

ZDROWIE,

ORGAN TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO

REDAKTOR

Dr JÓZEF JAWORSKI

ulica Zielna № 13.

Administracja w Kancelaryi Towarzystwa Hygienicznego
ulica Karowa № 31 (gmach własny). Telefon 63-46.

Dostać można wszędzie.



Dostać można wszędzie.

**Dla dzieci, matek, rekonwalescentów, osób ner-
wowych, gruźliczych i starców.**

KAKAO WEDLA

najzdrowszy i najsmaczniejszy napój na pierwsze śniadanie.

Kakao owsiane Wedla łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane przez lekarzy dla dzieci, chorych i rekonwalescentów.

Dostać można wszędzie.

UWADZE P. P. LEKARZY.

Plastry smarowane zwycajne i kauczukowe (na szpulkach nie ustępujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane w ulepszonem opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plaster rupturowy dziecienny (pepkowy).

Synapizma energicznie działające. **Plaster Tatrzański** na odcisk

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKIEGO

Warszawa, Sienna Nr 45, telefon 48-90

NA DOSTAWY SPECJALNE CENY.



WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE

„MOTOR“

ULICA MARSZAŁKOWSKA Nr 23

ODDZIAŁ CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNY

TELEFON 18-09.

POLECA

Przetwory chemiczne farmaceutyczne
Plastry smarowane, zwycajne i kauczukowe.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Kąpiele tlenowe.

Nowe środki lecznicze.

Czyste odczynniki chemiczne

Barwniki do badań mikroskopowych.

Tlen zgęszczony.

1122.45.9952.

30040

TREŚĆ ZESZYTU 2.

- D-r Władysław Biegański.** Napisał *Dr Sewcryn Sterling* (str. 79).
Artykuł wstępny. (str. 86). — **Artykuły oryginalne:** *Dr J. Polak*, Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego w Polsce (str. 89). — *Dr Leon Wernic*, Próba syntezy działalności lekarza szkolnego (str. 96).
Dział sprawozdawczy. *Hygiena żywienia, Hindhede*, Odżywianie nowoczesne (str. 117). — *W. Sternberg*, Istota łaknienia pod względem fizyologicznym (str. 118). — *V. Grufe*, Badania nad wartością cykoryi (str. 119). — *L. S. Palmer, L. H. Coolegda i C. H. Eckles*, Carotina—zasadniczy barwik naturalny tłuszczu mlekowego (str. 119). — **Choroby zakaźne.** *P. Schmidt*, Wskazówki higieniczne dla oddziałów chorób zakaźnych (str. 120). — *E. Wielmann*, Przyczynki do biologii wszy ubraniowej oraz zwalczanie jej (str. 120). — *Hygiena i medycyna w ojenną*. *Breger*, Epidemie podczas wojny dawniej, a dziś (121).
Wiadomości z ruchu i potrzeb higieny i medycyny krajowej. Lekarz, jako kierownik wielkiego szpitala (str. 122). — Działalność Sekcyi Higieny Szkolnej za Listopad i Grudzień 1916 r. (str. 123).
I-szy Zjazd medycyny wojskowej polskiej. Sprawozdanie (str. 124).
Z Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego: Rada Warsz. Tow. Higienicznego (str. 129). — Wydział wychowawczy (str. 130).
Przegląd bibliograficzny. *Dr med. Matylda Bichler*, Podręcznik higieny. Ocenił *Dr J. S. J.* (str. 133). — Kalendarz Towarzystwa Przewodniczącego 1917 (str. 134). — Kalendarz Lekarski (str. 134).
Wiadomości bieżące: Obchód w celu uczczenia pamięci dra K. Chełchowskiego (str. 134). — Wykłady uzupełniające dla lekarzy sanitarnych (str. 135). — Odezwa do lekarzy w sprawie ankiety (str. 135). — Kierownictwo zdrowia publicznego i szpitalnictwa (str. 136). — Skasowanie mieszkań w suterenach w Łodzi (str. 136). — Prostytucya podczas wojny (str. 136).

Druk zeszytu ukończono dnia 15 Lutego.

**Przedpłata „Zdrowia“ w Warszawie rocznie rb. 4, na prowincyi rb. 5.
 Ogłoszenia do „Zdrowia“ przyjmują się na warunkach następujących:**

	Strony zewnętrzne	Strony wewnętrzne
Cała strona	rub. 20	rub. 15
Pół strony	„ 12	„ 8
¼ strony	„ 7	„ 5



KALENDARZ

Towarzystwa Przeciwgruźliczego

na rok 1917

Pod redakcją **Bronisława Koskowskiego**

Treść: Wstęp. — *Or-Or.* Suchotnica. — *Z. Dębitki.* Czerw śmierci. — *Mi-
chalina Makowiecka.* Dola. — *Dr Med. Alfred Sokółowski.* W sprawie bardzo
pilnej. — *Dr Józef Jaworski.* Małżeństwo a gruźlica. — *Dr Med. O. Hewelke.*
Odbudowa kraju a gruźlica. — *P. Boczkowski, lekarz wet.* Gruźlica u zwie-
rząt stało i zmienno-ciepłotnych. — *Dr J. Szmarło.* O uzdrowiskach
dla chorych gruźliczych u nas. — *Dr Med. Bolesław Dębiński.* Działal-
ność Przychodni. — *Dr Władysław Chodecki.* Gruźlica i zawód. — *Broni-
sław Koskowski.* Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze (1908—
1916). — Ustawa Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. —
Wykaz stacyi klimatycznych krajowych dla chorych piersiowych. —
Wykaz uzdrowisk zagranicznych. — Tryb życia dla chorych piersio-
wych. — Sanatorium im. dra T. Dunina dla chorych piersiowych
w Rudce. — Ogłoszenia.

Do nabycia w księgarniach.

Z Towarzystwa Kursów Naukowych.

Prof. H. Lachs wygłosi cykl z 15 wykładów Chemji fizycz-
nej dla lekarzy, obejmujący Elektrochemję, Katalizę i Koloidy

Pierwszy wykład odbył się w Czwartek dnia 8 Lutego 1917 r.
o godz. 8-ej wieczorem.

W semestrze wiosennym na wydziale przyrodniczym Towa-
rzystwa Kursów Naukowych wykładany będzie Kurs bakteriologii
szczegółowej, obejmujący naukę o zarazkach niechorobotwórczych
i chorobotwórczych dla ludzi i zwierząt oraz podstawy walki z cho-
robami zakaźnymi. Przedmiot wykładany będzie zarówno z uwzględ-
nieniem potrzeb klinicznych jak sanitarnych i ilustrowany poka-
zami. Równocześnie odbywać się będą ćwiczenia praktyczne z ba-
kteriologii czyli Kurs techniki bakteriologicznej.

Wykłady teoretyczne i ćwiczenia prowadzi będzie **Dr Jerzy
Brunner.**

Zapisy przyjmuje Kancelarya Towarzystwa Kursów Naukowych
przy ul. Śniadeckich (d. Kaliksta) Nr 8 w godz. od 10 do 2 i od 5 do 7.

ZDROWIE,

ORGAN WARSZAW. TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,
POŚWIĘCONY HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ

WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI.

* 23 V 1857 w Grabowie, w Ks. Poznańskim — † 29. I. w Częstochowie.

W ciągu ostatnich miesięcy straciliśmy pięciu znakomych lekarzy-obywateli; jednego członka rzeczywistego i czterech członków honorowych naszego towarzystwa¹⁾.

Po Henryku Fidlerze, niestrudzonym pracowniku społecznym i wzorowym lekarzu szpitalnym; po Mieczysławie Kaufmanie, wybitnym ginekologu i krzewicielu kultury wśród proletaryatu Łodzi; po Leonie Rutkowskim, wielkim doktorze i działaczu chłopskim i antropologu; po Kazimierzu Chełchowskim, klinicyście i pionierze higieny wśród ludu polskiego — umiera Władysław Biegański.

Biegański — chluba medycyny polskiej, duma lekarzy prowincjonalnych.

Kim był Biegański dla współczesnego pokolenia lekarzy Polski?

Był wzorem lekarza, który w najtrudniejszych warunkach, w jakie nas panowanie obce, o rozwój naszej kultury niedbające, wtrąciło — umiał pracować dla nauki.



¹⁾ Wspomnienie pośmiertne wygłoszone w Tow. Lekarskim Łódzkim 7. II. 1917 r.

Jako zawodowiec stanął Biegański bardzo szybko na wysokości wymagań nauki lekarskiej, choć drogi Jego rozwoju tak bardzo różniły się od tych, jakimi kroczą lekarze Europy, jeśli do tych samych wyżyn dochodzą.

Studia lekarskie pobierał w uniwersytecie warszawskim w epoce jego upadku. Po dwu latach służby w charakterze lekarza ziemskiego (w gub. kałuskiej), rok spędził na studiach w klinikach Pragi i Berlina, poczem osiadł w Częstochowie, jako lekarz szpitala N. Maryi Panny.

Tu rozwijał swą pracę naukową i dydaktyczną. Krokami Jego nikt nie kierował, mistrzów nie miał, asystentem w żadnej klinice nie był, w pracy swej ułatwień żadnych nie miał. Wbrew, przeciwnie: w każdej dziedzinie pracy naukowej i klinicznej znajdował trudności niezwykle: „Pamiętam, że płakałem ze zmartwienia i złości, robiąc kilka godzin z rzędu skrawki na małym ręcznym mikrotomie: skrawki wypadły za grube. To samo było z pierwszemi próbami liczenia krwinek, z barwieniem preparatów krwi i t. d.

To co dziś student zrobi w ciągu godziny przy odpowiednim kierownictwie, na to ja potrzebowałem całych dni i tygodni; musiałem nieraz cały wysiłek woli powoływać, aby nie poddać się zniechęceniu. Dodać do tego trzeba ciężkie warunki pracy zawodowej lekarza prowincjonalnego. Nieraz po powrocie ze wsi od chorego późnym wieczorem zasiadywałem dopiero do książki, bo w dzień na to czasu nie było“. („List otwarty do kolegów, którzy przyjęli udział w obchodzie jubileuszowym“ Czas. Lek. 1905).

Tytanem pracy w najmniej sprzyjających warunkach był zmarły, wielkim samoukiem, jednym z tych, który by w każdym narodzie przodujące miejsce zajął. Swe prace kliniczne wykonywał w szpitaliku prowincjonalnym, jakim go, niestety, wszyscy z czasów rosyjskich znamy; w szpitalu, w którym brakło najelementarniejszych urządzeń, w którym — kiedy go Biegański obejmował — nie było sali operacyjnej — w szpitalu, zapchanym zimą chorymi, a w lecie zwykle pustawym.

Tylko entuzjasta nauki, tylko człowiek żelaznej woli i wielkiego zamiłowania swego zawodu pracować tu mógł i tak piękne owoce swej twórczości zbierać.

Apostołowaniem Biegańskiego było nie tylko tworzyć, ale czynem i słowem nauczać.

Kierownikiem kolegów stał się Biegański nieledwie od początku swej pracy naukowej, skupiał wkoło swego oddziału szpitalnego wszystkich kolegów, choć trochę ciekawych postępów nauki lekarskiej; wrodzonym talentem pedagogicznym i zaletami osobistymi liczbę słuchaczy stale zwiększał.

Pracę naukowo-kliniczną rozpoczął Biegański od działu medycyny, który wówczas (lata osmdziesiąte ubiegłego stulecia) nie był zgoła mocną stroną lekarzy praktyków, od neurologii; nastąpiły po tem prace kliniczno-doświadczalne, prace z zakresu chorób krążenia, chorób dróg oddechowych — wszystkie, zwracające uwagę ścisłością obserwacji i głęboko naukowem opracowaniem. Nie tu jednak, nie w tych wzorowych rozprawach, których napisał kilkadziesiąt ze wszystkich niemal dziedzin medycyny, leży niezapomniana zasługa Biegańskiego dla medycyny polskiej.

Wspomniane improwizowane wykłady szpitalne skryształizowały się z czasem w dwa wielkie, znakomite oryginalne podręczniki lekarskie.

„Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“ nauczyła nas nietylko wielu nowych faktów: ona nas ćwiczyła systematycznie w sztuce logicznego myślenia lekarskiego i ścisłego wnioskowania, stała się nieodzownym podręcznikiem każdego myślącego lekarza-praktyka.

Również popularne jak „Dyagnostyka“ stało się i drugie wielkie dzieło jego: dwa tomy „Wykładów o chorobach zakaźnych“ — dla tych samych zalet wykładu, dla tej samej trafności, przejrzystości i ścisłości treści.

Był bowiem Biegański jako pisarz krzewicielem pewnych poglądów filozoficznych wśród lekarzy, czyniąc to zarówno pośrednio — w każdej pracy medycznej, jak i bezpośrednio, w szeregu rozpraw filozoficznych i w dwu dziełach logice i teorii poznania poświęconych.

Ażebym ocenić zasługi Biegańskiego na tem polu położone, przypomnieć sobie należy, że swoje rozprawy filozoficzne ogłaszać zaczął Biegański w epoce panowania w nauce lekarskiej polskiej kultu anatomii patologicznej, względnie kultu etyologii bakteryjnej. Chorobę utożsamiano wówczas z temi zmianami, jakie widziano na seceyi, a cały wysiłek lekarza-dyagnosty sprowadzał się do usiłowania odgadnięcia, przy pomocy metod klinicznych,

charakteru i rozmiarów domniemanych zmian histologicznych, jakie tych zmian były przyczyną. Biegański był u nas pionierem poglądu przeciwnego; od pierwszych swych prac z dziedziny zasad biologicznych medycyny stanął na stanowisku choroby jako zaburzenia funkcyi i zaburzenie funkcyi komórki było dlań zasadniczą cechą choroby, a zmiany histologiczne tych zaburzeń dopiero skutkiem.

Tym, przez naukę dziś uznanym, poglądem powiazał Biegański nie tradycyi, którą snuł z prac i myśli Chałubińskiego.

Szukając odpowiedzi na pytanie, „jaki kierunek medycyny byłby najodpowiedniejszy dla naszej organizacyi umysłowej“, doszedł Biegański do wniosku, że wysiłek myśli polskiej powinien w medycynie być zużytkowany na syntetyczne ogarnienie całości, że tu właśnie jest możność nawiązania zagubionej tradycyi znakomitych przyrodników i lekarzy polskich.

Podstawowe poglądy Chałubińskiego: myślenie krytyczne („mniej tradycyi — a więcej myśli“); szerokie pojmowanie choroby jako zaburzenia funkcyi; wysokie i idealne pojmowanie zadań lekarza praktycznego — rozwinął Biegański w trzech niezwykłych w literaturze wszechświatowej pracach: „Logice medycyny“, „Zagadnieniach z teoryi nauk lekarskich“ i „Myślach i aforyzmach o etyce lekarskiej“.

„Logika medycyny“, czyli krytyka poznania lekarskiego — jest jedynem tego rodzaju dziełem, a przełożone na język niemiecki zyskało uznanie światowe. Napisał je filozof znający wszystkie wady myślowe lekarza. Dał lekarzowi możność wypełnienia krzyżącego braku wykształcenia, jakim jest brak wiadomości o tem, jakie prawa rządzą poznaniem lekarskiem w jego przejawach: przy spostrzeganiu, przy zbieraniu wywiadów, przy poznawaniu choroby, przy wynajdywaniu wskazań lekarskich.

„Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich“, popularyzują wśród lekarzy zasadnicze pojęcia z zagadnień metodologii poznawania i z zagadnień biologicznych. Jest tu treściwy i jasny wykład o tem, jakie są zadania filozofii w stosunku do nauk specjalnych, wykład o materji i sile, o tem, czem są uogólnienia naukowe. Część druga, obejmująca zasady zagadnień biologicznych, po przez wykład o życiu komórki, o prawach zachowania energii w biologii, o funkcyi i narządzie — prowadzi do ugruntowania

wania pojęcia choroby, jako zaburzenia funkcyi i stąd płynących dla lekarza wniosków.

Te dwie prace, obok szeregu rozpraw filozoficznych, umieszczanych w pismach lekarskich, były ożywczym prądem, usiłującym myślenie lekarskie usystematyzować, pobudzić lekarza do krytycznego rozumowania, zarówno przy łóżku chorego — w chwili wykonywania obowiązków zawodowych, jak i poza nimi, by natchnął go przekonaniem, że „wielkie zagadnienia nauki pozostają w bezpośredniej styczności z jego praktycznemi zagadnieniami“.

Zagadnienia etyki lekarskiej poruszył Biegański w sposób krańcowo różny od dotąd przyjętego; wystarczy przejrzeć podręcznik etyki lekarskiej, napisany po niemiecku czy po francusku, by się przekonać, że jest to zwykle książka, poświęcona praktycznej mądrości życiowej: ostrzega się tam lekarza przed błędami postępowania, które by go mogły narazić na konflikt z kolegami, z klientelą, wreszcie — z kodeksem karnym.

Jakże różnie, jak górnje brzmią aforyzmy Biegańskiego!

„Pamiętajcie, że medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie“.

„Podstawą powodzenia lekarza będą zawsze: wiedza, zamiłowanie zawodu i wiara w posłannictwo naszej nauki“.

„Gdyby mnie kto zapytał, jaki jest główny warunek szczęścia, odpowiedziałbym bez wahania, że praca umiłowana. Człowiek, który nie ma celu w życiu, dla którego praca jest ciężarem, nigdy nie będzie szczęśliwym“.

Pisał to Biegański w epoce, kiedy rozwijało się pokolenie lekarzy, któremu na sztandarze lekarskim wypisano zamiłowanie do „czystej“ nauki; kiedy ideałem lekarza było opanowanie największej ilości faktów, a celem medycyny — postęp wiedzy i postęp techniki; kiedy fanatyzm naukowy był w lekarzu uznawany za uczucie szczytne, a w obliczu chorego myślano przedewszystkiem o „ciekawym przypadku“, broniąc się od „sentymentalizmu i czułościowości“.

Takie były hasła. Na szczęście, nie ulegała im wcale większość lekarzy naszych; odwagi jednak nikt nie miał tym hasłom zaprzeczyć głośno, a lekarz prowincjonalny za maluczkiego się uważał wobec kolegi stołecznego, który jakiś „ przyczynek “ w piśmie fachowem ogłosił.

Aż przyszedł wielki pracownik naukowy, autor dzieł lekarskich i filozoficznych i powiedział:

„Czyny bohaterskie lekarza — pracownika społecznego więcej zasługują na uznanie, aniżeli pośpieszne, niedojrzałe odkrycia naukowe“.

Dumą lekarza prowincjonalnego był Biegański i otuchą.

Niezapomniane są Jego dla nas, lekarzy prowincjonalnych zasługi.

Kiedy w roku 1898 powstała myśl wydawania miesięcznika „Czasopismo lekarskie“ Biegański gorąco tę inicjatywę wziął do serca i przez całe dziesięciolecie istnienia pisma był jego gorliwym współpracownikiem. A Jego współpracownictwo to nie była pewna ilość nadesłanych artykułów. To był stały wzór, co chwila wysuwający się przykład: co wszystko zrobić może w najgorszych warunkach naszego życia prowincjonalnego lekarz, obdarzony wiarą w swe postannictwo, miłością nauki ojczystej i wolą do pracy.

W przepięknym odczycie, wygłoszonym na otwarciu I-go Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych, w Czerwcu roku 1911, mówił Biegański „O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego.“

Mówić o pracy naukowej lekarzowi, który w swym Obrzydłówku nie ma ani szpitala ani pracowni naukowej, ani książek, żądać od niego tej pracy — miał prawo Biegański, bo mu zaraz wskazał bogate pola, złote niwy takiej pracy.

Niech mi wolno będzie w paru słowach przypomnieć kilka myśli z tego niezapomnianego (czy może, niestety, zbyt łatwo zapomnianego?) wykładu. W szpitalach nie spotykamy całego szeregu spraw chorobowych takich, jak np. owe efemeryczne gorączki o kilkodniowym przebiegu, tak często spotykane w praktyce lekarskiej pozaszpitalnej, te zbadać można w praktyce prywatnej; związek pomiędzy pozornie odrębnymi chorobami w życiu każdej jednostki, ich kombinacje i wzajemne powikłania nie rozwiąże ich obserwacja szpitalna, lecz właśnie spostrzeganie prywatne praktyki lekarzy prowincjonalnych; niejedna, t. zw. nerwica stanowi początkowy okres choroby przewlekłej organicznej (artretyzmu, stwardnienia tętnic, przewlekłego zapalenia nerek, moczówki cukrowej i t. p.) — tu znów pole dla badań lekarzy-praktyków prowincjonalnych; a dalej — badania nad indywidualnem piętnem,

jakie nadaje osobnik przebywanej przez siebie chorobie; studia nad usposobieniem do chorób dziedzicznem, rodzinnem, narodowem, rasowem, względnie odporność względem różnych spraw patologicznych; geografia patologiczna naszego kraju w zależności od warunków geologicznych, klimatycznych i kulturalnych, badania antropologiczne, folklorystyczne. Oto szereg zagadnień, których rozwiązanie naukowe leży w ręku lekarza prowincjonalnego, to możliwem jest poza szpitalem, poza pracownią, bez literatury, bo tej nie ma prawie o zagadnieniach tych.

„Tylko praca twórcza, ideowa, nie zadawalająca się rutyną, tem, co jest znane, lecz poszukująca nowych dróg, nowych sposobów, nowych prawd, kształci i rozwija nasz umysł.“ Praca dokonywana w imię jakiegokolwiek ideału rozwija w człowieku nie tylko inteligencyę, lecz równocześnie kształci jego uczucia i uszlachetnia popędy.“

Nie było też dziedziny medycyny, w której Biegański nie znalazłby pola do pracy twórczej; więc pracował też w dziedzinie higieny, pisząc o porażeniach arsenowych, opisując stan sanitarny fabryki, której był lekarzem, dając nowe spostrzeżenia z dziedziny patologii rasy, mianowicie, badając częstość gruźlicy u żydów i chrześcian.

W uznaniu zasług naukowych Wł. Biegański wybrany został na członka: Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, Akademii Umiejętności w Krakowie, Członka honorowego wszystkich Towarzystw Lekarskich Polskich.

Przez lat wiele obcowałem z Władysławem Biegańskim. Gdyby mię zapytano onajwybitniejszy rys Jego charakteru, odpowiedziałbym, że była nim Jego wielka wyrozumiałość.

Ten, który sam pracą tytaniczną zdobywał coraz to nowe placówki ideowe, ten wielki samouk w medycynie i filozofii, był w sądach o ludziach niezwykle wyrozumiały. Jednego tylko wybaczycie nie umiał: nieświadomego, lub — co gorsza — świadomego naginania faktów do celów pseudonaukowych.

„Kto chce osiągnąć jakikolwiek wynik na polu pracy naukowej, musi wyrobić w sobie kult dla prawdy.“

Na niemożności użytkowania wszystkich sił, tkwiących w organizmie społecznym, polega tragizm naszych warunków bytowania—pisałem z okazji 25-io letniej działalności lekarskiej Władysława Biegańskiego.

Władysław Biegański siłą swych uzdolnień wiedzy i skłonności był namaszczonym nauczycielem, kierownikiem uczącej się młodzieży. Warunki się zmieniły, ale zbyt późno; nie danem było słuchaczom wydziału lekarskiego w odnowionej Wszechnicy Warszawskiej mieć za przewodnika Wład. Biegańskiego.

Niech jednak historia życia tego wielkiego Polaka będzie wzorem dla przyszłych pokoleń lekarzy polskich.

Seweryn Sterling.

Warszawa, w Lutym, 1917 r.

W dniach 1-ym i 2-im Lutego r. b. odbył się w Warszawie 1-szy Zjazd, poświęcony medycynie wojskowej, zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Medycyna i higiena, aczkolwiek jako gałęzie wiedzy o zadaniach tak sprzecznych z wojną, bo mających na celu poprawę i utrzymanie zdrowia, fizyczne i moralne udoskonalenie, pozostają jednak w ścisłym stosunku do wojny i z powodu każdej wojny, a tembardziej podczas obecnej, tak olbrzymiej co do rozmiarów, mają dużo do działania. To też z chwilą, gdy wojna obecna objęła kraj nasz, pewne zagadnienia i zadania z nią nierozłączne podjęły nasze instytucje higieniczne i lekarskie.

W Towarzystwie Higienicznem naszym i Stowarzyszeniu Lekarzy omawiano bardzo szczegółowo sprawę grzebania poległych podczas wojny, w bitwach. I właściwie, dzięki tylko temu, ta ważna nietylko dla armji, lecz wogóle dla zdrowia ludności, kwestya, uporządkowana została w całym kraju zgodnie z wymogami higieny.

Sprawa uświadamiania ludności, co do niebezpieczeństwa i sposobu ustrzeżenia się chorób zakaźnych, które podczas wojny zarówno wśród armji jak i ludności, zamieszka-

łej na terenie wojennym, w sposób nieraz przerażający się szerzą, znalazła wyraz jako praktyczna metoda dydaktyczna, w wystawie, p. n. Walka z chorobami zakaźnymi, urządzonej, jak wiadomo, w r. 1915 przez Towarzystwo Hygieniczne nasze.

Stan chirurgji wojennej współczesnej znalazł zobrazowanie w bardzo licznych wykładach i pokazach chorych w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim. Poziom naukowy wielu prac tych niezem nie ustępuje ogłaszanym przez chirurgów cudzoziemskich.

Wytworzeniem kadrów pielęgniarzy i pielęgniarek, dla chorych i rannych żołnierzy obok licznych naszych instytucji społeczno-oświatowych, zajęły się Towarzystwa Polskie: Naukowe, Hygieniczne i Lekarskie, w Warszawie.

Wreszcie, bardzo doniosłe dwie sprawy z dziedziny medycyny i higieny wojskowej podjęło Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy. Pierwsza, szerszego i zasadniczego znaczenia, to sprawa powołania do życia na prawach Konwencji Genewskiej z r. 1864, Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, na wzór Amerykańskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, którego działalność nie ograniczała się by tylko do niesienia pomocy chorym i rannym żołnierzom, lecz także do udzielania pomocy w razie jakichkolwiek klęsk publicznych, narodowych, jako to: epidemji, głodu, powodzi i t.p.

Myśli projekt, powstały w Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy, wkrótce, częściowo, w pewnym zakresie, znalazły zastosowanie przez utworzenie przy Międzynarodowym Komitecie Czerwonego Krzyża w Genewie, Oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża, w Genewie, p. n. *Affaires Polonaises*, a ściślej — *Comité International de la Croix Rouge, Section Polonaise*.

Druga sprawa, podjęta przez Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy, to opieka nad żołnierzami kalekami w celu uczynienia z nich pracowników. Chodzi tutaj o powołanie do życia zakładów naukowych i warsztatów rzemieślniczych

wszelkiego rodzaju i typu na wzór zwłaszcza tych, jakie istnieją i obecnie niezwykle rozwijają się w Niemczech, a następnie ujednostajnienie wszystkich protez, aby kaleka nie był narażony na czasowe niedołęstwo z powodu, np. zepsucia się protezy lub jej części.

Wszystkie wyżej wymienione sprawy posiadają mniej lub więcej ścisły związek z medycyną i higieną wojskową. Dwie zaś ostatnie są bezpośrednio jej działami.


Z chwilą powstania samodzielnego Państwa Polskiego oraz armji polskiej będzie rzeczą nieodzowną powołanie do życia Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża z prawami, jakie posiadają towarzystwa te państw innych.

Akcya uczynienia z kalek żołnierzy pożytecznych pracowników, a tem samem uwolnienie ogółu od potrzeby utrzymywania ich swoim kosztem przez przywrócenie im drogą racjonalnej pomocy chirurgiczno-ortopedycznej, t. j. zaopatrzenie ich w odpowiednie protezy, zastępujące ręce, nogi, a następnie, przez wyszkolenie ich w dawnym lub nowoobranym fachu, czy zawodzie i przywrócenie im sprawności pracowej — to także dział medycyny wojskowej.

Na cel ostatni — na rzecz kalek wojaków, wpłynął już dość znaczny kapitał, bo wynoszący 100 tysięcy rubli od bezimiennego ofiarodawcy.

Słowem, dla polskiej medycyny i higieny wojskowej w tej nowej epoce życia Ojczyzny naszej otwiera się nietylko szerokie, lecz i nader wdzięczne pole pracy, którą dotychczas uprawiały nasze instytucje lekarskie i społeczne z tytułu położenia naszego, głównie w poczuciu miłosierdzia międzynarodowego.

I-szy Zjazd, poświęcony polskiej medycynie wojskowej, który przed paroma dniami odbył się, udany co do programu i wykonania, pomyślnie zapoczątkowuje prace nad zdrowiem i losem żołnierza polskiego.



I. WSTĘP DO PROJEKTU PRAWA O OCHRONIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE.

Podał **Dr J. Polak.**

Dokończenie. Patrz Z. I.

W N I O S K I.

Z doświadczenia naszych własnych instytucji państwowych oraz państw europejskich, które z zupełną swobodą w epoce dojrzałości higieny organizację zdrowia i prawa odnośnie stanowiły, a nie mniej, z rozważenia zadań i środków wypada nam stworzyć taki układ państwowy higieny publicznej, jaki ludności naszej zapewnić mógłby, w największym możliwym zakresie, zdrowie czyli jeden z kilku darów przyrody, stanowiących podwalinę szczęścia. Zanim wszakże uchwalimy organizację, należy ustalić jej fundamenta.

Lecz przedewszystkiem, ponieważ z organizacją państwową do czynienia tu mamy, pierwsze następczące się pytanie dotyczy granic jego. Ściśle przewidzieć ich nie mogąc, uważamy za właściwsze oprzeć się na obszarze Królestwa Polskiego w granicach przez kongres Wiedeński oznaczonych, a to nie tylko dla tego, że obszar ten nam najlepiej jest znany, lecz z tego powodu, że w tej właśnie części Polski rozwijały się przez lat sześćdziesiąt epoki porozbiorowej, mianowicie od r. 1807 do r. 1868, przepisy administracyjne i wszelkie ustawy zdrowia dotyczące, siłami ojczystemi.

Zresztą, gdy prawa w innych polskich krajach mogą być rychło zmienione lubo nagłej tego nie mają potrzeby, my tu w tej dzielnicy żyjemy pod wpływem zbyt luźnym prawodawstwa rosyjskiego oraz po części doraźnych przepisów prowizorycznych władz okupacyjnych. Co się tyczy podziału administracyjnego kraju, to pod tym względem narada, która odbyła się w naszym Towarzystwie w tym właśnie celu z udziałem wybitnych przedstawicieli naszego społeczeństwa, w tej liczbie znawców administracji i członków Rady głównej opiekuńczej, mających do czynienia z instytucjami prowincji, dała nam pewne wskazówki. Z narady tej mianowicie wynika: po 1) że najmniejszą jednostką administracyjną winna być gmina miejscowa, czyli wieś pojedyn-

cza, 2) że gminy dla zaspokojenia swych zadań w dziedzinie zdrowotności winny łączyć się w miarę potrzeby w t. z., związki celowe, 3) że podział na powiaty, zbliżone do obecnych, t. j. przedokupacyjnych, raczej mniejsze nawet, winien być zachowany, 4) że pośrednią jednostką pomiędzy rządem centralnym a powiatami, winny być województwa (departamenty, gubernie), których liczba powinna być zmniejszona, resp. obszar zwiększony, ewentualnie łączyć na całe Królestwo.

Takiego więc podziału trzymać się zamierzamy przy projektowaniu ustroju zdrowia publicznego. Rozważając następnie pytanie, do jakiego wydziału rządu centralnego należeć ma administracja zdrowia publicznego, widzimy przede wszystkim z przytoczonych w poprzednich rozdziałach danych, że zarówno dawniej w naszym Królestwie, jak obecnie w znacznej większości, nawet prawie we wszystkich państwach higiena publiczna należy do ministerjum spraw wewnętrznych, a lubo w niektórych państwach należała ona niegdyś do innych ministerjów (nap. w Prusiech do Ministerjum oświaty, we Francji do ministerjum rolnictwa) później atoli przeniesiono ją również do ministerjum spraw wewnętrznych. W Anglii należy ona do instytucji ministerjalnej, obejmującej całość działalności samozarządów miejscowych, w Rosji wreszcie wykonano próbę, którą z góry za nieudaną uważamy, dla przyczyn uprzednio wyłuszczonych, utworzenia specjalnego ministerjum zdrowia. Głównym błędem tej idei jest ten, iż ta najnowsza na świecie organizacja rosyjska, przyjmując samozarządy za organ zdrowia publicznego i biorąc je pod nadzór nowego ministerjum i jego organów, począwszy od powiatowych, ogółem w czterech instancjach, pozostawia je jednocześnie pod władzą innego ministerjum, nawiasem mówiąc potężniejszego, bo zbrojnego w groźną policję rosyjską. W ten sposób samozarządy zawarte zostały w klamry dwóch władz, z których każda pod względem zdrowotnym je kontroluje na własną rękę. Z powodu zaś nierozzerwalności ogółu zadań samozarządów i wzajemnego uzależnienia ich w budżetach, tem bardziej wpływ ministerjum spraw wewnętrznych przeważa. Nieporównanie wyższą tedy jest organizacja angielska, która wszystkie zadania samozarządów ześrodkowywa w jednym ministerjum „Local Government Board.“ Ponieważ zaś samozarządy w Anglii mają niestetychane szerokie atrybucje, przeto właściwe ministerjum spraw wewnętrznych zwol-

nione z największej części tych zadań, które w innych państwach w niem się koncentrują, posiada w Anglii bardzo ograniczony zakres działalności, antyteza rosyjskiego ustroju. W Anglii istnieją tedy jakoby dwa ministerja spraw wewnętrznych: jedno samorządów, drugie przeważnie policji.

I tu właśnie zadając sobie pytanie, czy mamy w widokach zdrowia publicznego obrać ministerjum spraw wewnętrznych, czy też ministerjum o charakterze ściśle zbliżonym do Local Government Board, musimy przedewszystkiem rostrzygnąć dalsze pytania, a mianowicie: czy mamy oprzeć zdrowie publiczne na samorządach i w jakim stopniu, oraz czy i jaki udział ma w układzie zdrowia wziąć policja.

Pod tym względem następują się uwadze naszej dwa wybitnie charakterystyczne i wybitnie różniące się układy: niemiecki, w którym nietylko organa policyjno-wykonawcze odgrywają główną rolę w higienie publicznej, ale i władza administracyjna skoncentrowaną jest w instytucjach policyjnych, w regencjach i prezydentach policji, które to organa mają prawa nakazywania władzom gminnym, oraz angielski, w którym policja podrzędne tylko zajmuje stanowisko, a zgola nakazującej względem samorządów mocy nie posiada. Nie posiadają jej i inne władze administracyjne w rodzaju gubernatorów, prefektów i t. p., jedynie organ centralny samorządów.

Jeżeli ustrój państwowy ma obowiązek liczenia się z duszą i dziejami narodu, to zaiste oprzeć musimy administrację kraju na samorządach, a lubo w dziejach naszych wolność zdradzała często, a niestety i teraz zdradza poniekąd dążność do przekraczania granic swobody w dziedzinę bezładu i swawoli, uszanować winniśmy ducha konstytucyjnego narodu, budując jednocześnie potężną pomiędzy nim a anarchją barierę.

Postulatom tym odpowiadałyby następujące zasady: administracja zdrowia publicznego łącznie z innymi zadaniami gospodarki gminnej, oparta na szerokim samorządzie w gminach, starostwach i województwach, prawodawstwo wkładające na samorzady obowiązek zaspakajania elementarnych potrzeb ludności w zakresie przedewszystkiem zdrowia i oświaty, oraz energiczna interwencja państwa w wypadkach niestosowania się do praw rzeczonych.

Zważywszy że inicjatywa w zakresie zdrowotności byłaby nazbyt słaba w wielu gminach i starostwach, uzdrowotnienie zaś

w najwyższym stopniu zaniedbanych wsi i miasteczek jest rzeczą bardzo pilną, państwo powinno zachować sobie nie tylko szeroką inicjatywę w zakresie zdrowotności, ale również posiadać wielkie kapitały do swego rozporządzenia, oraz obfite środki techniczne, aby nie tylko żądać mogło, ale, i to przede wszystkim, pomagać.

Wymaga to oczywiście organu centralnego samodzielnego i dobrze opatrzonego, zadania bowiem jego będą bodaj najważniejsze, obejmujące całość życia gospodarczego gmin. Że zaś zdrowotność od innych działów gospodarki samorządów oddzielić się nie da, jak to już zaznaczyliśmy wyżej, przeto za pewnik uważamy, że ministerjum samorządów, czy komisja rządowa samorządów, jest jedynym właściwym organem centralnym, w którym sprawy zdrowia publicznego ześrodkowane być winny. Ponieważ atoli zdrowie publiczne w państwie wykracza znacznie poza ramy samorządów, o ile że epidemie szerzyć się mogą na znacznie szersze obszary kraju i odpowiednich wymagają zarządzeń, ponieważ nadto zdrowie publiczne wkracza również w dziedzinę spraw międzynarodowych, a nadto nadzór nad lecznictwem, statystyka sanitarna i t. p. również stanowią działy nie należące do sfery samorządów miejscowych, przeto instytucją rzeczoną winno być nie tylko ministerjum samorządów, ale i zdrowia publicznego. Koncepcja taka miałaby dwojakie, prócz wyżej wyluszczonego uzasadnienie, a mianowicie: z jednej strony, że uwydatniałaby powagę zdrowia publicznego tak niesłusznie a tak długo zaniedbywanego u nas pod wpływem ucisku politycznego, z drugiej, że funkcje organu centralnego zdrowia w sferze państwowej poza samorządami, stanowią pod względem rozmiarów pracy jedynie dodatek do tamtych, nie usprawiedliwiałyby przeto utworzenia zupełnie odrębnego organu państwowego higieny publicznej.

Medycyna sądowa, nie wspólnego z higieną publiczną nie mająca, ma miejsce odpowiednie w ministerjum sprawiedliwości, a lubo niedostateczna liczba lekarzy może zmusić w pewnych wypadkach władze sądowe do udzielania posad sądowo-lekarskich urzędnikom zdrowia, rzecz ta może mieć wyłącznie przypadkowy charakter, podobnie jak udzielanie lekarzom sanitarnym posad lekarzy szkolnych w ministerjum oświaty, lekarzy ubezpieczeń i t. p.

Koncepcja polskiej Komisji rządowej spraw wewnętrznych i policji łączyła te dwie instytucje, jak to i obecnie w większości państw się dzieje, zarazem wszakże zaznaczała odrębność

policii, jako organu wykonawczego, z jednej strony nie mającego charakteru administracji, z drugiej funkcjonującego nie tylko w Komisji spraw wewnętrznych, ale również w obrębie władzy innych ministerjów, mianowicie zaś sprawiedliwości, finansów i t. p. W koncepcji tej, bardzo na owe czasy oryginalnej, przebija poniekąd system angielski, rozdzielający sprawy wewnętrzne policyjne i sprawy administracyjne, tam na samorządach oparte, na dwa ministerja, resp. na dwa odrębne działy ministerjum.

Mając na uwadze ten uniwersalno-wykonawczy, o funkcjach przymusu fizycznego, charakter policji, właściwiej byłoby, nie tworząc z niej oddzielnego ministerjum, utworzyć zarząd główny policji państwowej o dyscyplinie militarnej.

Oczywiście, w tej instytucji ministerjalnej organ zdrowia publicznego posiadać musi podwójny charakter, t. j. organu do spraw samorządów oraz do spraw sanitarnych ogólnopństwowych i, ponieważ sprawy tej pierwszej kategorii ściśle związane są z całością działalności samorządów, przeto kierownik zdrowia musi mieć stały udział w decydowaniu wszystkich spraw do samorządów należących.

Zachodzi pytanie, jak daleko ma sięgać rozgałęzienie organu centralnego w kraju i jaki mieć ma charakter? Pod tym względem nie tylko potrzeba oszczędności ale, i to oczywiście jeszcze bardziej, potrzeba samodzielności samorządów nakazuje ograniczenie organów rządowych, tak aby ściśle niezbędne zajęły stanowisko. Opieka zdrowotna ze strony rządu winna ograniczyć siedziby swe do województw, w starostwach zaś i gminach przejąć ją powinny organa sanitarne samorządów, na które prawo przelać winno, na wzór Anglii, funkcje organów rządowych, bądź to jako serwitut, bądź za dopłatą do pensji samorządowej ¹⁾.

Co się tyczy badania potrzeb prowincji, to Urządy zdrowia w województwach, zaopatrzone w środki odpowiednie, starczą do badania stanu sanitarnego obszarów odnośnych, do załatwiania spraw koncesyjnych, do nadzoru i rzeczoznawstwa w średniej instancji.

Celem ograniczenia władzy państwowej administracyjnej do ściśle niezbędnych rozmiarów i zapewnienia jednolitości rozwoju higieny i porządków w różnych obszarach kraju, kodeks powinien

¹⁾ Gdyby natomiast starostwa (powiaty), miały być powiększone, a tembardziej gdyby uznano województwa (gubernje) za zbyteczne, to oczywiście władze państwowe zdrowia musiałyby funkcjonować i w powiatach.

określać nie tylko prawa, ale i obowiązki samorządów, n. p. co do zaopatrzenia gmin w wodę, urządzenia zakładów, inwestycji i t. d.

Ponieważ samorzady posiadać muszą wykwalifikowany do pracy sanitarnej personel zarówno wyższy jak niższy, wypadnie wobec małej liczby lekarzy w kraju, pogodzić się z wykonaniem praktyki lekarskiej przez większość urzędników lekarzy, oraz w najkrótszym czasie założyć poważne szkoły sanitarjuszy i pielęgniarzy z kursem co najmniej rocznym. Przełożeni wojewódzkich urzędów zdrowia muszą wszakże być pozbawieni praktyki, aby cały czas swój mogli poświęcić obowiązkom urzędu i być bezwzględnie niezależnymi od zawitych stosunków praktyki lekarskiej.

Oczywiście, cały system wymagać będzie znacznego opadatkowania ludności na rzecz zdrowia publicznego. O pożytku tak zrozumiałej kooperatywy dla uchronienia ludu od klęski choroby i śmierci wątpić nie wolno i nie może być mowy również o braku zdolności płatniczej, zwłaszcza, gdy zważymy, że fundusze na zdrowie publiczne niezbędne, acz wielomilionowe, nie dorównają tym, jakie przed wojną w całym kraju wydawano na napoje alkoholiczne.

Streszczając powyższe, otrzymamy następujące wnioski:

- 1) projekt organizacji i prawa w dziedzinie zdrowia publicznego obejmuje Królestwo Polskie w granicach przez kongres określonych,
- 2) organizacja zdrowia publicznego opiera się na samorządach,
- 3) centralną instytucją zdrowia publicznego winno być ministerjum samorządów i zdrowia publicznego,
- 4) organami jego w województwach winny być wojewódzkie, względnie powiatowe urzędy zdrowia, na których kończy się układ organów rządowych, niektóre wszakże funkcje wykraczające z zadań samorządów oraz funkcje sprawozdawcze mogą być poruczone lekarzom samorządów,
- 5) główny kierownik służby zdrowia w ministerjum winien mieć udział w decydowaniu wszelkich spraw samorządów, rozstrzyganych w ministerjum.
- 6) przy ministerjum rzeczonem winny znajdować się: biuro statystyczne, pracownie, biuro techniczne inwestycji dla samorządów, instytut państwowy szczepienia ospy i centralne składy materiałów dla potrzeb zdrowotności.
- 7) kierownik wydziału lekarskiego w ministerjum, jego za-

stępcy i przelożeni urzędów zdrowia winni mieć wzbronioną praktykę lekarską,

8) niezbędnem jest założenie szkół dla niższego personelu sanitarnego z kursem najmniej rocznym,

9) do dyspozycji ministerjum samorządów muszą być oddane znaczne fundusze do popierania zdrowotności w samorządach.

10) prawo przewidzieć winno obowiązki samorządów w zakresie zdrowotności,

11) medycyna sądowa zupełnie wyłącza się z zakresu działalności ministerjum samorządów i zdrowia publicznego,

13) dla obszarów administracyjnych i urzędów winna być zastosowana jednolita nomenklatura. W braku jej projekt przyjmuje następujące nazwy: dla centralnej magistratury państwowej w dziedzinie zdrowia—ministerjum samorządów i zdrowia publicznego; dla obszarów administracyjnych drugiego rzędu województwa; dla obszarów trzeciego rzędu starostwa; dla obszarów administracyjnych najmniejszych, gminy—rozumiejąc pod tą nazwą gminę miejscową.

Co się tyczy atrybucji organów, którym zdrowie publiczne ma Polska powierzyć, to przedewszystkiem samorzady, jak to powiedzieliśmy wyżej, temi organami być winny, a wówczas rola instytucji państwowej i jej rozgałęzień peryferycznych do należytego funkcjonowania organów samorządnych skierowaną być winna.

Samorzady mają największe prawa do załatwiania potrzeb swej ludności, brakuje im natomiast, mianowicie zaś w najmniejszych obszarach samorządowych, należytego przygotowania, kompetencji fachowej, a z tego powodu należytej woli i energii i wreszcie środków materialnych. Ministerjum musi się z tem liczyć i własną kompetencją oraz środki materialne do zrównoważenia tych braków zastosować.

Kraj nasz nie jest zbyt wielki, aby ministerjum samorządów stosunku stałego z województwami i starostwami, nawet gminami nie mogło utrzymać; w centrum więc zgromadzić wypadnie cały arsenał środków technicznych do kierowania zdrowiem kraju niezbędnych. Organ centralny władz musi zapewnić sobie prawo badania stosunków, popierania inicjatywy i zapobiegania bezczynności. Musi więc posiadać ustrój i skład należyty. biura uposażone do szybkiej korespondencji, wydział statystyki zdrowotnej, biuro techniczne do opracowania projektów inwestycji, pracownie

bakterjologiczne. składy materiałów do zdrowotności niezbędnych i wreszcie znaczne fundusze na pomoc samozarządom, w postaci pożyczek i zapomóg w gotowiznie i materiałach.

II. PRÓBA SYNTETY DZIAŁALNOŚCI LEKARZA SZKOLNEGO.

Podał **Dr. Leon Wernic.**

Odczyt wygłoszony w Listopadzie r. 1913 w Kole Lekarzy Szkolnych
Warsz. Tow. Hyg.

Dziesięcioletnia praca na stanowisku lekarza higienisty gimnazjum polskiego im. Reja umożliwiła zebranie obfitego materiału, który, odpowiednio uporządkowany, niniejszem podajemy do szerszej wiadomości czytelników.

Praktyczny podział roku szkolnego na semestry ułatwia uczniom zdolniejszym szybsze ukończenie kursu szkolnego. Niestety, znalazł on zastosowanie, tylko w jednej szkole warszawskiej. Wobec tego i lekarz higienista musi uzgodnić rozkład swych zajęć z systemem rocznym, gdyż współpraca, scharmonizowana z personelem wychowawczym, jest *conditio sine qua non* owocnej działalności lekarskiej.

Poznanie rzeczywistych braków fizycznych ucznia, może sprostować fałszywą ocenę zdolności i postępów uczniów, która często ma miejsce wśród ciała pedagogicznego. Im szybciej braki fizyczne ucznia rozpoznane zostaną, tem lepiej dla wychowawców i wychowawczyń. Dlatego termin zbadania uczniów nowych w ciągu dwu miesięcy—uważamy za zupełnie odpowiedni.

Aby poznać dokładniej warunki pracy ucznia, radzimy prowadzić badanie wzroku i słuchu na miejscu, t. j. w klasie. Pomijając szybkość, którą możemy tą drogą osiągnąć, umożliwia to nam jednoczesne poznanie warunków oświetlenia danego pokoju oraz zareagowanie na wadliwe rozmieszczenie uczniów. Natychmiastowe przesadzenie ucznia na miejsce, odpowiadające jego stanowi wzroku i słuchu, dokonane być może bez zwłoki.

Dla poznania warunków, w których muszą codziennie w szkole pracować oczy chłopców, badaliśmy wzrok ich, pisząc na tablicy kredą odpowiednie cyfry lub wyrazy.

Uczeń, badany, stawał w końcu klasy, zasłaniał pełną dłonią czoło i oko (unikając ściśnięcia), lewe, następnie prawe i odczytywał znaki, wypisane na tablicy.

Odczytywanie białych znaków na czarnem tle dawało wyniki lepsze, niż przy badaniu indywidualnem, dokonywanem oddzielnie w gabinecie lekarskim (już w późniejszym okresie roku szkolnego) na tablicach Snellena.

Jeśli odczytywanie znaków na tablicy napotykało trudności, uczeń zbliżał się do tablicy tak długo, aż mógł swobodnie odróżnić cyfry i litery. Gdy miejsce, na którym siedział w klasie, znajdowało się poza linią dokładnego widzenia, chłopiec otrzymywał miejsce, znajdujące się bliżej tablicy.

Badania słuchu dokonywano w ten sam sposób. Uczeń zaciskał mocno palcem przedni wyrostek muszli usznej i zwracał się uchem otwartem do lekarza. Ten ostatni wymawiał szeptem zazwyczaj 5 liczb dwucyfrowych, zalecając uczniowi głośne powtórzenie ich.

Jeżeli uczeń słyszał słabo na jedno ucho prawe, przesadzano go na lewo od katedry (t. j. po lewej ręce nauczyciela, siedzącego na katedrze); słyszący źle na ucho lewe szedł na prawo ¹⁾.

Otrzymane przez nas wyniki udowodniły raz jeszcze, że znaczna część uczniów już w pierwszym roku pobytu w szkole jest

¹⁾ O wartości masowego badania stanu zmysłów na początku roku szkolnego świadczą wyniki, otrzymane tą drogą.

Jeśli weźmiemy, np. r. 1911--12, to w jednej klasie wstępnej na 55 uczniów aż 10 miało osłabiony wzrok, a 8 słuch; w klasach pierwszych 11 wzrok, a 7 słuch, a w klasie drugiej 5 słaby wzrok. 5% uczniów pierwszych trzech klas miało zboczenia wzroku i słuchu. Rozpatrując szczegółowo:

w klasie wstępnej:

wzrok osłabiony obu oczu notowano u 8; 1-go prawego 1;
słuch " " " " u 1; prawego 6, lewego 1;
wzrok i słuch jednocześnie u 1-go;

w klasie I-iej A i B:

wzrok osłabiony obu oczu notowano u 5, prawego 2, lewego 3,
słuch " " uszu " u 3, prawego 1, lewego 3,
wzrok i słuch jednocześnie u 3;

w klasie II:

wzrok słaby obu oczu -- u 3, prawego a 1, lewego u 1.

obarczona wadami wzroku i słuchu. Oczywiście, chodzi tu o wpływ dziedziczności i wychowania przedszkolnego.

Aby osiągnąć największy zysk dla szkoły, ewentualnie uczniów i personelu nauczycielskiego, wyniki badań lekarskich powinny być notowane w specjalnych książkach, lub listach uczniów, doręczanych na początku roku wychowawcom klas odpowiednich. Oczywiście, przygotowanie ich powinno być zlecone kancelarii szkolnej.

Badania masowe dziatwy szkolnej, rozpoczęte przed laty trzydziestu przez Markiewicza, Kosmowskiego, znalazły ucielesnienie w postaci systematycznych badań corocznych, przyjętych i zastosowanych w szkole polskiej od chwili jej powstania (10 lat). Lecz i przedtem prace lekarzy Kopczyńskiego, Fiedlera, Wernica przygotowały pewne schematy, podług których koło lekarzy mogło pracować systematycznie.

Atoli względy praktyczne zmusiły nas do krytycznego roztrząsania, czy jedynym celem działalności lekarza szkolnego jest zbieranie materiału statystycznego dla podwalin przyszłej higieny polskiej, czy też potrzeby chwili bieżącej i praktyczne stosowanie osiągniętych wyników nie powinny być wysunięte na plan pierwszy. Staaliśmy na stanowisku, uwzględniającym ten drugi pogląd i wyprowadziliśmy zeń odpowiednie konsekwencje. Aby wyniki badań rocznych mogły być ujęte w syntezę, potrzeba dać lekarzowi szkolnemu daleko więcej czasu do pracy, niż on go dziś w szkole posiada. Dzięki temu tylko nieznaczna odsetka wyników badań szkolnych ujrzała światło dzienne. Tymczasem cyfry, ukryte w księgach lekarza szkolnego, nie mówią o opiece rozciągniętej nad chłopcem, o jego stanie zdrowia. Dlatego wprowadziliśmy dwie reformy: 1) zaczęliśmy chłopcom, po całkowitem zbadaniu ich stanu fizycznego (praca ta rozpoczyna się po ukończeniu sumarycznego badania stanu zmysłów, o czym mówiliśmy uprzednio) wręczać kopie naszych badań; 2) wprowadziliśmy w badaniach obok przedstawionych wyników obiektywnych, wskazówki dla otoczenia ucznia; 3) wogóle staraliśmy się zwrócić specjalną uwagę na praktyczną stronę życia (sprawa gimnastyki i śpiewu, czystości uczniów, walki z zarazą w szkole i t. d.).

Badania dokonywaliśmy podług wzoru, niżej załączonego.

Wzór badań uczniów Szkoły Reja.

LEKARZ SZKOLNY
Gimnazjum imienia Mikołaja Reja.

A. B a d a n i e.

Zawiadamia Opiekę Domową ucznia klasy
 że badając go dnia meca roku znalazł:
 wiek: lat miesięcy, wzrost ctm. klg. Stosunek wzrostu
 do wagi=..... Obwód klatki piersiowej: przy wdechu ctm.
 — wydechu ctm.; przeciętnie ctm. Stosunek wzrostu do
 obwodu przeciętnego klatki piersiowej=..... Stan krzyża norma.
 Skrzywienie ku przodowi } słabe
 ku tyłowi } średnie Przepuklina jest
 w bok } znaczne } niema
 Gruzoły chłonne 1) szyjowe, pachwinowe, pachowe normalne.
 2) szyjowe, pachwinowe, pachowe powiększone.
 Narządy trawienia
 Stan serca, norma. Wady wyraźne, anemja. Płuca norma—zmiany
 Stan sił fizycznych dłoni prawej klgmetr Krzyża kilogram
 lewej klgmetr
 Stan siły wzroku oka prawego Stan słuchu ucha prawego
 oka lewego ucha lewego
 Stan zębów: dobrych popsutych pasorzyty udzielające
 się (grzybki etc.)
 Zajęcia pozaszkolne normalne } nauka do szkoły trwa
 podług orzeczeń chłopca } ruch lub ćwiczenia fizyczne
 Pamięć { wzrokowa
 słuchowa
 ruchoma
 wyrazów przeważa typ

B. W n i o s k i.

Budowy { średniej
 złej Wzrostu { w normie
 dobrej } powyżej normy dla
 } poniżej [jego wieku Waga { poniżej
 } powyżej
 } w normie
 (stosunek wagi do wzrostu)
 Stosunek klatki piersio- } normalny
 wej do wzrostu } powyżej normy Stan krzyża { normalny
 } poniżej } nienormalny

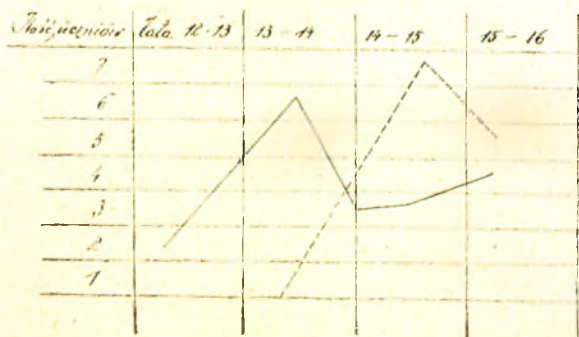
Gimnastykować się	{ może nie może	Śpiewać	{ może nie może	Ze względu na
typ pamięci, łatwiej uczyć się	{ głośno cicho pisząc	Wzrok	{ normalny wymaga pomocy okulisty	
Słuch	{ normalny wymaga pomocy lekarza	Siedzieć winien	{ jak dotąd bliżej	
Zęby	{ dobre wymagają pomocy dentystycznej izolacji	Wysypia się	{ dostatecznie niedostatecznie	
Stan skóry	{ normalny wymaga opieki specjalisty	Zajęcia dodatkowe we pozaszkolne	{ mogą trwać należy ze względu na zdro- wie usunąć	
Kapie się	{ dosyć zbyt mało	Czystość	{ mała średnia dobra	

Nie znaczy to, abyśmy odsunęli systematyczne badanie uczniów, ale doprowadziliśmy je do granic właściwych.

Reformy nasze mają i z tego względu znaczenie, że wśród młodzieży dosyć często w czasach ostatnich spostrzegaliśmy chęć uwalniania się od zajęć fizycznych (Tablica № 1 wskazuje, iż pęd do gier przed laty 5—6 był dość znaczniejszy).

Po dokonaniu tych uwag, pragniemy przyjrzeć się wynikom badań fizycznych, przez nas osiągniętych.

— Aby uświadomić sobie dokładnie linię rozwoju fizycznego chłopca polskiego, zwróciliśmy uwagę na *roczny przyrost wzrostu i wagi*. Wyniki te wyraziliśmy graficznie:



Rezultat ten dotyczy uczniów, kończących w jednym roku nasz zakład naukowy. Przyrost roczny wzrostu i wagi był określany dla każdego ucznia oddzielnie (nb. rok rocznie uczeń był ważony i mierzony pod względem długości ciała. Linia jednolita ——— oznacza najwyższy przyrost roczny długości ciała, a linia przerywana - - - - - także przyrost roczny wagi. Jak widzimy z tablicy powyższej największy przyrost roczny wzrostu odpowiadał latom 13—14, a wagi 14—15.

Tylko w wyjątkowych przypadkach *najwyższy przyrost długości ciała* u danego chłopca ujawnił się przed rokiem 13. Tymczasem z górą w 53% miało to miejsce pomiędzy rokiem 13 a 14^{1/2}.

Najwyższy przyrost roczny wagi najczęściej ujawniał się u danego chłopca pomiędzy rokiem 14—16, podczas kiedy w latach młodszych nie był notowany.

W schematach, ustalonych dla badania uczniów, istnieje rubryka „*odżywianie ogólne*“. Ponieważ jest to pojęcie nieściśle, gdyż obfita ilość tłuszczu podskórnego nie świadczy o istotnej wartości mięśni, kości i przewodu pokarmowego, szukaliśmy innych dróg dla ściślejszego określenia tegoż pojęcia.

Za najodpowiedniejszą drogę uznaliśmy określenie stosunku wzrostu do wagi oraz wzrostu do obwodu klatki piersiowej.

Stosunek wzrostu do wagi, nazwany przez nas *wskaznikiem* ¹⁾ wagi jednego centymetru długości ciała, określaliśmy w sposób dwojaki: 1) przez określenie go u jednego i tego samego osobnika w różnych okresach życia i 2) przez określanie go u wszystkich uczniów, rozsegregowanych grupami podług wieku.

Metoda pierwsza—kinetyczna (p. tabl. IV) wykazała, że wskaźnik powiększa się do lat 12.5. Oznacza to szybszy przyrost roczny długości ciała w stosunku do przyrostu wagi. W tym okresie chłopiec rośnie przedewszystkiem, waga wzrasta umiarkowanie. Wyjątkowo tylko u oddzielnych chłopców powiększanie się wskaźnika trwa do lat 14 i pół. Od tej chwili atoli zaczyna się zmniejszać. Rozpatrując szczegółowo, udało się nam ustalić trzy typy: 1) *typ, odpowiadający linii ze statym spadkiem* i wskazujący

¹⁾ Wskaźnik wzrostu do wagi mówi, ile waży 1 cm. długości ciała. Waga określa się za pomocą kilogramów.

na stałe zmniejszanie się wskaźnika, począwszy od wieku lat 12.5 - 13.5. Obejmował on 23.5% ogółu uczniów badanych 12.5 - 13.5 lat

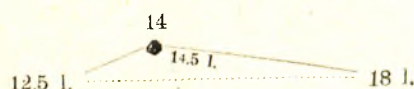
17.5 — 18.5 lat.

TABLICA № 1. Abituryentów z roku 1910—11.

Przebieg choroby szkoly trwalo 2,3 godz.	Przygotowanie lekyi do szkoly trwalo																	
	do 1/2 godz.	1/2 godz.	1/2-2 godz.	1/2-2 godz.	do 1 godz.	do 1 godz.	do 2 godz.	1-2 1/2 godz.	2 3 godz.	do 3 godz.	3 godz.	3-4 godz.	3-5 godz.	4-5 godz.	4-5 godz.	4-5 godz.	4-5 godz.	
Uprawialo sport:																		
uczniów 3																		
" 4																		
" 7																		
" 2																		
" 9																		
" 10																		
" 10																		
" 4																		
" 9																		
" 8																		
" 4																		
	3	3	4	1	4	2	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	6

Jak widać, najbardziej popularnemi były pływanie, ślizgawka i wiosłowanie, t. j. te sporty, które najbardziej zalecaliśmy:

2) *Typ, odpowiadający linii łamanej z ramieniem krótkim wnoszącem się i długim opadającym, obejmował większość (58,5%) badanych. Potwierdza on fakt, że przeważnie już od lat 14, a u wszystkich od 14.5 wskaźnik zmniejsza się wyraźnie.*



3) *Typ, odpowiadający łamanej z dwoma wzniesieniami i tyłuż spadkami, był notowany u 18% uczniów. I tutaj po latach 15.5 wskaźnik zmniejsza się stale.*



Wskaźnik waha się czasowo w latach $14\frac{1}{2}$ i przechodzi w stały spadek po roku $15\frac{1}{2}$.

Metoda druga, potencjalna, oparta na badaniu masowym wszystkich uczniów, ułożonych grupami, podług wieku, dała wyniki, zarysowane w tablicy III,

T A B L I C A III.

Wiek	Ilość chłopców badanych	Wskaźnik wzrostu do wagi	Wskaźnik wzrostu do obwodu kl: piers.
8	1	4.50	2.00
$8\frac{1}{2}$	10	4.60	2.06
9	28	4.79	2.09
$9\frac{1}{2}$	39	4.59	2.15
10	72	4.52	2.11
$10\frac{1}{2}$	61	4.20	2.13
11	50	4.15	2.18
$11\frac{1}{2}$	63	4.24	2.16
12	54	4.03	2.16
$12\frac{1}{2}$	48	3.90	2.15
13	37	3.75	2.15
$13\frac{1}{2}$	49	3.53	2.12
14	50	3.49	2.18

14 ¹ / ₂	39	3.24	2.15
15	37	3.34	2.18
15 ¹ / ₂	33	3.12	2.12
16	26	3.01	2.16
16 ¹ / ₂	33	2.87	2.11
17	23	2.84	2.09
17 ¹ / ₂	18	2.76	2.11
18	15	2.89	2.07
18 ¹ / ₂	12	2.72	2.06
19	5	2.81	2.04
19 ¹ / ₂	2	2.86	2.06
20	1	2.89	2.35

Ilość ogólna 807 chłopców.

Jeśli ze względu na niewielką liczbę uczniów, odrzucimy dane dla wieku poniżej lat 9 oraz powyżej lat 18¹/₂, to wynik dla wskaźnika wzrostu — wagi będzie nadzwyczaj wyrazisty. *Wskaźnik ten zmniejsza się stale od lat 9 do 18¹/₂*. Istnieją atoli dwa odchylenia. Pierwsze w latach 11¹/₂ (63 obserw.), drugie w latach 15 (37 obs.), trzecie poniżej lat 9 i czwarte powyżej 18¹/₂ ze względu na małą ilość obserwacji nie może być podstawą wniosków poważniejszych.

Atoli wolno nam wyrazić hipotezę, że od lat 8 do 9 przewaga wzrostu nad wagą zwiększa się, następnie, do lat 11-tu przyrost roczny długości ciała stale zmniejsza się w stosunku do przyrostu wagi; wiek lat 11¹/₂ stanowi pierwsze odchylenie na korzyść przyrostu rocznego długości ciała, poczem bez przerwy wskaźnik zmniejsza do lat 14¹/₂, drugie odchylenie w latach 15 daje znów przewagę rocznemu przyrostowi długości ciała, poczem wskaźnik do lat 18¹/₂ stale się zmniejsza i waga ciała coraz szybciej przyrasta w stosunku do jego długości.

Wskaźnik wzrostu do przeciętnej obwodu klatki piersiowej, otrzymywaliśmy w ten sposób, że braliśmy liczbę ctm., określających wzrost i dzieliśmy przez liczbę, wyrażającą średnią obwodu klatki piersiowej ¹⁾.

¹⁾ Liczbę określającą obwód klatki (na wysokości sutek) przy najgłębszym wdechu dodawaliśmy do liczby przy najgłębszym wydechu i dzieliśmy przez 2.

Już dawno sfery wojskowe określały go przy poborze wojskowym. Wyraża on stosunek pojemności klatki piersiowej do wzrostu. Ze względu na związek pojemności klatki piersiowej z rozmiarami serca i płuc jest on niejako miarą ukrwienia i utleniania tkanek. W razie nadmiernej przewagi przyrostu długości ciała nad obwodem klatki piersiowej może powstawać czasowa niedomoga narządów krwionośnych i serca. I tutaj stosowaliśmy metody *kinetyczną* i *potencyonalną*. Według pierwszej, badanie wskaźnika *długości* obwodu kl. piers. uwidoczniło trzy typy:

Typ pierwszy, odpowiadający linii łamanej z dwoma wzniesieniami i tyłuż spadkami, obejmuje 58,8% badanych chłopców.



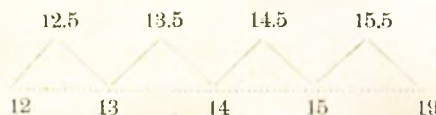
Wzniesienie pierwsze odpowiada zatem latom 14—14,5, drugie 16 — 16,5, co dowodzi, iż w tym okresie najprędzej może uwidocznić się względna niedomoga narządów krążenia i klatki piersiowej.

Typ drugi odpowiadał linii łamanej z trzema wzniesieniami i tyłuż spadkami i obejmował 35,3% ogółu badanych



Najwyższe wzniesienia odpowiadały latom 13,5, 14,5 i 17,5.

Typ trzeci — to łamana o 4 wzniesieniach. Wahania występowały co 1/2 roku. Jest to typ najrzadziej notowany, bo tylko u 6% badanych.



Rozpatrując *metodę potencjonalną* i jej wyniki, wyrażone na tablicy III i tutaj widzimy brak tej stałości, jaką widzieliśmy przy rozpatrywaniu wskaźnika $\frac{\text{wzrostu}}{\text{wagi}}$. Począwszy od najniższych cyfr w wieku lat 8 linia wznosi się do lat 11, spada, by znów podnieść

T A B L I
przedstawiająca rozwój kinetyczny wskaźni

Wiek	12	12.5	13	13.5	14	14.5	15	15.5	16	16.5	17	17.5	18	18.5	19	19.5
Bal	—	3.9	4.0	3.8	3.65	3.8	3.7	3.6	3.55	—	—	—	3.25	—	—	—
Berh	—	—	—	3.73	3.52	3.48	3.04	3.03	—	—	—	2.74	—	—	—	—
Boy	—	—	—	3.02	3.22	2.78	—	2.65	3.58	2.62	2.52	—	—	2.65	—	—
Brak	—	3.48	—	3.19	—	2.85	2.74	2.72	3.74	—	—	—	2.35	—	—	—
Sug	—	—	3.28	3.34	3.11	3.00	2.73	2.87	2.83	2.81	—	—	—	2.69	—	—
Hein	—	3.13	3.13	3.02	2.94	2.80	2.77	2.56	2.45	—	—	2.27	—	—	—	—
Kon	—	3.71	3.76	3.53	3.50	3.45	3.45	3.23	3.20	—	—	—	2.91	—	—	—
Lew	—	—	—	—	3.95	4.18	3.90	3.73	3.40	3.25	3.22	—	—	—	3.12	—
Merk	—	—	—	3.48	3.68	3.17	2.99	2.99	2.99	2.90	2.92	—	—	2.73	—	—
Pań	—	—	—	3.91	3.92	3.68	3.47	3.30	3.21	3.11	3.04	—	—	3.02	—	—
Rein	3.34	3.71	3.43	3.31	3.15	2.94	2.79	2.82	—	—	—	2.71	—	—	—	—
Ried	—	—	—	3.46	3.95	5.52	3.36	3.27	2.92	3.91	—	—	—	2.90	—	—
Leb. . . .	—	—	4.10	4.64	3.75	3.32	3.30	3.27	2.92	2.91	—	—	—	2.90	—	—
Trz. . . .	—	—	—	—	3.12	3.25	3.00	2.84	2.75	2.63	2.63	2.59	—	—	—	2.61
Wahr. . . .	—	3.98	4.04	3.79	3.47	3.41	3.22	5.22	3.15	—	—	—	3.09	—	—	—
Wien	—	4.17	4.04	—	3.92	3.79	3.38	3.31	—	—	3.07	—	—	—	—	—
Wrel	3.58	3.65	3.36	3.33	3.25	2.96	2.82	2.89	—	—	2.72	—	—	—	—	—

1. Wskaźnik wzrostu do wagi.

BADANIA PSYCHOMETRYCZNE.

Od 7 lat były one prowadzone stale w gimnazjum im. Reja. Metod laboratoryjnych, wymagających przyrządów specjalnych, nie stosowaliśmy; natomiast te, które w warunkach szkolnych było możliwe, znalazły użytkowanie odpowiednie. Badania obejmowały pamięć, inteligiencyę (zdolność wyprowadzania wniosków) wydajność pracy i znużenie uczniów, wreszcie szybkość i dokładność (produkcyjność) ich pracy

C A IV,

ków u arbituryentów r. 1911/12 gimn. Reja.

12	12.5	13	13.5	14	14.5	15	15.5	16	16.5	17	17.5	18	18.5	19	19.5
—	2.16	2.29	2.26	2.30	2.26	2.29	2.29	2.34	—	—	2.34	—	—	—	—
—	—	—	2.06	2.13	2.14	2.08	2.12	—	—	—	2.09	—	—	—	—
—	—	—	2.05	2.14	2.18	—	2.00	2.04	2.12	2.02	—	—	1.95	—	—
—	2.12	—	2.30	—	2.18	2.74	2.25	2.24	—	2.19	—	—	—	—	—
—	—	2.29	2.14	2.07	2.22	2.16	2.12	2.14	2.17	—	—	—	—	—	—
—	2.02	2.06	2.01	2.08	2.09	2.04	2.05	2.07	—	—	1.93	—	—	—	—
—	2.07	2.12	2.12	2.13	2.11	2.09	2.14	2.16	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2.29	2.43	2.42	2.33	2.32	2.40	2.39	2.42	—	—	—	2.12
—	—	—	2.00	2.02	2.02	2.00	2.01	2.02	2.02	2.05	—	—	2.02	—	—
—	—	—	2.10	2.11	2.12	2.12	2.15	2.15	2.20	2.13	—	—	2.15	—	—
2.02	2.00	2.15	2.18	2.15	2.18	2.11	2.09	—	—	—	2.12	—	—	—	—
—	—	—	2.10	2.82	2.14	2.14	2.09	2.08	2.14	2.07	—	—	2.07	—	—
—	—	2.09	2.17	2.17	2.18	2.18	2.15	2.16	2.11	—	—	—	2.09	—	—
—	—	—	—	2.09	2.11	2.08	2.09	2.06	2.06	2.02	1.99	—	—	—	—
—	2.18	2.15	2.19	2.14	2.15	2.16	2.15	2.17	—	—	—	2.09	—	—	—
—	2.10	2.17	—	2.08	2.03	2.08	2.05	—	—	2.09	—	—	—	—	—
—	2.12	2.06	2.15	2.07	2.11	2.07	2.18	—	—	2.13	—	—	—	—	—

II. Wskaźnik wzrostu do obwodu klatki piersiowej.

Co się tyczy pamięci, badaliśmy ją metodą liczb i wyrazów. Rozróżnialiśmy pamięć słuchową, ruchową i wzrokową.

Pamięć słuchowa była rozpoznawana przez głośne, dwukrotne wypowiedzenie 10 liczb dwucyfrowych. Uczeń powtarzał je w porządku dowolnym. W ten sam sposób były wygłaszane wyrazy, zazwyczaj rzeczowniki i powtarzane przez uczniów.

Pamięć wzrokową badaliśmy, rozkazując uczniowi odczytywać po cichu dwukrotnie (bez poruszania wargami) szereg dziesięciu liczb, wypisanych na arkuszu.

się w latach 14—15 i ostatecznie spaść w latach 17—19. Linia ta może być wyrażona w postaci łamanej o następujących wzniesieniach i spadkach



czyli odpowiada typowi, najczęściej notowanemu za pomocą metody kinetycznej.

Jeżeli zestawimy dane badań naszych, to całokształt ich da się wyrazić we wniosku następującym. Organizm dziecka polskiego, ucznia szkół średnich, ew. szkoły im. M. Reja, powiększa się w okresach najwcześniejszych szkoły w kierunku długości; *największy przyrost roczny długości ciała występuje w okresie lat 13—14^{1/2}*. Od tej chwili przyrost roczny wagi zaczyna brać górę nad przyrostem rocznym długości, co odpowiada wzmożonemu rozwojowi systemu mięśniowego.

Najwyższego stopnia dosięga przyrost roczny wagi w latach 14^{1/2}—17. Jednocześnie atoli roczny przyrost długości ciała w dalszym ciągu przeważa nad takimże przyrostem klatki piersiowej.

Ważka, a długa, choć już bardziej umięśniona postać chłopca, jest typem chłopca poniżej lat 16.

Dopiero okres lat 16.7 — 17.5 jest okresem męźnienia chłopców i wówczas rozwój klatki piersiowej wysuwa się na plan pierwszy. Jest to ostatni akt formowania się kośćca, trwający aż do całkowitego rozwoju sił fizycznych, odpowiadajacemu wiekowi lat 25¹⁾.

¹⁾ Wniosek praktyczny naszych wywodów polegać będzie na umiejętnym doborze ćwiczeń fizycznych w różnych okresach rozwoju dziecka. Również wolno na podstawie powyższego stwierdzić, że okres lat 18—20, czyli wiek, w którym większość uczniów wstępuje do uniwersytetu nie jest okresem ukończonego rozwoju klatki piersiowej. Ćwiczenia fizyczne, odpowiednio uprawiane, mogą sprzyjać rozwojowi klatki i w niej zawartych narządów. Ćwiczenia fizyczne, tak zaniedbywane przez słuchaczy naszej Almae Matris powinnyby stać się przedmiotem obowiązkowym dla nich. Wiąże się to z faktem, że uprawianie ćwiczeń fizycznych wpływa hamująco na nadmierny rozwój popędów płciowych, których pierwsze objawy w warunkach naszych rozpoczynają się w latach 14—16, podczas kiedy dojrzałość całkowita nasienia występuje dopiero po upływie 6—10 lat.

Pamięć ruchową rozpoznawaliśmy w ten sposób, że uczeń pisał powoli 10 liczb, dyktowanych przez nas, następnie zaś (po jednokrotnym napisaniu) powtarzał je. Wyniki były określane, jako stosunek X : 10.

Rezultat badań uczniów w tej dziedzinie, dla roku 1911—1912 przedstawiliśmy w tablicy, poniżej zamieszczonej:

Typ pamięci	Klasa wst. I		II	III	IVA	IVB	V	VI	VIII
wzrokowy.	14	20	23	11	10	7	9	7	5
ruchowy	8	18	22	17	12	8	2	12	3
słuchowy ¹⁾	8	15	14	7	4	8	7	7	4
wzrokowy i ruchowy	5	6	10	3	4	6	3	3	1
wzrokowy i słuchowy	8	9	14	8	4	3	3	2	2
ruchowy i słuchowy	7	9	9	—	6	3	3	2	1
jednolity	6	5	4	2	—	5	5	4	2
przeważał typ . . .	wzrok.	wzrok.	wzrok.	ruch.	ruch.	nieokr.	wzr.	ruch.	wzrok

Widzimy, że typ wzrokowy dominował w 5 klasach, ruchowy w 3. Klasa IV B, w której przeważał typ pamięci nieokreślony, należała do najlepszych pod względem postępów uczniów.

Typ pamięciowy nie był u chłopców zjawiskiem stałym. Chłopiec o pamięci wzrokowej w jednym roku, zdobywał w następnym pamięć słuchową i naodwrot. Dziwnie stałym zjawiskiem był fakt, że uczniowie z wzrokiem osłabionym posiadali pamięć typu wzrokowego.

Zdolność wyprowadzania wniosków, badana metodą sylogizmów (z uwzględnieniem tak zw. niespodzianek logicznych) przedstawiała się w sposób następujący: 25% uczniów klasy ósmej (badanej) dało odpowiedź b. dobrą, 23% dobrą, a 52% średnią (t. j. odpowiedź zadawalniającą w połowie pytań ¹⁾).

Wydajność pracy uczniów badaną była w sposób dwojaki: 1° na podstawie postępów szkolnych ucznia w różnych okresach lat pobytu jego w szkole i 2° na podstawie masowego badania uczniów w klasie metodą dodawania arytmetycznego.

¹⁾ 9 uczniów na pięć rozwiązało sylogizmy dobrze 5 razy.

3	"	"	"	"	"	4	"
5	"	"	"	"	"	5	"

Metodę pierwszą możemy nazwać również kinetyczną, w przeciwstawieniu do drugiej czyli potencjalnej.

Rozpatrując postępy uczniów za cały okres pobytu ich w szkole doszliśmy do przekonania, że najlepsze wyniki osiągnęli uczniowie w wieku lat 13 — 14²⁾ oraz 16 — 17 t. j. w okresie poprzedzającym i następującym bezpośrednio po przelocie płciowym (okresie dojrzewania).

Badania metodą dodawania liczb 6-cio cyfrowych (w kolumnach po 8) były prowadzone w czasie lekcji 45 minutowej bezpośrednio po pauzie wielkiej

Chwila rozpoczęcia każdego zadania (a było ich 3 w ciągu lekcji) była dokładnie określaną, co do minuty i sekundy. W ten sam sposób określaliśmy chwilę jego ukończenia (ew. kiedy uczeń oddawał kartkę z zadaniem rozwiązaniem).

Czas, który chłopcy zużyli dla rozwiązania zadań był następujący:

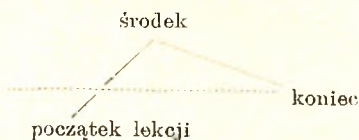
Dla rozwiązania zadania I	od 4 min. 40 sek. do 14 m. 10 s.
„ „ „ II	„ 3 „ 15 „ „ 7 „ 15 „
„ „ „ III	„ 3 „ 30 „ „ 9 „ 15 „

Rozpatrzmy bliżej *szybkość* i *dokładność* pracy uczniów naszych. *Szybkość*, z jaką rozwiązywano zadania, była różną w czasie dokonywania pracy zadania 1-go, 2 lub 3-go. Wyrażała się ona w postaci 2 typów:

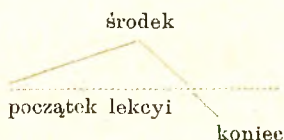
I Typ: szybkość pracy była mniejszą na początku, dochodziła do stopnia najwyższego w środku lekcji, a opadała w końcu lekcji, 66% badanych uczniów należało do tego typu. Odróżnić należało dwa podtypy:

a) *podtyp pierwszy*, gdzie *szybkość* na początku była mniejszą niż w końcu (50% uczniów)—odpowiada to linii łamanej.

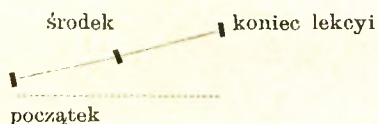
²⁾ Największy postęp w naukach w wieku 12 — 13 robili uczniowie 1.
 „ „ „ „ 13 — 14 „ „ 2.
 „ „ „ „ 14 — 15 „ „ 4.
 „ „ „ „ 15 — 16 „ „ 1.
 „ „ „ „ 16 — 17 „ „ 4.
 „ „ „ „ 17 — 18 „ „ 2.



b) *podtyp drugi*, gdzie szybkość na początku lekcji była większa niż w końcu (33,5% uczniów) — odpowiada to linii łamanej.



II. *Typ: szybkość pracy wzrastała bez przerwy od początku do końca lekcji* (16,5% uczniów). Odpowiadał on linii



Oznaczając wahania, jakim ulegała *szybkość* dokonywanej pracy, odróżnić musimy trzy typy pracujących chłopców:

a) *typ pierwszy* — *stały* z wahaniami minimalnymi, nie przekraczającymi jednej minuty obejmował 16,75% uczniów i odpowiadał linii poziomej



b) *typ drugi* — *względnie stały*, wahania nie przekraczały 2 minut — obejmował również 16,75% uczniów badanych.

c) *typ trzeci* — *zmienny*, wahania przekraczały 2 minuty. Obejmował on najliczniejszą grupę, bo 66,5% uczniów. Wahania dochodziły do 9 minut 45 sekund (rozwiązane zadania pierwszego trwało minut 14, ostatniego minut 4 sekund 15).

Szybkość ogólna, w ciągu której rozwiązano wszystkie trzy zadania wynosiła w przypadku najprędszym minut 12 sekund 30, w przypadku najpowolniejszym minut 26 sekund 15.

$\frac{3}{4}$ uczniów rozwiązało 3 zadania przed upływem 21 minut tak, że przeciętnie 1 zadanie było rozwiązywane przed upływem 7 minut.


Przechodzimy do określenia *dokładności pracy*. Za podstawę określenia dokładności przyjęliśmy liczbę błędów, popełnionych przy rozwiązywaniu zadań.

Dodać należy, że tylko 1 uczeń pracował z równą dokładnością w ciągu całej lekcji.

Zadanie pierwsze rozwiązało lepiej niż 2 następne	56,5%	uczni.	(18)
„ „ „ gorzej „ „	40%	„	(13)
Zadanie drugie rozwiązało lepiej niż zadanie 1-e	25%	„	(8)
„ „ „ tak samo jak „ „	34,4%	„	(11)
„ „ „ gorzej „ „ „	36%	„	(12)
„ „ „ „ niż zadanie 3-e	49%	„	(15)
Zadanie trzecie rozwiązało lepiej niż drugie . .	62,5%	„	(20)
„ „ „ gorzej niż 2-e . . .	34,8%	„	(11)
Wogóle zadanie 1-e, bez błędów zrobiło uczniów	31,3%	„	(10)
„ „ 2-e „ „ „ „	28,1%	„	(9)
„ „ 3-e „ „ „ „	34,4%	„	(11)

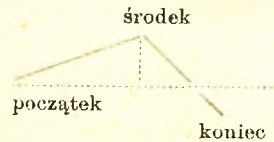
Co się tyczy ilości ogólnej błędów, to w zadaniu 1-em było ich	48
„ „ „ „ „ 2-em „ „	57
„ „ „ „ „ 3-em „ „	42

Jeżeli ująć graficznie wynik badania *dokładności pracy*, to powstaną cztery grupy:

Grupa I dokładność jednakowa (wzorowa) w 3 zadaniach 3,0% (1) odpowiada ona linii poziomej 

Grupa II *na początku lekcji dokładność lepsza niż w środku*. Tutaj są 3 odmiany.

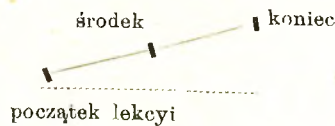
1) w końcu lekcji błędów mniej, niż na początku uczniów 25% (8)



2) w końcu lekcji błędów tyleż, co w środku uczniów 3,15% (1)

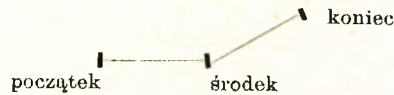


3) w końcu lekcji błędów więcej, niż w środku uczniów 19% (6)



Grupa III na początku lekcji dokładność taka, jak w środku. Tu były 2 odmiany:

1) w końcu lekcji ilość błędów wzrastała uczniów 19% (6)



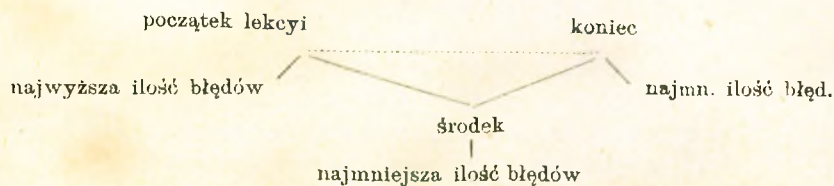
w końcu lekcji ilość błędów się zmniejsza. Uczniów 15,13% (5)



Grupa IV. *Dokładność* na początku lekcji była *mniejsza niż w środku*. Tutaj istniały trzy odmiany:

1-0 *w końcu* lekcji *dokładność* była *mniejsza niż w środku*, lecz *większa niż na początku*. Uczniów 3,15% (1).

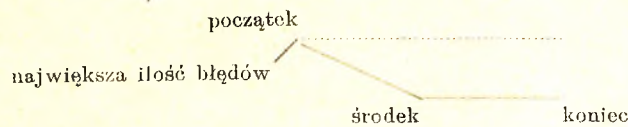
Linia, przedstawiająca ilość błędów,



2-o w końcu lekcji dokładność taka jak w środku.

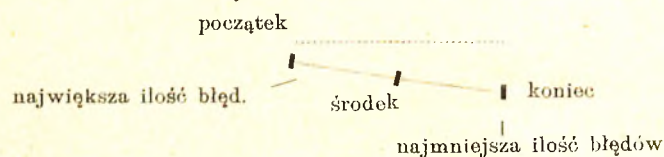
Ilość błędów

Uczniów 15,13% (5)



3-o w końcu dokładność większa niż w środku. Uczniów 6,3% (2)

Ilość błędów:



Wnioski, które wyprowadzić możemy z naszych obserwacji, będą: I w sprawie *szybkości pracy*

1-o 50% uczniów pracowało najwolniej na początku, *najszybciej w środku* lekcji.

2-o 38,5% uczniów *zwiększało* szybkość pracy do końca lekcji.

II w sprawie *dokładności pracy*:

1-o 62,5% uczniów *najdokładniej* pracowało przy końcu lekcji.

2-o poważna *mniejszość* *najdokładniej* pracuje na początku.

III w sprawie *stosunku szybkości do dokładności* pracy. Jest on wręcz *odwrotny*. Przy końcu lekcji szybkość jest *najmniejsza*, a dokładność *największa*.

Na zakończenie pracy niniejszej pragnę pomówić o tak zw. świadectwach zdrowia, wydawanych kilka lat w gimnazjum Reja, a będących swego rodzaju inowacją.

Składały się one z 4 części: 1-o *części*, poświęconej badaniu fizycznemu uczniów wogóle, 2-o *części*, poświęconej wyprowadzaniu wniosków, 3-o *części*, obejmującej *radę* w sprawie wyboru zawodu i 4-o *rubryki*, przedstawiającej w sposób możliwie ścisłej *rozwój całkowity* ucznia w czasie pobytu jego w szkole.

Część I, poświęcona badaniu, jest prowadzoną według schematów corocznych z tą jednakże różnicą, że obejmuje zarówno dane roku ostatniego, jak i pierwszego pobytu w szkole.

Część druga podkreśla zarówno dodatnie, jak i ujemne cechy organizmu abiturienta oraz wyprowadza wnioski odpowiednie. Tylko w jednym przypadku, u osobnika bardzo nerwowego z wadą serca, rozwój intelektualny nie szedł równoległe z rozwojem fizycznym. Skoki w jednym kierunku, wpływały ujemnie w drugim. Wogóle jednak okres szybszego rozwoju fizycznego nie oddziaływał ujemnie w tej grupie abiturientów na postępy w naukach. Dodać należy, że był to zespół uczniów zdolnych.

Część trzecia — najważniejsza omawiała sprawę wyboru zawodu. Po dowiedzeniu się, jakiemu zawodowi zamierzał poświęcić się abiturient, poddawano ocenie jego stan fizyczny i wydolność jego dla podjęcia się pracy odpowiedniej.

Zawody wyzwolone w roku 1910—11

	(medycyna i prawo)	wybrało	29%	abitur.
„	handel	„	18%	„
„	techniczne (mechanika, miernictwo i agronomię)	„	53%	„

W 18% odradziliśmy wybór zawodu, jako nieodpowiedni, ze względu na stan fizyczny młodzieńców.

Część czwarta starała się niejako naszkicować tablicę rozwojową danego osobnika, o której była wyżej mowa.

Rola lekarza szkolnego obejmuje oprócz tych punktów cały szereg zagadnień szkolnych, jako to higieny ubrań (p. Zdrowie—Reforma ubrań 1906), odżywiania (wzorowy wykaz pokarmów dla uczniów), budynków (nowobudujących się) oraz konsultacji w przypadkach różnorodnych aż nadto często imaginacyjnych cierpień uczniów ¹⁾.

¹⁾ W roku 1911—12 udzielono 1256 porad uczniom w tem, 60% symulacyj lub imaginacyj. Poza tem odesłano 10,5% do specjalistów ocznych

5,2%	„	„	uszných
5,2%	„	„	pokarmowych
3%	„	„	nerwowych
10%	„	„	dentystycznych
1,6%	„	„	skórnych.

Takt, dobre wyrozumienie obok stanowczości pozwolić może lekarzowi wyjść z przykrej nieraz sytuacji. Pamiętać należy, że do lekarza szkolnego uczeń musi mieć większe zaufanie nieraz niż do pedagogów, gdy chodzi o stan jego zdrowia. Tego zaufania lekarz zdradzić nie może. Czasem dziecko okazuje mu więcej ufności niż rodzicom.

Z drugiej strony szkoła ma słuszość, żądając, aby lekarz nie podtrzymywał stanowiskiem swoim różnych słabostek uczniowskich. Tylko całkowite zaufanie do lekarza, obustronne zrozumienie, że czynność jego czasem przekraczać musi ustanowione 30 minut pauzy (nb. poświęconej na odżywianie się uczniów), że ta czynność jest jedyną faktyczną opieką stanu zdrowia uczniów, unikanie wszelkiego mechanizowania, może rozwiązać kwestję prawidłowego funkcjonowania lekarza szkolnego. Dodać należy, że znajomość zbroczeń umysłowych w czasie dojrzewania (hebefrenia, histeria etc.) oraz znajomość patologii gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, wpływających na wzrost i rozwój intelektu dziecka będą dzielną pomocą dla rozwikłania różnorodnych zagadnień pedagogicznych.



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Hygiena żywienia.

6. Hindhede. **Odżywianie nowoczesne.** Autor pracę swą podzielił na 2 części: teoretyczną i praktyczną. W pierwszej zaznacza, iż zarówno w diecie kartoflanej, jak i chlebowej wystarcza 20—25 g. strawnego (spożytkowanego, netto) białka (przy 3000 kaloryj w ogólnej ilości pożywek, w których kalorye białkowe wynoszą $\frac{1}{37}$). Mimo to uważa H. żywienie wyłącznie chlebowe (obok tłuszczu) na dłuższy przeciąg czasu za niezdrowe, wywołuje ono bowiem cierpienie moczanowe, a w pewnych nawet razach gnilec.

Kartofle jednak stanowią dobry środek przeciw gnilecowi. Pracujący mężczyzna może pełnić dzielnie swą pracę przy 500 g. chleba, 1000 g. kartofli i 120—150 g. tłuszczów (masła lub margaryny), atoli przy należytem życiu i odpowiedniem przyrządzeniu dobrego gatunku kartofli. Pozornie małą wartość odżywczą otrąb, sprawę posiadającą wielkie znaczenie dla oceny spożytkowania chleba z lepiej iub gorzej zmielonego zboża, autor uważa za bajkę, która zniknąć musi z nauki o żywieniu.

Pożywienie odpowiednie powinno zawierać 60—80 g. białka, ponieważ jednak przy zwykłej diecie nigdy nie wprowadzamy do ustroju, nie mamy więc potrzeby troszczyć się o to, czy „dostatecznie“ spożywamy białka. Według H., przy wolnym wyborze diety zazwyczaj wielokrotnie przekraczamy minimum białkowe. Spożywanie zbyt dużych ilości białka (pośred. 80 g.) uważa za szkodliwe. Kurację tuczeniem za pomocą białka u osób gruźliczych zarzuca H., jako z gruntu fałszywą.

Białko roślinne należy uznać za równoznaczne z białkiem zwierzęcem. H., nie wykreśla mięsa całkowicie, uważa je jednak za używkę.

W drugiej części praktycznej czyni autor uwagi następujące. Potrawy nie powinny być zbyt długo i zbyt doszczętnie gotowane, by nie umniejszać pracy zębów i by nie niszczyć przez długie gotowanie ważnych dla odżywiania części składowych. Potrawy nie powinny być również zbyt smakowicie przyrządzane, by nie sprowadzały przekarmienia i przekładanie mięsa nad inne potrawy. W arzywo m nie przypisuje H. żadnej specjalnej wartości. Za najlepszy, najbardziej naturalny i najzdrowszy uważa H., owoce. Z pokarmów zwierzęcych stawia na pierwszym miejscu, mleko. Z napojów, obok mleka, najlepszą jest woda. Z przepisów innych zaleca H., „nie jeść, o ile się nie jest głodnym“; „przestać

jeść, gdy głód został nasycony“; „przy stole nie należy rozmawiać, lecz żuć“. Należy jeść chleb i kartofle! owoce i marmolady!
(Hyg. Rundschau № 13—1916). *Dr A. Fruchtmann.*

7. W. Sternberg. **Istota łaknienia pod względem fizyologicznym.** Autor próbuje zanalizować pojęcie „łaknienia“ pod względem fizyologicznym. Nowoczesna medycyna naukowa widzi na wzór Pawłowa i jego szkoły, istotę łaknienia w wydzielaniu się soku żołądkowego. Określeniu temu przeczy odkrycie Bickela, że pobudzająco na wydzielanie się soku żołądkowego działają najrozmaitsze bodźce, nie tylko takie, które wywołują uczucie przyjemne, ale i takie, które wywołują wstręt.

W „apetycie“ należy rozróżniać rozmaite postacie. Kawa np. psuje łaknienie, tak iż po upływie niedługiego stosunkowo okresu czasu łaknienie kawy zostaje zaspokojone. Pożądanie więc nadmiernego spożywania kawy nie istnieje. Zupełnie odmiennie przedstawia się natomiast zprawa z alkoholem. Nie tylko prowadzi on do coraz to większego spożywania tej używki, ale pobudza łaknienie i na inne pożywki. Również słodczyce wywołują pożądanie ich większe, atoli wkrótce występuje uczucie sytości; słodczyce zatem psują łaknienie na inne pożywki. Wreszcie, co się tyczy środków gorzkich, to te działają wcale nie zachęcająco i nikt ich nie pożąda, a mimo to działają one pobudzająco na łaknienie w kierunku innych pożywek.

Łaknienie prawie że nie ma nic wspólnego z żołądkiem.

Jak w wielu sprawach fizyologicznych, tak i tu czynniki chemiczne bywają wogóle przeceniane, mechaniczne zaś — niedoceniane. Znaczenie tych ostatnich dla istoty „łaknienia“ wynika już choćby z tego, że najbardziej wydatnym zadaniem fizyologicznym sztuki kucharskiej jest ułatwienie mechanizmu trawienia, a nie chemizmu. Podobnie jak zasadnicze czynności kuchni polegają głównie na mechanicznych zmianach produktów spożywczych, znacznie mniej zaś na zmianach chemicznych, tak i w ułatwianiu fizyologicznych czynności trawiennych przez gotowanie artykułów spożywczych większy się kładzie nacisk na momenty mechaniczne, niż na chemiczne.

Wstręt jest to psychiczne uczucie niechęci, wyobrażające uczucie mięśniowe, wywołane zjawiskami, poprzedzającymi wymioty, a więc otwarciem pierścienia gardzielowego i zwieracza żołądka. Łatwo więc stąd wynioskować, że odwrotne uczucie psychiczne, — łaknienie, należy uważać za uczucie mięśniowe, przy czem czynność mięśniowa dotyczy tu przedewszystkiem otwarcia przedniego układu zatworowego przewodu trawiennego, przesmyka gardzielowego (isthmus faucum) i jamy ustnej.

Łechtanie podniebienia przez pożywki i używki powoduje

żywe ruchy polykowe. Pragniemy nawet tego uczucia. Natomiast to samo lechtanie miękkiego podniebienia lub nasady języka nie tylko nie wywołuje ruchów polykowych, ale przeciwnie wymioty.

O ile otwarcie tych pierwszych przewodów stanowi główny efekt fizyologiczny łaknienia, to tymczasem brak apetytu przedstawia pewnego rodzaju zwężenie ich. Autor, reasumując to wszystko, przychodzi do wniosku, że psychiczne uczucie łaknienia zależy od dwóch czynności fizyologicznych: od chemicznej, wydzielniczej ze strony slinianek i gruczołów żołądkowych oraz mechanicznej — mięśniowej.

(Zeitsch. f. physik. u. diätet. Therapie T. 11, str. 389).

Dr. A. Fruchtman.

8. V. Grafe. **Badania nad wartością cykoryi.** *Cykorya* niepalona nie zawiera ani garbnika, ani kwasu chlorogenowego; ani też jakiegokolwiek alkaloidu, zawiera jedynie *goryczkę*, która jest nią dzięki smakowi swemu, ale nie swym własnościom chemicznym. Goryczka ta przedstawia bardziej cechy glikosidu (lewulozy) w połączeniu z substancją aromatyczną typu Protokatechu. Podczas palenia korzenia cykoryi, obok substancji goryczkowych, zależnych od samego palenia, tworzą się *olejki empyreumatyczne*, które autor, przez analogię z powstającym przy paleniu kawy „Caffeolem“, nazywa „*Cichoreolem*“, powstałym, na podobieństwo Caffeolu z kompleksów węglowodanowych i białkowych korzeni cykoryi. Skład *Cichoreolu* jest następujący 63,5% kwasu octowego 5,44% kwasu waleryanowego, 2,5% akroleiny, około 2,3% furfurołu, około 23,25% furfuralkoholu, gdy substancji azotowych brak zupełnie. (*Caffeol*, według Erdmanna zawiera: 38% kw. octowego waleryanowego, acetonu, około 50% furfuralkoholu i furfurołu, małe ilości pochodnych furainu oraz ciał kreozotowych, około 8—10% substancji azotowych, dających reakcję pochodnych piridyny i nadających specyficzny aromat kawie).

(Hyg. Rundschau № 13—1916).

Dr. A. Fruchtman.

9. L. S. Palmer, L. H. Coolegda i C. H. Eckles. **Carotina—zasadniczy barwik naturalny tłuszczu mlekowego.** Lactochroma—barwik żółty żętycy, identyczny z urochromem, swoistym barwikiem żółtym normalnego moczu.

Żółte zabarwienie tłuszczu masła zależy bardziej od carotiny, niż od ksantofilu, barwików żółtych, stale towarzyszących chlorofilowi roślin zielonych. Barwici te przejmują krowa z paszy i wydzielają z tłuszczem, zawartym w mleku. Tem się też tłumaczy fakt, iż mleko zimą, gdy krowy karmione są przeważnie paszą suchą, bywa prawie bezbarwne. Rasa zwierząt wywiera bardzo niewielki wpływ na żółte zabarwienie tłuszczu mlekowego.

Również barwik tłuszczu ustrojowego krów, wydzieliny tłuszczowej skóry oraz siary usznej zależy od carotiny z mniejszą lub większą domieszką ksantofilu.

Lipochrom surowicy krwi u krów zależy również od carotiny z domieszką ksantofilu. Carotina znajduje się tu w postaci związku albuminowego, jako „karoto-albumina“, która odgrywa pewną rolę w tworzeniu się tłuszczu mlekowego, corpus luteum i t. p. u krów.

Carotina nie poddaje się w tym stopniu sokom trawiennym, co ksantofil, przyczem z proteinami surowicy krwi tworzy związki a tych własności ksantofil nie posiada.

Tłuszcz mleka kobycego zawdzięcza swe zabarwienie również carotynie i ksantofilowi. Barwik tłuszczu ustrojowego u człowieka jest identyczny z barwikiem tłuszczu mlekowego.

Drugim barwikiem mleka, spotykanym w żętycy jest „lactochrom“, według wszelkiego prawdopodobieństwa identyczny z żółtym barwikiem moczu.

(Hygien. Rundschau № 4—1916). *Dr. A. Fruchtman.*

Choroby zakaźne.

10. P. Schmidt. **Wskazówki higieniczne dla oddziałów chorób zakaźnych.** Autor zwraca uwagę na to, iż na oddziałach dla chorób zakaźnych niebezpieczeństwo szerzenia zarazków chorobotwórczych u niektórych chorych jest daleko większe, niż u innych, np. u chorych tyfusowych z płynnymi strzykającymi wypróżnieniami. Również w anginie chorych tyfusowych, zawarte w jamach ropnych migdałów łaseczniki tyfusowe mogą przy napadach kaszlu, drogą „infekcji kropłowej“ (Tröpfcheninfektion) (przez rozpylanie) grozić wielkiem dla otoczenia niebezpieczeństwem. Wreszcie, wymienienia autor, jako szczególnie niebezpieczne, w miociny chorych tyfusowych, zwłaszcza gdy te zawierają domieszkę żółci. S. radzi zatem ostrzegać usługę szpitalną przed tego rodzaju chorymi, uważając za pożądane wywieszać w tych razach nad łóżkiem chorego tablicę kolorową, by wypróżnienia takich chorych, pościel ich i bielizna były niezwłocznie po zdjęciu dezynfekowane.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1915). *Dr. A. Fruchtman.*

11. E. Wielmann. **Przyczynek do biologii wszy ubraniowej oraz zwalczanie jej.** Autor podaje swe spostrzeżenie nad wszami, hodowanymi przez przeciąg całych tygodni. — Łączenie się trwało 20—25 minut, osobnik męzki nie wysysa już wówczas krwi wcale i ginie. Wszy mogą być głodzone najwyżej 3 dni, wysysają one 2—3 razy dziennie po 0,6—1 cmm. krwi; ssanie trwa 3—5 minut. Przy każdym ssaniu zauważyć można faliste ruchy kiszki, stanowiące wyraźną oznakę życia, gdy inne członki stały się nieruchome.

Ciepłota 65° jest dla wszów bezwzględnie śmiertelną, natomiast wysokie stopnie zimna znoszą bez szkody. Środki do odwziania

powinny działać na ich organy oddechowe; do takich należą: olejki eteryczne, toluol, puder krezolowy, kwas siarkowy i chlor. Pływy nie przenikają przez ich pancierz, stąd też sublimat pozostaje bez wpływu. Osobniki żeńskie składają w ciągu 12—14 dni codziennie po 5—6 jaj, przyklepiające się do szwów odzieży natychmiast wskutek twardnienia wydzielonej substancji klejowej. Po ustaniu składania jaj osobnik ginie. Jaja przejrzyste, potrzebujące do swego rozwoju 6—7 dni, posiadają 2 powłoki, z których zewnętrzna bywa twarda, gładka i dla płynów nieprzenikalną; gazy przenikają ją.

Dlatego też dla niszczenia jaj, oprócz gorąca, potrzeba, tak jak to ma miejsce przy wszach, środków w postaci pary działających. Wymrażanie nie zabija jaj. Prasowanie szwów ubrania gorącym żelazkiem stanowi dobry środek pomocniczy. Oznaką zamierania jaj jest kurczenie się zewnętrznej ich powłoki.

(Hyg. Rundschau № 15—1916).

Dr A. Fruchtman.

Hygiena i medycyna wojenna.

12. B r e g e r. **Epidemie podczas wojny dawniej, a dziś.** Autor maluje w żywych kolorach spustoszenia, jakie czyniły epidemie wśród wojsk oraz wśród ludności miejskiej podczas rozmaitych wojen, a mianowicie wstrzymanie pochodu Napoleona w r. 1798 z powodu wybuchu dżumy w Egipcie i tyfusu głodowego w r. 1812 w Rosji. Następstwem tego były wybuchy epidemii tyfusu płamistego w Niemczech w r. 1813. — W wojnie Krymskiej w r. 1854—1856 cholera i tyfus płamisty pochłonęły mnóstwo ofiar. — Na szybkie zakończenie wojny w r. 1866 wpłynęło wybuchnięcie cholery wśród wojsk, która zabrała wśród ludności niewojującej 120,000 ofiar. — W wojnie w r. 1870/71 szczepione wojsko niemieckie straciło 440 osób na ospę, nieszczepione francuskie — 23,400; atoli wśród nieszczepionej ludności niemieckiej zabrała ospa 162,000 ofiar, co było pobudką do wprowadzenia prawa przymusowego szczepienia 8 Kwietnia 1874 r. Czerwonka i tyfus przyprawiły wojsko niemieckie o pewne straty, wszystkie jednak przypadki śmierci wskutek chorób nie dosięgały cyfry zejść śmiertelnych wskutek ran.

Podczas wojny rosyjsko-tureckiej w r. 1877/78 oraz rosyjsko-japońskiej 1904 r. panował tyfus wysypkowy, podczas wojny bułgarskiej 1899—1900 oraz podczas powstania Hererów — tyfus, podczas wojny bałkańskiej 1913 — cholera.

I w wojnie obecnej istniało niebezpieczeństwo przeniesienia do Niemiec cholery, tyfusu brzuszego i płamistego, atoli prace R. Kocha udzieliły wskazówek, jak chorobom tym przeciwstawić się należy.

O strasznych spustoszeniach w Serbii w r. 1914 przez tyfus wysypkowy dochodzą wstrząsające wieści; natomiast wojsko nie-

mieckie w pochodzie swym przeciw Serbii w r. 1915 w ogóle nie cierpiało od żadnych chorób. Austria poniosła wskutek cholery i tyfusu plamistego duże ofiary, Niemcy jednak bardzo niewielkie, stosując przeciw tym chorobom szczepienia ochronne, zarządzenia sanitarne, a zwalczając robactwo, stały się panem tyfusu plamistego. Wojna obecna dała Państwu Niemieckiemu ogromne wyniki nie tylko pod względem militarnym, ale również pod względem higienicznym.

(Deutsch. Revue. Marzec, 1916).

Dr A. Fruchtman.

Wiadomości z ruchu i potrzeb higieny i medycyny krajowej.

1. Lekarz, jako kierownik wielkiego szpitala.

Odczyt dra med. O. Hewelkego.

Pod tym tytułem wypowiedział autor rzecz wszechstronnie opracowaną w d. 23—1. r. b. w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim.

Autor broni tezy, że odpowiednim kierownikiem szpitala może być jedynie lekarz. Wynika to ze stosunku lekarza do chorego, czego najprostszą formę przedstawia stosunek lekarza do chorego w domu prywatnym; dalszą postacią rozwoju tego stosunku stanowi szpital mały, którego kierownictwo bywa bez żadnych kwestyi powierzane lekarzowi.

W wielkim szpitalu różnice są tylko ilościowe, jakościowo nie ma tu nic nowego.

Wyrośnięcie gałęzi gospodarczych w szpitalu wielkim do rozmiarów nieraz przedsiębiorstw przemysłowych doprowadza sąd powierzchowny do porównań szpitali z fabrykami, wymagających od kierowników specjalnych technicznych i finansowych uzdolnień.

Ale zapomina się o różnicy zasad finansowych i o tem, że kierownik szpitala musi po za znajomością higieny i medycyny być przeniknięty duchem nakazu „salus aegroti suprema lex esto“, którą zrozumieć i odczuć może tylko lekarz. Ustawa z r. 1842 oddaje kierownictwo szpitala lekarzowi, zasada ta uległa spaceniu przez prawo 1870 r.

Zdania lekarzy naszych, którzy w tej sprawie głos zabierali stoją na tymże gruncie.

W Niemczech myśl, że kierownikiem szpitala powinien być lekarz popierana jest w odnośnej literaturze i wchodzi coraz szerzej w życie praktyczne.

W końcu autor zaznacza zakres obowiązków lekarza dyrektora wielkiego szpitala i sposób sprawowania jego zarządu.

W stosunku do oddziałów szpitalnych—wobec samodzielności ordynatorów w zakresie leczenia i gospodarstwa na oddziałach — wykonywa nadzór ogólny, o charakterze konsultacyjnym, odnośnie kierunku leczenia, ruchu chorych i wogóle biegu pracy na oddziale.

Sprawowanie swego zarządu wykonywa w zasadzie na podstawie działania kolegjalnego, przez komisye pod jego przewodnictwem, przyczem orzeczenia komisyi mają moc postanowień decydujących.

Kontrolę nad kasą, rachunkowością, majątkiem zakładu i wydatkowaniem w granicach budżetu wykonywa komisya z przedstawicieli Zarządu miasta.

Dla możności spełnienia tych licznych obowiązków, mających charakter ciągłego nadzoru nad sprawnością wszelkich funkcji zakładu — lekarz-dyrektor winien mieszkać na miejscu.

Prowadzenie oddziału szpitalnego pozostawia się jego osobistemu uznaniu.

2. Działalność Sekcyi Hygieny Szkolnej za Listopad i Grudzień 1916 r.

W ciągu Listopada i Grudnia lekarze szkolni dokonali 2150 wizyt w 845 oddziałach i zaszczepili ospę ochronną 12907 uczniom, dokonano badań indywidualnych całkowitych 2626, badań indywidualnych poszczególnych 7002, zważono i zmierzono 3931 uczni.

W ambulatoriach Sekcyi udzielono porad uczniom: w chorobach wewnętrznych 478, chirurgicznych 263, nosa, gardła i uszu 271, skórnych 397, ocznych 737. W tej liczbie zbadano wad refrakcyi 181.

Dentystycznych porad udzielono 12136, w tej liczbie: założono plomb 3346, dokonano ekstrakcyi 2125, zupełnie doprowadzono do porządku jamę ustną u 1677 uczniów.

Wykapano dzieci w okresie sprawozdawczym: w kąpielisku na Stawkach 3932, przy ul. Dzielnej № 67 1324, przy ul. Wojskiej, róg Syreny 7613, przy ul. Chmielnej № 91 7403, nd Pradze 5637, w kąpielisku szkolnem przy ul. Drewnianej 5464, w kąpielisku szkolnem przy ul. Szerokiej 1812, przy ul. Mylnej 2950, przy ul. Olesińskiej 1700, w Instytucie Lenwała 445, przy ul. Zagórnej 300. Razem 38780.

Dzieci otrzymywały mydło, ręczniki przynosiły same, w niektórych kąpieliskach były strzyżone.

Wydano dzieciom z funduszów Sekcyi i z ofiary 25 rb. p. Stanisława Hirsza w. ciągu Listopada i Grudnia 13 par okularów.

I ZJAZD MEDYCYNY WOJSKOWEJ POLSKIEJ.

SPRAWOZDANIE.

Na pierwszy Zjazd, poświęcony medycynie wojskowej polskiej przybyło około 300 uczestników, w tej liczbie spora liczba lekarzy legjonowych.

Zjazd odbył się 2 i 3 b. m. w sali teatru anatomicznego Uniwersytetu warszawskiego przy ul. Chałubińskiego. Zorganizowany został przez Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Zebrań zagał prezes komitetu organizacyjnego dziekan wydziału lekarskiego na uniwersytecie warszawskim, prof. Leon Kryński pięknym przemówieniem, zakończonym temi słowy:

„Każdy z nas, kto miał do czynienia w lecznictwie z materiałem wojennym, wie jakie bogactwo postaci on przedstawia, jaką kopalnię przyczynków naukowych znaleźć w nim można. To też cieszymy się szczerze, widząc tu dzisiaj tak liczny zastęp kolegów wojskowych, którzy pracując wśród tak odmiennych warunków wojennych, zebrali bogaty materiał spostrzeżeń, któremi podzielią się z nami. Znajdziemy z pewnością sporo zagadnień, których wspólne rozpatrzenie doda niejedną cegiełkę do gmachu naszej nauki, rzuci niejeden promień światła na zagadnienia medycyny wojskowej. Z hasłem więc, „nauka polska dla polskiej armii“, otwieram zjazd dzisiejszy.“

Następnie, przewodniczący zaproponował do prezydium na prezesa d-ra Władysława Stankiewicza, jako jednego z najstarszych i ostatnich lekarzy, którzy należeli do organizacji pomocy lekarskiej w powstaniu 1863 r., na wice-prezesów: d-rów W. Rogalskiego i Emila Bobrowskiego, lekarzy-legjonistów, oraz na sekretarzy d-rów: Adamskiego, Lipskiego, Korolewicza, Stefanowskiego i Strońskiego.

Pierwszy głos zabrał dr Wł. Stankiewicz. Dziękując za zaszczyt powołania go na prezesa pierwszego Zjazdu, poświęconego szczerzemu posłannictwu niesienia pomocy lekarskiej obrońcom Ojczyzny, uważa, iż zaszczyt spotkał go dlatego, iż szczęśliwy los dał mu dożyć chwili, w której Polska odzyskuje niepodległość.

W imieniu Rady Stanu powitał Zjazd w dłuższem przemówieniu p. Michał Łempicki.

Następnie, powitał Zjazd imieniem Uniwersytetu warszawskiego J. M. rektor dr Józef Brudziński.

Burmistrz Chmielewski witał Zjazd imieniem Magistratu m. Warszawy.

Imieniem Rady miejskiej wypowiedział powitanie prezes mec. Adolf Suligowski.

W końcu, imieniem Warszawskiego Tow. Lekarskiego mówi dr A. Sokołowski, sekretarz stały tegoż.

Powitania wywołały nastrój podniosły, ze wszystkich mów tchnęła radość, iż w murach, gdzie do niedawna rozbrzmiewała mowa obca, dokonywa się dzieło, poświęcone wynikom prac uczonych polskich.

Mówców darzono rzęsiestymi oklaskami.

Odczyty.

Pierwszy referat wygłosił dr Wacław Męczkowski, przedstawiwszy zarys dziejów pomocy lekarskiej w armii polskiej.

Referent sięgnął do czasów najdawniejszych, kiedy zorganizowana pomoc była dopiero w zarodku i zatrzymał się dłużej na akcji ratunkowej w rewolucyi 1831 i powstaniu 1863 roku.

W obu tych walkach charakter pomocy lekarskiej był odmienny w 1831 r. prawidłowa i regularna wojna umożliwiała i rozwinięcie w dużym stopniu zadawalniające pomoce rannym. Napływające fale rannych z pola bitew znajdowały miejsce w szpitalach, domach prywatnych i pałacach.

Inaczej w powstaniu styczniowym — tu rannych trzeba było ukrywać, bo inaczej groziło im stracenie, wobec czego akcja ratunkowa była niezmiernie utrudnioną i zahamowaną. Nie tylko bowiem ranni musieli się ukrywać, ale i leczący ich zarówno lekarze, jak felczerzy i sanitaryusze, wszyscy narażeni byli na zemstę. A jednak nawet w tych okropnych warunkach szereg lekarzy od tego obowiązku się nie uchylał. Jednym właśnie z takich cichych bohaterów obowiązku był dr Wł. Stankiewicz, przewodniczący Zjazdu.

Drugim referentem był dr Antoni Stefanowski, który mówił o obecnym stanie pomocy lekarskiej w legionach polskich.

W miarę zwiększania się ilości potyczek i bitew, w których legiony brały udział, zwiększała się ilość rannych, potrzeba sprawnej pomocy lekarskiej stawała się coraz więcej naglącą. Już w bitwie „pod Laskami“ więcej niż 100 było rannych legionistów, pod Krzywopłotami — 300, grupa bitew podhalskich jeszcze ilość zwiększa, w miarę tego wzrostu rannych praca lekarzy stawała się intensywniejszą, rozwijali energię, nie szczędzili trudów i pracy, byle nieść pomoc, ratunek, ulgę.

Prof. Loth i dr Bobrowski zaznajomili uczestników zjazdu ze współczesnymi potrzebami lekarskimi armii polskiej.

Potrzeby te sprowadzają się do postulatu zasadniczego do odrębnego szpitalnictwa polskiego. To dopiero pozwoli postawić sprawę leczenia rannych i chorych na poziomie właściwym, należytem i w tym kierunku szły i idą usiłowania.

Dr Zygmunt Szymanowski opowiedział o walce z chorobami zakaźnymi. Wyliczywszy różne czynniki tej walki, jak badanie wody, dezynfekcyja, dbałość o pożywienie i higieniczne warunki, prelegent omówił najważniejszy z tych czynników, jakim jest szczepienie ochronne przeciw tyfusowi i cholercze.

Dr Leon Karwacki w sali wykładów histologicznych pokazał pod mikroskopem zarazki tyfusu plamistego, poprzedziwszy pokaz wykładem.

Rozprawy. Dr. W. Męczkowski czyni uwagi, że szpitale legionów są zakładane w tych samych miejscach, w których niegdyś były nasze szpitale wojskowe, powtarza się zjawisko, że lekarze wojskowi polscy, zarówno w wojnie obecnej, jak w wojnie 1830 — 31, oraz w czasach Ks. Warszawskiego, brali bezpośredni czynny udział w walkach, byli czynni na froncie. Następnie, podkreślić należy słowa prof. Lotha o wpływie pomocy lekarskiej na stan duchowy żołnierza, na jego energię, co jest nader ważnym czynnikiem powodzenia armii. Ten fakt podkreślał już Kaczkowski, szef służby lekarskiej w wojnie 1830 r. Wreszcie, dr. W. M. stwierdza, że energiczna akcyja zapobiegawcza, co do chorób zakaźnych, stosowana racjonalnie przez służbę zdrowia, zapobiega skutecznie epidemiom w wojskach legionów i armii państw centralnych.

Dr S. Rudzki podaje opis jedyne go szpitala przeznaczonego wyłącznie dla legionów, nasamprzód, w Kamińsku, potem w Kozienicach, ostatnio przeniesionego do Dębina. Przez szpital ten przeszło około 3.000 chorych z frontu i kadrów, następnie mówi dr. Rudzki o gruźlicy wśród legionistów, której rozmiary określa stopniowo, w miarę trwania wojny $\%$, w taki sposób: z początku 20 $\%$, później 30 -- 40 $\%$, ostatnio 50 $\%$ chorych.

W drugim dniu zjazdu pierwszy referat wygłosił dr. Władysław Jakowicki o chirurgii polowej na frontach armii, wypowiadając rozmaite życzenia w sprawie polepszenia leczenia i niezbędności, między innymi, urządzenia łóżek polowych z powołaniem chirurgów.

Dr. A. Zaremba wypowiedział referat, oparty na materyale ze szpitala legionów w Lublinie z ostatnich 11-tu miesięcy, oraz podzielił się ze słuchaczami reminiscencyami i doświadczeniem, nabytem w czasie działalności chirurgicznej od początku wojny w szpitalu fortecznym w Krakowie.

Referat swój dr. Zaremba uzupełnił pokazami zdjęć roentgenowskich, oraz aparatu używanego do unieruchomienia ręki przy złamaniach w ten sposób, żeby mieć dostęp wolny do ran. Ilustrował również swój odczyt prelegent tablicami statystycznymi i zalecał odpowiadająco spreparowaną szynę, unieruchamiającą głowę po trepanacyi.

Dr. A. Domaszewicz podzielił się ze zjazdem kilkoma uwagami o leczeniu ran postrzałowych czaszki w polu i warunkach,

w jakich często zachodzi potrzeba operacji. Zazwyczaj odbywa się to w izbach chłopskich, które, oczywiście, koniecznie trzeba przedtem odpowiednio zmienić i przygotować.

Chirurdzy drzy: L. Kryński, Fr. Kijewski, J. Borzymowski omawiali szczegółowo rany wogóle postrzałowe, rany klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Na popołudniowym zebraniu wygłoszone zostały referaty d-rów M. Kapelnera, J. Stopczańskiego o chorobach wenerycznych w legionach polskich i d-ra Wernica o tych chorobach w czasie wojny i pokoju.

Dr. Boguszewski mówił o rozwoju fizycznym żołnierzy i w swej praktyce stwierdził znaczną ilość niedorostków i dzieci w legionach, powtóre duży odsetek wśród nich chorych wenerycznych. Jako wniosek dr. Boguszewski żąda przeprowadzenia badania według karty indywidualnej każdego legionisty.

Na próchnicę zębów zwrócił uwagę dr. Szalit, podkreślając, że zabiegi w tym względzie w wojsku legionowym leżą odłogiem.

Wygłoszone były jeszcze referaty o chorobach ucha na wojnie przez d-re M. Hertza, o metodach wyjaławiania wody i mleka przez d-ra T. Herynga, omówiono sprawę inwalidów i protez. Dr. Z. Grudziński zakończył obrady zjazdu pokazem roentgenograficznym w sprawie działania pocisków i lokalizacji ich w ciele ludzkim.

W zakończeniu Zjazdu wysłano w imieniu Zjazdu telegram do d-ra Augusta Kwaśnickiego w Krakowie, jako do jednego z nielicznych już weteranów powstania styczniowego.

Ostatniem słowem było krótkie przemówienie prof. L. Kryńskiego, który przypomniał napis, wryty na frontonie uniwersytetu w Nowym Jorku: „ex litteris libertas“, co w naszych warunkach obecnych, zdaniem przewodniczącego Zjazdu, winno znaczyć: niech żyje nauka i armia!

Tegoż dnia odczytano szereg wniosków Zjazdu treści następującej:

1. Zjazd wyraża życzenie, aby w celu zabezpieczenia dostatecznej i umiejętnej opieki lekarskiej rannym i chorym żołnierzom wojska polskiego lekarze polacy jaknajliczniej wstępowali do armii polskiej.

2. W obec odczuwanego w Królestwie braku lekarzy, ponieważ wielu z nich musi pozostawać w szpitalach cywilnych większych miast, Zjazd wyraża życzenie, aby przy organizacji pomocy szpitalnej użytkowano w charakterze ordynatorów i konsultantów lekarzy cywilnych, którzy do służby iść nie mogą.

3. Zjazd wyraża żądanie, aby przy organizowaniu armii polskiej poczynione zostały wszystkie możliwe starania o ustanowienie szpitali wojskowych polskich, podlegających jedynie zarządzeniom sztabu polskiego.

4. Pożądane jest utrzymywanie stałego związku pomiędzy lekarzami cywilnymi i wojskowymi przez odpowiednią Komisję stałą.

5. Prezydium Zjazdu zechce zwrócić się z prośbą, aby Wydziały lekarskie uniwersytetów: Jagiellońskiego i Lwowskiego zorganizowały wykłady z zakresu medycyny polowej dla słuchaczy medyków wyższych semestrów.

6. Konieczne jest zorganizowanie dobrej pomocy dentystycznej na tyłach i na froncie armii pod kierunkiem dobrych lekarzy-dentystów; przy oddziałach chirurgicznych winny być urządzone gabinety dentystyczne oraz pracownie dla przygotowania protez etc.

7. Należy utworzyć w Warszawie organizację centralną dla przygotowania służby pomocniczej lekarskiej). Organizacja ta będzie miała prawo tworzenia filii na prowincyi.

8. Potrzeba stworzyć dla zwalczania chorób wenerycznych wśród wojska polskiego odpowiednie szpitale i oddziały lecznicze. Powołać odpowiednich specjalistów konsultantów do odwiedzania w pewnych odstępach czasu garnizonów i obozów wojskowych. Pouczać żołnierzy za pomocą pogadarek i przepisów o niebezpieczeństwie zarazy i środkach zapobiegania. Umożliwić wszędzie badanie mikroskopowe i serologiczne.

9. Zorganizować kursy dopełniające dla lekarzy wojskowych w zakresie różnych specjalności.

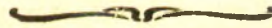
10. Uwzględnić w szerszym zakresie leczenie chorób uszu, powołać otiatrów do leczenia cięższych przypadków chorób ucha już na froncie, stworzyć na tyłach odpowiednie oddziały dla leczenia przypadków cięższych, przysyłanych z frontu, oraz dla badania rekrutów.

11. Zorganizować opiekę państwową nad inwalidami wojennymi w czasie jaknajszybszym i stworzyć dla nich szkołę odpowiednią.

12. Zakładać sanatoria dla żołnierzy suchotników.

13. Ustalić w armii polskiej prowadzenie ścisłej statystyki i listy strat oraz badać systematycznie rozwój żołnierza polskiego.

14. Zbierać materiały do historii służby zdrowia w Legionach.



Z Towarzystwa Hygienicznego Warsz.

Rada W. T. H.

Protokół posiedzenia Rady z dnia 5 Czerwca 1916.

Przeczytano i przyjęto protokoły posiedzeń Rady z dnia 18 i 24 Kwietnia i 5 Maja, oraz zatwierdzono protokół Ogólnego Zebrania z 5 Kwietnia r. b. Dokonano wyborów prezydium Rady, mianowicie na prezesa wybrano d-ra J. Polaka, na wice prezesa d-ra Jana Bączkiewicza na sekretarza d-ra W. Dąbrowskiego i na skarbnika d-ra J. Szwajcera.

Na członków rzeczywistych Towarzystwa przyjęto: d-ra Juljusza Malecińskiego, d-ra Bolesława Dębińskiego, d-ra Feliksa Erbricha, dr. Jadwigę Oyrzanowską, adw. przys. Józefa Kulwiecia i d-ra Maurycyego Hertza.

Przeczytano i przedyskutowano wnioski Wydziału Przeciwgruźliczego co do 1) obowiązkowej rejestracji chorych gruźliczych, 2) powiększenia liczby miejsc w szpitalach dla chorych w daleko posuniętych okresach gruźlicy, 3) urządzenia w Mieni 300 miejsc dla chorych we wczesnych okresach gruźlicy. O urczywistnieniu dwóch ostatnich wniosków postanowiono wystąpić do Wydziału szpitalnictwa, pierwszy zaś wniosek postanowiono omówić jeszcze na większym zebraniu, na które materiał do dyskusji przygotowuje Prezydium Wydziału Przeciwgruźliczego, doproszając jeszcze do swego grona parę osób.

Liczne prace, które Towarzystwo dotąd wykonało w sprawach dotyczących samorządu postanowiono zebrać i wykonać pracę nad ułożeniem szkicu wzorowej organizacyi sanitarnej kraju w porozumieniu z Centralną Radą Opiekuńczą.

Przygotowania szkicu, który przed oddaniem Radzie będzie przedyskutowany w mniejszej Komisji, podjął się dr. Polak.

Postanowiono udzielić małej sali na odczyt dr. Bukowskiej, urządzony 21 b. m. przez Komisję Rozpowszechniania Wskazań Zdrowotnych.

Postanowiono wysłać podziękowanie Tow. Lekarskiemu i bibliotekarzowi dr. Zwejbaumowi za udzielenie dubletów, oraz Kasie Mianowskiego za nadesłane do biblioteki wydawnictwa. Zasiągnięcia dokładniejszych wiadomości, co do legatu ś. p. Manna w sumie 3000 rb. na rzecz Tow. Hygienicznego, podjął się mecenas Biskupski.

Z posiadanej gotowizny 1300 rb. postanowiono wypłacić firmom a conto należności za budowę i drukarni. Postanowiono zamówić w Sekcyi Opałowej 3500 pudów koksu dla centralnego ogrzewania.

Wydział wychowawczy.

Protokół posiedzenia w d. 27 października 1916 r.

Na porządku dziennym znajdował się referat d-ra W. Kosmowskiego, p. n. Rozbiór budżetu miejskiego w dziale wydatków na oświatę w r. 1916.

Zaprojektowany budżet m. Warszawy na r. 1916 przewiduje w wydatkach poważną sumę 44.026.593 rub., na którą składają się trzy zasadnicze pozycje: wydatki zwyczajne 22.232,267 rub., wydatki zwrotne 210.357 rub. i wreszcie wydatki nadzwyczajne 21.583.969 rub. Pozycja wydatków na oświatę zamieszczona jest oczywiście w wydatkach zwyczajnych i wynosi sumę 2.069.619 rub., a więc stanowi ona 9,3 proc. ogólnych wydatków zwyczajnych. Ten stosunek procentowy, jakkolwiek daleki od tego, jaki spotykamy w krajach zachodnich o wysokiej kulturze, jak np. w Danii lub Szwecyi, to jednak wobec 6 procent, przeznaczonych na ten cel, jeszcze przed 8-iu laty, jest już bezwątpienia postępem nielada.

Ale efektywniejszem jest na pierwszy rzut oka porównanie pozycji budżetowej na wydatki oświatowe w r. 1916 i 1908, mianowicie podczas kiedy w r. b. budżet przewiduje na ten cel sumą 2.069.619 rub., w 1908 r. — na te same wydatki przeznaczono zaledwie 479.093 rub., czyli że dziś miasto wydaje na oświatę przeszło 4 razy więcej, aniżeli przed laty 8-iu. Należy jednak nie zapominać, że i ogólny budżet wydatków zwyczajnych powiększył się w tym okresie czasu prawie trzykrotnie, w roku bowiem 1908 wynosił on zaledwie 7.612.424 rub.

Z powyższego łatwo przekonać się można, że jakkolwiek na ogół suma przeznaczona na wydatki oświatowe w 1916 roku, jest, szczególnie w porównaniu z dawniejszemi, względnie wysoka, to jednak wobec zwiększenia się wszystkich wydatków w stosunku trzykrotnym, daje ona w rezultacie zbyt małe podwyższenie, zwłaszcza wobec naglącej potrzeby podniesienia oświaty i gwałtownej konieczności wytepienia u nas analfabetyzmu.

Przechodząc do poszczególnych pozycji wydatków oświatowych, przewidzianych w budżecie miejskim na r. 1916, widzimy, że pozycji tych jest 15, z których 9 uwzględnia właściwe szkolnictwo, pozostałe 6 są to stypendya i zapomogi, udzielane instytucjom kulturalno-oświatowym. Te ostatnie wynoszą 48.400 rb., czyli, że właściwe wydatki na cele szkolnictwa wynoszą 2.621.219 rb., z czego na wychowanie przedszkolne (ochrony i żłobki) przeznaczono 39.622 rb., na szkoły początkowe 1,430.717 rb., na średnie—169.266 rb., na zawodowe—96.630 rb., na wyższe—72.125 rb., na bursy dla dorosłych 135,368 rb., na zajęcia pozaszkolne, wychowanie fizyczne—20.506 rb., na pomoc dla

szkolnictwa polskiego—18.626 rb., i wreszcie na biuro Wydziału szkolnego — 38,959 rb.

Budżety Wydziału szkolnego są układane od 1 Sierpnia jednego roku do 31 Lipca roku następnego, czyli na rok szkolny, a ogólny budżet miejski od 1 Stycznia do 31 Grudnia każdego roku, czyli na rok kalendarzowy, wobec tego istnieją pewne różnice, zresztą niezbyt wielkie, w cyfrach poszczególnych pozycji wydatków oświatowych w budżecie ogólnym miejskim, a preliminarzowym budżecie oświatowym na rok szkolny. Różnice te powstają z powodu wadliwej kalkulacji przystosowania roku szkolnego, do roku kalendarzowego. W każdym razie budżet na 1916—17 rok szkolny przewiduje sumę wydatków na szkoły początkowe na 1.478.444 rubli.

Otóż ta ostatnia cyfra dzieli się na 11 działów, mianowicie: a) szkoły początkowe typu normalnego, których dotychczas istnieje oddziałów 686 (jeszcze 50 ma powstać wkrótce, na co przeznaczono 34.000 rb.) z liczbą około 30.000 dzieci, pobierających w nich naukę 700 nauczycieli, koszty — rb. 1.055.974, z czego wynika, że koszt nauki jednego dziecka wynosi rocznie czterdzieści kilka rubli; b) szkoły 4-o klasowe, których jest 5 z 1000 wychowanców 70.000 rb.; c) 60 szkół dla terminatorów rzemieślniczych — 20.640 rb.; d) szkoła dla niedorozwiniętych — 7.600 rb.; e) kursy pedagogiczne — 8.500 rb.; f) subsydia dla szkół społecznych—100.000 rb.; h) dozór higieniczno-lekarski — 29.330 rb.; h) dozór gospodarczy — 6.000 rb.; i) szkoły początkowe i ochrony na przedmieściach — 140.000 rb.; k) zapomogi dla nauczycieli — 30.000 rb.; i wreszcie l) kapiela bezpłatne dla uczniów — 10.000 rb.

Z zestawienia tych cyfr wynika, że ze względu na duże, bo przeszło 2 milionowe budżetu oświatowego, zaledwie 50 proc., czyli mało co więcej jak milion rubli, przeznaczane jest na szkolnictwo początkowe w ścisłym znaczeniu tego słowa.

W rezultacie przy trzykrotnem, a nawet czterykrotnem powiększeniu sumy na wydatki oświatowe, miasto nie zyskało wcale albo bardzo niewiele nowych jednostek oświatowych (szkolnych), będących nieodzownym warunkiem walki z analfabetyzmem i jednocześnie środkiem do wprowadzenia w życie uchwały o powszechnem nauczaniu. Wielka część budżetu oświatowego składa się z zapomóg, udzielanych istniejącym już dawniej zakładom naukowym, lub przyjętym na koszt kasy miejskiej, czyli innymi słowy: zmieniała się kieszeń, utrzymująca szkoły, — społeczeństwo jednak zyskało nieproporcjonalnie mało nowych jednostek oświatowych.

Nie odmawiając prawa do otrzymywania zapomóg z funduszy miejskich poszczególnym zakładom naukowym i oświatowym, by-

łoby jednak bardzo pożądanem, aby to działo się pod warunkiem przedstawienia przez nie szeregu sprawozdań z ostatnich lat swej działalności w celu sprawdzenia i przekonania się, czy rzeczywiście zasługują one na poparcie ze strony miasta. Niektóre zaś zapomogi, udzielane instytucjom oświatowym i kulturalnym ogólniejszego znaczenia, będącym dawniej subsydiowanymi lub utrzymywanymi na koszt rządu, z czasem gdy warunki ogólnokrajowe się unormują, powinny być całkowicie skreślone z budżetu miejskiego, jako niesłusznie go obciążające, jak np. zapomogi dla Kursów rolniczych, dla Instytutu Muzycznego i t. d. Na przyszłość należałoby także życzyć sobie, aby przy budżecie szkolnym figurował imienny spis instytucyj, korzystających z subsydjów miejskich, wykluczający wszelkie zakłady, prowadzone w celach dochodowych.

W zamian za to należałoby przeznaczać w budżetach odpowiednie sumy na zakładanie i prowadzenie miejskich seminariów nauczycielskich, gdyż już dziś daje się odczuwać wielki brak nauczycieli szkół początkowych odpowiednio wykwalifikowanych, a cóż dopiero będzie, gdy powszechne nauczanie istotnie w życie wchodzić zacznie.

Według prelegenta przy układaniu budżetu miejskiego, na r. 1916 nie kierowano się żadną polityką zadawalniania najgłówniejszych potrzeb ludności miejskiej, a ztąd powstało błędzenie po manowcach nieodpowiednio umormowanych cyfr budżetowych.

Na zakończenie analizy budżetu oświatowego dr Kosmowski podkreślił z uznaniem postanowienie, podobno, przez Wydział szkolny spisu dziatwy w wieku szkolnym, zaznaczając, że dopiero wyniki tego spisu dadzą prawdziwy obraz potrzeb szkolnictwa w naszym mieście.

W ożywionej Dyskusji zabrali głos p. A. Pułjanowski, mec. Biskupski i dr Hewelke. Pan Pułjanowski zaznacza, że chcąc uczyć wszystkie dzieci, należałoby mieć więcej nauczycieli, jest również tego zdania że w budżecie miejskim jest za mało zasiłku dla seminariów, miasto powinno by założyć na początek chociażby jedno seminarjum miejskie.

Mec. Biskupski zwraca uwagę, iż co do etatu na nieprzewidziane wydatki Wydziału szkolnego, to może pozycya ta zostanie zwiększona po dokonaniu spisu jednodniowego dzieci w wieku szkolnym, do którego jak wspomniał prelegent, Wydział szkolny ma zamiar przystąpić; dawniej spisu takiego zrobić nie było można.

Przewodniczący: *W. Kosmowski.*

Sekretarz: *Matylda Biehler.*



PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Dr med. Matylda Biehler. **Podręcznik higieny**, z rycinami w tekście. Warszawa. Nakład Gebethnera i Wolffa, 1916, str. 384.

Podręcznik higieny obejmuje XII rozdziałów, w których autorka szczegółowo rozpatruje zasady higieny ogólnej, osobniczej i społecznej, a więc: powietrze, wodę, grunt, mieszkanie, ogrzewanie, oświetlenie, przewietrzanie, usuwanie odpadków, grzebanie zwłok, odżywianie, odzież, choroby zakaźne, szkołę, higienę zawodową oraz instytucje i zakłady użyteczności publicznej. Wszystkie rozdziały ilustrowane są licznymi rycinami, które ułatwiają czytelnikowi orientowanie się szybko w poruszanych przez autorkę sprawach. W rozdziałach tych znajdujemy zarówno ściśle wskazania naukowe, jakoteż i wskazówki praktyczne, oparte często na własnych badaniach, odnosi się to zwłaszcza do działu odżywiania.

Znajdujemy jednakże w książce i pewne usterki, wynikłej może z przeoczenia, jak np. oznaczenie cm^3 zamiast m^3 ; niedomówienie, że wagi znajdują się także w mięsie wieprzowem. studnie abisyńskie mylnie zidentyfikowano z artezyjskimi i t. d.

W książce tej należy podkreślić dodanie wszystkich ważniejszych wskazań i przepisów higienicznych, wydanych przez nasze instytucje społeczne w latach 1914—1916, co pozwalało na zebranie w jedną całość tak cennego naszego materiału popularyzacyjnego; nie mniej uwagi godnym jest charakter swojski podręcznika. Autorka przeznaczając książkę dla ogółu polskiego i dla tego uwzględniła w niej nie tylko nasze stosunki, nasze piśmiennictwo higieniczne, lecz wszystkie instytucje społeczne polskie o charakterze społeczno-higienicznym.

Ta okoliczność sprawia, że dziełko drowej M. Biehlerowej; uważać trzeba za książkę nie kompilacyjną, zapożyczoną z obcego piśmiennictwa, lecz za pracę oryginalną, opartą na materiale, na badaniach i poszukiwaniach autorów polskich, w liczbie tej i samej autorki.

Dla przykładu, w jak staranny sposób autorka „Podręcznika Higieny“, uwzględniła literaturę polską, przytoczymy, że wywody swoje oparła między innymi na 54 rozprawach i pracach z najrozmaitszych dziedzin higieny, drukowanych w organie W. T. H. miesięczniku „Zdrowie“. Jednocześnie dr M. Biehlerowa posiłkuje się, jak i w wielu innych swych pracach, umiętnie, literaturą obcą.

„Podręcznik Hygieny“ dra M. Biehlerowej swym układem, treścią, sposobem przedstawiania rzeczy, posiada cechy i zalety książki bardzo pożytecznej i zasługuje na szerokie rozpowszechnienie. Nadaje się on zwłaszcza do wykładów w średnich zakładach naukowych, w seminariach nauczycielskich, dla młodzieży w pewnych szkołach specjalnych, jak technicznych, dentystycznych i t. p.

Dr J. S. J.

2. **Kalendarz Towarzystwa Przeciwgruźliczego 1917** pod redakcją Bronisława Koskowskiego. str. 118. Warsz. Tow. Przeciwgruźlicze wydało na rok bieżący kalendarz. Jest to u nas pierwsze wydawnictwo tego rodzaju. Na zaproszenie Tow. nadesłali swe prace do kalendarza między innemi: Or Ot, Zdzisław Dębicki, dr Alfred Sokołowski, dr Józef Jaworski, dr O. Hewelke, dr J. Szmurło, dr Władysław Chodecki, dr Władysław Dębiński, P. Boczkowski i Br Koskowski. Kalendarz uzupełniają dane, dotyczące działalności Tow. przeciwgruźliczego, wykaz stacji klimatycznych krajowych oraz uzdrowisk zagranicznych, wskazówki. dotyczące trybu życia dla chorych piersiowych i t. d.

Kalendarz wzmiankowany różni się bardzo, zarówno układem, jak i treścią, wreszcie stroną zewnętrzną, wprost wytworną, od podobnych wydawnictw.

3. **Kalendarz Lekarski** Opuścił prasę „Kalendarz Lekarski“ dra Polaka na rok 1917. Oprócz zwykłych informacji lekarskich zawiera on sprawy liczne, stanowiące odbicie chwili, a więc przede wszystkim szereg ustaw: ordynacja m. stoł. Warszawy, organizacja magistratu i jego wydziałów, przepisy sanitarne o tłumieniu chorób zakaźnych, organizacja zdrowia w okupacji niemieckiej w r. 1916, ustawa wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego, listy lekarzy w Warszawie, w obszarze okupacji niemieckiej i austriackiej i t. p.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

8. **Obchód w celu uczczenia pamięci d-ra K. Chełchowskiego** odbył się w sali W. T. H. w d. 7 b. m. w uroczystej powadze i w podniosłym nastroju i wywołał silne wrażenie przez uprzymienie szlachetnej postaci zmarłego oraz jego niepospolitych zasług.

Szczegóły tego posiedzenia uroczystego podamy w następnym zeszycie „Zdrowia“, poświęconym uczczeniu pamięci d-ra K. Chełchowskiego.

9. Wykłady uzupełniające dla lekarzy sanitarnych. Ważną uchwałę powziął na swem posiedzeniu w d. 13 u. m. Wydział Lekarzy Sanitarnych W. T. H. mianowicie, zaprojektował prosić specjalistów do wykładów uzupełniających umiejętność i wiedzę higieniczno-sanitarną lekarzy sanitarnych Wielkiej Warszawy, w zakresie nowoczesnych wymagań z następujących dziedzin: a) chemii produktów spożywczych, b) epidemiologii, c) techniki sanitarnej, d) dezynfekcyi i dezynsekcyci (działalność środków na zarazki i na przedmioty, precyzyjność wykonania), zatruc zawodowych.

Uchwała ta świadczy nader pochlebnie o aspiracyach i zrozumieniu stanowiska odpowiedzialnego, jakie posiadają nasi lekarze sanitarni. Śledząc rozwój wiedzy higieniczno-sanitarnej, pojmują dobrze, że tylko na drodze ciągłego kształcenia się podążać mogą za szybkim postępem wiedzy i utrzymać się na odpowiednim poziomie naukowym i wykonawstwa praktycznego. Zresztą, na Zachodzie, jak wiadomo, takie kursy uzupełniające dla lekarzy wszystkich specjalności, weszły od dawna w zwyczaj, a na wykładach takich zdarzało nam się widywać, np. w Królewcu, w Dreźnie, w Berlinie, lekarzy starszych wiekiem o wysokich rangach urzędowych.

10. Odezwa do lekarzy w sprawie ankiety. Od Prezydium Sekcji Ginekologicznej Tow. Lek. Warsz. otrzymujemy, co następuje:

Prace, dotyczące zmian i zaburzeń w narządach płciowych kobiecych pod wpływem niedostatecznego odżywiania, przedstawione w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim oraz w Sekcji Ginekologicznej tegoż, stały się punktem wyjścia do zarządzenia ankiety w tej sprawie. Powołana w tym celu Komisya w osobach kolegów: M. Bełżyńskiego, L. Bryndzy-Nackiego, H. Gromadzkiego, J. Gromadzkiego, J. Jaworskiego, Cz. Stankiewicza i Zygmunta Zakrzewskiego, ułożyła schemat w celu gromadzenia odnośnego materiału klinicznego.

Ustawianie, znikanie menstruacyi pod wpływem niedostatecznego odżywiania, t. zw. amenorrhoea ex inanitione, tak często dziś spotykana, wskazuje, iż narządy płciowe kobiece ulegają procesom wstecznym, przedwczesnemu uwiądowi, nawet zanikowi i stają się niezdolnione do czynnościowania. Stany więc takie u kobiet opóźniają, albo powstrzymują pracę jajników, głównie dojrzewanie i wydzielanie jajek. Zmiany te i zaburzenia tem samym mieć mogą, stosownie do czasu trwania, doniosłe w swych następstwach, znaczenie. One bowiem uposledzają, obniżają zdolność rozrodczą kobiet, a nawet zmniejszają lub zupełnie hamują ich płodność, a przeto niweczyć mogą przedłużanie, powtrzymanie rodzaju, słowem, powodować depopulację.

Schematy, w celu gromadzenia przez ogół lekarzy naszych odnośnego materiału, według wzoru szczegółowego lub skróconego, zostały przez Komisję rozesłane. Niezależnie od tego każdy otrzymać je może w Kancelaryi Tow. Lek. Warsz. (Nieczała 7). O zwrot wypełnionych schematów Komisya uprasza na d. 30 Kwietnia 1917 r. nadmienając, że materiał, zebrany przez danego kolegę, pozostanie jego własnością, a przy ogłaszaniu wyników ankiety, zaznaczonem będzie współpraca każdego kolegi, który weźmie udział w ankiecie.

11. **Kierownictwo zdrowia publicznego i szpitalnictwa** objął na mocy nominacji i jednocześnie został członkiem Magistratu m. st. Warszawy dr W. Męczkowski, a zaś p. K. Koralewski, który dotychczas sprawował te urzędy, mianowany został kierownikiem Wydziału pomocy dla ludności.

12. **Skasowanie mieszkań w suterenach w Łodzi.** Cesarstwo-niemiecki prezydent policyi m. Łodzi wydał obwieszczenie treści następującej:

Stosownie do ważnych jeszcze przepisów rosyjskich, mieszkania w piwnicach mogą być tylko wtedy zamieszkane, jeżeli: 1) mieszkania mają najmniej 9 stóp = 2.3 m. wysokości w świetle, 2) wysokość okien wynosi nie mniej jak jedną trzecią wysokości mieszkania w świetle i okna w tejże wysokości wystawają ponad powierzchnię ziemi; 3) ściany takich mieszkań są izolowane od wilgoci.

Ogłędziny dokonane przez cyrkulowych lekarzy, wykazały, że z 2.190 piwnicznych mieszkań w Łodzi 1.921, a zatem 87.72 proc. tym wymaganiom nie odpowiada.

Zarządzam zatem, ażeby próżnych mieszkań piwnicznych bez zezwolenia policyi nie wynajmować. To samo dotyczy mieszkań, które w przyszłości przez wyprowadzenie się lub przeprowadzenie zostaną opróżnione.

Zastrzegam sobie również i inne mieszkania piwniczne, które przepisom policyi nie odpowiadają, w każdym czasie opróżnić i pozostawić je niezamieszkałymi.

13. **Prostytucya podczas wojny.** Według danych, zebranych przez lekarzy chorób wenerycznych, liczba prostytutek w Warszawie dochodzi do 20 tysięcy; z liczby tej 75 procent (13350 kobiet) jest nieuleczalnie chorych, zaś zarejestrowanych, t. j. pozostających pod kontrolą lekarzy, jest 2323 prostytutek.

46,5 proc. ogólnej liczby prostytutek stanowią ofiary ruiny ekonomicznej z powodu wojny.

Z ogólnej liczby chorych prostytutek jedną trzecią nurtuje syfilis.

Ponieważ według danych statystycznych na jedną chorą weneryczną wypada 3 do 10 więcej mężczyzn, przeto wyobrazić sobie można, jakie spustoszenia czyni ta straszliwa choroba.

Redaktor **Dr Józef Jaworski.**





APTEKA

SS^{RÓW} W. KOŚCIŃSKIEGO

w Warszawie, Karmelicka 21, róg Nowolipek.

HEPAROL B. Borkowskiego, radykalny środek na kamienie żółciowe.

Cena rb. 2 kop. 80.

SCABIOSA Krem ziołowy od świerzby. Cena rb. 1 kop. 50.

ALPIOL od koklusz, kaszlu i chrypki. Cena kop. 60.



Medycyna i Kronika Lekarska

CZASOPISMO TYGODNIOWE

dla lekarzy praktyków,

wychodzi w Warszawie co sobota w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitalów. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10, Nekrologję. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13. Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Na prowincyi i zagranicą: rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

WYDAWCA **Dr Guranowski.**

REDAKTORZY: **Dr S. Orłowski.**

Niecała 7.

i **Dr Józef Zawadzki.**



90040
1917

TOWARZYSTWO AKCYJNE

Fr. Karpiński w Warszawie

Elektoralna Nr 35

poleca **KARPIŃSKIEGO**

KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

(CO₂)

Zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

Kąpiele te, stosowane z przepisu lekarza, działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli (bronchitis), rozedmie płuc, wadach serca i t. p., niemniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

Oprócz powyższych fabryka wyrabia:

borowinowe, z kwasem węglowym, zastępujące franzensbadzkie, krynickie, żegiestowskie, reineckie i t. p.
jodowo-bromowe z kwasem węglowym.
bromowe z kwasem węglowym.
balsamiczno-sosnowe z kw. węglowym.
siarczane z kwasem węglowym, zastępujące akwizgrańskie, Buskie, sołeckie, truskawieckie, piszczańskie i t. p.

Karpińskiego

KĄPIELE

UWAGA. Sole Karpińskiego do kąpeli są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo rozpuszczalnych.

Brozury gratis i franco. ———— Żądać wszędzie.

Druk Synów St. Niemiry, Plac Warecki 4.