1882—1886 dotyczące wychowalców gimnazjum klasycznego w Moskwie wykazały, między innymi chorobami, że u 30% uczni istniał rozstrój nerwowy; odsetka przewyższała w klasach wyższych u starszej młodzieży (maximum wynosiło 33,77%) *Güntz* ¹⁴⁾ określił nawet obraz cierpienia umy-

⁹⁻¹²⁾ U Żulińskiego.

¹³⁾ Wiestnik obszczestwiennej higieny, sudiebnoj i praktiezeskoj mediciny, 1890 r., zeszyt 2.

¹⁴⁾ Żuliński (l. c.).

słowego, jako właściwego dzieciom szkolnym, które nazwał „Wahnsinn der Schulkinder.“

Szkoła nareszcie z powodu blizkiej styczności wzajemnej uczni nie mało przyczynia do szerzenia się *chorób zaraźliwych* (odra, ospa, płonica, błonica, krztusiec, świerzb, strupień i t. d).

Nic więc dziwnego, że wiele zarzutów podnoszono przeciw szkołom pod względem powstawania chorób w różnorodnej postaci. Że są one uzasadnione, wykazują wyżej przytoczone daty statystyczne, które nie mało przyczyniły się do przedsięwzięcia należytych środków w tym kierunku w całym świecie ucywilizowanym.

Ostatnie dwudziestolecie zwłaszcza znaczne poczyniło postępy, tyżące się nadzoru lekarskiego nad zakładami naukowemi, szczególnie za Zachodzie.

W r. 1878 we Francji zostaje zatwierdzoną oddzielna inspekcja szkolna, w roku 1882 — „*Commission d'hygiène des écoles.*“ W tymże okresie czasu powstaje w Brukseli „*Instytut lekarzy szkolnych*“ z ściśle usystematyzowanym programem działalności. Według rozporządzenia z roku 1874 z dnia 12 lutego ministerjum Bawarskie nakazuje peryodyczne oględziny wychowañców średnich zakładów naukowych i prawem z dnia 6 września hygieny szkolna powierzona zostaje specjalnej komisji sanitarnej. W Księstwie Wirtemberskiem w latach 1875—76 zatwierdzonym zostaje obowiązek inspektora lekarskiego szkolnego (Oberamtsarzt). W latach 1878—1880 w Austrii według rozkazów ministra z dnia 31 sierpnia i 26 listopada r. 1878 oraz 1 marca 1880 r. zaleca się środki przeciwdziałające szkodliwym wpływom średnich zakładów naukowych na narząd wzrokowy. Dozór lekarski w dalszym ciągu rozpowszechnił się: w Saksonji (okólnik z dnia 1 czerwca 1884 roku), w ks. Badeńskiem (rozporządzenie z dnia 17 listopada t. r.) w Anglii t. z. „*Medical officers of Health*“ dozoruja nad szkołami elementarnemi, w Prusiech okólnikiem z dnia 25 lutego 1888 roku minister *Gossler* zwraca baczną uwagę na stan sanitarny uczelni.

Władza Rosyjska nie pozostawała na szarym końcu; uznała i ona konieczność współdziałania lekarzy i ich kompetencji w zakładach naukowych. Jak głosi § 65 ustawy o gimnazjach z r. 1871, przy każdym zakładzie naukowym średnim istnieje lekarz, którego obowiązkiem jest po za nieustającą troskliwością o zdrowie

wychowawców, uważać, aby nie wstępowali do gimnazjów uczniowie, którzy posiadają wady organiczne lub inne cierpienia, przeszkadzające należytemu oddawaniu się nauce. Słowem, że zakłady naukowe w Rossji w ostatnich latach, w sprawie zdrowia uczących się, są przedmiotem nieustającej korespondencji ze strony władzy, której powierzono wychowanie młodzieży. Niejednokrotnie zastanawiano się nad usunięciem szkodliwych warunków życia szkolnego; wprowadzono gimnastykę, przeglądano programy, wydano odpowiednie rozporządzenia odnośnie do zadawanych przedmiotów, którymi przeciążają uczniów i t. d. Zdawano dozór sanitarny nad szkolną młodzieżą, lecz wszystko to nieledwie żółwim krokiem postępuje. U nas lekarz szkolny tymczasem spełnia obowiązki higienisty, okulisty, chirurga, i t. d. Czyż to nie zawiele? Rzuciwszy okiem na wyżej przytoczone cierpienia wśród wychowawców średnich zakładów naukowych i częstość pojawienia się tych chorób łatwo pojąć, jakie powinno być zadanie lekarza szkolnego.

Nie będę tu wiele mówił o niezbędnych reformach w tym kierunku, gdyż zadaleko bym odszedł od tematu niniejszej pracy; mamy nadzieję, że nowootworzone Towarzystwo higieniczne nie mało przyczyni się ku podniesieniu tej kwestji, i właściwa reorganizacja w niedalekiej przyszłości nastąpi. Niewątpliwie różnemi drogami dążyć ono będzie ku zwalczeniu tej znacznej ilości cierpień.

Poświęciwszy słów kilka *chorobom szkolnym*, na które *zwróciła* uwagę cała prawie Europa i które, jak widzieliśmy wyżej, były przedmiotem ciągłych trosk ze strony władz i wybrańców, którym powierzona została opieka nad młodzieżą, zwrócę uwagę na te choroby, które niemniej są rozpowszechnione wśród wychowawców średnich zakładów naukowych, lecz na które mało, a u nas *wcale* nie zwracano należytej uwagi.

Są to *choroby zębów i jamy ustnej*. We wszystkich debatach, rozporządzeniach, okólnikach wyżej przytoczonych władz w liczbie chorób wymienionych nie było najmniejszej wzmianki o tej postaci cierpień. Tak np. w referacie „*o opiece lekarsko-sanitarnej nad średnimi zakładami naukowemi*,” odczytanym w dniu 6 sierpnia 1891 roku na walnem posiedzeniu moskiewskich przedstawicieli zakładów naukowych oraz lekarzy pod przewodnictwem hr. *Kapnista* w długim wymienionym szeregu cierpień, na które należy zwraca-

cać uwagę w zakładach naukowych (cierpienie tych naliczono do *czterdziestu*) nie ma najmniejszej wzmianki o chorobach zębów i jamy ustnej wogóle. Ponieważ tak tu, jak w innych państwach na ten rodzaj cierpienie dotychczas nie zwracano uwagi, sądzić by więc należało, że one wśród wychowawców zakładów naukowych jakoby są nieznaczne, a może też wcale nie mają miejsca.

A czy tak jest istotnie, pokażą nam poniżej przytoczone wyniki badań stanu zębów i jamy ustnej przedsięwziętych w ostatnich czasach.

W Lucernie w roku 1891 dokonane zostały oględziny zębów i jamy ustnej u 1000 uczenic w wieku od 7 do 14 lat. Liczba wszystkich ogółem badanych zębów równała się 22298, z nich 14213 stałych a 8085 mleczy. Zaledwie 58 uczenie (15,8%) posiadało zupełnie zdrowe zęby, zaś 942 uczenie (94,2%) zepsute. U 350 (35%) znaleziono różne zboczenia i nieprawidłowy zgryz, u 80 (8%) — roponie dziąsłowe, a u 2 braki podniebienia twardego. Ponieważ choroby wieku dziecięcego często ujemnie wpływają na prawidłowy rozwój zębów, zapytywano każdą z uczenie, czy przechodziła jaką chorobę, lub też nie.

Okazało się że dziecięcym chorobom podlegało 488 (48,8%), ciężkie choroby przebyło 384 (38,4%), 128 (12,8%) nie mogło dać wyjaśnień.

Z 407 uczenie, badanych przez *Lipschütza*¹⁵⁾ w Berlinie okazało się 339 (83,3%) dotkniętych chorobami zębów; u 3 (0,64%) zęby były w stanie prawidłowym.

Ze zbadanych 9432 zębów było 2985 mleczy i 7047 stałych. Z liczby mleczy było 1263 (52,95%) chorych, plombowanych było 1 (!). Ze stałych zaś było 1660 spróchniałych (23,5%).

Fenchel w Hamburgu znalazł u zbadanych wychowawców zakładów naukowych, że zepsute zęby miało 96,25—98,5%. (!) *Berten* (Würzburg) skonstatował również znaczny procent, mianowicie 81,3—84,6 (!) Oględziny zębów przez kilku dentystów w kantonie Soloturn wykazały, że 99,05% uczeni posiada zepsute zęby. Wyniki badań *Röségo* (Monachjum) dały 98—98,7%

Na Węgrzech według badań *Unghvári*, okazało się, że 87,2% wychowawców choruje na zęby. W Anglii i Szkocji komisja, wy-

¹⁵⁾ Ref. na XII międzynarodowym zjeździe lekarzy w Moskwie.

znaczona przez *British Dental Association* pod przewodnictwem *Cunnigam'a*, skonstatowała 76,78—87, 30% uczni z cierpieniami zębów. Badanie londyńskiego lekarza *Pedley'a*, przeprowadzone nad 2000 wychowañcami szkół średnich, wykazało: 2025 zębów było zepsutych, a 966 zupełnie niezdatnych, kwalifikujących się do usunięcia. Wzmiankowany lekarz znalazł u badanych przez siebie dzieci w wieku od lat 6 do 12 — 758 stałych zębów zepsutych lecz zdatnych jeszcze do leczenia.

U nas podobnych danych statystycznych, niestety, niema, aczkolwiek niektóre zakłady naukowe posiadają stałych specjalistów od chorób zębów; lecz widocznie działalność ich polega tylko na zaplombowaniu lub wyjęcia zęba.

Cesarstwo daje nam obfity tego rodzaju materiał.

Lekarz zębowy *Laufer*, przeprowadzając badanie wśród uczniów gimnazjum oraz szkoły realnej w Mińsku gub., przyszedł do następujących wniosków: Z 400 gimnazystów — 300 cierpiało na zęby, z 182 uczni szkół realnych — 129 miało zepsute zęby.

Prócz zepsutych zębów autor zauważył następujące cierpienia jamy ustnej: zapalenie osłonki zębowej, kości szczękowej, błony śluzowej jamy ustnej, nieprawidłowe wyrzynanie się zębów stałych, znaczne tworzenie się kamienia zębowego.

Rocznie powtarzające się oględziny zębów i jamy ustnej wogóle u wychowañców szkoły realnej i seminarjum w Pińsku przez *Gurwicza* dokonywane dały następujące wyniki.

Szkoła realna:

Rok	Liczba uczniów	Liczba chor. na zęby	% chorych na zęby	kamień i osad na zębach	kwaśne oddział. śliny
1895	202	176	87,1	167	138
1896	209	188	89,9	131	137
1897	232	205	83,3	123	139

Seminarjum:

1895	78	42	53,8	62	60
1896	97	59	50,5	68	67
1897	101	60	59,4	76	17

U znacznej ilości wychowañców znaleziono różne nieprawidłowości w uzębieniu; pielęgnowanie zębów i jamy ustnej skonstatowano u nieznacznej ilości uczni.

Ogłędziny zębów dokonane przez p. *Bermana* w gimnazjum Kierczeńskim dały następujące wyniki: Ogółem podlegało ogłędzinom 243 uczni, w tej liczbie 156 (64,19%) było chorych na zęby. Zepsutych zębów było 413, albowiem na utrzymanie zębów i jamy ustnej wogóle w należytej czystości, uczniowie nie zwracają najmniejszej uwagi. Z ogólnej liczby 243 uczni, którzy podlegali ogłędzinom tylko 22ch utrzymuje zęby w należytych porządku (9%), 137 zupełnie zębów nie czyszcza (56%). Pozostali 84ej uczniowie czyszcza „czasami,” „bardzo rzadko,” „boją się czyścić, gdyż krwawi,” i t. d.

Statystyka uczni posiadających zepsute zęby według klas (gimnazjum.)

Klasy	Liczba uczniów zbadanych	Liczba uczniów chorych	Procent.
VIII	15	10	66,66
VII	11	8	72,72
VI	20	14	70,00
V	23	13	56,52
IV	27	18	66,66
III	33	13	39,39
II	40	27	65,00
I	38	22	57,89
przygotowa- weze	36	31	86,11

Statystyka zepsutych zębów według narodowości.

Narodowość:	Liczba uczniów zbadanych	Liczba uczniów chorych	Procent.
Rosjanie	149	86	59
Żydzi	35	24	68
Grecy	28	22	78
Ormianie	9	7	77
Polacy	7	7	100
Karaimi	5	2	40

Statystyka zepsutych zębów według wieku uczniów.

Wiek	Liczba badanych uczniów	Liczba uczniów chorych	Procent.
od 8-12 lat	81	60	74,07
„ 12-16 „	107	60	56,07
„ 16-20 „	55	36	65,45
„ 8-20 „	243	156	64,19

Wszystkich zbadanych uczniów autor dzieli na trzy grupy:

Pierwsza grupa uczni *zupełnie zdrowych*, którzy nie mają zębów zepsutych i utrzymują jamę ustną w należytym stanie; takich było ogółem 5 (!) z liczby 243, t. j. 2%.

Druga grupa uczniów *względnie zdrowych*, którzy nie posiadają zębów zepsutych, utrzymują jamę ustną w zupełnym zaniedbaniu, skutkiem czego większość cierpi na zapalenie dziąseł, tworzenie się kamienia i osadu na zębach, oraz silny cuchnący zapach z ust; takich naliczył 82, t. j. 33%.

Trzecia grupa *chorych*, którzy, biorąc liczbę przeciętną, posiadają od 1 do 10 zębów zepsutych, a zarazem cierpią na wspomniane w drugiej grupie przypadłości. Takich było najwięcej.

Ogłędziny zębów wychowañców średnich zakładów naukowych w r. 1897 w Połtawie wykazały, że odsetka chorych na zęby nie jest mniejszą, jak u innych badaczy. W szlacheckim instytucie dla panien, w korpusie kadetów i w gimnazjum klasycznym rezultat badań był następujący: Z liczby 203 uczenie instytutu, które podlegały ogłędzinom, tylko 23 posiadały zdrowe zęby (11,33%), pozostałe 180 (88,67%) dotknięte były próchnieniem zębów.

Z liczby 433 wychowañców korpusu kadetów posiadało same zdrowe zęby 39ciu (9,0%), pozostali zaś 394 (91,0%) posiadali 1451 zepsutych zębów.

Z ogólnej liczby zepsutych zębów zdatnych do plombowania:

a) u instytutek 415, b) u kadetów 1048; Z nich zaplombowanych okazało się: u instytutek 150 (36,14%), a u kadetów 47 (4,5%); mogących jeszcze podlegać leczeniu: u instytutek 40%, a u kadetów 69%; reszta zębów były do tego stopnia spróchniałe, że o zachowaniu ich mowy być nie mogło.

Różnica o tyle mniejszej ilości zepsutych zębów w instytucie panien, aniżeli w korpusie kadeckim tłumaczy się obecnością specjalisty chorób zębów w pierwszym.

Kamień zębowy w pokaźnej ilości oraz mniej lub więcej uwydatniające się cierpienia dziąseł, stanowią u instytutek 0,99%, gdy u kadetów wynoszą 4,62%, czyli *pięć* (!!)

 razy więcej. Wiele kadetów cierpi na przetoki zębowe (fistule), których dziesiątkami naliczyć można; u instytutek zaś 8 tylko cierpiało na przetoki. U niektórych kadetów okazało się od 17—18 zepsutych zębów.

Z liczby 364ciu zbadanych uczniów gimnazjum klasycznego, 84 tylko posiadało zdrowe zęby (23,08%), u pozostałych 280ciu (76,92%) znaleziono chorych zębów 972. Jeżeli weźmiemy pod uwagę kwestję pielęgnowania zębów, to stwierdzono, że gdy instytucji prawie wszystkie czyszczą zęby szczoteczką codziennie, z kadetów czyni to bardzo niewielu i to *czasami*.

Badanie zębów wychowañców Omskiego korpusu kadetów¹⁾ wykazało, że w siedmiu klasach na 410 uczniów, 194 cierpiało na zęby. W młodszym wieku liczba zepsutych zębów znacznie przeważa. Badanie zdrowotności uczniów Odeskiego progimnazjum w latach 1895—96, między innymi chorobami, wykazało, że z 149 zbadanych wychowañców:

1 zepsuty ząb posiadało	7%
2—4 „ „ „	31%
4—8 „ „ „	48%
więcej nad 8 zepsutych zębów posiadało	3
z zielonym osadem na zębach	20%
z zębami pokrytymi kamieniem	6%
z zapaleniem dziąseł	5%
z nieprawidłowem wyrzynaniem się zębów	7%
z zdrowymi zębami	7%

Przychodzimy zatem do wniosku, że zaledwie 7% wszystkich, którzy podlegali oględzinom, posiadało zdrowe zęby; olbrzymia większość posiadała zęby zepsute.

Z przytoczonych zestawień statystycznych wynika, że cierpienia zębów zajmują wybitne miejsce wśród chorób wzrastającego szkolnego pokolenia. Procent waha się pomiędzy 46,63 i 94,20 (!) Czyż cyfry te nie są dostateczne, by cierpienia zębów zaliczyć do wspomnianych *chorób szkolnych* i by zarówno walczyć z niemi, jak z innymi? Lecz niestety, rzecz ma się inaczej.

Pedagogika nasza z obojętnością nie do darowania ignoruje tak rozpowszechnione cierpienie wśród wychowañców zakładów naukowych. Zapatruje się ona na nie, jak na drobnostkę, na którą nie warto tracić drogiego czasu. A właśnie szkoła przedstawia

¹⁾ Protokół Omskiego tow. lekarskiego z r. 1887. № 9.

grunt podatny do rozwijania się chorób zębów u jej wychowanców. Składają się na to: warunki niehygieniczne, nieczyste powietrze, przeciągi i nagłe zmiany w ciepłocie, na które uczniowie są narażeni, zaniedbanie w pielęgnowaniu jamy ustnej i t. d. Lecz nietylko te warunki oskarżać wypada o sprzyjanie powstawaniu cierpień zębów, ale odgrywają tu rolę i inne czynniki. Nauka współczesna stwierdziła fakt oddziaływania nadmiaru pracy umysłowej na cierpienia zębów. Angielscy lekarze *Harlan* i *Litterwood* skonstatowali u wielu pracujących umysłowo osobników szybki proces próchnienia zębów. Przerwa w forsownej pracy dawała widoczne rezultaty, wstrzymując proces niszczący. Dla wytłomaczenia tego związku istnieją różne teorie.

1) Mózg traci wiele soli fosforowych, pierwiastków przeznaczonych do odżywiania zębów.

2) Ogólny stan zdrowia, rujnującego się skutkiem nadzwyczajnej pracy umysłowej, odbija się także właściwie na rozwoju zębów.

3) Chorobliwy stan systemu nerwowego wpływa ujemnie na zdrowotność zębów.

Stwierdzono naukowo, że fosfor jest potężnym środkiem pobudzającym przy pracy umysłowej. Istotnie badania wykazały, że mózg wyczerpany chorobą lub nadmierną pracą umysłową, potrzebuje zasiłku w postaci pierwiastków fosforowych, zużywając je z uszczerbkiem dla zębów oraz całego kośćca. Nie ulega wątpliwości, że zbyt wczesnie rozpoczęta nauka u dzieci wpływa ujemnie na rozwój aparatu żującego, a tem samem na ogólne odżywianie się ustroju. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń lekarz francuzki *Championière*¹⁷⁾ twierdzi, że koniecznem jest rozciągnięcie baczej kontroli nad pracą umysłową dzieci *z uwzględnieniem stanu zdrowotności ich zębów*.

A czyż dzieci nasze nie są przeciążone wykładaniami im przedmiotami? Czyż mało o tem traktowano, jak w naszej prasie, tak również w literaturze zagranicznej? Skargi i narzekania przeciw przeciążeniom naukowym ze wszech stron podnoszone były i bywają. Przekroczyłbym zakres niniejszej pracy, gdybym tu sprawę przeciążenia umysłowego wszechstronnie miał rozbierać...

¹⁷⁾ *Zahnaertzliche Reform* 1886. № 4.

Jak więc widzieliśmy, szkoła zawiera w sobie wszelkie nieprzyjazne okoliczności, oddziałujące pośrednio lub bezpośrednio na powstawanie w znacznej sile chorób zębów i jamy ustnej wogóle. A jaki wpływ na ustrój dziecka wywiera tak rozpowszechniona wśród nich choroba!

Biorąc pod uwagę ujemny wpływ, jaki wywiera na organizm brak zębów lub ich różnorodne cierpienia, łatwo zrozumieć ile, wobec nieprawidłowej funkcji, cierpi młody organizm. Strata zębów lub ich częściowe zniszczenie może wpływać ujemnie na proces zucia, a ztąd w dalszym ciągu na proces trawienia dorastającego pokolenia.

W wieku młodocianym, kiedy funkcja trawienia odbywa się szybko i energicznie, wypadkowy *brak* kilku zębów lub pewna ilość zepsutych wpływa bardzo szkodliwie na rozwój całego ustroju dziecka. Umiejscowione *cierpienia* zębów mlecznych przynoszą niewątpliwą szkodę dziecięcemu organizmowi w okresie zmiany zębów, gdyż i stałe zęby rozwijają się nieprawidłowo.

Że wyraźna wymowa zależna jest od obecności zębów, nie mam tu potrzeby mówić.

Cały szereg cierpień, powstałych skutkiem chorób zębów, jest jednym powodem więcej do starań o utrzymanie ich w stanie zdrowia.

Zapalenie dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej często rozwija się i kwitnie na tle zepsutych zębów. Nauka oddawna stwierdziła, że jama ustna przedstawia urodzajną glebę dla rozwoju drobnoustrojów, tem podatniejszą jest ona (gleba) przy obecności spróchniałych zębów. Jama ustna, jako środowisko zarodków chorobotwórczych, gdy nadto jest w stanie chorobliwym, może wywierać wpływ ujemny na ustrój właściciela. Jak twierdzi prof. *Miller*, jama ustna posiada istotne znaczenie, objaśniające rozmaite cierpienia, których przyczyna nie jest dostatecznie stwierdzoną. Dowiedziona jest rzeczą, że ślina ludzka zawiera w sobie drobnoustroje chorobotwórcze, jak gruźlicy, dyfterytu i t. d. Cóż pozostaje powiedzieć o takiej jamie ustnej, której właściciel odznacza się niedbałością. Wiadomo, że różnego rodzaju ropnie, zapalenie kości szczękowych, przetoki zębowe, zatoki łączących się z zębami tkanek, choroby jamy szczękowej i t. d. występują najczęściej jako następstwo zniszczonych zębów.

Do przykrych następstw również kamienia zębowego odnieść należy zapalenie dziąseł. Choroby oczu i uszu zależnemi są często

od zepsutych zębów. Znane są przypadki, w których cierpienia uszu, a nawet głuchota, bezskutecznie leczone w przeciągu dłuższego czasu, ustąpiły współcześnie z wyleczeniem lub usunięciem chorego zęba. Wielu autorów (Frank, Marjolin, Velepeau) zwracało uwagę na cierpienia oczu, współczesne z zajętemi chorobą zębami. Cierpienia te występowały bez uprzednich objawów. Dziwnymi zaiste wydają się podobne fakty, ale są to fakty stwierdzone i poparte wielokrotnie przykładami w literaturze lekarskiej.¹⁸⁾

Ileż to cierpień znoszą chorzy dotknięci bólami neuralgicznymi, których punktem wyjścia są bardzo często chore zęby! Jakich różnorodnych sposobów leczenia chwyтали się chorzy, których cierpienia zębów doprowadzały do ostateczności? Wyleczenie chorego zęba lub usunięcie korzenia natychmiast usuwały cierpienia, które chorego męczyły i wyczerpywały. Ból zębów wreszcie sprowadza niejednokrotnie rozstrój nerwowy, który objawia się: niepokojem, zdenerwowaniem, bezsennością, nienormalnem podnieceniem, a często i gorączką i t. d. Spotykamy się nawet z przypadkami padaczki, zapalenia mózgu wskutek silnego bólu. W literaturze lekarskiej przytoczone są przypadki ogólnego zakażenia z przyczyny zepsutych zębów¹⁹⁾ Prof. Miller przytacza trzy podobne przypadki.

Oto mniej więcej krótki zarys ujemnego wpływu zepsutych zębów na organizm.

By zapobiedz mogącym wyniknąć powikłaniom, z powodu tak rozpowszechnionych wśród wychowañców szkół cierpień zębów, należy uczynić śmiały krok najprzód. Leczą, widocznie, my zadawaliśmy się małym. Dzieci skierowywane są do lekarza wyłącznie tylko w przypadkach ostrych cierpień i poczęści pomoc ogranicza się na zupełnem usunięciu zęba, chociażby był zdatnym do zachowania. Wszak drogi czas nie pozwala uczniowi kilkakrotnie zgłaszać się w celu leczenia!

Niewątpliwie jednym z głównych źródeł podobnego zapatrywania się na tę kwestję u nas jest okoliczność, że rodzice i pedagogowie nie mają dokładnego pojęcia o rozkrzewionych wśród wychowañców w tak znacznej sile chorób zębów i nie oceniają

¹⁸⁾ Dr Hancock. L'Art Dentaire. Octobre 1885. Story. The Dent. Record № 1. 1886.

¹⁹⁾ Oestreich-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheil-Kunde. Kwiecień 1 891 r.

należycie szkód, jakie ponosi z tego powodu młody organizm. Inaczej rzecz się ma w innych krajach.

Pedagodzy, zauwarzywszy ów znaczny procent chorób zębów wśród powierzonej im młodzieży i przyjąwszy pod rozwagę szkodę dla ustroju, przystąpili, wprawdzie stosunkowo niedawno, do zwalczania tego cierpienia, zarówno z innymi chorobami szkolnymi.

W korpusach kadeckich w Prusiech ²⁰⁾ wprowadzony został prawidłowy perjodyczny przegląd zębów i jamy ustnej.

Londyńska Rada szkolna wyznacza stale lekarza dentystę, aby tenże śledził stan zdrowotności zębów wychowañców szkół londyńskiego okręgu ²¹⁾.

Kwestja pomocy dentystycznej bywała niejednokrotnie przedmiotem rozpraw na różnych kongresach.

Na kongresie dentystów w Budapeszcie (28—30 sierpnia 1896 roku) Dr *Wolff* mówił o higienie jamy ustnej w zakładach naukowych. Bezwarunkowo koniecznem jest, aby nauczyciele szkół ludowych rozpowszechniali początkowe wiadomości o higienie zębów i jamy ustnej. Zdaniem autora, zęby wychowañców szkół powinny się znajdować pod specjalną kontrolą lekarzy zębów.

Na I Wszechrosyjskim Zjeździe dentystów (Niżni Nowogród 10—14 czerwca 1896 r.) debatowano również nad koniecznością ustalenia pewnych prawideł odnośnie do dozoru nad zębami uczniów i owartości danych statystycznych w tej kwestji. W tym celu wybrana została komisja dla opracowania planu prawidłowej opieki nad zębami.

Na XII Międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Moskwie w roku 1897 r. Dr *M. Wolff* (Agram) mówił o pielęgnowaniu jamy ustnej u wychowañców zakładów naukowych. Wybrana w tym celu komisja proponowała, aby podobne dyskusje odbywały się często, a których zadaniem było by ostatecznie orędownictwo u władzy, która postarać się winna, ażeby zęby dzieci uczęszczających do szkół podlegały starannym oględzinom. Wyniki oględzin powinny być notowane na dwóch kartkach na powyższy cel przeznaczonych, z których jedną otrzymywaliby rodzice uczniów, druga pozostawałaby w szkole.

²⁰⁾ Allgemeine med. Centr. Zeitung 5 lutego 1887.

²¹⁾ Zubowraczebnyj Wiestnik № 11. 1892. r.

Dr *Blank* na Zjeździe lekarzy w Kijowie (27. IV 96 r.) w referacie p. t. „Organizacja pomocy dentystycznej, udzielanej dzieciom w szkołach“ przytacza obfity materiał w kwestji cierpień zębów wśród uczniów (80%!) Autor nas zapewnia że „jeżeli higiena przynosi nieoszacowane korzyści w walce z chorobami wogóle, to wpływ jej w zakresie chorób zębów jest olbrzymi“...

„Jeżeli społeczeństwo nie jest w stanie zająć się kształceniem swych dzieci, to w takich razach państwo, tworząc szkoły, przychodzi mu z pomocą. Jeżeli zaś społeczeństwo nie chce, lub nie jest w stanie zająć się pielęgnowaniem zębów swych dzieci, to w takim razie szkoła winna przyjąć na siebie rolę opiekunki...“

Autor proponował:

1. Wnieść podanie w imieniu Zjazdu o udzielanie szkolnym dentystom prawa systematycznych oględzin zębów wśród wychowanców zakładów naukowych.

2. Obrąć komisję, któraby prowadziła badanie według programu przez Zjazd opracowanego.

3. Wnieść podanie o zatwierdzenie etatowych dentystów przy zakładach naukowych.

Co się stało z projektem Dra *Blanka* niewiadomo.

Na kongresie dentystów odbytym w Kopenhadze (13 sierpnia 1894 r.) *Feuchel* odczytał referat p. t. „*Ueber die Versorgung von Volksschulkinder mit Zahnärztlicher Hilfe.*“ W rozpatrzeniu tego tematu przyjęło udział dużo powag: *Sidney Spokes*, dziekan londyńskiego *National Dental College* i inni. Z referatu wynika, że we wszystkich częściach Europy kwestja pomocy dentystycznej w zakładach naukowych znajduje się jeszcze jakby w zarodku. Kongres proponował, ażeby badanie zębów w zakładach naukowych odbywało się o ile możności w związku z badaniem całego ustroju ucznia. Ponieważ próchnienie zębów przyjęło u narodów cywilizowanych charakter progresyjny do tego stopnia, że wymaga ciągłego przeciwdziałania, zwłaszcza w wieku dziecięcym, więc kongres w myśl tego aksjomatu, zaproponował utworzenie we wszystkich krajach specjalnych komisji, których zadaniem byłoby zbadanie za pomocą statystycznych danych stanu zębów u dzieci i zwrócenie uwagi odpowiednich władz w tym kierunku.

Jak więc widzimy, kwestja nader ważna niejednokrotnie roztrąsaną była, tak w Cesarstwie, jak w innych państwach.

A wyniki? Decyzja kończy się tymczasowo na decyzji, projekt na projekcie²²⁾. Czyż kwestja ta nie powinna być ostatecznie roztrzygnięta?

Środkami w walce z cierpieniami zębów byłyby:

- 1) zatwierdzenie przy zakładach naukowych stałych specjalistów chorób zębów (lub dla kilku zakładów jednego dentysty);
- 2) zatwierdzenie przez Ministerjum Oświaty (w wielkich miastach) klinik w którychby wychowawcy zakładów naukowych mogli otrzymywać poradę za bardzo niską opłatą lub zupełnie bezpłatnie.

Podobne kliniki istnieją już w kilku miastach zagranicznych. Tak w 1893 r. w Grenoblu została otwartą klinika chorób zębów²³⁾.

Uczący się a zwłaszcza niezamożni, utrzymują porady bezpłatnie. Klinika dentystyczna otwartą jest codziennie z wyjątkiem niedziel i czwartków (z powodu odbywających się operacji.) Każdy wychowanec zakładu naukowego zjawia się z kartką, w której wymienione jest jego imię, nazwisko, wiek, miejsce i dzień urodzenia, czas wyrznięcia się pierwszego zęba; i wiek w którym zaczął chodzić. Wszystkie te dane brane są od rodziców osobnika. Kartka w ten sposób zapisana oddaje się rodzicom ucznia, którzy często zgłaszają się z dzieckiem do kliniki w celu zasięgnięcia pewnych porad lub leczenia jego choroby. Oględziny dokonywane są w obecności nauczyciela lub nauczycielki. Pomimo, że instytucja ta egzystencję swą datuje od tak niedawna, jednakowoż zdążyła już ujawnić swoją działalnością konieczną jej potrzebę. W pierwszej połowie pierwszego roku jej istnienia liczba chorych na zęby dzieci wyniosła *trzy tysiące*. Klinika ta zbudowaną jest z komfortem. Obszerne dwie sale do przyjęć i operacji pozwalają na znaczną czynność. W sali operacyjnej można operować kilku chorych naraz. Klinika posiada wszelkie specjalne utensylja, wyławiacz oraz aparaty do znieczulania podczas wyjmowania zębów.

Czyż podobna klinika nie jest u nas pożądaną?

Drugim ważnym czynnikiem do walki z rozpowszechnionemi wśród młodzieży cierpieniami zębów, jak już wyżej wzmiankowa-

²²⁾ Ostatnie pisma rosyjskie donoszą, że Departament Medyczny *jakoby* wydał przychylną odezwę w kwestji pomocy dentystycznej w zakładach naukowych.

²³⁾ Wiestnik obszczestwennoj higieny 1896 r. wrzesień.

liśmy, jest *zatwierdzenie posady specjalisty od chorób zębów przy zakładach naukowych.*

Obecnie przy niektórych zakładach naukowych figurują dentyści, ale po większej części działalność ich redukuje się do minimum, występują bowiem w charakterze prywatnym. — Zdaniem naszym dozór dentystyczny w zakładach naukowych powinien być:

1) z jednej strony — bezustanny (nad rozwijaniem się zębów wychowawca);

2) z drugiej polegać na usunięciu we właściwym czasie przyczyn, mogących zagrażać normalnemu uzębieniu (leczenie, plombowanie i t. d.); zadanie to wspierają systematyczne oględziny zębów uczących się, które ze swej strony, dawać mogą cenny materiał naukowy.

W zakres nadzoru dentystycznego powinno wejść roztrząsanie wszelkich kwestji związanych z warunkami, wywołującymi cierpienia zębów, zarówno ze strony całego organizmu jak i innych przyczyn.

Dozór dentystyczny powinien mniej więcej przedstawiać się w następujący sposób:

1. Dozór powinien rozciągnąć opiekę nad wszystkimi zakładami naukowymi w Państwie, zarówno więc męzkimi, jak i żeńskimi, tak rządowymi, jak i prywatnymi.

2. W pojęciu o pomocy dentystycznej łączą się dwie specjalne funkcje:

a) *hygieniczna*, której zadanie polega na zapobieganiu i usuwaniu we właściwym czasie wszystkich przyczyn, mogących szkodzić normalnemu rozwojowi zębów;

b) *terapeutyczna*, której celem jest współdziałanie higienie i leczenie wynikłych chorób.

3. Praktyczne wypełnienie obu tych funkcji należy do obowiązków dentysty danego zakładu naukowego. Zakres, kierunek i charakter działalności znajdują się w zależności od lekarza szkolnego, dyrektora (ewentualnie inspektora) zakładu naukowego, w którym dentysta spełnia obowiązki.

4. Jeżeli w zakładzie naukowym znajduje się internat, to obowiązek zarządzania gabinetem dentystycznym wkłada się na dentystę.

5. Działalność specjalistów chorób zębów przy zakładach naukowych organizuje się wedle określonego programu, który obejmuje te wszystkie dane higieny jamy ustnej i dentystyki wogóle, jakimi posilkuje się współczesna nauka.

6. Wszyscy wychowawcy średnich zakładów naukowych danego okręgu, zarówno rządowych jak prywatnych podlegają periodycznym oględzinom, dokonywanym przez własnych dentystów w asystencji lekarza zakładu i za zgodą dyrektora.

7. Lekarz zębowy oznajmia ucznia z warunkami higieny jamy ustnej za pośrednictwem pogadanek popularnych lub stosownego poradnika.

8. Oględziny dokonywają się co najmniej dwa razy do roku, stosownie do poglądów dyrekcji i według określonego programu; ogólne wyniki oględzin opatrzone podpisem lekarza wnoszone powinny być do odpowiedniego dziennika sanitarnego, przechowywanego w zarządzie. Do tego dziennika wciągane będą i dalsze periodycznie odbywające się obserwacje.

9. Nowowstępujący wychowawcy podlegają zwykłym oględzinom przez swego dentystę; jeżeli go zakład nie posiada, to oględzin dokonywa dentysta z innej instytucji.

10. Lekarz zębowy ma rozciągnąć nadzór nieustający nad wypełnieniem przepisów higienicznych, a wszelkie uchylanie się od wymagań o ile możliwości zredukować i notować na karcie sanitarnej danego ucznia.

11. Wszelkie żądania i zarządzenia lekarza chorób zębów, o ile nie przekraczają granic środków materialnych, winny być wykonywane przez przełożonego zakładu naukowego.

12. Kwestje większej wagi, tyżące się dozoru dentystycznego, mogą być wniesione przez lekarza do uznania rady pedagogicznej (zebranie statystycznego materiału, periodyczne oględziny i t. d.)

13. Zbadanie i wydawanie świadectwa nowowstępującym do zakładu naukowego mają za cel z jednej strony poznać dokładnie stan jamy ustnej z jego indywidualnymi cechami, z drugiej zaś czasowe uwarunkowanie przyjęcia do zakładu wobec licznych zepsutych zębów, przy stanie zapalnym błony śluzowej jamy ustnej, a także przy istniejących w jamie ustnej bądź to wrodzonych, bądź nabytych zmianach chorobliwych, mogących się okazać szkodliwymi dla samego osobnika i jego towarzyszków (lekarze przy wydawaniu świadectw nowowstępującym uczniom na ten punkt uwagi nie zwracają).

14. O dostrzeżonych nienormalnościach dentysta czyni odpowiednie odnotacje a zarząd zawiadamia rodziców w celu zwalczenia choroby.

15. Wobec skonstatowanych ważnych zmian chorobliwych w jamie ustnej (syfilitycznych, gruźliczych, złośliwych nowotworów i t. d.) dentysta zakładu czyni odpowiednie adnotacje na podaniu.

16. Jeżeli nowowstępujący nie przedstawia ze strony jamy ustnej żadnych objawów chorobliwych, to o fakcie stwierdzonym czyni się odpowiednią odnotację na kartach dziennika sanitarnego, przechowywanego w zarządzie zakładu.

17. Na początku roku szkolnego uskuteczniają się oględziny dawnych uczni. Jeżeli który z uczniów był nieobecny, podlega oględzinom natychmiast po zjawieniu się do szkoły.

18. Rezultaty oględzin komunikują się dyrektorowi zakładu naukowego. Oglądającemu przysługuje prawo ogłoszenia rezultatu oględzin w prasie specjalnej.

19. Po skończonych oględzinach dentysta układa listę imienną uczniów, którym pomoc dentystyczna winna być udzieloną.

20. Dane oględzin przeprowadzone w końcu roku szkolnego, pominąwszy ich znaczenie sanitarno-statystyczne, powinny służyć:

a) jako wyjaśnienie wpływu zajęć szkolnych na rozwój chorób zębów;

b) jako wskazówka, mającej być udzieloną choremu uczniowi pomocy podczas wakacji.

21. Dentysta znajdujący się przy gabinecie dentystycznym w internatach prowadzi księgę chorych przychodnich. Wyjąwszy stałego personelu zakładu naukowego, przyjęcie chorych jest bezwarunkowo wzbronionem. Pod zarządem dentysty pozostaje cały inwentarz gabinetu.

22. Jeżeli przy internacie istnieje szpitalik, w takim razie gabinet dentystyczny może być połączony z gabinetem lekarza szkolnego.

23. Prócz dyrektora i lekarza szkolnego nikt nie ma prawa wglądać w działalność specjalisty chorób zębów. Dział sprawozdawczy należy do tego ostatniego.

24. Lekarz zębowy jest uprawomocnionym członkiem rady pedagogicznej danego zakładu naukowego.

25. Na posiedzeniach rady pedagogicznej dentysta może przedstawiać swoje spostrzeżenia i rezultaty działalności.

26. Kilka zakładów naukowych może posiadać wspólnego lekarza zębów.

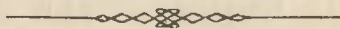
27. Pragnący objąć posadę dentysty zakładowego winien się udać do dyrektora, który ofertę przedstawia radzie pedagogicznej, a o zatwierdzeniu go na posadzie uwiadamia władzę wyższą i osobę interesowaną.

28. O zatwierdzeniu dentysty zawiadomieni być winni wychowawcy zakładu.

29. Lekarzowi zębowemu przysługują wszystkie prawa służby rządowej według Najwyższej zatwierdzonej ustawy.

30. Uwolnienie dentysty od obowiązków służby w zakładzie zależnym jest wyłącznie od dyrektora, który motywy przedstawia radzie pedagogicznej.

Oto krótki zarys prawidłowej organizacji pomocy dentystycznej w zakładach naukowych *).



SZPITALNICTWO WARSZAWSKIE

podał *Dr J. Polak.*

(*Dalszy ciąg.*)

Rozpatrzmyż się w wydajności ilościowej szpitali warszawskich:

Według cyfr urzędowych, podanych przez Wolskiego (l. c. Kalendarz wyd. przez Obserwat. Astron. za r. 1858) w r. 1857 liczba łóżek etatowa wynosiła w szpitalach warszawskich: w szpitalu Dzieciątka Jezus 600 chorych, w szpitalu św. Ducha 100 chorych, w szpitalu św. Rocha 80 chorych, w szpitalu gminy ewang. 75 chorych, w szpitalu żydowskim 350. Ogółem 1205 przy ludności miasta wynoszącej 158817, czyli że na 10000 ludności przypadało: 76 łóżek—ilość, według dzisiejszych stosunków w Europie, jak widzieliśmy, należąca do najpokaźniejszych i rzadkich nawet. W samym szpitalu Dzieciątka Jezus leczono w tym roku 7449 chorych, (w oddziale dla obłąkanych 159, w instytucie położniczym 395).

*) Zastrzegamy się, iż z niektórymi wnioskami autora zgodzić się nie możemy. (Red.)

Według D-ra Małowa (l. c.), który, jak wspomina, na danych urzędowych się opiera, liczby łóżek etatowych wynosiły: w r. 1864—865, w r. 1874—1107, w r. 1884—1198, w r. 1874—1290 *):

Porównywając stosunek liczby łóżek do ludności w latach 1874 i 1894 (ludność w r. 1874 wynosiła 285823, zaś w r. 1894 — 535968) otrzymamy, że na 10000 mieszkańców: w r. 1874 liczono łóżek 39 w r. 1894 liczono łóżek 24.

Porównanie to jest miarodajnem w pewnym stopniu tylko, o ile że nie wykazał autor w cyfrach łóżek, zali wszystkie szpitale lub ogólne tylko wzięte zostały w rachubę. Wolimy przeto oprzeć się na zestawieniu nowem które zebraliśmy ze źródeł urzędowych, mianowicie ze sprawozdań Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych za lata 1859, (za prezesa rady Łaszczyńskiego), 1867 (za Roźnowa) i ostatniego drukowanego raportu Rady miejskiej Dobr. Publicznej.

Etatowe liczby łóżek w roku 1859 były:

Szpitale ogólne:

1. Szpital Dzieciątka Jezus	580 chorych
2. „ Ś-go Ducha	100 „
3. Szpital Ś-go Rocha	100 chorych
4. „ gminy Ewangelicko-Augsburskiej	75 „
	855
5. Szpital oftalmiczny fundacji ś. p. Edw. ks. Lubomirskiego	20 chorych
6. Szpital dla obłąkanych Ś-go Jana Bożego	83 „
7. Oddział w szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet obłąkanych	80 „
8. Oddział dla obłąkanych przy szpitalu Starozakonnych	10 „
9. Dom położniczy przy szpitalu Dz. Jezus	10 „

*) Co do wydajności szpitali pojedynczych w epoce odleglejszej, podajemy parę cyfr z wydawnictw w wykazie źródeł umieszczonych (Giedrojé, Bartoszewicz Groer). W szpitalu św. Ducha tedy w r. 1828 liczba chorych wynosiła 224, w szpitalu św. Łazarza według komisji szpitalnej z r. 1795 było: zarażonych, 89, kalek i dziadów 27, kalek i starców przez policję dostarczonych 218, w szpitalu Dz. Jezus było: w r. 1774 było chorych 621, w r. 1780 — 887, w r. 1790 — 1748. w r. 1792—2124, a wszystkich osób w szpitalu 3059.

10. Dom położniczy przy szp. starozakon.	10 chorych
11. Szpital Ś-go Łazarza	400 „
12. Szpital Żydowski	330 „

Ruch chorych w szpitalach	W dniu 1 stycznia 1859 r. było chorych	Leczono ogółem (pozostali z r. 1858 i przybyli w ciągu roku)	Zmarło	Śmiertelność	Średnio dziennie było	Średni czas pobytu	Etatowa liczba dni szpitalnych	Liczba istotna dni szpitalnych w r. 1859
w 1, 2, 3 i 4	880	10,522	1262	12	729,1	27,4	312,075	266167
5	21	243	—	—	24,5	40,3	7300	8967
6	94	240	26	—	91,6	228,9	30,295	33,437
7	78	163	16	—	76,3	330,3	29,200	27,869
8	45	183	12	—	47,8	132,3	3,650	17,466
9	4	400	24	—	8,4	7,8	3,650	3090
10	9	163	13	—	9,0	21,3	3,650	3307
11	297	3001	297	—	282,8	34,1	146,000	103,027
12	321	4367	276	—	320,5	28,8	120,450	116,993

Porad udzielono w ambulatorjach 48813 (w roku 1858—54963).

Bezpłatnie leków otrzymało 44276 osób.

Operacji wykonano 4251.

W r. 1867 liczby odnośne wypadły jak następuje (szpitale i oddziały oznaczamy numerami jak w r. 1859):

Liczby etatowe łóżek.

1—520	7—100
2—170	9— 10
3—100	11—350
4— 75	12 (wraz z 8 i 10)—400
5— 20 (czasowo zwinięty)	
6—166	

Razem liczba chorych w szpitalach ogólnych (1, 2, 3, 4) wyniosła	14542,	zmarło	1705
w szpit. żydows. chorych ogólnych (12 bez 8 i 10)	5449,	„	522
w szpitalu świętego Łazarza (11)	3334	„	108
obląkanych leczono (6, 7 i 8)	754	„	88
w instytutach położniczych było (9 i 10)	528	„	39

Liczba dni instytutowych dla tych pięciu kategorii wyniosła:

300571,	średnio dziennie	823,4,	średni przeciąg kuracji	20,6
113230	„	310,2	„	20,7
113643	„	311,3	„	34,0
131544	„	360,3	„	174,4
8017	„	21,9	„	15,1

Liczba chorych leczonych ambulatoryjnie wyniosła we wszystkich szpitalach warszawskich 87631 osób, z tych otrzymało lekarstwa bezpłatnie 50623, operacji wykonano 13968, ogólna liczba porad ambulatoryjnych wyniosła 114352.

W roku 1897 etaty były następujące: W szpitalach; Dzieciątka Jezus, św. Ducha, św. Rocha, Prazkim, Wolskim, zapasowym, ewangelickim, żydowskim oraz w infirmerji w Górze-Kalwarji, prócz oddziałów dla położnic i wenerycznych było łóżek 1395, do tych należy dołączyć 2 prywatne szpitale dla dzieci z liczbą łóżek 144.

W dniu 1 stycznia r. 1897 było chorych w szpitalach ogólnych	1425
leczono w tym roku ogółem chorych	20900
zmarło	2505
średnio dziennie leczono	1269,2
śmiertelność wyniosła	11,9
średni czas pobytu	22,1
dni etatowych	509177
rzeczywiście przebyli	463183

W szpitalu św. Łazarza i w oddziale dla wenerycznych w szpitalu żydowskim etat wynosił 358 łóżek, w d. 1 stycznia było chorych 292, leczono ogółem 4803, zmarło 73, średnio dziennie było 304,8, śmiertelność wyniosła 10, 5, średni pobyt 23, 2, liczba dni etatowa 130670, rzeczywiście 111408.

Etat łóżek w instytutach położniczych wraz z przytułkami wynosił 54, w d. 1 stycznia było 37, ogółem leczono 2531, zmarło 17, średnia liczba chorych 44,9, dni etatem przewidzianych 19710, rzeczywiście wypadło 16444.

W szpitalu oftalmicznym etatowych łóżek 50, w d. 1 stycznia było 63, ogółem leczono 450, średnio dziennie 45,7, średni pobyt 37,1, dni etatowych 18250, rzeczywiście 16716.

Liczba etatowa miejsc dla obłąkanych (wraz ze szpitalem w Tworkach)—750, w d. 1 stycznia było 800, leczono ogółem 1247, zmarło 70, średnio dziennie leczono 842,0, śmiertelność 5, 6, średni pobyt 296,4, liczba etatowa dni szpitalnych 273750, rzeczywiście wypadło 307334.

W ambulatorjach (wraz z prywatnymi szpitalami dla dzieci) udzielono porad 184313, operacji i opatrunków wykonano 53387, lekarstw wydano 81293.

Porównanie liczby miejsc etatowych oraz rzeczywistej liczby chorych leczonych, dni szpitalnych i t. p., słowem ruchu ludności, w szpitalach warszawskich w latach 1859, 1867 i 1897, według sprawozdań urzędowych Rady Głównej Opiekuńczej (z l. 1859 i 1867) i Rady Miejskiej dobroczynności publicznej—tak się przedstawia:

	w r. 1859	r. 1867	r. 1897	
Liczba etatowa łóżek dla chorych ogólnych	1185	1245	1395	i 144 w 2 szpitalach dla dzieci
w instytutach położnicz. (i prywatnych)	20	20	54	
w szpitalu Oftalmicznym w szpitalach i oddziałach dla obłąkanych	173	266	750	
w szpitalu dla wenerycznych i skośnych	400	350	358	
	Ogółem 1798			
		1901	2607	i 144.

Dołączając w r. 1897 łóżka etatowe dwóch prywatnych szpitali dla dzieci otrzymamy cyfry dla chorych ogólnych:

w r. 1859—1785,	ludność	158817
„ 1867—1245	„	251584
„ 1897—1539	„	601408

Te cyfry tedy w zupełności nadają się do porównania wydajności ilościowej szpitali. Wypada tedy że:

w r. 1859 na 10000 ludności było w Warszawie łóżek etatowych	75
„ 1867	50
„ 1897	25

Widzimy tedy, że przebieg ten zgodny z powyżej przytoczonymi porównaniami wykonanymi według innych materiałów jest wysoce nieprawidłowym, zamiast bowiem zwiększenia się liczby łóżek w stosunku do ludności jak to się we wszystkich wykazuje miastach za granicą, od r. 1859 liczba łóżek w stosunku do ludności zmniejszyła się u nas w trójnasób.

Możemy tu zwrócić uwagę, że śmiertelność miejska nie odegrała dotychczas widocznej roli w sprawie liczby łóżek w szpitalach, jak to widzimy na szpitalnictwie w Niemczech, Austrii, Rosji, Anglii i t. p., którą to okoliczność tem możemy tłumaczyć, że liczba łóżek nie wyczerpuje istotnej, idealnej ich potrzeby oraz że z postępem jakościowym szpitalnictwa coraz więcej osób ze szpitali korzysta.

Z powyższych danych i uwag dałaby się określić w przybliżeniu cyfra łóżek szpitalnych potrzebnych dla Warszawy. Można ją otrzymać za pomocą różnych metod:

a) przez idealne określenie potrzeby szpitalnej. Przyjąwszy śmiertelność Warszawy, za wyłączeniem zgonów dzieci w wieku do 5 lat, równą 15 na tysiąc, cyfrę ludności 700 tysięcy i liczbę ludności ze względu na stanowisko społeczne korzystającą ze szpitali jako 60% ogółu ludności (minimum dające się określić na podstawie spisu jednodniowego z r. 1882); dalej przyjmując śmiertelność chorób do szpitala się kwalifikujących za 10 (mniej niż istotnie w szpitalach naszych obserwowano), średni czas trwania kuracji przyjmując jako 20 dni, otrzymamy, iż dla Warszawy liczba potrzebnych łóżek wyniesie:

$$\frac{15. \quad 700000. \quad 10. \quad 60}{1000. \quad 100. \quad 20} = 3150.$$

b) przez zastosowanie wzrostu liczby łóżek do liczby mieszkańców, przyjmując że w r. 1867 liczba łóżek była wystarczającą (wówczas należało by atoli przyjąć, że liczba łóżek była w r. 1859 zbyt wielką, w istocie była ona względnie większą niż dziś w wielu miastach z wzorową gospodarską szpitalną, lecz różnica w śmiertelności już nazbyt rażąca w tym razie byłaby aby bez wpływu mogła pozostać).

W takim razie liczba łóżek wypadłaby $1245 \times 2,4 = 2988$.

c) przez porównanie liczby łóżek w stosunku do ludności w różnych miastach wzorowo załatwiających potrzeby zdrowotne ludności. W Berlinie, gdzie obecnie miasto zamierza budować nowy szpital na 1200 łóżek potrzeba szpitalna określa się cyfrą 50 na 10000 ludności; w Dreźnie jak również w Monachium na 10000 ludności wypada 60 łóżek i t. d., gdyby więc Warszawa kierować się miała przykładem Berlina, musiałaby mieć

	3060 łóżek
gdyby wzorowała się na Dreźnie	
lub Monachium	3600 „
na Londynie	3420 „
na Hamburgu	3480 „

nie mówiąc o miastach, w których o wiele większa norma wypada.

Według tedy wszystkich systemów obliczania wypadnie, że minimalna liczba łóżek dla Warszawy potrzebnych wynosi 3000,

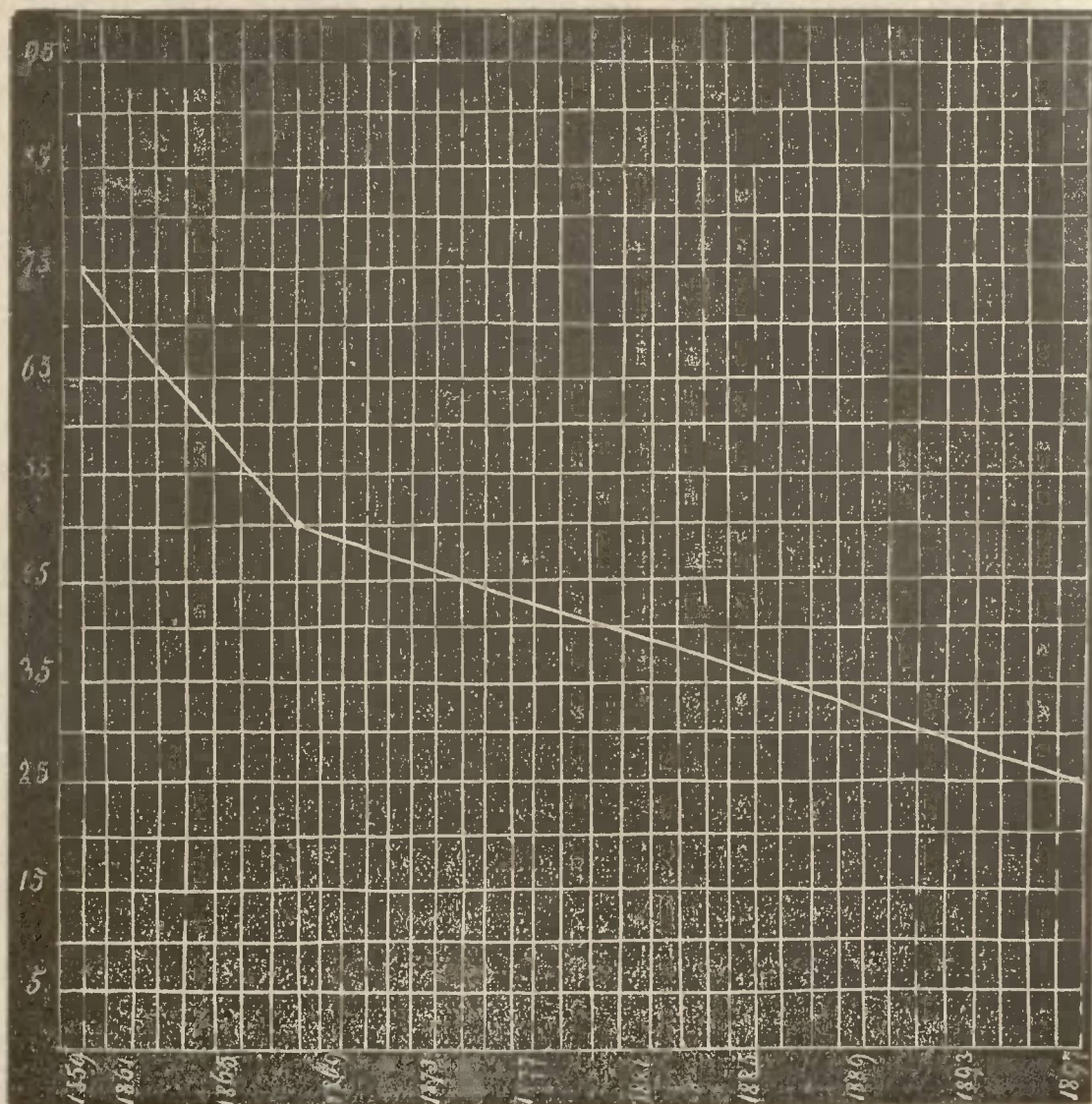
przewyższając $2\frac{1}{2}$ razy liczbę obecną. Nie mówiliśmy tu o szpitalach specjalnych, w którym to względzie zastój zupełnie odpowiedni, szpital Tworkowski wyłączając, obserwujemy. Dla porównania stosunków podajemy tabelkę graficzną.

Ogólna liczba chorych rzeczywiście leczonych w szpitalach ogólnych w r. 1897 jeszcze mniej się różni od r. 1867 niż etatowa liczba łóżek; widzimy bowiem że w roku 1867 leczono w szpit. ogóln. 19991 chorych, zaś w roku 1897 20900, dni instytutowych wypadło w r. 1867 300571 w r. 1897 463183 (bez prywatnych szpitali dla dzieci).

Średni czas trwania kuracji wynosił:

w r. 1867	20,6
„ 1897	22,1.

Liczby łóżek szpitalnych w różnych latach na 10000 ludności.



Śmiertelność.

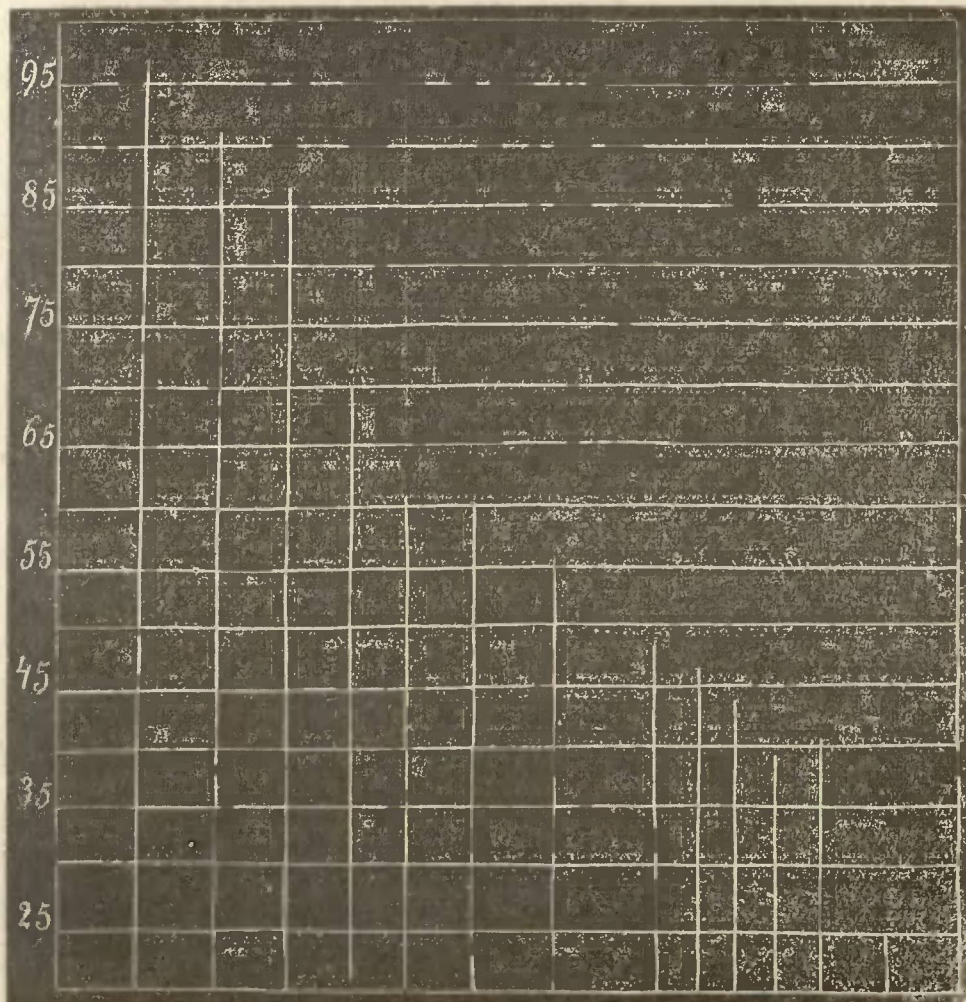
W szpitalach *londyńskich* podaje Dobieszewski (opierając się na cyfrach przytoczonych przez Blondela i Sér'a w książce p. t. „Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres.“ Paris 1862) następujące odsetki śmiertelności w latach 1860—61:

St. Bartolomew	10,88%	Middlesex	11,70
Guy's Hosp.	9,41 „	University College	11,20
St. Thomas	9,51 „	Royal Free Hosp.	7,22
London H.	8,40 „	Consumption Hosp.	
St. George	8,90 „	(dla suchotników)	17,60

W szpitalach *berlińskich* śmiertelność, według Dobieszewskiego, wynosiła w r. 1878:

w Charité	11,3%	w żydowskim	10,9%
św. Jadwigi	12,8 „	w „Bethanien“	14,5 „
„ Elżbiety	19,9 „		

Tabela śmiertelności w różnych szpitalach.



Paryż . . . 98
 Kolonja . . . 91
 Wrocław . . . 87
 Stockholm . . . 69
 Monachium . . . 60
 Drezno . . . 60
 Londyn . . . 56
 Wiedeń . . . 48
 Amsterdam 46,6
 Lipsk . . . 46
 Petersburg 44,3
 Moskwa 45,82
 Warszawa 25

Śmiertelność we wszystkich szpitalach berlińskich wyniosła:

w r. 1885	13,1%	w r. 1890	11,2%
„ 1886	13,4 „	„ 1891	10,8 „
„ 1887	13,2 „	„ 1892	10,8 „
„ 1888	13,25 „	„ 1893	11,1 „
„ 1889	11,3 „	„ 1894	10,0 „

Od 1-go kwietnia 1895 do 31 marca 1896 r. (Sprawozd. „der Deputation für die Städtischen Kranken-Anstalten) ruch chorych w trzech szpitalach miejskich dał następujące cyfry:

pozostało	662	597	568
przyjęto	10176	7179	8114
leczone	10838	7776	8682
wypisano	8622	6250	6813
zmarło	1563	829	1307
pozostało	653	697	562

Nader mała śmiertelność zwłaszcza w chirurgicznych oddziałach się spostrzega. Naprzykład w oddziale chirurgicznym szpitala Friedrichshein w r. 1895—96 wyniosła ona 5,54%, am Urban—6,16% (u dorosłych).

W nowym szpitalu miejskim w Dreźnie śmiertelność wyniosła:

w r. 1889	9,6%	w r. 1892	7,9%
„ 1890	9,0 „	„ 1893	9,5 „
„ 1891	7,9 „		

W *Paryżu*. W latach od 1804—1814 śmiertelność w szpitalach paryskich wyniosła 1 na $7\frac{1}{2}$ uleczonych, a $13\frac{1}{2}\%$ w stosunku do wypisanych w ogóle.

W roku 1851 i 1860, (według Dobieszewskiego) wyniosła ona w pojedynczych szpitalach paryskich:

w r. 1851:			w r. 1860:	
Hôtel Dieu	1 na	8,23	Hôtel Dieu	11,7%
Pitié	1 „	12,27	Pitié	13,0 „
Charité	1 „	9,17	Lariboisière	14,55 „
Saint-Antoine	1 „	11,64	Beaujon	14,24 „
Necker „	1 „	8,65	Cochin	11,90 „
Cochin „	1 „	11,44	St. Antoine	10,36 „
Beaujon „	1 „	9,77	Cliniques	6,90 „

W szpitalu Lariboisière średnia śmiertelność w latach 1851—1860 r. wyniosła 12,37%.

Według urzędowego sprawozdania w r. 1895 wyniosła ona ogółem w Paryżu:

		w r. 1894	w r. 1895
w szpitalach ogólnych	1 : 8,88 = 11,3%	9,66	8,83
w szpit. specjaln. dla dorosł.	1 : 28,94 = 3,4 „	31,14	31,45
dla dzieci	1 : 6,34 = 15,7	5,34	4,89
średnia dla szpitali	1 : 9,92 = 10,1	10,45	9,44
w przytułkach	1 : 5,54.		

(Liczba uleczonych i zmarłych w stosunku do liczby zmarłych).

W Galicji w r. 1897 — 1898 odsetka śmiertelności we wszystkich szpitalach krajowych wyniosła 8,2, u położnic 1,2, u obłąkanych 12,7, u dzieci 20,0.

W całej Austrii średnia śmiertelność w szpitalach w l. 1891—1895 wyniosła 7,88%, w Galicji—w r. 1897 — 8,2%, (w szpitalu powszechnym we Lwowie 8,8%, bez obłąkanych 6,3%).

Ludność Wiednia wynosiła w r. 1895—1,341,897 osób, śmiertelność wyniosła w szpitalach publicznych:

w r. 1893	11,10%
„ 1894	10,99 „
„ 1895	10,88 „

W różnych szpitalach wiedeńskich śmiertelność zmieniała się jak następuje (sprawozd. urzędow.):

W pojedynczych latach wyniosła śmiertelność w szpitalu powszechnym (Allg. Krankenhaus):

w r. 1861	12,1	w r. 1865	13,3
„ 1862	11,4	„ 1866	14,4
„ 1863	11,7	„ 1867	12,5
„ 1864	13,0	„ 1870	13,4
		<hr/>	
		Średnia	92,6

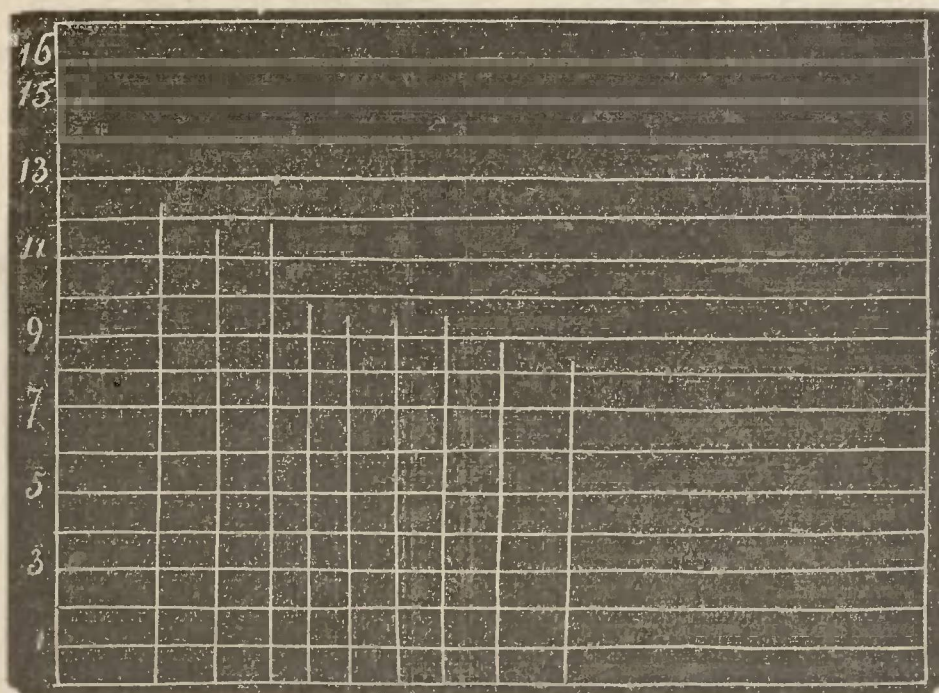
Allg. Krank.		Wieden.	
1856 r.	13,9%	1842 r.	17,4%
1857 „	12,1 „	1843 „	12,4 „
1858 „	12,7 „	1844 „	16,2 „
1893 „	9,8 „	1845 „	15,0 „

	Allg. Krank.
1894 r.	9,4%
1895 „	9,45 „

	Wieden
1856 r.	14,9%
1857 „	15,7 „
1893 „	9,6 „
1894 „	8,8 „
1895 „	9,2 „

	Rudolfs—Stiftung.
1865 r.	11%
1866 „	10,2%

	St. Rochus-Spital
1860 r.	18,0%
1861 „	17,1 „



Moskwa	12,3
Warszawa	11,9
Petersburg	10,95
Rudolfsstiftung w Wiedniu	9,8
Szpital miejski w Dreźnie	9,6
Allgemein-Krankenhaus w Wiedniu	9,45
Szpital Wieden w Wiedniu	9,2
Średnia w szpit, ogólnych w Paryżu	8,83
Szpitaly krajowe w Galicji	8,2

1867 r.	8,7%	1862 r.	19,6 %
1877 „	14,0 „	1893 „	10,2 „
1893 „	8,8 „	1894 „	9,9 „
1894 „	9,0 „	1895 „	9,55 „
1895 „	8,8 „		

W *Brukseli* śmiertelność w szpitalu St. Pierre wyniosła w r. 1896—6,8%; w szpitalu St. Jean—10,3%.

Śmiertelność w szpitalach warszawskich w istocie jest wysoką w porównaniu z tą jaką w ogóle w nowych szpitalach ogólnych się spostrzega. W r. 1897 wyniosła ona prawie 12% (11,9), największą będąc w szpitalach: na Pradze i Wolskim (14,3 i 16,8%).

Od 1867 śmiertelność nadto nie zmniejszyła się wcale, gdyż w r. 1867 wynosiła ona 11,7%; podczas gdy w dobrze urządzonej szpitalach, jak świadczą cyfry powyższe, zmniejsza się ona prawie bez wyjątku.

W szpitalach petersburskich śmiertelność wynosiła w r. 1897 10,95%, w ogólnych 12,58.

W Moskwie w r. 1897—12,2%.

Według Dobieszewskiego (l. c.) śmiertelność w pojedynczych szpitalach warszawskich w latach 1868, 1869 i 1870 była następująca:

	Ilość łózek	Ś m i e r t e l n o ś ć:		
		r. 1868	r. 1869	r. 1870
Szpit. Dz. Jezus	520	12,2	11,7	12,1
„ Św. Ducha	150	11,8	14,7	14,7
„ Św. Rocha	100	9,1	9,1	9,9
„ Ewangelic.	75	11,6	11,4	13,0
„ Żydowski	340	7,1	7,5	7,2
„ na Pradze	60	14,0	14,7	14,8
„ Św. Łazarza	390	2,6	2,6	3,8

Tłumaczenie względnie wysokiej i stale utrzymującej się cyfry śmiertelności w szpitalach warszawskich znajdziemy w warunkach ich urządzenia i utrzymania.

(Dalszy ciąg nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Max Kober. Laseczniki błonicze w jamie ustnej ludzi zdrowych (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectiouskrankh. 1899 XXXI. 3. str 433—468).

Wiadomą jest rzeczą, że obecność w tem lub owem miejscu bakteryj chorobotwórczych niekoniecznie bywa w związku z powstaniem choroby. Wielu badaczy znajdowało w jamie ustnej u osób zupełnie zdrowych bakterje błonicze. Następujący bakterjologowie wyosobnili laseczniki błonicze na prawidłowej błonie śluzowej: Loeffler (raz) Hofmann-Wallenhof (raz, Hallok Park i Alfred Beebe (24 razy u 330 osób zdrowych), Loeffler i Abel (u 4 z pomiędzy 160 dzieci szkolnych) Escherich (kilka razy), Vogt (3 na 26 dzieci), Johannesen (3 na 26 dzieci), E. Müller (24 na 100), Sławyk (4 razy), Steenmeyer (7,0% osób badanych). Osoby, znajdujące się przy chorych na błonicę, powinny tembardziej posiadać w jamie ustnej niemało laseczników błoniczych; i rzeczywiście, te ostatnie były konstataowane przy wzmiankowanych warunkach przez następujących badaczy: Feer (1 na 3), Ritter (2 na 18 zdrowych matek), Fibiger (3 z pośród 53 osób), Hallok Park i Alfred Beebe (50%), Washbourn i Hopwood (u 2 pomiędzy 6 dozorczyńcami), Carstens (raz), Aaser (17 na 89 osób, w innych doświadczeniach: 50%, a w trzecim szeregu badań: 9 na 29), Williams (1 na 6), S. J. Glücksmann (raz), Fibiger (10 ze 134 gimnazystów), Thure Hollström (u 151 pośród 786 osób, czyli 19,2%), Beck (0% na 66 osób badanych), Joch Fibiger (0% na 82 osoby).

Na mocy tych danych, autor wylicza, że u osób, nie mających nic wspólnego z chorymi na błonicę, u 7,0% znajdowane były laseczniki błonicze na prawidłowej błonie śluzowej w jamie ustnej, podczas gdy u osób otaczających chorych na błonicę, te same mikroby znajdowano u 18%. Schanz zapewnia, że bakterje błonicze węgają w nstach u połowy wszystkich ludzi!

Autor zbadał bakterjologicznie zawartość jamy ustnej u wielkiej ilości osób.

Metodyka: materiał na wacikach przenoszono na surowicę Loefflera, a następnie, po upływie 6 godzin, zaczynało pierwsze badania mikroskopowe. Te 6-godzinne preparaty-odbitki (Klatschpräparat) są zwykle cennym sposobem przy rozpoznawaniu danych drobnoustrojów, ponieważ, jak to wskazał M. Neisser, przez taki przeciąg czasu laseczniki błonicze zaczynają się energicznie rozmnażać i przybierają postać zaostzonych z jednego końca laseczek, układając się w postaci wolnych grup, podczas gdy inne, wrzekomo

błonicze gatunki są o wiele krótsze, grupują się inaczej, a bacillus xerosis za ten przeciąg czasu albo zgoła nie rośnie albo też przedstawia bardzo mały rozwój. — Po upływie 9, lepiej 14—18 godzin zabarwiano drobnoustroje sposobem Neissera, z którego to sposobu autor był bardzo zadowolonym. Prócz tego, badano reakcję buljonu, kwasniejącego pod działaniem laseczników błoniczych w ciągu 24 godzin (czasami reakcja alkaliczna powraca po 3 dniach), podczas gdy wrzekome nie wytwarzają wcale kwasu. Nakoniec, były też robione doświadczenia na świnkach morskich, przyczem okazało się, że i prawdziwe błonicze laseczniki czasem nie posiadają zgoła żadnych własności chorobotwórczych w stosunku do tych zwierząt.

Według zdania Loefflera, po wprowadzeniu pod skórę morskim świnkom pewnej ilości młodej, 24-godzinowej hodowli błoniczej, świnki powinny zginąć w ciągu 2—3 dni. Ale już w roku 1887 v. Hofmann-Wellenhof wskazał na pewne wahania własności chorobotwórczych danego mikroorganizmu: tak, na przykład, 7 hodowli wcale nie posiadało tych własności, a od 6 innych kultur zwierzęta stare ginęły zaledwie po 5 dniach i dłużej. Również Brieger i Fränkel są tego zdania, że „chorobotwórczość laseczników błoniczych nie jest ściśle określoną“ (jedne zwierzęta podczas doświadczeń ginęły po 24 godzinach, drugie—po 6 dniach i dłużej). Escherich znalazł jedną hodowlę zupełnie awirulentną, Abbott widział słabo chorobotwórcze laseczniki, również i Wright badał „laseczniki błonicze o różnym stopniu działania chorobotwórczego, a także i nie patogenne“, Gładin — 4 wirul. i 5 awirul. gatunków, Washbourn i Hopwood — nie chorobotwórcze. Według E. Müller'a, w pewnych wypadkach dozy 0,5—1,0 dwudniowej hodowli są śmiertelne, w innych zaś wywołują tylko miejscową infiltrację.

Autor zbadał bakterjologicznie błonę śluzową jamy ustnej u 128 zupełnie zdrowych osób, znajdujących się w tej lub owej styczności (w pobliżu, w tej samej rodzinie, w jednym szpitalu etc.) z chorymi na błonicę, i znalazł u 15-tu zdrowych ludzi prawdziwe laseczniki błonicze, chorobotwórcze dla morskich świnek. Laseczniki te wegetowały w ustach rzeczonych osób przez różny okres czasu—11 dni, 25, 12, 28, 21, 13, 8, 4, 6, 20 dni.

Stąd wynika, że obecność zdrowych osób przy chorych na błonicę połączoną jest z niebezpieczeństwem, zagrażającym pierwszym z nich. W jaki sposób zaraza dostaje się do ust ludzi zdrowych (kaszel, pocałunki, bezpośrednio przez zarażone obok leżące produkty spożywcze, meble, chustki do nosa etc?), niepodobna rozstrzygnąć w wypadkach pojedynczych. Mitscha, na przykład, opisuje pewną epidemię, powstałą między dziećmi w zakładzie dla dzieci, wskutek picia wody z jednej i tej samej szklanki. Również Forbes przytacza epidemię błonicy, która się rozprzestrzeniła na 24 rodziny, używające wspólnych naczyń, na których bakterjologicznie stwierdzono zarazę błoniczą. Ta ostatnia znaleziona też była przez

W. H. Parka na poduszkach i prześcieradłach osób, chorych na błonicę, przez Abela na drewnianej zabawce dziecinniej, którą przed 6 miesiącami dziecko bawiło się podczas choroby, przez Wright'a i Emerson'a na podłodze i szczotkach do zamiatania, na obuwiu dozorczyń i włosach jednej z nich (mianowicie w tem miejscu, do którego dozorczyń ta miała zwyczaj dotykać się palcami) w sali chorych dyfterytycznych przez Rittor'a na zapleśniałych ścianach w 4 wypadkach, przez Sharp'a na podłodze mieszkań, gdzie błonica panowała endemicznie. Ani autor jednak, ani B. Heymann znaleźć nie mogli laseczników omawianych na pościeli, ścianach, podłodze, otaczających przedmiotach i t. d., na które zarazki mogły dostać się wypadkowo.

Ostatni szereg badań, przedsięwziętych przez autora, odnosił się do obecności laseczników błoniczych na błonie śluzowej osób zupełnie zdrowych i nigdy nie znajdujących się w żadnej styczności z chorymi na błonicę. Zpośród 600 zbadanych dzieci u 15 wykryto prawdziwe laseczniki błonicze, chorobotwórcze dla zwierząt. Analizy, prowadzone codziennie na każdym z owych 15 dzieci, wykazały że bakterje na normalnej błonie śluzowej mogą istnieć, bez szkody dla danego organizmu, w ciągu różnego, ale dość znacznego okresu czasu: 8 dni, 7, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 13, 4, 6, 17, 7, 5, 9 dni. Jakkolwiek wszystkie dzieci były podczas badania zupełnie zdrowe, jednakowoż z wywiadów autor przekonał się, że wszystkie owe badane dzieci były w styczności z osobami pierwszej kategorii, t. j. z mającymi do czynienia z chorymi na błonicę. Ci ostatni więc zagrożają ogromnem niebezpieczeństwem nie tylko bliższemu otoczeniu, ale i ludziom, bazpośrednio z nimi nie mającym styczności, — zwłaszcza w okresie rekonwalescencji, gdy otoczenie chorego nie przypuszcza już możliwości zarażenia się, uważa niebezpieczeństwo za zażegnane i przestaje zachowywać zalecone przez lekarzy ostrożności.

P. S. Niedawno Gabriczewski (VII Zjazd lekarzy w Kazaniu) ogłosił wyniki swoich badań bakterjologicznych w przytułku dla dzieci w Moskwie: 1. W jamie ustnej może się znajdować wielka ilość chorobotwórczych laseczników błoniczych u osób zupełnie zdrowych. 2. Rozprzestrzeniają zarazę nie tylko chorzy i rekonwalescenci, ale także i zdrowi ludzie, jeżeli w ich jamie ustnej, gardle lub nosie zawierają się bakterje błonicze. 3. Dezynfekcja mieszkań i rzeczy sama przez się jest niewystarczającą w wielu wypadkach, dla zupełnego usunięcia niebezpieczeństwa. Należy przeto stosować badania bakterjologiczne w bardzo szerokim zakresie, poddając takim badaniom nie tylko chore osoby dla celów rozpoznawczych, ale także rekonwalescentów i ludzi zdrowych w celach zapobiegawczych. Osoby zarażone, na równi z chorymi, powinny być dezynfekowane i izolowane. Chorzy po wyzdrowieniu nie powinni wy-

chodzić ze szpitali aż do chwili, gdy z organizmu ich znikną zupełnie bakterje chorobotwórcze. W przytułkach, instytutach, pensjach i domach prywatnych należy corocznie (wczesną jesienią) dokonywać szczegółowych badań jamy ust, gardzieli, nosa pod względem bakterjologicznym. Ogólna dezynfekcja w mieszkaniach powinna być stosowaną dopiero po zupełnem zginieciu zarazków u osób chorych i zdrowych. Organizacja oddziałów sanitarno-bakterjologicznych może znacznie się przyczynić do skutecznej walki z błonią na wsiach.

S. Serkowski.

W Hesse. Nowy sposób hodowli laseczników gruźliczych. (Zeitschr. f. Hygiene. 1899. XXXI. 3 k. str. 502).

Na zwykłych podłożach laseczniki gruźlicze rosną bardzo wolno, zagłuszane bywają przez inne, prędzej rosnące bakterje, prócz tego wprowadzanie do ustroju zwierzęcego badanej plwociny nie zawsze daje zupełnie pewne wyniki. Z tego powodu W Hesse zaleca inny sposób badania, usuwający poniekąd ujemne strony obecnych sposobów. Pepton w środowiskach należy zastąpić przez podłoże Heyden'a (rozpuszczalna albumina); na przygotowanym w ten sposób środowisku laseczniki gruźlicze wyrastają typowo, i w ciągu 1—3 dni można na preparatach — odbitkach (Klatschpräparat) rozpoznać gruźlicę. Z początku przygotowuje się w spodkach Petri po 20 cen. danego podłoża, na którym zakreśla następnie kółko igłą z plwociną, i stawia się spodki do termostatu. Tymczasem należy przygotować i wyjałować w płomieniu szkiełka pokrywkowe, na których można odbić kultury, wyjęte z termostatu w różnym czasie rozwoju bakteryj. Spodki, w których hodowle mają być przechowane przez czas dłuższy, należy z brzegów zakleić gumą (cofferdamą dentystów).

Środowisko Hesse składa się z następujących części:

podłoże Heyden'a ¹⁾	5 gm.
sól kuchenna	5 „
glycerina	30 „
agar-agar	10 „
norm. roztwór kr. sody (28,6:100)	5 cem.
woda destylowana	1000 „

Dzięki swojej metodzie, autor już doszedł do nast. wniosków:

1. W plwocinie z lasecznikami gruźliczymi te ostatnie znajdują się w stanie żywym i zdolne są do rozmnażania.
2. W plwocinie laseczniki gruźlicze w krótkim przeciągu czasu zaczynają się rozmnażać na danym środowisku i prędko (w ciągu godzin, a nie dni) mogą być skonstatowane.
3. Metoda przytoczona, zdaniem autora, w wielu wypadkach jest lepszą od doświadczeń na zwierzętach.

*) Sposób przygotowania tego podłoża znajduje się u Hesse i Niedner. Zeitschr f. Hyg. XXIX.

Emalja naczyń. Dzięki jednemu wypadkowi otrucia przez pokarm, przygotowany w naczyniu emaljowanym (nastąpiła śmierć jednej osoby, a wiele innych osób ciężko zachorowało), okazało się, że otrucie to zależnem było od zawartych w danem jedzeniu ptomainów, ale bynajmniej nie od emalji. Prócz tego, Barthe miał sposobność zbadać wiele naczyń kuchennych. W 4 gatunkach emalji znalazł on następujące części składowe: kwas krzemniowy, cynę, aluminium i w mniejszej ilości cynk, wapno, kali, oraz ślady żelaza, kobalta, manganu: ani razu autor nie mógł odkryć ołowiu, boru lub arszeniku. A. Granger jednak i O. Emmerling znajdowali te trujące substancje. Stąd autor wyprowadza wniosek, że emalja bez domieszki metalów trujących może być dopuszczoną w sprzedaży, ale zato prawo nie powinno dozwolić przy fabrykacji naczyń kuchennych używać po wyrobu emalji z metali trujących, jakie niejednokrotnie znajdowali Granger i Emerling. (Journ. Pharm, Chim. 1898, 89. str. 105—109).

Bacillus cadaveris sporogenes anaërobicus. (Centrabl. f. Bakteriologie. 1899. 1. Abth. XXV B. № 8—9).

Tak nazwał E. Klein wynaleziony przez siebie w kiszka człowieka i zwierząt drobnoustrój, zbliżony nieco do lasecznika tężcowego. Bacillus ten, zdaniem Kleina, ma odegrywać główną rolę podczas rozkładania się trupów, przyczem laseczniki, przy anaërobnych (bezpowietrznych) warunkach, przedostają się z jelit do organów trupa, mięśni i tkanek i wywołują rozkład takowych.

Eduard Stadler (Bremen) **O wpływie soli kuchennej na bakterje, wywołujące otrucia mięsem.** (Archiv. f. Hygiene. 1899 XXXV B. 1. H., str. 40—82).

Pod wpływem koncentrowanego roztworu soli kuchennej	
następujące drobnoustroje	nie giną jeszcze w ciągu
bacterium coli commune z kolekcji	„ 6 tygodni.
„ „ „ z kału	„ 6 tygodni.
„ „ „ ze szczura	giną w ciągu 3 tygodni.
bacillus enteritidis Gärtner	„ „ 4 ¹ / ₂ tyg.
bacillus morbificans bovis	„ „ 3 „
bacillus proteus vulgaris	nie giną w ciągu 3 tygodni
bacillus typhi abdominalis	„ „ „ 6 „
bacillus diphteriae	„ „ „ 4 ¹ / ₂ „
staphylococcus pyogenes	„ „ „ 6 „
bacterium lactis aërogenes	„ „ „ 6 „
bacillus pestis	„ „ „ 16 dni

W 7% roztworze soli z początku następuje zmniejszenie się energii rozmnażania mikrobów, a w 10₀/⁰ i wyżej roztworze zupełnie tracą tę własność, przy wyższej temperaturze ten sama roztwór działa energiczniej na bakterje, niż przy niższej. Nie dla wszystkich jednak bakteryj wystarcza jednakowy roztwór: dla jednych (bact.

coli i bac. enteritidis) granicę, po za którą niema rozwoju, stanowią 7 lub 8^o/_o rozczyzny, dla innych (bac. morbificans boris, b. typhi) — 8 do 10^o/_o. Według v. Ermengem'a (1897), bacillus botulinus nie rozmnaża się już w 6^o/_o rozczynach soli. Praktyczny wniosek: przy soleniu mięsa nie należy używać nigdy słabszych od 10^o/_o, rozczynów.

Alkohol, jako produkt spożywczy. (Archiv. f. Hygiene. 1899 XXXVI B. 1. str. 1—44).

Dr. R. O, Neumann na mocy ścisłych badań dochodzi do wniosku, że alkohol jest ważnym produktem spożywczym; pomimo tego jednak unikać go raczej, aniżeli używać należy, oddziaływa bowiem nie tylko na przemianę materji, ale i na trawienie, na zdolność do pracy, na system nerwowy, na czem równolegle cierpi cały organizm „den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht.“ Wprawdzie Klemperer, Ewald i Gumlich, Sarlo i Bernardini, Lombard-Warren przypisują alkoholowi znaczenie dietetyczne i zwiększenie zdolności do pracy, lecz autor nie zgadza się z takimi poglądami, a wprost odwrotnego trzyma się zdania, jak wielu innych badaczy (Blumenau, Ogata, Lanceraux, Nothnagel, Demme etc). Autor wypowiada następujące zdanie: „Der Alkohol ist ein Nahrungsmittel; er ist aber wegen seiner Giftigkeit so wenig, als möglich, zu verwenden“.

Znaczenie streptococcus longus w etjologii. *Paul Hilbert* z Królewca przy badaniu błoniczych zakażeń mieszanych zawsze znajdował na powierzchni migdałów długie paciorkowce. Te ostatnie, jak wiadomo, odgrywać mają ważną rolę w etjologii zapalenia migdałów oraz zaburzeń wtórnych, powstałych na tle błonicy i innych chorób. Zaciekawiony tak częstem znajdowaniem na migdałach strept. longus, autor rozpoczął szereg badań, pragnąc wyświecić dwie kwestje: 1) jak często znajdują się streptokoki na powierzchni migdałów i 2) w jakim stosunku znajdują się one do streptokoków przy anginie. Autor zbadał 100 zdrowych osób i znalazł u wszystkich, bez wyjątku, długie paciorkowce na powierzchni normalnych migdałów, a stąd też wyprowadza wniosek, że streptococcus longus normalnie, zawsze się znajduje w jamie ustnej u wszystkich ludzi. Na mocy swych badań autor dochodzi do wniosku że paciorkowce normalnych migdałów niczem nie różnią się od streptokoków przy anginach, ani własnościami hodowli ani działaniem chorobotwórczem. Zdaniem jego, ani streptokoki, ani staphylokoki, ani pneumokoki nigdy nie bywają przyczyną pierwotnych zapaleń migdałów, lecz biorą udział nader czynny przy infekcjach wtórnych. Podział paciorkowców na długie i krótkie, wprowadzony przez *Behringa* i *v. Lingelsheima*, nie odpowiada rzeczywistości.

(Zeitschr. J. Hygiene u. Inf. XXXI. 3 H. 1899. 381 - 415).

K R O N I K A.

Wpływ światła na kwaśnienie mleka. Na kwaśnienie mleka, znajdującego się w sprzedaży, według badań Guiseppe Tascetti, ani naturalne światło, ani zabarwione nie wywiera żadnego wpływu. Inaczej się jednak sprawa przedstawia z pasteurizowanym mlekiem, nagrzanem do 80°. Dopóki promienie świetlne oddziałują na takie mleko przy 24—17° C, zmian żadnych w kwaśnieniu spostrzedz nie można, ale przy 25—30° C zabarwione promienie światła wywołują znacznie większy stopień kwasu i o wiele prędsze kwaśnienie, aniżeli promienie naturalne (Zeitschr. f. Unt. rs. d. Nahrungs. u. Genussmittel, 1899 II № 8).

Być może, że zjawisko to polega na bardziej sprzyjającej rozwojowi drobnoustrojów kwasu mlecznego i kazeiny temperaturze, ale nie na promieniach.

Epidemia błonicy. Dr. Hassenstein opisuje epidemię błonicy, z niezwykłą lokalizacją błon. Dzieci pewnej akuszerki były chore na błonicę, pomimo to akuszerka zajmowała się wciąż praktyką i zaraziła zarówno swoje pacjentki, jak i dzieci tychże. U położnic rozwinęły się błony dyfterytyczne na zewnętrznych organach płciowych, a u jednego dziecka—też na organach płciowych i na pępku. Epidemja ta zasługuje na uwagę ze względu na lokalizację choroby i etiologię tej ostatniej.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1899. 22 Czerwca. № 25).

Dezynfekcja mieszkań i szpitali za pomocą sublimatu. Ostatniemi czasami podnosiły się głosy przeciw dezynfekcji sublimatem. Otóż, dr. Koenig, pragnąc sprawdzić działanie takowego, zaczął przedewszystkiem od własnego pokoju, w którym znajdowało się dużo robactwa: pod wpływem wyparowywania sublimatu na ogniu wszystkie robaki wyginęły. Następnie przystąpił do stosowania tegoż środka dla dezynfekcji sal szpitalnych z chorymi na odrę, szkarlatynę, piemię i różę. Rezultat był znakomity. Koenig zaleca używać sublimatu do dezynfekcji w sposób następujący: 50 grm. sublimatu (na salę średniej wielkości) wsypuje się do jakiego naczynia i stawia się na ogień, następnie należy wyjść z pokoju i zamknąć szczelnie za sobą drzwi. Pokój powinien być zamkniętym przez 3—4 godziny. Następnie należy otworzyć okno, i podczas otwierania zasłonić nos i usta chustką. Resztki unoszącego się w powietrzu sublimatu można usunąć przez okadzanie siarką.

(Gazette des Hôpitaux. 1899. Maj. № 57).

Diplococcus van-Harrevelt. W mięsie jednego konia, zabitego w skutek zapalenia kiszek, H. G. van-Harrevelt wyosobnił dwuziarniaka, który okazał się śmiertelnym dla zwierząt laboratoryjnych, po wstrzyknięciu go do jamy brzusznej. Karmienie jednak zwierząt mięsem, zawierającym dwuziarniaki, nie wywoływało żadnych oznak chorobowych. Autor odróżnia wynaleziony drobnoustrój od innych dwuziarniaków (dipl. lanceolatus, meningitidis, subflavus, catarrhalis etc.).

(Centralbl. f. Bakteriologie. 1899. 31 Czerwca. XXVI. Abth. № 4/5).

KORESPONDENCJA.

Parę uwag o projektach uregulowania kwestji pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich.

Sprawa uregulowania pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich stała się obecnie sprawą bieżącą. Zajmuje się nią prasa; interesują się i władze. Przed wakacjami pisma nasze podały za „Warszawskim Dniwnikiem“ wiadomość, że komisja szpitalna opracowała następujący projekt organizacji pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. Robotnicy fabryk warszawskich będą korzystali bezpłatnie z kuracji szpitalnej w szpitalach miejskich, rolę zaś lekarzy fabrycznych przyjmą na siebie ambulanse szpitalne. Za to wszystko fabryki wniosą jednorazowo po 1500 rubli od każdej setki robotników, pracujących w danej fabryce, na szpitale warszawskie, względnie na rozszerzenie ich i oprócz tego będą wносиły rocznie po 150 rubli od każdej setki robotników za poradę lekarską i za lekarstwa, wydawane z aptek szpitalnych. Za pobyt robotnika w szpitalu fabryka będzie płaciła oddzielnie po 1 rublu za każdy dzień spędzony przez robotnika w szpitalu (ostatni ten punkt podobno Rada Miejska zakwestjonowała, uważając rublową opłatę za dzień szpitalny za zbyt wysoką).

Przyjrzyjmy się bliżej punktom projektu komisji szpitalnej.

Podług prawa Najwyżej zatwierdzonego fabryki obowiązane są mieć szpitale dla swoich robotników w takich rozmiarach, aby jedno łóżko wypadło na setkę robotników. Wobec tego słuszną jest rzeczą, aby pp. fabrykanci wnieśli jednorazowo jakąś sumę na odpowiednie rozszerzenie istniejących szpitali, uzyskując w ten sposób zwolnienie od obowiązku budowania szpitali własnych, słuszną również jest rzeczą, aby pp. fabrykanci płacili jakąś kwotę za pobyt swych robotników w szpitalu, unikając w ten sposób wydatków, jakich wymagałoby utrzymanie własnego szpitala.

Czy kwota 1500 rubli od każdej setki robotników, jaka ma być wniesiona jednorazowo przez fabryki na urządzenie szpitali jest dobrze obliczoną, nie podejmuję się sądzić. Natomiast opłatę rublową za każdy dzień szpitalny uważałbym stanowczo za zbyt wysoką. Jeżeli fabryki mają płacić jednorazowo dosyć znaczną sumę na urządzenie szpitali, to te ostatnie powinny pobierać od fabryk za dzień szpitalny tylko tyle, ile rzeczywiście chory kosztuje, koszt zaś dnia szpitalnego wynosi o wiele mniej, niż 1 rubel.

Szpitalne mogłyby brać od fabryk trochę więcej ponad przeciętną normę kosztów własnych tylko w tym wypadku, gdyby nie wymagały jednorazowego wydatku na urządzenie szpitali. Mojem zdaniem zwolnienie fabryk od jednorazowego wydatku, a natomiast pobieranie troszkę większej (ponad przeciętną normę własnych kosztów) opłaty za dzień szpitalny byłoby rzeczą o wiele dogodniejszą, gdyż w ten sposób uniknęłyby się możliwych nieporozumień w przyszłości.

Ilość robotników fabrycznych podlega ogromnym wahaniom. Co więc robić z taką, naprz. fabryką, która obecnie ma tylko 200 robotników, a po latach paru rozwinie się i będzie zatrudniała ich 1000. Teoretycznie rzecz biorąc należałoby wtedy ściągnąć od fabryki dodatkowo jednorazową opłatę za 800 robotników. Należałoby również w przyszłości wszystkie nowopowstające fabryki obciążać tym jednorazowym wydatkiem na szpitale.

Mogłyby również wyniknąć nieporozumienia w tych wypadkach gdyby fabryka po krótkim istnieniu została zwinięta. Czy w tym razie naprz. właściciel fabryki miałby prawo żądać zwrotu pewnej części kwoty, zapłaconej na urządzenie szpitali, czy też nie? Jeżeli fabryka posiada własny szpital, to musi go rozszerzyć proporcjonalnie do wzrostu liczby robotników, ale kapitał wydany na to nie jest dla fabryki absolutnie straconym, gdyż w razie nawet zwinięcia jej, gmach szpitalny i urządzenia wewnętrzne przedstawiają pewną wartość i mogą figurować w aktywach zwijanego przedsiębiorstwa.

Niektóre fabryki warszawskie zatrudniają sporo t. z. robotników niestałych. Przy urzeczywistnieniu projektu komisji szpitalnej powstawałyby wątpliwości, jak traktować tych robotników niestałych, czy naprz. fabryka, zatrudniająca 300 robotników stałych i 100 niestałych powinna płacić na szpitale od 300, czy też od 400 robotników. Wszystkiego tego uniknęłoby się, gdyby szpitale warszawskie nie żądały jednorazowej zapłaty od fabryk na urządzenie szpitali, a natomiast brały za każdy dzień, spędzony przez robotnika w szpitalu trochę więcej ponad przeciętną normę kosztów własnych. Jest to jednak kwestja, jeżeli się tak można wyrazić, prywatna, obchodząca dwie jednostki zbiorowe: z jednej strony szpitale warszawskie, z drugiej zaś fabryki. Jak się ta kwestja załatwi, jest to dla ogółu rzeczą obojętną, byleby tylko ona załatwioną była.

Przejdźmy teraz do drugiego punktu projektu komisji szpitalnej, aby leczenie ambulansowe robotników oddać ambulansom szpitalnym, biorąc za to od fabryk rocznie po 150 rubli od każdej setki robotników za udzielanie porad lekarskich.

Jest to podług mnie projekt chybiony. Mojem zdaniem lekarzem fabrycznym powinna być koniecznie jakaś jednostka ściśle określona, a nie coś tak zbiorowego i tak zmiennego w swym składzie, jak ambulanse szpitalne.

Zobaczmy jak są zorganizowane terazniejsze ambulanse szpitalne. Każdy ordynator oddziału szpitalnego obowiązany jest przyjmować bezpłatnie w pewne dnię zgłaszających się do ambulatorjum chorych. Ordynatorowie warszawscy nie pobierają od szpitali żadnego wynagrodzenia, albo też bardzo małe (około 300 rubli rocznie), chorzy zaś szpitalni zabierają tyle czasu, że lekarze ci po uciążliwej pracy szpitalnej nie mają wprost chęci, a czasami nawet możliwości przyjmować jeszcze ambulans. Dostyć powiedzieć, że na niektórych oddziałach szpitalnych lekarze pracują bez przerwy od 9-ej rano do 2 - 3-ej po południu, a praca to nużąca i wyczerpująca. Nic więc dziwnego, że przyjmowanie ambulansu zostaje powierzane asystentom, którzy chociaż mają roboty niemniej, niż ordynatorowie, ale wabieni możliwością pracy samodzielnej pomimo zmęczenia podejmują się tego zadania. Asystenci oddziałowi nie pobierają absolutnie żadnego wynagrodzenia. Są to zazwyczaj lekarze młodzi, którzy albo liczą, że wyrobią sobie praktykę w Warszawie, dając się poznać publiczności, albo też są to lekarze, którzy dopiero skończyli uniwersytet i chcieliby się zapoznać bliżej z rozmaitymi działami medycyny przed wyjazdem na prowincję. Ambulanse więc szpitalne są obsługiwane albo przez lekarzy, którzy zapatrują się na nie jako na pracę uciążliwą dla siebie, albo też przez lekarzy, którzy w ten sposób stawiają pierwsze swoje kroki w praktyce samodzielnej.

Gdyby do tych ambulansów skierować jeszcze wszystkich robotników fabrycznych, to rzecz prosta lekarze wskutek nadmiaru pracy musieliby załatwiać się z chorymi jeszcze pobieżniej, aniżeli to ma nawet miejsce obecnie. Dziwna rzecz, że publiczność nasza zapatruje się na pracę lekarzy zupełnie inaczej, aniżeli na pracę wszystkich innych zawodowców. Wszak nikomu przez myślby nawet nie przeszło, aby od budowniczego naprz. wymagać zrobienia 10 planów w takim przeciągu czasu, gdy on może ich zrobić porządnie zaledwie 2. Tymczasem od lekarzy ambulansowych wymaga się bezwarunkowo, aby przyjęli koniecznie wszystkich chorych, którzy przyszli bez względu na ich ilość. Toć lekarz męczy się przy pracy tak samo, jak i wszyscy inni ludzie, a człowiek zmęczony może łatwo błąd jakiś popełnić szczególnie w takiej nużącej pracy, jak przy przyjmowaniu chorych. Ogół we własnym swoim interesie nie powinien wymagać od lekarzy pracy nadmiernej

Nie zapominajmy dalej, że nie wszyscy chorzy robotnicy leczą się tylko w szpitalach i w ambulansach. Są tacy, którzy na ambulans przyjść nie mogą, a do szpitala wstąpić nie chcą lub nie mogą. Takich chorych trzeba odwiedzać w domach. Nie wyobrażam sobie wprost, jak można byłoby rozdzielić takie wizyty w domach pomiędzy tymi lekarzami, którzy obecnie przyjmują ambulanse szpitalne.

Jestem najmocniej przekonany, że gdyby nawet projekt komisji wszedł w życie, to po krótkim przeciągu czasu, trzeba byłoby pomiędzy lekarzami ambulansowymi rozdzielić poszczególne fabryki, czyli inaczej mówiąc, wrócilibyśmy do tej samej organizacji, co i obecnie, a najrozmaitszych nieporozumień i wzajemnych pretensji byłoby coniemiarą.

Przyjrzyjmy się obowiązkom, jakie ciążyą na lekarzu fabrycznym. Poza leczeniem chorych robotników do lekarza fabrycznego należy, a przynajmniej powinno należeć jeszcze bardzo wiele innych czynności, jako to: oględziny robotników przy wstępowaniu do fabryk, wydawanie świadectw o stanie zdrowia i decydowanie w ten sposób o prawach robotnika do zapomóg, nadzór nad higieną pracy i mieszkań robotników, zapobieganie chorobom zakaźnym wśród robotników i t. d. Zbyteczna chyba dowodzić ważności tych czynności lekarza fabrycznego. Czynności te jednak wymagają, aby lekarz znał dokładnie fabrykę daną i jej robotników, a może to się stać wtedy, gdy lekarzem fabrycznym w danej fabryce będzie stale jeden lekarz. Jak wiele dobrego może naprz. zrobić lekarz, gdy znając dokładnie daną fabrykę, może poradzić choremu robotnikowi wczesne przeniesienie się do innego oddziału, albo też gdy może mu dać praktyczne rady, jak się ma zachować wśród danych warunków pracy, aby uniknąć tego, co szkodzi jego zdrowiu. Jeżeli rolę lekarzy fabrycznych będą spełniały jednostki zbiorowe, jakimi są ambulanse szpitalne, to taka czynność jest dla nich niemożliwą, gdyż żaden lekarz nie będzie obznajmiony z warunkami pracy robotników.

Dalej oględziny lekarskie przy przyjmowaniu do fabryki robotników i wydawanie świadectw o chorobie robotników są to czynności bardzo ważne i odpowiedzialne. Mogą to robić tylko jednostki określone, ale nigdy zbiorowe, jak ambulanse szpitalne. Pożądanem jest również, aby wydający świadectwo o chorobie znał chorego poprzednio, gdyż inaczej łatwo może być w błąd wprowadzony. Bardzo często się zdarza, że robotnik, mający już jakieś uszkodzenie i zmniejszoną wskutek tego zdolność do pracy, po nowym nieszczęśliwym wypadku zwała wszystko na karb tego nowego wypadku i żąda odszkodowania takiego, jakie mu się nie należy. Takim wypadkom zawsze zapobiegnie lekarz stały, który zna wszystkich robotników.

Istnienie stałego lekarza jest oprócz tego korzystne i dla robotników. Nie mówiąc już o znaczeniu stałego lekarza fabrycznego dla higieny robót i warunków życia robotników, bardzo ważną jest rzeczą dla tych ostatnich mieć stałego lekarza, do którego w razie potrzeby mogą się zwrócić zawsze o każdej porze. Każdy sumienny lekarz zawsze sobie pozyska sympatję i zaufanie u robotników. W razie zaś potrzeby stały lekarz może skierować chorego do odpowiedniego specjalisty, albo też może wezwać tego ostatniego na

konsyljum. I przy obecnej organizacji wiele fabryk oprócz jednego stałego lekarza, ma swoich własnych chirurgów, akuszerów, okulistów i t. d.

Pomoc lekarska dla robotników obecnie w większości wypadków stoi niżej wszelkiej krytyki. Pp. fabrykanci uważają prawo o pomocy lekarskiej za wielki ciężar dla siebie, najzupełniej nieprodukcyjny i niepotrzebny i starają się tylko o to, aby formalnie być w porządku z prawem. Posady lekarzy fabrycznych otrzymują często kuzynkowie lub protegowani i posady te traktują się wprost jako synekury, albo też oddaje się je tym lekarzom, którzy, zażądają najniższego wynagrodzenia. Naturalnie winni tu są bardzo i lekarze, którzy przyjmując obowiązki lekarzy fabrycznych, nie zastanawiają się nad tem, że w takich warunkach nie będą mogli wywiązać się sumiennie z przyjętych na siebie zobowiązań.

Trudno się dziwić wobec tego, że we wszystkich sprawach sanitarnych, dotyczących danej fabryki, jak również we wszystkich sprawach sądowych pomiędzy robotnikiem a fabrykantem, lekarze fabryczni albo wcale nie mają głosu, albo też głos ich nie ma tego znaczenia, jakie mieć powinien. Niech odpowiednie władze naprz. wypowiedzą wyraźnie, że odpowiedzialność za higienę pracy zawodowej i za stan sanitarny fabryk ciąży na lekarzu fabrycznym, niech przy wszystkich rewizjach sanitarnych w fabrykach będzie obecny lekarz fabryczny i niech od niego zażądają objaśnień za znalezione nieporządki i jemu również niech będzie poruczony nadzór nad ściśłym wykonaniem rozporządzeń komisji sanitarnych, to wtedy stosunek lekarzy do fabrykantów zmieni się odrazu. Niech będzie dalej parę wypadków, że za nieprawidłowe wydanie świadectw fabryka, albo instytucje ubezpieczeniowe lub kasy wsparć zażądają również objaśnień ze strony lekarza fabrycznego, niech to samo w odpowiednich przypadkach zrobią parę razy i robotnicy fabryczni, wtedy posada lekarza przestanie być synekurą. Na posadach tych będą ludzie, którzy będą pracowali sumiennie, ale też naturalnie odpowiednio do swej pracy będą żądali i wynagrodzenia.

Móglby mi kto zarzucić, że w tych warunkach lekarz fabryczny będzie narażony na tysiące przykrości i trudno będzie znaleźć amatora na te posady. Na taki zarzut mogę odpowiedzieć, że żaden sumienny lekarz tego wszystkiego nie będzie się obawiał z tej prostej przyczyny, że przy sumiennem traktowaniu swych obowiązków żadnych przykrości mieć nie będzie. Wszak i obecnie naprz. lekarze zajmują stanowisko bardzo odpowiedzialne i to ich nie przestrasza.

Przy takiej reorganizacji pomocy lekarskiej będzie rzeczą niemożliwą oddawanie przez lekarzy fabrycznych kuracji robotników uboższemu koledze za znacznie mniejsze wynagrodzenie, co niestety miewa podobno miejsce obecnie i jest przez ogół tolerowane.

Bardzo praktycznym natomiast wydaje mi się projekt komisji szpitalnej, aby robotnicy fabryczni korzystali z aptek szpitalnych. Obecnie w fabrykach warszawskich wydatki na lekarstwa stanowią bardzo okazałą cyfrę, a robotnicy mimo to niezawsze mają lekarstwa bezpłatnie, a jeszcze rzadziej należycie przygotowane; (w apteczkach fabrycznych proste środki wydają felczerzy). Fabryki mają prawo zakładać dla swych robotników własne apteki, możnaby więc zrobić im to udogodnienie, aby pozwolić korzystać po cenie kosztów z lekarstw, przygotowanych w aptekach szpitalnych. Fabryki w ten sposób znacznie zredukowałyby swoje wydatki na pomoc lekarską i zaoszczędzone w ten sposób pieniądze mogłyby zużytkować na co innego, chociażby na zwiększenie zapomóg wydawanych robotnikom podczas choroby. Miasto zyskałoby również, wydając nawet lekarstwa z aptek szpitalnych po cenie kosztów, gdyż wielki obrót w aptekach pozwoliłby na należyte zorganizowanie aptek szpitalnych ze specjalistami na czele. Oprócz tego miasto, mając dobrze zorganizowane apteki własne mogłoby ułatwić nabywanie lekarstw ludności ubogiej. Gdyby biedacy mogli również nabywać lekarstwa po cenie kosztu, byłoby to już dla nich ulgą olbrzymią. Zresztą w poszczególnych wypadkach biedni mogliby nawet dostawać lekarstwa bezpłatnie i to również pociągałoby dla miasta bardzo małe koszta przy dobrze zorganizowanych aptekach własnych.

Byłbym zdania, że należałoby poprzeć gorąco ten punkt projektu komisji szpitalnej, gdyż byłby on ważnym krokiem naprzód w rozwiązaniu kwestji pomocy lekarskiej dla biednych wogóle. Oprócz tego i dla robotników fabrycznych korzystanie z aptek szpitalnych byłoby rzeczą bardzo dogodną. Obecnie każda fabryka ma zazwyczaj jedną tylko uprzywilejowaną aptekę swoją, która znajduje się nieraz bardzo daleko od mieszkań robotników. Szpitale warszawskie są rozrzucone po całym mieście, więc przy urzeczywistnieniu tego punktu projektu komisji szpitalnej robotnicy mieliby możliwość korzystania z tej apteki szpitalnej, która jest dla nich najbliższą.

Projekt komisji w tej formie, jak podały go do wiadomości publicznej nasze pisma, pozostawia jeszcze wiele rzeczy niewyjaśnionych. Przeprowadzenie zasady obrachunku kosztów kuracji tylko od setek robotników nasuwa dwa przypuszczenia: albo komisja szpitalna wcale nie chce wiedzieć o robotnikach tych fabryk, które zatrudniają mniej, niż sto robotników, albo też fabryki te podciąga pod kategorię fabryk, zatrudniających okrągłą setkę robotników. I w jednym i w drugim wypadku komisja postąpiłaby niesłusznie. Podciągnięcie mniejszych fabryk pod kategorię większych byłoby niesprawiedliwością względem fabrykantów, nie branie zaś pod uwagę fabryk z mniejszą ilością niż 100 robotników wyrządziłoby ogromną krzywdę robotnikom tych fabryk, którzy przecież stanowią w Warszawie cyfrę okazałą, gdyż mniejsze fabryki i zakłady przemysłowe

przeważają tutaj. Wprawdzie Warszawski Komitet Fabryczny w swoich rozporządzeniach mówi tylko o 100 robotnikach, ale już w moim referacie, który odczytałem w Towarzystwie Hygienicznym, wykazywałem nieracjonalność takiego rozporządzenia i dowodziłem potrzeby określenia minimum robotników zgodnie z większością komitetów Fabrycznych w Państwie na 16.

Dalej komisja szpitalna w swoim projekcie nie mówi nic, czy członkowie rodzin robotniczych mieliby również prawo korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej, a jest to kwestja dla robotników pierwszorzędnej wagi. Robotnicy fabryczni, ludzie w sile wieku mniej może potrzebują pomocy lekarskiej, aniżeli ich żony i dzieci. Dla tego też mówiąc o organizacji pomocy lekarskiej dla robotników nie należy pomijać milczeniem ich rodzin. Prawo wyraźnie nie obowiązuje fabrykantów do bezpłatnego leczenia rodzin robotników, z tego też powodu ciągle wynikają o to nieporozumienia. Należałoby tę kwestję rozstrzygnąć raz nareszcie w jednym lub drugim kierunku. Jeżeli fabrykant nie obowiązany jest leczyć rodzin robotników, to należy zorganizować jak najprędzej kasy chorych, któreby rozporządzając funduszami, zebranymi ze składek robotników, kar i t. d. zapewniały pomoc lekarską i zapomogi w razie choroby członka rodziny. Przeciętny robotnik nie ma środków na kurację swoich najbliższych, która w zwykłych warunkach jest dosyć kosztowną. Jedynym ratunkiem dla robotników w tych razach byłyby owe kasy.

Organizacja pomocy lekarskiej dla robotników jest sprawą bardzo trudną i zawiłą i wymaga wszechstronnego rozpatrzenia. Pożądaniem byłoby, aby jaknajwięcej ludzi zabierało w niej głos, gdyż w ten sposób kwestja ta dotąd mało poruszana, byłoby wyświetlona należycie i wtedy można byłoby przeprowadzić organizację możliwie zadosyć czyniącą wszystkim potrzebom ogółu.

Muszę tu jeszcze powiedzieć parę słów o projekcie „Warszawskiego Dniownika“, który się wyraził, że najlepiej byłaby aby leczenie robotników powierzyć Towarzystwu Czerwonego Krzyża, w którego ambulansach i obecnie mnóstwo robotników się leczy. Projekt to nie nowy. W Łodzi już oddawna parę fabryk powierzyło leczenie swoich robotników „Czerwonemu Krzyżowi“. To samo zrobiło niedawno parę fabryk odeskich. W Łodzi stało się to w ten sposób, że fabrykanci złożyli jednorazowo pewną sumę (zdaję mi się po 1500 rubli od każdej setki robotników) do Czerwonego Krzyża. Za pieniądze te Czerwony Krzyż zbudował szpital dla robotników i z opłacanych rocznie składek przez fabrykantów leczy chorych. Składki fabrykantów nie wystarczają na utrzymanie, więc też braki były uzupełniane dochodami ze specjalnych zabaw, urządzanych na rzecz Czerwonego Krzyża. Jak zorganizował pomoc lekarską dla robotników Czerwony Krzyż w Odesie, nie wiem.

Zdaje mi się, że projekt „Warsz. Dniownika“ jest najzupełniej nieodpowiedni dla Warszawy. Czerwony Krzyż w Warszawie ma swój szpital przy ulicy Smolnej i parę ambulansów w kilku punktach miasta. Wszystko to, co powiedziałem o niedogodnościach powierzenia czynności lekarzy fabrycznych ambulansom szpitalnym, trzeba byłoby zastosować i w danym wypadku. Co zaś do kuracji szpitalnej, to wątpię, czy Czerwony Krzyż mógłby zobowiązać się leczyć, wszystkich robotników w swoim szpitalu, nadto Towarzystwo Czerwonego Krzyża ma zadanie specjalne: pomoc leczniczą w czasie wojny i pomoc żołnierzom rannym, inwalidom i t. p. Jako instytucja dobroczynna może Czerwony Krzyż w czasie pokoju nieść pomoc i innym biedakom. Ale co innego jest działalność filantropijna, a co innego przyjmowanie na siebie obowiązków, które należą do fabrykantów, pomocy filantropijnej nie potrzebujących.

Wogóle zresztą, powtarzamy, szpital jeden, chociażby ad hoc zbudowany ze względu na obszar miasta, nie byłby w stanie zadość uczynić palącej potrzebie ludności fabrycznej.

Dr. Łazarowicz.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

pismo poświęcone wyłącznie:

chirurgii, oftalmologii, otiatrii, laryngologii, akuszerii, ginekologii, syfilidologii i dermatologii.

wychodzi zeszytami objętości 10 arkuszy druku w bezterminowych odstępach czasu (przypuszczalnie co kwartał).

Cena roczna: w Warszawie rs. 10

„ „ na prowincyi „ 12

Cena pojedynczego zeszytu rs. 2 kop. 50.

ADRES REDAKCYI: *Dr Krajewski — Aleja Jerozolimska Nr 66.*

We wszelkich sprawach, dotyczących administracyi pisma, jako to: wnoszenia prenumeraty, reklamacyi, nabywania pojedynczych numerów zwracać się należy pod adresem D-ra Karczewskiego, ulica Żórawia Nr 15.

Redaktor i Wydawca dr. med. **J. Polak.**

Дозволено Цензурою. — Варшава 23 Сентября 1899 г.

Odznaczenia najwyższe na wystawach krajowych i zagranicznych

GOSPODARSTWO MLECZNE

K. HEINEBERGA

W NOWYM DWORZE

POLECA:

Mleko niezbierane, sprzedawane w naczyniach szklanych po kop. 10 kwarta. **Mleko niezbierane** od krów żywionych wyłącznie suchą paszą, więcej tłuste, w porcelankach po kop. 15 za litr.

Mleko Gazowe

podług określenia prof. Akad. med. w Petersburgu D-ra Pasternackiego „**jestto najdoskonalszy pokarm i środek leczniczy.**” Wszędzie gdzie chodzi o silne odżywianie, wzmocnienie sił, zwiększenie wagi ciała, mleko gazowe ma pierwszeństwo przed innymi środkami odżywczymi. Przygotowuje się z wyborowego sterylizowanego mleka. Cena kop. 15 butelka.

K e f i r

z wyborowego sterylizowanego mleka, wolny od bakterji chorobotwórczych. Cena butelki kop. 15, w abonamencie kop. 12.

Mleko Sterylizowane

wolne od bakterji chorobotwórczych. Sterylizowane metodą cząstkowej sterylizacji, przez co zachowuje smak surowego mleka. Flaszka kop. 10.

Mleko dla Dzieci

przygotowane metodą prof. Esherich'a. Cena flaszki kop. 6.

Powyżej wymienione produkty nabywać można: w Kantorze Głównym Nowy-Świat 39; w sklepach własnych: Berga 2, Senatorska 44, Królewska 27, Szpitalna 5. W aptekach: p. Wendy, Krakowskie-Przedmieście; p. Grabowskiego, Bielańska; pp. Welt i Zylber, Nalewki i wielu innych. Oraz we wszystkich sklepach towarzystwa „Merkury“ i w mleczarniach: Lubeckiej, Złota, róg Zielnej i Tłomackie 4; Broniewskiego, Plac Krasiański 3.

Własnego wyrobu nagrodzone złotym medalem na Warszaw.
Wystawie Hygienicznej w 1896 roku.

Kakao Kuracyjne,

miałko proszkowane i pozbawione tłustych
części po Rs. 1 kop. 30, za 1 funt

ORAZ

ŁUPIŃKI KAKAOWE,

jako napój zdrowy, a nienarkotyczny,
w cenie 15 kop. za funt,

poleca firma

„RIESE & PIOTROWSKI“

w Warszawie.

Sprzedaż hurtowa i detaliczna w kantorze firmy, przy ulicy
Elektoralnej Nr. 23 w podwórzu,

detaliczna w filjach

Senatorska Nr. 8

Marszałkowska Nr 109 (róg Chmielnej),

Ujazdowska Nr 30

Nowo otworzona: **Elektoralna Nr 23**

(od frontu)

oraz we wszystkich handlach kolonjalnych

w Warszawie i na Prowincji.

Dostawca Dworu Jego Cesarskiej Mości

FABRYKA PAROWA

PIERNIKÓW, CZEKOŁADY, ŚWIEC

WYROBÓW WOSKOWYCH

O R A Z

SKŁAD ŚWIEC STEARYNOWYCH KOŚCIELNYCH

JANA WRÓBLEWSKIEGO

W WARSZAWIE,

ulica Kapitulna Nr 8.

Telefonu 406.

Firma istnieje od roku 1842.


Filje do sprzedaży detalicznej:

Nowy-Swiat № 33 — blisko Chmielnej.

Marszałkowska № 153 róg Królewskiej.

Cenniki wysyła gratis i franco.

Miód i wosk kupuje i sprzedaje po cenach bieżących.

 Z wystaw krajowych i zagranicznych 3 krzyże zasługi i 38 dyplomów honorowych, medali różnych i listów pochwalnych.

Egzystująca od 1852 roku

PAROWA FABRYKA

MYDEŁ TOALETOWYCH

PERFUM I KOSMETYKÓW

FRYDERYKA PULSA

W WARSZAWIE

poleca oprócz znanego mydła glicerynowego wszelkie artykuły, wchodzące w zakres perfumeryi.

SPRZEDAŻ HURTOWA I DETALICZNA

W SKŁADZIE GŁÓWNYM

Plac Teatralny (Wierzbowa) L. 11.

ADRES:

FRYDERYK PULS—WARSZAWA.

W I N O
Z PRZYŁĄDKA DOBREJ NADZIEI
 firmy **E. FLAUT**
(KAPSTADT, HAMBURG i GETYNGA)

Jedyny reprezentant na Królestwo Polskie.

W. ZALESKI
SKŁAD WIN. Warszawa, ul. hr. Berga № 2.

Wina Kaplandzkie wskazanej firmy nagrodzone zostały 18 złotemi i srebrnemi medalami.

Według rozbioru Urzędowej Pracowni analitycznej w Getyndze zawiera gatunek

	Old Cape D-ry (c. g. 0,694)	Pearl Constantia (c. g. 1,02)	D-ry Constantia
wysokoku	15,5	9,71	14,82
wyciągu	4,9	34,58	6,39
cukru	2,3	31,05	4,01
kwasów wolnych	0,45	0,47	0,52
kwasu siarczanego ilość mormalna			
popiołu	0,26	0,39	0,30

Według opinii pracowni Monachijskiej wina powyższe zupełnie naturalne ze względu na własności swe chemiczne, mają wyborne cechy win deserowych (podpis Profes. Wittstein).

Według opinii Prof. Treceiusa z Wiesbadenu rozbiór win powyższych wykazał: brak wszelkich śladów kwasu salicyl wego i barwników obcych, jak również domieszki syropu kartofflanego i gipsu. Ilość wyciągów i ciał mineralnych, kwasu fosforowego okazuje zupełnie prawidłowy stosunek do wyciągów i cukru.

JEDYNY NA WIELKĄ SKALĘ

I SPECJALNIE OD LAT KILKU URZĄDZONY POLSKI SKŁAD

HERBATY

CHIŃSKIEJ I CEYLOŃSKIEJ

WYBORNego SMAKU I AROMATU

uprzejmię poleca

STANISŁAW WRÓBEL

Warszawa. — Nowy-Świat Nr 62

jak również w Hadlu Win i Delikatesów

L. WRÓBEL, Krakowskie-Przedmieście 25

podług cen następujących:

Chińska czarna	za funt Rs.	1.40, 1.60, 1.80, 2.00, 2.20
„ „ z kwiatem	„ „	2.50, 3.00 i 4.00.
Ceylońska czarna	„ „	2.00 i 2.20.
„ półzłota	„ „	2.50.
„ złota	„ „	3.00.

WINA SZAMPAŃSKIE VEUVE- CLICQUOT- PONSARDIN

dostać można we wszystkich większych handlach win i pierwszorzędnym restauracjach.



Herb miasta
St. Raphaël.

ORYGINALNE TANINOWE WINO

SAINT-RAPHAËL

posiła organizm i wpływa na podniesienie sił

Jako przyczynek wysokiej wartości jego służyć mogą niektóre porównawcze cyfry najważniejszych części składowych, jakie rozbiory chemiczne Urzędowego Laboratorium doświadczalnego w Marsylii, *Dra Nenckiego* i *Prof. Milicera* dokumentnie wykazały, mianowicie:

Alkoholu	16,2%
Ekstraktu	22,9%
Cukru	19,6%
Kwasu	0,62%

Z tych badań najwidoczniej wynika niezaprzeczalna wyższość oryginalnych win tak pod względem odżywczym jak i tonicznym. Każda butelka dla odróżnienia od surogatów posiada na etykiecie herb miasta St. Raphaël.

Société Vinicole de Saint-Raphaël (Var-France).



KĄPIELE BOROWINOWE W DOMU.



JEDYNY SPOSÓB

Zastąpienia mineralnych
kąpieli

Borowinowych

w domu i w każdej
porze roku.

—o—o—o—

MATTONIE'GO SÓL BOROWINOWA

(wyciąg suchy)

w paczkach po 1 kilo

MATTONIE'GO ŁUG BOROWINOWY

(wyciąg płynny)

w butelkach po 2 kilo

Henryk Mattoni, Franzensbad, Giesshübl Sauerbrunn,
Wiedeń, Karlsbad, Peszt.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY W OJCOWIE

Lecznica dla chorych nerwowych cały rok otwarta.

wodolecznictwo, gabinet elektryczny. Ścisły internat, opiekunka dla chorych pań,
i panien. Zakład urządzony według wszelkich wymagań higieny i wygody. Poczta
telegraf na miejscu. Powozy i bryczki na zamówienie dostarcza Administracja
i do Olkusza, stacji kolei Iwanogr. Dąbrowskiej. Ceny mieszkań i stołowania:
w sezonie zimowym niższe. Broszury na żądanie wysyła się gratis i franko

Chorych umysłowych Zakład nie przyjmuje

Dyrektor Zakładu **Dr Stanisław Niedzielski.**

Bezbarwniejsze
bardziej przej-
rzyste od innych.

SZKŁA ISOMETROPOWE

Łagodniejsze, mniej faty-
gują oczy. Przez nie wi-
dzi się wyraźniej i dokła-
dniej.

Mikroskopy Hartnack'a,

MASZYNY DO PISANIA, GRAFOFONY, GRAMOFONY

wyłączna sprzedaż na Królestwo Polskie

w MAGAZYNIE OPTYCZNYM

G. GERLACHA

w Warszawie (ulica Czysta № 4).

PROSPEKTY BEZPŁATNIE.

ZAKŁAD LECZNICZY
DLA CHORYCH NA PŁUCA
D-ra RÖMPLER'A

w *Görbersdorfie* na Szląsku

(Stacja Dr. Żel. Friedland w obw. regenc. Wrocławskim i Dittersbach).

Prowadzony od r. 1875 pod kierunkiem lekarskim właściciela.
Wspaniałe położenie w górach olbrzymich. Wielki cienisty
park. Miejsce do kuracji świeżem powietrzem.

—≡ Ceny umiarkowane ≡—

Prospekt bezpłatnie i franco wysła

Dr. Römpler.

SPECYALNY ZAKŁAD

Prawdziwego leczniczego kefiru

KLAUDYI SIGALINY

Z KAUKAZU

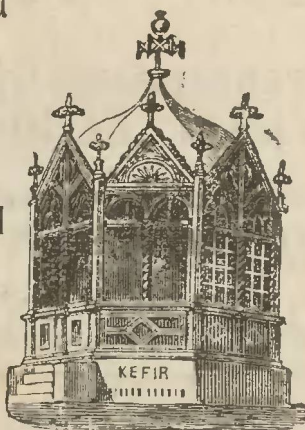
przy ul. Królewskiej N. 31

i

W OGRODZIE SASKIM

we własnym pawilonie.

Trzy medale złote na osta-
tnich wystawach w Paryżu
i w Warszawie.



KEFIR W DOMU.

Wróciwszy z Kaukazu przy-
wiozłam ze sobą wielki zapas naj-
lepszych grzybków kefirowych do
wyrabiania kefiru w domu. Do
grzybków dołącza się dokładny
bardzo łatwo zrozumiały przepis
do wyrabiania kefiru. Grzybki
i kefir z nich, podług mego prze-
pisu przyrządzony, został nagro-
dzony różnemi medalami.

Filja w Wilnie, Łodzi i Ciechocinku.

Strzedz się podrabia-
nych i naśladowanych

Dla kaszlących i osłabionych
SŁODOWY EKSTRAKT i KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych,

Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie,
Krakowie, Lwowie i na Środkowo-Azjatyckiej w Moskwie.

Fabryki

ulica

„LELIWA”

“ w Warszawie

Zgoda Nr. 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Zwracać uwagę na fir-
me i na opakowania.

Wystawa Hygjeniczna w roku 1887 nagrodziła „DYPLOMEM UZNANIA”
ZA WINA WĘGIERSKIE I FRANCUSKIE.

EDMUND LANGNER

dawniej J. Riedel

SKŁAD WIN HURTOWY I DETALICZNY

założony w roku 1830

ulica Nowosenatorska Nr 10

POLECA

Wina Węgierskie, zieleniaki, maślacze, tokaje z własnej rezerwy na Węgrzech, z urodzajów z przed roku 1890 t. j. przed filokserą, a także z nowych szczepów z lat 1895 i 1896

Dla chorych i rekonwalescentów: największy wybór wysokich, starych i rzadkich **WIN TOKAJSKICH.**

Wina Francuskie: Bordoskie, Burgundzkie. w wielkim wyborze odleżałe na szkłe, oraz w okseftach, od najtańszych do pochodzących z najszlawniejszych winic.

Wina Szampańskie wszystkich znakomitych marek.

WINA REŃSKIE — WINA HISZPAŃSKIE.

Wina Ruskie

typowe, bez naśladownictwa zagranicznych win, otrzymywane z zakontraktowanych winnic.

WSZELKIE KONIAKI FRANCUSKIE I KAUKAZKIE

sprowadzane w butelkach oraz własnego butelkowania.

WSZELKIE LIKIERY, PORTER I PIWO ANGIELSKIE.

Wina, które polecamy, są wyłącznie hodowane u nas, we własnych piwnicach, dlatego absolutnie czyste i najjańsze.

Wystawa Hygjeniczna w roku 1865 Medalem Złotym za Wina Ruskie.
Na kopku wypalona jest nasza marka, zatwierdzona przez Department Handlu.

WINO ST. RAPHAEL

TONICZNE, WZMACNIAJĄCE I UŁATWIAJĄCE TRAWIENIE.

Wyborne w smaku.

Każda butelka zaopatrzona w pieczęć libawskiej lub odeskiej komory i w broszurę Dra de Barret o winie St. Raphael.

Wino St. Raphael sprzedaje się w lepszych handlach win, w aptekach i składach materiałów aptecznych w państwie.

V I N

de Saint-Raphaël

TONIQUE, FORTIFIANT, DIGESTIF.

D'UN GOUT EXQUIS

Excellent pour Anémies, Convalescences.

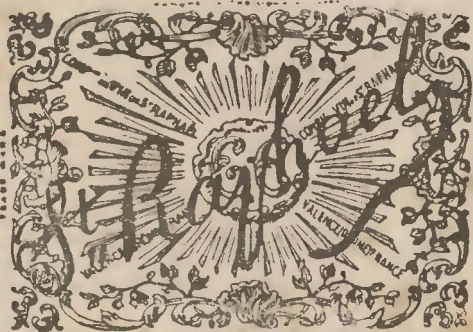
➔ **OSTRZEŻENIE.** ➔

Compagnie du Vin de
„Saint-Raphael“

Valence, Drome, France, założ. 1872 r.

zawiadamia, że w hadlu istnieje wino St. Raphael podrabiane i dla tego uprasza o zwracanie uwagi na markę fabryczną (Trade Mark), zatwierdzoną przez Departament Handlu i Przemysłu za № 1438.

Każda butelka posiada pieczęć komory, markę fabryczną i markę Związku fabrykantów do walki z fałszowaniem (Union des fabricants pour



repression de Contrefaçons), dołącza się też broszurka Dra de Barret o winie St. Raphael jako o środku **pożywnym, wzmacniającym, i leczniczym.**

