

ZDROWIE

Organ Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego

Prenumerata półroczna 5 złp.

Pojedynczy numer 90 gr.

MOTOFER = MOTOR

leczy blednicę, niedokrwistość, przywraca zdrowie po ostrych 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 krwi, nek. 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,
POSWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań).

Rzut oka na dzieje i znaczenie Towarzystwa Higjencznego.

Rzecz, wygłoszona na uroczystym posiedzeniu III Zjazdu (jubileuszowego) Hygienistów Polskich w Warszawie w dniu 8 czerwca 1924 r.

Jest w Krakowie, w domu lekarskim, znamienity i niezwykły witraż, przedstawiający naszego największego uczonego, astronoma, przyrodnika i lekarza, Mikołaja Kopernika, lecz nie tak, jak to czynić zwykli artyści; nie — twórca tego witrażu, Stanisław Wyspiański w natchnieniu go tworzył, w natchnieniu wśród największego napięcia patriotyzmu, więc potrafił dać przez swoje dzieło wspaniały symbol siły i światła. Otóż na planecie ziemskiej stoi Słowianin-siłacz, stoi mocno a niewzruszenie, prawą ręką potężnym ruchem puszcza w przestrzeń w śmiałych elipsach planety, a lewa — skreślona na sercu, które jest słońcem, rzucającem wokół promienie świetlane.

I ilekroć muszę myśleć — jak w tej chwili — o czynach czy dążeniach zespolów lekarskich, staje mi zawsze przed oczyma ten wspaniały symbol naszego największego badacza, przyrodnika i lekarza, bo zdaje mi się wówczas, że zawód lekarski, z takiego na wskroś charytatywnego podłoża wychodzący, słonecznemi jedynie kroczyć winien drogami, a roztaczać wokół siebie ciepło i światło! To też przybywając dziś do Was, jako przyjaciel, brat i dzielnicowy sąsiad, który nie był co prawda współdziałaczem Towarzystwa Higjencznego, lecz od samego początku jego istnienia pilnym

obserwatorem, pragnę bezstronnie te słoneczne rzuty Towarzystwa przypomnieć, nie mówiąc nic o cieniach, które, niestety, każde zrzeszenie ludzi i na słonecznej drodze życia wokół siebie rzucać musi.

Dawno już kiełkowała wśród lekarzy i obywateli- społeczników *W a r s z a w y* myśl poważnego zrzeszenia się około pracy dla higieny ogólnej ze względu na opłakany sanitarny stan kraju, lecz dopiero w marcu 1898 r. zatwierdzono ustawę *W a r s z a w s k i e g o T o w a r z y s t w a H i g i e n i c z n e g o*.

Jak wszystkie nasze instytucje społeczne i naukowe, wyrosłe w czasie naszej niewoli pod którymkolwiek bądź zaborem, wyrosłe z wewnętrznej potrzeby, z intuicji czy też akcji samoobronnej, zawsze szły w parze z wypadkami historii naszej politycznej i były niejednokrotnie odblaskiem opinii społeczeństwa, jego swoistej kultury i jego potrzeb, tak i Towarzystwo Higieniczne wykazało również, w całej pełni te cechy, przyczem jednak mimo zakrojenia głównie na teren byłej Kongresówki, promieniowało już oddawna, jako instytucja, pracująca w stolicy kraju (a *W a r s z a w a* nawet i w czasie niewoli naszej stolicą *P o l s k i* być nie przestała) dzięki swej naukowej powadze na całą Polskę.

Siła organizacyjna Towarzystwa okazała się już w piątym roku jego istnienia, gdy zaczęły powstawać poważne oddziały prowincjonalne, a mianowicie: *L u b e l s k i*, *C z ę s t o c h o w s k i*, *Ł ó d z k i*, *K a l i s k i*, a za nimi z biegiem czasu cały szereg innych, krystalizując w ten sposób myśl obywatelską we wspólnych usiłowaniach higienicznych.

Powstał zatem z konieczności kontakt centrali Towarzystwa z komunami prowincjonalnymi w kierunku zarządzeń sanitarnych, jak wodociągów, kanalizacji, budowy szpitali i t. p. rzeczy, kontakt, który sprawił, iż Towarzystwo Higieniczne stawało się z czasem instancją doradczą i rzeczoznawczą, a niejednokrotnie wśród różnicy zdań nawet rozstrzygającą.

Najpotężniejszą bodaj zasługą Towarzystwa Higienicznego jest niezwruszony fakt, iż pobudziło ono mnóstwo lekarzy do pracy, naukowo-społecznej, do pogłębienia wiedzy i poważniejszych badań i potrafiło do tej pracy nad higieną codziennego życia wciągnąć całe poważne zastępy inteligencji innych zawodów, zrozumiawszy doskonale, że higiena ogólna, raczej praca w niej, nie może się opierać wy-

łącznie na wiedzy i siłach lekarzy. Ta zdrowa myśl przewodnia sprawiła, że naprawdę szukać na świecie towarzystwa o takich swoich cechach współpracy obywatelskiej, jaką się widzi w tem Towarzystwie! A wynik tej współpracy na każdym kroku widoczny, że wspomnę tylko o możliwości wysyłania delegacji za granicę, by brać udział w zjazdach międzynarodowych higieny, lub też zwiedzać zagraniczne wystawy i urządzenia sanitarne i uczyć się od drugich dla siebie, a tem samem dla ogółu polskiego.

Wobec spodziewanego wprowadzenia samorządów miejskich w b. Królestwie (około r. 1912) Towarzystwo Higieniczne, ciesząc się wielką powagą nawet wobec rządu rosyjskiego, utworzyło specjalną delegację celem opracowania szeregu spraw, związanych z gospodarką miejską w zakresie zdrowotności, co znowu pośrednio oddziaływało na coraz to jaśniej okazującą się bujność życia w oddziałach Towarzystwa.

Niepodobna dziś silnie podkreślić na tem miejscu zasług Towarzystwa około popularyzowania i rozszerzania szczepienia ospy.

Otóż w tym właśnie względzie okazało się, jakie szkody ponieść musiał naród niewolny pod tak nieudolnymi administracyjnymi rządami, jakimi były rządy rosyjskie. Była ustawa — lecz jedynie na to, by ją obejść, by jej nie wykonywać. Podczas, gdy w Rzeszy Niemieckiej, którą jedynie pod względem administracyjnym stawiam za przykład, dosłownie, ani jedno dziecko w pierwszym i jedenastym roku życia nie uszło rejestracji policyjnej i nie uszło tem samem szczepieniu ochronnemu, podczas, gdy wobec tego były jedynie sporadyczne, po największej części przez sezonowych robotników z b. Kongresówki przenoszone zachorzenia na ospę, a my, lekarze polscy, kształceni na uniwersytetach niemieckich z tego powodu nie mieliśmy po największej części sposobności oglądania ospy podczas studjów, to pod zaborem Rosyjskim działało się przeciwnie. Można to było stwierdzić, przekraczając w którym bądź miejscu dawniejszą granicę rosyjsko-niemiecką, bo widziało się na terenie b. Kongresówki wśród dzieci i dorosłych bardzo dużo twarzy ospowatych, których się w dzisiejszej Zachodniej Polsce nie spostrzegąło nieomal wcale.

Otóż Tow. Hig. z mozolnym uporem starało się na każdym kroku, przy każdej sposobności, używając najrozmaitszych do tego sposobów, szczepienia ospy stosować i przyczyniło się, tak właśnie

postępując, do łagodzenia epidemji ospowych względnie do zapobiegania szerzeniu się tej choroby.

Towarzystwo Higjeniczne musiało pracować w pewnych wydziałach, mniejszych, czy większych, stosownie do potrzeby, i wyrażać się przez nie w swoich poczynaniach, zatrzymując jednakże w Radzie Towarzystwa swoją naczelną, kierowniczą i nadzorczą instancję.

Wspomnę poniżej o niektórych wydziałach, które wciagu ćwierćwiecza pozostawiły po sobie jasną smugę ożywczych czynności, tak bardzo cennych dla komentowania wewnętrznej siły społeczeństwa polskiego w czasie niewoli.

Idea Jordana, a mianowicie ujęcie wychowawczego wpływu na dzieci i młodzież w ramy wychowania fizycznego znalazła zastosowanie praktyczne we Warszawskich Ogrodach dziecięcych im. Raua, będących pod czujną i wyłączną opieką Tow. Higjen. Cel ich statutowy był taki: „Ogrody urządzają się dla dzieci płci obojga w wieku od lat 6 — 16 i mają na celu wyłącznie rozwój ich sił fizycznych“; lecz poza tem osiągały ogródki te w czasach naszej niewoli cel społeczny, bo pomagały zdrowo i narodowo wychowywać przyszłych obywateli! Co prawda słońce, powietrze i ruch były ich dewizą, lecz równocześnie podstawą naukową, na której rada pedagogiczna potrafiła zwolna, lecz stale ulepszać i rozszerzać sposoby dydaktyczne i wychowawcze. Urządzono więc trzy sezony zabaw: letni, jesienny i zimowy, dostosowując do nich zabawy i ćwiczenia, a mianowicie zabawy z posiłkiem, gimnastykę na świeżem powietrzu lub w hali gimnastycznej, przed laty już stworzono odrębne zastępy uczniowskie, terminatorские, pracownic igły, zabawy dla wszystkich, które stanowić zaczęły najwydatniejszy przejaw działalności instytucji, bo popularyzowały wychowanie fizyczne społeczeństwa; niemniej uwzględniano i zdrowy sport, wyodrębniając naukę pływania, kąpiele wiślane, wycieczki po Wiśle statkiem, ślizgawki.

Lecz, co najważniejsza, Rada Pedagogiczna T. W. wprowadziła do programu pracy w Ogródkach śpiew, jako ćwiczenie gimnastyczne, oraz wyborny środek wewnętrznego zjednoczenia zastępów z uwzględnieniem warunków fizjologicznych i higienicznych; był to czyn towarzystwa bardzo dodatni, podatny wręcz jakoby do plastycznego urabiania duszy polskiego dziecka, bo ta pieśń, w zastępach

karnie ćwiczona, szła, jak hasło w szeregi liczne dzieci i porywała i jednoczyła młode serca dziecięce.

Wnet też podzielono tereny ogrodowe celem podniesienia jakości i rozszerzenia programu wychowania fizycznego dzieci i młodzieży na ogrody „sportowe” i na „place do zabaw”, oraz opracowano naukowo program specjalny pracy.

Nic zatem dziwnego, że Ogrody mogły śmiało wziąć po raz pierwszy udział w międzynarodowym kongresie Higieny Szkolnej w Paryżu ku ogólnemu uznaniu członków-specjalistów Kongresu i pokazać światu, że Polska, jakkolwiek niewolna, żyje i działa samodzielnie w kierunku racjonalnego fizycznego wychowania młodzieży.

W latach wojny światowej Ogródki funkcjonowały może jeszcze ze wzmożoną siłą, jedynie na poszczególnych terenach ich, gdyż odłamki pękających granatów i bomb, oraz latające kule karabinowe wręcz bezpieczeństwu dzieci zagrażały, przerywano na czas niebezpieczeństwa zabawy.

Również w czasie wojny urządzano kursy przygotowawcze dla przyszłych wychowawców-gimnastyków, kierowników gier i zabaw i nauczycieli szkół miejskich, kursy, które niesłychanie silnie pchnęły naprzód pojęcie wychowania fizycznego i znaczenie jego dla narodu, tak, że pod tym względem staraliśmy się dorównać kroku organizacjom zachodu w tej sprawie nader ważnej, a to dzięki staraniom T. H.

To też logicznem wręcz następstwem tych czynności był fakt, że w r. 1918, gdy już administracja kraju była polską, Ogrody im. R a u a, jako względnie zabezpieczona materjalnie i na szerszą skalę pomyślana instytucja wychowania fizycznego młodzieży i dziatwy, w skoordynowanym wysiłku wszystkich instytucyj społecznych, jako jedna z pierwszych, wzięła udział. Treść tego udziału: to współpraca z Minist. W. R. i O. P., Minist. Zdrowia, z zarządem miasta Warszawy i innymi urzędami bądź to państwowemi, bądź też komunalnemi i społecznemi, w sprawie wychowania fizycznego w najszerszem tego słowa ujęciu.

Nie tylko ten dział Towarzystwa obejmował, raczej wyczerpywał opiekę nad dzieckiem, bo prawdziwą ozdobą czynnej pracy T. H. w kierunku, na Zachodzie nawet nieomal nieznanym, była czynna i stała opieka, nad Instytutem Higieny Dziecięcej imienia de L e n v a l a, bodaj jedyne w tym zakresie w Europie. Sta-

tutowo brzmiał cel tego instytutu, mniejwięcej tak: „Krzewienie pomiędzy dziećmi przyzwyczajania do czystości i innych warunków higienicznych w życiu przez okazywanie im pomocy w zakresie zdrowotności, a w szczególności przez dostarczanie im środków higienicznych, których zastosowanie w życiu domowym klasy niezamożnej bywa niemożliwem”. Lecz po za tem działalność instytutu była nad wyraz głęboką, poważną i wrzynającą się ostro a dodatkowo w bieg życia wychowawczego biednej ludności **W a r s z a w y**. Przecież w kraju, w którym władze żyły klamanym biurokratyzmem, a nie czynem, jakież znaczenie miały dla społeczeństwa te porady higieniczno-lekarskie z zakresu wszystkich dziedzin medycyny, a tem samem zapobieganie czynne wielu kalectwom dzieci, jak ślepotcie, krótkowzroczności, głuchocie, utracie uzębienia, skrzywieniom kręgosłupa; jak ważnym był dział przeciwgruźliczy, uświadamiający rodziców i wprowadzający czynną profilaktykę w rodziny polskie, jakież dodatnie znaczenie miały kąpiele dla czystości i lecznicze, gimnastyka lecznicza, wydawanie mleka pasteuryzowanego przez zakładanie „Kropki mleka” w różnych częściach miasta i ulepszanie coraz to większe techniki przygotowywania tegoż mleka.

A czyż wręcz błogosławioną nie była praca instytutu nad urządzaniem pogadanek z dziedziny higieny dla matek, pogadanek, popularyzujących żywym słowem wiedzę o chorobach zakaźnych i dziecięcych wśród najszerszych warstw społeczeństwa?

To też śmiało mógł Instytut uczestniczyć w wystawie: „Czystość to zdrowie”, urządzonej swego czasu w **W a r s z a w i e** staraniem niemiłej zasłużonego Towarzystwa Higieny Praktycznej im. **B o l e ś ł a w a P r u s a**.

Recz dziwna, że Instytut im. **d e L e n w a l a** nie znalazł wystarczającej finansowej pomocy ze strony społeczeństwa, że raczej istniał aż do czasu wyzwolenia naszego nieomal wyłącznie dzięki finansowemu poparciu **T. H.**; dopiero w ostatnich latach poparły go wydatnie władze państwowe i komunalne, dając mu swobodniejsze i szerokie pole działania ku ogólnemu społecznemu pożytkowi.

W r. 1906, a więc w okresie, w którym w kulturalnych państwach Europy zaczęto organizować walkę z rakiem, zaczęto szukać dróg pewnych a prowadzących do celu, powstał w **W a r s z a w i e** komitet do badania i zwalczania raka. Komitet ten, który musiał z

natury rzeczy gromadzić w swoim gronie i osoby z poza sfer lekarskich, a w zadaniach jego leżeć musiało dążenie do rozszerzania działalności na kraj cały, wnet przyłączono do Warsz. T. H., jako posiadającego odpowiednią do tych celów zarówno ustawę, jak i organizację. Komitet mimo to utrzymywał stałą, naukową łączność z Tow. Lekarskiem. Rozpoczęła się w nim działalność bardzo znamienna i intensywne, a więc — po raz pierwszy w Polsce — na szerszą skalę zbieranie danych statystycznych, podnieta do ogłaszania niejednokrotnie bardzo wartościowych prac specjalnych i prac o charakterze działań filantropijnych, a działo się to w czasie, w którym się rozpoczęła poważna praca filantropijna względem rakowatych we wszystkich krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Utworzono już wówczas, w przeciągu jednego roku, centralną organizację do zwalczania raka, która rozszerzać się miała i na polskie komitety Galicji Zachodniej i Wschodniej, Poznańskiego, Wileńskiego, Wołyńskiego i Ukrainy. Pozatem stworzono nie tylko podłoże dla pracy agitacyjnej i filantropijnej, lecz przygotowywano grunt pod skonstruowanie warsztatu dla pracy naukowej ogłaszaniem konkursów na prace naukowe, wydawaniem pism popularnych dla położnych — słowem to wszystko, co się dziś czyni dla zwalczania raka jest w wielkiej części konsekwencją długoletniej pracy Warsz. T. H.

Jakkolwiek rządy zaborcze właśnie w ostatnich 25 latach zajmować się musiały kwestją alkoholizmu, stającego się zwolna klęską społeczną, to jednakże wymagał naród polski, wtłoczony w obce organizmy państwowe, indywidualnego traktowania sprawy ze względu na swe odrębności i kulturalne i narodowe.

I nie przesadzę bynajmniej znaczenia i pracy wydziału przeciwalkoholowego T. H., jeżeli powiem, że stał się on pod wielu względami dla całej Polski i ostoją naukową i organizacyjną w walce z alkoholizmem. Znamienną i chwalebna jest rzeczą, że już przed dwoma przeszło dziesiątkami lat zaczęto tu, w Tow. Higienicznym, badać kwestję alkoholizmu z nowoczesnego na onczas punktu widzenia, mianowicie, ze stanowiska ustroju społecznego. Do końca bowiem XIX w. rozpatrywała większość higienistów kwestję tę z etycznego punktu widzenia i na czele środków zapobiegawczych w tej klęsce społecznej stawiała pracę kulturalną, szerzenie oświaty i pro-

pagandę wstrzeźliwości. Tymczasem znajdują się główne przyczyny alkoholizmu częściej poza jednostką — w ustroju społecznym. Z radością i dumą zaznaczyć wypada, że z pośród badaczy kwestji alkoholizmu z tego nowego punktu widzenia, na łamach organu Towarzystwa Higienicznego pokazały się pierwsze prace polskie, dające np. definicję i etiologję alkoholików konwencjonalnych, alkoholików, pozbawionych szerszych interesów społecznych, bezdomnych, zmęczonych życiem i pracą, pijących z choroby, degeneratów, dziedzicznie obciążonych, oraz prace, dające wyjaśnienie bliskiego stosunku między alkoholizmem i pauperyzmem.

(D. n.)

Dr. Leon Krzemicki.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Higienicznego we Lwowie.

Propaganda higieny w społeczeństwie*).

Kierując od paru lat akcją propagandy higieny w Polskiem Tow. Higienicznym we Lwowie, nabrałem pewnego doświadczenia w tym kierunku.

Wyniki tego doświadczenia pozwolę sobie zestawić w krótkości w następujących uwagach, prosząc jednocześnie Szanownych Panów o przyjęcie wysnutego z nich wniosku założenia przy Warszawskiem Tow. Higienicznym Centralnego Komitetu propagandy higieny.**)

I. Propaganda wśród rozmaitych warstw społeczeństwa.

Propaganda zasad higieny powinna obejmować najszerze warstwy społeczeństwa.

Propaganda wśród t. zw. „inteligencji“, wśród ludzi ze średnim,

*) Referat odczytany na III Zjeździe Higj. Polskich w Warszawie w zastępstwie autora przez prezesa P. T. Hig. we Lwowie, dr. Opińskiego.

**) Wniosek przyjęto jednogłośnie na Posiedzeniu Ogólnem.

a nawet i wyższem wykształceniem, jest niemniej ważna, jak propaganda wśród ludu i wśród sfer robotniczych.

Wśród inteligencji panują naogół do dnia dzisiejszego pod bardzo wielu względami pojęcia, zupełnie sprzeczne z zasadami higieny. Prostowanie tych błędnych pojęć jest nader ważne nie tylko ze względu na samą sferę inteligencji, ale — co ważniejsze — ze względu na olbrzymi wpływ, jaki sfera ta, często bezwiednie, wywiera na sfery o niższym poziomie kultury, ze względu na przykład, jaki tym ostatnim daje.

II. Środki propagandy.

Wszelkie środki propagandy muszą być zawsze dostosowane do poziomu wykształcenia tej sfery, dla której są w danym przypadku przeznaczone. Inaczej np. pisze się breszurki popularne dla ludzi ze średniem wykształceniem, inaczej dla ludu i t. p.

Do głównych środków propagandy należą:

1) Wykłady popularne. Środek pierwszorzędnej wartości. Nic nie zastąpi żywego słowa. Ale koniecznym jest przy tem warunek *sine qua non*: prelegent nie tylko musi znać dokładnie swój przedmiot, ale także posiadać dar słowa i — przede wszystkim dar popularyzowania.

2) Znakomitym środkiem pomocniczym dla prelektów są pokazazy, najlepiej w postaci przezroczy (obrazów świetlnych), rzucanych na ekran za pomocą dobrego aparatu projekcyjnego. Najlepiej nadają się do tego celu aparaty tak licznych dziś teatrów świetlnych, a sale ich mogą służyć zazwyczaj jako doskonałe sale wykładowe.

3) Przezrocza z odpowiedniami „przykazaniami higienicznymi”, najlepiej ujętymi w zwięzłe wierszyki, ewentualnie z dodatkami odpowiednich dobrych rycin, wyświetlane stale przed rozpoczęciem właściwego programu w teatrach świetlnych za pomocą transparentów ulicznych i t. p., mogą być doskonałym środkiem propagandy.

4) Przedstawienia kinematograficzne, jak to w postaci t. zw. „filmów naukowych”, wymagających zazwyczaj krótkiego objaśnienia (znowu przez dobrych, nie byle jakich prelegentów!), już to w postaci dramatów z umiejętnie wplecionymi w akcję tema-

tami higieniczno-społecznymi (walka z gruźlicą, z chorobami wenerycznymi, z alkoholizmem, z rakien).

5) Odpowiednio ilustrowane tablice, wywieszane na dworcach kolejowych, w lokalach stowarzyszeń, w czytelnich ludowych i t. p.

6) Odezwy do ludności, wywieszane na murach ulicznych, o ile są dobrze zredagowane (np. o konieczności natychmiastowego leczenia pierwszych objawów chorób wenerycznych).

7) Broszury popularne dla inteligencji i dla ludu.

8) Popularne artykuły w czasopiśmie, umiejętnie redagowane, zastosowane do poziomu wykształcenia czytelników danego organu.

9) Odpowiednie krótkie artykułiki, bajki i powiastki w t. zw. „Czytankach”, przeznaczonych dla szkół ludowych i wydzielonych.

III. Sposób propagandy za pomocą wymienionych środków.

1) Propaganda wśród inteligencji, zwłaszcza w miastach, nie przedstawia dla Towarzystw Higienicznych większych trudności (wykłady, artykuły, odezwy i t. p.).

2) Natomiast propaganda wśród ludu i wśród mas robotniczych musi oprzeć się o już istniejące towarzystwa kulturalno-oświatowe, rozporządzające odpowiednią organizacją (P. M. S., T. S. L., T. C. I., Stowarzyszenia robotnicze, Kasy chorych i t. p.).

3) Bezpartyjność polityczna propagandy higieny powinna być zasadą, jaknajściślej przestrzegana.

4) Propaganda w szkołach oprzeć się musi z natury rzeczy o władze szkolne, o kuratora Okręgów naukowych, które — jak doświadczenie uczy — nader chętnie korzystają z takiej pomocy.

5) Toż samo dotyczy propagandy higieny wśród wojska. I tu władze wojskowe z wdzięcznością skorzystają z pomocy, udzielonej im przez odpowiednio zorganizowane Komitety propagandy higieny.

IV. Scentralizowanie akcji propagandy higieny.

Większą część wymienionych wyżej środków propagandy starały się i starają się wprowadzić u nas w życie towarzystwa higieniczne, oświatowe i inne.

Ale dla osiągnięcia zamierzonego przez te Towarzystwa celu koniecznym jest scentralizowanie ich akcji w jednym Centralnym Komitecie propagandy higieny w Polsce.

Relę tę objąć powinno przedewszystkiem Warszawskie Towarzystwo Higieniczne, posiadające już tak chlubną historję działalności.

Główne zadania Centralnego Komitetu propagandy.

1) Centr. Kom. prop. hig. powinien zająć się przedewszystkiem założeniem wytwórni przezroczy do odczytów z rozmaitych działów higieny i przezroczy „popularnych” do wyświetlania ich w kinoteatrach i t. p.

Odpowiednio dobrane i dobrze wykonane przezrocza znalazłyby niewątpliwie bardzo znaczny odbyt w całym Państwie, jako znacznie tańsze, niż te, które poszczególne Towarzystwa wytwarzają dla siebie.

2) Dalej, powinien C. K. P. H. zająć się produkowaniem w krajowych wytwórniach filmów „higienicznych” w myśl powyższych uwag. W Warszawskim Tow. Walki ze Zwyrrodnieniem rasy pokułtuje już od 2 lat scenarjusz dramatu, mający za temat walkę z chorobami wenerycznymi, uznany przez znawców za doskonały, a nie mogący ujrzeć światła dziennego dla braku funduszków.

3) Wydawnictwo broszurek popularnych dla inteligencji wzięto na siebie Polskie Tow. Hig. we Lwowie. Rozszerzenie tej akcji przez wydawnictwo broszurek dla ludu byłoby bardzo wdzięcznym zadaniem C. K. P. H.

4) Wydawnictwo tablic propagandowych, odezw, ulotek i t. p.

Należycie zorganizowany i prowadzony C. K. P. H., stojący w ścisłej łączności ze swemi oddziałami prowincjonalnemi, zyskałby niewątpliwie w krótkim czasie i moralne i materjalne poparcie całego społeczeństwa i władz rządowych.

Poparcie to umożliwiłoby więc w niezadługim czasie rozszerzenie swej działalności w kierunku, trudniejszym do osiągnięcia, ale niezmiernie ważnym, a mianowicie:

1) do zakładania jak najliczniejszych poradni higienicznych (dla matek; dla osób, zagrożonych gruźlicą; dla osób, dotkniętych chorobami wenerycznymi; dla sportowców i t. p.);

2) do zakładania po większych miastach wzorowych sklepów ze środkami spożywczymi, przede wszystkim z nabiałem, nie obliczonych na znaczniejszy zysk, ale mających jedynie na celu dostarczania konsumentom doskonałych produktów; do zakładania wzorowych ferm mleczarskich i t. p., i t. p.;

3) do stworzenia w Warszawie wielkiego muzeum higienicznego, do którego zadań należałoby także dostarczanie muzeum prowincjonalnym duplikatów eksponowanych w Centralnem muzeum przedmiotów i urządzenie ruchomych wystaw higienicznych dla miast i wsi.

Dr. med. **Wacław Gawłowski** (Warszawa).

Lekarze a propaganda higieny.

Stara oddawna maksyma, że „lekarz leczy” — musi być poddana rozwadze i krytyce rzeczowej na zasadzie praktyki życia i nowoczesnej nauki.

Praktyka życiowa uczy nas, że wymagania, które społeczeństwo stawiać powinno nowoczesnemu lekarzowi, polegają na znajomości jego wszystkich warunków pracy, egzystencji i życia osoby chorej. Lekarz nie może być tylko rzemieślnikiem, lecz poważnym obserwatorem i badaczem warunków, w których chorzy (pacjenci) się znajdują. Lekarz tem się różni od znachorów, owczarzy i t. p., że opiera swój zawód na nauce, nie stosuje środków symptomatycznych, lecz obowiązkiem jego dopomóż choremu w zwalczeniu choroby, tu zaś występują na plan pierwszy warunki, w jakich chory się znajduje: warunki higieniczne.

Postępy nauki lekarskiej wymagają od lekarza rozpoznania istoty i przyczyn zachorowań ludności na te lub inne choroby, co znowu wiąże się z poznaniem warunków bytowania ludności i z warunkami higienicznymi, w jakich się ona znajduje; ostatnie nieraz mają rozstrzygające znaczenie w udzielaniu pomocy lekarskiej i skierowania porady we właściwym zakresie.

Lekarz praktyk nie może nie być jednocześnie działaczem spo-

lęcznym, z tytułu swej pracy musi badać i usuwać złe wpływy, stawiane i stwarzane przez życie pod względem higieniczno-społecznym. Obecnie lekarz już nie może tylko leczyć, a powinien i musi usuwać przyczyny, które wywołały dane cierpienie bądź to zawodowe, bądź zakaźne lub społeczne i t. p., a uświadamiając ludność, walczyć z największymi klęskami ludzkości, jak naprz. z gruźlicą i innymi. Dlatego też propaganda zasad higieny powinna stanowić najważniejszą i nieodzowną treść w pracy i działalności lekarza.

Popularyzacja wiedzy lekarskiej, pouczenie ludności jak się ona ma zachowywać wobec grożących jej tych lub innych chorób, wymaga od lekarza, aby był nie tylko fachowcem, ale nauczycielem i wyznawcą zasad, które głosi wobec swych współobywateli i chorych. Wobec tego, lekarz musi być i służyć wzorem, oraz przykładem dla innych — sam w swem życiu stosować wskazania, zabiegi i praktyki w dziedzinie zdrowia, oraz kultury cielesnej.

Zastrzeżenia, że lekarze są też zwykłymi ludźmi, a więc mogą grzeszyć, jak zwykli ludzie, powinno do pewnego stopnia być uznane za przestarzałe, o ile lekarze będą poczuwać się do odpowiedzialności społecznej za czyny, gwałcące zasady higieny. Podobnie jak prawnik nie może być obywatelem, nie uznającym prawa, tak lekarz nie może być działaczem, przekraczającym zasady nauki o zdrowiu.

Sprawa powyższa wiąże się organicznie z wychowaniem społeczeństwa pod względem higienicznym i fizycznym. Całe społeczeństwo powinno stawić sobie za zadanie opiekowanie się zdrowiem ludności — higieną publiczną, uświadczenie jej o podstawach nauki o zdrowiu — higieną ogólną, wpajanie w najmłodsze pokolenie zasad higieny osobniczej.

Jeżeli społeczeństwo dotąd nad temi sprawami przechodziło do porządku dziennego, to wyłącznie z braku zrozumienia doniosłości zagadnienia o zdrowiu publicznem. Wobec powyższego wysuwa się jako konieczny postulat, aby naukę higieny uznano za jeden z przedmiotów obowiązkowych na wszystkich szczeblach szkoły nowoczesnej. Wydziały lekarskie Uniwersytetów prócz tego winny wprowadzić kurs higieny społecznej dla słuchaczy medycyny — przyszłych lekarzy.

Społeczeństwo nie może dążyć tylko do rozwoju intelektu swych współobywateli. Dowiedzionem jest, że wyczerpanie duchowe

młodzieży i zawodowej inteligencji pracującej polega na zbyt znacznym przeciążeniu układu nerwowego, mózgu. Jedynym i racjonalnym sposobem zapobiegania złym skutkom wyczerpania nerwowego jest dążenie do rozwoju sił fizycznych i ćwiczeń cielesnych. W tym względzie lekarze powinni prowadzić specjalną propagandę, aby społeczeństwo dążyło do wychowania fizycznego narodu, pamiętając, że kultura cielesna poszczególnej jednostki jest częścią ogólnej kultury człowieka. Lekarze powinni stanąć na czele ruchu wychowania fizycznego szerokich warstw społeczeństwa, zapisywać się do towarzystw sportowych już istniejących i organizować nowe.

Propaganda zasad higieny powinna być traktowana jako nauka propagandy, wymagająca stosowania specjalnych metod i sposobów nauczania.

O sztuce propagandy dużo się mówi w Europie Zachodniej. Niemcy traktują ją z punktu widzenia naukowego. Tak, niedawno prof. niemiecki Pleuge napisał cały traktat o propagandzie: „Die Lehre von der Propagande als praktische Gesellschaftslehre“ (Nauka propagandy, jako praktyczna nauka społeczna). Propagandę uczony niemiecki określa jako „sugestję społeczną” i bada metody tej sugestji. Określenie trudne, albowiem propagandysta nie przekonuje tłum, nie przemawia do logiki jego, ale jako hipnotyzer, podaje tłumowi pewną ideę. I podobnie, jak hipnotyzer ucieka się do pewnych zewnętrznych sposobów, usypiających świadomość i własną wolę hipnotyzowanej jednostki dla nauczania następnie swojej myśli i swojej woli, tak samo planowa propaganda społeczna ucieka się do zewnętrznych sposobów, oddziaływających na wyobraźnię tłumów i sprowadzających stan psychiczny, podobny do sugestji. Dla dopięcia zamierzonego celu, poucza profesor, propaganda winna być prowadzona systematycznie i bez przerwy.

Pozostawiając narazie bez krytyki myśli wypowiedziane przez prof. Pleuge, niewątpliwem jednak jest, że propaganda winna być traktowana jako pewnego rodzaju fach i jak w każdej specjalności są wykonawcy, tak i w dziale propagandy należałoby wykształcić propagatorów, t. j. ludzi, specjalnie obeznanych ze sposobami i metodami wykonywania powierzonych im do spopularyzowania zagadnień i zamierzeń. Jeżeli w dziedzinie polityki nieodzownem się wydaje wyszkolenie ludzi, którzyby byli szerzycielami zasad pewnych

doktryn, tembardziej słusznem jest zastosowanie tegoż w dziedzinie szerzenia i popularyzowania zasad higieny. W konkluzji wydaje się nam konieczne zorganizowanie kursów dla propagatorów higieny, które obecnie, przy niskim stanie ogólnej oświaty społeczeństwa, będą praktycznym rozstrzygnięciem sprawy podniesienia zdrowotności wśród naszej ludności. Przedłożony przezemnie w roku ubiegłym Zarządowi Tow. Higienicznego projekt takich kursów nie znalazł poparcia, obecnie chciałbym tylko powtórzyć podjętą inicjatywę. Program tych kursów obejmowałby w ciągu 2 miesięcy następujące przedmioty:

a) Statystykę sanitarną; b) choroby zakaźne i walkę z nimi; c) choroby społeczne; d) higienę publiczną i prawodawstwo sanitarne; e) higienę socjalną; f) propagandę higieny (podstawy, metody i technikę); oraz g) wycieczki naukowe.

Zrozumienie zasad higieny społecznej przez lekarzy musi stanowić podstawę ich wykształcenia fachowego. Jak dotąd lekarze, pozbawieni byli możności zaznajamiania się w szkołach z najnowszymi metodami i zdobyczami w dziedzinie higieny, wojna światowa odsunęła na plan drugi sprawę uzupełniania wiedzy naukowej — obecnie zaś już czas wielki, aby lekarze przede wszystkim w stosunku do swego zawodu stanęli na wysokości zadania, jaką im stanowisko ich nakazuje i jakiej od nich wymaga.

Trzeba, aby lekarze stanęli na straży nauki lekarskiej i byli prawdziwymi wychowawcami społeczeństwa i narodu. albowiem obowiązkiem zawodu lekarskiego jest nie tylko być dobrym fachowcem praktykiem, ale równocześnie i społecznikiem-higienistą.

Wnioski:

1) Propaganda zasad higieny powinna stanowić najważniejszą treść w pracy i działalności lekarza.

2) Lekarze winni być pierwszymi propagatorami zasad higieny — sami w swem życiu codziennem stosując wskazania, zabiegi i praktyki w dziedzinie zdrowia i kultury cielesnej.

3) Nauka higieny, w najszerszem tego słowa znaczeniu, powinna stanowić jeden z obowiązujących przedmiotów wykładowych na wszystkich szczeblach szkoły nowoczesnej. Wydziały Lekarskie Uniwersytetów prócz tego winny wprowadzić kurs higieny społecznej dla słuchaczy medycyny — przyszłych lekarzy.

4) Lekarze powinni przyjmować czynny udział w wychowaniu fizycznym szerokich warstw społeczeństwa, zapisywać się do towarzystw sportowych już istniejących i organizować nowe.

5) Propaganda zaś zasad higieny, jako nauka praktyczna, powinna być traktowana narówni z innymi naukami społecznymi. Jako pierwszy etap w tym kierunku należałoby zorganizować kursy dla propagatorów higieny.

6) W celu umożliwienia zainteresowania się i uświadomienia ogółu lekarzy z najnowszymi zdobyczami w dziedzinie higieny instytucje państwowe, samorządowe i społeczne winny organizować dla lekarzy: wykłady, specjalne kursy, oraz wycieczki, delegacje do krajów obcych dla wyszkolenia i zapoznania się z metodami, tam stosowanymi, jak również pouczenia lekarzy o konieczności popularyzacji i szerzenia wiedzy higieniczno-lekarskiej w życiu praktycznym lekarza.

Doc. Dr. Tomasz Janiszewski

b. Minister Zdrowia Publicznego.

O znaczeniu zdrowia

(ze stanowiska osobistego, społecznego, moralnego, estetycznego, ekonomicznego, politycznego i ogólnoludzkiego).

(Dokończenie).

Ze stanowiska społecznego znaczenia zdrowia jeszcze jeden moment wziąć należy na uwagę. Każdy z nas prócz tego, że przeżywa tu na ziemi swoje życie indywidualne, jest zarazem nosicielem pewnej sumy cech dziedzicznych, nabytych z pokolenia w pokolenie, które przenieść może na swoje potomstwo, jest ogniwem w nieprzerwanym łańcuchu, utrzymującym ciągłość rodu ludzkiego. Cechy te mogą być dodatnie lub ujemne, a przenoszą się za pośrednictwem specjalnych komórek rozrodczych. Pewne wpływy ujemne, działające na organizm, wywierają też mogą ujemny wpływ na te komórki (kiła, alkoholizm). Od doboru tych cech w znacznym stopniu

zależy jakość potomstwa, zależy jakość przyszłych pokoleń. Nie pielęgnując zatem zdrowia, postępujemy lekkomyślnie, popełniamy niejako zbrodnię wobec społeczeństwa, nie licząc się z odpowiedzialnością, jaka na nas ciąży, dając życie potomstwu słabemu. Powinniśmy mieć świadomość i poczucie tej odpowiedzialności społecznej. Odpowiedzialność ta, ciężąc na każdym z nas powinna z jednej strony pobudzać do życia opanowanego, umiarkowanego, prowadzonego zgodnie z zasadami higieny, do unikania szczególnie tych szkodliwości, któreby mogły wpływać ujemnie na komórki rozrodcze (kiła, alkoholizm, zatrucie ołowiem), z drugiej strony do rozmysłu przy wyborze towarzyszkii życia, pamiętając o tem, że od odpowiedniego doboru cech dziedzicznych obu małżonków zależy jakość potomstwa i że obowiązkiem społecznym powinno być dążenie do silnej rozrodczości, przedewszystkiem najlepszych pod względem fizycznym i intelektualnym jednostek, a do ograniczenia rozrodczości słabych fizycznie, moralnie i upośledzonych umysłowo. Przyjrzyjmy się biednym dzieciom w szkołach pomocniczych, mieszkańcom rozmaitych przytułków dla nieuleczalnych, zakładów dla umysłowo chorych lub więzień, a zastanawiając się poważniej nad sprawą będziemy musieli przyjść do przekonania, że możnaby uniknąć choć części tych nieszczęść, że część odpowiedzialności za ten stan ponieść musimy, a skutek tego zbudzić się w nas musi sumienie społeczne. Sądzę, że należyte zrozumienie tej odpowiedzialności i odpowiednie pouczenie młodzieży o istocie życia płciowego i o szkodliwych następstwach nadużyć płciowych, będzie silniejszym bodźcem hamującym, niż wszelkie moralizowanie.

Muszę też zwrócić uwagę na to, że higiena i zdrowie stoją w ścisłym stosunku z estetyką. Czy widok ludzi chorych, umysłowo upośledzonych, niedołączonych lub kalek, ludzi nadmiernie otyłych lub szczupłych, budząc w nas litość i współczucie, nie budzą też zarazem uczucia wstrętu? Czy niehigieniczne ubranie (obuwie, dawniej gorsety), brudne ręce i bielizna, nieczysta głowa lub niehigieniczne zachowanie się, jak żarłoczne jedzenie, plucie na podłogę lub chodnik, nie obrażają uczuć estetycznych każdego inteligentnego człowieka? O ile piękność niektórych naszych miast zyskałaby na tem, gdyby one były przytem czyste? Jak przykre wrażenie robi mieszkanie, nieczysto utrzymane lub przeładowane choćby najkosztowniejszymi

sprzętami! I na odwrót, jak przyjemne wrażenie estetyczne sprawia człowiek dobrze zbudowany, zgrabny, czerstwy, czysty, w niekrępującem jego ruchów i dobrze dobranem ubraniu! Jak chętnie przesiadujemy choćby w najskromniejszym, ale czystem, estetycznie urządzonem mieszkaniu, mającem piękny widok, jak dobrze pracuje się w takim mieszkaniu!

Jak wzmocnieni nerwowo, wypoczęci, uspokojeni, z jaką nową podniętą i chęcią do pracy wracamy z wycieczki. na której nasyciliśmy wzrok pięknymi widokami przyrody i zaczerpnęliśmy czyste powietrze naszych gór, łąk i lasów! Ile zadowolenia estetycznego budzi w nas, przyglądanie się i podziwianie dzieł sztuki! Jednym słowem, odbieranie całego szeregu przyjemnych wrażeń estetycznych korzystnie wpływa na nasz system nerwowy, odświeża go i czasami uspakaja, zwiększa wydajność pracy.

W końcu zdrowie ma znaczenie i dla losów całej ludzkości. Żeby to wytłomaczyć, muszę zrobić małą dygresję. Są pewne sprawy, pewne dążenia i wyobrażenia, które stają się zrozumiałe tylko wtedy, gdy się zajmie jakieś wspólne stanowisko, wytierze się jakiś specjalny punkt widzenia. Do takich zagadnień należy znaczenie zdrowia dla losów ludzkości. Pewne sprawy, jak stosunek człowieka do wszechświata, zadania i cel życia jego na ziemi, zadania i przyszłość naszej kultury muszą człowieka interesować i zajmować jego umysł. Jest w danym przypadku rzeczą drugorzędną, jak sobie te zagadnienia człowiek rozstrzygnie. Czy znajdzie gotową odpowiedź w zasadach naszej wiary, czy skonstruuje ją sobie sam, opierając się na dotychczasowych zdobyciach nauki, ale te zagadnienia muszą interesować i zajmować umysł człowieka inteligentnego. musi on starać się stworzyć sobie jakiś ogólny światopogląd, na co potrzeba pewnej kultury duchowej. Trzeba mieć pewną kulturę duchową, starać się o stworzenie sobie pewnego ogólnego światopoglądu, żeby ta sprawa mogła wogóle zająć naszą uwagę. I wtedy interesować nas będzie pytanie i wtedy zrozumiemy postawienie takiego pytania, jakie może być znaczenie zdrowia dla losów całej ludzkości. Ale jeżeli ktoś żyje wyłącznie dniem dzisiejszym, jeżeli oprócz dążenia do zdobycia majątku i najszerzego używania tych bogactw, nie troszczy się wogóle o nic, z wyjątkiem o zadowolenie swoich osobistych przyjemności i zachcianek, to dla niego wyżej postawione pytanie nie

tylko będzie trudne do zrozumienia, ale dla niego ono wogóle nie istnieje. Svante Arrhenius ¹⁾ w swojej książce „Obraz wszechświata w dziejach ludzkości” powiada: „Plemiona, na najniższym stopniu kultury stojące, żyją tylko dla dnia bieżącego. Co było wczoraj, co będzie jutro, to nie obchodzi ich zgola, o ile nie wiąże się z codziennymi troskami. Obce są im wszelkie rozważania o wszechświecie, o jego rozwoju”.

Jeżeli zaś przyjmemy chociażby taką wiarę, że ludzkość dąży do coraz doskonalszego przystosowania się do otaczających ją warunków, do coraz lepszego poznania i opanowania sił przyrody, do coraz doskonalszych form społecznych, chociaż często w tem dążeniu zdarzać się mogą i wahania wsteczne, do coraz większego doskonalenia się i niezmordowanie dąży do poznania prawdy, to rozumiałą jest rzeczą, że w tem dążeniu, w tem spinaniu się ku prawdzie więcej szans powodzenia i szybkiego postępu będzie miała ludzkość, składająca się z tęgich, zdrowych fizycznie i moralnie, oświeconych, solidarnych i sprawniejszych jednostek, niż z tłumu ciemnego, nieorganizowanego, upośledzonego fizycznie i intelektualnie.

Nie mogę też nie poruszyć pytania, które czasami i u nas jest stawiane. Mianowicie, czy stosowanie zasad higieny na szeroką skalę nie wpływa ujemnie na jakość i tężyznę naszej rasy? Nie ulega bowiem wątpliwości, że np. przez umiejętne pielęgnowanie i karmienie niemowląt udaje się utrzymać przy życiu i przeprowadzić przez najniebezpieczniejszy okres wieku sporą ilość z natury wątłych i mało odpornych osesków i w ten sposób zmniejszyć znacznie ich śmiertelność. Dużo jednostek wątłych, któreby przy braku odpowiedniej opieki zginęły w pierwszym roku życia, utrzymuje się wprawdzie przy życiu, ale jednostki te doszedłszy do wieku dojrzałego pozostawić mogą i często bardzo pozostawiają po sobie potomstwo również wątłe i nieodporne, przysparzając społeczeństwu całych szeregów ludzi mniej wartościowych pod względem fizycznym, zapelniających następnie szpitale, sanatorja, przytułki i więzienia. To samo powieźć można o wielu innych chorobach i niebezpieczeństwach, grożących człowiekowi, których unikamy dzięki stosowaniu przepisów zapobiegawczych. Można zatem rzeczywiście powiedzieć, że postęp

¹⁾ Svante Arrhenius „Obraz wszechświata w dziejach ludzkości” przełożył z szwedzkiego Prof. Ludwik Brunner. Warszawa, Wende i S-ka, 1912 r.

kultury sanitarnej usuwa do pewnego stopnia cały szereg niebezpieczeństw dla zdrowia, które odgrywały dotąd rolę niejako czynników doboru naturalnego, że zatem mogłoby to niekorzystnie odbić się na jakości naszej rasy. Istnieją pewne oznaki, nie tyle świadczące może o degeneracji, ile o pewnem zmniejszaniu się tężyzny fizycznej człowieka.

Badania Winklera¹⁾, opierające się na danych, uzyskanych przy asenterunkach wojskowych w przeciągu 42 lat, wykazały, że istotnie nastąpił w tym okresie czasu wyraźny upadek tężyzny fizycznej, idący równoległe ze zmniejszeniem się rozrodzności oraz z rozwojem przemysłu i handlu oraz życia miejskiego. Prof. Herman Lundborg²⁾, szef szwedzkiego instytutu biologii rasy w Upsali, zwraca uwagę na ujemny wpływ, jaki na rasę i na zdrowie ludności wywiera nowożytny przemysł. W Anglii, tym najwięcej uprzemysłowionym kraju, okazało się przy przeglądzie wojskowym, że z 2 i pół milionów młodych ludzi, pochodzących z różnych części państwa, tylko 36% było zdolnych do wojska, a więcej niż 10% z nich było tak wątłych, że nie nadawali się do jakiegokolwiek służby cywilnej lub wojskowej. Czy Anglja nie ma też najwięcej bezrobotnych i najliczniejszego proletariatu, żyjącego w chronicznem ubóstwie? Na igrzyskach Olimpij-

Rezultat igrzysk Olimpijskich w roku 1912. Uzyskane punkty i miejsca na każde 10 milionów ludności:

	Punkty	Miejsca		Punkty	Miejsca
1. Szwecja	226	107	10. Belgja	15	8
2. Finlandja	154	74	11. St. Zjedn. Ameryki	14	7
3. Danja	62	36	12. Węgry	9	4
4. Norwegja	42	25	13. Francja	7	3
5. Afryka Połudn.	27	10	14. Niemcy	7	4
6. Australja	23	13	15. Holandja	5	5
7. Kanada	18	7	16. Włochy	4	2
8. Anglja	17	9	17. Austria	2	1
9. Grecja	15	8	18. Rosja	0,4	0,2

Wyniki igrzysk olimpijskich nie mogą wprawdzie stanowić bezwzględnego kryterjum przeciętnej tężyzny fizycznej danego narodu, świadczą jednak o większej lub mniejszej dbałości o wychowanie fizyczne, a uderza fakt, że wyniki te są najgorsze w Austrii, gdzie skonstatowano upadek tężyzny fizycznej.

¹⁾ Winkler Doc. Dr. Wilhelm. Der Rückgang der körperlichen Tüchtigkeit in Oesterreich in den Jahren 1870—1912, aus den Ergebnissen der Oesterr. Heers-ergänzungsstatistik, Arch. f. soz. Hygiene u. Demographie B. 14. H. 3 u. 4. 1921.

²⁾ Lundborg Herman Prof. Dr. Der Einfluss der Industrie auf die Rasse u. Volksgesundheit. Arch. f. Soz. Hygiene u. Demographie B. 14. H. 4. Str. 364.

skich ¹⁾ wygrywają nie Anglja, Francja lub Niemcy, najwięcej uprzemysłowione państwa, lecz Szwecja, Norwegja, Danja i Finlandja, w których do ostatnich czasów nie było wielkiego przemysłu. A kto by odważył się twierdzić, że Szwedzi, Norwegczycy, Duńczycy lub Finlandczycy nie stoją pod względem intelektualnym na równi z narodami, wymienionymi na pierwszym miejscu?

Ale gdyby nawet przyjąć na chwilę za rzecz udowodnioną, że to rzeczywiście rozwój higieny wskutek usuwania czynników doboru naturalnego, a nie inne głębsze przyczyny powodują zmniejszenie się tężyzny fizycznej ludności, to nawet takie stanowisko nie upoważniałoby do potępienia higieny i zaniechania stosowania jej zasad, oraz środków podniesienia kultury zdrowotnej. Walki o byt, warunków doboru naturalnego w tem znaczeniu, jak je obserwujemy w przyrodzie dzikiej, nie możemy, jak wiemy, przenosić dosłownie do warunków, w jakich żyjemy w społeczeństwach cywilizowanych. A i w dzikiej przyrodzie walce o byt nie przypisujemy obecnie tego bezwzględного, wyłącznego znaczenia jak dawniej. Nawet w przyrodzie dzikiej często spostrzegamy dążenia do harmonijnego współżycia, do tworzenia zespołów różnogatunkowych roślin, wykazujących raczej zgodność, pewne współdziałanie w celu najlepszego i najekonomiczniejszego wyzyskania warunków wspólnej gleby i klimatu. I takie zespoły różnogatunkowych roślin, będące już w równowadze, odznaczają się wielką stałością.

O ile silniej podobna tendencja zaznacza się wśród społeczeństw ludzkich. Cywilizacja stawia odmienne i coraz nowe warunki, do których człowiek musi się dostosowywać i jakkolwiek cywilizacja i ręka w rękę z nią idący postęp higieny znosi pewne warunki, które dotąd odgrywać mogły rolę czynników doboru naturalnego, to jednak ta sama cywilizacja stawia na to miejsce nowe czynniki, zastępczo działające, bądź korzystnie, bądź ujemnie na jakość rasy. Higiena musi uwzględniać te uwagi oraz spostrzeżenia i rzeczywiście uwzględnia je. Higiena coraz bardziej dąży do tego, żeby pojęcie zapobiegania chorobom i przeciwdziałania osłabieniu tężyzny fizycznej pogłębić. A nauka daje jej coraz nowe środki po temu, by pewne, przez cywilizację zmienione czynniki doboru naturalnego zastąpić

¹⁾ W. Winkler l. c. str. 348.

innemi, nowemi. Rozwój genetyki i eugeniki, które już dziś dają pewne praktyczne wskazówki, pozwalają mieć uzasadnioną i daleko idącą nadzieję, że w przyszłości hodowlę człowieka postawić będzie można na pewnych i trwałych podstawach naukowych, że zapobieganie znajdzie swój jak najdalej idący wyraz w tworzeniu innego lepszego, tak pod względem fizycznym, jak i moralnym, typu człowieka. Eugenika zdaniem Galtona, ¹⁾ twórcy tej nauki, stanie się religją i etyką przyszłości. Eugenika rozszerza obowiązki miłości bliźniego na przyszłe pokolenia, pogłębia jej zadania, wzmacnia znaczenie węzłów małżeńskich przez zwrócenie bacznej uwagi na przewidzieć się dające do pewnego stopnia właściwości oczekiwanego potomstwa. Sprzeciwia się źle pojętej czułościowej, szkodliwej dla rasy filantropji, pobudzając w zamian do pięknych i wielkich czynów. Podnosi znaczenie węzłów krwi, wzmacnia miłość i przywiązanie do rodziny i rasy. Jednym słowem jest to silna, męska wiara pełna nadziei, oparta na najszlachetniejszych uczuciach ludzkich.

W niniejszej pracy dotknąłem przeważnie tylko jednej strony problemu, starając się wykazać znaczenie zdrowia dla osobnika, oraz wpływ zdrowia na rozmaite dziedziny życia ekonomicznego, społecznego i politycznego. Nie potrzebuję dodawać, że wpływ ten i oddziaływanie są obustronne. Stosunki społeczne, ekonomiczne i polityczne wywierają też potężny, bądź dodatni, bądź ujemny wpływ na zdrowie ludzkie.

Z mego zestawienia widać, jak wielkie jest znaczenie zdrowia, jak sprawa ta jest skomplikowaną, jak głęboko wnika ona w najróżnorodniejsze dziedziny naszego życia. Kto się nad tem wszystkim głębiej zastanawiał, ten dojść musi do przekonania, że higienista nie tylko może, ale jest obowiązany do zabierania głosu w takich sprawach jak reformy rolnej, rozwoju rolnictwa, przemysłu i handlu ceł, aprowizacji, w sprawie mieszkaniowej lub w sprawie ubezpieczeń społecznych, że śledzić musi każdą ustawę, każde rozporządzenie rządowe. Kto się przejmie znaczeniem zdrowia, ten zrozumie też ła-

¹⁾ Galton Francis. „Eugenics as a Factor of Religion”. Cytuję z wyżej wymienionej pracy Prof. K. Pearsona.

two, dlaczego 27 państw ¹⁾ utworzyły Ministerstwa zdrowia publicznego i jaką niepowetowaną szkodę wyrządzono państwu naszemu, znosząc tak konieczny u nas urząd. Jak jasno wystąpi niekonsekwencja, tkwiąca w fakcie, że rozmaite działy administracji państwowej, wszelkie dobra rzeczowe, nawet hodowla inwentarza ma w Radzie Ministrów swoich rzeczników i opiekunów, tylko człowiek i jego zdrowie nie ma w tem poważnem i decydującem gronie obrońcy, któryby każdą sprawę oświetlił także ze swego stanowiska, chroniąc przed jednostronnemi i szkodliwemi decyzjami!

Wywody moje nie są jakąś teorią, oderwaną od życia, przeciwnie, tylko wychodząc z założeń powyżej zestawionych można postawić realny, właściwy program państwowej i samorządowej gospodarki zdrowotnej. Z wywodów tych musimy wyciągnąć wniosek, że polityka zdrowotna musi iść po linii jak najdalej idącego przewidywania i zapobiegania, że nie może być jedynym celem polityki zdrowotnej budowa i utrzymywanie szpitali, sanatorjów i przytułków, lub zwalczanie epidemii, ale celem głównym i główną myślą przewodnią przewidującej i oszczędnej polityki zdrowotnej powinno być dążenie do takich stosunków, żeby tych chorych i upośledzonych, potrzebujących opieki w wymienionych zakładach, a także chorób zakaźnych, było jak najmniej. Przedewszystkiem zatem należy dążyć do wzmocnienia rasy, do wyhodowania innych, lepszych pod względem fizycznym i moralnym ludzi, do dostarczenia ludności dostatecznej ilości dobrej wody, zdrowych mieszkań i osiedli, odpowiedniego pożywienia, w końcu do zwalczania klęsk społecznych, jakimi są: alkoholizm, gruźlica i choroby weneryczne. Mówi się i pisze u nas obecnie

1) a) Ministerien für öffentliche Gesundheitspflege in aussereuropäischen Ländern. Arch. f. Soz. Hygiene u. Demogr. B. 14. H. 4 str. 382.

b) Eyk. H. H. van. Organisation der Volksgesundheit. Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem. B. 14. H. 2 str. 150.

c) Die Gesundheitsministerien der Welt nach ihrem Stande im Jahre 1922 Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem. B. 15. H. 1 str. 120.

d) Roesle. E. Dr. Die Organisation der Gesundheitsministerien in verschiedenen Ländern. Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem. B. 15. H. 2 str. 121 — 147.

e) Janiszewski Tomasz Dr. Doc. Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego. (Zadania, zasady organizacji i zakres działania zarządu spraw zdrowotnych w Państwie Polskiem). Kraków 1917.

f) Liczne artykuły moje w prasie na ten temat.

dużo pięknych i poważnych rzeczy o naprawie Rzeczypospolitej; ¹⁾ na większość tych poglądów zgodzi się zapewne każdy z nas, nie porusza się jednak istoty rzeczy. Istota ta tkwi, zdaniem mojem, przede wszystkim w poprawie samego człowieka. Tylko inny pod względem fizycznym i moralnym człowiek będzie w stanie stworzyć odmienne, lepsze stosunki społeczne i polityczne. ²⁾ Zaczniemy poprawę od siebie i od należytego wychowania młodzieży. Jeżeli wyhodujemy młode pokolenie zdrowe i silne, rozumiejące znaczenie zdrowia, mające wysokie ideały, chętne do czynu, żyjące umiarkowanie, wtedy możemy być spokojni o los naszej Rzeczypospolitej.

K r a k ó w, 5.II. 1924.

LITERATURA.

1. Sokółowski A. Choroby dróg oddechowych. Lw. Tyg. Lek. 1907 r., Gazeta Lekarska 1912 r. str. 621, „Zdrowie” Nr. 8. 1913 r. 2) Dłuski i Rudzki. Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro 1913 r. 3) Hewelke O. Gruźlica i szkoła ludowa. „Zdrowie” 1913 r. str. 87. 4) Sobieszczkański L. O wynikach próby biologicznej v. Pirqueta u dzieci szkolnych. P. Gaz. Lek. Nr. 14. 1923 r. 5) Calmette. L'infection bacillaire et la tuberculose 1921 r. 6) Sahli Hermann. Tuberkulinbehandlung 1910 r. 7) Vollmer. Klin. Woch. Nr. 37—41, 1923 r. 8) Giraud et Sedad. Revue de la T. N. I. 1924 r. 9) Parisot. Communication au Congres de médecine legale 1914 r. 10) Ponndorf. Die Heilung der Tuberkulose 1923 r. 11) Wierzuchowski P. Arch. Med. wewn. T. I. Z. 3. 1924 r. 12) Comby. Bulletins de la Soc. de Ped. Nr. 12, 1923 r. 13) Klärner. „Zdrowie” 1892 r. str. 423 i 457. 14) Biegański. Czasopismo Lekarskie Nr. 6, 1904 r. 15) Sterling Seweryn. Prace sekcji gruźliczej IX Zj. lekarzy p. w Krakowie 1900 r. str. 1119. 16) Starkiewicz Wł. i T. Gogolewski. Gaz. Lek. 1903 r. NNr. 44, 45, 46, 48, 49, 50. 17) Koszutski „Zdrowie” 1913 r. str. 101. 18) Arnould R. de la T. 1921 r. 19) Sznabl. Medycyna Nr. 4. 1892 r. 20) Bogucki W. Śmiertelność z powodu gruźlicy w Warszawie w okresie od 1918 do 1922 roku. „Walka z gruźlicą” Nr. 1, 1924 r.

¹⁾ „O naprawę Rzeczypospolitej”. Pierwsza księga **Życie moralne**: K. W. Kumaniecki, M. Zdziechowski. Druga księga **Ustrój państwowy**: M. Rostworowski, S. Estreicher, K. W. Kumaniecki. Trzecia księga: **Nauka i szkoła**: M. Rozwadowski, K. Morawski, M. Siedlecki, J. Łoś, R. Dyboski. Czwarta księga: **Zagadnienia gospodarcze**: T. Brzeski, A. Krzyżanowski, W. L. Jaworski, F. Zoll. Kraków. 1922.

²⁾ Janiszewski Thomas. Dr. **The Versailles Treaty and the question of Public Health**. International Journal of Public Health Vol. II Nr. 2 1921, str. 140. Po polsku: „Zdrowie” Nr. 12, 1922 r.

STRESZCZENIA.

Dr. R. Schleicher. Przyczynek do leczenia nosicieli błonicy za pomocą diphthosanu.

Z uwagi na niebezpieczeństwo, jakim grożą nosiciele zarazków błonicy, pod względem szerzenia tej choroby, zrozumiałem się stać, że szuka się możliwych dróg do zwalczania go. Przetrzyonywanie chorych na błonicę poza okres trwania choroby w szpitalach jest zbyt kosztowne i nie zawsze możliwe, wyłączenie dzieci ze szkół widziane jest przez rodziców niechętnie i tworzy poważną przerwę w biegu nauk. I dlatego z prawdziwą ulgą i zadowoleniem przyjęło wiadomość o zastosowaniu nowego środka — diphthosanu (flavicidu). Badania Langego wykazały, iż flavicid posiada wybitne działanie bakterjobójcze. Rozczyn flavicidu 1 : 1 milion działa zabójczo natychmiast, 1 : 5,000 zabija zarazki w ciągu 5 minut. Ze względu na gorzki smak flavicidu, dodają do niego nieco cukru i tak słodzony flavicid zwie się diphthosanem. Autor stosował środek wspomniany w postaci przemywań nosa w szpitaliku dla dzieci w Dreźnie i poleca go bardzo gorąco tembardziej, że stosowanie to jest łatwe i niewinne.

(Klinische Wochenschrift Nr. 16, 1923 r.) *Dr. A. Fruchtmann.*

Dr. Pietro Canalis. Ospa we Włoszech i środki zapobiegawcze przeciw niej. (III variolo in Italia e la sua profilassi).

Z uwagi na szerzącą się agitację przeciwszczepienną w rozmaitych krajach, wysoce pouczające są dane statystyczne, zebrane przez d-ra Canalisa we Włoszech, dyrektora instytutu higienicznego w Genui.

Obowiązek szczepienia ochronnego ujęty został we Włoszech w przepisach prawnych, wydanych w dn. 22.XII 1888, rewakcytacji zaś w prawie, wydanem dn. 18.VI 1891r. Mimo to śmiertelność od ospy pozostała dość duża i wynosiła przeciętnie 12,1 na 100,000 mieszkańców w latach 1890—1900, 5,1 w latach 1901—1910, 2,7 w latach 1911—1918. Absolutna ilość zejść śmiertelnych wahała się od 16 do 6049!

Co się tyczy tej nowej, bardzo ciężkiej epidemji, trwającej od r. 1918, urzędowych danych co do zejść śmiertelnych niema jeszcze, największa jednak liczba zachorowań wynosiła w r. 1920 — 26.453. Od roku 1891 jest to trzecia wielka epidemja ospy.

Najbardziej zagrożonemi ze strony ospy były Włochy południowe, zwłaszcza Apulja, Kalabryja, Kampanja, Basilicata i Sycylja.

Przyczynę tego smutnego nad wyraz stanu upatruje autor w wadliwym przeprowadzaniu prawem przewidzianego szczepienia, braku należytego uświadczenia ludności, w znacznej mierze analfabetów, wobec czego duża część noworodków pozostaje stale niezaszczepioną.

Ze szczepieniem wtórnem sprawa przedstawia się nie lepiej. Agitacja przeciwników szczepienia ochronnego, prowadzona bardzo energicznie, czyni swoje. Niedawno też w jednym z instytutów higienicznych odbył się kongres przeciwników szczepienia ochronnego. Istnieje też cały szereg powszechnie używanych lekańskich podręczników, w których dla omówienia szczepienia przeciw ospie miejsca nie stało.

Autor żąda lepszego wykształcenia studentów w kierunku teoretycznym i praktycznym szczepienia przeciwospowego, ścisłego wykonania przepisów prawnych, które, nawet w okresie wojny światowej, dały we Włoszech północnych wyniki znakomite. Żąda też odbudowy skasowanego w r. 1896 (incredibile dictu) państwowego zakładu wyrobu szczepionek.

(Z Kongresu Higijenicznego w Wenecji w r. 1923) *Dr. A. Fruchtman.*

Dr. Milton V. Veldee. Studium epidemiologiczne o torebkowym zapaleniu łącznicy (conjunctivitis follicularis).

Wyraźną różnicę pomiędzy bardzo rozpowszechnioną w szkołach łagodną formą torebkowego zapalenia łącznicy a złośliwą jagłką daje obraz kliniczny, który jednak w okresach początkowych bywa niewyraźny i który dopiero w późniejszym przebiegu daje się rozwikłać. Folliculosis występuje najczęściej w 5—6 roku życia przy wstępowaniu do szkół i w wieku przedszkolnym w 90% przypadków zostaje wyleczoną. Istnieje tu pewien bardzo wyraźny związek z powiększeniem i zachorowaniem migdałków, skąd bierze często swój początek, bądź też jest wyrazem usposobienia do przerosłu limfoidalnego (hyperplasia lymphoides). Momenty społeczne lub ekonomiczne żadnej tu roli nie odgrywają; wiek bywa tu decydującym. Zaburzeń w refrakcji nie spotyka się. Choroba ma przebieg szybki i leczy się bez żadnych złych następstw.

(Publ. Health. Rep. 7.XII 1923). *Dr. A. Fruchtman.*

Dr. H. Maass. W sprawie szkolnego bocznego skrzywienia kręgosłupa (scoliosis).

Etiologia szkolnego skrzywienia bocznego nie jest jednolita; znaczna część skolioz szkolnych zawdzięcza swe powstawanie czysto mechanicznemu wpływowi trwałej postawy skoliozycznej na zupełnie niezmienny kręgosłup (istotne skoliozy szkolne). Natomiast spotyka się skoliozy w wieku szkolnym, zależne od patologicznego rozmiękczenia kości lub od usposobienia anatomicznego. Na 773 przypadk skrzywień bocznych kręgosłupa, spotykanych przez autora w ciągu 7 lat, 232, przeważnie rachityczne, dotyczyły dzieci w pierwszych 6-ciu latach życia, 541 zaś na okres szkolny. Wszystkie te skrzywienia były typowymi czynnymi skoliozami szkolnymi (w tem 70% dziewcząt). Walka z tą anomalią daje najlepsze rokowanie. Leczenie bywa ortopedyczne i zapobiegawcze.

(Klinische Wochenschrift Nr. 14, 1923) *Dr. A. Fruchtman.*

WALKA Z GRUŻLICĄ

Na III (jubileuszowym) Zjeździe Higienistów Polskich w Sekcji Epidemjologicznej (gospodarz — doc. dr. Sterling-Okuniewski) wygłoszono szereg odczytów, poświęconych zagadnieniu gruźlicy na ziemiach polskich. Podajemy poniżej kilka z tych referatów (praca ppułk. d-ra Huszczy p. t. „Gruźlica w wojsku polskiem” zastała już umieszczona w Lekarzu Wojskowym Nr. 8, r. b.).

Dr. Szczepan Mikołajski

Dyrektor Woj. Urz. Zdr. we Lwowie.

Walka z gruźlicą w Województwie Lwowskiem.

Śmiertelność z gruźlicy w Województwie lwowskiem.

W roku 1923 zgłosili lekarze urzędowi 1983 skony z gruźlicy w Województwie lwowskiem. W stosunku do liczby ludności Województwa (: 2.718.856 m. :) stanowiłoby to przeciętnie 7.293 skonów z gruźlicy na każde 10.000 mieszkańców.

W samem mieście Lwowie o ludności 219.193 m. zgłoszono w roku 1923 skonów z gruźlicy 930, zatem przeciętnie 42.438 skonów z gruźlicy na każde 10.000 mieszkańców. Cyfry te, odnoszące się do miasta Lwowa, są zbliżone do rzeczywistości, a kontrolę pod tym względem dają wykazy miejskiego Biura ewidencji zmarłych.

Jeżeli odliczymy ludność i liczbę skonów z gruźlicy, zgłoszonych we Lwowie, od liczby ludności i skonów z gruźlicy, wykazanych w całym Województwie, wypadnie na 2.499.663 mieszkańców poza miastem Lwowem 1053 zgłoszonych w roku 1923 skonów z gruźlicy, czyli na każde 10.000 mieszkańców przeciętnie 4.212 skonów z gruźlicy.

Ta cyfra jest bardzo daleką od rzeczywistości, albowiem przed wojną statystyka o ruchu ludności wykazywała w Małopolsce przeciętnie około 30 skonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców, a uwzględniając nawet znaczny przypuszczalny spadek śmiertelno-

ści z gruźlicy w ostatnich trzech latach, trudno przyjąć spadek ten na powiatach poniżej przeciętnej cyfry 20 skonów na 10.000 mieszkańców.

Okazuje się tedy, że urzędowa statystyka, oparta na tygodniowych zgłoszeniach zachorowań i skonów na choroby zakaźne, nie daje poza miastami, posiadającymi osobne biura statystyczne, podstawy do ocenienia bodaj w przybliżeniu rozmiarów klęski gruźlicy.

Liczba skonów z gruźlicy w Polsce w czasie od 1-go do 26-go stycznia 1924 r., zestawiona według urzędowych tygodniowych wykazów ogłaszanych w Monitorze Polskim.

L. p.	Województwo	Ludność	Skonów od gruźlicy.					Skonów na 10.000.000	
			1	2	3	4	od 1/l do 26/l	rocznie	
							Razem		
1	Warszawa m. . .	931.176	30	49	65	54	198	2·014	28·273
2	Warszawa . . .	2.112.106	4	8	12	7	29	0·137	1·923
3	Białystok. . . .	1.362.259	1	6	3	6	16	0·122	1·711
4	Kielce	2.534.214	7	10	13	7	37	0·146	2·049
5	Lublin	2.085.557	3	1	4	—	8	0·038	0·533
6	Łódź.	2.251.097	20	37	44	40	141	0·626	8·788
7	Kraków.	1.990.399	9	16	12	18	55	0·276	3·874
8	Lwów	2.718.856	35	42	39	44	160	0·588	8·254
9	Stanisławów . . .	1.348.481	4	8	3	9	24	0·177	2·100
10	Tarnopol.	1.429.627	1	4	5	5	15	0·105	1·474
11	Poznań	1.974.056	17	17	16	22	72	0·364	5·802
12	Pomorze	939.495	2	1	3	5	11	0·117	1·631
13	Polesie.	876.665	—	—	—	—	—	—	—
14	Nowogródek . . .	1.300.069	—	+	—	—	—	—	—
15	Wołyń	1.433.157	—	—	—	—	—	—	—
16	Wilno	488.968	—	—	—	—	—	—	—
17	Śląsk	1.125.528	13	20	21	24	* 78	0·694	9·743
	Razem	26.841.711	146	219	240	241	846	0·315	4·422

Tak jest nie tylko w Województwie lwowskim, ale we wszystkich Województwach, a nawet w wielu z nich donoszenie o skonach z gruźlicy pozostaje znacznie w tyle poza Województwem lwowskim. Świadczą o tem wykazy tygodniowe zachorowań i skonów na choroby zakaźne, ogłaszane w Monitorze Polskim, z których dla

przykładu zestawiam poniżej liczbę skonów z gruźlicy, zgłoszonych w 4 pierwszych tygodniach roku bieżącego, to jest za czas od 1-go do 26 stycznia, obliczając, ile według tych danych wypadaloby przeciętnie skonów z gruźlicy w każdym Województwie na 10.000 mieszkańców w okresie czasu od 1 do 26 stycznia b. r. i rocznie.

Zagraniczne biura statystyczne z tych urzędowych wykazów mogłyby błędnie wnioskować, że w Polsce przypada przeciętnie rocznie zaledwie 4.422 skonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców, że na rozległych obszarach Województw: poleskiego, nowogrodzkiego, wołyńskiego i wileńskiego gruźlica wogóle jest nieznaną, bo statystyka urzędowa nie wykazuje tam wcale żadnych skonów z gruźlicy, że w 8-miu Województwach, a mianowicie: lubelskiem, tarnopolskiem, pomorskiem, białostockiem, warszawskim, kieleckiem, stanisławowskim i krakowskim odsetka skonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców jest jeszcze mniejsza i to bardzo niższa od przeciętnej śmiertelności z gruźlicy w całym Państwie, a tylko w 5-ciu Województwach, a to: poznańskim, lwowskim, łódzkim, śląskiem i w mieście Warszawie roczna liczba skonów z gruźlicy w stosunku do 10.000 mieszkańców wznosi się ponad odsetkę przeciętną dla całego Państwa.

Oczywiście wszystkie te wnioski byłyby z gruntu błędne, gdyż doniesienia gmin i lekarzy powiatowych obejmują tylko małą część wszystkich skonów z gruźlicy, a tygodniowe wykazy urzędowe świadczą tylko, w jakim stopniu w poszczególnych Województwach lekarze i gminy spełniają obowiązek donoszenia o gruźlicy, czyli do jakiego stopnia doszło w poszczególnych województwach uświadomienie społeczeństwa o konieczności walki z gruźlicą, boć przeciw pierwszym warunkiem tej walki jest donoszenie o zachorowaniach na gruźlicę, niebezpiecznych dla otoczenia i o skonach z gruźlicy.")

Na podstawie statystyki urzędowej stwierdzić można, że to uświadomienie społeczeństwa w niektórych Województwach, a między innymi także w Województwie lwowskim, poczyniło już pewne postępy i to skłania mię do przedstawienia niektórych danych o or-

) Po przedłożeniu Ministerstwu, G. W. S. Z., niniejszego referatu, zaniechano już ogłaszania w biuletynach tygodniowych o chorobach zakaźnych w „Monitorze Polskim” zachorowań i skonów z gruźlicy. (Przyp. autora).

ganizacji walki z gruźlicą w tem Województwie i wyników, jakie ona osiągnęła.

Organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem.

Nawiązując na nowo w czasach powojennych zapoczątkowane tuż przed wojną i w czasie jej trwania usiłowania do ujęcia walki z gruźlicą w pewną sieć organizacyjną, cały kraj obejmującą, zdawaliśmy sobie sprawę, że poza wielkimi ogniskami kultury trudno będzie znaleźć gorliwych apostołów tej walki i że, gdyby się nawet zjawili, nie znajdą rychło posłuchu w szerokich kołach społeczeństwa i nie wydobędą z nich tych olbrzymich zasobów pracy i środków materialnych, jakich walka z gruźlicą wymaga. Ważne bowiem zadania postępu sanitarnego i poprawy zdrowotności mało w naszym społeczeństwie znajdują zrozumienia.

Zrezygnowaliśmy więc na początek z szeroko zakreślonych planów działania, a postanowiliśmy zadawałać się nawet najskromniejszymi wynikami, byle tylko nie przyglądać się beczynnemu tej wielkiej klęsce, która w Polsce więcej, niż gdzieindziej, trapi masy ludowe.

Niepowodzenie akcji Towarzystwa Walki z gruźlicą i Towarzystwa Czerwonego Krzyża, zmierzającej do tworzenia po powiatach Kół do walki z gruźlicą, wskazywało, że należy oprzeć te środki walki na czynnikach urzędowych, nie tracając jednak ich charakteru społecznego, jako stowarzyszeń statutowych, związanych w pewną całość organizacyjną w centrum Województwa.

Dążono tedy do założenia w każdym mieście powiatowem Koła Walki z gruźlicą, na którego czele stoi Starosta i do którego Zarządu należą: lekarz powiatowy, prezes Rady Powiatowej, burmistrz i lekarz miejski.

Koła powiatowe mają zakładać przychodnie przeciwgruźlicze, przyczem nie krępują się z góry ustanowionemi normami co do urządzenia lokalu przychodni i regulaminu pracy, lecz w miarę środków rozwijają działalność. Tam, gdzie nie można było uzyskać osobnego lokalu na przychodnię, lekarz powiatowy odstępuje dla Koła w pewnych dniach swój pokój ordynacyjny a jeżeli niema funduszków na

opłacenie siostry wywiadowczyni, mimo to Koło nie opuszcza rąk i czyni, co może.

Lekarz powiatowy stara się uświadomić ludność o gruźlicy na rokach urzędowych wójtowskich i przy każdym zetknięciu się z gminami urządza odczyty popularne i stara się zainteresować sprawą Zarządy Kas chorych. W sprawozdaniach półrocznych donosi Województwu o ruchu w Przychodni i o innych pracach Koła.

W ten sposób Urząd Wojewódzki i Ministerstwo uzyskuje dokładny przegląd akcji przeciwgruźliczej w Województwie i może na nią oddziaływać,

Oprócz Lwowa, gdzie Towarzystwo walki z gruźlicą rozwija szeroką działalność, posiada Województwo 23 Powiatowych Kół walki z gruźlicą, a brak ich tylko w 4 powiatach.

We Lwowie i w 19-tu powiatach istnieją przychodnie przeciwgruźlicze, w jednym z nich, mianowicie w Drohobyczu, są nawet dwie przychodnie, uruchomione przez Powiatową Kasę Chorych.

Miejska Kasa chorych we Lwowie posługuje się przychodnią Towarzystwa Walki z gruźlicą, opłacając za swych chorych członków pewną umówioną kwotę.

Ruch chorych w 21 przychodniach był w roku 1923 następujący:

Liczba przyjęć, czyli godzin, w których udzielano porad wynosiła 4.515, udzielono porad 11.550, z tego dzieciom niżej lat 15-tu udzielono 3.004 porad.

Nowych chorych przyjęły przychodnie w 1923 r. 2639, dawnych chorych miały 5.904, razem opiekowały się 8.543 chorymi i ich rodzinami.

Prób tuberkulinowych wykonano 584, płwocinę badano 1822 razy, badań moczu było 1830.

Do szpitali skierowano 225 chorych, do uzdrowisk 435.

Wywiadowcznie odbyły 6.167 odwiedzin chorych.

Ogólne wydatki przychodni w roku 1923 wynosiły 876.885.455 Mkp.

Wzorową przychodnię posiada we Lwowie Towarzystwo Walki z gruźlicą, pozostające pod kierownictwem Prof. D-ra Józefa Wiczkowskiego, niestrudzonego pioniera tej walki w Polsce. Przychodnia ta mieści się w pomieszczeniu lwowskiej Polikliniki przy

ul. Lindego L. 5 i czynna jest codziennie przez dwie godziny. Pracuje w niej 5-ciu lekarzy (w tem 1 laryngolog i 1 lekarz chorób dzieci), 2 studentów medycyny i dwie opiekunki, odwiedzające mieszkania chorych.

W roku 1923 miała Przychodnia lwowska 282 dni przyjęć, udzieliła 3.163 porad, wykonała zabiegów (wstrzykiwań, szczepień, naświetlań) 8.216. Odwiedzin wywiadowczyń było 1.273.

Pozatem lwowskie Towarzystwo Walki z gruźlicą rozwija ruchliwą działalność uświadamiającą za pomocą afiszów, pism ulotnych i niedzielnych wykładów popularnych z pokazami w kinie „Kopernik“, organizowanych wspólnie z lwowskim Towarzystwem Higienicznym. Odczyty te wygłaszali: Dr. H. Opieński, Prof. Dr. Ostrowski, Doc. Dr. Sabatowski, Prof. Dr. Groer, Prof. Dr. Zalewski i inni.

W roku ubiegłym wprowadzono nowy sposób propagandy wśród rodzin osób, zmarłych na gruźlicę we Lwowie. Wysłannicy Towarzystwa, medycy lub medyczki, odwiedzają te rodziny, udzielają rad co do dezynfekcji i zwalczania gruźlicy w rodzinie i zapraszają całą rodzinę do Przychodni.

Lwowskie Towarzystwo Walki z gruźlicą posiada w Hołosku pod Lwowem sanatorium barakowe dla osób gruźliczych. Twórca tego Sanatorium ludowego, Prof. Dr. Wiczkowski, chciał wykazać, że do leczenia gruźlicy nie potrzeba koniecznie wspaniałych budowli i szczególnego klimatu górskiego, gdyż równie dobre wyniki da się osiągnąć przy bardzo skromnych urządzeniach i w miejscowościach nizinnych, leśnych.

Wydatki Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie w roku 1923 wynosiły 3.516.756.598 Mkp.

Z Przychodni po powiatach okazują większą ruchliwość Przychodnie: w Drohobyczu, Jarosławiu, a zwłaszcza w Samborze.

Na osobną wzmiankę zasługuje Powiatowe Koło walki z gruźlicą w Sokalu do którego zwerbował lekarz powiatowy przeważnie włościan, bo inteligencja okazała zupełną obojętność dla sprawy.

Na zebraniu pierwszym Koła było około 400 delegatów gmin, którzy złożyli małe datki na rzecz Towarzystwa. Propaganda żywym słowem lekarza powiatowego dotarła do najszerzych kół ludności i sprawiła, że chłopci boją się gruźlicy i w razie śmierci osoby chorej

KARPOSAL

Sól owocowa.

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

Tow. Akc.

Fr. KARPİŃSKI

w Warszawie.

PRZY **BRONCHICIE** CHRONICZNYM
GRYPIE
GRUŻLICY
UPORCZYWYM I ZANIEDBANYM KASZLU
ASTMIE

Łyżka stołowa rano, w południe i wieczorem
daje doskonałe wyniki

„SIROP FAMEL“

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

P. FAMEL, 19-22 rue des Orteaux, PARIS (XX).

Skład główny na Polskę:
TOW. AKC.

Fr. KARPIŃSKI w WARSZAWIE“
ul. Elektoralna Nr. 35.

Dla WPP. Lekarzy, Próby i Literaturę, wysyłamy bezpłatnie.

na gruźlicę domownicy znoszą do lekarza powiatowego ubranie, pościel i inne ruchomości zmarłego w celu dezynfekcji.

Do takiego masowego uświadamiania ludności przywiązują wielką wagę.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że ludność nie przyjęłaby niechętnie ustawowego przepisu o obowiązku donoszenia o skonach z gruźlicy i o przymusie dezynfekcji mieszkania i rzeczy po zmarłych na gruźlicę.

Kolonje lecznicze dla dzieci.

W walce z gruźlicą niemałą rolę zapobiegawczą względnie leczniczą odgrywają kolonje letnie dla dzieci i młodzieży, a zwłaszcza kolonje lecznicze.

Do tych celów nadaje się w Województwie lwowskiem szczególnie pobyt dzieci w zdrojowiskach: Iwoniczu i Rymanowie, posiadających solankę, zawierającą jod i brom.

We Lwowie istnieje osobne Towarzystwo Kolonji leczniczych w Rymanowie, posiadające tam dwie własne wille i utrzymujące w porze wakacji 100 dzieci.

Zasobniejsze w środki „Towarzystwo Dzieci na Wieś“ wysyła około 100 dzieci na leczenie do Rabki.

Towarzystwo walki z gruźlicą otworzyło w roku ubiegłym w pobliżu uzdrowiska Niemirów dwie małe kolonijki dla dzieci z gruźlicą płuc w Kurnikach i Szczepłotach, do których dojeżdża parę razy w tygodniu lekarz zdrojowy z Niemirowa. Jest to nowy poniekąd typ lecznic przeciwgruźliczych sezonowych, nie wymagających wielkich wkładów i kosztownej obsługi, a mogących przy odpowiednim doborze chorych dać dobre wyniki.

Razem uczestniczyło w roku 1923 w kolonjach leczniczych 343 dzieci, w tem 127 chłopców i 216 dziewcząt.

Na kolonjach letnich wypoczynkowych przebywało 1045 dzieci, w półkolonjach 124 dzieci.

Usiłowania, by kolonje letnie, osobliwie lecznicze, oddać pod nadzór Kół Walki z gruźlicą, nie dopisały.

Gdy obecnie Kolonje letnie przeszły do kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej łączność ich z walką z gruźlicą jeszcze więcej się rozluźni.

Zdrojowiska.

Do całokształtu walki z gruźlicą należą u nas niewątpliwie zdrojowiska solankowe, położone w klimacie podgórskim, w okolicy lesistej, a przepełnione głównie dziećmi i osobami, cierpiącymi na gruźlicę kości, stawów, gruczołów chłonnych. Słusznie podnosi Dr. Sabatowski, że te zdrojowiska mogą u nas zastąpić kąpieliska morskie, tak popularne za granicą w walce z gruźlicą u dzieci. Możliwy byłoby ich na Podkarpaciu dziesiątki jeszcze potworzyć nawet przy niewielkim wkładzie kapitałów, gdyż wszędzie, gdzie są państwowe warzelnie soli, byłaby pod ręką także do celów leczniczych solanka ogrzana.

Ze zdrojowisk tego typu na obszarze Województwa lwowskiego miał Iwonicz w roku 1923 gości 5.435, Rymanów 1057 gości, przeważnie z Małopolski wschodniej.

Szpitale.

O ruchu chorych na gruźlicę w szpitalach dopiero od niedawna wprowadzono okresowe sprawozdania, narazie więc brak w tym względzie danych.

Pomoc Państwa.

Daleki jestem od przypisywania bardzo jeszcze wątlým początkom akcji przeciwgruźliczej w Województwie lwowskiej donioślejszego znaczenia w dobie obecnej. Sądę jednak, że podtrzymanie i dalsze rozwijanie tej organizacji, a nawet rozszerzenie jej na całe Państwo, mogłoby przynieść sprawie dużo pożytku, gdyby znalazło należyte poparcie finansowe ze Skarbu Państwa. Bo właśnie tam, gdzie brak jeszcze uświadomienia społeczeństwa o pewnych wielkich zadaniach, inicjatywa prywatna w początkach działania wymaga koniecznie pomocy Państwa. Potem, gdy poczynania ludzi światłych i dobrej woli przysposobią już grunt do szerszej akcji, gdy organizacja przez Rząd subwencjonowana wzmocni się i ustali, finansowa pomoc Rządu okaże się zbyteczną. Przedwczesne zaś cofnięcie pomocy Państwa może na zupełne rozbitcie narazić to, co z wielkim mozolem i poświęceniem zapoczątkowano a mało potem będzie ludzi, niczem nie zrażających się i zawsze chętnych do podejmowania na nowo prac Syzyfowych.

Dla tego należałoby poczynić staraia, aby pomimo trudności finansowych Państwo nie odejmowało walce z gruźlicą niezbędnych zasiłków.

W roku 1923 udzielił Rząd zasiłku na Przychodnie w Województwie lwowskiem w kwocie 1.000.000 Mkp., a taką samą kwotę dano dla sanatorjum w Hołosku.

Państwo powinno wziąć na siebie podaj 1,3 część wydatków na walkę z gruźlicą, jak to pierwotnie było w planie. Przy takiej normie przypadłoby przychodniom przeciwgruźliczym w Województwie lwowskiem w roku 1923 około 300 milionów, a lwowskiemu Towarzystwu walki z gruźlicą ponad miliard Mkp. i przy takiej pomocy Państwa walka z gruźlicą mogłaby czynić poważne postępy.

Reformy społeczne.

Na zmieszenie klęski gruźlicy oddziały niewątpliwie wielkie reformy społeczne, które w odrodzonej Polsce sięgły do głębin narodu.

Poprawa skali bytu szerokich mas ludowych, lepsze ich odżywianie się, zapobieganie nadmiernemu przeciążaniu pracą fizyczną uspołecznienie pomocy lekarskiej, rozbudowa szkolnictwa ludowego i oświaty, poskromienie alkoholizmu, wszystko to musi wywrzeć wpływ bardzo korzystny na zdrowotność publiczną przez wzmocnienie odporności ludu przeciw chorobom zakaźnym wogóle, a przeciw gruźlicy w szczególności.

Natomiast czynnikiem wielce niekorzystnym jest brak mieszkań i ich przepelnienie, nędza mieszkaniowa, która zawsze jest krzewicielką wszelkich zaraz.

Wnioski.

Z powyższych danych i na podstawie własnych doświadczeń wysnułbym następujące wnioski:

1. Organizacja walki z gruźlicą powinna opierać się na Powiatowych Kołach walki z gruźlicą, których Zarząd spoczywać ma w rękach miejscowych Kierowników Władz administracyjnych państwowych i samorządowych, tudzież lekarzy urzędowych, a które dążyć mają przedewszystkiem do utworzenia powiatowych Przychodni

przeciwgruźliczych i rozwijać usilną działalność, uświadamiającą masy ludowe o gruźlicy, sposobach zapobiegania jej i zwalczania.

2. Organizacja ta, ześrodkowana w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia powinna w większych środowiskach przemysłowych współdziałać z Zarządami Kas chorych.

3. W celu skutecznego zwalczania gruźlicy należy domagać się wydania ustawy o walce z gruźlicą, postanawiającej między innymi obowiązek donoszenia o skonach z gruźlicy i przymus dezynfekcji mieszkań i nieruchomości, pozostałych po zmarłych z gruźlicy.

4. Walka z gruźlicą, mająca doniosłe znaczenie dla narodu i Państwa wymaga wydatnego poparcia finansowego ze Skarbu Państwa, a brak takiego poparcia zniweczyłby zapoczątkowaną akcję przeciwgruźliczą i przez to przyniósłby wielkie szkody społeczeństwu.

Na szczególne poparcie społeczeństwa i Państwa zasługują kolonie letnie dla dzieci i młodzieży, a zwłaszcza kolonie lecznicze.

Dr. Seweryn Sterling i inżynier Antoni Zakrzewski (Łódź)

Sześć lat istnienia Sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi.

Aż do chwili powstania samorządu, miejskiego ani państwo, ani gmina miejska m. Łodzi nie podjęły były żadnych środków ku zwalczaniu gruźlicy. Nie dziw to, skoro gmina m. Łodzi utrzymywała aż do roku 1914 wogóle jeden szpital na 40 łóżek, dla ostrozakaźnych, umieściwszy go w starym zniszczonym budynku drewnianym. Władze państwowe rosyjskie, jak wiadomo, nic nie podejmowały ku poprawie zdrowotności, a jedynie w chwili grożącej epidemii jakiejś choroby zakaźnej — wydawały rozporządzenia.

W tych warunkach cała przedwojenna akcja walki z gruźlicą była w Łodzi, jak i w innych miastach, aktem samoobrony społecznej, działalnością higieniczno-filantropijną, która w Łodzi skupiła się od roku 1910-go w Lidze przeciwgruźliczej; aż do tego czasu działalność

wyłącznie uświadamiającą prowadził oddział łódzki Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wybuch wojny światowej przerwał działalność Ligi przeciwgruźliczej na czas paru miesięcy. Podjęta nanowo, popłynęła ona korytem węższym — z dwu powodów: po pierwsze, coraz trudniejszym stawało się oparcie kosztownej akcji praktycznej na ofiarach dobrowolnych; powtórę, założona przy Wydziale Zdrowotności Publicznej Magistratu Sekcja do walki z gruźlicą przejęła większość zadań spełnianych przed wojną przez Ligę przeciwgruźliczą.

Zgodnie z poglądami panującymi w nauce o gruźlicy, Sekcja do walki z gruźlicą za zadanie główne swej działalności uważa walkę z gruźlicą dzieci: o niej przedewszystkiem myślą środki lecznicze — nawet wówczas, kiedy bezpośrednio opiekuje się chorymi dorosłymi. Więc np. w instrukcji poradni Sekcji do walki z gruźlicą punkt 9-ty brzmi: Pierwszeństwo do miejsca szpitalnego ma chory, w którego otoczeniu są dzieci — jako najłatwiej na zarażenie reagujące chorobą.

Walka bezpośrednia z gruźlicą nosi w Łodzi, jeśli mówić o jej organizacji, charakter swoisty, obcy wszystkim innym w byłym zaborze rosyjskim organizacjom o zadaniach podobnych. Dzięki istnieniu w Łodzi przymusu szkolnego lwią część pracy Sekcji do walki z gruźlicą jest prowadzona w porozumieniu z miejskim wydziałem szkolnictwa i przy jego pomocy. Wykonawstwo lecznictwa, o ile ono tyczy uzdrowisk, należy, począwszy od roku 1922, do Wydziału Opieki Społecznej.

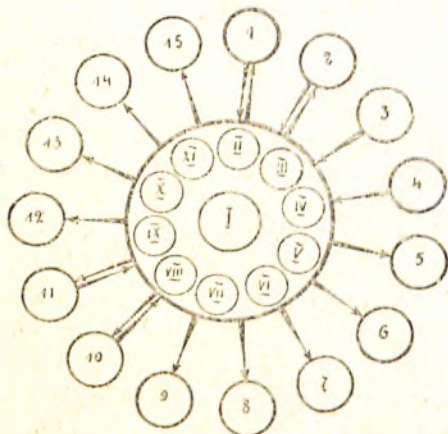
Dziecko kierowane do Sekcji staje się często ogniwem, łączącym Sekcję z rodziną, której członków możemy poddać badaniu, a warunki życia sprawdzić przez sanitariuszki.

A. Organizacja Sekcji.

I. Sekretarjat: Meldowanie, Rejestracja, Muzeum. II. Interniści. III. Pedjatrzy. IV. Chirurg, Chirurg-Pedjatra. V. Laryngo log. VI. Dermatolog. VII. Stacja tuberkulinowa. VIII. Laboratorium djagnostyczne. IX. Sanitarjuszki. X. Stacja światłolecznicza. XI. Odkazanie.

1. Gruźlicy i ich rodziny (gruźlica płucna). 2. Gruźlicy i ich rodziny (gruźlica pozapłucna). 3. Kasa chorych. 4. Szkoły (personel nauczycielski, dzieci szkolne). 5. Światłolecznictwo. 6. Roentgen dia-

gnostyczny. 7. Oddziały gruźlicze w szpitalach miejskich, dla dorosłych. 8. Oddziały gruźlicze w szpitalach miejskich, dla dzieci. 9. Oddział gruźlicy pozapłucnej w szpitalu miejskim. 10. Oddziały obserwacyjne dla gruźlicy (dla dorosłych i dla dzieci). 11. Wydziały Magistratu: Zdrowotności Publicznej i Opieki Społecznej. 12. Sanatorium dla lekkogruźliczych pod Łodzią. 13. Sanatorium letnie dla dzieci szkolnych gruźliczych pod Łodzią. 14. Solanki (Busk. Rabka). 15. Miejscowości klimatyczne (Zakopane).



B. Działalność Sekcji w czasie od 1 maja 1918 do 1 maja 1924 r.

Interniści przyjęli chorych 11633. Pedjatrzy przyjęli chorych 14485. Chirurdzy przyjęli chorych 3180. Laryngolog przyjął chorych (od 1.IX.1920) 129. Dermatolog przyjął chorych (od 1.III.23) 95.

Zastrzyknięć tuberkulinowych djagnostycznych i leczniczych dokonano 11492. W laboratorjum dokonano badań na pałeczki Kocha 10554. Badań krwi morfologicznych wykonano 286. Badań krwi na cdczyn Biernackiego (od 1.IX.1923) 418. Na Stacji Światłoleczniczej dokonano naświetlań lampami Kisch (od 15.V.1922) 10280. Sanitarjuszki dokonały wywiadów na mieście 14839. Pomoc chorym chirurgicznym na mieście (od 1.III.20) 4306. Do szpitali ogólnych skierowano 4885. Do sanatorium dla lekkogruźliczych w Chojnach pod Łodzią skierowano 3573. W Sanatorium letnim dla dzieci szkolnych gruźliczych umieszczono 1952. Do Solanek wysłano (przez Wydział

Opieki Społecznej Magistratu m. Łodzi) 393. Do Zakopanego wysłano (przez Wydział Opieki Społecznej Magistratu m. Łodzi 115). Odkazeń mieszkań po gruźlicy dokonano (przez Miejską izbę odkażającą) 9455.

Drukiem ogłoszono: K o m u n i k a t A. Obraz zadań z zakresu działalności Sekcji; rozsyłany do lekarzy. II. K o m u n i k a t B—toż samo, popularnie, rozsyłany do szkół i innych instytucji publicznych. III. K o m u n i k a t C.—Zadania Sekcji z zakresu gruźlicy chirurgicznej; rozsyłany do lekarzy. IV. P l a k a t n a m i a s t o, rozlepiany stale dwa razy do roku. V. B r o s z u r ę - p l a k a t pod tyt. „O suchotach, czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzeżać“, do rozdawania chorym i w szkołach.

Sekcja do walki z gruźlicą zorganizowała: W roku 1922 wykłady dla nauczycielstwa szkół miejskich. W roku 1923 wykłady dla higienistek szkół miejskich i dla policji. W roku 1924 wykłady dla lekarzy szkolnych (gruźlica wewnętrzna, chirurgiczna, skóry, oczu, Roentgen diagnostyczny).

Powyższe dane sumaryczne uzupełnić należy następującymi szczegółami.

Sekretarjat ma za obowiązek udzielania szczegółowych informacji instytucjom pokrewnym, społecznym, oraz poszczególnym osobom o urządzeniach przeciwgruźliczych m. Łodzi; zarządza kierowaniem zgłaszających się do Sekcji do odpowiednich lekarzy Sekcji, wyznaczając im też dzień i godzinę badania. Prowadzi kontrolę poradni przy pomocy spisu alfabetycznego osób badanych z podaniem numeru formularza i numeru kolejnego. (Kartoteka Sekcji posiada już 25.000 kart indywidualnych pacjentów). Wysyła chorych do szpitali i lecznic; w tym celu otrzymuje informacje o ilości wolnych miejsc w szpitalach. Układa zestawienia statystyczne. Przeprowadza plakatowanie (dwa razy do roku, informacyjne o Sekcji). Rozdaje pacjentom ulotkę: „O suchotach“. Zawiadamia lekarzy z miasta o wyniku badania płwocin przez nich do Pracowni rozpoznawczej Sekcji nadesłanych. Kieruje dokonywaniem wywiadów w mieszkaniach chorych na gruźlicę, lub o nią podejrzewanych, przez Sanitarjuszki Sekcji.

Ma pieczę nad muzeum Sekcji, składającym się z preparatów anatomicznych i patologicznych, oraz mularzy i modeli. Sekcja otrzy-

mała to muzeum w spadku po zlikwidowanej Lidze przeciwgruźliczej w Łodzi. Prowadzi biblioteczkę czasopism lekarskich i dzieł z zakresu gruźlicy.

Zadaniem Sekcji jest zogniskowanie wysiłków gminy, kierowanych ku zwalczaniu gruźlicy. Jest ona przede wszystkim organem rzeczoznawczym w zakresie gruźlicy; jej lekarze są lekarzami epidemicznymi w stosunku do tej najczęstszej choroby zakaźnej.

Lekarze Sekcji, stosując przy badaniu wszelkie metody rozpoznawcze, stoją na tem stanowisku, że chorym na gruźlicę jest ten, kto wykaże objawy gruźlicy czynnej; że ci chorzy wymagają opieki w dwu kierunkach: jako chorzy — pomocy dla siebie, i jako źródło zarasków swoistych — ochrony otoczenia.

Badanie chorego doprowadzić musi lekarza do możliwości dania odpowiedzi na tak sformułowane pytania: czy dany osobnik jest wogóle chory? czy ma gruźlicę? czynną czy jest dla otoczenia niebezpieczny? czy i z jakich instytucji leczniczych miejskich ma prawo korzystać?

Przy formułowaniu odpowiedzi, czy i w jakiej postaci chory na gruźlicę ma korzystać z pomocy instytucji leczniczych miejskich — lekarz bierze pod uwagę wynik wywiadu sanitariuszki.

Leków Sekcja nie wydaje, ani przepisów leczniczych. Jedyne wyjątek stanowi bardzo oględnie stosowana tuberkulina i leczenie gruźlicy pozapłucnej naświetlaniami.

Pomimo kierunku przeważnie zapobiegawczo społecznego działalności Sekcji do walki z gruźlicą, różniącego ją zasadniczo od tego typu instytucji, do jakich ludność przywykła, t. j. typu bądź terapeutycznego, bądź filantropijnego — cieszy się Sekcja w mieście dużą popularnością. Już sam fakt istnienia Sekcji jest potężnym środkiem propagandy w walce z gruźlicą.

Zarażanie się gruźlicą u dzieci szkolnych i jego zwalczanie u chrześcijan i żydów

Est modus in rebus.

(Wygłoszono na Zjeździe Higienistów Polskich 10.VI 1924.).

Dla skutecznego zwalczania gruźlicy obecna fizjologia winna rozróżnić dwie rzeczy zasadnicze: zarażanie się gruźlicą (infectio) i zachorowywanie na nią (morbiditas). Faktem jest, że zarażamy się gruźlicą prawie wszyscy, szczególnie my, miast mieszkańcy (do 98% Naegeli), nie wszyscy jednak zachorujemy (Strümpell 15%, Dunin 7%). Dla wieku dziecięcego odsetek ten jest stosunkowo mniejszy 1 — 3%. Dane dla dzieci według Lundberga 1,78%, Granchera 1% i Carlsona 1,6%*).

Z danych powyższych należy sądzić, iż — aby zachorować na gruźlicę (ze stanowiska oczywiście klinicznego) trzeba się kilkakrotnie zarazić prątkami Kocha, co zresztą badania Puhla zdają się potwierdzać. Doświadczenie, noszące nazwę fenomenu Kocha, wskazuje wyraźnie, iż organizm zarażony gruźlicą na następne zarażenie reaguje inaczej, aniżeli pierwotnie zdrowy.

Koch mianowicie, wprowadziwszy zupełnie niezakażonej śwince morskiej zawieszinę prątków gruźliczych, otrzymał nacieczenie, a potem niezagajalny wrzód. Była to t. zw. prima infectio. Jeżeli zaś to samo powtórzymy z zarażonym zwierzęciem, to otrzymamy silne nacieczenie miejscowe (aż do zgorzeli włącznie), następnie strup i powierzchowną bliznę, która zniknie po pewnym czasie. Mamy tu zjawisko superinfectionis.

Zarażenie pierwotne u ludzi (prima infectio), badane pierwszy raz przez Kussa (1898 r.), następnie rozpatrywane było przez francuzów, niemców: Ghona, Albrechta i in., Aschoffa, Puhla. Ten ostatni, zbadawszy 131 przypadków, opisał zjawisko zakażenia pierwotnego „wrzodu pierwotnego“, (u francuzów

*) Zmianem jest, iż lues hereditaria u dzieci Paryża wynosi 19% (Lemaire i David), a dla Marokka 80% (Comby).

„chancres d'inoculation“), stąd zaś podział gruźlicy na 3 okresy, wzorem kiły, wprost się napraszał i zaczął się szeroko przyjmować we ftizjologii. Przy sposobności zaznaczam, iż okresem I-ym nazywamy obecność odczynu humoralnego bez zmian klinicznych jawnych (odczyn dodatni v. Pirquet'a, a także Calmette-Wolff-Eisnera, Mendla, Mantoux, Moro). Okres II — to zoły, tuberkuloidy skóry, choroby oczu, skryte postacie, przebiegające jako schorzenia żołądka, serca, krwi etc.

Okres III — zmiany, spowodowane prątkami Kocha, stwierdzone klinicznie w różnych tkankach: płucnej, kostnej, stawów, jako gruczoły ropiejące.

Właściwie „grosso modo“ gruźlica, w naszym rozumieniu popolitem — to okres III.

Przy okresie I-ym R a n k e odróżnia dwie postacie ogniska płucnego i gruczołowego. Puhl odnajdywał „wrzód pierwotny“ w 90% sekcyjnych wypadków, przyczem w 62% i w płucach i w gruczołach.

Zwykle te ogniska ulegają centralnemu zserowaceni, przyczem na obwodzie mamy obwódkę zapalną, zawierającą komórki ołbrzymie, która otacza (inkapsuluje) środek. Ogniska gruczołowe w odróżnieniu od płucnych nie są nigdy całkiem zamknięte (Puhl). Charakterystycznym jest dla I-go okresu, że w tkance wokoło otoczki niema zmian zapalnych, a samo ognisko, zwykle pojedyncze, szybko ulega zwapnieniu i nawet skostnieniu.

Reinfekcja zwykle daje wiele ognisk przeważnie wierzchołkowych i duże zmiany naokoło otoczki samego tworzącego gruźliczego.

Przytaczam te nowsze dane anatomo-patologiczne dlatego, że pozwalają one odróżnić zarażenie pierwotne od powtórnego, nie możemy zaś dłużej rozwodzić się nad tem ze wszech miar ciekawem zagadnieniem, gdyż nas obchodzić tu będzie głównie z a r a ż a n i e się g r u ź l i c ą i stan humoralny dotkniętego organizmu, a nie samo zachorowywanie.

Największym i najniebezpieczniejszym rozsądkiem gruźlicy będzie chory na gruźlicę człowiek lub zwierzę.

Z tego źródła zarażamy się gruźlicą:

1) przez skórę (O s t e r m a n), 2) przez kanał pokarmowy

(Behring), 3) drogami oddechowemi: a) przez kurz (Cornet); b) przez t. zw. infekcję kropelkową (Flügge).

Ponieważ zarażamy się gruźlicą od lat najmłodszych, więc z tego wynika, iż dzieci należy izolować od chorych z otoczenia ewent. rodziców, ponieważ — jak to wykazał Arnould — odległość mniejsza od 1 metra jest najbardziej szkodliwą i dla zarażania niebezpieczną.

Jeden z badaczy francuskich przytacza wypadek zarażenia się zupełnie zdrowego cielęcia — zebu — przez ssanie chorej, jak wykazała sekcja, krowy hodowlanej.

W pierwszorzędnej oborze hodowlanej w Łękach (pow. Kutnowski), którą zwiedzałem dzięki uprzejmości właściciela p. Józefa Czarnowskiego, corocznie brakują, przez szczepienie tuberkulinowe, chore krowy, a cielęta od krów podejrzanych oddzielają — nie mają też gruźlicy u cieląt.

O ilości krów chorych w Łękach możemy dowiedzieć się z następujących danych: w 1913 r. na 100 krów były 3 chore; 5 podejrzanych; w 1914 r. na 105 — 9 podejrzanych; w 1919 r. na 95 krów — 2 chore.

Nawiasowo tutaj nadmienić muszę, że próby moje tuberkulinizacji metodą nacięć lilaków (*Syringa vulgaris*) żadnych rezultatów nie dały.

Widzimy zatem, iż drogi zarażenia są b. rozmaite i teoretycznie rozumując, duży odsetek musi być dotknięty tem cierpieniem.

Za probież zarażenia się gruźlicą obrałem odczyn skórny v. Pirqueta, zmodyfikowany do zwykłego kreskowego nacięcia z kontrolą u góry.) Odczyn Pirqueta jest mieszaniną uodpornienia (immuniza-

*) Trzeba przyznać, że zapoznawano własności biologiczne samej tkanki skórnej, jak to stwierdza Vollmer (Klin. Woch. Nr. 37 i 41 1923 r.). Przypomina on działanie skóry na wydalinę nerek (po zastrzyknięciu 0,3 cm³ 0,9% NaCl wśródskórnie, lub oziębienie skóry stwierdza alkalozę).

W literaturze mamy wypadki związku skóry z płucami:

1) Prof. Parisot (Commun. au Congrès de Méd. légale, Mai 1914) przytacza wypadek śmierci zdrowego poprzednio 28 l. marynarza, palacza okrętowego, w 5 miesięcy po oparzeniu na gruźlicę płuc.

2) Jourdan podaje wypadek śmierci na suchoty kobiety po oparzeniu twarzy i szyi, gdy rany się już goiły.

Przypuszczano działanie nerwowe lub toksyczne.

cji) i uczulenia (sensybilizacji), odczynem swoistym dla gruźlicy, chociaż w niektórych chorobach (np. odra) znikającym bądź wskutek przesycenia skóry surowicą, bądź wyczerpania jej odczynów na inne potrzeby (mówi się wtedy o braku komplementów).

Jak wiadomo, odczyn może być różny; mierząc prostopadłe do nacięcia skórniego cyrklem i odkładając na metalowej podziałce, otrzymamy dane w mm; otóż widziałem odczyny od 3 mm do 120 mm, zatem różnej intensywności przy jednakowej technice i pojedynczym nacięciu. Zależy to, oczywiście, od samego organizmu. Niektóre ustroje wcale nie reagują, bądź wskutek zupełnego braku odtrutek na jad tuberkulinowy (używam tylko A. T. K.), bądź wskutek poprzedniego związania z jadem gruźliczym, wytwarzanym przez sam organizm, dotknięty gruźlicą, np. słabo odtrutki wytwarzający.

Nacięcia robię na prawem ramieniu.

Czy organizm wytwarza wogóle antytoksyny gruźlicze? Oczywiście, o czym poucza nas reakcja Bordet-Gengou, stosowana z surowicą krwi chorego na gruźlicę. Musimy zatem stwierdzić istnienie przeciwciał gruźliczych, szczególnie zaś przeciw tuberkulinowych.

Ustalamy więc, iż prątki gruźlicze (antygeny, wywoływacze), ciała białkowe, dostawszy się do organizmu, wywołują przeciwciała (amboceptory Ehrlicha, substances sensibilisatrices Bordeta).

Przeciwciała, których powstanie wywołały substancje, wytwarzane przez mikroby t. zw. toksyny, noszą nazwę antytoxyn (odtrutek).

Stara tuberkulina Kocha ma własności wiążące dla przeciwciał, zawartych w surowicach gruźlików, jak to wykazali Bordet, Gengou. Jednak z drugiej strony surowica gruźlików wiąże prątki gruźlicy ptasiej, prątki masłowe Rabinowicza, prątki d'Arloing'a i inne kwasoodporne. Według Massola też samo da się powiedzieć o prątkach Behringa.

Odczyn jedni przypisują antialbuminom, antilipoidom (Much i Leschke), inni fosfatydom (Meyer, Deilmann).

Następnie prace podjęte nad znalezieniem odczynu swoistego dla wydzielin toksycznych ustroju chorego — badania nad odczynem biologicznym, sposobem Mantoux, podjęte przez Wildbolza dla moczu chorych — nie dały możliwości pomimo zawitej i kłopotliwej techniki wykrycia c e c h s w o i s t y c h.

By zbadać zarażanie się gruźlicą i zobrazować szerzenie się jej u ludzi, przeszczepiłem sposobem v. Pirqueta około 1500 dzieci, różnego wieku i płci. Większość z danymi wieku umieściłem w tablicach.

Przejdziemy zatem do naszych badań nad odczynem biologicznym v. Pirqueta u dzieci.

Szczepiłem dzieci żydowskie i chrześcijańskie.

Rozpatrując tablice poglądowe, przechodzimy do tablic dotyczących się żydów.

Tablica I A.

8 l.	1	(50%)	1	6	(30%)	14
9 l.	3	(42%)	4	18	(42%)	25
10 l.	5	(50%)	5	10	(24%)	31
11 l.	3	(60%)	2	19	(44%)	25
12 l.	2	(40%)	3	19	(47%)	21
13 l.	3	(75%)	1	11	(64%)	6
14 l.	1	(100%)	—	9	(50%)	9
15 l.				1	(20%)	9
16 l.				2	(100%)	—

Zatem na 264 szczepień v. Pirqueta u Żydów mamy 113 rezultatów dodatnich, co stanowi 42,8%.

Zbyt małe liczby (wszystkich 34) dla chłopców wynikają z trudności robienia tych badań u żydów, ze względu na ciemnotę i podejrzliwość dla nowych prądów i poczynąń. Na tem miejscu uprzejmie dziękuję dr. med. Federmanowi za umożliwienie mi pracy.

Z moich szkół chrześcijańskich (wyjąwszy kilku żydów) przedstawiam obfity materiał na następującej tablicy:

Tablica IB.

6 l.	—	—	—	—	1	1	2	50
7 l.	14	9	23	60	16	25	41	38
8 l.	74	59	133	56	62	54	116	53
9 l.	79	48	127	62	75	58	133	59
10 l.	72	32	104	70	80	30	110	73
11 l.	54	27	81	67	37	24	61	60
12 l.	26	19	45	58	28	19	47	60

13 l.	18	18	36	50	9	4	13	70
14 l.	6	5	11	54	9	6	15	60
15 l.	2	—	2	100	11	7	18	61
16 l.					2	3	5	40
17 l.					1	1	2	50
18 l.					1	—	1	100
19 l.					1	—	1	100

Dla chłopców chrześcijan mamy 61,4% rezultatów dodatnich;
 dla dziewczynek chrześc. „ 58,7% „ „
 Dla chłopców żydów „ 51 % „ „
 dla dziewczynek żydówek „ 41,3% „ „

Z cyfr powyższych widzimy, iż:

1) Odsetek prób dodatnich w obu grupach męskich jest wyższy niż w odpowiedniej żeńskiej;

2) Odsetek jest większy u chrześcijan, niż u żydów.

Punkt pierwszy jest w zgodzie z innymi badaniami.

A. S o k o ł o w s k i znajduje odsetek dla mężczyzn wyższy niż dla kobiet.

K o s z u t s k i w swej pracy dla Kalisza (1200 szczepień v. Pirqueta) podaje dla chłopców 76,3%, dla dziewczynek 71,72%. Inni badacze podają li tylko ogólne cyfry (B i e h l e r o w a 55,1%, Z a n d o w a 33,8%).

O tem, że żydzi mniej chorują i mniej na gruźlicę umierają, wiemy od licznych autorów cudzoziemskich (L o m b r o s o, C a l m e t t e, którzy aczkolwiek operują nieznacznym materiałem, jednak mogą wniosek ten postawić.

W naszym piśmiennictwie pytanie to jest stawiane od przeszło stu lat, przyczem część autorów (K l a r n e r, B a r a n o w s k i i in.) wypowiada zdanie wręcz przeciwne.

Wśród autorów, którzy ciekawą tę kwestję zachorowywania chrześcijan i żydów na gruźlicę poruszali, panuje tak znaczna rozbieżność zdań z tego powodu, iż teoretyczne rozważania w praktyce nie zawsze się sprawdzają.

Pierwszym, zdaje się, który poruszył u nas sprawę zdrowotności wśród żydów, był Sekretarz W. T. Lek. i wzięty lekarz dr. J a n T h e i n e r, który w 1821 r. wygłosił odczyt p. t. „O żydach polskich, sposobie ich życia i najgłośniejszych mię-

dzy nimi panujących chorobach" (Pamiętnik T. L. W., t. IV, z. I).

W dziełku swoim mówi o ich przesadach, zabobonach, brudzie, chorobach i t. d. mniemając, iż więcej podlegają wszelkim chorobom zakaźnym, niż chrześcijańska część ludności polskiej.

Podkreśla ich opłakane warunki higieniczne, unikanie pracy fizycznej („próżnowanie“), skąpe żywienie się, oraz wczesne małżeństwo. Brud i wyniszczenie organizmu stają się główną przyczyną chorób takich, jak świerzba i choroba skrofuliczna, najbardziej wśród żydów grasujących.

Podobnego zdania jak Theiner, jest również Szymon Klarner (1892 r.), który znajduje u dzieci żydowskich większy odsetek gruźlicy (27), niż u ludności chrześcijańskiej, czy to miejskiej (10), czy to wiejskiej (4). Wogóle uważa, że u żydów jest więcej gruźlicy, podając, jako przyczynę, złe odżywianie, brud i wczesny ożenek przy słabym rozwoju cielesnym.

Innego natomiast był zdania w swych pracach o gruźlicy wśród chrześcijan i żydów Sokółowski, który dowodził, iż chrześcijanie chorują i zapadają na gruźlicę, i to przy dużym materiale w stosunku 2 : 1 (1 zmarły suchotnik na 350 i 700 mieszkańców). Przytacza statystykę od 1900 do 1902 roku dla Warszawy.

Tablica II.

	Warszawa:		Gruźlica:
1900 r.	1264 chrz. i 356 ż. (11,5%) (9%)	na	{ 430082 chrz. 249928 Ż.
1901 r.	1246 chrz. i 369 Ż. (11%) (8%)	na	{ 457276 chrz. 254722 Ż.
1902 r.	1246 chrz. i 376 Ż. (13%) (10%)	na	{ 472801 chrz. 263824 Ż.

% ogólnej śmiertelności. Zgadza się to z nowszemi badaniami Wincentego Boguckiego.

Biegański 1904 na 421 chorych gruźlików w Częstochowie znalazł 343 chrz. (81,5%) i 78 Ż. (18,5%), gdzie wynosili 31%.

Jako przyczynę tego podaje hipotezę doboru naturalnego pod tym względem u Żydów.

Chłapowski podkreśla tutaj lepszą kontrolę rzezi bydła u Żydów, gdyż z tego źródła może być dużo zakażeń.

Następnie sprawą tą powtórnie zajął się Sokółowski (1912) i przejrawszy dziesięć tysięcy swych pacjentów znalazł w tej liczbie 37,87% gruźlików, co stanowi dla chrześcijan (5000) 40,26% (2013), dla Żydów 35,48% (1774). Odsetki według płci będą następujące: dla chrześcijan M. 58%, K. 42%; dla Żydów M. 62%, K. 38%.

Z innych autorów Seweryn Sterling (Łódź) i Cenner (Radom) podkreślają śmiertelność z powodu gruźlicy u Żydów o $\frac{1}{2}$ mniejszą, aniżeli u chrześcijan.

Koszutski wspomina o próbie v. Pirqueta u dzieci chrześcijan i Żydów: mianowicie na 1100 szczepień u chrześcijan miał rezultatów dodatnich 75,1% (73, 75, 76, 72, 85,42), na 100 szczepień u Żydów plusów 63%.

Wyczerpującej pracy, dotyczącej się Szpitala Dzieciątka Jezus W. Starkiewicz i T. Gryglewicz (1903), podając odsetek gruźlików w szpitalach na 17,5 znajdują, że Żydzi mniej chorują (5,13 do 6,68), lecz znacznie mniej umierają na gruźlicę w szpitalach (20,57 do 49,18 dla Warszawy, oraz 21,12 do 42,93 dla prowincji.

Reasumując te wszystkie dane, musimy powiedzieć, iż mniejszy odsetek u Żydów stanowi zdaje się rezultat znacznie wcześniejszej urbanizacji u Żydów niż u chrześcijan, czego rezultatem jest większa Żydów na gruźlicę odporność.

Podobne zjawisko możemy przejrzeć na murzynach z kolonji francuskich, którzy dając z początku mały odsetek Pirqueta (4%), w dalszych kolejach życia garnizonego znacznie go podwyższają.

Badania nasze tem są ważne dla higieny praktycznej, iż ilustrują groźbę kłęski gruźliczej wśród dziatwy szkolnej i każą nam się starać zwalczać tę kłeskę. Szczególniej powinniśmy zwrócić uwagę na jednostki ze zmianami stwierdzonemi klinicznie, lecz bez lub ze słabym Pq. Te osobniki — po wypadkach gruźlicy otwartej (Koch †), które trzeba usuwać ze szkół, — powinny szczególnie być obserwowane przez higienistę — lekarza szkolnego.

Wszelkie metody zwiększenia odporności komórek winny być tu stosowane pieczołowicie, przy wysyłaniu na kolonje lecznicze dzieci te mają pierwszeństwo bezwzględne.

Gimnastykę dla tych dzieci winno się prowadzić na powietrzu

(Ichod), oddzielnie dla chłopców i dziewczynek. Dobrze jest łączyć z tem śpiewy chóralne.

Gruźlica otwarta, czy to dzieci, czy to nauczycielstwa jest b. niebezpieczna dla ucni.

Zobrazuje to nam następujące zestawienie.

Badalem tu dzieci według oddziałów, otrzymawszy co następuje:

(Chrześcijanie)

S. M. (M)I-a 71%; I-b 63%; I-c 81%; II-a 41%; II-a 41%; II-b 77%; II-c 76%; II-d 50%.

S. M. 66 (Z) I-a 52; I-b 53; I-c 58; II-a 75; II-b 64%.

S. M. 44 (Koeduk.) I-a (m) 70; I-b (ż) 50; II-a (m) 63; II-b (ż) 56%.

S. M. 39 (Koeduk.) I — 47; II-a 53; II-b 67; II-c 72%.

S. M. 82 (Koeduk.) I — 70%

(Żydzi)

S. M. 77 (Z) I (22) 41% (c. 66,6%, Dz.: 36,8%); II (41) 34,2% (c. 40 D. 33,3) III A. (23) 39,1% (c. 50, Dz. 35) do 33 mm. III B (32) 46,9% (c. 100, Dz. 37) IV (31) 51,6% (c. 100, Dz. 48,3. V (35). 54,3% (c. 100, Dz. 50). VI (Dz.) (23) 43,5%.

W statystyce tej musimy podkreślić:

1. Większy odsetek prób dodatnich w równoległych oddziałach męskich, niż żeńskich.

2. W koedukacyjnych — według lat dobranych oddziałach, odsetek wzrasta z wiekiem.

3. Mniejszy wogóle odsetek w oddziałach żydowskich.

4. Największy odsetek — 81% przypada na oddział, gdzie nauczycielka miała sprawę płucną czynną.

Zbadawszy szczegółowo warunki tego oddziału przekonałem się, że pokój szkolny na 26 ucni miał 36 m.², co daje 1,4 m.² na ucni, wysokość wynosiła 3,3 metra; powierzchnia świetlna składała się z 3 okien: $3 (1,08 \times 1,83) = 5,9292$ m.² ca. 6 m.², co daje 16,7%.

Warunki są zatem zadawalające, szkoła — poranna.

U tychże 26 chłopców badania domowe z wywiadami wykazały dane przeciętne: u 4 w rodzinie najbliższej była gruźlica, u 1 na suchoty umarł ojciec, u 1 — matka. Przy jednostkowym badaniu

znaleziono u 22 znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, przeważnie szyjnych, jeden z malców przebył zapalenie płuc.

Wszystko to wskazuje, iż dzieci, niestety, zakażane były głównie w szkole.

Zatem próba v. Pirqueta, tak prosta w wykonaniu, winna znaleźć liczniejsze zastosowanie w szkołach, niż to ma miejsce obecnie, kiedy ogół nieufnie odnosi się do medycyny społecznej, odczuwając ingerencję lekarza w tej dziedzinie jako zamach na swobodę indywidualną.

Tak dalej być nie może i należy nieświadomych pouczyć o konieczności i zbawienności tych poczynań i wpoić w nich przekonanie, że tylko na drodze zapobiegania chorobom leży szczęście ludzkości.

Nieszkodliwość i pożyteczność próby v. Pirqueta stwierdza: u 73 dzieci różnego wieku (8—16) po szczepieniu nie było ani temperatury, ani ubytku na wadze, przeciwnie przyrost (od 0,2 do 1,1 klg.).

Pamiętamy o tem my, lekarze szkolni, i staramy się zaznajomić ogół nauczycielstwa z istotą gruźlicy przez wykłady i wciąganie do czynnego jej zwalczania przez Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą.

Sądźmy, iż na tej drodze uzyskamy duży postęp.

Dlatego Zjazd uchwalić raczy, co następuje:

1. Należy stosować próby v. Pirquet'a w celach rozpoznawczych w szkołach, dla wyodrębnienia dzieci zarażonych i chorych.
2. Dzieci z otwartą gruźlicą usuwać.
3. Gruźliczych nauczycieli i nauczycielki wysyłać przez odpowiednie czynniki dla leczenia klimatycznego.

Punkty 2-gi i 3-ci z powodu wielkiego niebezpieczeństwa (do 81%) zarażenia gruźlicą dużego % dzieci).

4. Ćwiczenia fizyczne dla dzieci obowiązkowo prowadzić na powietrzu (w połączeniu z oddychaniem i śpiewami).
5. Otwierać szkoły lasowe (Hewelke).
6. Nie przeciążać dzieci zbytnią nauką.

Przy sposobności z prawdziwą przyjemnością dziękuję za pomoc przy pracy niniejszej pp. F. Balukiewiczównie, dr. W. Starkiewiczowi i dr. M. Roszkowskiemu.

Dr. Stanisław Wąsowicz (Warszawa).

Asystent Szpitala Wolskiego, lekarz przychodni przeciwgruźliczej
im. Prof. D-ra Alfreda Sokolowskiego.

Znaczenie pracowni przy przychodni przeciwgruźliczej.

Badania laboratoryjne posiadają duże znaczenie, stają się niezbędnymi w praktyce lekarza i coraz więcej rozpowszechnia się pogląd, że dokładne ustalenie rozpoznania, a za niem leczenia i rokowania, bez laboratorium jest wielce problematyczne. Z politowaniem lekarz-klinicysta odzywa się zwykle o praktyce ambulatoryjnej, w której większości badań przeprowadzić nie można, część zaś, wykonywana w odrębnych laboratorjach, przychodzi opóźniona, często nieaktualna. Uniknąć tego można przez równoległą pracę kliniczną i laboratoryjną.

Znaczenie tej współpracy w przychodni przeciwgruźliczej jest niezwykle cenne pod względem dajagnostycznym i leczniczym.

W wielu przypadkach początkowej gruźlicy płuc, w których zmiany fizykalne są minimalne, wynik dodatni badania płwociny potwierdzi rozpoznanie kliniczne i pozwoli chorego wziąć w opiekę przychodni, nie łudzając jego ani rodziny rozpoznaniem w rodzaju „kataru wierzchołka”!

Zdarza się często, iż chorzy dotknięci rozszerzeniem oskrzeli w następstwie włóknistej gruźlicy lub marskości płuc, są leczeni ambulatoryjnie z powodu uporczywego kaszlu z obfitą wydzieliną jako suchotnicy, tymczasem dokładne wielokrotne badanie płwociny wykaże rzeczywistą przyczynę obecnych dolegliwości.

Częste też są przypadki, że chorzy obchodzą lekarzy różnych specjalności z powodu przewlekłego stanu podgorączkowego, wreszcie, jako podejrzani o sprawę gruźliczą przybywają do przychodni, gdzie dokładne badanie kliniczne, uzupełnione przez badanie płwociny, roentgenoskopję i badanie moczu, wykaże, iż nie gruźlica, lecz przeoczone przewlekłe zapalenie miedniczek jest źródłem gorączki.

Liczni są również chorzy, którzy ze skargami na uporczywe bóle w klatce piersiowej obesli wielu lekarzy, otrzymując różne wska-

zówki lecznicze i, wreszcie, z niepokojem, czy nie są dotknięci suchotami, zgłaszają się do przychodni, gdzie badanie płwociny, nie wykazujące prątków gruźliczych, łącznie z roentgenoskopją potwierdza rozpoznanie tak dokuczliwych i częstych zrostów oplucnowych. Cóż z tego? — To samo przypuszczało zapewne wielu z pośród poprzednio badających lekarzy, których zlecenia chorym nie pomagały. Lekarz przychodni również nie usunie tych dolegliwości, lecz na podstawie wyników badania chorego uspokoi, wytłumaczy mu wtedy śmiało istotę cierpienia, z którym trzeba się pogodzić jako ze smutną koniecznością.

Niemalą jest też zastęp neurasteników ftizjofobów, których można było przekonać, że są zdrowi i zdolni do pracy, tylko zawdzięczając licznym i dokładnym badaniom lekarskim.

Systematyczne te badania mają jeszcze inną wartość, a mianowicie: dają możność zupełnie przedmiotowego ocenienia przebiegu schorzenia. Przybywanie na wadze, poprawa stanu ogólnego nie uspią czujności lekarza, dopóki w skąpej często płwocinie stale będą wykrywane prątki Kocha. Odwrotnie, znikanie prątków w płwocinie łącznie z innymi danymi jest najlepszym sprawdzianem poprawy zdrowia.

Lecz nie tylko dają diagnostyczne korzyści przynosi nam obecność podręcznego laboratorium w przychodni przeciwgruźliczej. — Mam na myśli wpływ dokonywanych badań laboratoryjnych na psychikę chorego. Chory widzi, że lekarz nie tylko „popukał, posłuchał”, a potem przepisał receptę, chory przekonał się, że został zbadany dokładnie i że w rozpoznaniu jego cierpienia włożono dużo pracy, opartej na nowoczesnych badaniach lekarskich.

O ileż łatwiej wtedy trafić do przekonania choremu, by nasze zlecenia lecznicze i zapobiegawcze wykonywał dokładnie, oraz nawiązać między chorym i przychodnią ścisły kontakt, który jest niezbędny w społecznej walce z gruźlicą.

Z badaniem płwociny nie zwleka się do wskazania lekarza. Chory zaraz po przybyciu do przychodni odpluwa do podanego mu naczynia, zaś w razie niemożności oddania płwociny przynosi ją naza jutrz do przychodni. Do gabinetu lekarskiego chory przychodzi nie tylko ze zmierzoną ciepłotą, ale i z wynikiem badania płwociny.

Poniżej podaję dane liczbowe z czynności pracowni przy przy-

chodni przeciwgruźliczej in. Prof. Dr. Alfreda Sokołowskiego za czas od 1 maja do 1 listopada r. b. W tablicy tej zestawiony jest stosunek liczbowy chorych, zgłaszających się do przychodni po raz pierwszy i ponownie, do ilości zbadanych płwocin z wyszczególnieniem wyników, oraz inne badania.

Miesiąc	Chorzy zgłaszający się po raz pierwszy			Chorzy zgłaszający się ponownie			Kał	Moer	Pirquet	Wassermann	Roentgen
	ilość	w płwocinie Koch + Koch—		ilość	w płwocinie Koch + Koch—						
maj	148	33	57	259	38	81	9	33	53	1	54
czerwiec	140	16	60	197	39	73	5	31	33	—	18
lipiec	107	17	45	218	56	47	4	31	16	3	37
sierpień	137	19	52	116	50	56	3	48	29	1	27
wrzesień	85	14	25	239	56	64	3	21	14	7	21
październik	98	12	40	276	52	87	8	42	23	2	29
razem za 1 roku	715	111	279	1305	291	408	32	206	168	14	126

U w a g a. Badania krwi na odczyn Wassermanna i roentgenoskopia wykonywane były poza przychodnią.

Z tablicy tej łatwo obliczyć, że od 49% (maj, wrzesień) do 70% (sierpień) chorych miało zbadaną płwocinę. Ogółem 37% zbadanych płwocin dało wynik dodatni. Z liczby 715 nowych chorych u 111 (15,5%) badanie płwociny wykazało prątki Kocha.

Przy badaniu płwociny należy posługiwać się znaną metodą Ziehl-Neelsena. W przypadkach wielokrotnie otrzymywanych wyników ujemnych należy stosować badanie metodą homogenizacyjną.

Zorganizowanie podręcznego laboratorium przy przychodni przeciwgruźliczej nie jest zbyt trudne. Oto spis niezbędnych przyborów i odczynników: 1) mikroskop z imersją, 2) wirówka, 3) skaryfikator, 4) uszkę platynowe, 5) kran wzgl. naczynie z wodą, umieszczone na półce, 6) naczynia do moczu, 7) szkiełka zegarowe (większej do płwocin, 8) szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, 9) lejek, 10) probówki zwykłe i do wirownicy, 11) palnik gazowy lub lampka spirytusowa, 12) fuksyna karbolowa Ziehl-Neelsena, 13) 3% kwas

solny w alkoholu, 14) błękit metylenowy Mansona, 15) olejek cedrowy, 16) kwas octowy, 17) odczynnik na cukier Heinesa lub Nylander, 18) stara tuberkulina Kocha, 19) jałowy roztwór soli fizjologicznej, 20) bibuła do filtrowania oraz odczynniki do homogenizacji płwociny, stosownie do używanej metody.

Wyszczególniony powyżej wykaz przedmiotów, niezbędnych dla urządzenia skromnej pracowni przy przychodni przeciwgruźliczej, nie wymaga nawet w czasach obecnych zbyt wielkich kosztów. Zaś praca lekarska w dobrze urządzonej przychodni zyskuje na zaufaniu, dając możność roztoczenia opieki nad liczną rzeszą chorych, dotkniętych lub zagrożonych gruźlicą, na zwalczenie której społeczeństwu nie wolno skąpić sił, ani żałować środków.

IV Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą.

(Lozanna 5 — 7 sierpnia, 1924 r.)

Po raz czwarty po wojnie zebrali się fizjologowie, należący do Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą, by omówić kwestję, dotyczące tej wielkiej klęski społecznej.

Pierwsza konferencja, zwołana przez Francuski Komitet do walki z gruźlicą, odbyła się w Paryżu w 1920 r., druga — w Londynie w 1921 r., trzecia — w Brukseli w 1922 r., czwarta — w Lozannie.

Okolo 450 osób uczestniczyło w konferencji, reprezentując 27 państw, należących do Związku.

Uroczyste otwarcie konferencji nastąpiło 5 sierpnia w auli pałacu de Rumine przez p. Chuarda, Prezydenta Rzeczypospolitej, który w przemówieniu wspominał, iż Szwajcarja wydaje rocznie okolo 12 milionów franków na zwalczanie gruźlicy, czyli 3 fr. na obywatela, natomiast obecna sytuacja finansowa kraju dotychczas nie pozwala na uchwalenie prawa przeciwgruźliczego, wymagającego dużych środków pieniężnych.

Po Prezydencie przemawiali p. Dewez (Belgja), przewodniczący Komitetu wykonawczego Związku, p. Morin (Szwajcarja), przewodniczący konferencji, prof. Leon Bernard (Francja), sekretarz jeneralny Związku, i prof. Arthus, dziekan wydziału lekarskiego w Lo-

zannie, który w pięknym przemówieniu porównał pracowników na polu walki gruźlicą do nieznananych budowniczych katedry lozańskiej, będącej arcydziełem sztuki, podziwianem przez pokolenia. Tegoż dnia prof. Calmette z Paryża wygłosił odczyt p. t. „Czy znajdują się w przyrodzie lub czy można sztucznie stworzyć postaci saprofityczne prątka Kocha, które byłyby podatne do przejścia w prątek gruźliczy złośliwy?” (Existe-il dans la nature ou peut-on créer artificiellement des formes saprophytiques du bacille de Koch, qui soient susceptibles de se transformer en bacille tuberculeux virulent).

W wstępnej części odczytu Calmette podaje, iż w nauce znane są liczne postaci prątków, podobnych morfologicznie do prątków gruźliczych, posiadających własności nieodbarwiania się kwasami i alkaljami po zabarwieniu sposobem Ziehla. Otóż prątki te, zw. prątkami rzekomogruźliczymi, znajduwane są w różnych środowiskach (prątek trądu Hansena, prątek trądu szczurów Stefańskiego, prątek żółwi Friedmanna i t. p.). Większość z nich istnieje w przyrodzie w charakterze saprofitów w mleku, maśle, wydzielinach ludzkich i zwierzęcych, w rurach kanalizacyjnych i t. p.

Po omówieniu cech morfologicznych i fizjologicznych prątków rzekomogruźliczych, Calmette przedstawił dotychczasowe badania nad możliwością przejścia tych prątków w prątki gruźlicze.

Po przytoczeniu badań Dubarda, Bataillona i Terre'a (1897) nad prątkami w guzach karpia, badań W. Kollego, H. Schlossbergera i W. Pfannenstiela (1921), J. Igersheimera i H. Schlossbergera (1921), wykazujących możliwość przejścia prątków rzekomogruźliczych w prątki Kocha, oraz badań Br. Langego, Br. Heymanna i Waltera Straussa, nie potwierdzających wyników prac poprzednich autorów, Calmette, na podstawie doświadczeń przeprowadzonych z A. Boquetem i L. Nègrem, dochodzi do wniosku, iż w obecnej chwili nie ma dostatecznych danych naukowych do uznania prątków rzekomogruźliczych za podatne do nabywania własności prątków Kocha.

Co się tyczy badań nad przejściem prątka gruźliczego w prątek rzekomogruźliczy, to dotychczasowe badania również tego nie wykazały.

J. Ferran z Barcelony, J. Auclair i Vaudremer z Paryża otrzymywali przez zmienianie składników pożywek odmiany prątków, zbliżonych do prątków rzekomogruźliczych, które następnie znów zmieniano w prawdziwe prątki gruźlicze.

Calmette'owi i C. Guérinowi udało się po dokonaniu 230 hodowli w ciągu 13 lat otrzymać prątki kwasoodporne, o własnościach stałych, pozbawione złośliwości dla wszystkich gatunków zwierzęcych, nie wywołujące w organizmie gruźliczków, jakkolwiek części składowe tych prątków są trujące i zdolne do wytwarzania tuberkuliny.

Otrzymane prątki służą Calmette'owi do robienia szczepionek przeciwgruźliczych.

Są to, według Calmette'a zmienione fizjologicznie prawdziwe prątki Kocha, wytwarzające taką samą tuberkulinę, jak prątki złośliwe, rosnące przy 38° i wywołujące po wstrzyknięciu zwierzętom powstawanie w organizmie przeciwciał.

W ostatniej części odczytu Calmette omówił próby dokonywania szczepień z prątkami rzekomogruźliczemi (F. Klempere, Friedmann, Beck, B. Lange, Calmette i C. Guérin), które nie dały wyników dodatnich.

W ostatecznym wniosku Calmette wyraża przypuszczenie, iż prątki rzekomogruźlicze są nieszkodliwe dla ludzi i zwierząt i nie odgrywają roli w szerzeniu się gruźlicy w przyrodzie.

W dyskusji P. Bezançon i A. Philibert (z Paryża) zwrócili uwagę, iż prątki rzekomogruźlicze znajdujące się zwykle w otoczeniu ludzi lub zwierząt chorych na gruźlicę, i skłonni są uważać je za prątki gruźlicze zwyrodniałe. Uznając, na podstawie własnych badań, odmienne cechy prątków gruźliczych, hodowanych w warunkach specjalnych, twierdzą stanowczo, iż tylko prawdziwe prątki gruźlicze mogą wywołać gruźlicę. P. Courmont (z Lugdunu) zapoznał z własnymi badaniami nad odczynem aglutynacyjnym w gruźlicy, Vaudremer (z Paryża) przedstawił badania nad przystosowywaniem się prątka gruźliczego do różnych środowisk, Nathan Raw (z Londynu), Maher (z Ameryki), E. Pruvost (z Paryża), H. Schroetter (z Wiednia), Irimescu (z Bukaresztu) i inni dorzucili własne uwagi i spostrzeżenia.

Drugi odczyt wypowiedział Prof. H. Forssner (ze Sztokholmu) p. t. Ciąża a gruźlica (Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose).

Po omówieniu dotychczasowych poglądów i metod postępowania w tej trudnej kwestji w różnych krajach, H. Forssner przedstawił wyniki własnych badań dokonanych wspólnie z C. Sundellem i G

Kjellinem. Badania przeprowadzono w ciągu 6 lat w 2 zakładach położniczych i 2 przychodniach przeciwgruźliczych w Sztokholmie, kosztem Szwedzkiej Ligi przeciwgruźliczej. Zbadano 30.000 kobiet, z których około 1500 skierowano do przychodni celem obserwacji lub roztoczenia opieki.

Dane statystyczne, umieszczone w tablicach, przedstawiają wyniki pracy H. Forssnera.

Na podstawie tych liczb H. Forssner twierdzi, iż, wbrew dotychczas panującemu mniemaniu, ciąża nie wywiera złego wpływu na gruźlicę, zwłaszcza w okresie początkowym, i wobec tego niema wskazań do sztucznego poronienia, z wyjątkiem przypadków bardzo rzadkich, kwalifikujących się do uwzględnienia z przyczyn indywidualnych.

Co się tyczy dzieci matek gruźliczych, to rodzą się one zdrowe, lecz niebezpieczeństwo zagraża ich życiu wskutek przebywania z choremi matkami.

TABLICA I.

Wyniki	Okres według Turbana.	Polepszenie lub bez zmiany.	Pogorszenie.				Zmarło.
			I	II	III	Ogółem	
obserwacji w ciągu 1-go roku 396 kobiet	I 160—40%	120—75%	16	9	11	36—23%	4—2%
	II 107—27%	78—73%	—	11	12	23—21%	6—6%
	III 129—33%	55—43%	—	—	26	26—20%	48—37%
obserwacji w ciągu 2-ch lat 359 kobiet	I 140—38%	83—59%	14	15	9	38—27%	19—14%
	II 95—27%	53—56%	—	9	20	29—30%	13—14%
	III 124—35%	33—27%	—	—	13	13—10%	78—63%

W tablicy I-ej umieszczone są chore na gruźlicę płuc, które nie były w ciąży w czasie dwuletniej obserwacji, ani w roku poprzedzającym obserwację.

TABLICA II.

Wyniki	Okres	Polepszenie lub bez zmiany	Pogorszenie.	Zmarło.
Obserwacji w ciągu 1-go roku 341 kobiet.	I 183—53%	157—26%	25—13,5%	1—0,5%
	II 109—32%	82—75%	23—21%	4—4%
	III 49—15%	19—38%	9—19%	21—43%
Obserwacji w ciągu 2-ch lat 299 kobiet	I 158—52%	125—79%	23—14%	10—7%
	II 97—33%	66—68%	21—22%	10—10%
	III 44—15%	13—30%	2—5%	29—65%

W tablicy II-giej są umieszczone chore na gruźlicę płuc, obserwowane w ciągu dwu lat po ciąży.

TABLICA III.

Wyniki obserwacji w ciągu		1 roku	2 lat	3 lat	Powyżej 3 lat	Ogółem
34 dzieci zabranych matkom po urodzeniu	żyjące i zdrowe	2	5	3	18	28—82%
	zmarłe nie z powodu gruźlicy	3	1	—	—	4—12%
	dotknięte gruźlicą, lecz żyjące	—	1	—	—	1—3%
	zmarłe na gruźlicę	—	—	1	—	1—3%
89 dzieci wychowanych przez matki	żyjącej i zdrowe	3	9	4	30	46—52%
	zmarłe nie z powodu gruźlicy	2	1	—	—	3—3%
	dotknięte gruźlicą, lecz żyjące	2	4	5	11	22—25%
	zmarłe na gruźlicę	10	4	5	1	18—20%

W tablicy III-iej jest przedstawiony los dzieci, pochodzących od matek chorych na gruźlicę, zabranych i zostawionych matkom.

Po odczycie wywiązała się długa dyskusja, która ujawniła dość znaczną rozbieżność poglądów. Jedni (Léon Bernard, Bezançon, Carpi, Fici, Levi, Pollack) zgadzali się z wnioskami prelegenta, podkreślając specjalnie szkodliwy wpływ porodu na przebieg gruźlicy, konieczność leczenia kobiet ciężarnych chorych na gruźlicę, zabezpieczenie dziecka od zarażenia i t. p. Inni (Rist i Küss z Paryża, Staechelin z Bazylei, Dumarest z Hauteville), opierając się na własnych statystykach, byli odmiennego zdania, uważając, iż przypadki należy indywidualizować, gdyż rokowanie zależy często od warunków społecznych chorej. Co się tyczy dzieci pochodzących od matek, chorych na gruźlicę, to Débré potwierdził wniosek H. Forssnera, wykazując, iż dzieci, zabrane matkom możliwie wcześnie, nie zapadają na gruźlicę.

W trzecim odczycie p. t. „Wpływ organizacji przeciwgruźliczej na zmniejszenie się umieralności z gruźlicy” („Les effets de l'organisation de la lutte antituberculeuse sur la diminution de la mortalité tuberculeuse”), sir Robert Philip, profesor fizjologii na wydziale lekarskim w Edyμβurgu, przedstawił rozwój i organizację akcji przeciwgruźliczej w Anglii i Szkocji, oraz dla udowodnienia celowości i potrzeby tej akcji, przytoczył bardzo dokładną statystykę, wykazującą spadek umieralności z gruźlicy.

W 1887 roku założono w Edyμβurgu pierwszą przychodnię przeciwgruźliczą. W 1912 r. zaczęto obowiązywać zawiadamianie przypadków gruźlicy płuc, a w 1914 r. — wszystkich postaci gruźlicy. Centralną organizacją przeciwgruźliczą w Anglii kieruje Minister Zdrowia publicznego, zaś w Szkocji — Biuro higieny. Kierownictwo akcją miejscową należy do władz lokalnych.

Akcja rozwija się planowo, według systemu Edyμβurskiego „Edinburgh Tuberculosis Scheme” (British Medical Journal, 23 lipca 1898 r.), który polega na tem, że przychodnia przeciwgruźlicza jest głównym ośrodkiem działalności, zaś sanatorja, szpitale, przytułki, kolonje rolne i t. p. są instytucjami pomocniczymi. Od 1887 r. stwierdza się w Anglii i Szkocji stały rozwój organizacji przeciwgruźliczej, która 1 stycznia 1924 r. obejmowała:

Przychodni 475.

Lekarzy (Tuberculosis Officers) 420.

Sanatorjów, szpitali, kolonji i t. p. — 24.031 łóżek.

Przytoczone przez prelegenta dane statystyczne przedstawiają poglądowo wpływ tej organizacji na umieralność z gruźlicy.

Umieralność w Szkocji na 10.000 mieszkańców:

	Ze wszystkich postaci gruźlicy	Z gruźlicy płuc
w 1869 r.	36,5	25,8
„ 1879 „	33,0	22,7
„ 1889 „	24,5	17,9
„ 1899 „	23,9	16,6
„ 1909 „	19,7	12,7
„ 1919 „	13,1	8,9
„ 1923 „	11,8	8,1

Wyniki, podobne do powyższych, otrzymano również w Anglii i Stanach Zjednoczonych. — W dyskusji wszyscy mówcy podkreślali doniosłość otrzymanych wyników w Anglii i Szkocji, oraz przedstawiali stan organizacji lub poczynań w walce z gruźlicą w swoich krajach. Jednomyslnie przyjęto następujący wniosek: „IV Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą, po wysłuchaniu referatu Prof. sir Robert Philipa, oraz zgodnych komunikatów innych mówców, stwierdza z żywym zadowoleniem zmniejszanie się gruźlicy we wszystkich krajach świata, oraz uważa, że planowa organizacja przeciwgruźlicza jest jednym z najważniejszych czynników tego zmniejszania się, jak wykazały dane z krajów, gdzie taka organizacja funkcjonuje od wielu lat.

Konferencja zaleca odnośnym władzom różnych krajów powyższe spostrzeżenia, oparte na naukowych statystykach, które powinny koniecznie być zaprowadzone we wszystkich krajach cywilizowanych, na podstawie odpowiedniego prawodawstwa i rozporządzeń”.

Prócz referatów A. Calmetta, H. Forssnera i sir Robert Philipa wygłosili odczyty publiczne: prof. Sahli z Berna o „Obronie organizmu przeciw zakażeniu gruźliczemu“ („Sur la défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse“), oraz prof. Leona Bernarda z Paryża „Profilaktyka gruźlicy u dzieci“ („La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant“).

Następna Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą odbędzie się w Waszyngtonie w 1926 r.

Po Konferencji odbyła się 10-dniowa wycieczka po uzdrowiskach i miastach Szwajcarii (Leysin, Montana, Heiligenschwendi, Thoun, Bern, Zurich, Davos, Arosa) celem zaznajomienia się z urządzeniami przeciwgruźliczemi.

Dr. Kazimierz Dąbrowski.

Knud Faber. Wyniki walki z gruźlicą w Danji.

(Les résultats de la lutte antituberculeuse au Danemark, 1924).

Danja jest jedynym krajem w Europie, posiadającym — zawdzięczając wzorowym urządzeniom — najniższą umieralność z gruźlicy. Podczas wielkiej wojny umieralność znacznie się wzmożła, lecz z ustaniem działań wojennych znów zaczęła spadać.

Dla porównania autor przedstawił dane liczbowe, pochodzące z krajów sąsiednich i z Danji.

Umieralność na 10.000 mieszkańców
(w latach 1890—1892 i 1901—1903 liczby, dotyczące Danji, pochodzą z miast):

	1890	1891	1892	1901	1902	1903	1920	1921	1922
Szwecja	—	—	—	—	—	—	16,2	15,4	14,9
Holandja	—	—	—	19,4	18,5	18,6	14,9	12,8	11,4
Anglja	23,8	23,5	21,9	18,2	17,4	17,4	11,3	11,2	11,2
Danja	30,3	29,6	28,6	21,0	18,7	19,0	10,6	9,9	9,5

Walkę z gruźlicą w Danji zorganizowano w latach 1900—1905. W 1900 r. było otwarte pierwsze sanatorium ludowe, w roku następnym założono Narodowe Towarzystwo Przeciwgruźlicze, a w 1905 r. były uchwalone prawa przeciwgruźlicze. Jednocześnie zaczęto zakładać szpitale i sanatoria.

Obecnie Danja posiada:

16 sanatorjów dla gruźliczych	1382	łóżka
35 szpitali dla gruźliczych	1016	„
4 przytułki dla gruźliczych	132	„
9 sanatorjów nadmorskich dla dzieci	480	„
3 szpitale nadmorskie dla dzieci	375	„
5 zakładów dla rekonwalescentów	73	„

Ogółem 72 urządzenia, posiadające 3458 łózek

Przeciętnie wypada na 1000,000 mieszkańców 107 łózek dla chorych gruźliczych. Liczba łózek w Danji przekracza roczną liczbę zgonów z gruźlicy (w 1922 r. — 3177).

W zakładach, wspomaganych przez państwo, są leczeni bezpłatnie chorzy niezamożni, przyczem rodzina jest utrzymywana przez gminę, o ile członek, utrzymujący rodzinę, znajduje się w zakładzie leczniczym.

Państwo ponosi $\frac{3}{4}$ kosztów utrzymania tych zakładów, resztę płacą: gmina, towarzystwa ubezpieczeniowe.

W 1921 r. leczyło się w wyżej wspomnianych zakładach:

w sanatorjach	3312	chorych
w szpitalach	2273	„
w szpitalach nadmorskich	931	„
w sanatorjach nadmorskich	1528	„

8044 chorych.

W związku z uchwalonemi prawami przeciwgruźliczemi wprowadzono: 1) Obowiązkowe zawiadamianie o wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej i krtaniowej. 2) Bezpłatne odkażanie mieszkań. 3) Bezpłatne badanie płwociny na obecność prątków gruźliczych. 4) Bezpłatne nauczanie i izolację dzieci gruźliczych. 5) Towarzystwo Przeciwgruźlicze zakłada i utrzymuje w miastach przychodnie, subwencjonowane przez państwo i gminy.

Zapomogi państwowe wynosiły:

W latach	Rocznie		
1900—1904	102.600	franków	złotych
1905—1909	1.412.400	"	"
1910—1914	2.012.400	"	"
1915—1919	3.219.300	"	"
1920	6.446.100	"	"
1921	5.029.900	"	"
1922	4.907.400	"	"

Celem udowodnienia, iż spadek umieralności z gruźlicy w Danji jest wynikiem energicznej walki z gruźlicą, autor przytoczył następujące argumenty:

1) o ileby spadek zależał jedynie od zmniejszenia się jadowitości prątka gruźliczego lub wzmożenia się odporności organizmu ludzkiego, to nie byłby tak raptowny;

2) w miarę zwiększania środków na zwalczanie gruźlicy w Danji, wyniki są o wiele lepsze, niż w innych krajach;

3) spadek umieralności z gruźlicy w wieku dziecięcym świadczy o zmniejszeniu się liczby źródeł zarazy.

Umieralność z gruźlicy w miastach duńskich:

wiek	płeć męska			płeć żeńska		
	1890—94	1920—22	zmniejsz. umieralności w %	1980—94	1920—22	zmniejsz. umieralności w %
0—4	43,7	11,7	73,2	39,0	10,1	74,1
5—14	14,3	3,6	74,8	19,9	5,4	72,8
15—24	25,7	13,5	47,7	21,4	15,6	27,6
25—34	33,3	13,6	59,2	26,2	14,2	45,8
35—44	41,8	11,0	73,7	27,6	10,9	60,5
45—54	45,8	13,5	70,5	23,1	10,5	54,5
55—64	47,5	13,2	72,2	24,6	9,9	59,7
65—74	50,2	15,4	69,3	27,6	10,1	63,4
75	36,5	10,6	70,9	18,9	9,1	51,8

Z powyższych liczb wynika, iż umieralność z gruźlicy znacznie się zmniejszyła w wieku dziecięcym (73—75%) i wśród mężczyzn w wieku od 24—44 lat (74%).

Oto są wyniki planowo zorganizowanej akcji przeciwgruźliczej w Danji!

Dr. Kazimierz Dąbrowski.

DZIAŁALNOŚĆ T-WA WALKI Z GRUŻLICĄ WE LWOWIE.

W kwartale trzecim b. r. udzielono w Przychodni T-wa Walki z Gruźlicą we Lwowie przy ul. Lindego 5 podczas 61 dni ordynacyjnych 688 porad lekarskich; w tem leczono dawnych chorych 396, nowych przyjęto 292. Zabiegów lekarskich wykonano 1762. Wywiadowczyńie odwiedziły w domu 342 chorych. W laboratorium wykonano 98 badań. W Sanatorjum na Hołosku leczono 67 chorych podczas 2363 dni leczenia. Czynnych lekarzy było 10.

Obrót kasowy w tym czasie wynosił 22.053 zł. 72 gr.

TREŚĆ: *Prof. Dr. Paweł Gantkowski:* Rzut oka na dzieje i znaczenie Towarzystwa Higienicznego. *Dr. Leon Krzemicki:* Propaganda higieny w społeczeństwie. *Dr. med. Wacław Gawłowski:* Lekarze a propaganda higieny. *Doc. Dr. Tomasz Janiszewski:* O znaczeniu zdrowia. (dok.) Streszczenia.

Walka z gruźlicą. *Dr. Szczeban Mikolajski:* Walka z gruźlicą w Województwie Lwowskiem. *Dr. Seweryn Sterling i inż. Antoni Zakrzewski:* Sześć lat istnienia Sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi. *Dr. Regmunt-Sobieszczański:* Zarażenie się gruźlicą u dzieci szkolnych i jego zwalczanie u chrześcijan i żydów. *Dr. Stanisław Wasowicz:* Znaczenie pracowni przy przychodni przeciwgruźliczej. *Dr. Kaz. Dąbrowski.* IV Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą. Wyniki walki z gruźlicą w Danji. (Streszczenie).

SOMMAIRE: *Prof. Dr. P. Gantkowski:* L'histoire et le rôle de la Société d'Hygiène. *Dr. L. Krzemicki:* La propagande d'hygiène. *Dr. W. Gawłowski:* Les médecins et la propagande d'hygiène. *Prof. Dr. Tom. Janiszewski:* Sur l'importance de la santé.

La lutte contre la Tuberculose. *Dr. Szcz. Mikolajski:* La lutte c. la tuberculose dans l'arrondissement de Lwów (Léopol). *Dr. Seweryn Sterling et inż. A. Zakrzewski:* Six ans du travail de Séction pour la lutte contre la tuberculose à Łódź. *Dr. Regmunt-Sobieszczański:* L'infection tuberculeuse chez les enfants chrétiens et juifs. *Dr. St. Wasowicz:* Le rôle du laboratoire dans les dispensaires pour les tuberculeux. *Dr. K. Dąbrowski:* Compte rendu de la Conference internationale pour la lutte contre la tuberculose. Résultats de la lutte c. la tuberculose au Danemark.

Redaktor: **Doc. Dr. med. St. Sterling-Okunlewski**, Marszałkowska 41, tel. 115-11.

Administracja: **Warszawskie Tow. Higieniczne**, Karowa 31. Tel. 63-46.

Konto P. K. O. 94-74. Cena pojed. numeru 90, gr.

Drukarnia R. Olesiński, W. Merkel i S-ka, Chłodna 37. Tel. 69-46.

KSIAŻNICA — ATLAS

Tow. Nauczycieli Szkół Średnich i Wyższych

WARSZAWA, Nowy Świat 59. LWÓW, Czarnieckiego 12.

KATOWICE, Warszawska 58.



Poleca następujące wydawnictwa:

Podręcznik chorób zakaźnych.

pod red. Doc. D-ra St. Sterling-Okuniewskiego.

ukazały się: zeszyt VI, zeszyt VIII.

w druku: zeszyt I, na ukończeniu zeszyt III.

Bartkiewicz B. Dr. Rak wargi dolnej.

Czernecki W. Dr. doc. Fizjologja i patologja sledziona.

Danysz J. Dr. prof. Geneza energii psychicznej.

Godlewski E. Dr. prof. Podręcznik embriologji.

Grzywo-Dąbrowski W. Dr. prof. Zarys medycyny sądowej.

Sabatowski A. Dr. doc. Klimatoterapja i hydroterapja
ogólna i zdrojowiskowa.

Sterling-Okuniewski S. Dr. Dur wysypkowy.

— O wczesnem rozpoznawaniu raka.

Szczepeński Z. Dr. Podręcznik badań chemicznych drob-
nowidowych i bakterjologicznych przy łóżku cho-
rego.

Borawski — Projektowanie budynków mieszkalnych.

Bykowski — Przewodnik do ćwiczeń fizjologicznych.

Hornowski dr. prof. — Dysenterja i tyfusy.

— Samoobrona organizmu.

Kopczyński Dr. — Szkice higieniczno-wychowawcze.

Oraczewski — Jak się uczyć?

Piasecki — Zabawy i gry ruchowe.

Piasecki i Szrajber — Harce młodzieży polskiej.

Szafer — Ogrody szkolne.

Wybowski — Człowiek (Somatologja).

Biblioteka Higijeniczna (ukazało się 5 numerów).

Na żądanie wysyłamy katalogi bezpłatnie.

Najracjonalniejsza Rekalcyfikacja TRICALCINE



Gruźlica płuc z wybitną demineralizacją,
Wybitne wyniszczenie organizmu,
Złamania wolno się zrastające,
Krzywica, Skrofuły,
Okres drugiego ząbkowania,
Gruźlica płuc i kości,
Próchnica zębów,
Neurastenja,
Cukrzyca,
Cięża.

TRICALCINE

pure: { poudre, comprimés, granules,
 { hocolatée—pud. 60 czekol. (dla dzieci).
méthylarsinée }
adrénalinée } pud 60 opl.
fluorée

Laboratoire „Produits Scientia” — Paris.

INOTYOL

PASTA.

Skład chemiczny:

Lithol,
Sulfo schistol (Huile de schiste sulfonée),
Extrait distillé d'Hamamélis frais,
Oxyde de Zinc,
Borate de Soude,
Excipient.

W S K A Z A N I A :

Egzema,
Pryszczycza,
Pruritus,
Oparzenia,
Zylaki wrzodziejące.
Ropne zapalenia skóry,
Wszelkie podrażnienia skóry.

Laboratoire du Dr. DEBAT — Paris.

Przedstawicielstwo
i skład na Polskę

L. NASIEROWSKI i S-ka

Próby i literature
na żądanie p. p. lekarzy

Warszawa, Marszałkowska 21. Apteka, tel.: 30-42, 7-31, 124-39.

KARPOSAL

Sól owocowa

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

Tow. Akc.

„Fr. KARPIŃSKI“

w Warszawie.

przy **BRONCHICIE CHRONICZNYM**
GRYPIE
GRUŻLICY

Uporczywym i zaniedbanym kaszlu
ASTMIE

Łyżka stołowa rano, w południe i wieczorem
daje doskonale wyniki

„SIROP FAMEL“

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

P. FAMEL, 16-22 rue des Orteaux, PARIS (XX).

Skład Główny na Polskę:

Tow. Akc. „Fr. KARPIŃSKI w WARSZAWIE“ Elektoralna № 35.

Dla Wpp. Lekarzy, Próby i Literaturę, wysyłamy bezpłatnie.

Pierwszy preparat zapobiegający zakażeniu kiłą

STOVAR SOL

Kwas acetyloksyaminofenyloarsenowy

Preparat „190“

STOVAR SOL jest tem przy KILE, czem CHININA przy MALARJI

Wskazania: Zapobieganie zakażeniu kiłą, Kiła we wszystkich okresach, Framboezja podzwrotnikowa, Czerwonka pelzakowa.

Opakowanie: Flakon zawiera 28 tabletek po 0,25 gr. środka czynnego.

NARSENOL

Novarsenobenzol w tabletkach powlekanych specjalną masą. Preparat przeznaczony do użytku wewnętrznego (drogą doustną), jako kuracja, uzupełniająca zastrzyki dożylny w arsenoterapii.

Wskazania: Niedokrwistość złośliwa, Angina Vincenti, Choroby skórne, Zimnica, Framboezja podzwrotnikowa, Czerwonka, Uporczywe kat. kiszek, Grypa.

Opakowanie: Flakon zawiera 30 tabl. à 0,1 gr.

EPARSENO

Preparat „132“ D-ra Pomaret.

Utrwalony i jałowy roztwór Amino-arseno-fenolu, stosowany jako środek arsenowy przy leczeniu kiły sposobem wstrzykiwań domięśniowych.

Wskazania: Zamiast zastrzyków dożylnych w arsenoterapii.

Opakowanie: Pudełko zawiera 5 ampulek po 1 cm³.

NOVARSENOBENZOL BILLON

Dwuoksyduamidoarsenobenzol - metylen - sulfoksylat sodowy.

Wskazania: Kiła, Dur powrotny, Angina Vincenti, Zimnica i t. p.

Opakowanie: Ampułki zawierające 0,15 — 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 gr.; w pudełkach po jednej i po dziesięć sztuk. (Opakowanie weterynaryjne po 1,5 — 3,0 — 4,5 gr. w rurce).

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN

SPÓŁKA AKCYJNA

w Warszawie, ul. Daniłowiczowska № 16.