

ZDROWIE

ORGAN TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO.

Prenumerata półroczna 800 mk.

Pojedynczy numer 150 mk.

Redakcja: ulica Karowa № 31 (gmach własny). Telefon 63-46.

Administracja: Warszawa, ulica Długa № 16. Telefon 191-60.

Adrenasol Spiess

Sointio Adrenalini 1 : 1000 Flakon 20 grm.

Digitol Spiess

Essentia Digitalis titrata ad us. intern. Flakon 15 grm.
Tabulettae Pol. Digitalis titrat. — Rurka 20 tabletek po 0,1 grm. każda.

Digitrat Spiess

Mesotol Spiess

Aether salicylatus. Stosowany wzamian Mesotanum. Flakon 25 grm.

Phosphit Pulvis

Organiczny związek fosforu, otrzymany z nasion oleistych, używany przy gruźlicy, niedokrwistości, cierpieniach nerwowych, wyczerpaniu fizycznym i umysłowym i t. p. Słoik 10 grm. proszku: Pudełko 30 kapsułek

Capsulae

Testosan Spiess

Extract. Testiculorum glycerinat. Preparat szeroko stosowany wzamian Spermium ad us. intern. Flakon 20 cm.³

Warszawskie Tow. Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi

DAWNIEJ

„ZJEDNOCZENI APTEKARZE” i

„LUDWIK SPIESS i SYN”

w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16.

Apteka K. WENDY

istniejąca od czasów elektorów saskich

Warszawa, Krakowskie Przedmieście 45

poleca:

Chemikalja — Nowe leki — Barwniki — Odczynniki
Płyny mianowane — Surowice — Szczepionki ludzkie
i zwierzęce, wyrobu krajowego i zagranicznego.

Przyjmuje

wszelkie analizy techniczne i fizjologiczne.

Bezwłoczna wysyłka na prowincję.



Wyroby własne,

na które zwracamy szczególniejszą uwagę PP. Lekarzy:

Neofosfatyna „Wenda“ — znakomita mączka odżywcza dla niemowląt, dzieci, starców i rekonwalescentów. Sposób użycia przy każdym pudełku.

Proliferyna „Wenda“ — czekoladki z zawartością stabilizowanego i odwojnionego, a jednak wolnego fosforu w dawce po 0,0005 gr. Pudełko zawiera 30 pastylek, które stosuje się w dawce dla dzieci — raz dziennie.

Dermolan „Wenda“ — idealny podkład do maści, biały, łatwo wchłaniający się, bezwonny, niejelczący.

Ung. hydrarg. c. dermolano „Wenda“ — zawiera $33\frac{1}{3}\%$ rtęci specjalnie oczyszczonej.

Dermaton „Wenda“ — oczyszczony dziegieć w stanie gęstym i płynnym, używany przy egzemach.

Balsam mentolowo-salicylowy — środek znieczulający, usuwający ból reumatyczne, newralgiczne i t. p.

Na żądanie PP. Lekarzy wysyłamy próbki gratis.

Wu. 21-1457

ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,
POŚWIĘCONY HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Warszawa, lipiec 1922.

Unifikacja państwa naszego, państwa wielkiego, pod względem administracyjnym została, jeżeli jeszcze nie *de jure*, to *de facto* dokonana. Czy nie należałoby postawić na porządku dziennym szybkiego dokonania unifikacji pod względem sanitarnym.

Praktyka wykazuje, że wschodnie dzielnice państwa są głównym siedliskiem chorób zakaźnych i pochłaniają na walkę z nimi miljarde, a przyczyną tego jest nie tylko sąsiedztwo z Bolszewją, ale i ta okoliczność i przede wszystkim ta, że wschodnie dzielnice przedstawiają glebę podatną dla rozwoju wszelkiej zarazy.

Terytorjum zaniedbane pod względem sanitarnym składa się ze znacznej większości województw. Ściśle mówiąc, jedynie województwa pomorskie i poznańskie oraz Śląsk są dzielnicami pod względem sanitarnym europejskimi. Małopolska już znacznie im ustępuje, byle zaś Królestwo Polskie nie wiele się różni od najbardziej zaniedbanego Wołynia i dzielnic północno-wschodnich.

Cieszyn i Ciechanów mają po 15000 ludności. Cieszyn posiadający 22½ kilometrów ulic, ma 2400 metrów bruków z kamienia polnego, reszta ulic posiada bruk udoskonalony, Ciechanów ma bruki jedynie z kamienia polnego (wzgardliwie przez Niemców przezwanego „Katzenkopfpflaster“). Na oświetlenie ulic Cieszyna składają się trzy elektrownie (jedna miejska i dwie prywatne), Ciechanów oświetla ulice swe „pszczyłami“ naftowymi. Ciechanów posiada chorobotwórcze studnie, Cieszyn zdrową wodę wodociągową. Cieszyn ma, lubo niedokończoną, kanalizację, Ciechanów — asenizację prymitywną. Cieszyn ma trzy wielkie gmachy szkolne z placami do

zabaw należące do miasta, Ciechanów dusi dziatwę szkolną w ciasnych domostwach. Cieszyn posiada rzeźnię złożoną z siedmiu hal, z chłodnią, Ciechanów posiada rzeźnię pierwotną o rozmiarach 20×14 metrów i t. d.

Takie same wyniki daje porównanie Katowic z tuż obok położonym Sosnowcem lub Będzinem. Kruszwica, mająca około 3000 ludności, posiada gazownię i rzeźnię z chłodnią, jakiej nie posiada Warszawa.

Wielkie więc zadania unifikacji następują się społeczeństwu i państwu polskiemu, w których wykonaniu winien wziąć udział zarówno rząd, jak samorządy, zarządy miejskie, sejmiki, Towarzystwo Hygieniczne, związek miast, związek sejmików i odnośne instytucje techniczne i przemysłowe. Tu leży rdzeń walki z chorobami zakaźnymi i unifikacja kultury polskiej z zachodnią.

Tu też leży racja bytu i program działalności Oddziałów naszego Towarzystwa Hygienicznego, które winny współdziałać z władzami rządowymi i samorządowymi w wielkiej pracy uzdrowotnienia Polski.

Dr. J. E. Chmielewski.

Samobójstwo ze stanowiska psychopatologii i medycyny społecznej.

Autoreferat z odczytu w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie d. 17/II 1922 r.

W Europie zachodniej corocznie popełnia się od 60 do 70.000 samobójstw, a w ciągu XIX stulecia, według obliczeń jezuita Krose, pozabawilo się życia od 1% do 2 milionów ludzi. W samej Warszawie, według danych pogotowia ratunkowego, w ciągu 20 lat do roku 1917 zanotowano samobójstw dokonanych lub usiłowań samobójstwa 7.536. Wobec tego zrozumiałą jest konieczność uświadomienia sobie przyczyn tego zjawiska, mającego cechy choroby społecznej.

Przedewszystkiem należy odpowiedzieć na pytanie, czy możemy uważać samobójstwo za objaw ściśle i wyłącznie patologiczny, za pewien rodzaj psychozy, a wszystkich samobójców za niepoczytalnych? Zdanie to wypowiedziane na początku XIX wieku przez znakomitego

psychjatrę *Esquirol'a*, miało dawniej licznych zwolenników; obecnie jest ich coraz mniej, i większość przechyla się do zdania, że nie każde samobójców jest dowodem niepoczytalności, że znaczna część samobójców należy do zdrowych na umyśle. Prelegent poddaje krytyce najnowszą pracę *Gauppa* (z Monachjum), stronnika teorii patologicznej, dra *Heleny Stelzner* z Berlina (oboje poddawali badaniom samobójców po zamachach nieudanych), oraz pracę *Hübner'a* z Jeny, opierającą się na danych o poszkodowanych od nieszczęśliwych wypadków i twierdzi, że wnioski powyższych autorów są tendencyjne i mylne. Między samobójstwem i chorobami umysłowymi analogii przeprowadzić nie można. Stosunek, w którym powiększa się w czasie ilość samobójstw i chorób umysłowych jest zupełnie różny. W ciągu ubiegłego wieku ilość chorych na umyśle powiększyła się o kilka procentów, ilość zaś samobójstw do 400% (*Bertillon*). U kobiet samobójstwo spotyka się 4 razy rzadziej, niż u mężczyzn; co do chorób umysłowych takiej różnicy obu płci niema. U żydów ilość umysłowo i nerwowo chorych jest daleko większa niż u przedstawicieli innych narodowości, samobójstw zaś pośród nich zawsze było niewiele. Wogóle statystycznie samobójstwo stoi bliżej zbrodni niż obłąkania. Oczywiście grają tu rolę czynniki społeczne.

Drugi argument zwolenników teorii niepoczytalności — rzekomy zanik uczucia samozachowawczego u samobójców, również nie wytrzymuje krytyki. W przeciwnym razie musielibyśmy wszelkie postęпки altruistyczne, bohaterstwo, poświęcenie, połączone z groźbą utraty życia, również uważać za objawy potologiczne. Czasami śmierć, będąc dla człowieka wielkiem nieszczęściem, staje się jednocześnie nieuniknioną koniecznością. Znaczna ilość samobójców kończy życie, będąc zdrowymi na umyśle i w stanie zupełnej przytomności. Całokształt warunków społecznych, ekonomicznych i życiowych w związku z obniżeniem się uczuć religijnych, z rozwojem nadmiernym wymagań materialnych, z obniżeniem się ideałów etycznych, przygotowuje grunt dla samobójstw nie mniej, niż choroby umysłowe. Grunt ten przygotowuje również znużenie, walka o byt i uczucie samotności.

Ilość samobójstw w społeczeństwach cywilizowanych, biorąc ogólnie, stale się zwiększa, z wyjątkiem państw Skandynawskich. Dla każdego kraju można oznaczyć właściwą normę samobójstw. Z zestawienia danych statystycznych widać, że kraje z wysoko rozwiniętym prze-

mystem i handlem, z potężnym aparatem kapitalistycznym, *oświecone, kulturalne, dają większy odsetek samobójców*. W granicach jednego państwa samobójstwo wzrasta w stosunku do wielkości miast i osad. *Miasto jest siedliskiem bezwzględnej walki o byt, zbrodni i samobójstw*. Przyczyny tego zjawiska leżą w istocie współczesnego ustroju ekonomicznego, w znuczeniu, wywołanem walką o byt, powszechnej konkurencji i jej prawach. Dowodem tego może służyć statystyka samobójstw w Anglii według uprawianych zawodów. Najmniejszy odsetek samobójstw daje duchowieństwo, pozatem mało samobójstw u ludzi, uprawiających zawody ciężkie (robotnicy w kopalniach, w hutach, maszyniści kolejowi, rybacy). Za to wielki odsetek samobójców dają pracownicy umysłowi, zawody wolne: na pierwszym miejscu farmaceuci, lekarze, potem adwokaci, nauczyciele, kupcy i t. d. Przyczyny: walka o byt, zmęczenie psychiczne, poczucie odpowiedzialności. W Rosji przedwojennej samobójstwo wśród lekarzy było 21 razy częstsze niż wśród ogółu ludności. Pośród robotników niewykwalifikowanych i usług domowej samobójstwa przed wojną były częstsze, niż nawet wśród lekarzy; pochodzi to złąd, że robotnicy niewykwalifikowani nie są zorganizowani, nie należą do związków zawodowych i więcej są narażeni na niepewności losu.

Ogromny odsetek samobójstw dawała *armja* — różny w różnych krajach; w byłej Austrii samobójstw w armji było prawie 10 razy więcej, w Stanach Zjednoczonych $8\frac{1}{2}$ razy, we Włoszech $6\frac{1}{2}$ razy więcej, niż wśród ludności cywilnej. Przyczyny: raptowne oderwanie od gruntu, surowa dyscyplina, niemożność przystosowania się do nowego środowiska. Jeszcze większy % samobójstw, choć z innych przyczyn, zdarza się u oficerów. W latach 1906 — 1907 w Rosji czwarta część zgonów oficerów pochodziła z samobójstwa.

Rodzina, nawet tak niedoskonała, jak w czasie obecnym, chroni od samobójstwa. Żonaci mężczyźni i kobiety zamężne pozbawiają się życia rzadziej, niż żyjący w celibacie. Godnym uwagi jest wpływ religii: samobójstwo jest więcej rozpowszechnione w krajach protestanckich, niż w katolickich i wśród żydów. Uczucie religijne wywołuje przeważnie emocję steniczną: radość, podniecenie ekspansywne, dynamiczne, odświeżające nasze siły życiowe daje nam uczucie mocy i spokoju harmonijnego, pogodzenia się z życiem. Uczucie wiary jest równie biologicznem, jak psychologicznem — ma charakter obronny,

zachowawczy. Ważnym czynnikiem społecznym, wpływającym na ilość samobójstw, są *kryzysy ekonomiczne*: krachy bankowe, spekulacje, wystawy wszechświatowe. Nie znajduje się to w żadnym stosunku do nędzy w epokach kryzysu, gdyż i kryzysy dodatnie, prowadzące za sobą nagłe zwiększenie się dobrobytu, również połączone są ze zwiększeniem się ilości samobójstw. *Naogół między ubóstwem i normą samobójstw niema żadnego stałego związku (Durkheim)*. Przyczyną takiego wpływu kryzysów ekonomicznych jest naruszenie porządku społecznego: życie ludzkie traci zwykłą regularność i prawidłowość i wytrąca osobników ze stałej normy. *Odwrótnie kryzysy polityczne, wojny i rewolucje mają wpływ dodatni, zmniejszając normę samobójstw*. Zdaniem Durkheim'a wielkie wstrząśnienia społeczne, jak rewolucje lub popularne wojny narodowe, ożywiają uczucia społeczne, podniecają ducha patriotyzmu lub ducha partji, skierowując wszystkie uczucia do jednego celu, wywołują na pewien czas silniejszą integrację społeczną przez wzrost uczucia solidarności wzajemnej. Potwierdzają to dane dotyczące Warszawy w okresie przed— i powojennym. Od roku 1900—1906 na 100 000 ludności liczone 24 samobójstw, w roku 1906—31, a w roku 1913—124, t. j. prawie 6 razy więcej niż w roku 1900. Prawdopodobnie był to wpływ nieudanej rewolucji rosyjskiej, anomji, dezorjentacji społecznej. Natomiast w roku 1914 ilość samobójstw spada do 79, a w roku 1915 do 50 na 100.000 ludności (wojna europejska). Na tych samych liczbach stoimy dotąd, nawet na trochę mniejszych. Naród się zcalił, żyje jedną wspólną nadzieją, i grupy, należące do każdej orientacji, również się zespoliły, skupiły w sobie, nastąpiła integracja społeczna. Potem następuje wybuch rewolucji rosyjskiej, klęska Niemiec, niepodległość Polski—i znowu wojna, wojna polska, narodowa. A więc walka o byt narodowy i o reformy społeczne stworzyły tę integrację grup i warstw narodu, która powiększa wpływ ujemny kryzysu ekonomicznego, wzrostu cen, spekulacji, zubożenia i wykolejenia licznej warstwy ludności miejskiej. Do tych samych wniosków prowadzi statystyka samobójstw w Wiedniu od roku 1914 do 1920. Jednakże trzeba zwrócić uwagę, że ludność Warszawy przeżywa kryzys anomiczny, kryzys dezorjentacji: wskazuje na to przeważająca prawie dwukrotnie ilość samobójstw kobiet w stosunku do mężczyzn. To samo mniej więcej skonstatowano w Wiedniu. Kobiety dawniej nie żyjące samodzielnie, obecnie są rzucone w wir

walki o byt, i jako słabsze i mniej przystosowane, częściej ustępują z placu.

Oprócz tych czynników ogólnie społecznych każde samobójstwo ma i przyczynę indywidualną. Są zawsze właściwości temperamentu i charakteru, dające mniejszą odporność. Do takich charakterów należą uczuciowe czyli afektowe, dalej bezpostaciowe i niestałe. Pewną rolę w samobójstwie, szczególnie wśród młodzieży i dzieci, gra naśladowanie, wpływ zarazy psychicznej. Ilość samobójstw wśród dzieci i wyrostków, tak rzadka w okresach normalnych, zwiększa się z zatrważającą szybkością w epokach krytycznych, przejściowych, porewolucyjnych. Samobójstwa te odznaczają się pewnymi cechami: nagłością powziętego zamiaru, siłą i kategorycznością decyzji, nikłością motywów i jednocześnie ogromną energią i uporczywością w wykonaniu. Idąc śladami *Durkheim'a* z punktu widzenia społecznego należy rozróżnić trzy rodzaje samobójstw: 1) egoistyczne, które pochodzą ząd, że ludzie nie znajdują już treści i celu w swem życiu; 2) altruistyczne, gdy ta treść, ten cel wydaje się poza życiem; nakoniec 3) samobójstwo anomiczne, wywoływane przez wszelkiego rodzaju kryzysy: ekonomiczne, religijne, polityczne, gdy życie straciło swój rytm i prawidłowy charakter i wskutek tego powstaje cierpienie.

Wnioski:

1) Zdanie, że samobójstwo zależy zawsze od choroby umysłowej jest mylne. Samobójstwu podlegają i ludzie z normalnym układem nerwowym. Wtedy wywołane bywa ono wyczerpaniem nerwowem.

2) Więcej skłonności do samobójstwa spotyka się u ludzi o typie emocjonalnym, uczuciowym, dalej u osobników z charakterem bezpostaciowym, niestałym.!

3) Samobójstwo jest objawem przeważnie społecznym.

4) Wszystko, co ludzi rozdziela, co **nadwiera** spójność grup społecznych, co prowadzi do dezintegracji socjalnej, wszystko to sprzyja samobójstwu.

5) Kultura współczesna, rozwój miast, ustrój kapitalistyczny społeczeństwa sprzyja również samobójstwu.

6) Wpływ odwrotny wywierają wierzenia religijne, jak w ścisłym znaczeniu tego wyrazu (religje oficjalne czyli historyczne), tak i w znaczeniu szerszem: religja ideału, stosunek religijny do życia.

7) Ilość samobójstw zwiększa się podczas kryzysów ekonomicznych i religijnych i zmniejsza się podczas kryzysów politycznych (wojna i rewolucja).

8) W dobie obecnej przeważnie spotykamy się z samobójstwami typu anomicznego, wskutek zakłócenia rytmu życia, oraz samobójstwami egoistycznymi.

9) Wbrew rozpowszechnionej w prasie opinii liczba samobójstw w Warszawie od roku 1914 znacznie się zmniejszyła (wpływ wojny i przewrotu politycznego i społecznego); zwiększyła się nieco dopiero w roku ubiegłym 1921.

10) Wobec tego, że okres wojny i gwałtownych reform politycznych i społecznych się skończył, a niebывały kryzys ekonomiczny trwa i prawdopodobnie będzie trwał przez czas dłuższy, należy się obawiać szybkiego i znacznego zwiększenia się ilości samobójstw.

Warszawa, dn. 3/III 1922.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Poprawa zdrowotności w mieście Lwowie w r. 1921.

Miejskie Biuro statystyczne nadesłało właśnie „wykaz skonów za rok 1921“.

Przy rozpatrywaniu tej tablicy statystycznej i porównaniu jej z tablicami z lat poprzednich nasuwają się następujące uwagi:

Na 218.915 mieszkańców Lwowa zmarło w r. 1921 osób 4.212, czyli wypadła 19.24 skonów na każdy 1.000 mieszkańców.

Jest to tak niska odsetka skonów, jakiej [we Lwowie nawet i przed wojną nie było, a w porównaniu z latami wojny zmniejszenie się cyfry odsetkowej skonów tem bardziej się uwydatnia.

I tak przypadało we Lwowie na każdy tysiąc mieszkańców w r. 1911 — 1914 — 1915 — 1916 — 1917 — 1918 — 1919 — 1920 — 1921 skonów 19.81 — 22.54 — 36.25 — 22.71 — 23.79 — 26.58 — 28.26 — 25.70 — 19.24.

Po przetrwaniu katastrofy wojennej Lwów, pomimo nędzy mieszkaniowej, nadzwyczajnego zapylenia miasta i innych niedogodnych warunków staje się jednym z najzdrowszych miast w Polsce. *)

Skony w r. 1921 rozłożyły się we Lwowie prawie równo na obie płci, zmarło bowiem 2.094 osób płci męskiej i 2.118 osób płci żeńskiej.

Odsetkowo jednak śmiertelność ogólna mężczyzn jest wyższa znacznie, niż kobiet i wynosi 21.15 skonów na 1000 mężczyzn a 16.81 skonów na 1.000 kobiet.

Przed wojną umierało więcej mężczyzn, niż kobiet, w czasie wojny stosunek był odwrotny wskutek znaczniejszej przewagi liczebnej kobiet i wskutek większej wrażliwości ustroju kobiecego, który łatwiej ulegał w ciężkiej walce o byt, zwłaszcza przy nadmiernem obarczaniu kobiet pracą, gdy mężczyznu brakło.

Śmiertelność niemowląt w 1 roku życia nie wiele zmalała w porównaniu z rokiem poprzednim. Zmarło w tym wieku dzieci w r. 1920 — 791, w r. 1921 — 716.

Natomiast bardzo obniżyła się śmiertelność dzieci w wieku 1 — 5 lat:

w r. 1921 zmarło w tym wieku dzieci 247, podczas gdy w roku 1920 śmierć zabrała w tym wieku 472 dzieci, w r. 1916 — 622, w r. 1915 aż 895.

Obniżyła się też do połowy śmiertelność dzieci w wieku 5—10 lat; zmarło w tym wieku dzieci w r. 1921 — 150, a w r. 1920 — 302.

W mniejszym stopniu obniżyła się śmiertelność w późniejszych okresach życia.

Bardzo pomysłnym objawem jest spadek śmiertelności z gruźlicy wogóle, a w szczególności z gruźlicy płuc.

Zmarło na gróźlicę różnych narządów w r. 1921 razem 811 osób, czyli na każde 10.000 mieszkańców 37.04 osób.

Jest to odsetka znacznie niższa, niż była przed wojną, np. w r. 1911, w którym przypadało 47 skonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców.

*) W każdym razie 19,24 na tysiąc odpowiada w porównaniu z miastami Anglii, Skandynawji i in. znacznej śmiertelności. W Warszawie śmiertelność w r. 1921 nie dosięgła 15 na tysiąc.

Podczas wojny śmiertelność z gruźlicy była o wiele wyższą i w r. 1915 wynosiła 66.61 skonów, w r. 1919 aż 78.23 skonów na 10.000 mieszkańców.

Z samej gruźlicy płuc zmarło we Lwowie w r. 1911 osób 676, czyli 30.88 na 10.000 mieszkańców.

Tak niskiej śmiertelności z gruźlicy płuc dotąd we Lwowie nie było.

Nawet przed wojną, w r. 1911 przypadało na 10.000 mieszkańców 33.71 skonów z gruźlicy płuc, zaś w r. 1917 — 61.74 skonów, w r. 1919 — 68.66 skonów, zatem śmiertelność z gruźlicy płuc spadła w r. 1921 poniżej połowy najwyższej odsetki, w latach wojny stwierdzonej.

Zmarło na gruźlicę płuc nieco więcej kobiet, niż mężczyzn, mianowicie 349 kobiet a 327 mężczyzn.

W czasie wojny przewaga kobiet w skonach z gruźlicy płuc silniej się zaznaczała, tak np. w r. 1917 zmarło 659 kobiet a 549 mężczyzn.

Większa cyfra skonów kobiet odpowiada nadwyżce nad mężczyznami w zaludnieniu miasta a nawet jej poziomowi nie dosięga, we Lwowie bowiem w r. 1921 na 100 mężczyzn wśród mieszkańców było 120 kobiet, zatem według tego stosunku przy równomiernej śmiertelności z gruźlicy płuc powinno wypaść na 327 skonów mężczyzn, 392 skony kobiet, gdy w rzeczywistości skonów kobiet było tylko 349.

Odsetkowa więc śmiertelność z gruźlicy jest i nadal po wojnie u mężczyzn większą, niż u kobiet i wynosi w r. 1921 na każde 10.000 mężczyzn 33.03 skonów a na każde 10.000 kobiet 29.08 skonów.

Jednak niestosunek śmiertelności z gruźlicy płuc u obu płci zmałał w porównaniu z czasami przedwojennymi.

I tak w f. 1911 przypadało na 100 mieszkańców Lwowa 52.85 kobiet a 47.15 mężczyzn. Zmarło zaś w tym roku na gruźlicę płuc mężczyzn 450 a kobiet 344.

Ponieważ przed wojną śmiertelność mężczyzn z gruźlicy płuc była znacznie wyższą, niż kobiet, pomimo większej liczby żyjących kobiet, niż mężczyzn, więcej równomierne ustosunkowanie się śmiertelności z gruźlicy płuc u obu płci w r. 1921, możnaby przyjąć jako wyraz wyrównania uciążliwości życia.

Gdy przed wojną mężczyzna był obciążony nadmierną pracą i walką o byt, po wojnie wskutek wprowadzenia 8 godzinnego dnia

pracy i podwyższenia skali dobrobytu, mas ludowych ciężary życia rozłożyły się na obie płci mniej więcej jednakowo, co w statystyce śmiertelności z gruźlicy płuc zaraz się też ujawniło zmniejszeniem się śmiertelności mężczyzn i zbliżeniem się jej do poziomu śmiertelności kobiet.

Wnioskowanie takie, zreszszą bardzo ponętne i mające za sobą wszelkie prawdopodobieństwo, zyska na sile argumentacji dopiero wtedy, gdy będzie można porównać śmiertelność z gruźlicy u obu płci w różnych okresach wieku, ku czemu brak jeszcze szczegółowych zestawień statystycznych za rok 1921.

Śmiertelność z gruźlicy płuc zmalała znacznie we wszystkich okresach wieku, ale najbardziej w wieku dziecięcym.

Zmarło we Lwowie na gruźlicę płuc dzieci:

w wieku 1 — 5 lat w 1919 r.	94	w 1921 r.	23
„ 5 — 10 „ „	113	„	22
„ 10 — 15 „ „	80	„	28

REFERATY.

Sprawozdanie urzędowe z konferencji sanitarnej w Warszawie. Sekretarjat Ligi Narodów wydał tekst przyjętych przez Konferencję wniosków poszczególnych Komisji Konferencji.

W Konferencji udział wzięli następujący delegaci państw: Z Niemiec: dr. Frey, prof. Otto i prof. Muehlens. Z Austrii: dr. Hermann Schroetter. Z Belgji: dr. van Boeckel. Z Bułgarii: dr. Baczwarow. Z Danji: Chargé d'affaires Eickhof. Z Gdańska: dr. Stade. Z Hiszpanji: p. Gonzalo del Rio. Z Estonji: dr. Losmann, dr. Rõmmul i dr. Moettus. Z Finlandji: dr. G. Groenlund i pułk. K Ernst. Z Francji: dr. Cruveihier i dr. Baron. Z Wielkiej Brytanji: pułk. dr. Sydney Price James. Z Grecji: p. S. Galanos. Z Węgier: prof. Hugo Preiss. Z Włoch: dr. A. Masea, dr. A. Maggiora i dr. A. Castellani. Z Japonji: prof. Miyajima i p. Kusæno. Z Łotwy: dr. Barons, dr. Reinharde i dr. Fermens. Z Litwy: dr. Slinpas i dr. Abratis. Z Norwegji: p. Itteborg. Z Holandji: baron van Asbeck i dr. Terburgh. Z Polski: dr. Chodźko, dr. Trenkner, dr. Stolzman, dr. Świętochowski, dr. Karp-Rottermund i prof. Godlewski. Z Rumunji: dr. J. Kantakuzen. Z Rosji: p. Lorenc, dr. Kalina, dr. Sysin.

Z Ukrainy: dr. J. Siak, dr. Chołodny. Z Serbo-Kroato-Sławonii: dr. A. Stampar, dr. B. Bórcic. Ze Szwecji: d'Anckarsvard, dr. K. Naeslund. Ze Szwajcarii: p. Pfyffer. Z Czechosłowacji: dr. Maxa, dr. Kulhawy, dr. Kolinsky, dr. Hedliczka. Z Turcji: Zakki Bey.

Wnioski Komisji I-szej:

1. Warunki w których znalazła się wschodnia Europa podczas i po wojnie światowej wywołały groźne epidemie, zwłaszcza te, które powstają pod wpływem owadów jak dur plamisty i powrotny, lub pod wpływem wody do picia, jak cholera, dur brzuszny i dyzenterja, również inne epidemie np. ospę. W Rosji przed wojną chorowało na dur plamisty około 90 tysięcy osób rocznie, na powrotny zaś około 30 tysięcy, a w r. 1920 — trzy miliony i milion. Podobny stosunek obserwowano też w Polsce i w innych państwach Wschodniej Europy.

2. Wysiłki państw dotkniętych epidemjami znacznie polepszyły stosunek powyższy w ciągu pierwszych 9 miesięcy r. 1921.

3. Niestety w końcu r. 1921 nowe warunki, jak głód, wędrówki ludu i repatriacja wywołały znaczne wzmożenie duru plamistego i powrotnego oraz cholere, zagrażając pozostałym państwom Europy.

4. Ponieważ warunki rzeczzone trwają, nawet wzmagają się, przeto Konferencja jest przekonana o konieczności zdwojenia usiłowań w jaknajkrótszym czasie, aby obecny stan epidemiczny nie zwiększył jeszcze cierpień i śmiertelności wśród mieszkańców krajów zakażonych, nie tamował handlu, nie przeszkadzał odbudowie i nie zagrażał w wysokim stopniu całej Europie.

5. Konferencja zaznacza przytem, że trudności obecne zwiększyły się również z powodu braku lekarzy i personelu biegłego wogóle, który to brak powstał poczęści z powodu chorób i śmierci tych, którzy chwałebnie poświęcili życie w walce ze śmiercią.

Do wniosków Komisji Pierwszej dołączono zatwierdzone podobnie przez konferencję wnioski Castellani'ego, a mianowicie, że w dwóch lub trzech miastach, mianowicie zaś w Warszawie, Charkowie i Moskwie winny być urządzone kursa dla personelu lekarskiego i sanitariuszy, że eksperci z różnych krajów, pracujący w dziedzinie higieny publicznej winni współpracować z personelem pedagogicznym, że w miastach pomienionych należy zorganizować wystawy stałe przy rządów i t. p. należących do walki z epidemjami i że należy rychło utworzyć Komisję do urzeczywistnienia tych środków.

Wnioski Komisji 2-giej:

1) Przepisy międzynarodowe w sprawie chorób zakaźnych winny być rozciągnięte i na inne choroby nie wymienione w Konwencji paryskiej; dotyczy to meldowania chorób, zastosowania ścisłych przepisów dotyczących przejazdu przez granice i stosunków handlowych, ruchu osób i towarów drogami wodnymi; w tym celu winny być moż-

liwie wcześniej zawarte Konwencje sanitarne pomiędzy krajami bezpośrednio zagrożonemi.

2) Uznawanie wzajemne zaświadczeń lekarzy upoważnionych przez rządy w przedmiocie szczepień ochronnych, dezynfekcji, odkażania przyczynić się może znacznie do ułatwienia komunikacji pomiędzy państwami zawierającymi umowy.

3) Konferencja pragnie, aby na porządku dziennym jednej z następnych Konferencji międzynarodowych znalazły się inne jeszcze sprawy sanitarne, np. sprawy higieny publicznej w zakresie gruźlicy, chorób wenerycznych, zawodowych i in., nadto sprawa wymiany lekarzy i inne mogące spowodować współpracę wszystkich państw w zakresie higieny publicznej. Konferencja zaznacza wreszcie, że usiłowania powyższe nie będą skuteczne, jeżeli opinia publiczna nie będzie należyście do spraw powyższych przygotowana; należy więc przedewszystkiem należyście uświadomić społeczeństwo.

4) Przypuszczając, że konwencja sanitarna pomiędzy poszczególnymi państwami będzie zawarta, należy utworzyć organ przy Lidze narodów (którym mogłaby być sekcja higieny albo jej specjalna komisja) do rozważania sporów, nie przesadzając prawa przysługującego każdemu państwu obronienia jakiejś innej procedury.

W sprawozdaniu Komisji 3 ciej, zaznaczono, że należy wzmocnić i uzupełnić zarządzenia zastosowane w Sebau, Połocku, Mińsku, Homlu i Szepietówce, również w portach południowych rosyjskich, a głównie w Odesie, Mikołajewie, Chersoniu i Rostowie, wreszcie w Finlandji, Estonji, Łotwie, Litwie, Polsce i Rumunji. Niemniej zarządzenia odnośnie należy zastosować w głębi Rosji i Ukrainy (Smoleńsk, Kijów, Charków, Odesa i inne miejscowości na obszarze grąsowania cholery).

Wnioski tej Komisji są następujące:

1. Konferencja mniema że w najwyższym stopniu groźna sytuacja sanitarna w Europie wymaga zastosowania środków, które nie mogą obciążać jedynie krajów najbardziej zagrożonych.

2. Wszystkie państwa winny wziąć udział w walce z epidemjami Wschodniej Europy.

3. Podział wydatków państw należących do Ligi Narodów dokonany być winien według zasad przyjętych przez drugie zebranie ogólne Ligi Narodów.

4. Wszystkie inne państwa zaproszone będą do udziału na zasadach analogicznych.

5. Państwa walczące z epidemjami na własnym terytorjum i na koszt własny, mogą potrącić sumę wydaną z kwoty ogólnej, przeznaczonej przez Ligę Narodów.

6. Udział może być wydany w gotówce, w materiałach lub w postaci personelu.

7. Wykonanie robót lub zastosowanie zarządzeń uchwalonych należy wyłącznie do służby sanitarnej państwa zainteresowanego.

8. Wykonanie uchwał powziętych przez Konferencję sanitarną w Warszawie poleca się organizacji higieny Ligi Narodów.

Do Komisji epidemicznej Ligi Narodów należy kontrola nad użyciem funduszu i materiałów udzielonych za pośrednictwem Komisji epidemicznej Ligi Narodów.

Delegaci państw nie należących do Związku Narodów, powinni ubrać również dział w organizacji powyższej.

Nowa organizacja służby zdrowia w Hiszpanji. Dekret królewski z d. 28 lutego 1922 ustanawia Dyрекcję główną (Direction générale) zdrowia publicznego przy Ministerjum spraw wewnętrznych pod bezpośrednim zarządem dotychczasowego inspektora głównego służby zdrowia. Przy Dyrekcji funkcjonują trzy inspekcje generalne zdrowia zamiast dawnych podinspekcji; jedna z nich otrzymała tytuł inspekcji spraw wewnętrznych zdrowia publicznego, druga — spraw zewnętrznych, trzecia — instytucji. Nadto ustanawia się jeszcze czwarta sekcja — administracyjna, pod zarządem głównego administratora.

Dyrektor główny zdrowia publicznego posiada wszelką władzę w sprawach ochrony i poprawy zdrowia publicznego oraz jest przełożonym służby i personelu należącego do każdego z wymienionych działów, wydaje instrukcje wykonawcze do przepisów i dekretów królewskich, zarządza wykonanie wszelkich spraw w zakresie przepisów i rozporządzeń królewskich kontrasygnowanych przez ministra, podpisuje korespondencję w zakresie swych atrybucji kierowane do władz równych mu lub niższych, rozpatruje wszelkie sprawy i projekty przepisów, do zatwierdzenia króla, zgodnie z poglądami ministra i w porozumieniu z nim. Dyrektor ma prawo udzielania napomnień i nagany urzędnikom Dyrekcji i przedstawia sprawy ministrowi w razie potrzeby wymierzenia surowszych kar, zastępuje ministra w pewnych wypadkach, mianuje personel, którego wynagrodzenie nie przewyższa 1250 peset i przedstawia do nominacji urzędników wyższych, opracowywa i przedkłada ministrowi budżety roczne służby zdrowia i t. p.

Inspektorowie, podobnie jak dyrektor, są członkami Rady królewskiej zdrowia publicznego i Komisji stałej. Mianowani są oni na zasadzie otwartego konkursu.

(Office int. d'hygiène publ. Zeszyt 4 — 1922).

KORESPONDENCJA.

Doniosły projekt rozwoju Zakopanego.

Dnia 11 i 12 maja r. b. odbył się w Krakowie z zapoczątkowania M. R. P. w gmachu okręgowej dyrekcji tegoż ministerjum i pod przewodnictwem dyrektora Inżynjera Dudeka sąd konkursowy w sprawie planu regulacyjnego Zakopanego. W pracach sądu z dwu zaproszonych lekarzy brał udział tylko Dr. Ant. Kuczewski z Zakopanego, gdyż przedstawiciel M. Z. P. nie był obecny.

Z pięciu nadesłanych prac pierwszą nagrodę przyznano projektowi architektki Karola Stryjeńskiego. Wzięto go za podłoże rozwinięcia i opracowania tak głównych wytycznych, jak szczegółów dalszego ujętego już w planowe karby rozwoju Zakopanego.

Za podstawy przyjęto: I) Dzielnicę od ul. Witkiewicza (dawniej Przechnicy) do prawego brzegu Cichej Wody wraz z Krupówkami, częścią ul. Kościeliskiej, Kasprusiem i Starą Polaną, jako handlową, przeznaczyć na zwarte zabudowanie. II) Resztę Zakopanego zabudowywać jako miasto — ogród. III) Na dzielnicę sanatorjalną przeznaczyć południowy stok Gubałówki. IV) Przez środek równi Krupowej przeprowadzić aleję szerokości 50 metrów, od której w obie strony pójdą przecznice. V) Ul. Witkiewicza (dawną przechnicę) i ul. Kościuszki (dawną Marszałkowską) przedłużyć do połączenia z ul. Kościeliską. VI) Ul. Chatubińskiego od miejsca, gdzie pomnik, łączący z szosą Olezańską ulicą, która pójdzie między Antołówką a Koziniecem. VII) Nad uregulowaniem potokami zostawić chodniki do przechadzek. VIII) Około dworca Tatrzańskiego i obecnego gmachu muzeum Chatubińskiego założyć park w postaci alpinarium, a szkołę przemysłu drzewnego przenieść w inne miejsce. IX) Założyć osobny plac sportowy z domem wycieczkowym. X) W rozmaitych punktach miasta założyć jeszcze 3 parki.

Przez dwa dni 13 i 14 maja bawili przedstawiciele M. R. P. wraz z kilku sędziami konkursowymi i projektodawcami w Zakopanem, aby na miejscu wysłuchać zdań w sprawie projektu regulacji i postulatów ze strony czynników, zainteresowanych w sprawie Zakopanego, i ustalić, czy i o ile projekt przyjęty odpowiada rzeczywistym warunkom. Zastanawiano się nad sposobem zabudowywania tak dzielnicy o blokach zwartych jak dzielnicy willowej oraz nad sprawą dopuszczenia przemysłu do Zakopanego. Zgodzono się zasadniczo tylko na przemysł drobny, domowy. Pozostawiono jako kwestje otwarte: sprawę przeniesienia dworca kolejowego, umieszczenia zakładu czyszczenia miasta, sposobu kanalizacji i regulacji Antołówki.

Zakopane. Dn. 22 maja r. 1922.

Dr. Ant. Kuczewski.

W sprawie ruchu naturalnego ludności.

W trosce o statystykę lekarską M. Z. publicznego poleciło w 1919 roku, aby wszystkie wypadki śmierci w miastach i w promieniu 4 klm. były stwierdzane przez lekarzy; — rozporządzenie najzupełniej słuszne i nie wymaga wskutek tego uzasadnienia, jednak, jak wiele rozporządzeń u nas, pozostało jedynie w krainie pobożnych życzeń, a to z następujących przyczyn:

1. Ruch naturalny ludności rejestruje u nas duchowieństwo, które traktuje ten dział swej pracy jako czynność uboczną, powierzając prowadzenie ksiąg ludności w najlepszym razie p. organistom; — w braku jakiegokolwiek przed kimkolwiek odpowiedzialności statystyka w tym względzie niema znaczenia, bo w wielu wypadkach rubryka „przyczyna śmierci“ świeci pustkami, wzgl. notuje się „niewiadomo“ lub figurują w różnych okolicach mające różne znaczenie określenia: „usunięcie“, „ściski“, „krosty“, „ogniopiór“, „po dziecku“, „kobieca słabość“ i t. p.; — rozpoznanie lekarskie spotyka się prawie wyłącznie wtedy, gdy śmierć następuje w szpitalu, lub gdy wystawia się świadectwo sądowo-lekarskie.

2. W rozporządzeniu przemilczano, kto ma wystawiać świadectwo śmierci, według jakiego wzoru i ew. za jaką i przez kogo ponoszoną zapłatą, — nie podkreślono wyraźnie, że akt zejścia nie może być spisany bez lekarskiego świadectwa śmierci.

Z przytoczonych względów i z powodu niejasności w odnośnem rozporządzeniu, świadectwa lekarskie śmierci nie są wydawane nie tylko po wsiach i w promieniu 4 klm. od miast lecz nawet i w samych miastach województw b. Kongresówki i województw wschodnich. Rozumiem, że wprowadzenie przymusu świadectw śmierci w tych ostatnich jest prawie niewykonalne, jednak w b. Kongresówce, wzorem województw zachodnich i południowych przymus ten dałby się przeprowadzić. Sposób stosunkowo prosty. urzędy stanu cywilnego przesyłają co kwartał do głównego urzędu statystycznego wykazy ruchu ludności — wypadki śmierci niech udowodnią świadectwami lekarskimi, przesyłanemi razem z wykazami. — Ludność początkowo będzie szemrać, lecz w b. krótkim czasie przyzwyczai się do tej tak ważnej dla społeczeństwa inowacji.

Wnioski: ruch naturalny ludności, o ile ma być nadal prowadzony przez obecnych urzędników stanu cywilnego, postawić tak, aby:

1. Prowadzić statystykę i wydawać świadectwa urodzeń, a nie chrztów. jak to ma miejsce dotychczas; — oprócz zwykłych danych z. ew. pominięciem rubryki: „ślubne, nieślubne“ wprowadzić rubrykę: „ilość braci — sióstr — żyjących — zmarłych“.

2. Wprowadzić bezwzględny przymus świadectw śmierci, wystawianych przez lekarzy, unormowawszy kto, według jakiego wzoru i za jaką i przez kogo ponoszoną opłatę ma wystawiać świadectwo; — w ru-

bryce: „przyczyna śmierci“ w razie współistniejącej choroby podać na pierwszym miejscu przyczynę śmierci np. bronchopneumonia — rachitis, lub: typhus exanth. — tbc. pulm. i t. p. i

3. Uczynić odpowiedzialnymi urzędników za prowadzenie ksiąg ludności.

Dr. Kazimierz Bacia.

Uwaga Redakcji. — Wniosek autora o rejestracji urodzeń uważamy za słuszny, z zastrzeżeniem, iż podział na „ślubne“ i „nieślubne“ winien być zachowany i że rejestracja ilości rodzeństwa nazbyt skomplikowałaby sprawę. Co do rejestracji zgonów z udziałem lekarzy, to ta wykonalna jest i winna być zastosowana w miastach, co już nawet za rządów rosyjskich w stosunku do miast powiatowych było nakazaniem (lecz nie wykonaniem). We wsiach w nowym projekcie prawa przewidziane są oglądacze zwłok, — instytucja zresztą bynajmniej nie doskonała. O świadectwach zgonów na wsi przez lekarzy wystawianych mowy być obecnie nie może.

Wiadomości bieżące.

Z Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy. Wydział zdrowia m. st. Warszawy, za staraniem naczelnika jego, dra Boguckiego rozpoczął wydawnictwo oficjalne p. t. „Miesięcznik Wydziału Zdrowia publicznego m. st. Warszawy“. W czasopiśmie tem drukują się stale sprawozdania o przebiegu chorób zakaźnych, sprawozdania z działalności Wydziału Zdrowia, rozporządzenia rządowe i komunalne, dane ogólne o ruchu ludności i inne wiadomości ważne dla specjalistów w dziedzinie higieny państwowej i komunalnej.

Konwencja sanitarna z Czechosłowacją. W końcu czerwca r. b. przybyli do Warszawy delegaci ministerjum zdrowia rzeczypospolitej czechosłowackiej celem zawarcia konwencji z Polską w sprawach sanitarnych.

Przewodnictwo delegacji czeskiej objął p. Maksa, minister pełnomocny Czechosłowacji w Warszawie, delegatami byli d-rzy Hedlicka i Chaloupka. Ze strony polskiej pod przewodnictwem p. ministra Chodźki i podsekretarza stanu Bujalskiego do komisji powołano pp. d-ra Grodeckiego, Polaka, Głuszkiewicza i Trenknera, radcę prawnego Gawińskiego oraz przedstawicieli ministerjów: spraw zagranicznych, spraw wewnętrznych, przemysłu i handlu.

Komisja ukończyła prace swe i protokół został podpisany przez pełnomocników w d. 24 czerwca. Właściwie zawierają się dwie konwencje: jedna o zapobieganiu cholery, dżumie i durom: płamistemu i powrotnemu, druga o praktyce lekarzy w uzdrowiskach oraz lekarzy i położnych w pasie pogranicznym.

Miejska stacja mleczna. W dn. 28 czerwca otwartą została przy ul. Leszno 86 miejska stacja mleczna. Jest to pierwsza tego rodzaju stacja urządzona przez Magistrat m. st. Warszawy. Posiada ona pomieszczenia i przyrządy do sterylizacji i pasteryzacji oraz chłodzenia mleka, tudzież pracownie do rozlewania mleka i mycia naczyń. Przewiduje się rozdawnictwo mleka dla najuboższych bezpłatnie, dla przychodni miejskich oraz instytucji opieki nad dziećmi po 100 marek za litr i wreszcie sprzedaż mleka w buteleczkach po cenach wyższych, celem zapewnienia bytu i dalszego rozwoju zakładu.

W uroczystości otwarcia stacji uczestniczył prezydent, wiceprezydenci, ławnicy Magistratu i liczne grono działaczy miejskich i społecznych. Poświęcenia dokonał ks. radny Wyrębowski, przemawiali: ławnik Kobyłecki, naczelnik wydziału zdrowia Łogucki i inni.

Brak kąpeli we Lwowie. „Słowo Polskie“ z d. 21 kwietnia r. b. narzeka na brak kąpeli we Lwowie. Według dziennika tego w mieście istnieją tylko dwa prywatne zakłady kąpielowe, w których nadto, jak twierdzi autor wzmianki, panują stosunki sanitarne pozostawiające wiele do życzenia (niechlujstwo, brak wody i t. p.).

Kąpiele publiczne we Włocławku. „Słowo Kujawskie“ (№ 86) zawiera odezwę d-ra Burzyńskiego (kierownika wydziału zdrowia w magistracie włocławskim), z której wynika, że z łaźni natryskowej przy elektrowni miejskiej, mimo minimalnej opłaty za kąpiel (60 marek) i wydawania kąpeli bezpłatnych ubogim korzysta bardzo mało osób. Mimo to (i bardzo słusznie) w przewidywaniu rychłego postępu propagandy higieny miasto wkrótce przystąpi do budowy kąpieliska ludowego przy ul. Kapitulnej częściowo z funduszków miejskich oraz z za siłku Ligi narodów.

Kąpiele ludowe w Białymstoku. „Dziennik Białostocki“ w № 87 z r. b. podaje wiadomość, iż dzięki zabiegom zarządu miejskiego w Białymstoku i kierownika wydziału zdrowia w rzeczonym zarządzie d-ra B. Ostromeckiego, miasto otrzyma wkrótce z Naczelnego Komisarjatu do walki z epidemjami fundusz na budowę obszernych kąpeli ludowych z odwszalnią.

Z tych samych funduszków ma być założona również miejska pracownia chemiczno-bakterjologiczna w Białymstoku.

Projekt podatku na zdrowie publiczne. Dr. Aleksander Fruchtman wystąpił za pośrednictwem miejskiego wydziału zdrowia publicznego, do Magistratu z projektem podatku na cele zdrowotności.

Wychodząc z założenia, że znaczenie zdrowia publicznego, jest już przez znaczną część społeczeństwa zrozumiane oraz że zarządzenia zdrowotne, których brak u nas jest rażącym, wymagają olbrzymich funduszy, projektodawca sądzi, że należałoby wprowadzić specjalny podatek na zdrowie publiczne, poczynając od stolicy państwa.

Hygiena w armji. W artykule umieszczonym w № 103 „Polski zbrojnej“ dr. Zadębowski, mówiąc o higienie, jako o łączniku między armją i społeczeństwem, wspomina iż w armji naszej, oprócz obowiązujących szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym, peryodycznego badania żołnierzy na choroby weneryczne i przymusowego leczenia tych chorób, wprowadzono obowiązkowe przedstawianie przez żołnierzy przedślubnych świadectw zdrowia.

Walka z gruźlicą na Wołyniu. W czerwcu odbyło się w Łucku posiedzenie bardzo ważne w sprawie gruźlicy. Przewodniczący, dr. Miłaszewski, zaznaczywszy iż w Ministerjum Zdrowia utworzył się komitet do walki z gruźlicą, wyłuszczył dotychczasowe usiłowania społeczeństwa łuckiego, zwłaszcza lekarzy do utworzenia sanatorium dla gruźliczych w lesie pod Kiwercami. Dr. Radwański, szef oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża i prezes oddziału Towarzystwa Hygienicznego wspominał, że Oddział Czerwonego Krzyża udziela zapomogę w kwocie miliona marek, pół miliona zadeklarował burmistrz Suszyński w imieniu Magistratu m. Łucka; zarząd zaś odbudowy kraju ma udzielać w ciągu kilku lat po milionie rocznie w postaci materiału, po cenach rządowych.

(„Głos Wołyński“ 11 czerwca 1922).

Walka z chorobami wenerycznymi we Francji. Prof. Żórawski miał odczyt w Polskiem Towarzystwie do walki ze zwyrodnieniem, o sposobach zwalczania chorób wenerycznych we Francji. Lubo niepodobna nie uznać przesady w twierdzeniu autora, że choroby weneryczne przewyższą wkrótce ilościowo wszelkie choroby zakaźne, to jednak przezorność rządu i społeczeństwa francuskiego ujawniająca się w energicznej walce z chorobami o których mowa, zasługuje na naśladowanie. Środki użyte we Francji są: propaganda we wszystkich sferach, urządzenie licznych przychodni stałych i wędrownych, pouczanie za pomocą prasy o zapobieganiu chorobom.

W dyskusji zaznaczono iż budżet Ministerjum Zdrowia na walkę z chorobami wenerycznymi wynosi w Polsce 24 miliony, z których to źródeł około 50 instytucji otrzyma zasiłki. Na propagandę przeznaczono 200 tysięcy marek rocznie.

Przedsiębiorstwo sanitarne. „Monitor polski“ w № 92 ogłasza o utworzeniu spółki akcyjnej pod firmą „Sanitarja“ z siedzibą w Bydgoszczy, której statut zatwierdzony rozporządzeniem Min. b. dzielnicy pruskiej z d. 10 września 1921 r. opiewa, iż celem przedsiębiorstwa jest stworzenie i prowadzenie polskiego przemysłu i handlu, urządzeń sanitarno-technicznych, szpitalnych i przyborów lekarskich oraz środków dezynfekcyjnych i wogóle urządzeń i przetworów związanych z higieną techniczno-sanitarną i lecznictwem. Kapitał zakładowy wynosi 20 milionów marek i został podzielony na akcje na okaziciela po 1000 marek. Rada Nadzorcza według statutu, mianuje członków Zarządu, sama zaś obieraną jest przez walne zebranie akcjonariuszy. Obecnie do zarządu obrano inż. Kamlera i d-ra Zarewicza. Do Rady Nadzorczej należą: naczelny dyrektor Józef Korczak — Ziółkowi, dr. Feliks Majewski, Radziśzewski i inni.

Towarzystwo nie rozpoczęło jeszcze działalności. O znaczeniu jego mówić byłoby przedwcześnie.

U S T A W A

z dnia 2 grudnia 1921 r. *Dzien. Ust.* № 105 poz. 762 r. 1921. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

Art. 1. Nadzór nad praktyką lekarską w Państwie Polskiem należy do Ministra Zdrowia Publicznego; przy wykonywaniu tego nadzoru w granicach, przepisanych niniejszą ustawą, Minister Zdrowia Publicznego korzysta ze współdziałania stałego samorządnego przedstawicielstwa stanu lekarskiego — Izb Lekarskich; zakres działania, zasady organizacji, prawa i obowiązki Izb Lekarskich określi oddzielna ustawa.

Art. 2. Prawo wykonania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem mają osoby, które:

- A) są obywatelami Państwa Polskiego,
- B) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów państwowych,
- C) odbyły jednoroczną praktykę szpitalną bądź w okresie stu dнів uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu,
- D) nie zostały ubezwłasnowolnione wskutek choroby umysłowej.

Uznania (nostyfikacji) w myśl punktu B) nie wymagają:

- 1) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, wydany lub uznany przez uniwersytety dawnego państwa austro węgierskiego przed dniem 1 listopada 1918 r.,

- 2) dyplom, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej (aprobata) w dawnym państwie niemieckim przed dniem 27 grudnia 1918 r.,
- 3) dyplom doktora medycyny lub lekarza, wydany lub uznany przez uniwersytety dawnego państwa rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.,
- 4) wszystkie inne dyplomy, uznawane za równoważne z dyplomami lekarskimi oraz uprawnieniami do wykonania praktyki lekarskiej na terenach b. państw zaborczych austro-węgierskiego do dn. 1 listopada 1918 r. i niemieckiego do dn. 27 grudnia 1918 r. w granicach ziem, należących do Państwa Polskiego.

Zasady, według których osoby, pragnące przystąpić do wykonywania praktyki lekarskiej, winny odbyć przewidzianą w punkcie C) roczną praktykę szpitalną, określi rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego; równocześnie w temże rozporządzeniu Minister Zdrowia Publicznego:

- a) wyznaczy wymagany najniższy okres czasu (w granicach roku) dla poszczególnych działów praktycznego przygotowania lekarskiego;
- b) ogłosi wykaz szpitali oraz zakładów leczniczych, które za równorzędne ze szpitalami uniwersyteckimi uznane będą, a to po wysłuchaniu zdania wydziału lekarskiego właściwego uniwersytetu i Izby Lekarskiej.

Osoby, które posiadały kwalifikacje, przewidziane w punktach A) i B) przed dniem wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego, dotyczącego odbycia rocznej praktyki szpitalnej, są wolne od obowiązku złożenia dowodów odbycia tejże praktyki.

Leczyć chorych w Państwie Polskiem mogą jedynie osoby, uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej; pozatem z prawa tego korzystać mogą osoby, które je uzyskały na mocy właściwych przepisów prawnych w granicach, w tych przepisach przewidzianych.

Art. 3. Osoby, pragnące korzystać z przysługującego im prawa wykonywania praktyki lekarskiej winny zarejestrować się w Ministerstwie Zdrowia Publicznego bezpośrednio lub za pośrednictwem właściwych urzędów administracyjnych II instancji, składając dowody uprawnień w myśl art. 2; zarejestrowanym Minister Zdrowia Publicznego wydaje pisemne zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

Po zarejestrowaniu Ministerstwo przez właściwy urząd wojewódzki niezwłocznie zawiadamia Izbę Lekarską, w której okręgu zarejestrowany zamierza praktykować; osoby, posiadające urzędowe uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej, nie później, aniżeli w przeciągu dni 14 po zarejestrowaniu, winny zgłosić się we właściwej Izbie Lekarskiej,

Art. 4. Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem na określony przeciąg czasu mogą otrzymać również osoby:

- a) powołane przez władze państwowe z zagranicy, jako profesorowie uniwersyteckich wydziałów lekarskich, chociaż nie mają wszystkich warunków, określonych w art. 2 niniejszej ustawy, posiadali jednak uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej w innych państwach, a to na czas, przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich;
- b) nie będąc w możności niezwłocznie wykazać dowodnie, że posiadają wszystkie wymagane w art. 2 warunki, względnie nie posiadają jeszcze warunków w art. 2 punkt A) i C) wymienionych, o ile poczyniły u odpowiednich władz potrzebne starania celem usunięcia braków z waruukiem dopełnienia tych braków w określonym terminie;
- c) nie posiadające wszystkich warunków, określonych w art. 2, jednak uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej zagranicą, a to w uzdrowiskach, do których zjeżdżają obco-państwowi chorzy dla poratowania zdrowia oraz w miejscowościach pogranicznych; z uprawnienia tego korzystać mogą jedynie obywatele tych państw, które względem Państwa Polskiego stosują w tej mierze zasadę wzajemności.

Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w myśl niniejszego artykułu może być przyznane przez Ministra Zdrowia Publicznego po wysłuchaniu zdania właściwej Izby Lekarskiej; osoby, które je uzyskały, podlegają obowiązkowi zapisania się na liście lekarzy właściwej Izby.

Art. 5. W wypadkach wojny lub epidemji w razie stwierdzonego braku sił lekarskich z pośród lekarzy urzędowych (państwowych i komunalnych), jak również braku dostatecznej ilości dobrowolnych zgłoszeń z pośród lekarzy, wykonywujących jedynie prywatną praktykę lekarską, Minister Zdrowia Publicznego może dopuścić do pełnienia szczególnych czynności lekarskich w szpitalach, kolumnach sanitarnych, a w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych w wojsku — bez prawa wykonywania praktyki prywatnej — osoby, nie będące obywatelami Państwa Polskiego, które mają prawo praktyki lekarskiej w innych państwach na mocy tamże otrzymanych lub uznanych dyplomów, a zakwalifikowanych przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, jako równowartościowe z dyplomami wydziałów lekarskich uniwersytetów w Państwie Polskiem.

Art. 6. Osoby, nie posiadające warunków potrzebnych do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, wykonywują ją jednak w innych państwach na mocy otrzymanych lub uznanych tam dyplomów, mają mają prawo jedynie brać udział w naradach lekarskich, do których są wezwane, i w wynikających z tych narad zabiegach lekarskich.

Art. 7. Osoby, posiadające warunki do wykonywania praktyki lekarskiej, określone w art. 2, bez względu na to, czy z posiadania tych warunków korzystać pragną, jak również osoby, dopuszczone do wykonywania tejże praktyki w myśl art. 4 i 5 niniejszej ustawy, mogą używać tytułu „lekarz”; nikt inny tego tytułu używać nie ma prawa.

Art. 8. Używanie obok tytułu „lekarz” innych tytułów, nie uznanych w Państwie Polskiem, a mogących wywołać błędne mniemanie o szczególnem uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej, jest wzbronione.

Warunki otrzymania tytułu specjalisty w ściśle określonych dziedzinach lecznictwa oraz przepisy co do praw jego używania ustali osobna ustawa; do czasu wydania powyższej ustawy używanie obok tytułu „lekarz” tytułów specjalisty w poszczególnych dziedzinach lecznictwa ograniczeniu nie podlega.

Osoby, które posiadały prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem na zasadzie dyplomu lekarza, wydanego przez uniwersytety dawnego państwa rosyjskiego (art. 2 punkt 3 niniejszej ustawy), mogą nadal, mocą prawa, nabytego w b. zaborze rosyjskim, używać tytułu „doktor” z pominięciem słowa „medycyny”.

Art. 9. Winni przekroczenia przepisów art. 2, 7 i 8 niniejszej ustawy ulegną w drodze administracyjnej karze aresztu do 6 tygodni i grzywnie do 50.000 marek lub jednej z tych kar.

Grzywna zamieniona będzie na wypadek niemożności ściągnięcia na areszt według uznania władzy orzekającej, jednak nie ponad 6 tygodni.

Aż do wydania szczegółowych w tym względzie przepisów od orzeczeń karnych władz administracyjnych, zapadłych w drugiej instancji można odwołać się w ciągu dni siedmiu do miejscowego właściwego sądu okręgowego, który rozstrzyga prawomocnie przy odpowiedniem zastosowaniu przepisów o odwołaniu się od wyroków sądu pokoju (powiatowego); sąd nie może jednak uchylić orzeczenia władzy administracyjnej z przekazaniem sprawy do ponownego rozpatrzenia i za wyrokowania.

Odwołanie się do sądu nie wstrzymuje wykonania kary z wyjątkiem kary pozbawienia wolności.

W b. dzielnicy pruskiej stosują się §§ 453 — 458 ustawy postępowania karnego.

O wykonanie kary pozbawienia wolności zwrócić się należy do sędziego pokoju (powiatowego) miejsca pobytu skazanego; w tym celu należy przesłać sędziemu akta sprawy.

Art. 10. Prawa wykonywania praktyki lekarskiej lekarz może być pozbawiony na stałe lub na pewien określony przeciąg czasu

a) w drodze postępowania sądowego w wypadkach, przez ustawy karne przewidzianych;

- b) na podstawie prawomocnego wyroku sądów Izb Lekarskich, zgodnie z art. 33 i 38 ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich.

Art. 11. Lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu.

Wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej stanowią wypadki:

- a) w których powierzający tajemnicę, dotyczącą tylko jego samego, lub jego ustawowy zastępca (opiekun, kurator i t. p.) zezwoła na jej ujawnienie, a lekarz nie dostrzeże w jej ujawnieniu krzywdy chorego; w tych wypadkach wyjawienie tajemnicy może być dokonane jedynie osobie, przez nich wskazanej
- b) w których powierzający tajemnicę jest niewłasnowolnym; w tych wypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, winien na żądanie ustawowego zastępcy tegoż wyjawić powierzoną mu tajemnicę;
- c) w których zastosowanie tajemnicy może spowodować niebezpieczeństwo dla otoczenia pod względem zdrowia i życia;
- d) kiedy lekarz o pomocy udzielonej przez siebie członkom Kas Chorych na zlecenie i rachunek tychże będzie zapytany w drodze urzędowej przez władze lekarskie Kas Chorych, które są obowiązane do bezwzględnego zachowania tajemnicy lekarskiej.

Co do obowiązku świadczenia wobec władz lub doniesienia do władz pozostają w mocy istniejące przepisy prawne.

Art. 12. Z wykonywaniem praktyki lekarskiej i czynności lekarskich, do których potrzebny jest przepisany prawem dyplom uniwersytecki, nie wolno łączyć zajęć, które przeczą powadze zawodu lekarskiego: rozstrzyga o tem Izba Lekarska.

Art. 13. O zaniechaniu wykonywania praktyki lekarskiej, względnie innych czynności lekarskich, lekarz winien zawiadomić na piśmie właściwy urząd wojewódzki i Izbę Lekarską.

Art. 14. Lekarz, który zgodnie z postanowieniami art. 13 niniejszej ustawy nie zrzekł się stałego wykonywania praktyki lekarskiej w danej miejscowości, jeśli nie zachodzi poważna ku temu przeszkoda, winien dać pomoc lekarską w każdym nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią: odmówienie w takich wypadkach pomocy, o ile nie podlega przepisom ustawy karnej, pociągnie za sobą dochodzenie ze strony zarządu właściwej Izby Lekarskiej.

Art. 15. Lekarz może odstąpić od leczenia chorego według własnego uznania, o ile uprzednio zawiadomił o tem wyraźnie stronę; nie dotyczy to przypadków, wynikających ze stosunku służbowego lub zawartych dobrowolnie umów.

W razie sporu wskutek wystąpienia strony, rozstrzyga Izba Lekarska; orzeczenie sądu Izby Lekarskiej nie pozbawia strony prawa dochodzenia krzywdy w drodze postępowania sądowego w granicach obowiązujących przepisów prawnych.

Art. 16. W wyjątkowych wypadkach, wywołanych koniecznością zwalczania groźnych chorób zakaźnych nagminnych (epidemji) lub gromadnych zachorzeń, występujących na skutek klęsk elementarnych, na czas trwania takich wyjątkowych warunków, a to w razie:

- a) niemożności zadośćuczynienia potrzebom przez urzędowy personel lekarski;
- b) stwierdzonej niemożności zdobycia dostatecznej liczby sił lekarskich drogą dobrowolnych zgłoszeń z pośród wolno-praktykujących lekarzy — każdy posiadający uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej, zgodnie z art. 3 niniejszej ustawy lekarz. może być powołany do publicznej cywilnej służby zdrowia o ile nie przekroczył w dniu powołania 40 roku życia; zasady, na jakich nastąpić może powołanie do publicznej cywilnej służby zdrowia podczas pokoju, jak również podczas mobilizacji wojennej i wojny, określi oddzielna ustawa w myśl ogólnych postanowień o przymusowych świadczeniach osobistych na rzecz Państwa; do czasu wydania powyższej ustawy pozostają w mocy dotychczas obowiązujące ustawy w tej sprawie.

Art. 17. Przystępując do stałego wykonywania praktyki lekarskiej lekarz, obowiązany jest zawiadomić właściwą władzę administracyjną I instancji i Izbę Lekarską w terminie nie dłuższym niż miesiąc o miejscu, gdzie stale wykonywać ją będzie, jak również o każdej zmianie adresu.

Wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone, o ile w ciągu miesiąca od daty zgłoszenia nie spotka się ze sprzeciwem ze strony właściwej Izby Lekarskiej; w razie sporu decyduje naczelna Izba Lekarska.

Ograniczeniom przy stałym wykonywaniu praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach w kilku miejscowościach podlegać nie mogą:

- a) lekarze, wyznaczeni w charakterze lekarzy epidemicznych;
- b) obowiązani na podstawie umowy lub stosunku służbowego do wykonywania czynności lekarskich w różnych miejscach w Państwie.

- c) podejmujący się zastępstwa na oreślony przeciąg czasu;
- d) osiadający czasowo w celu wykonywania praktyki w uzdrowiskach;
- e) lekarze specjaliści przy wykonywaniu swej specjalności.

Art. 18. Lekarze, wykonywujący praktykę lekarską w kilku miejscowościach w myśl art. 17 niniejszej ustawy, nie mogą jednocześnie należeć do dwóch lub więcej Izb Lekarskich. Lekarze ci, należący do jednej Izby, obowiązani są stosować się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów tej ostatniej; jeżeli wykonywanie praktyki lekarskiej w granicach innej Izby trwać będzie dłużej niż miesiąc, lekarz winien zawiadomić o tem na piśmie zarówno Izbę, do której należy, jak Izbę, w której okręgu ją wykonywa.

Art. 19. O zamierzonej i dokonanej zmianie swej stałej siedziby lekarz ma obowiązek na piśmie zawiadomić w terminie miesięcznym właściwą władzę administracyjną I instancji i Izbę Lekarską, zarówno okręgu, który na stałe opuszcza, jak okręgu, do którego się przenosi.

Art. 20. Za przybycie do udzielenia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, grożących choremu śmiercią, lub za udzielenie tejże pomocy na wezwanie chorego, jego otoczenia lub na żądanie organów władz państwowych i komunalnych, zgodnie z art. 14 niniejszej ustawy, każdemu wezwanemu i przybytemu lekarzowi należy się zapłata za trud oraz zwrot rzeczywistych wydatków.

W razie, jeżeli sam chory lub zarządzająca wezwaniem, względnie wzywająca lekarza osoba nie mogą uiścić należności, wpłaca ją lekarzowi gmina, w której chory zaniemógł, w myśl ogólnych przepisów, obowiązujących gminę.

Art. 21. W razie niezawarcia oddzielnej umowy o należność bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe, lekarz obowiązany jest przyjąć ją w wysokości, odpowiadającej skalom cennika poborów lekarskich, który w stałych odstępach czasu ogłaszać winien właściwy urząd wojewódzki, po zasięgnięciu opinii Izby Lekarskiej; na wypadek sporu o słuszność lub wysokość żądanej należności lekarzowi i stronie przysługuje prawo zwrócenia się we wzajemnem porozumieniu do właściwej Izby Lekarskiej celem zgodnego załatwienia sprawy; w razie przeciwnym sprawa poelega kompetencji sądów ogólnych.

Art. 22. Lekarze winni obejmować stałe lub przyjęte na określony przeciąg czasu na zasadzie zobopólnego dobrowolnego porozumienia, posady lekarskie, o ile dla danego okręgu Izba Lekarska ogłosiła normy pracy i skalę płac dla takich posad, na podstawie uprzednich umów, uwzględniających te normy. Jeżeli warunki pracy i płacy odbiegają od norm, ogłoszonych przez Izbę Lekarską, lekarz winien zawiadomić o nich na piśmie Izbę.

W wypadkach sporów, dla których rozstrzygnięcia ustalone zostały odpowiednie urzędy rozjemcze z uwzględnieniem w nich przedstawicielstwa Izb, decyzja pozostaje w kompetencji tychże urzędów, z zastrzeżeniem możliwości udania się na drogę sądową.

Art. 23. Lekarz może wydawać świadectwa stanu zdrowia tylko na podstawie bezpośrednio dokonanego lub uprzedniego własnego badania.

Za wydanie świadectwa lekarz ma prawo pobierania odpowiedniej należności w myśl zasad o pobieraniu należności, przewidzianych w art. 21 niniejszej ustawy.

W każdym świadectwie stanu zdrowia lekarz winien:

- a) wskazać cel jego wydania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie wydał świadectwo;
- b) dokładnie wymienić imię i nazwisko oraz sposób stwierdzenia tożsamości badanej osoby, jak również jej wieku i miejsca zamieszkania;
- c) zaznaczyć w razie ich stwierdzenia rozpoznanie cierpienia lub choroby.

Rozpoznanie choroby może być opuszczone, jeżeli odnośnie do celu świadectwa lekarz uzna je za zbędne lub jeżeli umieszczenie rozpoznania w świadectwie nasuwa wątpliwości w myśl art. 11 o zachowaniu tajemnicy lekarskiej lub z innych ważnych powodów.

Art. 24. Do czasu powołania do życia Izb Lekarskich w poszczególnych okręgach wszystkie sprawy, przekazane niniejszą ustawą Izdom do ostatecznego rozstrzygnięcia, załatwiać będą właściwe urzędy wojewódzkie.

Art. 25. Wykonanie niniejszej ustawy poleca się Ministrowi Zdrowia Publicznego w porozumieniu z właściwymi ministrami.

Art. 26. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1922 r.

Marszałek:

Trąpczyński.

Prezydent Ministrów:

A. Ponikowski.

Minister Zdrowia Publicznego:

w z. Chodźko.

Kamera dezynfekcyjna cjanowa w Warszawie. Z inicjatywy dr. Świętochowskiego, lekarza naczelnego Wydziału sanitarnego Ministerjum kolei żelaznych, urządzoną została w Warszawie, obok toru linii obwodowej za b. dworcem kaliskim olbrzymia kamera dezynfekcyjna, w której ulegają odkażeniu całe wagony. Jest to wielka budowla betonowa z hermetycznem zamknięciem, w której gaz wywiązuje się obecnie z bomb pozostawionych w olbrzymiej ilości przez okupantów. Druga kamera na tej samej zasadzie zbudowana jest w Baranowiczach oraz budują się jeszcze dwie: w Białymstoku i w Dorohusku.

W sprawie nostryfikacji w Polsce lekarzy paryskich. „Robotnik“ w № 46 r. b. przytacza treść artykułu dr. Henryka Gierczyńskiego umieszczonego w czasopiśmie paryskim „Polonia“. Autor artykułu tego, opierając się na fakcie, że w Polsce brak lekarzy i w wielu miejscach praktykują bez żadnych ograniczeń faktycznych felczerzy, oraz że dyplomy doktorskie uniwersytetu Paryskiego bez ograniczeń uznane są w Ameryce i w Szwajcarji, a z małemi formalnościami — w Belgji, Serbji, Rumunji, Grecji i Turcji, uważa za szkodliwe utrudnienie obowiązek nostryfikacji dyplomów paryskich w Polsce.

Walka o ustępy. Sprawa ustępów Warszawskich od najdawniejszych czasów wymaga uregulowania. Właściciele domów w słusznej trosce o czystość ustępów i uważając za niesprawiedliwe żądania policji, aby ustępy domowe były otwarte dla publiczności, zamykają ustępy podwórzowe na klucz. Wobec tego komendant policji, jak dawniej tak i obecnie nakazał aby ustępy te były we wszystkich domach przez cały dzień otwarte. Jakkolwiek niewątpliwie, przy braku ustępów publicznych w Warszawie w ten sposób bardzo łatwo Zarząd miejski otrzymuje do dyspozycji dla ludności miejskiej kilka tysięcy ustępów publicznych, górując w tej mierze niejako nad całym światem, to jednak dla czystości domów system ten jest niedopuszczalny, albowiem utrzymanie czystości w tych warunkach wymaga opłacania osobnego nadzorczy ustępów, co nawet i bez dekretu o lokatorach, było niemożliwem i powodowało fatalne skutki dla czystości podwórz i ustępów.

Przy braku ustępów publicznych jedynym zarządzeniem byłaby umowa Zarządu miasta z kilkudziesięciu właścicielami domów o udostępnienie ustępów domowych dla publiczności, przytem domy takie winny posiadać znak odpowiedni przy bramie oraz utrzymywać na koszt miasta dozorców.

Konwencja sanitarna polsko-łotewska. Na początku lipca rząd polski zawarł z rządem łotewskim konwencję sanitarną, która ma być ratyfikowaną przez obydwaj sejmy. Konwencja dotyczy zapobiegania zawlekaniu chorób zakaźnych z jednego państwa do drugiego i oparta jest, podobnie jak świeżo zawarta konwencja czesko-polska — na za-

sadach opracowanych przez Konferencję międzynarodową w Warszawie. Ze strony Łotwy wzięli udział minister pełnomocny Łotwy w Warszawie dr. Nuxa, oraz szef departamentu zdrowia min. spr. wewn. w Łotwie dr. Kiwitzky; ze strony polskiej — wyznaczeni przez ministra zdrowia d-ra Chodźkę — d-rzy Trenkner, Polak, Głuszkiewicz i Sęczyc, naczelnik wydziału Farmaceutycznego, prawnik dr Gawiński i delegat min. spr. zagranicznych — Sobolewski.

Wynalazek w dziedzinie ratownictwa. Inżynier Hausmann wynalazł i demonstrował w komisji głównej sejmu pruskiego, w obecności specjalistów i władz odnośnych, aparat ułatwiający sztuczne oddychanie przy ratowaniu uległych nieszczęśliwym wypadkom. Aparat składa się z deski jako leżaka, z podwyższenia dla głowy. Z obydwóch stron deski znajdują się drążki połączone za pomocą drążka poprzecznego, który za pomocą rączki ujmuje osobnik ratujący pozornie zmarłego i wykonywa sztuczny oddech, przyczem jednocześnie z wdechem wprowadza się automatycznie tlen z rezerwoaru za pomocą rury gumowej doprowadzonej do ust pacjenta. Sprawozdanie bardzo pochlebne podała o wynalazku tym prasa berlińska.

Propaganda higieny społecznej w stanie Illinois. Wydział higieny społecznej sanitarnego departamentu stanu Illinois urządził w różnych miejscowościach stanu dwadzieścia klinik chorób społecznych, w których to zakładach odbywa się propaganda higieny społecznej. W r. 1920 w klinikach tych udzielono około 32.000 porad, w r. 1921 prawie 38.000 oraz rozdano przeszło 300.000 broszur i wskazówek drukowanych. Nadto w celu propagandy wykonano i demonstrowano 56 obrazów filmowych.

Gruźlica a prostytucja. S. W. Samson podaje w broszurze pod powyższym tytułem wyniki badań swych nad szerzeniem gruźlicy przez prostytutki. Ogółem na 1300 prostytutek zbadanych obserwowano 26,5% gruźliczych z pomiędzy tych które stawiały się szukając porady na chorobę piersiową oraz 11,3% u których wypadkowo skonstatowano gruźlicę przy oględzinach lekarskich. W ogólnej liczbie wypadków napotymano często gruźlicę otwartą. Jako przyczyny usposabiające zachorowania uważa autor warunki życia prostytutek, zwłaszcza zaś mieszkania niezdrowe, oraz przebywanie od czasu do czasu w więzieniu i wogóle niehygieniczny sposób życia. (Office inst. d'hyg. 4—1922).

Za redaktora: Dr. Józef Polak.

Wydawca: Mr. Farm. F. Herod, Długa 16. Tel. 191-60.

Konto czekowe P. K. O. № 947.

Karol Schopper i Ska Sp. z o. o.
 Bielsko Filja Warszawa
 ul. Marszałkowska 9b

KARLSBADSKA **MÜHLBRUNN**

SÓL

Marjenbadzka, Kissigen Rakoczy, wody gorzkie
 Apenta, Franciszka Józefa, Hunyadi i wszelkie przetw. źródlane

Dra Sedlitzky ego

**KĄPIELE LECZNICZE
 W DOMU**



Kąpiele kwasowęglowe marki
 „Cordis“ i kombinowane
 z siarką, z żelazem, z ekstr.
 sosn., z aromat. ziołami i
 z terpentyną.

Kąpiele: starczane, solanko-
 we, iglicowe, żelazne i jo-
 dowo-bromowe.

Lug stony do kąpieł so-
 lankowych.

„Abietin“ fluoryzujący do-
 datek do kąpieł iglicow.

Wyciąg iglicowy do kąpieł
 przeciw reumatyzmowi i
 chorobom nerwów w flasz.

Sól jodowa z Zabłoci a
 przeciw rachiitis i skrofuo-
 losie.

Sztuczna sól borowinowa.

Karol Schopper i Ska
Sp. z o. o.
BIELSKO

Fabryka i hurtowy skład artykułów chem.-farm.
 Hurtowa sprzedaż wszelkich naturalnych wód
 mineralnych i przetworów źródłanych.

Filja: Warszawa, Marszałkowska 96. Tel. 166-11.

DZIAŁ WYDAWNICTW

przy „Wiadomościach Farmaceutycznych” Warszawa Długa 16

poleca własne nakłady:

Przepisy na Preparaty Farmaceutyczne (Manuale Pharmaceuticum). Nakładem J. Podbielskiego i Ed. Kuczyńskiego, 260 str. druku, w oprawie 1800 mk., broszur. 1500 mk.

Ustrój aptekarstwa w Polsce, Mr. Fr. Herod. Cena 200 mk.

Hodowla roślin aptekarskich, przez J. Biegańskiego. Cena 200 mk.

Zbiór Ustaw i Rozporządzeń, dotyczących aptek, składów materiałów apt. hurtowych i detalicznych (drogerji), składów farb i produkcji artykułów leczniczych, układu J. Podbielskiego, st. ref. Min. Zdr. Publ. Cena 1000 mk.

Roczniki Farmacji (Annales de Pharmacie). Zeszyt I-szy wyczerpany, II-gi w cenie 300 mk.

Przemysł i Handel Chemiczno-Farmaceutyczny w Polsce. Cena 150 mk.

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

d. **MAGISTER KLAWE**

S. A.

POLECA:

PATENTOWANE ŚRODKI—WSTRZYKIWANIA PODSKÓRNE

ORGANOPREPARATY:

- a) w tabletkach
- b) w płynie
- c) w proszku (do recept)
- d) w ampułkach

TABLETKI:

- a) prasowane
- b) drażowane
- c) mineralne

KAPSUŁKI ŻELATYNOWE—PRZETWORY CHEMICZNE

————— CENNIKI NA ŻĄDANIE. —————

Druk Klamkowskiego i Rąjskiego. Warszawa, Klasna 5 (przy S-to Jerskiej).