

Rok XXXIX.

Marzec — Kwiecień, 1924.

Nr. 3—4.

ZDROWIE

Organ Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego

Prenumerata półroczna 3 złp.

Pojedynczy numer 50 gr.

MOTOFER = MOTOR

leczy blednicę, niedokrwi-
tość, przywraca zdrowie po
ostrzych chorobach zakaźnych

wyrabia

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „MOTOR“

w Warszawie.

Kuracja Kefirowa

K. SIGALINA

Warszawa, ul. Królewska № 31.

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno - Farmaceutycznego

d. MAGISTER KLAWE, S.A.

22/24, ul. Karolkowa, Warszawa.

HEMOGEN MAGISTRA KLAWE

wywiera wpływ krwiotwórczy nadzwyczaj wyraźny i szybki, dzięki obecności żelaza i manganu w stanie koloidalnym. Mangan w żadnym krajowym przetworze nie znajdujący, jest ustalonym składnikiem leków krwiotwórczych zagranicznych i uznany został, jako związek nader silnie pobudzający przemianę ogólną, zjawiska utleniania w tkankach i wytwarzanie krwinek. Z tego powodu Hemogen Klawe działa niezawodnie w stanach upadku odżywiania sił, rekonwalescencji i w niedokrwistości pierwotnej i wtórnej.

JODERGON MAGISTRA KLAWE

W TABLETKACH.

Jodowo-organiczny związek z zawartością 30% jodu czystego nie upośledza trawienia, nie drażni żołądka, stosuje się przy chorobach: serca, naczyń, błon surowiczych, narządów oddechowych, kile, dnie i otyłości.

Tabletki Mineralne Musujące Magistra Klawe.

Apenta,
Bilin,
Borżom,
Contrexeville,
Eger,
Ems,

Fachingen,
Franz Joseph,
Hunjady,
Karlsbad Sprudel,
Kissingen,
Marienbad,
Obersalzbrun,

Salvator,
Selters,
Soden,
Vichy Celestins,
Vichy Gr. Grille,
Wildungen.

ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO,
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Program III (jubileuszowego) Zjazdu Higjenistów Polskich.

Dnia 7 czerwca godz. 8 wieczorem. Zebranie towarzyskie uczestników Zjazdu w oddzielnej sali restauracji „Polonja” (Al. Jerozolimskie, wprost dw. Głównego).

Dnia 8 czerwca. Dzień jubileuszowy Warsz. Tow. Higjenicznego.

Godz. 9 rano. Msza w kościele katedralnym.

Godz. 10 zbiórka w gmachu T-wa, Karowa 31.

1. Poświęcenie sztandaru T-wa Higjenicznego.
2. Uroczyste posiedzenie:
 - a) Zagajenie zebrania przez Prezesa Towarzystwa.
 - b) Wybór Prezydjum.
 - c) Przemówienia przedstawicieli władz i instytucji społecznych.
 - d) **Prof. Dr. Paweł Gantkowski z Poznania.** Rzut oka na dzieje i znaczenie Towarzystwa Higjenicznego.
 - e) **Dr. Witosław Dąbrowski, Sekretarz, Czł. Zarządu Głównego.** Działalność T-wa Higjenicznego w ciągu 25-letniego okresu istnienia.

Godz. 9 wieczorem. Uczta składkowa.

Dnia 9 czerwca, godz. 9 rano. I Zebranie Ogólne.

Rozprawy o programie działalności T-wa Higj. w związku z zadaniami Państwa i Samorządów.

Referaty:

- a) **Dr. Józef Polak.** O zadaniach Warsz. Tow. Higienicznego w koordynacji z zadaniami Państwa Polskiego i Samorządów w dziedzinie zdrowia publicznego.
- b) **Dr. Józef Zawadzki.** Higiena w samorządzie.
Koreferent **Dr. Adolf Kuhn**, Insp. Sek. Wojew. ze Lwowa.
W dyskusji zgłosili udział: podsekretarz stanu Dr. Czesław Wroczyński, Dyrektor Generalny Służby Zdrowia, oraz delegacja zrzeszenia Sejmików Powiatowych Rzplitej Polskiej.
- c) **Dr. Czesław Wroczyński i Dr. Nowakowski.** O Państwowej szkole zdrowia.
- d) **Dr. Ludwik Rajchman** (Genewa). O działalności Ligi Narodów w zakresie zdrowia publicznego.
Od godz. 4 do 7-ej. Posiedzenie sekcyjne.
Od godz. 8 wiecz. Przedstawienie teatralne.

Dnia 10 czerwca.

Od godz. 9 do 1-ej. Posiedzenie sekcyjne.

Godz. 6 wieczorem. II Zebranie Ogólne.

Uchwały i zamknięcie Zjazdu.

W czasie wolnym od prac zjazdowych projektowany jest szereg wycieczek.

W dniu 11-ym projektowana jest wycieczka do stacji radiotelegraficznej pod Pruszkowem.

Dotychczas zgłoszone referaty:

SEKCJA OGÓLNA.

1. **Prof. Dr. Paweł Gantkowski** (Poznań). O narkotyzowaniu się społeczeństwa, a przede wszystkim o morfinizmie, kokainizmie i alkoholizmie ze stanowiska higieny społecznej.
2. **Prof. Dr. Sieradzki** (Lwów). Walka z alkoholizmem, morfinizmem i kokainizmem.
3. **Dr. Mikołajski** (Lwów). Propaganda higieny w społeczeństwie.
4. **Dr. Leon Krzemicki** (Lwów). Propaganda higieny.

5. **Dr. Momidłowski** (Kraków). Czy lekarze są dostatecznie przygotowani do szerzenia kultury higienicznej?

6. **Dr. Wacław Gawłowski** (Warszawa). Lekarze a propaganda higieny.

7. **Prof. Dr. Kazimierz Karaffa-Korbut** (Wilno). a) O zasadniczych kierunkach w dziedzinie higieny pracy.

b) Znaczenie teorii korelacji w statystyce sanitarnej.

8. **S. Adamowiczowa** (Warszawa). O statystyce sanitarnej.

SEKCJA EPIDEMJOLOGICZNA.

1. **Prof. Szymon Dzierżgowski** (Warszawa). Znaczenie dla higieny biologicznych metod walki z chorobami zakaźnymi.

2. **Dr. Wincenty Bogucki** (Warszawa). Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w m. st. Warszawie.

3. **Pułkownik dr. Stefan Rudzki** (Warszawa). O zapobieganiu gruźlicy.

4. **Dr. Mikołajski** (Lwów). Śmiertelność na gruźlicę w województwie Lwowskiem.

5. **Dr. Seweryn Sterling** (Łódź). a) Zapobieganie gruźlicy. b) Sześć lat istnienia sekcji do walki z gruźlicą przy Magistracie m. Łodzi.

6. **Inż. A. Zakrzewski** (Łódź). Organizacja sekcji do walki z gruźlicą przy magistr. m. Łodzi.

7. **Dr. St. Janikiewicz** (Kraków). Zwalczanie gruźlicy z uwzględnieniem walki z gruźlicą na wsi.

8. **Dr. Leon Krzemicki** (Lwów). Konieczność opracowania i wydania ustawy „O zwalczaniu chorób wenerycznych”.

9. **Dr. A. Wasilewski** (Warszawa). Ogniska zimnicy na Kresach Wschodnich.

10. **Dr. Wł. Sterling** (Warszawa). Epidemjologia i walka ze śpiączką epidemiczną w Polsce.

11. **Dr. Bronisław Wejnert** (Warszawa). W sprawie profilaktyki raka.

12. **Dr. Stefan Sterling-Okuniewski** (Warszawa). Organizacja walki z rakiem na Ziemiach Polskich.

SEKCJA HIGJENY WOJSKOWEJ.

1. **Mjr. dr. Gustaw Szulc** (Warszawa). Organizacja higieny w wojsku.
2. **Mjr. dr. G. Szulc i dr. Szendzikowski** (Warszawa). Zaopatrzenie oddziałów wojskowych w wodę.
3. **Dr. H. Becker** (Warszawa). Działalność i rola pracowni higieny W. I. S.
4. **Ppułk. dr. Wł. Osmólski** (Warszawa). O sportach w wojsku.

SEKCJA TECHNIKI SANITARNEJ.

1. **Inż. Iwanicki i dr. Garbaczewski** (Lublin). Sprawa techniki sanitarnej osiedli ludzkich.
2. **Inż. Ignacy Piotrowski** (Warszawa). Stan kanalizacji i wodociągów w Polsce.
3. **Prof. Dr. S. Bujwid** (Kraków). Podstawy nowoczesnych sposobów dostarczania wody i urządzeń kanalizacji.
4. **Inż. Bronisław Tyszka** (Warszawa). O oświetleniu miast i wsi.
5. **Inż. Józef Kamler** (Warszawa). Budowa urządzeń kąpieli ludowych.
6. **Prelegent ze Lwowa**. Potrzeba ustalenia odpowiedzialności projektodawców i wykonawców domów mieszkalnych, oraz policji budowlanej za stan higieniczny domów mieszkalnych.
7. **Prelegent ze Lwowa**. O naglącej potrzebie zmiany ustaw budowlanych w kierunku higieniczności, zwłaszcza pod względem ekonomicj ciepła.

SEKCJA HIGJENY WYCHOWAWCZEJ.

1. **Dr. Jan Opieński** (Lwów). Zasada powszechności w nauczaniu higieny i organizacja tego nauczania.
2. **Dr. St. Skalski** (Łódź). O nauczaniu higieny w szkołach publicznych.
3. **Dr. St. Kopczyński** (Warszawa). Współpraca samorządów z rządem w sprawach higieny szkolnej.
4. **Dr. Wł. Świątopełk-Zawadzki** (Warszawa). Wychowanie fizyczne młodzieży jako zadanie społeczeństwa.

5. **Dr. J. Zanietowski** (Kraków). a) Wychowanie domowe i szkolne a higiena (na podstawie spostrzeżeń podczas misji lotnej propagandy higieny dziecka). b) Nadpobudliwość w wieku szkolnym, pod kątem widzenia nowszych badań higienicznych i pediatrycznych.

6. **Dr. Henryk Allerhand** (Lwów). Szkolna pomoc dentystyczna u nas i zagranicą.

7. **Dr. Eleonora Reicherówna** (Warszawa). Z badań nad młodzieżą, uprawiającą sporty.

8. **Dr. Adam Elektorowicz, dr. Eleonora Reicherówna i dr. St. Sterling-Okuniewski**. Z badań nad młodzieżą wyższych uczelni (badania antropologiczne, rentgenologiczne i układu wegetatywnego).

UŁATWIENIA PRZEJAZDU.

Ministerstwo Kolei Żelaznych zawiadomiło, że uczestnicy Zjazdu będą mogli za okazaniem karty członkowskiej uzyskać ulgę 33^o/₁₀₀ od ceny przejazdu zarówno w stronę Warszawy, jak i z powrotem. Ustępstwo to zostanie dokonane przy nabywaniu biletu powrotnego.

UŁATWIENIE W MIESZKANIACH.

Pragnący wziąć udział w Zjeździe, proszeni są o natychmiastowe zgłoszenia uczestnictwa, przyczem przesyłając **składkę członkowską** (6 złp.), raczą nadmienić, czy życzą sobie ułatwień w sprawie mieszkania, resp. czy reflektują na korzystanie z mieszkań prywatnych, czy na zarezerwowanie pokoju w jednym z hoteli.

Na dworcu Głównym w dn. 7 i 8 czerwca na wszystkich przychodzących pociągach oczekiwać będą Gości dyżurni studenci.

Dr. med. Wincenty Bogucki

Naczelnik Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy.

Stan zdrowotny m. st. Warszawy.

Dzisiaj ogólnie uznano, że ubiegła wojna wszechświatowa była wywołana przyczynami ekonomicznymi, że zawzięta walka między przodującymi mocarstwami długo się prowadziła na gruncie zaborczych tendencji celem opanowania rynków wschodnich i w 1914-1918

latach zakończyła się starciem zbrojnym, że okres tej wojny był pełen najrozmaitszych powikłań natury gospodarczej, w następstwie czego widzimy we wszystkich państwach olbrzymi wyłom o charakterze socjalnym. Świat się zmienił, jak utrzymują powszechnie, i zarazem zmieniły się stosunki pomiędzy poszczególnymi warstwami narodów, zmieniły się hasła polityczne i głęboka przepaść zapadła pomiędzy tem co było, a tem, co jest obecnie.

W sprawach, dotyczących zdrowia publicznego, zaszły również zmiany zasadnicze. Sprawy zdrowotne, po przebytej straszliwej klęsce wojennej, po olbrzymich stratach w życiu ludzkim (do 13 milionów), z których przeszło trzecia część padła ofiarą ostrych chorób zakaźnych, nabrały dużego znaczenia w życiu państw zachodnio-europejskich i amerykańskich.

Charles W. Eliot w swej rozprawie „L'Hygiène sociale en Amérique” twierdzi, iż wszystkie stany Ameryki Północnej na podstawie zdobytego podczas wojny doświadczenia sprawę zdrowia publicznego postawiły na pierwszym planie z przeważnym uwzględnieniem walki z chorobami zakaźnymi i propagandy sanitarnej.

I my w Polsce musimy również uznać, że ochrona zdrowia publicznego i racjonalna organizacja służby zdrowia jest sprawą ogromnej doniosłości ekonomicznej i ogólnonarodowej. Przecież u nas od najdawniejszych czasów sprawy zdrowotne zawsze traktowane były bardzo poważnie. Władze rządowe i samorządowe zwracały baczną uwagę na stan zdrowotny jeszcze w średniowieczu. Uchwały Rad Miejskich znane pod nazwą „wilkierzów”, niejednokrotnie zawierały ważne przepisy treści sanitarnej. Miasta nasze, nawet w najbardziej ciężkim okresie swego istnienia, kiedy znajdowały się pod panowaniem władzy zaborczej, dużo się przyczyniły do podniesienia stanu zdrowotnego w kraju. I obecnie z chwilą powstania samodzielnego Państwa Polskiego Zarząd m. st. Warszawy, w przeświadczeniu ważności w gospodarce miejskiej zagadnień zdrowotnych, prowadzi znaczną akcję w celu polepszenia zasadniczych warunków sanitarnych, zmniejszenia ogólnej chorobowości, jak również zmniejszenia szerzenia się chorób zakaźnych.

Zestawiając dane przebiegu ostrych chorób zakaźnych i umieralności wśród mieszkańców miasta Warszawy, widzimy, że pod tym

względem stolica Polski przeżyła w ostatnim pięcioleciu okres bardzo ciężki.

I tak stwierdzono w następującej liczbie przypadków:

ROK	DUR PLAMISTY			DUR BRZUSZNY			PŁONICA		
	Zachorowań	Zgon. abs.	Na 10 tys. mieszk.	Zachorowań	Zgon. abs.	Na 10 tys. mieszk.	Zachorowań	Zgon. abs.	Na 10 tys. mieszk.
1918	11742	1417	19,47	1025	214	2,82	391	80	1,05
1919	4928	623	7,59	717	143	1,74	706	131	1,59
1920	1990	243	2,57	1656	282	2,98	3300	581	6,15
1921	1036	115	0,81	1096	170	1,79	1555	205	2,17
1922	1139	96	0,65	1097	138	1,44	1177	177	1,85
	CZERWONKA			O S P A			GRUŻLICA		
1918	352	178	2,34	13	4	0,05	Zachorowań nie notowano.	5945	78,38
1919	445	112	1,36	54	20	0,24		4866	59,32
1920	1870	380	4,02	126	38	0,40		3182	33,66
1921	596	93	0,98	434	153	1,62		2373	25,11
1922	559	70	0,73	19	4	0,04		2488	26,02

Jeżeli zwrócimy uwagę na odsetek śmiertelności w tych najbardziej rozpowszechnionych w Warszawie chorobach zakaźnych, to z łatwością stwierdzimy, że odsetek ten w okresie dwóch lat ostatnich stale się zmniejsza, za wyjątkiem płonicy, a w 1922 r. i gruźlicy. Jednakże i przebieg epidemii płonicy nie był tak ciężki, jak w okresie poprzedniego pięciolecia (w r. 1913 śmiertelność od płonicy 9,88^o/₁₀₀₀, w r. 1915 6,89^o/₁₀₀₀), nie mówiąc już o latach dawniejszych, jak o 1905 ze śmiertelnością 10,39^o/₁₀₀₀, o 1906 ze śmiertelnością 10,72^o/₁₀₀₀ lub o jeszcze dawniejszych ze śmiertelnością 16,26^o/₁₀₀₀. Przypadki duru brzuszego były stwierdzone przeważnie w okręgach miejskich, których ludność ma dobrą wodę do picia; choroba szerzyła się w drodze zetknięcia (kontaktu).

Epidemia ospy po zaszczepieniu w 1921 r. ponad $\frac{1}{3}$ całej ludności miasta sprowadzoną została do przypadków sporadycznych, przeważnie o charakterze zawleczonym z zewnątrz; przebieg tej epidemii nie był o tak mocnym natężeniu, jak w poprzednim pięcioleciu, np. w r. 1915 ze śmiertelnością $3,78\text{‰}$, lub w 1914 ze śmiertelnością $2,23\text{‰}$, i nie był tak gwałtowny, jak za czasów przedwojennych, np. w r. 1882, kiedy śmiertelność wynosiła $35,90\text{‰}$, w r. 1887 — $15,51\text{‰}$, 1889 — $17,39\text{‰}$, w r. 1900 — $7,45\text{‰}$, i 1905 — $5,27\text{‰}$.

Jedynie tylko gruźlica zajmowała naczelne miejsce wśród wszystkich innych chorób zakaźnych i w okresie sprawozdawczym; widzimy więc, iż gruźlica jak w latach wojny, tak i w latach pokoju pochłania najwięcej zgonów w Warszawie. W latach 1918 i 1919 gruźlica spowodowała czwartą część wszystkich zgonów w obrębie m. st. Warszawy, w latach 1920, 1921 i 1922 — szóstą, w zestawieniu z okresem poprzedniego pięciolecia musimy zwrócić uwagę na r. 1917, w którym gruźlica zabrała 8158 ofiar, co stanowi $97,4\text{‰}$ i $23,54\text{‰}$ ogólnej liczby zmarłych, i r. 1916, w którym zmarło na gruźlicę 4687, co stanowi $40,98\text{‰}$ i $25,32\text{‰}$ ogólnej liczby zmarłych. Spadek śmiertelności z gruźlicy, która od r. 1920 obniża się już niemal do poziomu przedwojennego (w ostatniem 5-leciu przed wojną umierało na gruźlicę średnio $32,5\text{‰}$), jest wyraźny.

Największą śmiertelność z gruźlicy wykazują okręgi podmiejskie, nie posiadające odpowiednich urządzeń higieniczno-sanitarnych, odznaczające się mniejszą kulturalnością mieszkańców, ubóstwem ich i zamieszkaniem w przeludnionych lokalach jednoizbowych.

Nie mniejszą, niż gruźlica, klęską ludności m. st. Warszawy była śmiertelność niemowląt. Spadek liczby urodzeń podczas wojny (w pięcioleciu 1909-1913 przypadało urodzeń $28,37\text{‰}$, w r. 1915 — $19,12\text{‰}$, 1916 — $18,37\text{‰}$, 1917 — $16,84\text{‰}$, 1918 — $14,49\text{‰}$) pociągnął za sobą wszędzie zmniejszenie się śmiertelności niemowląt. Przed wojną (w okresie 1909 — 1913) odsetek śmiertelności dzieci w I roku życia stanowił $24,5\text{‰}$ ogólnej liczby zmarłych, w r. 1915 — $20,0\text{‰}$, w r. 1916 — $10,2\text{‰}$, w r. 1917 — $6,3\text{‰}$, w r. 1918 — $6,5\text{‰}$, w r. 1919 — $14,7\text{‰}$; wraz z raptownym wzrostem liczby urodzeń, jaki nastąpił po r. 1918 zwiększył się i odsetek śmiertelności niemowląt, który w r. 1920 wynosił już $22,7\text{‰}$ ogólnej liczby zmarłych, w r. 1921 — $36,5\text{‰}$, a w r. 1922 — $38,5\text{‰}$; należy zaznaczyć, że w ogólnej liczbie dzieci

zmarłych w I roku życia dzieci nieślubne stanowiły w r. 1918 33,2‰, 1919 — 30,0‰, w 1920 — 24,2‰.

Na podstawie wszystkich powyższych danych i zestawień statystycznych zarówno za okres sprawozdawczy, jak za okres poprzedniego 5-ciolecia, powinniśmy stwierdzić, że z ogólnej liczby śmiertelności ludności w m. st. Warszawie umieralność z gruźlicy, ostrych chorób zakaźnych i z chorób, właściwych dzieciom do I roku życia, wynosi do 60‰ ogólnej liczby zmarłych.

Te dane służą najlepszym wskaźnikiem, jaka powinna być polityka sanitarna Zarządu miasta, oraz że, poza stałym dążeniem do podniesienia ogólnych zdrowotnych warunków stolicy, powinna być ona prowadzona w kierunku zapobiegawczym, skierowanym ku zmniejszeniu szerzenia się ostrych chorób zakaźnych, gruźlicy i śmiertelności dzieci.

Jeżeli zwrócimy uwagę, że śmiertelność ludności cywilnej m. st. Warszawy w ostatniem powojennem pięcioleciu stale się obniża, że zasadnicze warunki sanitarne miasta nie zmieniły się na lepsze i w każdym razie nie osiągnęły poziomu przedwojennego, taki spadek ogólnej śmiertelności w obrębie m. st. Warszawy (w latach 1921 i 1922 poniżej odsetka przedwojennego) możemy objaśnić zmniejszeniem śmiertelności z chorób zakaźnych i gruźlicy, osobliwie w r. 1921, jak również wzrostem dobrobytu materialnego, poziomu kulturalnego ludności i lepszym odżywianiem; jeżeli w dalszym ciągu zwrócimy się do statystyki śmiertelności w krajach Zachodniej Europy, to znajdziemy potwierdzenie takiego objaśnienia.

Dane statystyki śmiertelności, dotyczące Francji, stwierdzają, że w ciągu wojny zmarło z ludności cywilnej o 250 tys. osób więcej, niż umierało przez taki sam okres w czasach normalnych, co wywołało zwiększenie odsetka śmiertelności; najpoważniejsze cyfry daje rok 1918, w którym liczba zgonów była o 6,3‰ wyższa, zwyczajka zaś ta spowodowaną została przez znaczne szerzenie się chorób zakaźnych, gruźlicy, a głównie epidemji influenzy (ogólna liczba ofiar tej epidemji wynosi 120 tys.). Gruźlica, która we Francji jeszcze przed wojną pochłaniała bardzo wiele ofiar, (tak w r. 1913 zmarło na gruźlicę 170 tys., co stanowiło 21,3‰ przy ogólnej śmiertelności 700 tys. t. j. 6‰), podczas wojny również się znacznie wzmożła. Dopiero w okresie powojennym wskutek akcji rządu, samorządów i Amery-

kańskiego Czerwonego Krzyża śmiertelność z gruźlicy i z innych chorób zakaźnych jest już znacznie niższa: tak np. w r. 1920 liczba zgonów na gruźlicę wyraziła się w 62326, czyli $8,0\text{‰}$ przypadków, a liczba zgonów ze wszystkich innych chorób zakaźnych 22296, co przeważnie spowodowało spadek ogólnej śmiertelności z $24,0\text{‰}$ w r. 1918 do 19,1 w r. 1919 (przy zwiększeniu liczby urodzin z $12,1\text{‰}$ w r. 1918 do $18,4\text{‰}$ w r. 1919) i do $17,7\text{‰}$ w r. 1920 (przy zwiększeniu liczby urodzin do $20,7\text{‰}$. *)

To samo widzimy i w Anglii. Spadek ogólnej śmiertelności w 1919 r. (z $17,7\text{‰}$ do $13,8\text{‰}$) do poziomu przedwojennego zawdzięczają Anglicy zmniejszonej śmiertelności z gruźlicy i z innych chorób zakaźnych, przeważnie influenzy; ogólna liczba ofiar tej ostatniej wynosiła w r. 1918 — 112,329.

W Niemczech liczba zgonów na 1000 ludności zwiększyła się w czasie wojny o 9‰ (t. j. od 15‰ w 1913 r. do $24,2\text{‰}$ w 1918 r.), a już w r. 1919 i 1920 wskutek lepszego odżywiania i wzrostu dobrobytu materialnego ludności, jak również zmniejszenia się śmiertelności z gruźlicy, influenzy, czerwonki, duru brzuszego i innych chorób zakaźnych, ogólna śmiertelność obniżyła się do $15,1\text{‰}$ i do $15,3\text{‰}$.

Ogółem w Niemczech w okresie 1915-1918 r. zmarło na gruźlicę o 100 tys. więcej, niż w czasie normalnym, a tyleż osób więcej, niż zwykle, zmarło w tym czasie wskutek uwiadu starczego.

W znacznym stopniu wzmożła się też liczba zgonów na zapalenie płuc. Z liczby śmiertelności niemowląt widzimy, że to najmłodsze pokolenie w wymienionym okresie ucierpiało najwięcej; wskutek poszczególnych chorób zakaźnych liczba ofiar była znaczna, największy zaś plon zebrała grypa (200 tys. zgonów), następnie czerwonka i dur brzuszny. **)

We Włoszech i w Belgii państwo i samorzady nie żałują środków na polepszenie zasadniczych warunków sanitarnych na urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, na uregulowanie kwestji mieszkaniowej i organizację środków zapobiegawczych w walce z chorobami zakaźnymi. Ofiary, które złożyły Włochy i Belgja na polepszenie sta-

*) Annual Report of Chief Medical Officer 1919-1920.

**) Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts, 1921, Nr. 35, i Wirtschaft und Statistik, Nr. 6 i 7, 1921.

nu zdrowotnego sowiec się opłacyli i szeroko podjęta przez państwo i samorządy akcja zdrowotna dała wyniki bardzo dodatnie; np. śmiertelność, która wynosiła we Włoszech w okresie 1860—1880 $29,31\text{‰}$, w okresie 1880 — 1914 spadła do $17,9\text{‰}$, podczas wojny wszechświatowej podniosła się do 32‰ , a obecnie w r. 1920 obniżyła się do stanu przedwojennego. W ten sposób Włosi zaoszczędzili w bież. roku w zestawieniu z okresem dat 80-tych 360 tys. żyć ludzkich. To zaoszczędzenie żyć ludzkich, jak twierdzi w swem sprawozdaniu za r. 1921 Dyrektor Gen. Depart. Zdr. Publ., prof. Lutrario, w znacznym stopniu zależy od sprężystości prowadzonej walki z epidemjami i od zmniejszenia się liczby chorób zakaźnych, a mianowicie:

W r. 1887 przypadków śmierci na choroby zakaźne było 201,432 czyli $6,8\text{‰}$.

W r. 1914 ta liczba przypadków wynosiła 78,280 czyli $2,18\text{‰}$.

W 1917 r. liczba śmierci na choroby zakaźne (okres wojny) — 93,691 czyli $2,64\text{‰}$,
a w r. 1920 powróciła znowu do poziomu przedwojennego.

Jeżeli przyjąć pod uwagę obliczenie d-ra Polaka i Lewaszewa, według których jeden przypadek śmierci wypada na 10 chorych, każdy chory traci przeciętnie 30 dni pracy, to zaoszczędzenie 360 tys. żyć ludzkich stanowi olbrzymi kapitał i ma kolosalne znaczenie dla ekonomicznego rozwoju państwa.

Takie zmniejszenie się odsetka śmiertelności i zachorowań wpłynęło na przedłużenie życia przeciętnego obywatela Włoch, np. w r. 1882 tak zw. wie probable określone było dla Włoch cyfrą $33\frac{1}{2}$ lat, w r. 1914 — cyfrą 53.

Na podstawie takich obliczeń statystycznych prof. Lutrario najzupełniej słusznie twierdzi, że sprężysta, celowa organizacja służby zdrowia w państwie oraz w poszczególnych miastach, popierana i należycie rozumiana przez społeczeństwo, w pierwszym rządzie decyduje o stanie zdrowia w danej miejscowości.

W Polsce i w jej stolicy Warszawie, podobnie jak we wszystkich niemal większych miastach krajów Europy Zachodniej, objętych pożogą wojny, powinniśmy stwierdzić wzmożoną śmiertelność wśród ludności cywilnej, nigdzie atoli (za wyjątkiem Petersburga) nie przy-

brała ona tak katastrofalnych rozmiarów jak w Warszawie, gdzie w r. 1917 doszła do 41,44‰! Groźbę tego uświadomimy sobie należycie, gdy zważymy, że w okresie przedwojennego pięciolecia (1909-1913 r.) przeciętny odsetek śmiertelności wynosił 18,7‰. Co prawda, przed urządzeniem w Warszawie wodociągu i kanalizacji mieliśmy wysoki odsetek śmiertelności, dochodzący do 32,6‰ (w r. 1881), następnie po wprowadzeniu tych inwestycji o charakterze sanitarno-higienicznym i przez polepszenie w ten sposób zasadniczych warunków zdrowotnych miasta, nie zważając na znaczną śmiertelność z ostrych chorób zakaźnych i gruźlicy, odsetek śmiertelności poważnie się zmniejszył (do 24,9‰ w r. 1887, do 23,1‰ w r. 1891, do 21,5‰ w r. 1899 i nawet do 17,9‰ w r. 1902), natomiast w drugim roku wojny (1915) odsetek śmiertelności podniósł się do 24,44‰, w r. 1916 do 23,71‰, a w r. 1917, jak już było wspomniano, do 41,40‰.

Zestawienie danych statystycznych o liczbie zgonów i urodzin, jak również naturalnego przyrostu ludności, ilustrujących ogólny zdrowotny stan miasta, przedstawia się w sposób następujący:

Data	Ludność m. st. War- szawy	Liczba zgonów		Liczba urodzeń		Przyrost, wzgl. ubytek natural. lud- ności.
		abs.	na 1 tys. mieszk.	abs.	na 1 tys. mieszk.	
1918	758411	24477	32,27	24477	14,49	— 13490
1919	820180	18870	23,00	22876	27,89	+ 3980
1920	945155	19066	20,17	27407	29,00	+ 8273
1921	944731	14126	14,95	20859	22,07	+ 6733
1922	956087	14609	15,27	22118	23,13	+ 7509

W porównaniu ze śmiertelnością w innych większych miastach Polski, śmiertelność m. st. Warszawy w r. 1922 była najmniejsza, a więc:

w Warszawie	15,28‰	we Lwowie	16,10‰
w Krakowie	16,31‰	w Łodzi	19,52‰
		w Poznaniu	20,42‰

Widzimy więc, że z przejściem z okresu wojny do okresu po-

koju, ze względu na polepszenie się dobrobytu materialnego i odżywiania ludności oraz na bardziej spokojne warunki pracy z jednej strony, a zmniejszenie się liczby ostrych chorób zakaźnych z drugiej, śmiertelność w m. st. Warszawie w latach sprawozdawczych znacznie się zmniejszyła i obniżyła się nawet do poziomu niższego, niż przed wojną (14,95⁰/₁₀₀₀). W dalszym ciągu widzimy, iż w wymienionym okresie z przyczyn, odniesionych do pierwszej grupy, śmiertelność się zmniejszyła: 1. z chorób narządów trawienia z 21,76⁰/₁₀₀₀ w 1920 r. do 15,0⁰/₁₀₀₀ w r. 1921; 2. narządów krążenia z 30,2⁰/₁₀₀₀ w 1918 do 17⁰/₁₀₀₀ w r. 1920 i do 13,4⁰/₁₀₀₀ w r. 1921; 3. z chorób układu nerwowego z 11,02⁰/₁₀₀₀ w r. 1920 do 8,2⁰/₁₀₀₀ w r. 1921; 4. z gruźlicy z 34⁰/₁₀₀₀ w 1920 do 25,9⁰/₁₀₀₀ w r. 1921. — co w zestawieniu ze śmiertelnością z lat 1920 i 1921 dało zmniejszenie śmiertelności w 1921 o 2,1⁰/₁₀₀₀. Przyczyny zaś, odniesione do grupy drugiej (ostre choroby zakaźne), dały zmniejszoną śmiertelność w r. 1921 i 1922 w porównaniu z r. 1920 o 3⁰/₁₀₀₀, co razem daje oszczędność w życiu ludności m. Warszawy w latach 1921 i 1922 w zestawieniu r. 1920 o 5,2⁰/₁₀₀₀, czyli do 5000 osób rocznie. Z tej liczby do 3000 żyć (3⁰/₁₀₀₀) ludzkich zostało zaoszczędzone z przyczyn racjonalnie prowadzonej walki z chorobami zakaźnymi i zmniejszeniem z tego powodu szerzenia się chorób zakaźnych w obrębie miasta.

Ten sukces w zdrowotności publicznej, otrzymany w okresie sprawozdawczym, stanowi dużą zasługę Zarządu stol. m. Warszawy i świadczy o głębokim zrozumieniu przez Radę Miejską i Magistrat doniosłości zdrowia publicznego dla ludności stolicy Polski, co ma olbrzymie znaczenie również i dla sprawy zdrowotnej w całym Państwie Polskiem oraz dla jego stosunków międzynarodowych.

Szeroko pomyślana i zgodnie z dawnymi tradycjami polskiego ustawodawstwa sanitarnego zorganizowana służba zdrowia w Warszawie jest obecnie jedną z najlepszych organizacji sanitarnych, jakie posiadają większe miasta Zachodniej Europy.

Organizacja nasza nie tylko jest uposażona w dostateczną ilość personelu lekarskiego i pomocniczego, ale rozporządza wzorowo urządzonymi Instytutem Higienicznym, zakładami dezynfekcyjnym i izolacyjnym, pralnią, taborem do przewozu chorych zakaźnych i otoczenia, podlegającego izolacji, oraz całym szeregiem instytucyj pomocniczych w walce z chorobami zakaźnymi, odwszalnią, kąpiel-

skami, poradnią dla dzieci i stacją mleczną, jak również dostateczną liczbą łóżek w szpitalach zakaźnych.

Organizacja taka daje możność szybkiego wykrycia i dokładnej rejestracji chorych na ostre choroby zakaźne, sprężystej izolacji chorych i otoczenia, możliwie racjonalnej dezynfekcji i zapewnia dostateczną opiekę sanitarną w obrębie miasta.

Odsetek chorych zakaźnych i izolowanych, leczonych w szpitalach, stale się zwiększa:

	w r. 1921	w r. 1922
na dur plam.	90,55%	96,40%
„ brzuszc.	85,40	92,53
na płonicę	62,95	75,28
na czerwonkę	66,95	86,41

Stale prowadzona przez Miejski Instytut Higijeniczny i odnośny personel sanitarny propaganda zasad higieny społecznej w znacznym stopniu ułatwiła Wydziałowi Zdrowia publicznego prowadzenie całej tej akcji w walce z chorobami zakaźnymi. Powinniśmy tu przytem zaznaczyć, iż ludność miasta zaczyna chętniej się stosować do zarządzeń władzy sanitarnej, zarządzeń bardzo często przykrych i uciążliwych; pod tym względem wybitną i pożyteczną rolę odegrał zespół nauczycielstwa szkół średnich i powszechnych, jak również rodzice działwy szkolnej, co chlubnie świadczy o poziomie kulturalnym ludności stolicy. Dużą i bardzo dodatnią rolę odegrała w sprawie walki z chorobami zakaźnymi w Warszawie organizacja Kasy Chorych.

Tej racjonalnie i planowo prowadzonej akcji sanitarnej zawdzięczamy fakt wielkiej doniosłości dla zdrowotności publicznej, iż w r. 1921 i 1922 podczas znacznej epidemji duru plamistego i powrotnego w Polsce, a osobliwie na Kresach, i stałem importowaniu przez repatriantów tych chorób zakaźnych do stolicy Państwa, nie mieliśmy w Warszawie własnych ognisk, za wyjątkiem 3 wypadków.

Jak ciężkie miałoby następstwa dla zdrowia publicznego utworzenie pod względem szerzenia się chorób zakaźnych większej liczby takich ognisk, o ile by one przy słabszej organizacji sanitarnej były przeoczone, świadczy zawleczony przypadek duru plamistego

w chederze przy ul. Krochmalnej pod Nr. 17, który spowodował 18 dalszych „przypadków.

W przeszłej swej działalności w dziedzinie zdrowia publ. Zarząd m. st. Warszawy winien zwrócić uwagę na to, że podczas wojny wszechświatowej największą liczbę ofiar we wszystkich krajach i miastach, objętych pożogą wojny — przeszło trzecią część ogólnej liczby zmarłych — zabrały ostre choroby zakaźne i gruźlica, które znalazły i u nas w Warszawie nadzwyczaj podatny grunt dla siebie w zmniejszonej fizycznej odporności ludności, wynikającej z wciąż pogorszających się warunków sanitarnych i złego odżywiania się.

Jak widzimy z powyżej przytoczonych danych szczególnie w przerażający sposób wzrosła śmiertelność wskutek gruźlicy i chorób właściwych dzieciom w 1 roku życia.

Dla ocalenia kilku tysięcy istnień ludzkich, przyplacających życiem skutki złych warunków zdrowotnych miasta, Zarząd m. st. Warszawy w najbliższym czasie powinien niezwłocznie podjąć się jaknajszerszej planowej akcji, nie tylko w walce z chorobami ostro-zakaźnymi, ale również z gruźlicą, przymiotem i śmiertelnością wśród dzieci.

Doc. Kazimierz Bocheński (Lwów).

Neomaltuzjanizm i sztuczne przerwanie ciąży jako zagadnienia społeczne.

(Dokończenie).

Dzieło *Malthusa* odbiło się wkrótce głośnym echem, jako pierwszy traktat socjologiczny *sui generis*, oparty na ścisłych argumentach naukowych, i wywołało wielką ilość prac za i przeciw, przy czem niejednokrotnie dochodzono we wnioskach do wręcz absurdalnych ostateczności. I tak, np., żądali niektórzy zwolennicy *Malthusa* zniesienia wszelkiej opieki państwowej nad ubogimi (*Thomas Chalmers*), obowiązkowej t. zw. *infibulacji* do pewnego wieku, polegającej na zakładaniu pierścieni przez napletek (*Karol Weinhöld*) i t. p.

Z pośród zwolenników *Malthusa*, wolnych od wszelkiej doktrynerji, a przejętych głębokiem poczuciem ludzkości, wyróżnia się

przedewszystkiem J a n S t u a r t M i l l. Występuje on za szerzeniem wstrzemięźliwości w małżeństwie wśród wszystkich warstw. Doświadczenie pouczyło bowiem, że tłum nigdy nie posiada samodzielnego zdania w kwestjach moralnych i tylko to uważa za dobre albo złe, o czem nieskończenie dużo razy taki lub inny sąd słyszał. Podczas gdy brak wstrzemięźliwości w każdym innym kierunku wywołuje ogólne zgorzenie, to brak wstrzemięźliwości w małżeństwie wraz z jej częstokroć nieszczęsnymi skutkami bynajmniej nie spotyka się z ostrem osądzeniem, ale przeciwnie z pewnego rodzaju życzliwością i współczuciem. Drogą ciągłego uświadamiania szerokich warstw da się wreszcie kres położyć nieopatrzniemu płodzeniu potomstwa, zdanego na łaskę Boga.

Zasady M a l t h u s a poruszyły nie tylko umysły uczonych teoretyków, ale znalazły także swój wyraz w ustawodawstwie ówczesnym prawie wszystkich państw europejskich. I podczas gdy w wieku 17-tym i 18-ym dążono za wszelką cenę do rozrostu ludności, poczęto teraz popadać w drugą ostateczność, zwłaszcza w Niemczech. Nie zadowolono się tem, by znieść wszelkie dawne ułatwienia przy zawieraniu małżeństw i przywileje dla rodzin, obarczonych licznem potomstwem, ale chwycono się całego szeregu zarządzeń zapobiegawczych, warunkując zawarcie małżeństwa starszym wiekiem, dowodem posiadania znaczniejszej posiadanej sumy, zapewnionym dochodem i t. p. — Starano się w ten sposób niezamożnym utrudnić wstąpienie w związki małżeńskie, spodziewając się przez to położyć tamę wzrastającej nędzy. Zaznaczyć również w tem miejscu należy, że zbyt ni i nagły rozrost ludności począł budzić w umysłach sfer rządzących obawę przed dążeniami rewolucyjnymi tłumów. Zaprzeczyc się nie da, że w pewnym kierunku osiągnięto ten cel i że rzeczywiście ilość małżeństw się zmniejszyła, ale z drugiej strony wzmożła się ilość konkubinatów i nieślubnych dzieci wraz z wszelkimi smutnymi objawami, ze zjawiskami temi związanymi.

To też nauka M a l t h u s a wkrótce znalazła obok zaślepionych zwolenników i entuzjastów poważną opozycję, którąby podzielić można na trzy kategorie: a) socjalistów, b) optymistów i c) opozycjonistów, wychodzących z przyrodniczego punktu widzenia.

Teorja socjalizmu, wychodząc z założenia, że wszelkie zło wszystkich epok znajduje swe źródło w przewrotnych i niesprawie-

dliwych urządzeniach państwowych i społecznych, nie pozwoliła zgóry jej zwolennikom przyznać, że przeszkoda w osiągnięciu ziemskiego szczęścia leży w samej naturze ludzkiej. Jeden z twórców nowoczesnego socjalizmu, Fryderyk Engels, wyraża się swym lapidarnym stylem dosłownie: „Przez teorię Malthusa przebija się najgłębsze upokorzenie ludzkości przez uzależnienie jej od systemu konkurencyjnego. Wykazała ona bowiem, jak własność prywatna uczyniła z człowieka towar, którego wytwarzanie lub niszczenie normuje wyłącznie popyt, następnie, jak system konkurencyjny z tego powodu miliony ludzi na rzeź prowadził i codziennie prowadzi. Temu wszystkiemu przypatrywaliśmy się i to wszystko zniewala nas do zdarcia tego piętna poniżenia z ludzkości przez zniesienie własności prywatnej, konkurencji i sprzecznych interesów”. W państwie socjalistycznym nie miałyby istnieć kwestja zaludnienia, straszak przeludnienia istnieje tylko w społeczeństwie, opartem na przewrotnym systemie konkurencyjnym. Tak przynajmniej myślała i myśli większość socjalistów.

Podobnie też socjalista francuski Proudhon w dziełach swych, pełnych szczerego polotu, dopatruje się przyczyn przeludnienia i tegoż ujemnych skutków w nienormalnych, jego zdaniem, stosunkach społecznych. Twierdzi on, że każdy organizm społeczny sam w sobie, bez uciekania się do środków gwałtownych, musi stać się samowystarczalnym. Przez wprowadzenie systemu wzajemnej wymiany, który identyfikuje ze sprawiedliwością, powstać musi natychmiast ogólny dobrobyt, a ten ugruntowałby jeszcze wyższe prawo, t.j. harmonję między ziemią i ludnością. Wzmożenie się i uszlachetnienie pól pracy prowadzi przez uszlachetnienie miłości do ograniczenia płodzenia.

Jednakowoż i w obozie socjalistycznym doznała teoria Malthusa korzystnej oceny. I tak, w najnowszych czasach Karl Kautsky uznaje częściowo słuszność głoszonych przez Malthusa tez. Twierdzi mianowicie, że urzeczywistniony system socjalistyczny może niebezpieczeństwo przeludnienia tylko opóźnić, ba, nawet przez ogólny dobrobyt stworzoną beztróską przygotować jeszcze. groźniejszą katastrofę. Jako środek zaradczy zaleca stosowanie środków zapobiegawczych przy obcowaniu płciowem, uważając je równocześnie jako zło konieczne, ale przynajmniej mniejsze, aniżeli katastro-

falne skutki przeludnienia jak głód, zarazy, wojna, syfilis i prostytucja.

Jako reprezentant drugiej kategorii, którą w przeciwieństwie do ponurych horoskopów teorii Malthusa cechuje optymizm społeczny, wybija się na plan pierwszy jeden z najwybitniejszych teoretyków społecznych niemieckich pierwszej połowy 19 wieku, Fryderyk List. Przedewszystkiem uważa on tezę Malthusa o niestosunku między przyrostem ludności a żywności jako sofizmat i to tem bardziej, jak długo niedający się zmierzyć ogrom darów przyrody, mogących wyżywić nawet stokrotną ludność, spoczywa zupełnie niezużytkowany. Ten sam szmat ziemi, który w Anglii w wiekach średnich wydawał czterokrotny zbiór pszenicy, dziś wzmógł się dziesięciokrotnie, przyczem równocześnie pięciokrotnie wzrosły obszary uprawiane. Należy ponadto zwrócić uwagę na wynalazki, odkrycia i różnorakie ulepszenia techniczne. Chemja agrarna dziś u wstępu swego rozwoju może w dalszym ciągu swego rozwoju zdumiewające osiągnąć wyniki. O ile nauka Malthusa już w tendencji swej zdradza ograniczoność, tak mówi List, to w środkach swych, pogwałcając naturę i zabijając moralność i siłę, staje się wręcz horendalną; usiłuje zniweczyć popęd, którym natura się posługuje, by wzbudzić w człowieku siły ducha i ciała, jednym słowem popęd, któremu ludzkość zawdzięcza większą część swego postępu. Nauka ta ośmiela się propagować bezlitosny egoizm jako najwyższą normę, żąda, byśmy nie szli za popędem serca wobec zubożałych, bo podawszy komus dzisiaj łyżkę strawy, stać się możemy przyczyną, że za jakieś lat trzydzieści ktoś inny wzamian z głodu umierać będzie. A więc w miejsce uczuć — kalkulacja.

W dalszym ciągu udowadnia List, że każdy stopień rozwoju gospodarczego ma swą określoną pojemność dla ludności, jak tego dowodzi stopniowo przekształcanie się społeczności z okresu barbarzyństwa przez różne stany przejściowe aż do stanu obecnego, podczas czego pojemność gospodarcza i społeczna stale wzrastała. Ciągła dążność ku tym ulepszeniom musi zdławić bojaźń przed widmem przeludnienia.

Trzecia kategoria przeciwników teorii Malthusa, rekrutująca się z myślicieli, oceniających i zwalczających ją z punktu widzenia szkoły przyrodniczo-filozoficznej (Naturphilosophie)

z Herbertem Spencerelem na czele, gubi się w spekulatywnych dociekaniach, nie przynosząc poza pięknymi konstrukcjami myślowymi żadnych istotnych, realnych argumentów.

W dobie ostatniej niemiecki ekonomista Franz Oppenheimer, bardzo stanowczo występuje przeciw teorii Malthusa, odmawiając jej wszelkiej logiki. Bo gdyby teoria ta słuszną była, to podźwignięcie się warstw niższych i upośledzonych po wsze czasy stałoby się niemożliwością. W rzeczywistości jednak socjalne reformy właśnie w dobie ostatniej znacznemi poszczycić się mogą postępami. Mimo, albo właśnie z powodu przyrostu ludności wzrasta możność i pewność utrzymania jednostki. Liczba ludności rolniczej procentowo się stale zmniejsza, liczba ludności miejskiej procentowo się zwiększa tam, gdzie kultura narodowa się podnosi. Skąd więc wzięłaby się ta rzeczywistość istniejąca nadwyżka środków żywności, gdyby prawo umniejszania się stosunków środków żywności nie było mrzonką? Zresztą, zważywszy odłogiem leżące ogromne przestrzenie stepów i pustyń, które przy odpowiednim, produktywnym wykorzystaniu wraz z bogactwem rzek, jezior i oceanów mogą wyżywić ludność niepomierne większą od obecnej, dochodzi do wniosku, że praktycznie wzięwszy, zasoby środków żywności są nie do wyczerpania i o absolutnem przeludnieniu mowy być nie może. Podobnie jak żaden normalnie myślący człowiek w zabiegach swych o najbliższą przyszłość nie daje się pochamować myślą czekającej go kiedyś śmierci, podobnie jak ludzkość nie wiele się trapić będzie przewidzianemi i możliwemi kataklizmami, jak zgaśnięcie słońca, zderzenie się ziemi z innymi planetami i t. d., tak też proroczko występujący maltuzjanizm nie zasługuje, by zagłębiać się w jego pesymizmie.

We Francji teoria Malthusa, z łatwo zrozumiałych powodów, nie cieszy się uznaniem ekonomistów.

W ten sposób teoria Malthusa uznana została, jako niewystarczająca, i ogólnie uznano, że po środkach przez niego polecanych, a zwłaszcza po tak zw. „moral restraint” nie wiele można się spodziewać. Zaczęto więc wnet oglądać się za innymi środkami.

Już w r. 1822 wskazał Francis Place, że we Francji są w użyciu pewne środki fizyczne, za pomocą których można ograniczyć potomstwo, przez co, zdaniem jego, można najwłaściwiej i najskuteczniej wpłynąć na zmniejszenie się liczby ludności. Dla idei tej

pozyskał Placę angielskiego filantropa i socjalistę, Roberta Owena, a zwłaszcza tegoż syna Roberta Dale Owena, który zasad tej idei bronił w piśmie swem „Moral Physiology”.

W latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia ruch ten, t. zw. „neomaltuzjanizm”, przybrał szersze rozmiary. W roku 1877 17-go lipca powstała w Londynie „Lóża Maltuzjańska”, która od 1.II.1879 r. wydawała miesięcznik p. t. „The Malthusian”. Motto tego pisma głosiło, że dla umysłu rozsądnego środki zapobiegawcze są równie naturalne, jak przeszkody, płynące z ubóstwa lub przedwczesnej śmierci. Ponadto towarzystwo to starało się rozpropagować swą naukę przy pomocy ulotnych pism, broszur i t. p.

Cele ligi były następujące:

1. Agitować za zniesieniem wszystkich kar z powodu publicznych dyskusyj w sprawie zaludnienia, celem uzyskania takich postanowień prawnych, aby w przyszłości było niemożliwe tego rodzaju rozprawy podciągnąć pod pojęcie przekroczenia według ogólnego prawa.

2. Rozszerzać między ludem wszelkimi praktycznymi środkami znajomość prawa zaludnienia, jego następstw i wpływu na obyczaje i moralność.

Zasadami ligi było:

1. Ludność ma stałą tendencję do zwiększania się ponad miarę środków utrzymania.

2. Przeszkody, które temu przeciwdziałają są jużto pozytywne, t. j. niszczące życie, jużto zapobiegawcze, t. j. ograniczające ilość porodów.

3. Do środków pozytywnych należą: śmiertelność dzieci, głód, wojna i dzieciobójstwo.

4. Środki zapobiegawcze polegają na ograniczeniu potomstwa przez bezżeństwo lub też przez rozsądną przeczność małżonków.

5. Stały celibat, jak tego żąda Malthus, jest przyczyną wielu dolegliwości płciowych, wielu chorób; wczesne małżeństwo natomiast wpływa korzystnie na czystość obyczajów, domowy komfort, szczęście społeczne i zdrowie jednostki; atoli jest to ciężkiem przewinieniem mężczyzn i kobiet ze stanowiska społecznego, wydawać na świat więcej dzieci, aniżeli są w stanie ich wyżywić, ubrać, wychować i zapewnić im utrzymanie.

6. Przeludnienie jest największym źródłem ubóstwa, nieuctwa, zbrodni i choroby.

7. Otwarta, jawna i zapowiedziana dyskusja w sprawie zaludnienia ma dla społeczeństwa znaczenie żywotne, dlatego publiczne omawianie tej sprawy musi być chronione przed prześladowaniem karnem.

Z Anglii ruch ten przeniósł się do Holandji, gdzie w roku 1882 powstał związek neo-maltuzjański. („*Nieuw-Malthusiana-sche Bond*”). Podobnie i w innych krajach, w których nie istnieją formalne organizacje, zasady ligi angielskiej znalazły swych zwolenników i obrońców.

Ten neo-maltuzjanizm posiada atoli kilka grup. Różnić można między nimi trzy główne, a są nimi:

1. skrajni neo-maltuzjaniści,
2. umiarkowani socjaliści,
3. umiarkowani neo-maltuzjaniści.

Wszystkie trzy kierunki wychodzą z tego założenia, że należy uznać prawo Malthusa co do zaludnienia, t. j., że ludności przybywa znacznie więcej, aniżeli środków wyżywienia, i że okoliczność ta jest źródłem ubóstwa i nędzy. Godzą się oni nadto w tem, że polecana przez Malthusa „moral restraint” jest zupełnie bezskuteczna, przeciwnie staje się ona tylko przyczyną jeszcze większego zła, i w końcu, że jedynie przy pomocy zapobiegawczego stosunku płciowego można skutecznie przeciwdziałać przeludnieniu i nędzy, z niego płynącej. W szczegółach atoli, a przedewszystkiem w zapatrywaniu na to, czego należy się spodziewać po rozpowszechnieniu obcowania zapobiegawczego, różnią się wspomniane 3 grupy między sobą.

Skrajni neomaltuzjaniści odnoszą wszelkie niedomagania społeczne i gospodarcze wyłącznie do przeludnienia. Według nich przyczyną niskiego wynagrodzenia pracy, względnie przyczyną ubóstwa jest przeludnienie, czyli zbyt wielka liczba ludności w porównaniu do środków żywności, zbyt wielka ilość robotników w porównaniu do kapitału, a więc stan, który został wywołany i stale jest podtrzymywany przed nadmierną płodność. Jest rzeczą pierwszej doniosłości, aby ci wszyscy, którzy pragną zwalczać ubóstwo i nędzę, nigdy nie zapominali o tej wielkiej prawdzie. Niestosunek między liczbą ludności, a ilością środków utrzymania jest główną i jedyną przyczyną nę-

dzy społecznej. Pojedyncze przypadki ubóstwa mogą być spowodowane przez winę jednostki, przez opilstwo, lenistwo, głupotę lub chorobę. Ale wszystkie te wpływy i wiele innych nie miałyby w danej kwestji żadnego znaczenia, gdyby się zwracało uwagę na wspomnianą stałą główną przyczynę i dążyło do jej usunięcia. Jak dotąd atoli wszelkie usiłowania, zmierzające do zmniejszenia ubóstwa, okazały się zupełnie bezskuteczne. Jest tylko jeden sposób, aby to zło usunąć i każdemu człowiekowi zapewnić należny mu udział w korzystaniu z pożywienia, miłości i swobody, aby umożliwić postęp ludzkości, a sposobem tym jest: stosunek płciowy zapobiegawczy, t. j. stosunek, przy którym stosuje się środki ostrożności, zapobiegające zastąpieniu. Bez tego radykalnego środka, jak się wyraził D r y s t a l e na międzynarodowym kongresie lekarskim w Amsterdamie w r. 1879, wszystkie inne są bez wartości, zastosowanie każdego innego środka pociąga za sobą ofiarę użycia płciowego, dlatego wartość ich jest iluzoryczna. Stosunek płciowy zapobiegawczy jedynie zdolny jest zwalczyć ubóstwo bez żadnego innego środka pomocniczego.

Szkoła socjalistyczna neo-maltuzjanizmu domaga się przede wszystkim reform społecznych, ale dodaje, że uregulowanie ruchu ludności, któreby prawdopodobnie najnormalniej przez stosunek zapobiegawczy się odbyło, nie mogłoby przeszkodzić usunięciu niedomagań, jakie istnieją w dzisiejszych urządzeniach państwowych i gospodarczych.

Kierunek umiarkowany neo-maltuzjanizmu patrzy na sprawę dość spokojnie. Zwolennicy tego kierunku (W Anglii J o h n S t u a r t M i l l, we Włoszech P a o l o M a n t e g a z z a, w Niemczech O t t o Z a c h a r i a s), nie twierdzą, jak skrajni neo-maltuzjaniści, aby przez stosunek zapobiegawczy można usunąć i uleczyć wszystko zło, nie pragną oni również zasadniczej zmiany obecnego mu stroju społecznego, atoli w dowolnej bezpłodności widzą środek, który zdolny jest złagodzić i zmniejszyć niektóre szkody społeczne, wynikające pośrednio z przeludnienia.

Zastanawiając się nad omawianą kwestją, stwierdzić więc należy, że całkiem ogólnie biorąc, ludność może rzeczywiście szybciej wzrastać jak środki żywności. W tej abstrakcyjnej formie jednak teza ta, przypominająca naukę M a l t h u s a, nie ma żadnego praktycznego znaczenia.

Wśród obecnego ustroju prawnego i gospodarczego, opartego na prywatnym kapitale i prywatnych przedsiębiorstwach, przyrost ludności zależny jest od panujących stosunków gospodarczych. Im są one korzystniejsze, tem szybciej zwykła wzrastać ludność, jak tego dowodzi przykład Anglii, gdzie ze wzrostem olbrzymim majątku narodowego w przeciągu jednego stulecia ludność się potroiła. Podobnie ma się rzecz w Niemczech, gdzie maksyma ekonomiczna, iż każdy ustrój gospodarczy ma swoją określoną pojemność, święci tryumfy. Wyjątek stanowi Francja, gdzie mimo świetnych warunków gospodarczych, liczba porodów stale się zmniejsza, ba, nawet w pewnych latach ilość wypadków śmierci przewyższała ilość porodów. Przyczyn tej anomalji szukać należy wyłącznie w szczególnym ustroju socjalnym. W okresach zaś gospodarczego upadku daje się stale zauważyć zmniejszanie się ilości zawartych małżeństw i porodów, zwiększanie się wypadków śmierci, a w konsekwencji — zmniejszenie się ludności. W pewnej sprzeczności z tem stoi fakt nadmiernej płodności u warstw społecznie najniżej położonych. I tu znowu występuje przewaga czynników socjalnych nad gospodarczymi. Niepewność bowiem egzystencji i brak widoków na późniejszą przyszłość sprzyjają nadmiernemu płodzeniu potomstwa. Na najniższym bowiem szczeblu stojący osobnik nie marzy nawet o zaspokojeniu wyższych potrzeb, nie odczuwając ich nawet przewaźnie. Wódka i stosunek są jego jedynymi wzruszeniami. Wie on, że już niżej usunąć się nie może. Doktryny, podyktowane wyższą moralnością i roztropnością, daremnie szukają przystępu do tych parjasów, którzy niczego poza swą nędzą bronić nie mają. •

Skoro więc warunki socjalne obok gospodarczych wywierają tak przemożny wpływ na przyrost ludności, u której nie tylko ilość, ale przedewszystkiem jakość rozstrzygającą być powinna, tuszyć należy błogą nadzieję, że liczne reformy socjalne naszej epoki, zdążające do poprawy warunków bytu niższych warstw społecznych, tego fundamentu łączyzny narodowej, sprawią, iż bez uciekania się do środków gwałcących naturę i poczucie etyczne, da się szczęśliwie rozwiązać problem zaludnienia.

Niezależnie od tego, nie można jednak przymykać oczu na fakt, że w istocie w obecnych czasach liczba porodów u nas stale maleje, a natomiast liczba poronień, zwłaszcza zbrodniczych, stale wzrasta.

Cierpi na tem nie tylko ilość, ale i jakość zaludnienia, a co za tem idzie, stale osłabia się najsilniejsza podstawa potęgi państwa.

Okoliczność ta nakłada obowiązek na czynniki miarodajne, by zło ukrócić i zawczasu jego fatalnym skutkom przeciwdziałać. W jakim kierunku należy działać, trudno powiedzieć w krótkich słowach. Pozwoliłem sobie to dość obszernie omówić, w ogólnych zarysach ze stanowiska społecznego, bo jak widzieliśmy, już od najdawniejszych czasów we wszystkich państwach były dążności po temu, by przy pomocy odpowiednich przepisów i postanowień prawnych stosunki społeczne tak normować, by one skutecznie to zło zwalczać mogły. Postanowienia te i dzisiaj mogłyby być zastosowane zupełnie dobrze, naturalnie, w odpowiednio do warunków zmienionej formie. Rzecz ta należy atoli do czynników kierujących w państwie i przez nie winna być odpowiednio postawiona i poprowadzona.

Samo przez się rozumie się, że udział świata lekarskiego w akcji tej z tytułu swego znaczenia powinien i musi być należycie uwzględniony.

Na początku wypowiedziałem zdanie, że dziwić się należy, jak mało społeczeństwo, a nawet świat lekarski sprawą tą u nas się zajmuje i jak obojętnie do niej się odnosi.

O wiele lepiej zrozumieli tą sprawę nasi sąsiedzi Niemcy. Tam cały świat lekarski sprawą tą zajmuje się energicznie i radzi nad środkami zaradzenia. Związki lekarskie, towarzystwa ginekologiczne, liczne prace wielu autorów, wszystko to wystąpiło do walki przeciw poronieniu sztucznemu. Walka ta nie jest łatwa, a dowodzi tego choćby ta okoliczność, że mimo tak wyłożonej pracy nie zdołano dotąd wynaleźć i ustalić środków, któreby zło zwalczyć mogły skutecznie. Na jedno godzą się wszyscy, a mianowicie, że żaden lekarz nie powinien imać się przerwania ciąży bez poprzedniego porozumienia się z innymi kolegami, którzy zabieg ten uznają za konieczny i usprawiedliwiony. Obowiązek donoszenia władzy o zamierzonym przerwaniu ciąży ma swych zwolenników i przeciwników. Być może, że środki te, energicznie i sumiennie stosowane, mogłyby wpłynąć korzystnie na ilość poronień, wykonywanych przez lekarzy. Natomiast nie można się spodziewać, aby temi zewnętrznymi środkami udało się zmniejszyć ilość poronień zbrodniczych, które, zwłaszcza w dużych miastach, przybrały bardzo wielkie rozmiary.

Towarzystwo ginekologiczne wiedeńskie po obszernej dyskusji na ten temat przyszło do przekonania, że jedynym praktycznie możliwym do przeprowadzenia środkiem jest obowiązek lekarzy donoszenia o każdym przypadku poronienia. Komisja, wybrana do opracowania tej sprawy w towarzystwie lekarskim monachijskim, podała kilka zasadniczych żądań, jak np.:

a) obowiązek ze strony lekarzy i położnych donoszenia władzy o każdym przypadku poronienia,

b) wezwanie do lekarzy, by w uznawaniu wskazań do przerwania ciąży, zwłaszcza z powodu gruźlicy i wad serca, byli więcej wstrzeźliwi,

c) nieuznawanie wskazań do przerwania ciąży t. zw. społecznych i eugenicznych,

d) piętnowanie, jako niegodne stanu lekarskiego przerwanie ciąży przez lekarza pojedynczego, bez porozumienia się i zgody z innymi kolegami, specjalistami danego cierpienia, które daje wskazanie do przerwania ciąży i t. p.

Nawoływanie do bardziej krytycznego oceniania wskazań, nawet t. zw. ściśle lekarskich, jest rzeczywiście na miejscu i na czasie. Nie da się bowiem zaprzeczyć, co musimy sobie otwarcie powiedzieć, że pcd tym względem dzieją się nadużycia i to znaczne. Najwięcej nadużycia te występują zwłaszcza w uznawaniu gruźlicy płuc, jako usprawiedliwienia do przerwania ciąży. To też w ostatnich czasach coraz więcej podnoszą się głosy, nawołujące i przestrzegające, że ciąża nie jest powikłaniem gruźlicy i dlatego zasadniczo niema potrzeby jej usuwać, ale że gruźlica jako taka wymaga odpowiedniego leczenia, bez względu na ciążę. Bezskrytyczne przerywanie ciąży w każdym przypadku gruźlicy nie da się przecież pogodzić z uznawaniem i przyjęciem stanowiskiem z naszej strony, że ciążę należy przerwać jedynie wtedy, jeśli skutek istniejącej choroby życiu lub zdrowiu matki grozi niebezpieczeństwo, które tylko przez przerwanie ciąży może być usunięte. To też słusznie w sprawie tej zauważa M e n g e, że dotychczasowe wiadomości nasze co do stosunku i wzajemnego wpływu gruźlicy i ciąży nie są wystarczające i naukowo całkiem pewne. Wiadomości nasze o wpływie racjonalnego leczenia zakładowego na osoby ciężarne, dotknięte gruźlicą, są — jak dotąd — bardzo skąpe i niewystarczające. A mimo to bardzo wielu lekarzy z powodu tego

cierpienia często przerywa ciążę już to zapobiegawczo, już to w początkowych okresach tego cierpienia, już też w późniejszych, a nawet w okresach końcowych. Jeżeli w sprawie tej stosunki mają się poprawić, powiada M e n g e, to winny powstać specjalne zakłady lecznicze dla ciężarnych gruźliczych, gdzieby osoby te miesiącami całemi mogły być celowo leczone i obserwowane. Musiałyby to więc być nietylko zakłady lecznicze, ale zarazem zakłady, mające za zadanie dokładne badanie tej sprawy na podstawie ścisłych spostrzeżeń. Tylko w ten sposób jedynie możemy dojść do ustalenia ścisłych wskazań do przerywania ciąży wskutek gruźlicy. To zapatrywanie M e n g e g o w zupełności podziela O p i t z, który twierdzi, że sztucznego przerywania ciąży winno się unikać, podobnie jak wymóżdżenia płodu żywego. Innemi słowy, wspomniani autorowie uznają tylko jedno wskazanie do przerywania ciąży, a mianowicie: bezwzględne niebezpieczeństwo, które zagraża życiu matki.

Na tem też stanowisku stoi dzisiaj świat lekarski i, chociaż sprawa ta w żadnem ustawodawstwie otwarcie i stanowczo nie jest określona, to niemniej w praktyce tego nie odczuwamy. Niepodobna przypuścić, aby lekarz, przerywający ciążę ze wskazania ściśle lekarskiego, mógł być narażony z tego powodu na przykrości i zarzut nieetycznego postępowania. Tak samo nie ponoszą, mimo braku postanowień prawnych, żadnej szkody osoby chore, gdyż w razie istotnej potrzeby zawsze i wszędzie znajdują odpowiednią pomoc lekarską.

Inna rzecz, co znów otwarcie musimy stwierdzić, że i pod tym względem stosunki, zwłaszcza w ostatnich czasach, bardzo się rozluźniły. Wielu lekarzy dość liberalnie ocenia wskazania lekarskie do przerywania ciąży, tak że nadużycia w tym kierunku są na porządku dziennym. To też sędzę, że rewizja naszych zapatrywań na konieczność przerywania ciąży ze wskazań ściśle lekarskich, byłaby bardzo pożądana.

Co się tyczy wskazań do przerywania ciąży t. zw. społecznych, to sprawa ta zwłaszcza w dzisiejszych czasach powojennych, prawie we wszystkich państwach, jako aktualna, jest na porządku dziennym. Rozważana i dysputowana przez najpoważniejsze związki i stowarzyszenia tak społeczne, jak i lekarskie, rozstrzygnięta została w tym duchu, że wskazań tych absolutnie uznać nie można. Nie trudno zrozumieć motywy takiego stanowiska. Przyjęcie bowiem tych wskazań

musialoby się fatalnie odbić na stosunkach społecznych. Nie mówiąc już o stronie etycznej tej sprawy, to kwestja ewentualnego wyludnienia stałaby się aktualną prądziej, aniżeli można przypuścić. Mimo zakazu ustawowego przerywania ciąży z tych wskazań, wiemy, że stosunki dzisiaj przedstawiają się pod tym względem fatalnie, bo doszło do tego, że każda kobieta, która chce się pozbyć ciąży, celu swego dopnie w ten czy w inny sposób. Łatwo pojąć, jakby te stosunki się ukształtowały, gdyby ustawowo i prawnie wolno to było czynić każdej kobiecie.

A przecież są dążności po temu. Wiadomo, np., że w niemieckiej części Szwajcarii obowiązuje od kilku lat prawo, że w pierwszych trzech miesiącach wolno każdej kobiecie przerwać ciążę bezkarnie, jedynie pod warunkiem, że uskuteczni to lekarz. Nie wiem, jakieni motywami kierowali się ustawodawcy przy ustanawianiu tego prawa. Przypuszczam, że nie mogąc zła zupełnie usunąć, zdecydowali się przynajmniej na jego zmniejszenie i woleli oddać tę sprawę w ręce lekarzy, sądząc, że w ten sposób zabezpieczą przecież zdrowotność i mniejszą śmiertelność kobiet wskutek poronień zbrodniczych.

Przed kilku laty partje socjalistyczne parlamentu niemieckiego wystąpiły z podobnym wnioskiem. Wniosek ten nie uzyskał większości w parlamencie, poruszył atoli wszystkie czynniki patrijotyczne w Niemczech i cały świat lekarski. Wszystkie towarzystwa naukowe lekarskie w całych Niemczech oświadczyły się przeciwko uchwaleniu ustawy, żadne z nich nie uznało wskazań społecznych do przerywania ciąży, natomiast wszystkie wniosły do parlamentu protesty z odpowiedniami motywami, domagając się uchwalenia ustawy, któraby karała przerywanie ciąży bez ścisłych wskazań lekarskich.

Podobnie jak w Niemczech, wystąpili w Sejmie czechosłowackim posłowie *L a n d o v a* i *S t y c h o v a* przed 2 laty z wnioskiem, domagającym się również uchwalenia prawa, mocą którego wolno każdej kobiecie przerwać ciążę w pierwszych 3 miesiącach, byle tylko czynności tej dokonał lekarz fachowy. Jak dotąd, wniosek ten w Sejmie czechosłowackim nie był rozpatrywany.

Nie przypuszczam, aby podobny wniosek pojawił się w naszym Sejmie, a pewny jestem, że w razie, gdyby rzeczywiście się to stało, to nie uzyskałby on absolutnie poparcia i mocy prawnej. Ale i bez tego nie wolno nam nad tą sprawą przechodzić do porządku dziennego

z uwagi na niebezpieczeństwo, jakie wobec bierności z naszej strony na przyszłość Ojczyźnie naszej może grozić.

Wspomniałem poprzednio, na czym niebezpieczeństwo to polega. Tkwi ono w zmniejszającej się liczbie porodów i w nadmiernej zwiększaniu się liczby poronień zbrodniczych. Innemi słowy, nie tylko ilość, ale i jakość ludności naszej z roku na rok stale się pogarsza, a co za tem idzie, siła naszego społeczeństwa, a więc Państwa, stale maleje.

Nie wchodząc bowiem w inne czynniki, które decydują o sile i potędze danego państwa, nie możemy zaprzeczyć — i na to godzą się wszyscy ekonomiści, — że jednym z najważniejszych czynników pod tym względem jest ilość ludności.

Ale może ktoś zarzucić, że przecież niema obawy u nas, przynajmniej na razie, o wyludnienie, lecz owszem, przeciwnie odczuwamy nawet nadmiar ludności, czego najlepszym dowodem emigracja, jaka przez długi szereg lat przed wojną miała miejsce do Ameryki, do Niemiec i t. p. Otóż stwierdzić należy, że tak nie jest. Dane statystyczne wykazują, że pod względem przybytku ludności w porównaniu z innymi narodami, a zwłaszcza sąsiadami naszymi, pozostajemy w tyle. Jeżeli więc doraźnie niebezpieczeństwo wyludnienia nie rzuca się w oczy — to w przyszłości możemy sprawą tą być zaskoczeni, tem bardziej, że sąsiedzi nasi na sprawę tę baczną zwracają uwagę. Co się zaś tyczy wspomnianej emigracji, to nie wolno zapominać, że przyczyną jej nie było wcale przeludnienie, ale, i to głównie, trudne i ciężkie warunki ekonomiczne, w jakich społeczeństwo nasze zmuszone było żyć pod rządami zaborczemi. A zresztą nie możemy na fakt emigracji zamykać oczu i winniśmy starać się jeśli nie o usunięcie, to przynajmniej o ograniczenie jej jak największe. Emigracja bowiem, specjalnie dla naszej Ojczyzny, nie jest objawem pożądanym i korzystnym. Emigrują bowiem z kraju jednostki silne i zdrowe, bo tylko te liczyć mogą na wywalczenie sobie za granicą możliwych warunków bytu. Ponadto znaczny odsetek emigrantów przepada dla Ojczyzny, o ile nie ma z nią ścisłej łączności. W charakterze zaś naszym leży, że łatwiej się sami asymilujemy, aniżeli innych podbijamy. Innemi słowy nie posiadamy zdolności asymilowania innych, czego najlepszym dowodem Litwa i Wschodnia Małopolska,

nad któremi przez całe wieki dzierżyliśmy władzę, a mimo to nie zdołaliśmy ludności ich zasymilować.

Wspomniałem o tej sprawie mimochodem, jedynie z uwagi na to, że ma ona dla naszej Ojczyzny pierwszorzędne znaczenie i byłoby lekkomyślnością doniosłości jej nie doceniać.

Wracając do kwestji ograniczenia porodów, to chociaż ze stanowiska etycznego sztuczne przerwanie ciąży bez wskazań lekarskich z jednej, a stosowanie środków zapobiegawczych z drugiej strony różnią się znacznie, niemniej stwierdzić należy, że tak jedno, jak i drugie w skutkach swych ze stanowiska fizjologicznego są szkodliwe, i z punktu widzenia lekarskiego, a zwłaszcza społecznego, muszą być zwalczane.

Biorąc pod uwagę doniosłość omawianej sprawy i uwzględniając przytoczone wyżej okoliczności, możemy stanowisko nasze w ogólnych zarysach streścić następująco:

1. Przerwanie ciąży jest dopuszczalne i usprawiedliwione jedynie ze wskazań ściśle lekarskich. Rewizja tych wskazań w obecnych czasach byłaby bardzo pożądana.

2. Uznawanie wskazań społecznych do przerywania ciąży jest w interesie dobra ogólnego niedopuszczalne.

3. Spędzenie płodu zbrodnicze pod każdym względem musi być pocięzione i wszelkimi sposobami jak najostrzej karane.

4. Ponieważ rozluźnienie obyczajów i nędza materialna w przeważnej liczbie przypadków poronienia zbrodniczego najgłówniejszą odgrywają rolę, należy dążyć do podniesienia ogólnej moralności w społeczeństwie z jednej strony, a z drugiej strony dbać o zabezpieczenie bytu materialnego jednostki, a zwłaszcza rodziny.

5. Nieletnie dziewczęta i kobiety ciężarne winny być otoczone jak najszerszą opieką. Specjalną opieką winny być otoczone dzieci nieślubne i odpowiednio wychowywane. Zapatrywania nasze na te stosunki winny ulegć zasadniczej zmianie.

6. Wychowanie społeczeństwa w celu wpojenia i pogłębienia w niem zrozumienia obowiązków obywatelskich i patriotycznych winno być jednym z pierwszych zadań państwa.

Oto w najgrubszych zarysach cel, jaki nam wszystkim przyświecać winien jeśli omawiane stosunki zmienić się mają na lepsze. Celu tego nie dopnie ani samo państwo, ani też jednostka na-

wet najzdolniejsza, o ile całe społeczeństwo w akcji tej nie weźmie żywego udziału. Dlatego główną wagę zwrócić należy na celowe wychowanie całego społeczeństwa, bo tylko przy odpowiednim jego nastroju praca ta, obliczona na długie lata, wydać może pożądane owoce.

Doc. Dr. Tomasz Janiszewski (Kraków).

b. Minister Zdrowia Publicznego.

Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce 1922-23.

(Dokończenie).

W 1921 r. otwarto studjum pedagogiczne dla kandydatów na nauczycieli przedmiotów pedagogicznych w seminarjach nauczycielskich. Na tem studjum wykładał Dr. T. Jaroszyński higienę szkolną i wychowanie fizyczne, wraz z seminarjum 3 g. t. na I-ym i II/S. i po 2 g. t. na III i IV/S. W 1922 r. opracowało Min. W. R. i O. P. projekt ustawy dla Państwowego Instytutu Pedagogicznego i przesłało go radzie Ministrów. Sprawa ta nie została jeszcze uregulowana, co niekorzystnie wpływa na rozwój instytutu.

XVII. Szkoła Nauk Politycznych przy Wydziale prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Naczelny nadzór nad szkołą sprawuje wydział prawa Uniwersytetu Jagiell. Szkoła została założona w 1910 r. Kurs jest dwuletni. Dyplomy wydaje się jedynie słuchaczom wydziału prawniczego i filozoficznego po wysłuchaniu całkowitego kursu i zdaniu egzaminu. Od 1914—1920 r. była przerwa, spowodowana wypadkami wojennymi. Wykładów higieny społecznej i indywidualnej nie ma. Prof. Kumaniecki wykładał w 1921/22 r. o spisach ludności 6 g. t.

XVIII. Szkoła Nauk Politycznych w Warszawie. Posiada następujące wydziały: 1) polityczny (dyplomatyczno-konsularny), 2) społeczny, 3) administracji państwowej i komunalnej,

4) finansowo-ekonomiczny, 5) publicystyki i dziennikarstwa. Kurs jest dwuletni. W 1921 r. utworzył się przy szkole Instytut Społeczny, którego zadaniem jest nie tylko zastąpienie Tow. opiekującego się szkołą, ale stworzenie placówki badawczo-naukowej nie tylko dla prac teoretycznych, ale i dla działalności praktycznej. Na wydz. społecznym oraz administracji państwowej i komunalnej wyklada higienę społeczną na II-im roku w S/L. 1 g. t. Dr. J. Zawadzki. Prócz tego na wydz. politycznym, społecznym, administracji państw. i komunalnej oraz publicystyki i dziennikarstwa wyklada teorię statystyki i prowadzi seminarjum statystyczne po 1 g. t. na I-ym roku p. L. Krzywicki. Na wszystkich wydziałach wyklada politykę społeczną p. E. J. Reyman 2 g. t. w S/L., tenże prowadzi konserwatorjum społeczne 1 g. t. w S/L. i seminarjum społeczne 2 g. t. w S/L. Na wydz. społecznym prócz tego wyklada opiekę społeczną i dobroczynność publiczną na drugim roku 1 g. t. w S/Z. p. Dr. Zawadzki. Jest także wykład — idee i reformy społeczne, 1 g. t., w S/L. na drugim roku. Teorię ubezpieczeń wyklada na wszystkich wydziałach, z wyjątkiem politycznego i wydz. publicystyki i dziennikarstwa, p. Łazowski po 1 g. t.

Ubezpieczenia społeczne wykładane są tylko na wydz. społecznym 1 g. t. w S/L. na drugim roku. Prócz tego p. L. Petrażycki wyklada zarys polityki i socjologii w S/Z. 2 g. t., a p. E. J. Reyman kwestję i politykę mieszkaniową w S/L. 1 g. t.

XIX. Wyższa Szkoła Handlowa w Warszawie. Kurs trzyletni. Przez I, II, III i IV semestr uczniowie muszą słuchać pewnej ilości obowiązkowych wykładów, na V i VI sem. uczniowie mogą indywidualizować program studjów, mając na uwadze następujące kierunki pracy zawodowej: handlowy, bankowy, współdzielczy, skarbowy, samorządowy, konsularny, ubezpieczeniowy i nauczycielski. Wykładów higieny indywidualnej i społecznej nie ma. Natomiast są wykłady socjologii (L. Krzywicki) po 2 g. t. w S/L. i S/Z., polityki społecznej (Krzeczkowski) po 2 g. t. w S/L. i Z., demografji polskiej (W. Wakar) 2 g. t. w S/L., statystyki ubezpieczeniowej 2 g. t. w S/L. i statystyki administracyjnej (Z. Limanowski) 1 g. t. w S/L., ekonomiki ubezpieczeń (J. Łazowski) 2 g. t. w S/Z., organizacji i praktyki ubezpieczeń (B. Chomicz) 2 g. t. w S/L., polityki komunalnej (K. Krzeczkowski) 1 g. t. w S/L. i Z.

XX. Wyższa Szkoła dla Handlu Zagranicznego w Ł w o w i e. Oprócz rektora nie posiada szkoła dotychczas stałego grona nauczycielskiego (list sekretarjatu szkoły z 26 maja 1923 r. Nr. 96/23). Wykładają w charakterze docentów profesorowie uniwersytetu, politechniki, akademji handlowej, wybitne siły naukowe szkół średnich tudzież z grona urzędników bankowych i władz państw, oraz samorządowych. Wykładów higieny społecznej i indywidualnej nie ma.

Powyższe dane, tyżące się nauczania higieny i nauk pokrewnych w wyższych Zakładach naukowych, muszą choć pobieżnie uzupełnić następującemi wiadomościami. Dykcja Służby Zdrowia przy Min. Spraw Wewn. zorganizowała w roku 1917 kurs dla kandydatów na lekarzy powiatowych. Kurs ten trwał od 1 czerwca do 15 sierpnia 1917 roku. Ogółem zapisało się na ten kurs 50 słuchaczy, z których 40 otrzymało świadectwa z ukończenia, upoważniające do objęcia powyższych stanowisk. Program tych kursów obejmował liczne tematy z dziedziny higieny indywidualnej i h. społecznej. Drugi taki kurs sześciotygodniowy dla kandydatów na lekarzy powiatowych w b. General-Gubernatorstwie Lubelskiem otwarto w dniu 15 września 1917 roku. Zapisało się na ten kurs 29 słuchaczy, ukończyło go 24. Już w sierpniu 1917 roku przystąpiono do obsadzania stanowisk lekarzy powiat., ogółem obsadzono 44 powiaty w b. okupacji niemieckiej przez polskich lekarzy powiat., mających na razie pracować wspólnie z lekarzami urzędowymi niemieckimi i stopniowo obejmować ich czynności.

W latach 1922 i 1923 były zorganizowane specjalne kursy epidemiologiczne opłacane z fundacji Rockefellera. Kurs ten ukończyło do dnia 26 maja 60-ciu lekarzy. Uczestnicy kursów otrzymali zwrot kosztów podróży i djety.

W program wyższych zakładów naukowo-wojskowych wchodzi higiena wykładana przez lekarzy higienistów, mianowicie: w wojskowej szkole sanitarnej (kszałci medyków na lekarzy wojskowych), na kursie aplikacyjnym dla lekarzy (dokszałcający lekarzy wojskowych), w szkole sztabu general., w szkole dla wyższych dowódców, w szkole dla dowódców pułków, w szkole dla kształcenia oficerów (pod-

chorążych), w korpusie kadetów oraz w szkole i na kursach, kształcących intendentów wojskowych. *)

Do szerzenia się wiadomości higienicznych nie mało przyczyniają się Tow. higieniczne w Warszawie i Lwowie, oraz filje tego Towarzystwa, jak również organ Warsz. Tow. Higienicznego, miesięcznik „Zdrowie” (wychodzi od 1885 r.).

W Warszawie założono w 1916 r. Tow. medycyny społecznej, liczące obecnie 215 członków, które prace swoje ogłosiło w 2-ach tomach pod tyt.: „Medycyna społeczna”. Tow. brało czynny udział w pracach nad utworzeniem Min. Zdr. Publ.

Słuchacze medycyny założyli koła medycyny społecznej w Krakowie i Wilnie. Koła te zajmują się szerzeniem wiadomości z higieny społecznej wśród słuchaczy uniwer. za pomocą odczw, odczytów, pogadanek, przeprowadzania ankiet. Organizują one też specjalne biblioteki.

Zastanówmy się obecnie nad pytaniem, jaki jest program urzędowy studjów lekarskich i jakie miejsce zajmuje nauka higieny w tym programie?

Program studjów lekarskich, zalecony przez M. W. R. i O. P. i rozporządzenie M. W. R. i O. P. z dnia 18 listopada 1920 r. Nr. 8491 IV/20, przewiduje na piątym roku 40 g. rocznie wykładów higieny indywidualnej i 20 godz. rocznie ćwiczeń z higieny, a 30 g. r. wykładów higieny społecznej. Przyczem egzamin z higieny indywidualnej jest obowiązkowy i odbyć się może po piątym kursie. Natomiast egzaminu z higieny społecznej, ani colloquium z tegoż przedmiotu program nie przewiduje. Na oddziale farmaceutycznym przewiduje program na VI trim. 3 g. t. czyli 30 g. r. wykładów podstaw higieny i bakterjologii.

Już z tego przedstawienia widać, jak nauka higieny jest pobieżnie traktowana. W programie studjów lekarskich istnieją colloquia z antropologii, psychologii, laryngologii, otjatrji i dentystryki, ale z higieny społecznej niema ani egzaminu, ani colloquium. Jeszcze bar-

*) Wiadomości te zawdzięczam p. Szefowi Sanitarnemu, Pułkownikowi Masnemu, i w tem miejscu składam Mu podziękowanie.

dziej rażąco wystąpi to upośledzenie higieny indywidualnej, a zwłaszcza higieny społecznej, gdy zbadamy jaki % czasu poświęca się tej nauce w programie studjów, w porównaniu z czasem, poświęconym niektórym innym przedmiotom.

Według urzędowego programu nauk lekarskich (najmniejszego wymiaru godzin) na kursie I słuchają medycy 860 g. r. wykładów wraz z ćwiczeniami, na drugim kursie — 910 g. r., na trzecim kursie — 800 g. r., na czwartym kursie — 1160, na piątym kursie — 1070 i na szóstym kursie — 340, czyli razem 5140 godzin wykładów przez cały czas studjów.

T a b l i c a I.

Z tych 5140 godz. wykładów wraz z ćwiczeniami przypada między innymi przedmiotami na:

Klinikę wewnętrzną	720 g. r. *)	14,2% "
Anatomję opisową	630 „ „	12,25% "
Chemję	340 „ „	6,6% "
Fizjologję	190 „ „	3,7% "
Chemję fizjologiczną	180 „ „	3,5% "
Histologję	170 „ „	3,3% "
Fizykę	150 „ „	2,91% "
Bakterjologję	110 „ „	2,14% "
Medycynę sądową	100 „ „	1,9% "
Biologję	80 „ „	1,55% "
Farmakologję i Farmację	80 „ „	1,55% "
Dentystykę	80 „ „	1,55% "
Historję medycyny	60 „ „	1,17% "
Higienę indywidualną	60 „ „	1,17% "
Higienę społeczną	30 „ „	0,58% "

Zestawienie to nie potrzebuje komentarzy, niewspółmierne traktowanie przedmiotów jest widoczne. Temu urzędowemu programowi odpowiadają faktycznie istniejące stosunki na naszych uniwersytetach.

*) Wliczono tu terapię ogólną 20 g. i liczono godziny wykładowe na klinice chorób wewnętrznych podwójnie po 150 g. dla IV i 150 g. dla V roku.

Tablica II.

Ilość godzin wykładowych poszczególnych przedmiotów na wydziałach lekarskich, w 5-ciu uniwersytetach państwowych w 1922/23¹⁾ przedstawia się jak następuje:

PRZEDMIOT	Kra- ków	Lwów	War- szawa	Po- znań	Wilno 2)	Razem	%
1) Klinika chor. wewnętrz.	1239	798	770	565	645	4017	10,86
2) Anatomja opis	920	930	630	580	870	3930	10,63
3) Chemja	420	740	980	720	880	3740	10,11
4) Chirurgja	345	545	920	325	455	2590	7,0
5) Dentystyka	390	1515	20	80	—	2005	5,42
6) Anatomja patol.	450	450	365	290	380	1935	5,23
7) Farmakologja i Farm.	560	380	560	170	240	1910	5,16
8) Akuszerja i ginek.	360	440	380	435	220	1835	—
9) Pedjatrja	330	270	435	280	180	1495	—
10) Psych. i neurop.	180	270	630	270	130	1480	—
11) Fizjologia	300	270	200	280	210	1260	3,4
12) Okulistyka	195	330	300	240	—	1065	—
13) Biologia	120	350	80	150	350	1050	2,83
14) Histologja	170	130	180	220	320	1020	2,75
15) Laryngologja i otjatr.	320	240	280	180	—	1020	—
16) Bakterjologja	50	160	270	180	260	920	2,49
17) Patologja ogólna	150	230	240	90	180	890	—
18) Chor. wener. i skórne	190	210	170	210	100	880	—
19) Medycyna sądowa	190	210	240	210	—	850	2,29
20) Fizyka	160	50	180	240	180	810	2,19
21) Historja medycyny	130	—	240	60	—	430	1,16
22) Antropologja	240	—	—	110	—	350	0,94
23) Higjena społeczna	150	—	—	170	—	320	0,86
24) Embrjologja	120	50	50	40	50	310	0,83
25) Higjena indywidyalna	—	50	140	125	—	315	0,85
26) Roentgenologja	—	—	—	240	—	240	0,63
27) Propedeutyka	20	20	30	50	20	140	0,37
28) Filozofja i logika	30	10	30	20	10	100	—
29) Psychologja	—	—	40	20	—	60	—
30) Zoologja	—	—	—	20	—	20	0,05
Razem	7729	8648	8320	6570	5680	36987	

1) Obliczono ilość godzin wykładowych scisle tylko na wydz. lekarskim bez uwzględnienia oddziałów takich, jak farmaceut. i weterynaryjnych.

2) V rok studjów lekarskich otwarty będzie 1923/24 r.

3) Obliczono bez ćwiczeń.

4) Nie wliczono seminarjum pedjatrzyznego Prof. Groera.

5) Nie wliczono wykładu Doc. Dr. Szenajcha.

Jeżeli porównamy rzeczywistą procentową ilość godzin wykładowych niektórych przedmiotów z odpowiednimi procentami programu urzędowego, to porównanie to wypadnie jak następuje:

Tablica III.

PRZEDMIOTY	Według istotnego stanu	±	Według programu urzęd.
Klinika chorób wewnętrznych	10,86	—	14,2% (11,09%) ¹⁾
Anatomja opisowa	10,63	—	12,25
Chemja		±	6,6
Chemja fizjologiczna	10,11	±	3,5
Dentystyka	5,42	+	1,55
Farmakologia i Farmacja	5,16	+	1,55
Fizjologja	3,40	—	3,70
Biologja	2,83	+	1,55
Histologja	2,75	—	3,3
Bakterjologja	2,49	+	2,14
Medycyna sądowa	2,29	+	1,9
Fizyka	2,19	—	2,91
Historja medycyny	1,16	±	1,17
Higjena społeczna	0,86	+	0,58
Higjena indywidualna	0,85	—	1,17

W szczegółowym przedstawieniu stanu nauczania higieny w poszczególnych wyższych uczelniach polskich uwzględniłem, jak już wspomniałem, także wykłady, które mają pośredni lub bezpośredni związek z higieną indywidualną lub społeczną. W tablicy IV obliczyłem godziny wykładów, tylko ściśle dotyczące się higieny indywidualnej lub higieny społecznej, wliczając do higieny społecznej także wykłady o ubezpieczeniach społecznych i polityce populacyjno-społecznej, jako tematy należące ściśle do higieny społecznej. Przyjrzyjmy się dokładnie tej tablicy.

Z tablicy IV widać, że posiadamy bardzo starożytne wyższe uczelnie, że zaborcy tłumili wszelkie usiłowania do stwarzania nowych placówek naukowych u nas, że pomimo trudności powstały jednak

¹⁾ 11,09%, jeżeli liczyć pojedynczo godziny wykładowe na klinice chorób wewnętrznych dla IV i V roku medycyny.

1	2 NAZWA WYŻSZEJ UCZELNI	3 Rok zalo- żenia	4 Ilość słucha- czów 1922/23	5 Ilość profesorów		6 Ilość docentów	7 Ilość ad- lektorów, tów i te
				a) Etat uchwalony	b) Faktyczny stan 1922/23		a) Etat uchwalony
I*	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	1364 (1400)	5235	125	107 ¹⁾	29 ¹⁾	182
II*	Uniwersytet im. Stefana Bałorego w Wilnie	1578 (1919)	2202	117	78	—	143
III*	Uniwersytet im. Jana Kazimierza we Lwowie	1661	5656 ⁴⁾	122	97 ²⁾	35 ²⁾	158
IV*	Uniwersytet Warszawski	1809	8947	135	101 ²⁾	47 ¹⁾	225
V*	Uniwersytet Poznański	1919	3416	124	98 ¹⁰⁾	52 ¹⁰⁾	125
VI	Uniwersytet Lubelski	1918	?	—	40 ¹¹⁾	—	—
VII	Wolna Wszechnica Polska w Warszawie	1906	2374 ¹⁶⁾	—	73 ¹²⁾	37 ¹²⁾	—
VIII*	Politechnika Lwowska	1872	2481	80	55 ¹³⁾	4	168
IX*	Politechnika Warszawska	1915	3828	73	61 ²¹⁾	50 ²¹⁾	207
X*	Akademja Górnicza w Krakowie	1919	282	25	23 ²²⁾	7 ²²⁾	32

	8	9		10	11	12
unktów, asysten-chników		Wykłady higieny publicznej		Seminarjum higieny społecznej	Bakterjologia	U W A G I
b) Faktyczny stan 1922/23	Wykłady higieny indywidualnej 1922/23	Higiena społeczna	Higiena fizyczna			
185 ¹⁾	Nie obsadzona katedra 30 g. r. ²⁾	60 g. r. h. szkolna ³⁾ 90 g. r.		90 g. r.	80 g. r.	1) Według listy plac z I V 1923. 2) Na studjum farmaceutycznym „podstawy higieny i bakterjologii”, oraz ćwiczenia bakterjologiczne 30 g. r. *) Na studjum pedagoga.
120	—	—	—	—	290 g. r.	3) W tem 30 g. r. na farmacji. Wykłady higieny rozpoczną się na V r. medycyny w trimesztrze jesiennym 1923/24.
—	Nie obsadzona katedra 50 g. r.	—	—	—	180 g. r.	4) Na I Tr. 1923/23. 5) Według spisu wykładów 1922/23. 6) Na wydz. lek. — 160 g. r., na filozof. 20 g. r.
230 ⁷⁾	3) 320 g. r.	—	—	—	550 g. r.	7) Według listy plac z I VI 1923. 8) 140 g. r. wydz. lek.; 80 g. r. oddz. farmac.; 100 g. r. sf. weteryn. 9) 270 g. r. w. lek.; 210 g. r. oddz. farmac.; 70 g. r. stud. weteryn.
146 ¹⁰⁾	11) 215 g. r.	80 g. r. ¹²⁾	—	120 g. r.	240 g. r.	10) Według listy plac. 11) 125 g. r. w. lek.; 60 g. r. Wych. Fizycz.; 30 g. r. oddz. farmac. 12) 50 g. r. w. lek.; 30 g. r. w. filoz. 13) 150 g. r. w. lek.; 60 g. r. oddz. farmac.
3 ¹¹⁾	—	h. szkolna ¹⁴⁾	—	—	—	14) Według spisu wykładów 1921/22. 15) W instytucie pedagoga.
12 ¹⁷⁾	—	90 g. r. ¹⁶⁾	—	—	255 g. r.	16) 1921/22. 17) Według spisu wykładów 1922/23. 18) Wliczono tu epidemiologję ogólną, wykłady z polityki popularyjno-społecz. i ubezpieczenia społeczne.
—	20) 180 g. r.	—	—	—	—	19) Według programu Politechniki Lwowskiej 1922/23. 20) H. indywidualna i pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.
155 ²¹⁾	—	h. fabryczna 30 g. r.	—	—	—	21) Według planu wykładów i stanu osobowego 1922/23.
41 ²²⁾	30 g. r.	h. ogólna hutn. ²³⁾	—	—	—	22) Według składu personalnego 1921/22. 23) Dodatkową wyłożyłem h. ogólną hutnictwa i górnictwa.

w czasach niewoli niektóre, głównie usiłowaniami samego społeczeństwa, i że z chwilą rozpoczęcia wojny i po wojnie, gdy uzyskaliśmy znów wolność, budzi się silnie ruch w kierunku tworzenia nowych ognisk naukowych. Widać rosnące zrozumienie znaczenia i potrzeby nauki. W okresie wojny i powojennym utworzono 11 wyższych uczelni, w tem 8 państwowych i 3 prywatne.

Dalej uderza fakt, że uchwalone etaty w szkołach wyższych państwowych nie są należycie wyzyskane. Na 888 etatów profesorskich w 14 uczelniach państwowych obsadzonych było w 1922/23 r. tylko 679, czyli, że 23,5% etatów nie było obsadzonych. Dokładniej wyjaśniają te stosunki tablice II, III i IV.

Tablica V.

Zestawienie katedr zwyczajnych i nadzwyczajnych i faktycznej ilości profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych wydziałami, w 5-ciu uniwersyt. państw. w 1922/23 r. (obliczono według danych M. W. R. i O. P.).

Wydziały.

	teolog.		prawn.		lekarski		filozof.		st. wet.		szt. pięk.		rol.-leśny	
	K.	Pr.	K.	Pr.	K.	Pr.	K.	Pr.	K.	Pr.	K.	Pr.	K.	Pr.
Kraków	13	12	20	14	26	22	66	59						
Lwów	14	13	28	18	23	19	57	42						
Warszawa	22	18	19	14	30	28	54	43	10	3				
Wilno	10	6	18	14	27	26	52	33			10	8		
Poznań			20	17	27	24	53	44					24	17
Suma	59	49	105	77	133	119	282	221	10	3	10	8	24	17
% ilość nieobsadzonych etatów	17%		27%		10,5%		21,6%		70%		20%		29%	

Takie niecałkowite wyzyskanie etatów naogół wybitniej zaznacza się w uniwersytetach tworzących się lub niedawno otwartych, niż w starych uczelniach.

Z wydziałów, jeżeli wyłączymy studjum weterynaryjne Uni-

wersytetu Warszawskiego, wydz. Sztuk Pięknych Uniwersytetu Wileńskiego i wydz. Rolniczo-leśny Uniwersytetu Poznańskiego, to widzimy, że najmniej wyzyskane są etaty na wydziałach: prawniczych (27%) i filozoficznych (21,6%), najlepiej wyzyskane są na lekarskich. Nieobsadzonych jednak jest na lekarskich wydziałach jeszcze 10,5%. Takie niewyzyskanie etatów mogłoby być tłumaczone brakiem odpowiednich sił nauczycielskich, spora jednak liczba docentów zdawałaby się przemawiać przeciwko temu tłumaczeniu. Jest to objaw niekorzystny dla rozwoju Uniwersytetu, raz dlatego, że krzywdzi docentów, a po drugie, że nie przysparza uczelni nowych sił. Trzeba bowiem sobie jasno zdać sprawę z tego, jeżeli uwzględnimy warunki normalne u nas, że docent, o ile nie posiada własnego znacznego majątku, nie może poświęcać, będąc docentem, pracy naukowej dostatecznej ilości czasu i że intensywna praca naukowa może być rozpoczęta dopiero, gdy zostanie profesorem, bo to daje mu możliwość egzystencji bez szukania źródeł dochodu w innej pracy. Względ na konieczną oszczędność w budżecie M. W. R. i O. P. nie może też iść za daleko.

Tablica VI.

Zestawienie ilości profesorów honorowych, zwyczajnych i nadzwyczajnych oraz ilości słuchaczy na wydziałach lekarskich w stosunku do wszystkich profesorów w 5-ciu uczelniach uniwersyteckich państwowych i do wszystkich słuchaczy tych Uniwersytetów.

1922/23.	Ilość wszystkich prof.	Ilość prof. na wydz. lekar.
Kraków	107	22
Lwów	97	19
Warszawa	101	28
Wilno	78	26
Poznań	98	24
	481 ¹⁾	119 ²⁾
1922/23.	Ilość wszystkich słuch.	Ilość słuch. na wydz. lek.
Kraków	5235	837
Lwów	5656	1354
Warszawa	8947	1811
Wilno	2202	551
Poznań	3416	422
	25456 ¹⁾	4975 ²⁾

UWAGA: ¹⁾ Według tablicy I. ²⁾ liczby te zaczerpnięte są ze statystyki Ministerstwa W. R. i O. P.

Z tej tablicy widać, że w 5-ciu Uniwersytetach wypada przeciętnie na jednego profesora 52,9 *) słuchaczy, a na wydziałach lekarskich 41,8. Profesorowie zaś medycyny stanowią 24,7% ogólnej ilości profesorów uniwersyteckich, słuchacze zaś medycyny stanowią 19,5% ogólnej liczby studentów.

Przyglądając się dalej tablicy IV, uderza słabe obsadzenie wykładów wszystkich działów higieny i to nawet w Uniwersytetach państwowych, posiadających wydziały lekarskie. Nawet katedry h. indywidualnej, z której słuchacze medycyny muszą zdawać egzamina, nie są wszędzie obsadzone. Z pięciu naszych uczelni uniwersyteckich, jeżeli odliczymy uniwersytet wileński, w którym dopiero w obecnym roku szkolnym (1923/24) rozpoczęły się wykłady higieny, w dwóch uniwersytetach katedry te nie są obsadzone. Tak, że w r. 1922/23 tylko w dwóch uniwersytetach wykładano h. indywidualną przez C/R. W Uniwersytecie Jagiellońskim było w ubiegłym roku szkolnym tylko 30 g. wykładów h. indywidualnej i to tylko na oddziale farmaceutycznym, w dodatku połączonych z bakterjologią, jako wykłady p. t. „podstawy higieny i bakterjologii”. W Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie było w ubiegłym roku tylko 50 g. wykładów h. indywidualnej w III tr. Tylko w dwóch uniwersytetach naszych były pełne wykłady h. indywidualnej: 320 g. r. (140 g. r. na wydz. lekarskim), w Uniwersytecie Warszawskim i 215 g. r. (125 g. r. na wydz. lekarskim) w Uniwersytecie Poznańskim. W innych uczelniach wyższych sprawa ta przedstawia się jeszcze gorzej.

Z 20-tu wyższych uczelni tylko w 9-ciu są wogóle wykłady h. indywidualnej, w dodatku w jednej z tych uczelni jedynie na oddziale farmaceutycznym i to w połączeniu z bakterjologią. Na Politechnice Lwowskiej wykłady h. indywidualnej połączone są z wykładami o pomocy w nagłych wypadkach. We wszystkich zaś tych 9-ciu uczelniach wykłady h. indywidualnej przeznaczone są dla bardzo ograniczonej liczby słuchaczy.

H. społeczną wykładano tylko w 4-ch uczelniach wyższych. H. szkolną w 3-ch uczelniach; w jednej uczelni umieszczono w programie wykładów h. fabryczną, ale wykłady się nie odbyły (patrz tekst

*) Liczba ta zgadza się prawie z liczbą, otrzymana przez B. Miklaszewskiego (patrz „Studjum ekonomiczne w Polsce” str. 5).

IX). W jednej uczelni (Akademja Górnicza w Krakowie) wykładano prócz h. indywidualnej, h. ogólną hutnictwa i górnictwa, ale tylko w 4-ch godzinach rocznie.

To macosze traktowanie wykładów higieny występuje jeszcze wybitniej, gdy porównamy ilość profesorów zwyczajnych, nadzwyczajnych i honorowych, wykładających w 5-ciu Uniwersytetach państwowych higienę, z ilością profesorów, wykładających inne przedmioty.

Tablica VII.

Porównanie ilości profesorów zwyczajnych, nadzwyczajnych i honorowych, wykładających w 5-ciu uniwersytetach państwowych higienę, z ilością profesorów, wykładających niektóre inne przedmioty.

Ilość profesorów wykładających	Kraków	Lwów	Warszawa	Wilno	Poznań	Razem
Anatomję opisową	1	1	1	2	1	6
Anatomję patol.	2	1	1	1	1	6
Choroby wewnętrzz.	3	3	3	2	3	14
Chirurgję	1	2	4	2	1	10
Okulistykę	1	2	1	0	0	4
Hist. medycyny	1	0	1	0	1	3
Higienę	0	0	1	0	1	2

Jeżeli nawet wziąć pod uwagę, że Uniwersytet Wileński dopiero w bieżącym roku będzie miał słuchaczy 5-ego roku, dla których będzie wykładana higiena, to i tak na 5-ciu Uniwersytetach mamy tylko 3-ch profesorów higieny.

W większości uniwersytetów polskich (4) oddzielona jest katedra bakterjologii od katedry higieny i każdy z tych przedmiotów posiada własną pracownię. Uważam taki podział za bardzo celowy, można bowiem być bardzo dzielnym bakterjologiem, a mieć słabe pojęcie o higienie i naodwrot. Zakres i treść obu nauk tak się zwiększyły, że jednemu człowiekowi trudno jest obecnie całkowicie opanować oba przedmioty. Tylko w Uniwersytecie Lwowskim dwa te przedmioty są połączone. W Uniwersytecie Poznańskim profesor higieny indywidualnej wykłada zarazem higienę społeczną i prowadzi seminarjum

higieny społecznej. Studenci egzaminowani są z higieny społecznej przy egzaminie z higieny indywidualnej. Seminarjum higieny społecznej nie jest obowiązkowe, jeno zalecane. W Uniwersytecie Wileńskim sprawa ma być uregulowana w podobny sposób. W Wilnie ma być także egzamin z higieny indywidualnej i społecznej, tylko seminarjum higieny społecznej ma być obowiązkowe. Jestem tego zdania, że prowadzenie systematyczne wykładów higieny społecznej, a w szczególności seminarjum higieny społecznej jest tylko wtedy możliwe, jeżeli będzie to przedmiot obowiązkowy z obowiązkowym egzaminem, lub też, pozostając przedmiotem nieobowiązkowym, jednakże istnieć będzie obowiązek zdania colloquium z h. społecznej. W takim razie tylko dostateczne zdanie colloquium z h. społecznej, które można zdawać na każdym roku studjów, upoważniać powinno do zdawania obowiązkowych egzaminów z innych, przepisanych programem przedmiotów. Tam, gdzie wykłady higieny społecznej nie są obowiązkowe, studenci wprawdzie licznie zapisują się na te wykłady, ale uczęszczają na nie nieregularnie, a prowadzenie należyte seminarjum higieny społecznej jest z tego powodu bardzo utrudnione.

Widzimy także, że ogromna większość słuchaczy naszych wyższych uczelni kończy studja i zajmuje następnie odpowiedzialne stanowiska publiczne i społeczne, nie mając pojęcia o zasadach higieny. Rok rocznie kończy studja znaczna ilość księży, inżynierów, prawników, ekonomistów, nauczycieli, przyrodników, rolników i t. p., nie uświadamiających sobie zupełnie, co to jest higiena, jakie są jej cele i zadania. I nie można się wobec tego dziwić, że stosunki sanitarne naszego państwa są złe, że kultura sanitarna nisko stoi. Jeżeli ci, którzy, nabywszy wyższe wykształcenie, zajmując następnie wyższe stanowisko w państwie, nie mają należytego zrozumienia dla spraw higieny, to nie można dziwić się ignorancji warstw niższych. Nie można się też dziwić, że samobójczy i szkodliwy dla państwa wniosek o zniesienie Min. Zdrowia Publ. znalazł w Sejmie tylu i tak gorących zwolenników. Ile szkód materialnych ponosił nasz kraj, jeszcze będąc w niewoli, ile strat już poniosło nasze państwo po odzyskaniu wolności wskutek tego, że czynniki przodujące w państwie i wywierające na bieg spraw decydujący wpływ, nie mając odpowiedniego przygotowania higienicznego, rozstrzygały sprawy pierwszorzędne dla państwa znaczenia j e d n o s t r o n n i e, z wielką dla państwa szko-

da! Nietylko brak teoretycznego wykształcenia higienicznego, ale brak odczucia potrzeby stosowania zasad higieny w sferach naszej inteligencji jest rażący. Sprawa zaś znaczenia zdrowia obywateli ze stanowiska ekonomicznego, społecznego i państwowego nie bierze się nie tylko przez nasze, ale i przez zagraniczne przodujące sfery dostatecznie pod uwagę. A przecież dbałość o zdrowie, o ilość i jakość obywateli jest najważniejszym elementem każdej idei państwowej. Biorąc pod uwagę znaczną stosunkowo ilość młodzieży (38,474), która rok rocznie uczęszcza do naszych wyższych zakładów naukowych, mimowoli nasuwa się myśl, że jakże inaczej przedstawiałaby się nasza administracja sanitarna i całe nasze życie społeczne, cała — można powiedzieć — polityka wewnętrzna państwa, która jest w każdym państwie podstawą siły i znaczenia na zewnątrz, gdyby każdy ksiądz, prawnik, ekonomista, inżynier, technik, przyrodnik, rolnik, literat lub dziennikarz wynosił z uczelni, którą kończy, pewną sumę chociażby najskromniejszych wiadomości nietylko z higieny indywidualnej, pozwalających mu racjonalnie chronić swoje własne zdrowie przed szkodliwościami przyszłego zawodu, ale także pewien zasób wiadomości i pojęć o znaczeniu zdrowia ludzkiego dla państwa i dla ludzkości. Gdyby rok rocznie opuszczała szkoły wyższe pewna ilość inteligencji, odpowiednio wykształconej higienicznie, ilu mielibyśmy po pewnym czasie pionierów zasad higieny, którzyby nietylko deklamowali o potrzebie pielęgnowania zdrowia, ale sami wprowadzali zasady higieny w życie, a ten dobry przykład przenosiłby się i na warstwy niższe.

Potrzeba wprowadzenia krótkiego, jednak obowiązkowego kursu higieny dla wszystkich słuchaczy szkół akademickich wynika jeszcze stąd, że, o ile w szkołach powszechnych i niektórych szkołach średnich widzimy chociaż zaczątki jakiejś zorganizowanej opieki higienicznej szkolnej, to młodzież akademicka pozostawiona jest u nas pod tym względem bez opieki i zdana jest na samopomoc — sama musi myśleć o swoim zdrowiu i dbać o nie. Obowiązkiem zatem wyższych uczelni jest przynajmniej pouczenie tej młodzieży o tem, co jest jej zdrowiu szkodliwe, jak należy żyć, żeby nietylko być zdrowym i osiągnąć maximum sprawności fizycznej i psychicznej, ale także, żeby zwiększyć swoją tężyznę fizyczną. Wobec fatalnych warunków higienicznych, w jakich pracuje nasza młodzież, wobec zu-

pełnego braku uświadomienia w sferze życia płciowego; wobec smutnego obrazu tych stosunków, jaki nam dają dotychczas zebrane materiały ankiet z 1897-98 w Warszawie (Kowalski), 1903 w Warszawie (Łazowski i Siwicki) i 1910-11 w Krakowie (Bystron, Artwiński, Stryjeński, Tański) — danie naszej młodzieży możliwości uświadomienia się w sprawach, dotyczących się jej zdrowia fizycznego i moralnego, należy do najpilniejszych obowiązków naszych naczelnych władz. A już jasnym i oczywistym jest obowiązek pouczenia akademika o niebezpieczeństwach przyszłego jego zawodu dla zdrowia i jak tych niebezpieczeństw unikać. Dlatego sądę, że we wszystkich wyższych uczelniach akademickich powinny być obowiązkowe wykłady higieny. Każdy akademik, z wyjątkiem medyków, musiałby wysłuchać w czasie dowolnym podczas studjów taki kurs higieny i zdać obowiązkowe colloquium. Każdy słuchacz wyższej uczelni przed uzyskaniem absolutorjum musiałby się wykazać, że zdał dostatecznie to colloquium. Taki kurs powinienby obejmować najważniejsze wiadomości z h. indywidualnej, a z h. społecznej dokładne przedstawienie znaczenia zdrowia ze stanowiska osobistego, ekonomicznego, społecznego, państwowego i ogólnoludzkiego, najważniejsze wiadomości demograficzne i eugeniczne, sprawę mieszkaniową, walkę z t. zw. klęskami społecznymi, higienę życia płciowego i sprawę ubezpieczeń społecznych ze stanowiska higienicznego.

Braki w wykształceniu higienicznym naszych przyszłych lekarzy muszą być też koniecznie usunięte. Niezbędne jest przedewszystkiem obsadzenie wolnych katedr h. indywidualnej. Jeżeli niema odpowiednich kandydatów u nas, nie wahałbym się sprowadzić ich z zagranicy, byleby usunąć te braki, które dłużej tolerowane być nie mogą.

Przebyta wojna wysunęła we wszystkich cywilizowanych krajach na pierwszy plan cały szereg zadań natury higienicznej, masę zagadnień higieniczno-społecznych, jak wzmoczoną walkę z ostremi chorobami zakaźnymi i chronicznymi, jak z gruźlicą i chorobami wenerycznymi, które się tak znacznie wzmogły wskutek wojny, walkę ze wzmoczoną śmiertelnością oseków, ze wzmoczoną ogólną śmiertelnością, przewyższającą podczas wojny w wielu powiatach u nas znacznie ilość narodzin, walkę z głodem mieszkaniowym, potrzebę ubezpie-

czeń społecznych. Życie każdej jednostki, wskutek wielkich strat w najlepszym materiale ludzkim na wojnie, wzrosło dla każdego myślicącego rządu w cenie, a i na jakość pozostałej ludności trzeba będzie zwrócić największą uwagę.

Walka z chorobą, w najszerszym tego słowa znaczeniu i z upadkiem tężyzny fizycznej będzie należała do najważniejszych zadań każdego przewidującego rządu, więc i naszemu rządowi ten obowiązek przypadnie w udziale. Spełnienie tych zadań wymagać będzie odpowiednio przygotowanych i wyszkolonych lekarzy. Ale nie tylko zadania państwowej administracji sanitarnej wymagają odpowiedniego wyszkolenia higieniczno-społecznego lekarzy. Nawet od leczniczej działalności lekarskiej nie możemy w żaden sposób odłączyć jej charakteru społecznego, jaki posiada i posiadać musi. Nawet lekarz, oddający się wyłącznie praktyce, nie może się wyrzec tego charakteru społecznego swej pracy. Nawet od lekarza praktyka wymaga się coś więcej, jak zbadania chorego, zrobienia rozpoznania i zapisania recepty. Nie będzie dobrym lekarzem, nie pomoże skutecznie choremu, kto jednocześnie nie uwzględni zajęcia chorego, jego stosunków zarobkowych, rodzinnych, mieszkaniowych, jego sposobu odżywiania się, jego nastroju psychicznego i t. p. Ten charakter społeczny pracy lekarskiej ma w Polsce swoją piękną tradycję. Wszyscy wybitniejsi lekarze praktycy i uczeni byli u nas zarazem działaczami społecznymi, przytoczyć mogą nazwiska: Marcinkowskiego, Chałubińskiego, Baranowskiego, Jordana, Baranieckiego, Dunina, Cybulskiego i wielu jeszcze innych. Praca higieniczno-społeczna lekarzy dała wiele materiału, wykryła wiele faktów, które wyjaśniły nam częściowo wpływ stosunków społecznych na chorobliwość. Propagatorem zasad higieny musi być każdy lekarz, a nie wyłącznie tylko lekarz urzędowy. Widzimy zatem, że nawet lekarz, oddający się wyłącznie praktyce lekarskiej, musi posiadać pewną sumę wiadomości z higieny społecznej.

Dotychczasowe studia lekarskie, jeżeli chodzi o przygotowanie do pracy higieniczno-społecznej, nie dają słuchaczom dostatecznych wiadomości. Dotąd wyłącznie na Uniwersytetach naszych wykładana higiena indywidualna uwzględnia przeważnie wpływ czynników fizycznych, otaczającego nas świata i podaje nam normy, których trzymać się ma każdy człowiek, chcący być jak najdłużej zdro-

wym, pragnący ustrzec się choroby i mieć zdrowe potomstwo. Z wykładów tych wynosi słuchacz dokładne wiadomości o tem, jak człowiek ma się odżywiać, jak się ubierać, jak mieszkać, ile godzin pracować, ile wypoczywać, jaki jest wpływ gleby, klimatu, otaczającej go widzialnej i niewidzialnej gołem okiem fauny lub flory na jego organizm, jak unikać szkodliwych wpływów tych czynników na zdrowie. Gdy jednak w ten sposób przygotowany słuchacz wstępuje w życie, to na wstępie przekonuje się, jak daleka jest teoria, której się uczył, od praktyki życiowej, jak radykalnie trzeba by zmienić stosunki ludzkie, żeby umożliwić wszystkim życie według przepisów higieny indywidualnej. Widzi on, że w życiu kolosalna większość ludzi, i to nie tylko u nas w Polsce, wogóle nie ma pojęcia o przepisach higieny, żyje wbrew tym przepisom, żyje w brudzie, niechlujstwie, w niehigienicznych warunkach, źle się odżywia, naraża się niepotrzebnie na choroby; widzi on, że są i tacy, którzy, znając dokładnie przepisy higieny, nie są w stanie ich wypełniać lub wypełniają je, ale pomimo tego, narażeni są na niebezpieczeństwo zasłabnięcia, bo całe ich otoczenie stwarza niehigieniczne warunki bytowania. I nie jednemu młodemu lekarzowi, gdy się zetknie z życiem, gdy porówna warunki życiowe szerokich mas ludności z teorią, wysłuchaną w uniwersytecie, opadają ręce ze zwątpienia, widząc te różnice, często zniechęca się, nie widząc wyjścia z tego trudnego położenia, porzuca pracę społeczno-lekarską, lub błądząc po omacku, z trudem po szeregu zawodów i błędów znajduje wreszcie drogę wyjścia.

Aby młodych lekarzy uchronić przed rozczarowaniem i błędami, aby ich jeszcze podczas pobytu w uniwersytecie zetknąć z życiem, przygotować do przyszłej działalności służyć mają w y k ł a d y h i g i e n y s p o ł e c z n e j.

Lekarz po wysłuchaniu wykładów higieny społecznej ma w ręku broń, by zwalczać złe warunki higieniczne, spotykane w życiu, ma przynajmniej wskazaną drogę, po której ma kroczyć. Uczy się przytem tej miary w stawianiu żądań, która jest potrzebna, by realnie i z powodzeniem pracować.

W czasach, kiedy zrozumienie znaczenia zdrowia i życia ludzkiego rośnie, kiedy zdrowie i życie ludzkie nie może być już wyłącznie uważane za dobro indywidualne, lecz kiedy przedstawia ono pierwszorzędnym interesem dla państwa i narodu, kiedy od ilości i jakości lu-

dzi zależy byt i przyszłość narodów i państw, kiedy z tego zasadniczego stanowiska wypływać zaczyna obowiązek rządów do ochrony zdrowia i życia obywateli, więc obowiązek walki z chorobą i zapobiegania jej powstawaniu, w czasie kiedy hasło „prawo do zdrowia” powinno i rzeczywiście rozbrzmiewa głośniejsze, niż hasło „prawo do pracy”, bo praca jest tylko jednym z bodźców podtrzymujących zdrowie fizyczne i moralne, a wydajność pracy ściśle jest uzależniona od zdrowia, kiedy w umysłach zaczyna wreszcie świtać zapatrywanie, że siłę gospodarczą narodu mierzy się majątkiem narodowym, a najważniejszym czynnikiem majątku narodowego jest w a r t o ś c z ł o w i e k a, w tych czasach kiedy rządy państw cywilizowanych już na tę drogę wkroczyły, kiedy z tego powodu nowe zadania i nowe problemy oczekują rozwiązania, kiedy świat lekarski nietylko pytany będzie o zdanie, ale będzie musiał wziąć czynny udział w pracy — potrzebne jest koniecznie odpowiednie wykształcenie i przygotowanie lekarzy, a to przygotowanie, tę sumę potrzebnych wiadomości zdobędzie słuchacz na wykładach i seminarjach higieny społecznej.

Większość uczonych, zajmujących się higieną społeczną, jest za wydzieleniem tej nauki i za utworzeniem dla niej osobnych katedr. Wykładający higienę indywidualną są po większej części przeciwnikami tego poglądu, jakkolwiek nie zapoznają znaczenia wpływów stosunków społecznych na zdrowie i życie ludzkie. Życie wykazuje, że wykładający higienę indywidualną nie dość uwagi i czasu poświęcają zagadnieniom higieny społecznej i mało z ich pracowni wyszło i wychodzi prac w tym kierunku.

Losem wszystkich nauk jest to, że się one różniczkują w miarę wzrostu materiału, nowych następczających się pytań, wzmaganie się literatury i t. p. Temu losowi uległa też higiena. Higiena społeczna uległa ogólnemu prawu wydzielenia się nowych gałęzi wiedzy z pnia macierzystego w miarę narastania materiału, badań, zdobytych faktów i nowych zadań. Higiena społeczna powstała siłą faktu, jako nowa gałąź wiedzy. Higienę społeczną stworzyły warunki życiowe, nie może też ona mieć zamkniętego zakresu działania, nowe zadania higieny społecznej powstają wraz z powstawaniem nowych stosunków społecznych. Jesteśmy świadkami, jak szybko i radykalnie zmieniają się stosunki społeczne w państwach europejskich, jak radykalnie i nagle zmieniają się one w Polsce

Dla rozstrzygnięcia całej masy pytań higieny społecznej potrzeba stworzyć osobne katedry i instytuty, bo obecne instytuty higieny indywidualnej temu podolać nie mogą. Szczególniej obecnie w Polsce, kiedy budujemy państwo, staje przed nami cały szereg zagadnień higieny społecznej. Wprowadzamy ubezpieczenia społeczne, musimy usilnie zwalczać choroby zakaźne ostre, a także chroniczne, jak gruźlicę i choroby weneryczne, musimy badać spadek wydajności pracy, wpływ chorób wenerycznych na rozrodczość, wpływ złych mieszkań na szerzenie się gruźlicy, przyczyny śmiertelności oseków, przyczyny niezdatności do wojska, sposoby odżywiania się ludności, choroby zawodowe i wiele innych zagadnień pierwszorzędnej wagi dla państwa.

Państwo wymagać będzie od lekarzy odpowiedzi na powyższe pytania, żądając wskazówek i wytycznych działania. Zatem państwo jest najwięcej zainteresowane w tem, aby lekarze zdobyli jak najwięcej wiadomości z higieny społecznej, ma zatem bez pośredni interes w tworzeniu katedr higieny społecznej na naszych uniwersytetach, aby odpowiednio wykształcić przyszłych lekarzy.

Obecnie lekarze, kończący nasze uniwersytety, nie są dostatecznie obeznani ze zdobyczami i zadaniami higieny społecznej, nie są przygotowani do działalności społeczno-lekarskiej. Jeżeli w swoim życiu zawodowym zetknie się lekarz ze sprawami społeczno-lekarskimi lub im się poświęci, jest zupełnym nowicjuszem i albo musi być samoukiem, albo też pozostaje ignorantem. W pierwszym przypadku błądzi, dopóki nie natrafi na właściwą drogę postępowania, w drugim całe życie prowadzi działalność w nieodpowiedni sposób. Ogół i rząd u nas nie zdają sobie jeszcze dostatecznie sprawy z tego, że wśród lekarzy są specjaliści higieniści, podobnie, jak wśród lekarzy praktyków są specjaliści, i że otrzymanie dyplomu lekarskiego nie upoważnia jeszcze do wyrokowania w każdej sprawie lekarskiej lub społeczno-higienicznej. Tym brakiem przygotowania higieniczno-społecznego lekarzy tłumaczy się fakt, że często spotykamy wśród lekarzy w jednej i tej samej zasadniczej sprawie higieniczno-społecznej zdania wprost diametralnie sprzeczne. Dało to już nie raz powód u nas do zaniechania przez rząd lub gminę niejednej zamierzonej zbawiennej akcji higieniczno-społecznej.

Nie trzeba zapominać o tem, że lekarz nie posiadający zrozumienia dla zasad higieny, nie rozumiejący roli, jaką ta nauka odegrała i odegra jeszcze w życiu narodów, jest niebezpieczniejszy, niż laik zupełny ignorant, gdyż brak wiadomości higienicznych pokrywa swoim autorytetem lekarskim. Nasza publiczność przyzwyczała się już do odróżniania lekarzy specjalistów, jak chirurgów, internistów, okulistów, akuszerów, ołjatrów i t. p., ale nie przywykła jeszcze do typu lekarza-higienisty. Nie zdaje sobie sprawy z tego, a nie powinni o tem zapominać i lekarze, że aby mieć prawo głosu w sprawach higieny, żeby mózż coś pożytecznego zalecić, żeby być rzeczywiście higienistą, na to trzeba nie mniej mozolnych studjów, jak żeby się stać dobrym specjalistą w każdej innej gałęzi nauk lekarskich. Przytem dobrym higienistą, podobnie jak dobrym lekarzem terapeutą, może być tylko człowiek bezwzględnie i głęboko etyczny, o szerokim poglądzie na świat i ludzi, człowiek obejmujący całokształt stosunków ludzkich, współczujący z cierpieniami borykającej się z niedolą ludzkości, gorącego serca, a spokojny i rozważny.

Przytem nauczanie higieny indywidualnej i społecznej na wydziale lekarskim powinno być zreformowane. Podobnie, jak studjując medycynę wewnętrzną, słuchacz musi praktykować w klinice, tak samo nauczając higieny, należy więcej uwzględnić praktyczną stronę i życie. Słuchacz medycyny powinien podczas studjów mieć możność nie tylko zwiedzania urządzeń higieniczno-społecznych, ale także odbycia chociażby krótkiej praktyki w zakładzie dezynfekcyjnym, w domu izolacyjnym, zapoznania się praktycznego ze sposobami zwalczania chorób zakaźnych, ze stosowaniem ustaw i przepisów sanitarnych, i to w miejscowych urzędach zdrowia, zapoznania się praktycznego z puerikulturą i walką z gruźlicą, praktykując bądź podczas roku szkolnego, bądź podczas ferji w odpowiednich poradniach. Rzecz ta jest łatwa do urzeczywistnienia, bo nawet u nas w miastach uniwersyteckich są przeważnie wszystkie wymienione tu instytucje, a tam, gdzie ich niema, Uniwersytet powinien dać inicjatywę do ich utworzenia.

Nauka higieny społecznej da każdemu lekarzowi, kończącemu uniwersytet, pewną sumę podstawowych wiadomości, które pozwolą mu dać sobie radę w działalności społeczno-lekarskiej i łatwiej

orientować się w sprawach higieniczno-społecznych, nawet gdyby się tym sprawom specjalnie nie oddawał.

Wyszktałenie higieniczno-społeczne jest tembardziej niezbędne dla lekarzy, wstępujących do administracji sanitarnej państwowej lub gminnej. Praca na tem polu nie da się improwizować; intuicja, inicjatywa, pomysłowość są to cenne zalety urzędnika sanitarnego, ale musi on posiadać podkład realnych, nabytych wiadomości z każdej dziedziny higieny społecznej, powinien wiedzieć, do jakich rezultatów doprowadziły dotychczasowe badania u nas i zagranicą, żeby bez potrzeby nie powtarzać błędów i nie okupywać ich niepotrzebnemi stratami finansowemi.

Na zakończenie pozwalam sobie postawić następujące wnioski, dotyczące się naszych stosunków w Polsce.

W n i o s k i:

1. Należy obsadzić na wydziale lekarskim wolne dotąd katedry higieny indywidualnej.
2. Stworzyć przynajmniej w jednym z uniwersytetów polskich osobną katedrę wraz z instytutem higieny społecznej.
3. W tych uniwersytetach, w których nie będzie osobnej katedry higieny społecznej, połączyć wykłady higieny indywidualnej z wykładami higieny społecznej.
4. Sposób nauczania higieny na wydziałach lekarskich powinien być zreformowany.
5. Wprowadzić we wszystkich wyższych uczelniach akademickich krótkie wykłady higieny, zawierające najkonieczniejsze wiadomości z higieny indywidualnej i społecznej, z obowiązkowem colloquium dla wszystkich słuchaczy tych uczelni, z wyjątkiem słuchaczy medycyny.

Dr. Jan Adamski

Służba zdrowia publicznego w Belgji.

(Dalszy ciąg)

Organy doradcze. I. Królewska Akademia Lekarska, założona w 1841 r., składa się z 40 członków mianowanych i ma za zadanie odpowiadania na pytania, zadawane jej przez rząd, jak również badanie i poszukiwanie wszystkiego, co może przyczynić się do postępu sztuki lekarskiej. II. Główna Rada Higjeny działa na mocy dekretu królewskiego z dnia 14 września 1919 r. i składa się z 45 członków, mianowanych przez króla. Do obowiązków jej należy: a) badanie i poszukiwanie wszystkiego, co może przyczynić się do postępu higjeny, b) wydawanie opinji o sprawach, przedkładanych jej przez rząd. Główna Rada Higjeny podzielona jest na 6 sekcji: 1) higjeny indywidualnej i zbiorowej, 2) profilaktyki chorób wenerycznych, 3) profilaktyki gruźlicy, 4) higjeny odżywiania, 5) higjeny mieszkań i osiedli i 6) higjeny przemysłowej i zawodowej. Na mocy dekretu z dnia 24 października 1919 r. przydzielono Radzie atrybucje komisji do spraw surowic. III. Komisja do spraw farmakopei redaguje dodatki do farmakopei urzędowej, oraz wydaje opinję o sprawach, przedkładanych jej przez rząd z zakresu farmacji. IV. Prowincjonalne komisje lekarskie, czynne na mocy prawa z 1818 r. w liczbie 1—3 w każdej prowincji. Członkowie tych komisji mianowani są przez króla z 2 list, przedstawianych przez lekarzy i farmaceutów. Do komisji są przydzieleni celem rozważania wszystkich spraw, prócz spraw wykonywania zawodu lekarskiego, lekarz weterynarii, inżynier, architekt i dyrektor prowincjonalnego instytutu bakterjologicznego. Komisarz okręgowy jest członkiem z urzędu z głosem tylko doradczym. Prócz nadzoru nad wykonywaniem sztuki lekarskiej, prowincjonalne komisje lekarskie spełniają czynności komitetów zdrowotności publicznej. Komisje mają własne biura, które czuwają nad wykonywaniem rozporządzeń i praw z zakresu zdrowotności publicznej. Komisje wydają opinję o sprawach, przedkładanych im przez ministra spraw wewnętrznych, przez władze prowincjonalne i sądowe. Przewodniczący komisji w razie pojawiania się choroby zakaźnej, mogą

cej przybrać charakter epidemiczny, obowiązany jest przesłać sprawozdanie ministrowi o naturze epidemji oraz o proponowanych i przedsięwziętych środkach celem wstrzymania ich rozwoju. V. Komisje sanitarne, powołane przez króla w Antwerpji, Gandawie, Ostendzie, Nieuport i Bruges wykonywują na mocy prawa z dnia 18 lipca 1831 r. nadzór nad sanitarnymi sprawami morskimi. Morska policja sanitarna w Belgji wykonywana jest przez lekarza służby zdrowia, postawionego na czele stacji sanitarnej. Stacyj takich jest 7: w Doel, Antwerpji, Gandawie, Selzaete, Ostendzie, Nieuport i Zeebruge.

Pielęgniarze i pielęgniarki dzisiaj w Belgji we wszystkich dziedzinach służby zdrowia są nieodstępnymi współpracownikami lekarzy: widzimy ich przy lekarzach w szpitalach, sanatorjach, domach zdrowia, przychodniach, przy lekarzach szkolnych we wszystkich zakładach naukowych i wychowawczych, przy inspektorach higieny w zwalczaniu epidemji i t. p. Wobec takiej popularności pielęgniarzy i pielęgniarek w Belgji, zwrócono baczną uwagę na ich wyszkolenie. Dyplom pielęgniarki ustanowiony został dekretem królewskim z dn. 4 kwietnia 1908 r., uzupełniony dekretem z dn. 12 lipca 1913 r. i zreformowany dekretem królewskim z 3 września 1921 r. czyni zadość temu. Mocą tego dekretu ustanowione zostały: 1) dyplomy pielęgniarza i pielęgniarki szpitalnej, dyplom pielęgniarki wizytującej, dyplom pielęgniarza i pielęgniarki służby psychiatrycznej; 2) obowiązek pierwszego roku studjów, wspólny dla wszystkich kategorii uczniów — przedmioty obowiązujące: anatomja, fizjologja, higjena, mikrobiologja i parazytologja, higjena pielęgniarstwa, chorego i jego otoczenia, ekonomja domowa. Aby być dopuszczonym do tych kursów, trzeba mieć skończone 17 lat, posiadać zaświadczenie lekarskie o zadowolającym stanie zdrowia i poddać się egzaminowi dojrzałości; do egzaminów z przedmiotów 1-go roku ogólnego dopuszczeni są ci słuchacze, którzy wykażą się zaświadczeniem, że w ciągu 6 miesięcy odbywali służbę pomocniczą w szpitalu. Z 2-im rokiem studjów rozpoczyna się specjalizacja: a) dla kandydatów na dyplom pielęgniarza i pielęgniarki szpitalnej i pielęgniarki wizytującej program zawiera: 1) wiadomości ogólne z patologji, 2) wykonywanie przepisów lekarskich i współpraca pielęgniarza przy wykonywaniu zleceń lekarskich, 3) dietetyka, 4) higjena i profilaktyka chorób zakaźnych, 5) zachowanie się w nieszczęśliwych wypadkach, 6) masaż, 7) poza-

tem dla pielęgniarek — pielęgnowanie położnych i higiena dziecka; b) dla kandydatów na dyplom pielęgniarzy i pielęgniarek służby psychiatrycznej: 1) podstawy psychiatrii, 2) specjalna opieka nad psychicznie chorymi, 3) profilaktyka chorób zakaźnych, 4) zachowanie się przy nieszczęśliwych wypadkach. Wreszcie w 3-im roku studjów: a) dla pielęgniarzy i pielęgniarek szpitalnych: 1) wiadomości uzupełniające teoretyczne i kliniczne z zakresu programu 2-go roku, 2) rola pielęgniarza na sali opatrunkowej i operacyjnej, 3) wiadomości z opieki społecznej; b) dla pielęgniarzki wizytującej: 1) higiena i opieka dziecka, 2) podstawy pedagogiki, 3) higiena i profilaktyka chorób zakaźnych w związku z pielęgnowaniem chorego w domu, 4) profilaktyka gruźlicy, pielęgnowanie chorych na gruźlicę, 5) teoria i praktyka szkolnej inspekcji lekarskiej i wizytacje domowe, 6) wiadomości z prawodawstwa socjalnego, 7) obowiązki moralne pielęgniarzki wizytującej.

Na część praktyczną studjów zwrócona jest wielka uwaga: a) aby być dopuszczonym do pierwszego egzaminu pierwszego roku słuchacze winni pilnie uczęszczać w ciągu conajmniej 6 miesięcy do szpitala, gdzie są dopuszczani do różnych posług szpitalnych; b) aby być dopuszczonym do egzaminu pielęgniarza i pielęgniarzki szpitalnej, kandydaci winni odbyć praktykę conajmniej 2-letnią w szpitalach chorób wewnętrznych, chirurgicznych, zakaźnych i specjalnych; c) aby być dopuszczonym do egzaminów na pielęgniarzkę wizytującą, kandydatki winny odbyć praktykę: 1) rok w szpitalu na oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgicznych, zakaźnych i specjalnych, 2) 4 miesiące na oddziałach chorób dziecięcych, położniczych, w poradni dla niemowląt, w żłobkach, w przychodniach dla matek, w kolonji dla dzieci słabowitych, 3) 2 miesiące na oddziałach i w przychodni dla gruźliczych oraz miesiąc w sanatorjum, 4) miesiąc na oddziałach chorób skórnych i wenerycznych, 5) miesiąc praktyki w zakresie higieny szkolnej, 6) miesiąc przy konsultacjach ambulatoryjnych i wreszcie d) aby być dopuszczonym do egzaminów na pielęgniarza i pielęgniarzkę służby psychiatrycznej kandydaci winni po ukończeniu pierwszego roku studjów odbyć praktykę conajmniej roczną w przytułku, albo kolonji dla umysłowo chorych.

P o ł o ż n e. Dyplom położnej uzyskiwany jest w Belgji na mocy przepisów dekretu królewskiego z 1884 r., modyfikowanego dekret-

łami z 1908 i 1912 r. Szkoły dla położnych są pod zarządem profesora, doktora medycyny i kierowniczkę położnej. Wykłady teoretyczne są prowadzone przez pomocnika dyrektora, doktora medycyny. Aby być przyjętą do szkoły dla położnych aspirantka winna mieć ukończone 18 lat i nie więcej nad lat 30, przedstawić dowód zdrowia i dobrych obyczajów, oraz wykazać się z umiejętności czytania, pisania i liczenia. Uczennice są poumieszczane w lokalu szkoły lub w pobliżu jej. Wykłady są prowadzone w językach francuskim i flamandzkim lub niemieckim, zależnie od prowincji, trwają 2 lata i zawierają wiadomości teoretyczne i praktyczne z higieny i deontologii. Wykłady teoretyczne obejmują wiadomości z anatomii organów rodnych, wiadomości z fizjologii, patologii, higieny i deontologii z teorią operacji elementarnych. Praktyczne zajęcia polegają na ćwiczeniach na fantomie, położgi prowadzone są przez uczennice, które przerabiają małe operacje. Rząd udziela zapomóg szkołom; prowincje, gminy i instytucje dobroczynne ponoszą koszty utrzymania uczennic, nie posiadających własnych środków. Obecnie istnieją szkoły dla położnych: 1 w Brukseli, 1 w Malin, 2 w Antwerpii, 1 w Gandawie, 1 w Brużes, 1 w Tournai, 1 w Mons, 1 w Charleroi, 1 w Namur, 1 w Llége, 1 w Hasselt, tylko prowincja Luxembourg nie posiada własnej szkoły położnych. Około 10—12 uczenic jest w każdej z tych szkół. Mniej więcej 75 położnych rocznie kończy szkoły. Lecz kryzys obecnie panuje w zawodzie położnych; liczne są tego przyczyny: przedewszystkiem konkurencja ze strony lekarzy, dalej niskie płace, zaofiarowywane położnym, jako honorarja, i wreszcie wysokie płace, zaofiarowywane młodym kobietom-pielęgniarkom wszystkich specjalności. Rząd był zmuszony dawać odszkodowania położnym, ażeby zapobiec niebezpieczeństwu, jakie groziło ludności wobec braku położnych. Aby zaradzić temu była wypracowana reorganizacja szkół, polegająca na: pogłębianiu wymagań wiadomości położnych i ustanowieniu tytułu położnej przyjmującej i wizytującej, gwarantując dyplomowanym pewne remuneracje. Tytuł położnych przyjmujących nadaje się położnym (babkom), które odbyły kursy 8-10 dniowe, powtarzając je co 10 lat. Posiadaczom tego tytułu przyznawane jest odszkodowanie roczne, ustanowione prawem, tym położnym, które osiedlą się w miejscowościach wiejskich, pozbawionych dostatecznej liczby klienteli. Tytuł akuszerki wizytującej, jest nadawany dyplomowanym położ-

nym, które przebyły kursy uzupełniające. Posiadacze tego tytułu po-
łożnej służy pierwszeństwo obejmowania stanowiska w instytucjach
opieki nad dzieckiem.

Służba dezynfekcyjna. Na mocy art. 50 Dekretu z dn. 14 grudnia 1789 r. i art. 5 działu XI prawa z 16—24 sierpnia 1790 r. do obowiązków administracji komunalnej należy służba, odnosząca się do zapobiegania chorobom epidemicznym. Lecz gminy bądź przez bierność, bądź przez brak uświadomienia, bądź przez oszczędność źle zrozumiała zawsze mało troszczyły się i troszczą o dezynfekcję, tak niezbędną w profilaktyce. Rząd w ciągu 1908 i 1909 r. poczynił kroki, aby wszystkie prowincje zaprowadziły u siebie służbę dezynfekcyjną, zaś administracje prowincji w drodze okólników pouczyły gminy o niezbędności dezynfekcji, obiecując wziąć na siebie połowę kosztów instalacji. Pozatem władze prowincjonalne wzięły na siebie koszty wyszkolenia personelu dezynfekcyjnego. Jednocześnie re-skrypty ministerjalne nastawały, aby dezynfencja była wykonywana bezpłatnie. Poza służbą prowincjonalną i komunalną państwo ze swej strony ustanowiło cały szereg stacji sanitarnych dla dokonywania dezynfekcji statków. Nadzór nad podróznymi drogą suchą był organizowany na czas epidemji chorób t. zw. dżumowych na mocy dekretu królewskiego z dn. 19 paźdz. 1908 r. Szczegółowe instrukcje omawiały sposoby postępowania z osobnikiem, który podczas podróży wykazał objawy choroby zakaźnej. Pozatem należy nadmienić, że przy każdym szpitalu wojskowym musi być komora dezynfekcyjna i aparat do wytwarzania formaldehydu, następnie służba dezynfekcyjna uzupełnia się ruchomymi aparatami dezynfekcyjnymi, przydzielonemi do szpitali wojskowych w Brukseli, Antwerpii i Gandawie. Jednakże należy powiedzieć, że służba dezynfekcyjna nie była równomiernie rozmieszczona w Belgji. Administracja sanitarna starała się jeszcze ulepszyć tę służbę. W tym celu opracowano: instrukcję praktyczną dla publicznej służby dezynfekcyjnej i instrukcję praktyczną o dezynfekcji podczas chorób zakaźnych. Najwyższa Rada Higieniczna opracowała instrukcję o dezynfekcji w przypadkach duru brzuszego i instrukcję w przypadku cholery; opracowała typ organizacji komunalnej służby dezynfekcyjnej i typ-plan stacji dezynfekcyjnej. Gdy nastąpiła decentralizacja służby inspekcyjnej higieny, inspektorzy byli zobowiązani do zorganizowania służby zdrowia wię-

cej ogólnie i więcej metodycznie. W każdej prowincji rząd przydzielił inspektorowi higieny instruktorkę sanitarną do przyuczania otoczenia chorych do stosowania dezynfekcji podczas trwania choroby. W tym samym czasie, aby poruszyć bezwład i niezapobiegliwość władz komunalnych, aby zwalczyć przesady i oświecić ludność, zostały zorganizowane konferencje, popularyzujące dezynfekcję. Inspektorzy higieny czynili wysiłki, aby wejść w ścisły kontakt z władzami komunalnymi, aby przekonać je o celowości zorganizowania dezynfekcyjnej służby komunalnej. Wreszcie, ażeby całą sprawę ułatwić, aby gminy nie mogły się powoływać na obciążanie swoich budżetów, państwo zdecydowało udzielać subsydjów na cele, związane z tą czynnością: a) na założenie stałej stacji dezynfekcyjnej — państwo obciąża siebie połową wydatków, przytem wysokość subsydjów nie może przewyższać 7,500 fr. i z warunkiem, że stacja może być użytkowana do odkażania rzeczy chorych, pielęgnowanych we własnych mieszkaniach w sąsiednich miejscowościach — obecnie maximum zostało podniesione do 12,000 fr.; b) na założenie lotnych oddziałów dezynfekcyjnych — połowę wydatków na pierwsze instalacje, w co wchodzi i zakup materiałów i środków dezynfekcyjnych; c) na zakup przez gminy materiału, przeznaczonego dla zapewnienia dezynfekcji podczas chorób zakaźnych. Dzięki zachęcie finansowej i metodycznej pracy inspektorów higieny, rezultaty niedługo dały na siebie czekać. W ogólności terytorjum prowincji zostało podzielone na sekcje, albo okręgi; służba jest czynna pod kontrolą instytutu bakteriologicznego. Prowincje ponoszą koszty, związane z zakupem materiałów i środków dezynfekcyjnych oraz stałe odszkodowanie służbie dezynfekcyjnej; gminy pokrywają koszty przejazdów i pensje dezynfektorów. Gdy cała ta służba była w okresie organizacji i doskonalenia, wybuchła wojna, podczas której służba ta bądź była zniesiona, bądź znacznie zmniejszona. Po zawieszeniu broni rozpoczęto organizować całą służbę sanitarną od początku. Mając za sobą doświadczenie, administracja higieny wybrała inną drogę, więcej dostępną dla każdego, więcej prostą, zapewniającą lepszą kontrolę. Dezynfekcja dokonywana jest pod nadzorem inspektora higieny. Koszty dezynfekcji częściowo ponoszą gminy, które nadesłały żądanie, jednakże nie mogą przenosić 50 fr., gdy pomieszczenie nie przewyższa 3000 m³, w przeciwnym razie dodaje się po 50 cent. za każde 10 m³. Gminy

mogą uniknąć tych wydatków, o ile podpiszą abonament roczny — wtedy dezynfekcja jest na każde żądanie wykonywana bezpłatnie po następujących chorobach: dur brzuszny, czerwonka, cholera, dżuma, gruźlica, błonica, ospa, płonica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W szczególnych razach i na żądanie usprawiedliwione lekarza, dezynfekcja może być wykonana i w innych chorobach zakaźnych. Wysokość abonamentu rocznego wynosi 50 fr. od gminy do 1000 mieszkańców, od każdego następnego 1000 po 25 fr., do 13,000 — 800 fr. Dzisiaj służba ta już objęła Flandrję Zachodnią i Wschodnią, Brabancję, okręg Charleroi-Thuin i należy oczekiwać, że wkrótce obejmie wszystkie prowincje Belgji.

Zapobieganie chorobom zakaźnym. Zwalczenie chorób zakaźnych dotąd w Belgji nie jest dostatecznie zabezpieczone. Prócz chorób dżumowych, nie jest dotąd obowiązujące zgłaszanie chorób zakaźnych, nie jest obowiązująca izolacja, ani też dezynfekcja. Coprawda, na mocy dekretu królewskiego z 1885 r., lekarz, który stwierdził u swego pacjenta chorobę zakaźną, winien bezpośrednio powiadać o tem władzę komunalną, lecz ten obowiązek był bez sankcji skutecznej, dlatego nie był obserwowany. Z drugiej strony dekret królewski z dnia 13 lipca 1908 r. wkładał na „babki” obowiązek zgłaszania przewodniczącemu Lekarskiej Komisji Prowincjonalnej każdego przypadku gorączki pługowej, spostrzeżonej u swej chorej. Wreszcie, aby zachęcić lekarzy, rząd okólnikiem z dnia 12 kwietnia 1907 r. dał do rozporządzenia druki, adresowane do Komisji Lekarskiej Prowincjonalnej, których wypełnienie upoważniało lekarza do pobrania 2 fr. za każdy zgłaszany przypadek choroby zakaźnej. Następny okólnik zwiększył wynagrodzenie z 2 na 5 fr., karty te są skierowywane do inspektora higieny, który zestawia je i co 10 dni przesyła administracji centralnej. Podczas wojny ukazało się prawo z dnia 13 lutego 1915 r., później rozszerzone na całe terytorjum oswobodzone, którego mocą pod karą grzywny 20—100 fr. i aresztu od 1—8 dni był wprowadzony obowiązek zgłaszania przypadków duru brzuszego, plamistego, **ospy**, błonicy i czerwonki. Poza tem Belgja jest związana z państwami sąsiednimi obowiązkiem informowania się wzajemnego o chorobach zakaźnych w miejscowościach pogranicznych. Władze komunalne mają obowiązek przedsięwziąć wszelkie środki celem odosobnienia w szpitalach chorych, których izolacja

nie jest zapewniona w domu. Jednakże niema odpowiednich sankcyj i wszystko zależy od dobrej woli chorego. Jeszcze inne środki były przedsięwzięte przez administrację higieny, celem ułatwienia zwalczania chorób zakaźnych: wydawanie bezpłatne surowic przeciwbłoniczej i przeciwmeningokokowej, bezpłatne przesyłanie do laboratoriów bakteriologicznych przedmiotów do analizy, ciągła propaganda celem spopularyzowania wiadomości profilaktycznych.

(D. c. n.).

Oddział Krakowski Towarzystwa Higienicznego.

W dniu 9 b. m. odbyło się przy bardzo licznych udziałach członków pierwsze walne zgromadzenie i ukonstytuowanie się Krakowskiego oddziału warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Przewodniczył zebraniu Ks. Masny, radca miejski. Sekretarzem był Dr. Owiński.

Zagał zgromadzenie Doc. Dr. Tomasz Janiszewski, przedstawiając opłakany stan sanitarny miasta, jak i państwa. Dalej przedstawił zasady, jakich trzymać się zamierza Towarzystwo w swojej działalności. Na pierwszym miejscu stać będzie walka o czystość, której bez dostatecznej ilości wody utrzymać niepodobna. Dalej zaznaczył, że higiena pojmuje zdrowie w szerszym znaczeniu, niż reszta nauk lekarskich. Pomiedzy człowiekiem chorym, potrzebującym opieki lekarskiej, a człowiekiem zupełnie zdrowym istnieje cała skala stanów pośrednich. Są ludzie, których nie uważamy za chorych i którzy siebie za takich nie uważają, są jednak pod rozmaitemi względami nie-normalni. Nie jest zadaniem państwa lub samorządu pokrywanie kraju masą szpitali, przytułków i sanatorjów, lecz dążyć należy do tego, żeby ludzi szukających schronienia w tych instytucjach było jak najmniej. Inna polityka sanitarna musi być uważana za nieoszczędną. W końcu dodał, że pracy higienicznej nie można odejmować charakteru pracy społecznej, inaczej bowiem jest ona mniej wydajna i droższej kosztuje. Działalność nowoutworzonego Towarzystwa polegać będzie na badaniu tych stron stosunków sanitarnych, które jeszcze dotąd nie są dokładnie w mieście zbadane. Uzyskane dane z tych badań służyć będą za podstawę projektowanych zmian. T-wo zamierza

rozpatrywać projekty ustaw i rozporządzeń rządowych, wnoszone do Sejmu. Popularyzacja, propaganda zasad higieny, oraz działanie dobrym przykładem, szczególnie wśród młodego pokolenia, należeć też będzie do zadań Towarzystwa. W końcu T-wo pracować będzie nad stworzeniem pewnej opinii w sprawach higienicznych, która byłaby niejako podtrzymaniem moralnym tych nielicznych jednostek, które chcą jeszcze pracować na tem polu.

Następnie wybrano Wydział składający się z 12 członków i 6 zastępców. Do zarządu wybrano: Dyrektora Biera L., Prof. Ciechanowskiego, Dyr. Dołżyckiego, Dyr. Dudeka, Dr. Glasera, Dziekana Gołaba, v. Kuratora Pollacka, Doc. Dr. Janiszewskiego, Inż. Kłeczka, Dr. Kunickiego, Ks. Kuznowicza, Dyr. Momidłowskiego, Dr. Pileckiego, Prof. Pokutyńskiego, Nadinsp. Janika, Lekarza weterynarii Langa, Naczel. Pollmana i Dr. Sokolowską. Delegatami do Rady głównej w Warszawie: Doc. Dr. Janiszewskiego i Dyr. Momidłowskiego. Zastępcami: Dyr. Biera i Ks. Kuznowicza. Do Komisji rewizyjnej: Dr. Koscha, Dyr. Filipiego i Inż. Czerwińskiego.

NADEŚLANE DO REDAKCJI.

Dr. Karaffa-Korbut, prof. Uniw. Wileńskiego. Ochrona życia i zdrowia pracowników przemysłowych. Nr. 1. Walka z kurzem w przemyśle. Księgarnia Zawadzkiego w Wilnie 1924. Książeczka bardzo potrzebna dla każdego lekarza i kierownika warsztatów przemysłowych, niezbędna w rękach inspekcji sanitarnej wszelkiego rodzaju przemysłu fabrycznego — pierwsza z zapowiedzianej serji mającej się składać z 13 książeczek.

W sposób bardzo przystępny autor porusza szkodliwość kurzu i sposoby usuwania ilustrując bardzo dobrze dobranymi rysunkami obrazy kurzu i najprostrzych urządzeń fabrycznych. Szczegółowo porusza sposoby walki z kurzem w warsztatach, sposoby wentylacji, urządzenia dobre i wadliwe przewodów wentylacyjnych; urządzenia dla usuwania pyłu, respiratory różnych systemów.

W końcu książeczki autor streszcza najważniejsze rady i wskazówki.

O. Bujwid.

WALKA Z GRUŻLICĄ

Zastrasżające rozmiary, jakie w ostatnich latach przybrała gruźlica, już od dłuższego czasu skłaniały nas, aby tej palącej sprawie poświęcić miejsce oddzielne. Techniczne warunki uniemożliwiały to dotychczas; dopiero obecnie jesteśmy w możności — narazie choć w skromnym zakresie — co czas pewien poświęcić omawianiu tej kłęski społecznej parę arkuszy druku. Niech służą one jako propaganda, niech skłonią tych, którzy mają coś do powiedzenia w sprawie walki z gruźlicą, do wypowiedzenia się, całe zaś społeczeństwo — do wysiłku w celu zaradzenia złemu! . REDAKCJA.

Ś. p. Prof. Dr. med. Alfred Sokołowski.



Ś. p. Prof. Dr. med. Alfred Sokołowski.

Spółeczeństwo polskie poniosło stratę dotkliwą, niepowetowaną, — 8-go marca r. b. zmarł prof. Dr. med. Alfred Sokołowski.

Śmierć przecięła życie człowieka, który dzięki wrodzonym zaletom charakteru, oraz nabytym na zachodzie metodom pracy, pozostawił po sobie obfity plon naukowy. Śród tego plonu znajduje się wiele cennych prac lekarskich, które cechuje wybitny talent, rozległa wiedza i spostrzegawczość Autora.

Całe życie Sokołowskiego odznaczało się niezwykłą wytrwałością. Swoim przykładem podniecał i zachęcał innych do wytrwania.

Urodzony 11 listopada 1850 r. we Włodawie, ziemi Podlaskiej, nauki średnie ukończył w Warszawie. W 1868 r. wstąpił na wydział lekarski Szkoły Głównej. Stopień lekarza uzyskał w Uniwersytecie Warszawskim w 1873 r. W 1874 r., będąc dotkniętym gruźlicą płuc, wyjechał na leczenie do sanatorium w Görbersdorfie na Śląsku, kierowanego wówczas przez Brehmera, ucznia Johannes Müllera.

Zetknięcie się z zachodem, oraz z niepospolicitym lekarzem, jakim był Brehmer, wpłynęło, iż Sokołowski po powrocie do zdrowia pozostał w sanatorium jako asystent do 1880 r. Po opuszczeniu sanatorium udał się do Francji z myślą zamieszkania na południu. W celu uzyskania prawa praktyki zdał uzupełniające egzaminy na wydziale lekarskim w Paryżu i w 1880 r. otrzymał tytuł doktora medycyny po przedstawieniu rozprawy doktorskiej p. t. „Les complications laryngées de la phtisie pulmonaire”.

Mógł zamieszkać i praktykować we Francji, lecz tęsknota i przywiązanie do kraju zwyciężyły i Sokołowski powrócił do Warszawy.

Kilkuletni pobyt w sanatorium w Görbersdorfie był dla Sokołowskiego nie tylko szkołą zdrowia, lecz i wyrobienia lekarskiego w zakresie chorób dróg oddechowych. Od przyjazdu do Warszawy rozpoczął się okres samodzielnej pracy lekarskiej.

W 1882 r. prowadził zastępczo w szpitalu św. Ducha oddział dla chorób dróg oddechowych, składający się z 6 łóżek (Pawilon IV), i jednocześnie został lekarzem ambulatorjum tegoż szpitala dla chorób gardła, nosa i krtani. Po 2 latach Sokołowski został ordynatorem, obejmując oddział normalny (Salę I), którym kierował aż do 1 lipca 1922 r. Z tego oddziału, na którym uzupełniały swoje wiadomości liczne rzesze studentów i lekarzy, czerpał materiał do prac naukowych.

Podczas wielkiej wojny Sokołowski nie opuścił kraju. W 1914-1915 r. przyjął udział w organizowaniu kursów sanitarnych. W 1916 r. został przewodniczącym Rady Nadzorczej Polskiej Macierzy Szkolnej, oraz rozpoczął wykłady Medycyny Społecznej na Wyższych kursach Naukowych.

Na wiosnę 1918 r. Sokołowski został powołany do Uniwersytetu Warszawskiego, jako profesor propedeutyki lekarskiej. Pierwszy wykład, poświęcony Karolowi Marcinkowskiemu, odbył się 27 kwiet-

nia wobec wypełnionego audytorjum. Wrażenia z tego wykładu pozostały Sokołowskiemu do końca życia, gdyż dożył — jak powiadał — aczkolwiek w jesieni dni swoich szczęśliwej, a zarazem podniosłej chwili, gdy w gmachu uniwersytetu polskiego mógł przemówić po polsku, do polskiej młodzieży — do młodzieży, którą tak ukochał.

Na wniosek Sokołowskiego, Wydział Lekarski U. W. powołał do życia kurs teoretyczno-praktyczny o suchotach płucnych (fityzeologia), którego prowadzenie powierzył wnioskodawcy.

Pierwszy wykład odbył się 11 marca 1920 r. w szpitalu św. Ducha. Był to zarazem pierwszy wykład z fityzeologii w Polsce.

Całozyciowe doświadczenie na polu nauki o suchotach płucnych mógł zastosować praktycznie przy wykładaniu tej najnowszej gałęzi wiedzy. A doświadczenie to było niemałe. Już w sanatorjum w Görbersdorfie Sokołowski zapoczątkował prace nad suchotami płucnymi.

Wykłady, wygłoszone w Uniwersytecie i na Wyższych Kursach Naukowych, Sokołowski ujął w ramy podręczników, dając możność młodzieży akademickiej dokładnego zaznajomienia się z przedmiotem („Propedeutyka Lekarska“, „Nauka o suchotach płucnych“, „Wielkie klęski społeczne“, „Choroby proletariatu“).

Z pośród licznych prac naukowych Sokołowskiego, dotyczących przeważnie cierpień narządu oddechowego, opartych na doświadczeniu szpitalnem i prywatnem, wyróżniają się „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“, wspaniałe trzypomowe dzieło, które uzyskało rozgłos w światowej literaturze lekarskiej. W tym dziele włókniste postaci suchot płucnych zostały należycie opracowane, skryte postaci wyodrębnione, zaś leczenie suchot krytycznie ujęte.

W znanej „Djagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych“ Biegańskiego, Sokołowski napisał rozdział o chorobach górnego odcinka dróg oddechowych.

Prace swe ogłaszał nietylko w czasopismach lekarskich polskich, iecz i cudzoziemskich, zyskując uznanie u obcych dla siebie i dla nauki polskiej.

Z oddziału Sokołowskiego w szpitalu Św. Ducha wyszło też sporo prac, ogłoszonych przez asystentów.

W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem, w którym po

śmierci Hoyerera, od 1908 r. piastował godność Sekretarza stałego, dbał o wysoki poziom naukowy Towarzystwa.

Działalność Sokołowskiego nie ograniczyła się do dziedziny naukowej, pedagogicznej i praktycznej. W celu uświadomienia społeczeństwa o szkodliwości i zaraźliwości gruźlicy, o sposobach i środkach zapobiegania jej rozrostowi, roztoczenia opieki nad chorymi, dotkniętymi gruźlicą i ich rodzinami, Sokołowski w 1908 r. założył w Warszawie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, które uruchomiło 4 przychodnie, oraz sanatorium ludowe w Leśniczówce.

Sokołowski współdziałał w założeniu sanatorium w Rudce, Zakopanem, Instytutu higieny dziecięcej im. Lenwała w Warszawie.

Oto ogrom pracy wykonanej przez Sokołowskiego; wykonał to jeden człowiek, zawdzięczając swojej niezwykłej pracowitości i energii.

Cześć jego pamięci!

Dr. Kazimierz Dąbrowski.

Dr. med. Wacław Gawłowski (Warszawa).

Dotychczasowa organizacja i plan walki z gruźlicą w Polsce.

Celem pracy niniejszej jest zobrazowanie stanu walki z gruźlicą, wyjaśnienie jej form organizacyjnych, oraz metod i sposobów walki z tą klęską społeczną, jak również wyników całej akcji przeciwgruźliczej w Polsce.

Sprawą organizacji walki z gruźlicą u nas zajmowało się bardzo wielu działaczy społecznych. Wśród nich większość stanowią lekarze, jednostki o wysokim poczuciu społecznym i narodowym, znani ze swej ofiarności i poświęcenia, jak ś. p. Dunin, Sokołowski, oraz wielu innych, wśród których nie brak nam i obecnie działaczy o nazwiskach, znanych nie tylko w kraju, ale i poza jego granicami.

Jeśli sięgniemy do historii, to właściwie sprawa organizacji i zwalczania gruźlicy u nas, w Polsce, datuje się dość dawno. Już w Zakopanem prawie jednocześnie powstają dwa pierwsze sanato-

rja — Dr. Hawranka (1898 r.) i Dr. Dłuskiego (1902 r.), a następnie — w innych miejscowościach, o czym będzie mowa niżej.

Przy wyjaśnianiu stanu organizacji walki z gruźlicą w Polsce, jako akcji planowej, należy przedewszystkiem ustalić, z jak wielkiem niebezpieczeństwem mamy do czynienia, jak wielkie straty ponosi społeczeństwo od gruźlicy i wreszcie, jak dalece ta klęska może zagrażać w najbliższej przyszłości.

Chcąc zadość powyższemu uczynić, sięgnijmy do liczb. Tu należy stwierdzić, że żaden z autorów naszych nie mógł podać ścisłej liczby zachorowań na gruźlicę w Polsce. Nie mogę również ominąć sprawy zgłaszania i rejestrowania chorych na gruźlicę otwartą, której pomimo uchwalenia „Ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych“ z małemi wyjątkami wcale się nie prowadzi. Jedyne może liczba zgonów w pewnem przybliżeniu charakteryzuje, jak wielkie straty ponosi społeczeństwo z powodu gruźlicy. Tak, jeden z referentów tej sprawy, Dr. Sołcki w lipcu r. 1919 podaje opinię Wydziału prawnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego: „ponieważ w ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych, która nie dotyczy gruźlicy, wyraźnie zastrzeżono, że walkę z gruźlicą ma unormować osobna ustawa, nie może być zatem na mocy tej ustawy wydane w krótkiej drodze rozporządzenie, lecz musi być o walce z gruźlicą wydana osobna ustawa“. Ustawa zaś o zwalczaniu gruźlicy w Królestwie Polskiem, opracowana tak mozolnie przez dr. med. Stef. Rudzkiego jeszcze w r. 1918 i przyjęta na posiedzeniu Rady Ministrów Królestwa Polskiego w dn. 9 sierpnia t. r., dotąd nie została zatwierdzona przez odnośne władze i wprowadzona w życie.

Natomiast już § 1 tej ustawy wprowadza obowiązek zgłaszania zachorowań na gruźlicę i zasadniczo normuje tę sprawę. „Rejestracja gruźlicy“, mówi Dr. Rudzki, „jest podstawą zarządzeń sanitarnych i punktem wyjścia walki prawnopństwowej z tą chorobą“.

Projekt ustawy powyższej powoływał się na cały szereg innych krajów, gdzie został wprowadzony ten lub ów przymus donoszenia o chorych gruźliczych. W różnych prawodawstwach zaznaczają się 4 główne odmiany w tym kierunku, mianowicie bywa rejestracja: 1) posuniętej gruźlicy płuc i krtani, 2) otwartej gruźlicy płuc, 3) gruźlicy płuc wogóle, 4) gruźlicy we wszelkich postaciach.

Ustawa polska przewidywała meldowanie niezwłoczne lekarzo-

wi urzędowemu o stwierdzonych przez lekarzy przypadkach gruźlicy i wydanie odnośnych zarządzeń. Tak, sprawa nader ważna, obchodząca żywo ogół społeczeństwa, utknęła i to na czas, dziś bliżej nieokreślony.

W obecnych czasach, kiedy walka z chorobami zakaźnymi wre w całej pełni, jednak sprawa walki z gruźlicą prawie się nie posuwa, chociaż, jak statystyka wykazuje, gruźlica zabiera 4 razy tyle ofiar, co inne choroby zakaźne razem wzięte.

Tak np., w Warszawie zmarło:

	na choroby zakaźne	na gruźlicę
w 1916 r.	1134	4687
w 1917 r.	4369	8158
w 1918 r.	2193	5945
w 1919 r.	1192	4866
w 1920 r.	1718	3182
w 1921 r.	913	2241
w 1922 r.	644	2309

Opierając się na statystyce okupantów, w r. 1917 mieliśmy zgonów z gruźlicy:

w zaborze rosyjskim	30.000
„ austryjackim	45.000
„ niemieckim	10.000

ogółem 85.000 zgonów w Polsce.

Przyjmując wskaźnik prof. Calmette'a, mianowicie, że 6 razy tyle osób jest chorych jak umiera, będziemy mieli 85.000×6 , t. j. około 500.000 chorych na gruźlicę w kraju.

Statystyka innych krajów potwierdza te liczby.

W Rosji przed wojną w przybliżeniu liczone od 2—3 milj. chorych na gruźlicę, a śmiertelność dochodziła do 500.000 ludzi rocznie.*)

W Niemczech 1/50 ludności choruje na gruźlicę, a umiera do 120.000 osób rocznie.

W Austrii — 100.000 umiera rocznie.

W Belgii — 20.000 umiera rocznie.

*J Według danych Głównego Wraczebnego Inspektora w r. 1910 zarejestrowano w Rosji na gruźlicę płuc 669,415 co stanowiło 42,3 na 10.000 ludności; chorych na inne formy gruźlicy 258,210, czyli 16,3 na 10.000 ludności. (Autor).

Według danych d-ra Boguckiego, w Anglii w ostatnim roku przed wojną umieralność na gruźlicę wynosiła 13,4 na 10.000 ludn. przy ogólnej śmiertelności 137 na 10.000 ludności, czyli wypadło 49,486 zgonów na gruźlicę na ogólną ilość ludności 37 milj; we Francji w r. 1913 zmarło na gruźlicę 170.000, co stanowiło 21,3 na 10.000 ludności, przy ogólnej śmiertelności 700.000, t. j. 177,6 na 10.000 ludności.

W ciągu ostatnich lat 8, zmarło na gruźlicę na 10.000 ludności w najważniejszych miastach Polski:

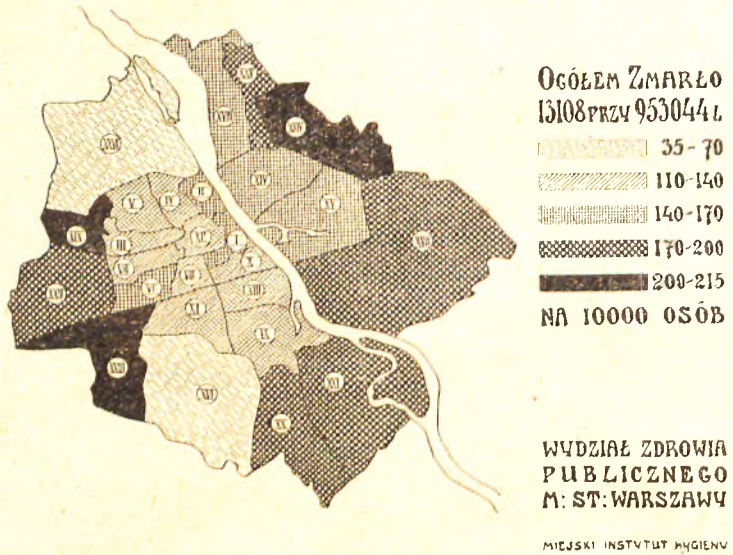
	Warszawa	Kraków	Lwów	Łódź
1913	30,56	48,7	48,0	
1914	31,17	47,3	58,6	
1915	40,98	48,0	74,1	
1916	60,04	75,0	62,2	
1917	97,54	90,8	66,5	116,0
1918	78,38	84,5	63,5	77,5
1919	59,32	61,6		60,4
1920	33,66			

Z tych liczb widzimy, że poza r. 1917, który był w związku z okupacją niemiecką i ze wszystkimi jej ciężarami, co spowodowało zwiększenie się zachorowań i umieralności jak gruźliczej, tak i ogólnej — śmiertelność od gruźlicy pochłania bardzo znaczny odsetek chorych wśród ludności i stosunkowo wykazuje małe odchylenie za wyjątkiem lat wojny.

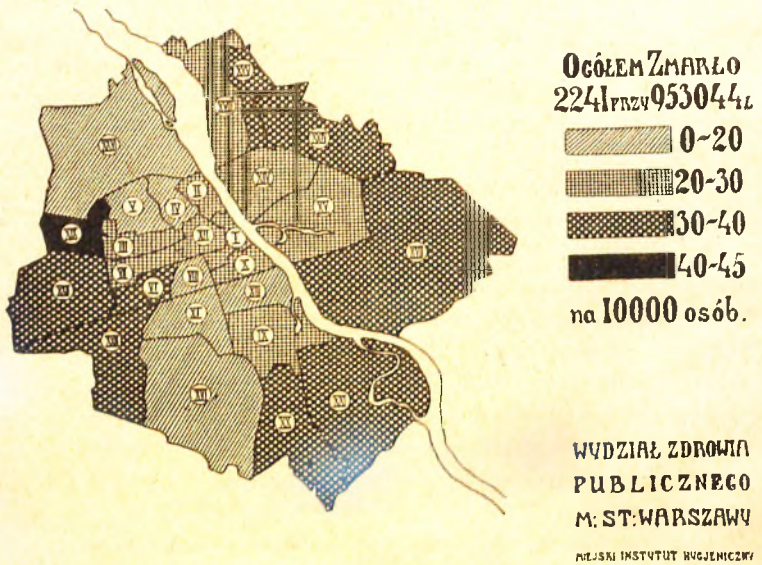
Liczby te są tak wymowne, że nie potrzebują komentarzy — stoimy pod względem gruźlicy gorzej, niż sąsiednia Rosja przedwojenna.

Podajemy dwie mapki m. st. Warszawy *) — jedną z wykresami śmiertelności ogólnej według okręgów policyjnych i drugą — śmiertelności od gruźlicy według okręgów policyjnych m. st. Warszawy za r. 1921. (rys. 1—2). Dane te potwierdzają ogólną zasadę, że polepszenie ogólnych warunków zdrowotnych wpływa na zmniejszenie śmiertelności od gruźlicy i chorób zakaźnych, a stąd i ogólną śmiertelność, a po drugie, że przedmieścia Warszawy, które pozba-

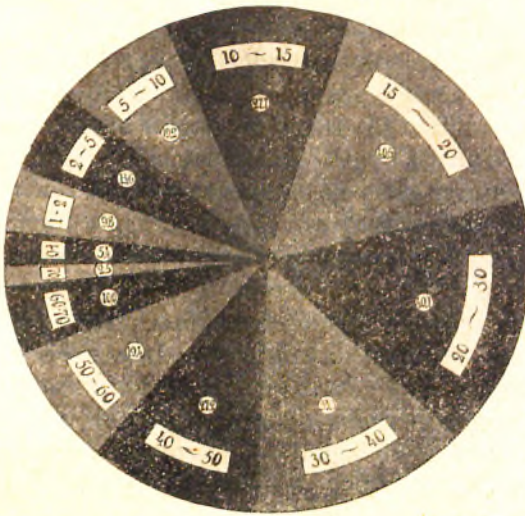
*) Dane opracowane przez Miejski Instytut Higieniczny. (Autor)



Rys 1
Śmiertelność ogólna według okręgów policyjnych m. st. Warszawy, rok 1921.



Rys 2.
Gruźlica. Śmiertelność według okręgów policyjnych m. st. Warszawy, rok 1921



Rys 3.

Śmiertelność wskutek gruźlicy w stosunku do ogólnej liczby zgonów danego wieku w Warszawie za rok 1920.



Rys 4.

Śmiertelność wskutek gruźlicy według wieku, w stosunku do zgonów gruźliczych w Warszawie, odsetki przeciętnie od 1911 do 1920 r.

wione są urządzeń użyteczności publicznej, jak wodociąg i kanalizacja, stanowią pod tym względem najlepszy przykład.

Wreszcie podajemy śmiertelność wskutek gruźlicy w stosunku do ogólnej liczby zgonów danego wieku w Warszawie za r. 1920 (rys. 3) i tą samą śmiertelność (przeciętnie) od 1911 do 1920 r. (rys. 4). Dane te wykazują znany ogólnie wpływ gruźlicy na okres wieku młodego i w okresie pracy, t. j. od 15—30 lat życia.

Dr. Köhler, dyrektor państwowego urzędu sanitarnego w Niemczech, na I Kongresie przeciwgruźliczym w Berlinie w r. 1899 powiedział, że gruźlica jest chorobą, która wywiera największy wpływ na życie i zdrowie ludności, co ma nadzwyczaj ważne znaczenie w stosunkach ekonomicznych narodu i państwa. O ile, mówi dr. Köhler, udałoby się ocalić $\frac{1}{6}$ z ogólnej liczby umierających, w ciągu jednego roku, co dla Niemiec stanowiłoby około 14.000 osób, i chorzy ci mogli pracować w ciągu 3 lat, to rocznie Państwo zaoszczędziłoby 21 milj. marek.

Wobec powyższego, walkę z gruźlicą należy uważać nie tylko jako środek do podniesienia zdrowia ludności, ale również jako czynnik dobrobytu i potęgi narodu. W tych krajach, gdzie społeczeństwo zrozumiało dostatecznie, jak Niemcy, Francja, Anglja, Belgja i ostatnio Włochy, jakie skutki wywołuje gruźlica, tam i walka jest intensywniejsza i udział samego społeczeństwa jest jego nieodzowną koniecznością.

Całą akcję przeciwgruźliczą w Polsce od początków wojny można podzielić na 3 okresy — za okupantów, wojenny i powojenny. Walka z gruźlicą w okresie okupacji polegała na działalności kilku towarzystw przeciwgruźliczych, posiadających pojedyncze instytucje, jak przychodnie i poradnie, oraz na kilku przeważnie prywatnych sanatorjach.

Spadek, jaki Polska otrzymała po okupantach, był bardzo szczupły — zaledwie kilka miejscowości, jak Zakopane, Rabka, Szczawnica, Krynica, Druskieniki, Rudka, Otwock, Świder i parę innych, mogło służyć jako miejsca kuracyjne dla chorych piersiowych i innych.

Cała akcja przeciwgruźlicza nie była ujęta planowo, a każde z towarzystw przeciwgruźliczych, które przeważnie utrzymywało się z ofiarności publicznej, działało w miarę sił i środków finansowych, aby pomóc tym chorym nieszczęśliwym, nie mającym nigdzie przytuł-

ku, nawet w szpitalach. Jeszcze w r. 1900 prof. dr. Baranowski, a następnie prof. dr. A. Sokołowski piszą: „Oddział specjalny przy każdym szpitalu czy szpitaliku urządzony, mówi Baranowski, może zićić w sobie te urządzenia, jakie dla ratowania gruźliczych są nieodzowne“, a dalej dr. Sokołowski podkreśla „w szpitalach powinny istnieć specjalne oddziały dla suchotników, jak to zrobiono w Londynie; tylko w takich oddzielnych pomieszczeniach można przeprowadzić kurację powietrzną bez szkody dla innych chorych — niegruźliczych; tylko tym sposobem można ochronić chorych niegruźliczych od możliwości zarażenia się gruźlicą“. *)

Okres wojenny, jak wskazywaliśmy niejednokrotnie wyżej, dał nam znaczne zwiększenie zachorowań i znaczną liczbę zgonów na gruźlicę. Brak dostatecznego odżywiania wśród ludności, pozbawienie jej tłuszczów, a dzieci częstokroć mleka i innych produktów, trudności ekonomiczne i mieszkaniowe, oraz związane z okupacją ciężary społeczno-socjalne, uniemożliwiły ludności zaspakajanie najniezbędniejszych potrzeb, stąd ogólne obniżenie dobrobytu społeczeństwa i związane z tem powiększenie się chorobowości i umieralności, a na gruźlicę specjalnie. Rok 1917 może być tym rażącym przykładem, jakie sukcesy, naprz. w Warszawie, wydała „opieka“ niemiecka. Następnie, okres po odrodzeniu kraju, kiedyśmy już sami mogli stanowić o sobie, był jeszcze okresem prowadzenia wojny i pełen skutków, jakie ona wywierała na zdrowotność ludności całego kraju.

Dopiero po 6 latach wojny wstępujemy w okres powojenny górażkowej pracy organizacyjnej, w którym społeczeństwo powołane jest do świadczeń w różnych dziedzinach pracy państwowej i gospodarczej. Okres ten jest tak krótki, że nie możemy na barki społeczeństwa i Rządu przekazać możliwości szybkiego rozwiązania tak ważnej i trudnej sprawy, jaką jest zwalczanie gruźlicy w kraju. Chcielibyśmy tylko tu zaznaczyć, jakie wysiłki zarówno ze strony społeczeństwa, jak Rządu zostały podjęte w tej nas tak żywo obchodzącej dziedzinie.

Już w okresie przygotowawczym do naszej państwowości w r. 1917 Dr. W. Chodźko, jako szef departamentu lekarskiego w b. tym-

*) Cytuję na zasadzie pracy Dr. med. B. Dębińskiego: „Walka z gruźlicą jako chorobą ludową“. Warszawa, 1917. (Autor).

czasowej Radzie Stanu, poczynił pierwsze kroki w kierunku państwowej walki z gruźlicą w Polsce. W tym okresie datuje się pobudzenie inicjatywy wśród społeczeństwa do walki z gruźlicą i w tym właśnie czasie został opracowany przez Dra Stefana Rudzkiego projekt ustawy przeciwgruźliczej.

Następnie, w okresie już własnej państwowości, Ministerstwo Zdrowia Publicznego (za ministrów Dr. Chodźki i Dr. Janiszewskiego), przez swych referentów do zwalczania gruźlicy — Dr. Sterlinga-Okuniewskiego, Dr. Soleckiego, Dr. Dąbrowskiego, — stara się przeprowadzić pewną planowość w walce z gruźlicą, nie mając dostatecznych funduszy i egzekutywy, wobec czego akcja ta nie wywiera zasadniczego wpływu na całość sprawy.

Jeden z pierwszych propagatorów planowej walki z gruźlicą, Dr. Solecki, streszczał całą tę akcję w ten sposób, że powinien być utworzony Centralny Związek Przeciwgruźliczy (narazie zastępując Warsz. Tow. Przeciwgruźlicze), któryby się opierał o społeczeństwo przy kontroli i poparciu Rządu.

Centralny Związek Przeciwgruźliczy miałby zasadniczo 3 zadania — organizację: 1) przychodni, 2) żłobków, ochronek, kolonii i półkolonii, 3) szkół zwykłych i zawodowych. Przychodnie miałyby za zadanie urządzenie sanatorjów klimatycznych lub nadmorskich dla tych chorych, którzy zostali skierowani przez przychodnie, zorganizowanie schronisk-warsztatów dla chorych, którzy mogliby pracować w specjalnych warunkach, założenie szpitali i zagród wiejskich, gdzie umieszczanoby chorych, wymagających takiego leczenia.

Jako pierwszy krok w kierunku skoordynowania całej akcji przeciwgruźliczej w Polsce należy uważać powołanie „Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy“, utworzonego na skutek rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 5 stycznia 1922 r. (Monitor Polski Nr. 14, 18 stycznia 1922 r.). Pierwsze posiedzenie tego Komitetu odbyło się w dn. 28 maja r. 1922 — uchwały podamy niżej.

Korzystając z uprzejmości p. D-ra K. Dąbrowskiego, b. referenta M. Z. P., przytaczamy poniżej dane, jakie instytucja przeciwgruźlicza polska posiadała na 1 stycznia 1922r. Dane te, mozolnie zebrane i opracowane przez d-ra K. Dąbrowskiego, stanowią pierwszy dokładny materiał, odzwierciedlający stan ówczesnej organizacji wal-

ki z gruźlicą w całym państwie Polskiem, nigdzie, zdaje się, nieogłoszony, i dlatego podajemy go w całości.

Przychodnie:

- A. b. Kongresówka — 18.
Warszawa — 5 (4 Warsz. Tow. Przeciwgruźl. i 1 Żyd. Tow. „Brijus Zdrowie”).
Woj. Warszawskie — 2 (Łowicz, Płock).
„ Łódzkie — 6 (Łódź, Kalisz, Konin, Piotrków, Słupca, Zagorów).
„ Kieleckie — 1 (Olkusz).
„ Lubelskie — 4 (Siedlce — 2, Siedleckie Tow. Przeciwgr. i Żyd. Tow. Przeciwgr. w Siedlcach, Lublinie, Hrubieszowie).
„ Białostockie — niema.
- B. Małopolska.
Woj. Krakowskie — 4 (Kraków, Oświęcim, Nowy Targ, Zakopane).
„ Lwowskie — 18 (Lwów — 2 Tow. walki z gruźlicą przy Uniwersyt. klinice dziecięcej, Przemyśl, Sambor, Żółkiew, Jaworów, Lisko, Lubaczów, Gródek Jagielloński, Sokal, Brzozów, Rudki, Tarnobrzeg, Jarosław, Kołbuszowa, Rzeszów, Łańcut, Strzyżów).
„ Stanisławowskie — 1.
- C. Cieszyn — 1.
D. Poznańskie — 1.

Ogółem 41 przychodni.

Tow. Przeciwgruźliczych:

- b. Kongresówka — 11 (Warszawa — 2, Łódź, Piotrków, Płock, Kalisz, Lublin, Olkusz, Hrubieszów, Siedlce — 2).
Małopolska — 2 (Kraków, Lwów).
Poznańskie — 1 (Poznań).
Cieszyn — 1 (Cieszyn).
K ó ł p o w i a t o w y c h w M a ł o p o l s k e — 19.
Ogółem 15 towarzystw przeciwgruźliczych i 19 kół powiatowych walki z gruźlicą.

Wywiadowczyń:

- b. Kongresówka w 18 przychodniach 16 wywiadowczyń
Małopolska w 22 przychodniach 10 wywiadowczyń
Cieszyn w 1 przychodni 1 wywiadowczyń
Ogółem 27 wywiadowczyń w 41 przychodniach.

Sanatorja:

A. Dla dorosłych.

1. Prywatne: a) im. Doktorstwa Dłuskich w Zakopanem
w 1921 r. przeszło na własność braci Linde . 120 łózek
b) im. Dr. Marjana Hawranka w Zakopanem 24 „

Razem 144 Łózek

i liczne pensjonaty w Zakopanem i Otwocku.

2. Miejskie: a) m. st. Warszawy (wydział szpitalnictwa
korzysta chwilowo z gmachu Warsz. Tow. Żydowskiego
Przeciwgruźl. „Brijus — Zdrowie“ w Otwocku dla doro-
słych) 60 łózek
b) w Mieni 50 „
c) m. Łodzi w Chojnach (Seksja przeciwgr.
Wydz. Zdrowia) 80 „

Razem 190 łózek

3. Społeczne: a) Rudka (czynna tylko połowa sanatorjum
z powodu niemożności wykończenia drugiej połowy (otw.
1908 r.) 60 łózek
b) subwencionowane przez Min. Zdr. Publ.
w Zakopanem „Pomoc Bratnia“ (otw. 1901 r.) 50 „
Odrodzenie (otw. 1913 r.) 45 „
Tow. Czerw. Krzyża 120 „
dla wojskowych, 50 dla oficerów i ich rodzin
36 dla cywilnych.
c) w Poznańskim 1. dla kobiet w Smuka-
lach pod Bydgoszczą (wł. Tow. ku zwalczaniu
gruźlicy w woj. Pozn.) 250—300 „
2. dla mężczyzn w Kowanówku pod Obor-
nikami (wł. Pozn. ubezpieczalni krajowej) . 250 „

Razem 825 łózek

B. Dla dzieci.

1. W Otwocku — sanatorium Komitetu Opieki nad dziećmi i młodzieżą — 160 dzieci latem, 70 w zimie.
2. w Zakopanem — w schronisku K. B. K. na Bystrem i na Kościeliskiej po 45 łóżek 90 łóżek
3. w Hołosku pod Lwowem (wł. T-wa walki z gruźlicą) podczas miesięcy letnich 10 „

Razem 200 łóżek

Ogółem około 1300 łóżek sanatoryjnych.

Liczbę powyższą należy uzupełnić liczbą łóżek, które posiada wojskowość w sanatoriach w Hołosku (60), Rajczy (116), Pustelniku (120) i Zakopanem (130), a która wynosi ogółem 426 łóżek.

Szpitala. Szpitali i przytułków dla ciężko chorych suchotników, niema, z wyjątkiem Warszawy (około 200 łóżek w szpitalach św. Ducha, Wolskim, na Czystem), Łodzi, gdzie w niektórych szpitalach urządzono oddziały specjalne, w innych szpitalach suchotnicy leżą na salach ogólnych. Wojskowość wyznaczyła 1000 łóżek w swoich szpitalach.

Cała obecna organizacja przeciwgruźlicza w Polsce, mówi Dr. K. Dąbrowski, składa się z instytucyj miejskich (Warszawa, Łódź), społecznych, wspomaganych przez Min. Zdr. Publ., społeczeństwo i samorządy, oraz prywatnych. W budżetach Magistratów Warszawy i Łodzi preliminarowane są pewne kredyty na walkę z gruźlicą. Przy wydziałach zdrowia obu tych miast czynne są sekcje przeciwgruźlicze.

Na zasadzie powyższego referatu D-ra K. Dąbrowskiego „O obecnym stanie walki z gruźlicą w Polsce” Polski Komitet zwalczania gruźlicy w dn. 28 maja r. 1922, po przeprowadzonej dyskusji uchwalił następujące wnioski: *)

I. Walkę z gruźlicą w Polsce winny ująć w swoje ręce społeczeństwo, samorządy, Kasy Chorych, Tow. Czerwonego Krzyża pod kierunkiem i przy pomocy Rządu, zależnej od środków materialnych i działalności danych instytucyj.

II. Walka winna polegać przedewszystkiem:

*) Na zasadzie materiałów D-ra K. Dąbrowskiego. (Autor).

1) na stworzeniu sieci przychodni przeciwgruźliczych z uwzględnieniem ośrodków inwalidzkich, posiadających wyszkolony personel, oraz środki w celu uświadamiania i roztoczenia opieki lekarskiej moralnej i materialnej nad zagrożonymi suchotami, suchotnikami i ich rodzinami,

2) na zapobieganiu i leczeniu gruźlicy wśród dzieci i młodzieży,

3) na izolacji w szpitalach, przytułkach, szpitalach-sanatorjach podmiejskich ciężko chorych suchotników, niebezpiecznych dla otoczenia.

Niezbędne jest jaknajszybsze przeprowadzenie przez Sejm ustawy przeciwgruźliczej, ze względów finansowych na razie częściowej (ustawy o przychodniach, ustawy o sanatorjach).

IV. Wobec tego, iż powodzenie instytucyj przeciwgruźliczych, przedewszystkiem przychodni, stanowiących obecnie podstawowe ośrodki walki z gruźlicą, zależy od wyszkolonego personelu, przeto 1) należy organizować kursa uzupełniające dla lekarzy, na które złożąby się wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z fizjologii; 2) organizować kursa dla higienistek - wywiadowczyń z specjalnem uwzględnieniem nauki o opiece społecznej i walce z gruźlicą.

V. Akcja zwalczania otwartej gruźlicy u bydła rogatego stoi w związku z akcją zapobiegania powstawaniu gruźlicy u ludzi, wobec czego winna być podjęta energicznie przez organizacje społeczne, samorządy i popierana wydatnie przez Skarb Państwa.

VI. O ile zespół istniejących pracowni bakterjologicznych weterynaryjnych, nie mógłby podjąć się lub nie mógł podołać wykonywaniu badań bakterjologicznych próbek wydzielin i wydaliny zwierząt, dotkniętych gruźlicą, i próbek mleka zbiorowego, pochodzącego z mleczarni, to Ministerstwo Zdrowia Publicznego da na ten cel do dyspozycji Państwowe zakłady bakterjologiczne, stojące pod jego zarządem.

VII. Komitet wzywa Ministerstwo Zdrowia Publicznego do założenia szkoły pielęgniarek wspólnie z Tow. Czerwonego Krzyża i wzięcia tych pielęgniarek na stały etat państwowy.

VIII. Komitet wzywa do zainicjowania założenia fabryki spluwaczek, celem ograniczenia szerzenia się gruźlicy otwartej.

IX. Komitet prosi o pomoc Rządu w założeniu ruchomych muzeów przeciwgruźliczych.

X. Komitet wzywa szpitale do zakładania leżalni przy szpitalach.

Wnioski powyższe stanowią, jak widzimy, pierwszy projekt planu walki z gruźlicą w Polsce i niezawodnie mają doniosłe znaczenie w opracowaniu programu na przyszłość. Społeczeństwo w międzyczasie starało się rozwiązać problemat, stojący przed niem, i w całym szeregu różnych zrzeseń podnosiło sprawę i stawiało ją na porządku dziennym, chcąc możliwie szybciej wyjść z nieprzychylnych warunków, które się piętrzyły w walce z gruźlicą.

Tak, II Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Poznaniu w dn. 1 maja 1923 r. w sprawie walki z gruźlicą, na podstawie referatu D-ra St. Rudzkiego, pułk. wojsk polskich, uchwalił następujące wnioski:

1) Wobec wzmaganania się gruźlicy w Polsce niezbędne jest jaknajszybsze przystąpienie do planowej walki z tą klęską społeczną, uwzględniając przedewszystkiem akcję zapobiegawczą.

2) W walce tej muszą być zespolone wysiłki społeczeństwa z pracą Rządu i Samorządów.

3) Racjonalna i wszechstronna walka z gruźlicą musi opierać się na ustawie przeciwgruźliczej, uchwalonej przez Sejm. Wzywa się Rząd do jaknajszybszego złożenia Sejmowi projektu takiej ustawy.

4) Działalność przeciwgruźlicza samorządów powinna narazie polegać przedewszystkiem na zakładaniu przychodni i na zapobieganiu gruźlicy wśród dzieci i młodzieży, przeznaczając na walkę z gruźlicą znaczniejsze sumy.

5) Uniwersytety polskie winny wyszkolić zastępy lekarzy, dokładnie obznajmionych z gruźlicą, jako chorobą społeczną.

6) Ministerstwo Zdrowia Publicznego winno zorganizować stałą szkołę pielęgniarek sanitarnych, ze specjalnem uwzględnieniem działu wywiadowczyń przeciwgruźliczych.

7) We wszystkich zakładach leczniczych zarówno państwowych, jak komunalnych i prywatnych cierpiący na otwartą gruźlicę powinni być odosobnieni od innych chorych.

8) W Kasach Chorych musi być specjalny dział gruźliczy pod kierunkiem wyspecjalizowanych lekarzy.

Budową nowych sanatorjów dla gruźliczych dzieci i dorosłych

winy się zająć zarządy komunalne i instytucje ubezpieczeniowe przy wybitnej pomocy materialnej ze strony Państwa.

10) Zarządy komunalne winny organizować w swoim zakresie kolonie letnie i prewentyjki dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, zwracając szczególną uwagę na półkolonie jako tańsze i dające dobre rezultaty.

11) Pożądanem jest tworzenie szkół na otwartym powietrzu z jaknajszerszym uwzględnieniem wychowania fizycznego.

12) Dla walki z gruźlicą niezbędnym jest zaspokojenie głodu mieszkaniowego przez budowę nowych domów z uwzględnieniem wymagań higienicznych.

13) Wszystkie Tow. Przeciwgruźlicze w Polsce powinny zjednoczyć się i prowadzić wzmożoną propagandę przeciwgruźliczą według jednego planu.

14) Wobec szerzącego się używania alkoholu wśród dzieci, co w znacznej mierze sprzyja rozwojowi gruźlicy, Zjazd zwraca uwagę na ważność walki z alkoholizmem.

15) Wobec ciągłego pogarszania się warunków higienicznych mieszkań, jednej z głównych przyczyn szerzącej się gruźlicy, Zjazd wypowiada się za podniesieniem czynszu mieszkaniowego z warunkiem polepszenia stanu higienicznego mieszkań.

16) Wobec znacznego wzmożenia się w ostatnich czasach gruźlicy wśród młodzieży szkolnej, czemu sprzyjają opłakane warunki sanitarno-higieniczne szkół, a przedewszystkiem przeciążenie naukami, Zjazd zwraca się do Min. W. R. i O. P. o rewizję programu szkolnego z punktu widzenia higieny, wobec zaś zamierzonego skrócenia wakacji letnich do 6 tygodni Zjazd kategorycznie wypowiada się przeciwko temu zamierzeniu, które niewątpliwie spotęguje szerzenie się gruźlicy wśród uczącej się młodzieży.

Chcąc wyjaśnić, jakie dane i materiały posiada Ministerstwo Zdrowia Publicznego w sprawie zwalczania gruźlicy w obecnej chwili, zwróciliśmy się do Min. Zdr. Publ. i dzięki uprzejmości D-ra med. W. Miklaszewskiego, obecnego referenta tej sprawy w M. Z. P., podajemy je poniżej.

Dane te dotyczą akcji przeciwgruźliczej w Państwie Polskiem na dz. 1 stycznia 1924 r.

Akcja społeczna ześrodkowana jest w 15 Towarzystwach prze-

ciwgruźliczych (2 w Warszawie, 2 w Siedlcach, po 1-mu — w Łodzi, Piotrkowie, Płocku, Kaliszu, Lublinie, Olkuszu, Hrubieszowie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Cieszynie). Przychodni czynnych istnieje 41; udzieliły one w 1923 r. ogółem 26,872 porad, w tem dzieciom 16,282 i posiadały 27 wykwalifikowanych wywiadowczyń, które zajmowały się 7801 choremi w domu. Sanatorjów było w 1923 r. ogółem 13, posiadających 1354 łóżek, a mianowicie: w Rudce — 1 san., 60 łóżek, w Otwocku 3 sanatorja (Magistratu m. st. Warszawy — 90; dla dzieci i młodzieży — 75 i D-ra Przygody — 30) — 190 łóżek; Kaźmierzówka (Lublin) — 40 ł.; Zakopane — 6 sanatorjów (im. doktorstwa Dłuskich — 120 ł., Czerwonego Krzyża — 170, Uniw. Jagiellońskiego — 100, Odrodzenie — 50, im. D-ra Hawranka — 24, Pomoc bratnia — 45) — 509 łóżek; Smukała, dla kobiet, pod Bydgoszczą — 300 ł., Kowanówek pod Obornikiem — 250 ł., początem w Chojnach (Łódź) — 80 ł., Hołosku — 70 ł., Rajczy — 116 ł. i Pustelniku — 120 ł., oraz dużo pensjonatów w Otwocku, Świdrze, Zakopanem i t. d. Nauczycielstwo założyło sanatorjum w Puszczy Marjańskiej (pod Skiermiczami), oraz projektuje się przez Rząd założenie sanatorjum pod Białymstokiem na 40—50 łóżek.

Chorych przebyło w sanatorjach w 1923 r. — 3269, wypisało się — 3117 osób, zmarło — 82; przeciętnie na 1 chorego wypadło 21,7 dni leczenia.

W szpitalach warszawskich ruch gruźliczych chorych przedstawia się w r. 1923, jak poniżej na str. 162.

Przytoczyliśmy ruch chorych gruźliczych, aby podkreślić, jak niewspółmierną jest ta pomoc, jeżeli korzystało ze szpitali miesięcznie 438 chorych obywateli m. st. Warszawy, a reszta chorych (w przybliżeniu dla roku 1922, kiedy śmiertelność wyrażała się 2488, a więc $(2488 \times 6) = 14958$) musiała pozostawać w otoczeniu innych, w warunkach nieodpowiednich, bez właściwej pomocy, tembardziej, że rekrutują się oni przeważnie z ludności zamieszkałej na przedmieściach, z klasy mało posiadającej.

Widzimy, że wysiłki społeczeństwa i Rządu były skierowane przeważnie ku ożywieniu ruchu przeciwgruźliczego w Polsce.

Spółeczeństwo stara się podtrzymać opiekę nad chorymi na gruźlicę czy to w przychodniach, czy w szpitalach, czyniąc wyłom w dotychczasowej praktyce, wydzielając łóżka dla takich chorych

w szpitalach ogólnych; urządza kwesty, uświadczenia ludność o istocie gruźlicy, jej niebezpieczeństwie, zapobieganiu od gruźlicy i walce z tą klęską społeczną — przez urządzenie odczytów, wystaw popularnych (2 w Warszawie w r. 1923 — na Pradze i na Woli), wydanie plakatów i odezw, oraz organizując kolonie letnie dla młodzieży szkolnej; ostatnio w Warszawie tworzy „Ligę szkolną przeciwgruźliczą” i inne.

Nazwa szpitala	Przeciętnie miesięcznie			
	Przybyło	Wypisano	Zmarło	Liczba dni leczenia na miejscu
1. Szpital Wolski	43,4	21	27,9	896,2
2. Szpital Ś-go Łazarza	11,8	13,2	0,1	779,4
3. Przem. Pańskiego	69	21	9	1200
4. Dzieciątka Jezus	198	107	10	6244
5. Ś-go Ducha	39,2	27,6	10	1124
6. w Mieni	12	11,6	1,1	790
7. Żydowski	62,7	52	9,2	1282,3
8. Żydowski dziecienny	2	1	0,75	43
Razem . .	438	254,4	68	12359
w stosunku rocznem wypadnie	5237	2953	186	148313

Rząd drogą ankiet, odezw, rozporządzeń, udzielaniem zapomóg i subwencji popierał, jak mógł, akcję przeciwgruźliczą w Państwie. Tak, **ostatnio** zostało wydane przez Min. Zdrowia Publicznego rozporządzenie w przedmiocie ochrony czystości powietrza z dn. 25.VII 1923 r. (Dziennik Ustaw Nr. 84/1923, p. 653). *)

*) Również został wydany zakaz plucia na podłogę, a tylko do spluwaczki na zasadzie art. 25 Ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych z dn. 25.VII.1919.

(Autor).

Minist. Zdr. Publ., obecnie Generalna Dyrekcja Służby zdrowia Min. Spr. Wewn. wysuwa na najbliższy okres zebranie dokładnych danych (ewidencja) o stanie gruźlicy, o zarządzeniach zapobiegawczych i pouczenie ludności o szerzeniu się gruźlicy. Będą wydane zarządzenia o ochronie (i odkażeniu od gruźlicy) gleby, wód i powietrza w stacjach klimatycznych i miejscowościach o charakterze użyteczności publicznej, rozporządzenie o ochronie gleby i wód w osiedlach ludzkich. Opracowywany jest nowy projekt ustawy przeciwgruźliczej, określający obowiązki Rządu, samorządów i społeczeństwa w przedmiocie walki z gruźlicą z sankcjami karnymi za wykroczenia w stosunku do tej choroby *).

Również samorzady miejskie zaczynają wykazywać większe zainteresowanie walką z gruźlicą. Tak np. Wydział Zdrowia Publicznego Magistratu m. st. Warszawy dąży do skoordynowania całej akcji przeciwgruźliczej w stolicy: 1) prowadzone są pertraktacje w sprawie przejścia przez Tow. Przeciwgruźlicze akcji walki z gruźlicą z ramienia miasta; 2) została zawarta umowa pomiędzy Warszawskiem Tow. Przeciwgruźliczem a Zarządem Kasy Chorych m. st. Warszawy, na zasadzie której Tow. Przeciwgruźlicze bierze na siebie obowiązek leczenia wszystkich członków kasy chorych i ich rodzin, cierpiących na gruźlicę płuc, względnie roztoczy opiekę nad tymi chorymi i będzie prowadzić konieczną akcję zapobiegawczą.

Na podstawie powyższego musimy jednak stwierdzić, że organizacja walki z gruźlicą w Polsce wymaga jeszcze wielu wysiłków całego społeczeństwa, aby mogła stanąć na wysokości zadania w stosunku do istotnego stanu rzeczy, a, co najważniejsze, wymaga odpowiednich środków finansowych. Dość powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia Publicznego w budżecie swym miało na walkę z gruźlicą: w r. 1922 — 30 milionów, w r. 1923 — 85 milionów mar. pol., a na r. 1924 zostało preliminowane 15.000 złotych polskich; należy więc jeszcze raz podkreślić, że te sumy w żadnym stosunku nie odpowiadają potrzebom, jakie nam stawia gruźlica, tak strasznie szerząca się wśród naszego narodu.

Nieodzownym wprost postulatem niniejszej pracy jest, aby całe społeczeństwo polskie w zrozumieniu doniosłości zagadnienia zwal-

*) Informacje, łaskawie udzielone przez D-ra W. Miklaszewskiego. (Autor).

czania gruźlicy w Polsce wyteżyło swe siły i przystąpiło planowo do walki z tą klęską społeczną.

Prof. Emile Duclaux, uczeń Pasteura, wypowiedział zdanie, że historia walki z gruźlicą w społeczeństwach dowodzi o istnieniu 3 okresów tej walki: pierwszy, kiedy przed tą chorobą ludową społeczeństwa zamykają oczy i nie chcą o niej słuchać, a w tym czasie choroba się szerzy, drugi — zaczynają zwracać uwagę, widzą z przerażeniem, jakie spustoszenia wśród ludności cierpienie wywołuje, oraz trzeci okres, kiedy przystępują do walki z tą chorobą ludową, z początku nerwowo i bez planu, następnie coraz to systematyczniej i planowo, uwzględniając wymagania i wskazania nauki.

Prof. Duclaux uważa, że dla Francji nastąpił II okres; sądzimy, że Polska nie wyszła jeszcze całkiem z I okresu, ale jest już na granicy II, i życzymy Jej, aby jaknajprędzej w ten drugi okres świadomości wstąpiła.

Dr. Med. Wincenty Bogucki
Prezes Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego.

Śmiertelność z powodu gruźlicy w Warszawie w okresie od 1918 do 1922 roku.

Gruźlica, najstraszniejsza z chorób ze względu na olbrzymie rozpowszechnienie, oraz na ilość ofiar, jakie pochłania, oddawna zajmuje pierwsze miejsce w patologji ludzkiej.

W Polsce, podobnie jak i w innych krajach Zachodniej Europy, które dotknęła pożoga wojny, gruźlica znalazła nadzwyczaj podatny grunt wśród ludności wskutek zmniejszonej odporności, wynikającej z opłakanych warunków sanitarnych i mieszkaniowych, złęgo odżywiania się i rosnącej nędzy.

Nic więc dziwnego, że w czasie wielkiej wojny gruźlica zbierała obfite żniwo i ilość zgonów na gruźlicę w tym okresie znacznie się zwiększyła.

Gruźlica stała się biczem całego świata i sprawa walki z nią po-

winna stać się zadaniem ogólnonarodowym. Nietylko Rząd i Samorządy, lecz całe społeczeństwo powinno zjednoczyć swe siły moralne i materialne oraz rozpocząć planową intensywną akcję w kierunku zwalczania tej wielkiej plagi społecznej. W Ameryce i Zachodniej Europie dawno już zrozumiiano, jak doniosłe znaczenie w życiu państwowem ma walka z gruźlicą; zrozumiiano tam, że racjonalna organizacja walki z gruźlicą daje jaknajlepsze wyniki w zaoszczędzeniu zdrowia i życia ludzkiego. Tak np. w Niemczech walka z gruźlicą była rozpoczęta w 1889 r. i w ciągu lat 23 dała nadzwyczaj pomysłne rezultaty: śmiertelność z gruźlicy obniżyła się z 31 do 15,3 (r. 1913) na 10 tys. ludności. Ale Niemcy nie skąpili znacznych środków na organizację tej walki: w Niemczech funkcjonuje 2000 przychodni przeciwgruźliczych, 170 sanatorjów na 17 tys. łózek, prócz tego przeznaczono w szpitalach 9500 łózek dla dzieci i 9000 łózek dla dorosłych.

Analogiczna akcja przeciw gruźlicy w Anglii spowodowała zniżkę odsetka śmiertelności z gruźlicy do 13,4 na 10 tys. ludności, toż samo widzimy we Włoszech i Belgji.

Smutna przyszłość zagroziłaby narodowi polskiemu, gdybyśmy przez zaniedbanie tej sprawy nie potrafili sprowadzić odsetka śmiertelności na gruźlicę do minimum i tem zaoszczędzić życie i zdrowie naszych obywateli.

Podstawą walki z gruźlicą, jako z chorobą zakaźną, powinny być: ochrona ludności zdrowej od zarażenia drogą izolacji chorych, odkażanie ich wydzielin i przedmiotów, z którymi mieli bezpośrednią styczność, wczesne rozpoznanie istoty choroby, polepszenie warunków mieszkaniowych i opieka nad osobnikami, zagrożonymi tą chorobą.

Szczególna uwaga powinna być zwrócona na dzieci, które są bardzo wrażliwe na prątki gruźlicze. Kiedy w r. 1916 sekcja pomocy dla inteligencji w Warszawie wysyłała dzieci na wieś, przekonano się, że większość, bo aż 75% dotknięta była suchotami płucnymi. *)

Nic więc dziwnego, że w Warszawie umiera na gruźlicę znacznie więcej osób, niż na wszystkie ostre choroby zakaźne razem wzięte. I w okresie ostatniego pięciolecia gruźlica zajmowała naczelne miejsce wśród wszystkich innych chorób; zarówno w latach wojny,

*) Dr. Wł. Chodecki: „Jak uchować dziecko swoje od suchot płucnych”.

jak i w latach pokoju pochłonęła ona w Warszawie najwięcej zgonów.

W latach 1918-1919 gruźlica spowodowała czwartą część wszystkich zgonów w obrębie m. st. Warszawy: w r. 1918 ogólna śmiertelność wynosiła 322,7 na 10 tys. mieszkańców, a śmiertelność z gruźlicy — 78,38 na 10 tys. mieszk., w r. 1919 ogólna śmiertelność 230,0 na 10 tys. mieszk., a śmiertelność z gruźlicy—59,32 na 10 tys. mieszk. W latach 1920, 1921 i 1922 gruźlica spowodowała szóstą część wszystkich zgonów.

W zestawieniu z okresem poprzedniego pięciolecia musimy zwrócić uwagę na r. 1917, w którym gruźlica zabrała 8158 ofiar, co stanowi 97,4 na 10 tys. mieszkańców i 23,54% ogólnej liczby zmarłych oraz na r. 1916, w którym zmarło na gruźlicę 4687, co stanowi 40,98 na 10 tys. i 25,32% ogólnej liczby zmarłych.

W r. 1920 zmarło na gruźlicę 3182, co stanowi 33,66 na 10 tys. mieszkańców przy ogólnej liczbie zmarłych 19066, co stanowi 201,7 na 10 tys. mieszkańców, w r. 1921 zmarło na gruźlicę 2373, co wynosi 25,11 na 10 tys. mieszk. przy ogólnej liczbie zmarłych 14.126 czyli 149,5 na 10 tys. mieszkańców, w roku zaś 1922 na gruźlicę zmarło 2488 czyli 26,02 na 10 tys. przy ogólnej liczbie zmarłych 14.609 co wynosi 152,7 na 10 tys. mieszkańców.

Ten spadek śmiertelności gruźliczej był w przeważnej mierze następstwem selekcji naturalnej — wymarcia w latach 1917—1918 tych osób dotkniętych gruźlicą, które w normalnych warunkach powiększyłyby sobą liczbę zmarłych o rok lub parę lat później. *)

Nie ulega wątpliwości, iż do zmniejszenia się śmiertelności gruźliczej znacznie się przyczyniło polepszenie materialnego dobrobytu i odżywianie ludności, jak również bardziej spokojne warunki pracy z przejściem z okresu wojny do okresu pokoju.

Zasługuje na uwagę podział zmarłych na gruźlicę według policyjnych okręgów miasta; jak widzimy z poniżej podanej tablicy największą śmiertelność gruźliczą wykazują okręgi podmiejskie (od XVI do XXVI) pozbawione odpowiednich urządzeń sanitarnych, odznaczające się mniejszą kulturalnością mieszkańców i zamieszkaniem w przeludnionych lokalach jednoizbowych.

*) Rocznik Statystyczny m. st. Warszawy (1918—1920).

Z powyższej tablicy widzimy, jak znaczną jest różnica śmiertelności gruźliczej w okręgach śródmiejskich i w okręgach podmiejskich razem wziętych.

Według okręgów zmarło na gruźlicę na 10.000 mieszkańców:

	r. 1918	r. 1919	r. 1920	r. 1921	r. 1922
I	85,4	65,4	36,7	27,5	27,0
II	87,5	72,2	38,4	25,8	28,7
III	75,0	55,8	30,2	22,2	20,1
IV	31,5	29,5	20,6	15,7	10,4
V	63,6	54,4	30,6	17,2	19,0
VI	92,5	70,9	34,7	31,8	32,6
VII	98,6	68,4	40,2	28,1	25,5
VIII	73,7	42,2	24,1	16,5	14,2
IX	91,3	59,7	37,4	21,2	27,5
X	69,0	62,4	32,8	21,3	20,7
XI	70,5	53,5	42,4	19,5	27,9
XII	61,8	37,6	21,5	21,0	13,3
XIII	78,1	47,7	32,3	19,5	20,4
XIV	91,3	83,4	40,8	29,3	36,2
XV	89,2	76,9	41,2	27,2	29,9
	76,3	57,9	33,6	22,9	23,6
XVI	115,3	63,1	36,3	26,0	34,6
XVII	101,4	76,5	35,7	39,9	47,0
XVIII	78,7	90,1	53,7	29,5	36,2
XIX	128,9	97,4	52,4	44,9	52,4
XX	108,1	89,6			
XXI	113,1	60,4	33,8	35,5	34,6
XXII	92,1	80,2	44,5	36,2	35,1
XXIII	68,8	67,9	31,5	31,0	32,0
XXIV	91,7	72,6	37,0	34,0	40,4
XXV	98,4	77,9	43,3	36,9	34,2
XXVI	54,2	21,9	10,9	30,1	31,3
	93,5	70,2	36,7	31,3	34,3

Brak mieszkań pociąga za sobą znaczne skupienie rodzin, złe warunki zdrowotne, sprzyja szerzeniu się wszelkiego rodzaju chorób zakaźnych, a w szczególności gruźlicy.

Doczory sanitarne niejednokrotnie stwierdziły, że w jednej izbie zamieszkują często 2-3 rodziny i w tak przeludnionem pomieszczeniu często znajdowały chorych zakaźnych i chorych na otwartą gru-

zlicę. Naturalnie, w okręgach najbardziej zaludnionych (w stosunku do jednej izby) szczególnie na krańcach miasta, gdzie oprócz tego niema wodociągów i kanalizacji, śmiertelność nie tylko gruźlicza, ale i ogólna jest znacznie większa, niż w okręgach środkowych. Tak więc w okręgach śródmieścia ogólna śmiertelność wynosiła w r. 1922 od 10 do 13 na tysiąc mieszkańców, a w okręgach podmiejskich śmiertelność ogólna jest bardzo wysoka, sięga bowiem 18—20 na tysiąc. To samo widzimy i w szerzeniu się gruźlicy; w okręgach centralnych śmiertelność z gruźlicy wynosi od 10—30 na 10 tys. mieszk., a w okręgach podmiejskich od 31 do 52 na 10 tys. mieszk. Naogół więc dzielnice zaludnione przez ludność pracującą, dzielnice fabryczne, dają większy odsetek zachorowań na gruźlicę.

Ciekawy jest stosunek lokali jednoizbowych do ogólnej liczby lokali z uwzględnieniem ich zaludnienia w 5 okręgach śródmiejskich i tyłuż okręgach na krańcach miasta *).

	Liczba lokali		Mieszkańców	
	Ogólna	1 — izbowych	Ogólna liczba	w lok. 1 — izb.
I	8663	3454	36335	11266
III	7938	1070	48345	4366
IV	14488	5243	73746	19683
V	11925	4984	62737	20480
VII	15896	5492	76532	22378
XV	7384	3262	34930	12277
XVI	5011	2930	21873	10898
XVII	1157	522	5095	1919
XXII	4379	3042	18184	11536
XXIII	3505	2540	15443	10348

Z powyższej tablicy widzimy, że nawet w śródmieściu odsetek lokali jednoizbowych wynosi do 30% ogólnej liczby lokali w każdym z poszczególnych okręgów i zaludnienie tych jednoizbowych lokali w śródmieściu jest 1½ raza większe, niż w lokalach dwuizbowych, 2 razy większe, niż w lokalach 2—3 izb., 3 razy większe, niż w lokalach 4-izbowych. W okręgach zaś podmiejskich odsetek lokali jednoizbowych wynosi 50—60% ogólnej liczby lokali; na przedmieściach lokale jednoizbowe są jeszcze bardziej przeludnione.

*) Rocznik Statystyczny Zarządu m. st. Warszawy.

Według danych M. Ciemnińskiego, b. kierownika Wydz. Stat. Magistratu m. st. Warszawy, natężenie śmiertelności z powodu gruźlicy płuc w czasie normalnym było wśród ludności męskiej o 35%o wyższe, niż wśród ludności żeńskiej. Ta ostatnia liczba w czasie wojennym wzrosła do 41%o.

Podział zmarłych na gruźlicę płuc podług wieku przedstawiony jest w następującej tablicy: *)

Wiek lat	Lata przedwojenne (1909 — 1914)						Lata wojenne (1915 — 1918)					
	Mężcz.	%	Kobiet	%	Ogółem	%	Mężcz.	%	Kobiet	%	Ogółem	%
0 —1	168	2,8	137	3,0	305	2,9	154	1,7	125	1,5	279	1,6
1 —5	431	7,1	428	9,3	859	8,0	1135	12,3	985	11,5	2120	11,9
5 —10	13	2,1	204	4,4	334	3,1	603	6,6	749	8,7	1352	7,6
10 —20	564	9,2	718	15,6	1282	12,0	1133	12,3	1619	18,3	2752	15,5
20 —30	1187	19,5	1075	23,3	2262	21,1	1521	16,5	1622	18,9	3143	17,7
30 —40	990	16,2	713	15,5	1703	15,9	1055	11,5	1148	13,4	2203	12,4
40 —50	1113	18,2	562	12,2	1675	15,6	1377	14,5	890	10,4	2267	12,5
50 —60	955	15,7	363	7,9	1318	12,3	1397	15,2	733	8,5	2130	12,0
60 —70	435	7,2	278	6,0	716	6,7	698	7,6	465	5,4	1164	6,5
wyżej 70	126	2,1	129	2,8	255	2,4	166	1,8	257	2,9	423	2,3
	6102	100	4507	100	10709	100	9199	100	8589	100	17788	100

Z powyższej tablicy widzimy, że w obu okresach i wśród obu płci najmniej zmarłych na gruźlicę płuc było z pomiędzy dzieci do roku życia i z pomiędzy starców powyżej lat 70. Największy odsetek zmarłych na gruźlicę płuc dostarczył wiek najbardziej produkcyjnej pracy (od 20 do 60 lat), szczególnie zaś wśród ludności męskiej będącej w sile wieku.

Należy przyjąć pod uwagę również fakt większej odporności żydów wobec gruźlicy, na którą umiera ich znacznie mniej, niż chrześcijan. Tak zmarło na 10 tys. ludności:

*) M. Ciemniński. Śmiertelność z powodu gruźlicy płuc w Warszawie w ostatnich dziesiątkach lat.

	CHRZEŚCJAN			Ż Y D Ó W		
	Ob. płci	mężcz.	kobiet	Ob. płci	mężcz.	kobiet
w r. 1918	98,2	114,5	87,0	51,1	58,7	45,0
w r. 1919	76,0	82,8	70,6	32,6	38,1	27,8
w r. 1920	40,2	44,8	36,7	22,2	28,2	17,1

Na podstawie powyższych danych przychodzimy do następujących wniosków: 1) iż gruźlica, niedostatecznie oceniana u nas jako klęska społeczna, zwiększa niezmiernie wzrost śmiertelności wśród mieszkańców naszej stolicy, 2) że jest ona tem dotkliwszą plagą społeczną, iż pochłania najwięcej ofiar wśród jednostek w wieku pracy produkcyjnej, 3) że przy wyleżonej akcji Zarządu m. st. Warszawy, Kasy chorych i całego społeczeństwa można w prędkim czasie dojść do znacznej pod tym względem poprawy, co miałoby olbrzymie znaczenie dla sprawy zdrowotnej w stolicy oraz dla polepszenia dobrobytu materialnego jej ludności.

Powyższe względy powinny pobudzić Zarząd m. st. Warszawy i całe społeczeństwo do planowej akcji w walce z gruźlicą i do energicznego popierania instytucji społecznych, mających na celu walkę z gruźlicą.

PIŚMIENICTWO.

„La Revue Belge de la Tuberculose”. Pismo to, które przed wojną wychodziło przez 14 lat i było ośrodkiem pracy nad gruźlicą w Belgji, po długich latach wojennych i powojennych ponownie zjawilo się w styczniu r. b. Jest ono organem Belgijskiej Ligi narodowej przeciwgruźliczej i postawilo sobie za zadanie „stworzyć łączność niezbędną między higienistami, lekarzami i socjologami”.

W pierwszym numerze tej nowej serii „Revue Belge” spotykamy jedynie obszerną pracę d-ra Delhaye o znaczeniu prognostycznym badań pracownianych w gruźlicy płucnej. Autor rozpatruje tu kolejno badanie płwociny na bakterje gruźlicze ze zwróceniem specjalnej uwagi na ich liczbę i postaci; odczyn białkowy, fagocytozę płwociny, cytologję płwociny, formułę Arnethowską w płwocinie; odczyn nadmanganowy moczu (Weiss); osadzanie się czerwonek ciałek krwi (Fahrens); wzór krwi pełny, specjalnie zaś wzór leukocytowy; formułę Arnethowską krwi. Znaczenie prognostyczne nadaje autor jedynie odczynowi białkowemu, odczynowi sedymentacyjnemu i częściowo odczynowi Weissa.

Praca d-ra Delhaye zawiera szczegółowy opis techniki każdej z rozpatrywanych metod laboratoryjnych, bibliografię oraz liczne zestawienia własnych spostrzeżeń, ułożone w szereg tablic.

R.

K. Siegfried. Jak długo może trwać gruźlica płuc? (Zeitschr. für Tuberculose, T. 38, zes. 4).

Cornet podaje, że gruźlica może trwać 2—3 lat, Dettweiler twierdzi, że może trwać 7 lat. Autor na większym materiale urzędu zaopatrzenia w Poczdamie starał się jeszcze raz wyjaśnić tę sprawę.

W urzędzie zaopatrzenia w Poczdamie zbadal autor 400 aktów chorych na gruźlicę płuc. Z tych 400 chorych zmarła prawie połowa (46^o/₁₀₀) po 2³/₄ latach choroby. Zupełnie wyleczonych, t. j. zdolnych do pracy, było 49^o/₁₀₀ (dla przypadków powojennych 6 lat obserwacji, dla przypadków przedwojennych — 22 lat obserwacji).

Inwalidami, niezdolnymi do pracy, pozostało 5^o/₁₀₀ po 7-letniej obserwacji. A zatem, według wywodów autora, prawie połowa mężczyzn z klasy robotniczej ginie po 2 latach trwania gruźlicy. Druga połowa ulega wyzdrowieniu i jest zdolna do pracy. Uważać za napewno uleczonych ze stanowiska klinicznego należy tych chorych, którzy nie wykazują żadnych objawów klinicznych po 8 roku od zachorowania

Z. Szcz.

Kazimierz Bross. O gruźlicy gruczołów limfatycznych pachy w związku z gruźlicą płuc. (Nowiny Lekarskie, XXXV, 1923, str. 440—446).

W 8 przypadkach sekcyjnych gruźlicy płuc, w których istniały zrosty oplucnowe, autor badał drobnowidowo gruczoły limfatyczne pachy i stwierdził w nich w jednym przypadku świeże zmiany gruźlicze, w trzech przypadkach pylicę węglową. Inne zmiany, jak zanik tkanki limfatycznej, zastąpionej często przez tkankę tłuszczową i łączną, oraz rozrost tkanki łącznej są zapewne zmianami starzemi, spotykanymi w wielu przypadkach. Natomiast ogniska zbitej tkanki łącznej, włóknistej, ogniska bliznowate, postaci najczęściej okrągłej, obficie unaczynione i leżące wśród tkanki limfatycznej uważa autor za zejście sprawy gruźliczej. Że w tych gruczołach kiedyś toczyła się sprawa gruźlicza, za tem przemawia również zwyrodnienie szkliste ścian naczyń, tkanki łącznej i układu siateczkowego, a więc zmiany, najczęściej spotykane w gruźlicy.

Ponieważ w przypadkach powyższych w zakresie krążenia gruczołów limfatycznych pachy (górna kończyna, sutek, zewnętrzna strona klatki piersiowej) nie było zmian gruźliczych, poza to brak było wszelkich śladów tatuowania, nie istniała ogólna gruźlica prosówkowata, nie było pęknięcia pyliczego gruczołu wędki do naczyń krwionośnych, autor sądzi, że zakażenie prątkami gruźlicy i przerzucenie pylicy węglowej z płuca do gruczołów limfatycznych pachy nastąpiło za pośrednictwem nowowytworzonych dróg limfatycznych w zrostach oplucnowych. Na podstawie wyników badań własnych oraz badań Pryma i Piekhana autor uważa znaczenie kliniczne obrzmienia gruczołów limfatycznych pachy w przypadkach gruźlicy płuc, opisanego przez Ferneta i Wietinga, i wnioskuje:

1. Gruźlica gruczołów limfatycznych pachy może mieć punkt wyjścia w płucu, skąd przechodzi drogą nowopowstałych naczyń limfatycznych w zrostach oplucnowych.

2. Gruźlica gruczołów limfatycznych pachy po wykluczeniu innej możliwości ich zakażenia powinna skierować podejrzenie klinicysty na ukrytą gruźlicę płuc.

Autoreferat.

Instytut dla badania gruźlicy oraz fizjologicznego wpływu klimatu górskiego w Davos (Institut für Hochgebirgs — Physiologie und Tuberkuloseforschung in Davos).

Instytut ten został ufundowany staraniem Szwajcarskiego Towarzystwa przyrodniczego, Szwajcarskiego Towarzystwa dla Balneologii i Klimatologii, Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża oraz Stowarzyszeń lekarzy różnych Kantonów. Zarząd Instytutu składa się z 9 członków, z których 5 lekarzy i 4 przyrodników pod przewodnictwem prof. A. Loewy, kierującego równocześnie działem fizjologicznym. Oprócz tego pomaga w pracach Rada naukowa, składająca się z profesorów Uniwersytetów Szwajcarskich.

Instytut obejmuje dział bakterjologiczno-patologiczny i dział fizjologiczny. Już obecnie urządzono 20 sal, przeznaczonych do badań specjalnych nad przemianą materji, krwi i t. d., ponadto są pomieszczenia do naświetlań, mikrofotografji, badań doświadczalnych oraz biblioteki.

Dopuszczeni do pracy w Instytucie są kandydaci, przedstawieni przez Radę Naukową, przede wszystkim narodowości szwajcarskiej, ponadto są jednak dopuszczeni i cudzoziemcy, a dla kandydatów pochodzących z krajów o niskiej walucie będzie nawet przeznaczonych kilka miejsc bezpłatnych z bezpłatnem utrzymaniem.

TREŚĆ: Program III (jubileuszowego) Zjazdu Higienistów Polskich. *Dr. med. Wincenty Bogucki*: Stan zdrowotny m. st. Warszawy. *Doc. Dr. Kazimierz Bocheński*: Neomaltuzjanizm i sztuczne przerwanie ciąży jako zagadnienia społeczne. *Doc. Dr. Tomasz Janiszewski*: Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce w 1922-23. *Dr. Jan Adamski*: Służba Zdrowia Publicznego w Belgji. Krakowskie Towarzystwo Higieniczne.

Walka z gruźlicą. *Dr. Kaz. Dąbrowski*: Ś. p. Prof. Dr. med. Alfred Sokółowski. *Dr. med. Wacław Gawłowski*: Dotychczasowa organizacja i plan walki z gruźlicą w Polsce. *Dr. Med. Wincenty Bogucki*: Śmiertelność z powodu gruźlicy w Warszawie, w okresie od 1918 do 1922 roku. Piśmiennictwo.

SOMMAIRE: III Congrès des Hygiénistes. *Prof. agr. Dr. Kazimierz Bocheński*: Le Néomalthusianisme. *Dr. Jan Adamski*: Le Service de la Santé Publique en Belgique. *Prof. agr. Dr. Tomasz Janiszewski*: Éducation d'Hygiène aux Écoles supérieures en Pologne en 1922-23. *Dr. W. Bogucki*: L'état sanitaire de la ville de Varsovie.

La lutte contre la Tuberculose. *Dr. K. Dąbrowski*: Prof. Dr. Alfred Sokółowski. *Dr. W. Gawłowski*: L'organisation de la lutte contre la tuberculose en Pologne. *Dr. W. Bogucki*: La mortalité de la tuberculose à Varsovie entre l'année 1918—1922. Périodiques.

Redaktor: **Dr. med. Stefan Sterling-Okuniewski**, Marszałkowska 41.
Wydawca: Mr. Farm. **F. Herod**, Długa 16, tel. 191-60. Konto czek. P. K. O. 947

Druk. R. Olesiński, W. Merkel i S-ka, Warszawa, Chłodna 37.

80040

KARPOSAL

Sól owocowa

Środek łagodny przeciw zaburzeniom wątroby, atakom żółciowym, bólom i zawrotom głowy, zaparciu, wyrzutom skórnym, bezsenności, zatruciu reumatycznemu i artretycznemu.

Tow. Akc.

„Fr. KARPIŃSKI“

w Warszawie.

Przy **BRONCHICIE** chronicznym, Grypie, Gruźlicy, Uporczywym i zaniedbanym **KASZLU**, Astmie.
Łyżka stołowa rano, w południe i wieczorem daje
doskonale wyniki

„SIROP FAMEL“

Uspakaja gwałtowne wybuchy kaszlu, ułatwia wydzielanie śluzu i wpływa doskonale na ogólny stan zdrowia.

P. Famel 16-22 rue des Orteaux Paris.

Skład główny na Polskę Tow. Akc.

„Fr. KARPIŃSKI“ w Warszawie

ul. Elektoralna Nr. 35.

WPP. Lekarzom wysyłamy próby i literaturę bezpłatnie.

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS i SYN

SPÓŁKA AKCYJNA

w Warszawie, ul. Daniłowiczowska № 16.

polecają wyrabiane we własnej fabryce:

<p>Novarsenobenzol Billon Sól sodowa dwu-oksyo- dnu-amino-arsenoben- zol-metylen - sulfoksy- latu.</p>	<p>Stosowany przy: kile, du- rze powrotnym, Angina, Vincenti, zimnicy.</p>	<p>Wlewania dożylnie roz- czynu z wodą desty- lowaną, przyrządzane- go w momencie wle- wania. Ampułki za- płacone w dawkach: 0,15 g - 0,3 g - 0,45 g - 0,6 g - 0,75 g - 0,9 g - 1,5 g - 3,0 g. i 4,5 g.</p>
<p>Luatoł Inject. Sol. Natrio-kal. bismuto-tartaric.</p>	<p>Stosowany przy kile we wszystkich okresach i zakażeniach krę- gowych.</p>	<p>Głębokie domięśni- we zastrzyki zawar- tości 1 amp. powta- rzane co 2-3 dni, w ogólnej ilości 15-20 zastrzyków. Pudełko zawiera 10 amp. po 1 cm³.</p>
<p>Neo-Dmegoł Atoksyczna szczepion- ka przeciwgonokoko- wa, utrwalona fluork.</p>	<p>Stosowany przyrzeżącz- ce i wszyst- kich jej po- wikłaniach.</p>	<p>Zastrzyki domięśni- we lub podskórne za- wartości 1 amp., po- wtarzane co 2-3 dni Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm³.</p>
<p>Ēparseno Amino - arseno fenol. (preparat 132 D-ra Po- mareta).</p>	<p>Stosowany przy lecre- niu kily wzom- nian Novar- senobenzolu</p>	<p>Zastrzyki domięśni- we w amo. po 1 cm³. Pudełko zawiera 5 ampulek</p>