

# ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojędyńczy numer 1.20 zł.

SANTALOL  
SALOL  
URÓTROPINA

## EUMICTINE

KAPSUŁKI  
GLUTENOWE

MOCZOPĘDNY

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY  
KOJĄCY

PRZECIWGNIŁNY

RZEZĄCZKA

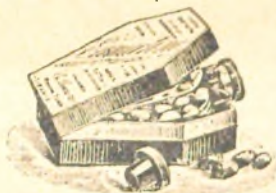
ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA  
MOCZOWEGO

ZAPALENIE  
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

ROPOMOCZ



LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'a, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.  
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 4 w Warszawie.

## ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIÓTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO

# CASCARINE LEPRINCE

$C^{12}H^{10}O^5$

ŚRODEK

LECZĄCY RACJONALNIE PRZYZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr. M. LEPRINCE'a, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

ODDZIAŁ DLA POLSKI MOKOTOWSKA 57 m. 6 w WARSZAWIE.



$C^{12}H^{10}O^5$

ROZWALNIAJĄCY

# PAŃSTWOWY ZAKŁAD ZDROJOWY w CIECHOCINKU

**CZYNNY OD 1 MAJA DO 31 PAŹDZIERNIKA**

Wody Ciechocińskie (solanka) stosowane z pożytkiem: w żołącach, gościu stawowym i mięśniowym, wadliwej przemianie materji (dna, otyłość, cukrzyca), cierpieniach kobiecych, nerwowych, w przewlekłych zapaleniach kości, okostnej, stawów i tkanki podskórnej, chorobach serca i naczyń, chronicznych chorobach skórnych i przewlekłych katarach górnego odcinka dróg oddechowych, w niektórych cierpieniach żołądkowo-kiszkowych i wielu innych.

Zakład posiada 12 źródeł z rozmaitym zawartością soli od  $\frac{1}{3}\%$  do  $6\%$ . Źródło Nr. 3 do picia zawiera 1,28 jednostek emanacji radowej. W czterech obszernych gmachach wydawane są kąpiele: solankowe, borowinowe (błotne), Karlsbadzkie, kwasowęglowe (gazowe), świetlne, elektryczne, zabiegi wodolecznicze; wzięwalnia (inhalacja) i łaźnia. Dogodny dojazd koleją i statkiem parowym. Wodociąg, oświetlenie elektryczne, Wspaniałe parki. Las sosnowy. Do wynajęcia 3.500 pokoi, szereg dobrze urządzonych pensjonatów, hotel o 100 numerach, restauracje, kawiarnie. Pierwszorzędna orkiestra symfoniczna. Teatr. Kino. Spacer y i wycieczki piesze w okolice i koleją do Torunia, Bydgoszczy. 45 lekarzy zdrojowych dentyści, masażyści. 2 apteki. Kościół. Poczta. Telegraf. Telefon. Filje banków. Dom izolacyjny. Kamera dezynfekcyjna.

NA ŻĄDANIE WYSYŁA SIĘ SZLAM CIECHOCIŃSKI W 10-KG.  
WORECZKACH I ŁUG W LITROWYCH BUTELKACH, ORAZ  
GAZOWANĄ CIECHOCIŃSKĄ SOLANKĘ DO PICIA ZE ŹRÓDEŁ  
Nr. 12 —  $1\frac{1}{2}\%$ , Nr. 10 —  $1\%$  i Nr. 7 —  $\frac{3}{4}\%$ .

**Blizszych informacyj udziela Zakład Zdrojowy  
i Komisja Zdrojowa w Ciechocinku**

100.45.4402

# Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO  
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra JÓZEFA POLAKA

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bączkiewicz, Prof. Stanisław Bądryński, Dr. Józef Celarek, Dr. Witosław Dąbrowski, Dr. Aleksander Fruchlman, Prof. Dr. Paweł Gautkowski, (Poznań); Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz, (Kraków), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin), Dr. Franciszek Grodecki, Dr. Marceł Gromski, Dr. Ludwik Hirsfeld, Dr. M. Kasprzak, Inż. Konstanty Jakimowicz, Doc. Tomasz Janiszewski, Prof. Dr. Kazimierz Karaffa, Korbull (Wilno), Generał Inż. Eugeniusz Kątkowski, Prof. Bronisław Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski, Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugeniusz Piasecki (Poznań), Dr. Antoni Puławski, Inż. Ignacy Piotrowski, Prof. Rapcewski, Dr. Marjan Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki, Inż. Zygmunt Słomiński, Dr. Stanisław Skłowski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Władysław Starkiewicz, Prof. Dr. Zdzisław Stensing (Lwów), Dr. Władysław Wiatopek-Zawadzki, Major Dr. Gustaw Szule, Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.

## Od Redakcji.

*Warszawa 1 lutego 1927 roku.*

Obecny okres profilaktyki w naszym rządzie i samorządach, a poniekąd i w społeczeństwie zwrócony jest w wydatnym stopniu ku zapobieganiu gruźlicy. Niewątpliwie jest ona najcięższą plagą ludności. Nawet w tym czasie, kiedy kraj nasz w bezpośrednim następstwie wojny, był siedliskiem wielkiej a długotrwałej epidemii tyfusu plamistego, tak iż uważany był przez organizacje sanitarne całego świata jako grożące całej Europie zachodniej ognisko tyfusu, a zarazem jako wskazaną barierę przeciwko tej chorobie grożącej z Rosji, kiedy z tego powodu zebrała się nawet w Warszawie międzynarodowa komisja sanitarna — wyjątkowo olbrzymie odsetki śmiertelności z pomienionej choroby stanowiły zaledwie nieznaczny ułamek równoczesnych odsetek śmiertelności z gruźlicy w naszym kraju.

Nic więc dziwnego, że Departament Zdrowia Publicznego, mianowicie jego dyrektor, dr. *Wroczyński*, piastujący zarazem go-



dnosć prezesa Związku Przeciwgruźliczego, włożył i wkłada dużo energii w specjalną walkę z gruźlicą. Dzięki staraniom jego, Związek mógł rozwinąć znaczniejszą działalność, instytucje przeciwgruźlicze otrzymują subwencje, powstają nowe przychodnie, a nawet oficjalnie nakazano władzom administracyjnym czynić usiłowania względem zakładania Stowarzyszeń Przeciwgruźliczych.

Celem wszakże dalszego i najskuteczniejszego rozwinięcia tej akcji profilaktycznej musimy zanalizować całokształt czynników zapobiegawczych kłeski.

Otóż przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt, że w okresie, kiedy nie prowadzono niemal żadnej specjalnej kampanji przeciwgruźliczej, choroba ta znacznie i stale zmniejszała się we wszystkich miastach równolegle do ich ogólnego zdrowotnienia. Obserwowaliśmy i w Warszawie zjawisko to, a mianowicie zmniejszanie się rok rocznie śmiertelności z gruźlicy od 40 do 19 na 10.000 ludności, w miarę poprawy warunków zdrowotnych miasta, przy braku sanatorjów, odosobnienia w szpitalach, przychodni specjalnych itp.

Z drugiej strony, aby przychodnie były skuteczne, nie starczy bynajmniej zapisać receptę, a nawet udzielić sopluczek lub tranu, posłać do mieszkania chorego wywiadowczynię i zalecać zmianę mieszkania, wentylację, poprawę żywienia i t. p. przy braku wielkich kapitałów, mieszkań, sanatorjów i t. p.

Jeżeli tedy natura gruźlicy czyni profilaktykę jej zależną w znacznej mierze od poprawy warunków higienicznych osiedli, od dobroci mleka i od żywienia wogóle, od stanu higienicznego mieszkań, to nie będzie zaiste usprawiedliwionem zaniedbanie oddziałów Towarzystwa Higienicznego przez skoncentrowanie uwagi społeczeństwa wyłącznie prawie na Towarzystwa Przeciwgruźlicze z nazbyt specjalnym programem. Twierdzenie, które często słyszymy, że Towarzystwa Przeciwgruźlicze zakładają się na zalecenie władz rządowych a społeczeństwa nie stać na szereg pokrewnych towarzystw zasługuje na ściślejsze rozważenie, a przedewszystkiem czy oddziały Towarzystwa Higienicznego nie mogą być uważane za ośrodki akcji przeciwgruźliczej, jeżeli zważymy, że Towarzystwo Higieniczne nie tylko przyczyniło się do podniesienia zdrowotności wogóle, ale utworzyło pierwsze Towarzystwo Przeciwgruźlicze i pierwsze sanatorium społeczne dla chorych na gruźlicę.

**Dr. J. Polak.**

---

**Dr. Henryk Grundgand.**

## **Walka z zimnicą w Polsce.**

**TREŚĆ:** Komisja malaryczna Ligi Narodów i Współdział w niej Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Zapoczątkowanie akcji tej-że Dyrekcji Zdrowia w sprawie walki z zimnicą w Polsce. Dane o rozpowszechnieniu zimnicy w Polsce. Historia Zimnicy. Etjologia jaj. Krótkie dane o pasorzyce zimnicy. Istota choroby. Profilaktyka i zwalczanie zimnicy.

Pragnąłbym tutaj rzucić trochę światła na prowadzoną u nas walkę z zimnicą. Czynię to na podstawie: a) posiadanego materiału o zimnicy zaczerpniętego z departamentu V Służby Zdrowia przy Min. Spr. Wewn.; b) nowoczesnych danych z literatury o tej chorobie u nas i zagranicą.

Zimnica jest to choroba socjalna i jako taka wymaga natężonej uwagi naszych organów sanitarnych. Po zorganizowaniu komisji malarycznej przy Lidze Narodów, nasza Centrala Zdrowia Publicznego poczyniła pierwszy krok w zapoczątkowaniu na szerszą skalę akcji zwalczania zimnicy w Polsce delegując do powyższej komisji przedstawiciela Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie w osobie d-ra Anigsztejna. Krok ten dla tego może zasługuje na specjalną uwagę, że daje nam możliwość porównania tego, co się robi w sprawie zimnicy zagranicą i u nas. Po powrocie d-ra Anigsztejna z tournée, podczas którego komisja malaryczna w różnych krajach najwięcej malarją zagrożonych przeprowadzała badania nad sposobami zwalczania zimnicy, na wniosek tegoż zorganizowane zostały przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia w r. 1925 — cztery kolumny malaryczne. Pracując dość wytrwale, szczególnie na terenach Polski najwięcej pod względem malarji zagrożonych, kolumny te zebrały dane, na podstawie których można będzie nareszcie przystąpić do sporządzania map terenów malarycznych wraz z określeniem wskaźnika śledzionowego, jako głównej obecnie podstawy procentowego określenia zapadalności na tę chorobę. Nadmienię tutaj, że podczas okupacji Niemcy posiadali mapy terenów malarycznych w Polsce, czego my dotychczas niestety nie posiadamy. Prócz tego kolumny te zebrały dane, dotyczące anafelizmu na terenach zbadanych, to jest ściśle określiły miejsca lęgu komarów widliszków. Dla osób podejrzaných lub

chorych na zimnicę sporządzono według opracowanego przez Państwowy Zakład Higieny wzoru specjalne karty rejestracyjne. Karty te posiadają obecnie wszyscy lekarze powiatowi. Od wszystkich osobników podejrzanych o zakażenie zimnicze pobierano krew, którą badano na stacji malarycznej Państw. Zakładu Higieny. Pracę tę, to znaczy, określenie wskaźnika śledzionowego, rejestrację ludności, pobieranie i badanie krwi, kolumny malaryczne przeprowadzały w ciągu 4 miesięcy (maj — wrzesień) na terenach 3 województw, a mianowicie: Lubelskiego, Poleskiego, i Wołyńskiego oraz w okolicach t. zw. Wielkiej Warszawy. Zbadano około 12900 dzieci w 13 powiatach, oraz 4495 dzieci w 21 szkołach okolic Warszawy. Oprócz tego w tym czasokresie stacja malaryczna Państwowego Zakł. Higieny zbadała 1342 preparaty krwi, w których wykryto „plasmodium vivax“ w 156 przypadkach. Na ogólną liczbę zbadanych  $12900 + 4495 = 17395$ , wykryto  $1061 + 150 = 1211$  zwiększonych śledzion.

*Wskaźnik śledzionowy %<sub>0</sub> w poszczególnych powiatach, zbadanych pod względem malarji w 3-ch wyżej wymienionych województwach, przedstawia się jak następuje:*

	Liczba dzieci zbadanych	Liczba śledz. zwiększon.	Wskaźnik śledzion. % <sub>0</sub>
1. pow. Piński	2923	620	21
2. „ Sarneński	406	70	17
3. „ Drohiczynski	335	47	14
4. „ Łuniniecki	363	48	13
5. „ Lubomłski	364	46	12
6. „ Brzeski	914	100	11
7. „ Łucki	459	48	10,4
8. „ Kobryński	864	89	10
9. „ Włodawski	1479	136	9
10. „ Kowelski	1327	65	4
11. „ Rówieński	116	5	0,4
12. „ Zdobunowski	602	0	0
13. „ Kamień-Korzyński	— brak danych.		

Kolumny wyżej wymienione składały się każda z jednego lekarza oraz dozorey sanitarnego. Personel kolumn tych wyszkolony został w Państwowym Zakładzie Higieny na specjalnych ad hoc zorganizowanych kursach malarjologii. Dane te dowodzą,

że sposób prowadzenia badań nad zimnicą jest obecnie uzgodniany z kierunkiem badań wytkniętych przez komisję malaryczną Ligi Narodów i jest pierwszą próbą zastosowania zasad malarijologii współczesnej w Polsce.

Przechodząc do danych o rozpowszechnieniu zimnicy w Polsce zaznaczyć należy, że na podstawie ustawy b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego o zwalczaniu chorób zakaźnych z dnia 25 lipca 1919 r., przypadki zachorowań na zimnicę podlegają obowiązkowemu zgłaszaniu. (Okólnik L. Z. Z. 717/25 ex 1925 r.). Liczby jednak zebrane drogą zgłoszeń nie odpowiadają rzeczywistości i posiadają tylko wartość względną. Objaśnia się to tem, że chorzy na zimnicę: 1) rzadko udają się do lekarza w wypadkach lekkiego przebiegu tej choroby, co w naszym klimacie, jako umiarkowanym, dość często się zdarza; 2) wypadki zimnicy utajonej często latami całemi nie dają nawrotów. Pod względem geograficznym rozpowszechnienie zimnicy w Polsce jest bardzo nierównomierne. Najbardziej zagrożonymi pod względem zimnicy są tereny wyżej wyszczególnionych województw, gdzie też przede wszystkim rozpoczęto badania. Oczywiście i inne tereny Rzplitej nie są zupełnie obce tej chorobie, gdyż, ze względu na słabą stosunkowo akcję przeciwalaryczną naszego Rządu, choroba ta zatacza coraz szersze kręgi. Brak środków finansowych nie pozwala rozwinąć akcji przeciwalarycznej należyte. W roku 1921 ogólna liczba zaszłańców na zimnicę w Polsce według oficjalnych zgłoszeń = 52965, na trzy zaś wyżej wymienione województwa przypadło 49000 przypadków. Zjawisko to wyjaśniają warunki hydrograficzne wschodnich połaci Polski. Tereny województw: Poleskiego, Wołyńskiego i Lubelskiego obfitują w znaczne zbiorniki wód stojących, jakoto: bagna, stawy, jeziora, kanały i t. p. Zbiorniki te powstają niejednokrotnie wskutek wylewów rzek Bugu, Piny i ich dopływów.

Zanim pozwolę sobie przejść do opisu sposobów walki z malarją, chciałbym na podstawie materiału naukowego podzielić się wiadomościami z dziedziny historii i etjologii zimnicy oraz spostrzeżeniami w sprawie samego pasorzyta tej choroby.

Już u Celsus'a znajdujemy wzmiankę o gorączce przestankowej o typie codziennym, trzeciackowym i czwartackowym.

Lekarze greccy również znali tę gorączkę, lekarze zaś arabscy przyczynili się do dalszego klinicznego opracowania tej choroby.

W drugiej połowie XVII wieku od czasu sprowadzenia kory chinowej z Peru do Hiszpanji ujawnił się ruch w kierunku badania gorączki przestankowej. W XVIII zaś wieku lekarze zaczynają zwracać szczególną uwagę na etiologję i patogenezę tej choroby.

Zajmujący się etiologją tej choroby włoski lekarz Lincisi uważał pewną zależność gorączki od miejscowości bagnistych; przypuszczał on wówczas, że z bagien wydziela się gaz, który wdychany przez ludzi powoduje wybuch choroby. Od połowy XIX wieku nastąpił nowy zwrot w nauce o zimnicy, gdyż lekarz amerykański Mitschell tłumaczył chorobę tę zakażeniem niższymi ustrojami z rodziny wycieczków, wodorostów itp. Myśl tę poparł Salisbury swemi spostrzeżeniami zebranymi w czasie badań terenów w dolinie rzeki Missisipi. Ten ostatni uzależniał powstawanie zimnicy od spotykanych w powietrzu zarodników pewnego gatunku wodorostów. W ten sposób coraz więcej rozpowszechniał się pogląd, że zimnicę powodują najniższe ustroje zwierzęce lub roślinne w rodzaju pierwotniaków lub wodorostów, w które obfitują wody stojące i bagniska. Dopiero w r. 1880 francuski lekarz Laveran znalazł we krwi osób chorych na zimnicę twory przypominające pierwotniaki, przytem rozróżniał cztery rozmaite formy tego pasorzyta. Laveran opisał je szczegółowo i uważał, że są to rozmaite formy rozwoju jednego i tego samego gatunku pasorzyta. Odkrycie to przeszło bez większego wrażenia, gdyż bakterjologowie wówczas święcili swój tryumf, odkrywszy tylko jeden rodzaj pasorzytów, a mianowicie bakterje; uważano więc, że tylko bakterje mogą wywoływać choroby zakaźne. Dopiero w r. 1885 Marchiafara i Celli badając krew drobnowidzowo znaleźli twory identyczne z tworami opisanymi przez Laverana i nadali im miano „*plasmodium malariae*“. W r. 1886 Golgi opracował szczegółowo biologję pasorzyta malarji, wyjaśnił jego rozwój, uzależniając napady gorączki zimniczej przestankowej (intermittens) od sporulacji tego pasorzyta. W ten sposób pogląd Laverana na etiologję zimnicy utrwalił się. Ten-że Laveran wyjaśnił, że pasorzyty zimnicy wytwarzają barwik (melaninę) z hemoglobiny czerwonego krążka krwi, co również znalazło potwierdzenie innych autorów. Niezbitym dotychczas faktem w etiologji zimnicy jest uzależnienie choroby tej od gruntu. Zimnica prawie zawsze występuje w miejscowościach bagnistych, nad brzegami mórz, jezior, rzek, stawów, wreszcie jak ostatnio spostrzeżono, w pobliżu



jakichkolwiek bądź zbiorników wody stojącej, o ile warunki klimatyczne oraz stan wody sprzyjają rozwojowi czerwi (larw) komarów, a więc: beczki z wodą stojącą, baseny, cysterny itp. Przykładem służyć może Turkiestan, gdzie tylko tego rodzaju zbiorniki wody przyczyniają się do stałego panowania tam ciężkiej postaci zimnicy. Jak wiadomo, największy stopień nasilenia posiada zimnica w krajach podzwrotnikowych, gdzie występują złośliwe, a nawet zabójcze postacie zimnicy. Przeciwnie, w strefie umiarkowanej ciężkie postacie tej choroby są dość rzadkie. Charakterystyczną cechą zimnicy jest to, że występuje ona przeważnie w postaci ognisk endemicznych. Endemje zimnicy występują nie tylko w jednych i tych samych krajach, lecz nawet identyczne powiaty, okolice i miasta są przez nie prawie stale nawiedzane. Tem się wyjaśnia, że teoria miazmatycznego \*) pochodzenia zimnicy długo się utrzymywała, gdyż spostrzegano stale, że zimnica zawsze znajdowała się w ścisłym związku z gruntem, występując najsilniej w okolicach bagnistych lub tam, gdzie grunt wogóle jest wilgotny, łąkowy; gdzie zaś grunt suchy, skalisty lub piaszczysty, słowem przepuszczalny i gdzie powierzchnia wód gruntowych ukazywała się nisko, malarja spotykała się b. rzadko.

Gerhardt szczepiąc krew chorego na zimnicę zdrowemu i otrzymawszy wynik dodatni, obalił pierwszy teorię miazmatycznego pochodzenia tej choroby, według której miazma przebywa właściwy cykl swego rozwoju w gruncie, nie może się więc przenosić z osoby na osobę.

Oprócz zależności zimnicy od gruntu bezsporną jest również jej zależność od pór roku. Obecnie więc, gdy utrwalili się już niezbity fakt, że malarja zależna jest od obecności w danej miejscowości komara widliszka (*anopheles*), zależność zimnicy od pór roku tłumaczy się okresami największego mnożenia się komarów, t.j. na początku wiosny (w końcu marca i w kwietniu) i na jesieni. Poza tem zapadalność na zimnicę uzależniona jest od komarów i moskitów, t. j. od tego, kiedy się lęgną i gdzie zimują. Zwykle w ciągu roku bywają dwie generacje komarów; jeżeli zaś jesień ciepła, może być jeszcze również trzecia generacja na początku jesieni. W ten sposób 1-sza generacja bywa na początku wiosny, 2-ga w lecie

---

\*) Pod miazmą rozumiano zarazek rozwijający się w ziemi.

i 3-cia na jesieni. Nawroty zaś zimnicy występują wczesną wiosną, albo jesienią, t. j. wówczas kiedy daje się zauważyć większy przełom w ciepłocie powietrza. Dr. Erwin *Becher* (*Klinische-Wochenschrift*—1917 r.) podaje ciekawe dane potwierdzające przypuszczenie, że zmiana klimatu powoduje nawroty zimnicy utajonej (t. j. takiej gdy pasorzyty zimnicy mieszczą się w śledzionie i nie dają sporulacji). Naprzykład zauważył on, że żołnierze powracający z Serbji do domu do klimatu chłodniejszego (Niemiec) zapadali na zimnicę, gdy tymczasem uważano ich za zupełnie wyleczonych. Stąd wynika, że, mając ustaloną zimnicę, byli oni nosicielami plasmodji malarycznych.

Przechodząc obecnie do sprawy najnowszych poglądów co do samego pasorzyta zimnicy, zaznaczyć należy, że szczegóły co do biologji pasorzyta malarji są dotąd jeszcze sporne. Nie wiadomo, naprzykład, dotychczas stanowczo, czy jeden gatunek pasorzyta istnieje dla każdego typu malarji, czy też są to różne formy pasorzytów.

Według *Laverana* różne kształty pasorzytów znajduwane we krwi chorych na malarję są jakoby różnemi fazami rozwoju jednego i tegoż pasorzyta.

*Goldi* zaś twierdzi przeciwnie: wyróżnia on 3 odrębne morfologicznie gatunki pasorzytów, a więc: *plasmodium vivax* (*febris intermittens tertiana*), *plasmodium malariae* (*febris intermill. quartana*) i *plasmodium falciparum* (*febris intermittens quotidiana*). Dla nietypowych złośliwych postaci, t. zwanej zimnicy podzwrotnikowej pasorzyt przedstawia się pod drobnowidzem w formie półksiężyca.

Czy pasorzyt zimnicy dostaje się do czerwonego krążka krwi i tam się rozwija, czy też znajduje się zewnątrz jego, będąc doń przyczepionym?

Włoscy autorowie *Marchiafava* i *Celli* dowodzą, że pasorzyt żyje wewnątrz czerwonego krążka krwi. *Lewkowicz* twierdzi, że „*plasmodium tertianae* i *quartanae*“ mieszczą się wewnątrz, pasorzyt zaś nietypowych form zimnicy mieści się zewnątrz czerwonego ciała krwi, t. j. w osoczu. Zaznaczyć należy, że młode „*plasmodia*“ mają postać pierścienia i nie posiadają barwika, wówczas gdy starsze „*plasmodia*“ posiadają barwik melaniny, który wytwarzają z hemoglobiny krwi. Gdy pasorzyt zimnicy osiąga

maximum swego wzrostu, następuje okres tworzenia zarodników; traci on wówczas ruchy pełzakowe, przybiera formę kulistą, barwik koncentruje się w środku, jądro i jąderko giną. Zarodniki te dzielą się na formy żeńskie i męskie (macro i microgametocytę). Zarodniki przedostają się do osocza krwi, krążą w niem przez czas pewien, poczem przyczepiają się do krwinek. Ten typ rozwoju jest bezpłciowym (schizogonja) w odróżnieniu od dalszego rozwoju płciowego (sporogonja) w komarze.

Te krótkie dane co do cyklu rozwoju pasorzytów zimnicy uważałem za stosowne przypomnieć, zanim przejdę do istoty choroby i jej zapobiegania.

Na podstawie wyżej przytoczonych danych dotyczących samego pasorzyta zimnicy klinicznie rozróżniamy cztery odrębne postacie zimnicy:

1. Zimnicę typową (typ gorączki trzeciaczkowej lub czwartaczkowej).
2. Zimnicę nietypową (o charakterze gorączki mieszanej).
3. Zimnicę złośliwą, również nietypową (t. zw. gorączkę tropikalną).
4. Utajone zakrwienie zimnicze.

U nas według Biegańskiego przeciętnie spotyka się 83% „febris interm. tertianae“; 11% „febris intermit. quotidianae“ i 6% „febris interm. quartanae“. Dla czego raz choroba przybiera charakter złośliwy drugi raz łagodny, bakterjologicznie wyjaśnić nie udało się. Stwierdzono wszakże niejednokrotnie, że w krajach nie uważanych za siedzibę zimnicy złośliwej czasami pojawiać się mogą pojedyncze przypadki ciężkiej, złośliwej postaci. Korzon, na przykład, twierdzi, że i w Warszawie mogą występować przypadki zimnicy podzwrotnikowej (dr. Tadeusz Korzon. Zimnica. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej 1917 r.).

Zdaniem poważnych badaczy zimnicy, o ile nie znajdujemy we krwi pasorzyta zimnicy, nie można stanowczo stawiać rozpoznania, jednakże tacy wytrawni znawcy tej choroby, jak Baccelli lub Gillot dowodzą, że często w ciężkich nawet przypadkach zimnicy nie udaje się wykryć zarazka we krwi. Ostatnio w wypadkach utajonej formy zimnicy krew biorą drogą nakłucia śledziona i wówczas często udaje się znaleźć zarazek zimnicy, poprzednio

nie wykrywany. O ile zarazka nie wykrywany potrzebne są jeszcze inne cechy rozpoznawcze potwierdzające zimnicę.

Knawles twierdzi, że, jeżeli przy objawach ogólnej anemii spotykamy wybitną „leukopenję“ w granicach od 2000—7000 białych ciałek w 1 sz. milim. krwi, lub też leukocytozę, przekraczającą 16000 leukocytów w 1 sz. milim. krwi, to można poważnie myśleć o zimnicy. Znaczne zwiększenie liczby jednojądrowych leukocytów obok jednoczesnej leukopenji nasuwa również prawdopodobieństwo zimnicy. Dodać należy, że drobnowidzowo pasorzyta zimnicy poza czerwonym krążkiem krwi wykryć bardzo trudno. Zwyczajnie postaci (w stanie rozpadu) pasorzyta znajdują się w osoczu krwi, co jakoby ma być wynikiem działania chininy.

Niejednokrotnie przy rozpoznawaniu zimnicy metoda „*ex juvantibus et nocentibus*“ musi być stosowana skoro nie posiadamy pewnika w postaci dodatniej analizy krwi, gdyż wszelkie zwlekanie w stosowaniu swoistego środka leczniczego zbyt ujemnie wpływa na dalsze prawidłowe leczenie chorego. Dodać tutaj należałoby, że przy zimnicy występuje zwykle dodatni odczyn Wassermana i niejednokrotnie zimnica analogicznie z lues'em może latami całemi nie dawać znać o sobie.

Nasuwa się wreszcie pytanie, jak należy skutecznie niszczyć zarazek zimnicy i jak zapobiedz szerzeniu się jego. Zadaniem profilaktyki zimniczej ostatnio zajęła się międzynarodowa komisja malaryczna z ramienia Ligi Narodów. Na podstawie danych otrzymanych ze sprawozdań włoskiego delegata tej komisji d-ra Luttrario przychodzimy do następujących wniosków: w walce z malarją stosować należy dwa zasadnicze sposoby: 1) Wielkie i małe uzdrawnianie terenów malarycznych, t. j. „*le grand et le petit assainissement*“ oraz 2) niszczenie zakażenia zimniczego wśród ludzi, t. j. tak zwanego „*reservoir de virus*“. Do większych sposobów walki należą roboty regulacyjne, oczyszczanie wielkich zbiorników wód, osuszanie większych terenów błot i bagnisk, drenowanie łąk i pól i t. p. Sposób ten wymaga wielkich zasobów finansowych, gdyż połączony jest z wywłaszczaniem terenów, ze specjalnymi robotami technicznymi pod kierunkiem inżynierów itp. Te środki działają powolnie lecz skutecznie. Niestety, u nas o wielkich robotach asanacyjnych pod względem malarji narazie

mówić jeszcze nie można. Należałoby zatem uciekać się do asanacji małej.

Do niej w pierwszym rzędzie odnosi się walka przeciwlarwowa, t. j. tępienie czerwi komara widliszka. Tępienie komarów dorosłych jest zbyt trudne i mniej korzystne. Po uprzednim zatem wykryciu miejsc lęgu larw widliszków, najlepszymi środkami są: 1) petrolizacja wód stojących z równoczesnym wytrzebieniem roślinności przybrzeżnej; 2) rozpylanie na powierzchni wodnej tak zwanej „Ziemi Szwajfurckiej czyli zieleni paryskiej”. Ten ostatni środek stosują obecnie zagranicą z b. dobrym skutkiem. W tym celu biorą 1% zawiesinę tej zieleni z kurzem lub popiołem i przy pomocy przygotowanego ad hoc rozpylacza zlekka pokrywają powierzchnię wody w odstępach czasu od 2—3 tygodni latem. Naftę zaś lub ropę naftową rozpylać należy co 15 dni (okres lęgu komarów), latem stosując 10—15 cm. sześć. nafty na 1 metr kwadratowy powierzchni.

Prócz tego stosują z mniejszym skutkiem zarybienie stawów, oczyszczanie wód od wodorostów i sitowia, regulację brzegów.

Do tępienia zaś zimnicy wśród ludzi prócz chinizacji więcej radykalnego środka dotychczas nie posiadamy. Niestety, specyfik ten często zawodzi.

Zachodzi pytanie, czy profilaktyczne używanie chininy przez ludzi zdrowych, zamieszkujących tereny malaryczne ma rację bytu. We Włoszech stosują profilaktyczną chinizację z dobrym skutkiem. Laveran w swoim „Traité du paludisme” dowodzi, że po uprzednim używaniu chininy organizm później łatwiej poddaje się leczeniu tym preparatem, t. j. łatwiej znosi wielkie dawki chininy, która wówczas skutecznie działa przy leczeniu malarji.

W sprawie leczenia zimnicy dane są tak dalece rozbieżne, że ograniczyć się muszę do zacytowania tutaj sposobów leczenia przez różnych autorów. Niestety kryterjum najpewniejszego sposobu leczenia określić dość trudno. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że systematyczne używanie chininy jest kuracją zabezpieczającą od nawrotów. Chociaż chininę uważamy za środek swoisty dla malarji „in vitro” chinina nie daje tak swoistego działania, a więc zwyrodnienia pasorzytów „in vitro” nie znajdujemy. Leczenie chininą nie zawsze zatem jest tak zwana „terapia

sterilisans magna“, dowodem czego są zwykle nawroty po stosowaniu nawet dużych dawek chininy i przytem dość długo. Formy pasorzytów młode łatwiej jakoby poddają się leczeniu, na gamety zaś chinina działa dość słabo. Wreszcie „plasmodium vivax“ i „plasmodium malariae“ łatwiej ginie od chininy, aniżeli „plasmodium falciparum“ (formy półksiężycowe). Z prac Kornera, Baccelięgo, Goldy'ęgo wynika, że chinina „per os“ przyjęta już w kwadrans po użyciu zaczyna wydzielać się z ustroju. Bars i Jems dowodzą, że chinina nie niszczy plasmodjów, lecz czyni czerw. krążki krwi bardziej przepuszczalnymi i wówczas zarodniki pasorzyta zimnicy (młode formy) giną w osoczu krwi, które samo przez się je unieszkodliwia. Toksyna pasorzyta malarji nieznana, ale być może neutralizuje się chininą, gdyż malarcy zwykle łatwo znoszą duże dawki chininy.

Jednem z najważniejszych zadań przy leczeniu zimnicy jest wypłaszanie pasożytów zimnicy ze śledziony (utajona forma zimnicy.) W tym celu obecnie stosują lampę kwarcową, promienie Roentgena, injectiones Adrenalini (Suprarenini) 1 cm. sz. rozezynu 1:1000, natryski na okolicę śledziony i t. p. W ten sposób wywołać się dość często udaje pobudzenie jakoby pozornie utajonych pasorzytów do krążenia w osoczu, poczem przeprowadza się kurację, jak przy nawrocie zimnicy.

Sposobów leczenia zimnicy jest bardzo dużo, z zasługujących na uwagę pozwolę sobie przytoczyć niektóre:

1. Ziemann daje 1,0 gram chininy na 5 godzin przed typowym napadem. W przypadkach ciężkiej zimnicy stosuje on przeciętnie dwa gramy dziennie w 2-eh lub 4-eh dawkach do czasu zupełnego ustąpienia gorączki. Po ustąpieniu zaś Ziemann jeszcze przez 2 tygodnie stosuje chininę w tychże dawkach co drugi dzień, wreszcie jeszcze w ciągu dwóch miesięcy po dwa razy tygodniowo.

2. Nocht daje małe i częste dawki podczas gorączki zimnicy (1 gram chininy w 5 dawkach), po gorączce jeszcze stosuje chininę przez pięć dni, wreszcie czyni przerwę na 4 dni, poczem przez 3 dni znowu stosuje chininę, potem po 5 dniach przerwy przez 2 następných dni chininę i t. d. W ciężkich przypadkach malarji Nocht stosuje chininum hydrochloricum (zawiera ten preparat największy procent chininy) po dwa gramy dziennie w ciągu trzech tygodni.

3. Abrami całymi miesiącami stosował w ciężkich przypadkach malarji po 3 gr. chininy dziennie, spotykał jednakże nawroty i przy takiej kuracji.

4. Klemperer (nowe wydanie terapii ogólnej) w przypadkach malarji typowej radzi stosować po 0.5 chin. mur. co pół godziny trzy razy na 6 — 8 godzin przed spodziewanym napadem. W mniej typowych formach cztery razy dziennie po 0.3 co 2 godziny. Po ostatnim napadzie stosuje on chininę jeszcze osiem dni. Dalszą zaś kurację stosuje w ten sposób, że po ośmiu oznaczonych wyżej dniach chinizacji daje dwa dni przerwy, poczem trzy dni chininę, potem 3 dni przerwy i trzy dni chininę, i znowu 4 dni przerwy i dwa dni chininę, potem 5 dni przerwy i dwa dni chininę w ciągu sześciu tygodni. W dniu tej chinizacji organizmu stosuje on stale cztery dawki chininy po 0.3 t. j. 1.2 gr. dziennie.

O ile organizm chorego nie znośi dłuższej chinizacji, radzi stosować trzykrotny zastrzyk Neosalvarsanu dożylnie w przerwach sześciodniowych, a więc: 1-sza dawka 0.45; druga — 0.6 i trzecia 0.6.

W przerwach między jednym a drugim zastrzykiem większość autorów radzi stosować systematycznie chininę.

Ze względu na możliwość miejscowych powikłań domięśniowe zastrzyki chinini bimuriatici (łatwiej rozpuszczalna).

Thomson odradza dawania małych dawek (0.2 — 0.3) chininy, gdyż „zwiększa to jakoby tylko siłę chorobotwórczą wzrastającego pokolenia pasorzytów“ — jest to wszakże mniemanie jeszcze nie zupełnie ustalone w terapii.

Tolerancja chininowa u malaryków jest ogromna: znoszą oni w większości przypadków bardzo łatwo duże dawki chininy. Dowodem tego posłużyć może przypadek podany przez d-ra Korzonna, a mianowicie: własna jego małżonka, będąc chorą na zimnicę w ciągu siedmiu miesięcy zużyła około funta chininy.

Za nietolerancją chininową uważać należy objawy zatrucia nawet po niewielkich dawkach (wymioty, bóle głowy, pokrzywka, uderzenie krwi do głowy i t. p.)

Na szum w uszach, częsty objaw u chorych podczas chinizacji, wszyscy prawie autorowie radzą stosować brom.

Zaznaczę tutaj, że arsenik nawrotom malarji nie zapobiega, gdyż pomaga on tylko w odżywianiu i krwiotwórczości, w wypadkach „cachexiae postmalar“.

5) Samuel radzi stosować chininę w stosunku 0.2 na dawkę na 1 kilogr krwi chorego, a więc przy 5 kilogr. krwi 1 gram chininy na dawkę.

6) Dr. Willy Wick badał działanie chininy w kolonjach afrykańskich i na zasadzie wieloletniego doświadczenia opracował tabelkę dawek chininy. Daje on podczas napadu 1,0 chininy w 5-ciu dawkach po 0,2 pierwsze zaś sześć dni po gorączce również po 1,0 chininy dziennie. Całe leczenie ponapadowe według jego tabelki trwa jeszcze około 2-ch miesięcy. (Dr. Korzon. Zimnica. Gazeta Lekarska 1917 r.)

O ile organizm zupełnie nie znosi chininy stosuje się Neosalvarsan, lub Hectine Nulin'a, wreszcie Methylenblau Mercka w ciągu dwudziestu dni 0,5 na jedną dawkę dwa razy dziennie.

#### L I T E R A T U R A .

1) Zimnica: istota, przebieg, zwalczanie. Wydawn. Naczeln. Nadzw. Komisar. 1921.

2) Dr. *L. Anigstein*. Badania epidemjologiczne nad zimnicą w Warszawie. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1925 r.

3) Dr. *Tadeusz Korzon*. Zimnica i komary malaryczne. Wyd. Gazety Lekarsk. 1927 r.

4) Dr. *Tadeusz Korzon*. Co to jest febra, czyli gorączka zimnicza. 1919 r. (broszura popularna) Wydawn. Min. Zdr. Publ.

5) Sprawozdania przychodni przeciomalarycznej za 1925 i 1926 r. I Miejska Stacja Higjeny Zapobiegawczej w Warszawie. Wydanie Wydz. Zdrowia Publicz. Magistr. m. st. Warszawy.

6) *Biegański*. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. W-wa. 1900 r.

7) *Chininum, scriptiones collectae anno 1923, 1924* Amsterdam.

8) *M-tero del Interno*. Consigli popolari per la difesa individuale contro la malaria. Roma 1913.

9) Dr. *Luttrario*. La lotte contro la malaria in Italia. Roma 1922.

10) *Sterling-Okuniewski*. W sprawie zimnicy. W-wa 1918.

11) *Vialatte Ch*. La lutte antipaludique au Maroc. Casablanca 1922.

12) Dr. *L. Anigstein*. Studja zbiorowe nad malarją w Europie Wschodniej i Południowej. Sprawozdanie z delegacji do Komisji Malarycznej Ligi Narodów (maj, sierpień 1924 r.)

---



Dr. Władysław Dobrzyński.

## VI Kongres Międzynarodowej Federacji Miast - Ogrodów i Planowania Miast.

(Wrażenia delegata).

Kongres ten odbył się w Wiedniu w czasie od 14—19 września r. b., a zorganizowany został przez międzynarodową organizację p. n. „International Federation of Town and Country Planning and Garden-Cities” z siedzibą w Londynie.

Wzrastające zainteresowanie światła kongresem tym widać już z tego, że przybyło nań przeszło 1200 przedstawicieli prawie wszystkich kulturalnych krajów; podczas gdy poprzedni, odbyty w 1924 r. w Holandji, liczył wszystkiego około 500 uczestników.

Na sprawę decentralizacji ludności miejskiej i przemysłowej rzucają wiele światła konferencje międzynarodowe oraz referencje poszczególnych krajów, którzy wykładają, co u nich w tym zakresie zdziałano teoretycznie i praktycznie i do jakich oją ideałów. Oczywiście żaden naród nie może bez zastrzeżeń stosować u siebie praktyki innych narodów ze względu na specjalne warunki miejscowe. Tem nie mniej rozważanie tych spraw może nam dać dużo wskazań praktycznych i ochronić od wielu błędów, gdzieindziej popełnionych.

Federacja, której mam zaszczyt być współzałożycielem, zorganizowała od 1913 r. kongresy w Paryżu, Londynie, Gotenburgu, Amsterdamie i Nowym Yorku. Wybór miejsca kongresu zawsze padał na miasto, które wyraziło w tym kierunku życzenie i partycypowało w znacznych kosztach organizacji.

Na porządku dziennym kongresu były dwie sprawy: a) *formy prawnej władania terenem* i b) *kwestja budowy małych czy dużych domów*. Obydwie te sprawy ze względu na swą wagę bardzo mnie interesowały, jako delegata *Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej*. Sprawy te są w ścisłym związku z kwestją planów regionalnych i budową miast. Wiadomo, jakie olbrzymie znaczenie ma forma posiadania terenu już przy regnlacji ulic; czy jest on w rękach posiadacza prywatnego czy — władz publicznych? Forma władania może mieć znaczenie wielce hamujące albo też popierające dobrą

politykę mieszkaniową. Oczywiście wpływ formy posiadania gruntów odnosi się i do sprawy rozszerzania miast i planów regionalnych. Już na Kongresie w Amsterdamie rozpatrywana była ta kwestja i jednogłośnie uchwalona została rezolucja: planowanie regionalne pozostaje bez realnej wartości w braku posiadania i rozporządzenia wolnym terenem dla potrzeb komunikacji, przemysłu, rolnictwa, zakładania parków i budowy mieszkań. W pruskiej ustawie mieszkaniowej z r. 1918, która zawiera również § o planowaniu regionalnem, odgrywa kwestja ta dużą rolę. Sprzeciwy, które się w tym kierunku ujawniały, prawdopodobnie jeszcze ujawniać się będą. Jest to zrozumiałe, że właściciele terenów, których posiadłości pozostają na zawsze przestrzeniami wolnymi, albo mają być na stałe wykorzystane, jako ziemia orna, uważają się za upośledzonych wobec bliskich sąsiadów, których tereny mają zostać placami budowlanymi. Tutaj poruszane więc są bardzo drażliwe dla posiadacza terenu sprawy pieniężne, których rozwiązanie leży w interesie publicznym, przyczem odgrywają tu ważną rolę: kwestja prywatnego i publicznego władania terenem, wywłaszczenie, komasacja, dzierżawa ograniczona lub wieczysta. Jest rzeczą niesłychanie u nas ważną dla odbudowy kraju zapoznać się z doświadczeniem nabytem w różnych krajach w dziedzinie form prawnych, stosowanych przy rozszerzaniu miast i planowaniu regionalnem. Zwolennicy idei miast-ogrodów na podstawie doświadczeń, zrobionych w praktycznych przedsiębiorstwach w zakresie planowania osiedli i celowego wykorzystania terenów, wypowiadają się za publiczną własnością gruntów; naturalnie przy zapewnieniu właściwego użytkowania połaci nie powinna istnieć żadna niechęć wobec własności prywatnej.

Niemniej musi zwolenników idei *Howarda* zainteresować temat drugiego kongresu: „dom niski czy wysoki“, „jednorodzinny czy koszarowy“?

Jest rzeczą znamionną, że Międzynarodowa Federacja budowy miast, która się wyłoniła z Międzynarodowego T-wa miast-ogrodów i wskutek tego zdecydowanie zadokumentowała swoje stanowisko na rzecz zabudowania niskiego i domu jednorodzinnego, wystąpiła z tą kwestją właśnie w Wiedniu, gdzie zarząd miejski, zdaniem wielu, poparł dom koszarowy à outrance. Wiedeńskie „pałace ludowe“, które niekiedy dochodzą do 8 pięter, mocno skrytykowane

zostały przez wielu reformatorów mieszkaniowych mimo całego szacunku dla zdumiewającej akcji masowej - 20.000 mieszkań w ostatnich 3 latach i wyników artystycznych. Należy przyznać, że Wiedeń ze względów ekonomicznych był poniekąd zmuszony do budowania wysokiego.

Rzecz prosta, zainteresować musiał materiał faktyczny, przedstawiony przez referentów, a dotyczący różnych sposobów budowania w różnych krajach

Przechodzę obecnie do omówienia najważniejszych odczytów w sprawie terenowej.

Z bardzo licznych referatów, między którymi nie brakowało i polskiego, o wpływie sprawy terenowej na budowę miast i planowanie regionalne, wynika, że najbardziej sprzyja rozwojowi miast forma władania terenem, stosowana w Finlandji. Fińskie zarządy miejskie w porównaniu z zarządami miast innych krajów znajdują się w wyjątkowo korzystnym położeniu, ponieważ miasta nowopowstające, dzięki dawniejszej polityce państwowej, otrzymywały potrzebne im tereny z tem zastrzeżeniem, by ich nie przekazywano osobom prywatnym bez ograniczeń. Wobec tego tereny te pozostały do dnia dzisiejszego w rękach zarządów miejskich. Oprócz tego gminy nabywają znaczne tereny, zwłaszcza w tych połaciach, w których przewidywana jest ekspansja miasta. Gminy posiadają również prawo wywłaszczania gruntów, z którego jednakże dotąd użytku nie zrobiły, gdyż mają ich pod dostatkiem. Teren miejski, niewykorzystany dla celów budowlanych, czasowo użytkowany jest inaczej. Wobec tego, że cały teren miejski jest w posiadaniu gminy, budowanie, niezgodne z planem miejskim, jest uniemożliwione. System wydzierżawiania gruntów dla budowy małych domków jest tam bardzo rozpowszechniony, przyczem gmina zapewnia sobie pewną część ewentualnego przyrostu wartości. Miasta udzielają drobnym posiadaczom kredytu na drugi numer hipoteki do wysokości 80% wartości budowli czyli po pierwszym numerze hipoteki - 30%.

Nietylko Finlandja, ale wogóle w korzystnych pod tym względem warunkach znajdują się te kraje, których zarządy miast posiadają tereny własne i udzielają jedynie prawa na czasowe ich wykorzystanie. W innych krajach miasta dla racjonalnej działal-

ności budowlanej zmuszone są do wywłaszczenia, które przedstawia znaczne trudności.

W Polsce, jak wiadomo, normalną formą prawną posiadania jest własność nieograniczona, jednakże przewidziane jest jej ograniczenie dla potrzeb publicznych. Ustawa o reformie rolnej upoważnia między innymi Rząd do wywłaszczenia gruntów dla celów rozszerzania miast. Dalszemi formami użytkowania terenów są: a) dzierżawa wieczysta, częściowo stosowana przy udzielaniu terenów państwowych; b) prawo budowania, dopuszczające posiadanie na własność budowli na terenie dzierżawionym; c) dzierżawa zwykła na okres 36 lat. Dla wywłaszczenia gruntów celem rozszerzania miast miarodajne jest rozporządzenie z d. 29 listopada 1926 r. o planach zabudowań w b. Kongresówce i b. zaborze pruskim; dla analogicznych celów istnieje prawo regulacyjne z 2 lipca 1875 r. w b. zaś zaborze austriackim decydują o wywłaszczeniu władze administracyjne, a odszkodowanie określają sądy. Wywłaszczenie dla celów mieszkaniowych dokonywa się na podstawie ustawy o rozbudowie miast z 29 kwietnia 1925 r. Wywłaszczenia gruntów dla budowy domów robotniczych i dla celów przemysłowych prawodawstwo nasze nie przewiduje; oddzielenie strat przemysłowych od mieszkaniowych jak również przymusową zmianę gruntów przewiduje projektowana ustawa budowlana. Na podstawie ustawy o rozbudowie miast możliwe jest wywłaszczenie terenów dla zakłaniania miast-ogrodów.

Dzięki temu, że Państwo Polskie udziela terenów naokoło większych miast, zwłaszcza Warszawy, pod budowę domów, spekulacyjne wzrastanie cen gruntowych jest tam wyłączone. Miarodajną jest tu wspomniana ustawa o rozbudowie miast z 1925 r., zawierająca warunki przekazywania gruntów państwowych dla potrzeb osiedleńczo-mieszkaniowych. Obecna działalność budowlana w 90% dokonywana jest na gruntach państwowych. (Referat inż. Weinfeld),

Widzimy więc, że nasze prawodawstwo, acz posiada dotąd pewne braki, umożliwia racjonalną działalność w omawianej sprawie.

W Czechosłowacji wywłaszczenie gruntów na cele ogólne jest uprawnione. Uchwalono je za czasów austriackich. Sprawy budowlane reguluje dotąd jeszcze tymczasowe prawo przedwojen-

ne. Przed wojną nie istniała ustawa o wywłaszczaniu terenów dla celów mieszkaniowych. Prawo o wywłaszczaniu gruntów z 1919 r. ma duże znaczenie dla sprawy osiedlania ludzi w dzielnicach mniej gęsto zaludnionych. Na podstawie tego prawa cała ziemia, będąca w kulturze, powyżej 150 ha, oraz wszelkiego rodzaju teren powyżej 250 ha, który był własnością jednego posiadacza, mogą być wywłaszczane (za odszkodowaniem). Tym sposobem otrzymały miasta duże połacie potrzebne do swego rozszerzenia. Praga otrzymała 4000 ha. Prawo dzierżawy wieczystej jest w Czechosłowacji nieznane.

Obecnie opracowuje się ustawę, przewidującą planowanie, uwzględniające rozwój miast w ciągu najbliższych 50 lat. Mają też być utworzone urzędy planowania regionalnego.

W Danii niema jednolitego prawa, dotyczącego szacowania i odszkodowania za wywłaszczony dla celów publicznych teren. Uchwalona w 1925 r. ustawa budowlana nie posiada mocy wykonawczej (wynik walki partyjnej). Mimo to ustawa ta musi być uważana, jako duży krok naprzód. Określa ona między innymi rodzaj i gęstość mających powstać budowli, rozmiary placów budowlanych etc.

W Holandji gminy z ludnością ponad 10000 obowiązane są opracować plany zabudowań i rewidować je od czasu do czasu. Plan tego rodzaju obejmuje cały areal miejski, a więc i place prywatne. Tym sposobem można odpowiednio regulować ceny placów. Jeżeli posiadacz terenu nie czyni z niego właściwego użytku może to czynić zgodnie z planem gmina na drodze wywłaszczenia.

Prawo o wywłaszczaniu daje gminie daleko idące pełnomocnictwa w stosunku do planu zabudowania. Może być wywłaszczony nie tylko teren, ale prywatny posiadacz tracić może skutkiem tego pewne prawa, związane z posiadaniem terenu. Ewentualny przyrost wartości przypada więc gminie. Należy zaznaczyć, że wywłaszcza się tylko wówczas, kiedy nabycie terenu po cenie umiarkowanej drogą umowy dobrowolnej jest niemożliwe. Przymusowa zamiana terenów jest dopuszczalna jedynie dla rolnictwa.

Gminy posiadają coraz więcej terenu budowlanego, który oddawany jest bądź drogą sprzedaży (z ograniczeniem) bądź na podstawie wieczystej dzierżawy.

Plany regionalne dotąd nie są przez prawo uwzględniane.

Coprawda, prawo daje gminom znaczny wpływ na sprawy rozszerzania miast, ale życie wysuwa konieczność ogólnej ustawy budowlanej, jak również prawa o sporządzaniu planów regionalnych.

W końcu zeszłego stulecia, kiedy spekulacja terenami coraz bardziej wzrastała, powodując nadmiernie wysokie komorne, Zarządy miast przysły do przekonania, że celem zwalczania spekulacji należy zastosować dwa kardynalne środki: 1) ograniczenie gęstości zabudowania w kierunku poziomym i pionowym i 2) nabywanie terenów wolnych.

Wychodząc z tego założenia, m. Wiedeń na podstawie przepisów budowlanych z 1873 r. opracowało w 1893 r. plan zabudowania strefowego, który ustalił dopuszczalną ilość pięter dla całej połaci; zastrzeżono dla bardzo dużych przestrzeni zabudowanie jedynie jedno i dwupiętrowe. Przepis ten następnie uzupełniony został przez stworzenie w 1905 r. „pasa lasów i łąk“, a w 1924 r. przez ochronę parków, na skutek czego pewne przestrzenie mają pozostać stale niezabudowanymi. Dzięki tym przepisom miastu udało się utrzymać znaczny rezerwoar powietrzny, który łącznie z publicznymi parkami miejskimi obejmuje około 20% całego obszaru miejskiego.

W związku z tem są t. zw. „przestrzenie osiedleńcze“ (uchwała z 1921 r.) wynoszące 1200 ha, a przeznaczone wyłącznie na zabudowanie małymi domami na podstawie spółdzielczej; przyczem miasto popiera zrzeszenia, oddając grunty w dzierżawę wieczystą i udzielając kredytu.

Oprócz tego stworzone zostały „strefy ogródków“ (około 800 ha) warzywnych i owocowych, w których mogą być budowane jedynie altanki.

M. Wiedeń w końcu wojny posiadało około 6000 ha terenu, który następnie powiększony został o 1000 ha, tak, że w 1926 r. miasto posiadało około 7000 ha, czyli prawie  $\frac{1}{4}$  całego terenu miejskiego. Jak widzimy, miasto posiada dość placów dla licznych swoich potrzeb; może skutecznie walczyć z lichwą terenową, wpływając na ceny gruntów. Dojrzały do budowy teren oddaje się w wieczystą dzierżawę osobom prywatnym, a najchętniej spółdzielniom osiedleńczym.

Posiadanie przez miasto znacznych terenów i stałe powiększanie ich jest dla Wiednia tem ważniejsze, że prawo o wywłaszczeniu jest tam przestarzałe i nie nadaje się do wymogów życia.

Zarząd miejski zdaje sobie sprawę z ważności kwestji terenowej dla dobra miasta i dąży do utworzenia drogi jej przyszłemu rozwojowi przez planową politykę terenową.

W miastach szwedzkich znajdują się znaczne przestrzenie, należące bądź do Państwa, bądź do miasta. Do końca ubiegłego stulecia miasta oddawały tereny na własność nieograniczoną, co powodowało, jak wszędzie zresztą, spekulację; zwłaszcza wzrastały ceny gruntu podczas gorączki budowlanej. By temu przeciwdziałać, rozpoczęło miasto Stokholm przed 20 laty sprzedawać na korzystnych warunkach tereny głównie pod budowę małych domów. Miasto nabyło od sąsiednich gmin duże tereny i przygotowało je pod miasta-ogrody, przyczem place oddawało w dzierżawę na 60 lat.

Przy przeprowadzaniu polityki terenowej miasta szwedzkie wykazały dużą zdolność konkurencyjną z prywatnymi handlarzami terenowymi.

Planowanie regionalne jest jeszcze mało znane w Szwecji, ale istnienie kilku przedmieść-ogrodów czyni sprawę tę aktualną.

Miasta są obowiązane od 1876 r do sporządzania planów zabudowań, które samem istnieniem swoim wpływają na stabilizację cen gruntu.

We Włoszech teren miast i przedmieść znajduje się zasadniczo w rękach prywatnych i jedynie nieznaczna część gmin posiada własne grunta, np. miasto Medjolan, które nabyło 800 ha, podczas gdy cały teren miejski wynosi 18.500 ha. W ostatnich czasach wiele gmin dąży do nabywania terenów dla budowy domów robotniczych.

Obecny stan prawodawstwa nie sprzyja planowej polityce terenowej. Niezbędne są przepisy, któreby dawały przewagę interesom społeczności w sprawach terenowych. Cel ten da się osiągnąć: 1) przez szereg środków technicznych (polityka komunikacyjna), 2) przez reformę podatków terenowych i 3) przez środki prawne (udzielanie gminom pełnomocnictw większych, niż dotychczas istniejące, te bowiem przewidują jedynie, gdzie i jak ma się budować, ale nie — kiedy).

Celem przeciwdziałania tak rozpowszechnionemu w Szwajcjarji rozdrobnieniu ziemi na małe parcele prywatne, co hamuje racjonalny rozwój miast, uchwalone zostało niedawno prawo, dające możliwość budowania na dzierżawionym gruncie. Cały szereg miast zrobił użytek z tego prawa i wydzierżawił tereny zrzeszeniom budowlanym. Prawo to ma olbrzymie znaczenie w zakresie rozszerzania miast. Tylko bowiem rozplanowanie dużych przestrzeni jest celowe i ekonomiczne.

Zdaniem referenta, prof. H. Bernoulli'ego, główną przeszkodą w polityce terenowej miast są odsetki, jakie gminy muszą płacić od nabytego terenu. Uniemożliwia to kupowanie terenów na dużą skalę.

W Niemczech, gdzie istnieje prawo własności absolutnej, zaczęto w 1875 r. stosować wywłaszczenie dla celów regulacyjnych, saskie zaś prawo budowlane z 1904 r., badeńskie — z 1913 r. i pruskie prawo mieszkaniowe z 1913 r. uzupełniają prawo 1875 r., regulując sprawę budowy domów małych i średnich.

Przedstawiciel Stanów Zjednoczonych A. P. zaznacza w swym referacie, że w przypadku gminnego władania terenem zachowuje on swoją wartość, jako ziemi ornej tylko dopóty, dopóki nie jest stosowany dla celów przemysłowych i budowy miast. Wartość ziemi rolnej jest skapitalizowaną pracą jednostki, wkładającej w ziemię własną pracę. Przy systemie posiadania indywidualnego i spekulacji wartości i dochody terenem miejskiego nie są *tworzone*, a *znajdowane* przez jednostkę, która go posiada.

Referent angielski dochodzi w swym przemówieniu do wniosku, że jeżeli ma być urzeczywistniony projekt znaczenia ogólnego, jest rzeczą niezbędną zapewnienie sobie posiadania bez żadnych ograniczeń całej w projekcie przewidzianej połaci.

Jest rzeczą zupełnie jasną, że powinniśmy naśladować przykład miast szwedzkich, czechosłowackich, Wiednia, szwajcarskich, niemieckich i Medjolanu, które zapewniły sobie posiadanie dużych obszarów w swoim obrębie i otoczeniu, jak to wyżej podałem. Tam, gdzie prawodawstwo na to nie pozwala, należy życzyć, by prawa zmienione zostały w duchu większej autonomji miast i gmin.

Istniejące w Anglii prawo własności (lease-hold) — dzierżawa, obliczona na bardzo odległy okres czasu 99 lat mimo, że posiada dużą wartość, przeszkadza jednakże praktycznej rozbudowie miast



## MAGISTRA KLAWE



Najracjonalniejszy przetwór żelaza dla słabo rozwiniętych, niedokrwistych, osłabionych, nerwowych i ozdrowieńców.

Wzmocnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i przywraca siły.

Broszura o znaczeniu żelaza w lecznictwie oraz próby na żądanie.

**TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO d. MAGISTER KLAWE, S.A. WARSZAWA**

owywa-  
wogóle  
achować  
obecnej  
epszego  
amorzą-  
umę le-  
mbers'a)  
dyskusje  
gólnych  
bliższej  
zasadni-  
fi-katno.  
na celu  
społecz-  
h i spo-  
których  
rkę tere-  
ące wła-  
wymuso-  
terenów  
spekula-  
ch punk-  
j tereno-  
sie, wre  
enowym.  
propono-  
osiadaczy  
rowadza-

ponieważ inwestowane w terenie wartości sprzyjają zachowywaniu istniejącego stanu posiadania.

Najważniejszą przeszkodą przy planowaniu miast i wogóle większych osiedli są olbrzymie wpływy, które tu działają, by zachować obecny stan rzeczy. Zdaje się, że to zjawisko ogólne. Jeżeli w obecnej generacji ma być zrobiony jakiś krok praktyczny celem lepszego ukształtowania przepełnionych dzielnic miejskich, należy samorządom udzielić takich praw, by na ich podstawie mogły usunąć leżące na tej drodze przeszkody.

Sądzę, że te słowa urbanisty angielskiego (sir T. Chambers'a) winny odnaleźć oddźwięk we wszystkich prawodawstwach.

Wogóle zaznaczyć należy, że zgłoszone referaty i dyskusje oświetliły wszechstronnie stosunki terenowe w poszczególnych krajach, dając obraz tego, co powinno być zrobione w najbliższej przyszłości.

Przy badaniu omawianego problemu chodzi o zasadnicze czynniki: prawodawcze, techniczne i administracyjno-fiskalne. Z tych dziedzin głównie były roztrząsane te, które mają na celu wpływanie na ceny gruntu, na sprawy natury technicznej, społecznej i osiedleńczej.

Środkami temi są: a) ustanawianie stref budowlanych i sporządzanie planów regionalnych. Są to środki, za pomocą których wpływa się na gęstość zabudowań, komunikację i gospodarkę terenową, b) ustawa o wywłaszczeniu, c) przepisy ograniczające władanie terenem, d) nabywanie terenów przez gminy, e) przymusowa zamiana gruntu zamiast wywłaszczenia, f) oddawanie terenów budowlanych w t. z. wieczystą dzierżawę, g) wyłączenie spekulacji terenem, h) opodatkowanie posiadaczy terenów w ważnych punktach celem uzyskania środków potrzebnych do inwestycji terenowej, i) tworzenie t. zw. miast-ogrodów.

We wszystkich krajach reprezentowanych na Kongresie, wre praca nad udoskonaleniem prawodawstwa w zakresie terenowym.

Najważniejszymi trudnościami przy przeprowadzaniu proponowanych środków są:

1. Istniejące prawa własności i wpływ polityczny posiadaczy (partje) przeszkadzają uchwalaniu właściwych ustaw i wprowadzaniu ich w życie.

2. Istniejące rozbieżności pomiędzy zarządami gmin o silnym rozwoju miejskim, a zarządami o charakterze przeważnie wiejskim.

3. Spekulacja zawsze działa hamująco, zwłaszcza przy zbyt wczesnym ogłaszaniu planów strefowych i regionalnych.

4. Często nie daje się zawnazu określić późniejszego rozwoju miast.

5. Rozwój istniejących miast jest trudniejszy, niż nowopowstających, gdyż trudności natury technicznej rosną przy rozszerzaniu się miast istniejących.

6. Wywłaszczanie połaci rolniczych, jak również zamiana terenów, nie zawsze daje się przeprowadzić.

7. Opodatkowanie placów budowlanych niejednokrotnie powoduje wczesne przejście terenów z rąk drobnych właścicieli w ręce spekulantów.

Zadaniem więc Kongresu było: zwrócić ponownie uwagę parlamentów i rządów na niesłychaną ważność omawianych problemów i we wspólnym badaniu sprawy znaleźć środki, prowadzące do poprawy stosunków (ref. Schenck, Frankfurt n/M).

Jak wszystkie zjazdy międzynarodowe, i ten zaznaczył, że praca kongresowa ma między innymi służyć do zbudowania nowych mostów dla wzajemnego porozumienia narodów.

\* \* \*

Przechodzę do drugiego zadania Kongresu t. j. do sprawy: dom duży czy mały?

Kwestja niskiego czy wysokiego systemu zabudowania, domu jednorodzinnego czy koszarowego, należy do tych, które zwracają na siebie uwagę władz i społeczeństw wszystkich krajów kulturalnych świata, ponieważ okoliczności tak się złożyły, że problem mieszkaniowy jest obecnie wszędzie dominujący i domaga się jak najstaranniejszego rozważania. Wszystkie państwa, z wyjątkiem St. Zjedn. Am. Półn., zmuszone są udzielać pomocy pieniężnej dla rozwiązania omawianego problemu. Oczywiście i w Polsce sprawa ta przy odbudowie kraju nabrała pierwszorzędneho znaczenia.

Pod nazwą „dom mały“ rozumiemy nie tylko dom jednorodzinny, ale również i taki, który zbliżony jest do jednorodzinnego, posiadając takie zalety, jak zdrowotność zamieszkiwania, możliwość



kontakty z przyrodą, a zwłaszcza małą liczbę mieszkańców, a więc dom o parterze i jednym pięttrze. Dom taki posiada najwyżej dwa mieszkania na dole i dwa na piętrze i mieści cztery rodziny. Średnim domem nazywamy dom o 2½ do 3½ pięt (łącznie z parterem) dla 5 do 7 rodzin. Dom zaś o parterze i trzech piętrach i o 2 mieszkaniach na każdym piętrze, więc dla 8 rodzin uważany już jako dom duży. W Warszawie i innych większych miastach Polski jak wiadomo, mamy 5—6 i 7-miu piętrowe domy po 3, 4 mieszkania na każdym piętrze lub więcej — w systemie korytarzowym.

W referatach z Austrii, Czechosłowacji, Danji, Anglii, Finlandji, Francji, Niemiec, Włoch, Holandji, Hiszpanji i St. Zjednoczonych Am. Półn. przeprowadzone jest porównanie pomiędzy obu typami budowlanymi, ich kosztami wraz z ujawnieniem dodatnich i ujemnych cech pod względem społecznym, zdrowotnym i gospodarczym.

Wielkie znaczenie ma tu strona gospodarcza systemu budowlanego, która szczegółowo omówiona została w referatach prof. Muesmana — Drezno i Van Kaa — Holandja.

Koszty budowy domu składają się z trzech pozycji, mianowicie: budowlanych, inwestycyjnych (budowa ulic, kanalizacja, wodociągi, elektryczność i gaz) oraz terenowych. Badania, dokonane w tej dziedzinie w Niemczech doprowadziły do różnych wyników. Jedni za najbardziej ekonomiczny uważają dom o parterze i 3 piętrach. Nowsze konstrukcje umożliwiają, zwłaszcza przy produkcji masowej, budowę mieszkania w domu małym za taką samą cenę, jak mieszkania w domu dużym, przy normalnej konstrukcji z cegieł. Koniecznym tego warunkiem jest, by przeciętne mieszkanie składało się z 4 pomieszczeń. Koszty inwestycji mogą być znacznie zmniejszone przy celowym planie zabudowania, np. wówczas gdy ulice komunikacyjne będą się różnić od węższych, mieszkaniowych (Eberstadt — 1892). M. twierdzi, że nie słuszny jest zarzut, jakoby budowa małych domów prowadziła do zbytniego i kosztownego rozszerzania się miasta.

Prawie wszyscy autorzy referatów dochodzą do wniosku, że z punktu widzenia społecznego i zdrowotnego dom, mieszczący najmniejszą liczbę rodzin t. zn. jednorodzinny jest najlepszy. Jednakże pewna część ludności, jak się zdaje, przekłada nowoczesny dom koszarowy. W niektórych krajach władze zmuszone są bu-

dować domy wielopiętrowe, do których przenoszą ludność z niezdrowych domów i dzielnic, które się demoluje. W innych krajach wystawiają i dla tej ludności domy jednorodzinne.

Wogóle ze wszystkiego, co było powiedziane, można wywnioskować, że *nie tylko w Anglii, ale i na kontynencie Europy istnieje tendencja budowania w wielkich i mniejszych miastach domów jednorodzinnych*, przyczem trzeba jednakże zwalczyć duże trudności. Mr. Elgood (Anglia) konstatuje, że stosunek sprawy mieszkaniowej do umiejętności budowy miast jest problemem, który zaprzęta wiele głów na kuli ziemskiej, ale w Anglii kwestja ta zasadniczo jest już rozwiązana. Anglja posiada dwa miasta-ogrody, w których należycie uwzględniony został stosunek między przemysłem i budową mieszkań. Przy planowaniu nowych osiedli również zwraca się szczególną uwagę na zachowanie tego stosunku; bardzo mało zaś dotąd tam zrobiono w sprawie właściwego planowania i rozszerzenia miast istniejących.

Przedstawiciel Holandji Van der Kaa wypowiada pogląd, że stosowanie planu regionalnego jest niezbędne dla racjonalnego polepszenia państwowego i międzypaństwowego systemu dróg komunikacyjnych, rezerwowania przestrzeni wolnych i terenów budowlanych. Charakter budynków będzie zależny od ustosunkowania się danej dzielnicy do całego planu regionalnego.

Wright (Ameryka) stoi na przyjaźniejszym stanowisku wobec domu wielorodzinnego, niż większość urbanistów, ale wymaga lepszego szkicowania jego w sensie technicznym. W. uważa, że ruch w kierunku budowy miast w Ameryce przeoczył stronę gospodarczą problemu, zadawalniając się ciasną dziedziną regulacji ulic, nie doszedłszy do rdzenia sprawy — oszczędnego wykorzystania terenu.

Sellier (Francja) kładzie nacisk na fakt, że znana instytucja „Office Public d’Habitation à bon Marché” departamentu Sekwany od samego początku połączyła działalność budowlaną z racjonalnym planowaniem dzielnic i że 2000 wybudowanych przez nią mieszkań odpowiadają nowoczesnym wymaganiom umiejętności budowy miast.

Musil (Austria) stwierdza, że zarząd m. Wiednia uznaje wielkie korzyści miast-ogrodów i domu jednorodzinnego. Ten system zabudowania uwzględniony też został w różnych dzielnicach miasta, zwłaszcza na krańcach. Ale ceny gruntu i konieczność szyb-

kiego dostarczenia ludności mieszkań skłoniły go do budowy domów koszarowych na terenach miejskich.

Muesman wymaga, by rozszerzanie miast opierało się na podstawie promieniowania większych arteryj, nie zaś, jak to dotąd robiono, powiększając miasta koncentrycznie.

Przedstawiciel Francji zwraca uwagę, że rozwój przemysłowy Paryża odbywał się głównie na krańcach miasta i że z powodu braku dobrej komunikacji pomiędzy przedmieściami, rozwijała się intensywne działalność budowlana naokoło każdego ośrodka przemysłowego. Oczywiście ośrodki takie czasami posiadają charakter miast-ogrodów.

Referent fiński, Brualla, wypowiada się za systemem promieniowym i proponuje, by domy koszarowe budowano jedynie w centralnych dzielnicach miasta i w ośrodkach handlowych przedmieść, co przyczyni się do ekonomicznego i rentownego ukształtowania plauu miejskiego.

Van der Kaa wspomina, że w 1924 r. w Amsterdamie weszła w życie nowa ustawa, która dzieli cały obszar miejski na strefy pod względem wysokości budynków, mianowicie w ten sposób, że (idąc od środka do obwodu), wynosi ona w centrum 3 piętra z parterem, na krańcach — dom jednorodzinny. Referent proponuje, by jednocześnie ze sporządzaniem planu miejskiego rozpisane zostały ankiety o wpływie przepisanej wysokości budowli na komorne, jak również i o tem, jakie są środki wskazane, by nie podrażać zbytnio mieszkań warstw pracujących. Bez takiej ankiety, zdaniem jego, strefowanie nie będzie miało solidnej podstawy.

Przedstawiciel Włoch, Albertini, rozważa sprawę wolnych przestrzeni między domami i przytacza odnośne przepisy pewnych miast włoskich. On również jest zdania, że należy ściśle obliczać rozmiary podwórza oraz przestrzeni wolnych między budowlami.

Tę samą sprawę porusza Valencia (Hiszpanja) i przytacza analogiczne przepisy istniejące w Hiszpanji co do rozmiarów przestrzeni podwórzowej.

Muesman (Niemcy), mówiąc o przestrzeniach wolnych, zaznacza, że domy wielorodzinne wymagają przestronniejszych placów publicznych i większych połaci, jako placów pod budowę; w gęsto zabudowanych dzielnicach, gdzie teren jest zbyt drogi, winny być

w planie zarezerwowane przestrzenie wolne nieco dalej położone, lecz posiadające dobrą komunikację. W ten sposób unika się zbytego rozszerzania dzielnic zabudowanych jednorodziennymi domami.

Loyer jest zdania, że we Francji przy obecnym prawodawstwie nie sposób wyłączyć z dzielnic mieszkaniowych domów wielorodzinnych, gdyż pochłonęłoby to znaczne środki pieniężne. Jest godnym zaznaczenia, że trudności te usunięte zostały przez angielskie prawodawstwo.

Przedstawiciel Danji, Bjerra, projektuje budowę mieszkań na przedmieściach zgodnie z wymaganiami nowoczesnej nauki o budowie miast i zachęca do zakładania grup miast o 10000 mieszkańców.

Kubicek (Czechosłowacja), sądzi, że w przyszłości trzeba będzie znaleźć metody, umożliwiające zakładanie całych samodzielnych miast-ogrodów przy pomocy państwa.

Nie sposób jest omówić wszystkich bardzo licznych spraw, podniesionych przez Kongres. Jest rzeczą konieczną zwrócić uwagę na to, że przedmiot dyskusji był w ścisłym związku ze sprawami omówionymi już na poprzednich kongresach i że niemożliwym jest rozwiązanie kwestji mieszkaniowej bez głębokich studjów umiejętności budowy miast, planowania regionalnego i reformy prawa terenowego (Gen. ref. Montagu Harris).

Redakcja uchwał została przekazana Komisji kongresowej, która po pewnym czasie je ogłosi i roześle uczestnikom łącznie z dyskusją nad głównymi tematami.

Jednocześnie z Kongresem odbyła się w Wiedniu imponująca Wystawa Międzynarodowa planowania miast i miast-ogrodów. Zawierała ona statystykę, plany, diagramy i modele istniejących i mających się budować osiedli. Ekspozyty polskie, rozmieszczone w dwóch salach, były bardzo pouczające.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

### M. B. AUBRUN. Sprawa mieszkaniowa a zdrowie publiczne we Francji.

Paris, Médical. N° 49, 1926.

Kwestja mieszkaniowa wciąż jeszcze jest ciemnym punktem na widnokregu społecznym kraju.

Sprawa braku mieszkań daleka jeszcze jest od złagodzenia, przeciwnie z każdym rokiem ulega nasileniu, a złośliwe następstwa tego poczynają już się odbijać na gospodarstwie ogólnem narodu. Zmniejsza się ilość małżeństw. Kołyski stoją puste. Śmiertelność wzrasta. Alkoholizm, do niedawna zmniejszający się, znowu występuje groźnie. Ogólny stan zdrowia kraju uległ kryzysowi, który o ile potrwa dłużej okaże się fatalny w swych następstwach. A wyludnienie, problemat niewątpliwie niebezpieczny, jest największą bolączką, jaka w przyszłości może czekać Francję.

Jest rzeczą bardzo piękną głoszenie konieczności rozważania się, lecz czy nie należało by się przedtem upewnić, że przedsięwzięto wszystkie środki, aby uratować możliwie jaknajwiększą liczbę już żyjących.

Rodzina, dla swego rozwoju, obok strawy cielesnej i duchowej wymaga pewnych ram, w których mogła by się rozwijać, nie narażając się zbyttnio na niebezpieczeństwo. Te ramy — to mieszkanie, to dom. Jakże się one przedstawiają dla większości obywateli, jak ich zabezpieczają od chorób, jakiej zachęty moralnej i fizycznej im dostarczają?

Jak wykazały badania Rislera, 18 proc. rodzin francuskich zajmuje jednoizbowe mieszkania. W-g Selliera na 3 miliony mieszkańców Paryża, milion ma złe mieszkania, 300,000 mieszka w bardzo szkodliwych warunkach, 180,000 w ciasnych, wilgotnych i dusznych norach. Na 82,000 domów 4,000 należało by natychmiast zburzyć. Nie lepiej jest na prowincji. Np. Troyes w-g źródeł oficjalnych na 7,000 mieszkań posiada 2213 niezdrowych. W Limoges, Brest, Saint-Etienne, Rouen, Marsylji, Lyonie, Nantes — wszędzie mamy wązkie, cuchnące kłitki.

Łatwo odgadnąć, jakie są wyniki tych warunków mieszkaniowych. Zarodki śmierci rozwijają się tu jak by na specjalnie przy-



gotowaniem podłożu. Reszty dokonywa nędza, nadmierna praca i złe odżywianie. Nic dziwnego, że w tych warunkach śmiertelność w tych norach (bougies) jest więcej jak o 5 proc. wyższa od przeciętnej notowanej w dzielnicach przestronnych i zdrowych, a epidemie dosięgają tu znacznej surowości. Zwłaszcza smutno odbija się to na dzieciach. Latem dziesiątkuje je cholera dziecięca, zimą broncho-pneumonia. Noworodek, który miał nieszczęście przyjść na świat w tych warunkach ma 9 na 20 szans, że umrze w ciągu 12 miesięcy.

Wśród różnych przyczyn śmierci 20 proc. stanowi gruźlica, która jest par excellence chorobą złych mieszkań. Starczy spojrzeć na mapę śmiertelności na gruźlicę w dużych miastach, aby się przekonać, że dzielnice na które przypada największa śmiertelność na gruźlicę są właśnie te, gdzie mamy największą ilość niezdrowych, przeludnionych mieszkań, gdzie mamy nory. W Paryżu śmiertelność na gruźlicę wynosi w bogatych okręgach VIII, VII i IX — 8,65, 12,9 i 13,3 na 10,000 mieszkańców, a w przeludnionych okręgach XV i XX zamieszkałych przez ludność biedną 25,7 i 34,3, wreszcie nawet w V okręgu śmiertelność sięga, odpowiednio do warunków mieszkaniowych, zawrotnych cyfr 100 do 220 na 10,000 mieszkańców.

Niewątpliwy jest też wpływ mieszkań na szerzenie się kiły, która rocznie zabija 60,000 dzieci w łonie matki, a 360,000 od chwili urodzenia do 5 lat; na alkoholizm: który dostarcza największej liczby klientów zakładom dla umysłowo chorych i szpitalom; wreszcie na raka, którego przyczyny są jeszcze dotąd tajemnicą.

Tym wszystkim czynnikom mamy do zawdzięczenia rocznie ubytek 200,000 istnień ludzkich, od czego można było się uchronić, jak to się np. dzieje w Anglii. 200,000 istnień ludzkich! To ludność dużego miasta, np. Lille, wymarła wskutek złych warunków higienicznych.

Czy jednak środki naprawy, któremi rozporządzamy dziś mogą dawać jakie wyniki? Pewne doświadczenia miejscowe przemawiają za tem, że tak jest, że walka jest możliwa i może prowadzić do poprawy.

Dowodzą tego miasta-ogrady założone przez Północne Towarzystwo Kolei Żelaznych i Towarzystwo Górnicze w Lens dla perso-

nelu ich. W obu wypadkach śmiertelność ogólna zmniejszyła się o połowę, gdy liczba urodzeń jednocześnie b. wzrosła.

Niewątpliwie są to jednak tylko pojedyncze wypadki, wysępki uprzywilejowane w stosunku do ogółu, a reforma właśnie powinna dotyczyć masy.

Czekając póki stan finansowy pozwoli na niezbędne wydatki, tymczasem władze administracyjne i organizacje poprawy mieszkań ludowych powinny ściśle współpracować z lekarzami. Choć by nie wiem jak wielkie były wysiłki lekarzy, są one z góry skazane na niepowodzenie, jeśli wyleczony dzięki ich staraniom gruźlik lub przedgruźlik (pretuberculeux) wróci jutro do tych samych warunków mieszkaniowych.

Same rady nie wystarczą, trzeba stworzyć warunki realne, które pozwolą na usunięcie rekonwalescentów raz na zawsze z tego środowiska, które jest pierwszą przyczyną ich choroby. Zbyt często wobec warunków nie do przecięcia chęć wyzdrowienia i wzmocnienia się ustępuje rezygnacji. A gdy choroba wraca i tym razem jest już nieuleczalna, wini się naukę i jej przedstawiciela w osobie lekarza.

Za dużo mamy wysiłków rozproszkowanych, zbyt wiele akcji nieskoordynowanych. Należy je złączyć w jedno. Tylko w tym wypadku może nastąpić poprawa stanu zdrowia ogólnego.

**Dr. Henryk Rabinowicz.**

#### **L. DUFESTEL. Stan obecny nadzoru lekarskiego nad szkołami we Francji i zagranicą.**

Paris. Médical Nr. 47, 1926.

Nadzór lekarski nad szkołami rozwinął się ogromnie, zwłaszcza w latach ostatnich, we wszystkich prawie krajach. Zarówno w Europie, jak i w Ameryce rozumiano, że dla ochrony przyszłości rasy należy czuwać nad rozwojem dziecka nie tylko w jego pierwszych latach życia, lecz i w okresie szkolnym.

Wszędzie usiłowano ulepszać pomieszczenia szkolne i poprawiać warunki higieniczne, w których żyją uczniowie, wszędzie wymagano od lekarza szkolnego nadzoru nad rozwojem fizycznym.

Lekarz, którego, dawniej jedynym obowiązkiem była profilaktyka chorób zakaźnych, stopniowo stał się opiekunem (protecteur) zdrowia każdego ucznia.

Badanie lekarskie uczni w obecności zaproszonych rodziców stosowane jest obecnie we wszystkich prawie krajach. Rodzice są natychmiast informowani o wadach, względnie wykrytych chorobach i zachęceni do leczenia.

W celu uzupełnienia nadzoru lekarskiego utworzono stanowiska asystentek higieny szkolnej (*assistantes d'hygiène scolaire*), t. zw. w Anglii *nurses*, do obowiązków których należy opieka nad uczniami i styczność z rodzicami.

Wiele miast posiada już przychodnie i kliniki szkolne, licznie zakładane są też klasy na powietrzu (*classes aérées*), szkoły na powietrzu (*écoles de plein air*), preventoria, kolonje wakacyjne.

Stopniowo poczyna się przyjmować pogląd, że szkoła nie jest wyłącznie miejscem nauczania, że do jej zadań należy też czuwanie nad rozwojem fizycznym.

**Francja.** W Paryżu opieka lekarska nad szkołami utworzona w r. 1879, następnie zreorganizowana w r. 1913 nie odpowiada już wymogom współczesnym. W r. 1923 Rada Miejska utworzyła komisję dla reformy nadzoru lekarskiego, która dotąd jeszcze nie rozwiązała w zupełności tej sprawy, zresztą od roku nie była ona zwoływana. Obecne badania lekarskie, najczęściej nie dają żadnych wyników dla dzieci. Administracja nie znalazła jeszcze na to sposobu, by za każdym razem, gdy uczeń zmienia szkołę, przesyłać jego kartę (*fiche*) sanitarną. Dlatego też karty nagromadzają się bez pożytku w pudełkach, co zniechęca lekarzy do pracy.

Podczas gdy Paryż pozostał w tyle, cały szereg miast prowincjonalnych jak: Lyon, Saint-Etienne, Montbason, Hawr, Rouen, Nancy i t. d. nie zawahały się poświęcić wielkie środki pieniężne na organizację nadzoru lekarskiego nad szkołami.

Naprzykład w Lyonie w r. 1919 został on zupełnie zreorganizowany. Do obowiązków lekarzy szkolnych należy nie tylko badanie nad profilaktyką chorób zakaźnych i prowadzenie indywidualnych notatek (*carnet individuel*) o zdrowiu, lecz i między innymi, udzielanie porad raz w tygodniu po za godzinami szkolnymi oraz wykładanie higieny.

Wszyscy uczniowie są badani dwa razy do roku, ci którzy wymagają poważniejszego badania przyprowadzani są przez rodziców lub pielęgniarkę szkolną na porady czwartkowe. Również we czwartki sprowadza się uczniów wymagających porady specjalistów

do przychodni lekarsko-pedagogicznej. W następstwie badania lekarz szkolny układa listę dzieci, wymagających pobytu w zakładach specjalnych, jak szkoła na powietrzu, szkoła rolnicza, stacja sanitarna lub na kolonjach wakacyjnych w górach, nad morzem.

Anglija. W Anglii nadzór lekarski nad szkołami istnieje od roku 1907. Po międzynarodowym kongresie higieny szkolnej w r. 1921 w Londynie uległ on reorganizacji.

Nadzór lekarski nad szkołami należy do Board of Education (Ministerswo Oświaty). Na czele nadzoru stoi lekarz, wspomagany przez 6 pomocników; 316 lekarzy—inspektorów (*médecins inspecteurs*) szkolnych, rozmieszczonych w różnych okręgach sprawuje swą władzę przy pomocy 1780 lekarzy praktykujących i specjalistów. Każde dziecko w ciągu pobytu swego w szkole musi być badane conajmniej 3 razy: po raz pierwszy, gdy ma lat 5 i wstępuje do szkoły, po raz drugi, gdy ma około lat 10 i po raz trzeci, w 14 roku życia, gdy opuszcza szkołę. Każdy uczeń ma swą kartę (*fiche*) sanitarną, na której oznacza się wyniki badań.

Po za temi przepisowemi badaniami chorzy lub podejrzani podlegają specjalnej opiece. Przy najmniejszej niedyspozycji rodzice, nauczyciel lub pielęgniarka mogą sprowadzać dzieci do kliniki szkolnej, aby je tam zbadać, a w razie potrzeby i leczyć. Kliniki szkolne istnieją prawie we wszystkich ośrodkach. Liczba ich wynosi około tysiąca; 567 z nich posiada gabinet dentystyczny, 192 posiada laryngologa dla operacji migdałków i wyrosli gruczolakowatych (*végétations adénoïdales*), 51 posiada urządzenie Roentgenowskie dla leczenia strupnia. Kliniki dostarczają też uczniom szkieleł po cenie kosztu. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w tych klinikach sięga aż do 3092.

Do zadań lekarzy-inspektorów należy również zarządzanie kuchniami (*cantines*), zakładanemi w tych okręgach, gdzie 10% uczniów zanotowanych jest jako niedożywieni oraz nadzór nad szkołami dla ślepych, głuchoniemych, epileptyków, niedorozwiniętych (*arriérés*) itd.

Rząd, który wydatkuje rocznie na te cele 1,866,454 funtów nie chce ich wyrzucać nieprodukcyjnie i żąda od rodziców, by dbali o zdrowie swych dzieci. Ci, którzy nie chcą ich leczyć, bądź prywatnie, gdy im na to pozwalają środki, bądź w klinikach szkolnych, gdy są biedni, podlegają dochodzeniu policyjnemu, a na-

stępnie pociągani są do odpowiedzialności sądowej i karani grzywną, a nawet i więzieniem.

W r. 1920 podlegało przepisowemu badaniu 1,819,658 uczniów (920,948 chłopców i 898,710 dziewcząt), badaniom specjalnym 614,594, a powtórnemu przeglądowi 938,016.

Belgja. Do zadań nadzoru lekarskiego należy conajmniej: 1) Badanie dziecka w chwili wstąpienia do szkoły, a następnie raz w ciągu roku szkolnego. 2) Częstsze badanie uczniów, którzy na zlecenie lekarza-inspektora winni podlegać specjalnej opiece, oraz wybranych przez wychowawców lub pielęgniarki szkolne. 3) Podczas epidemji surowy nadzór nad środkami profilaktycznymi w obrębie szkoły. 4) Badanie urządzeń sanitarnych, ewentualnie i kąpielowych (bains-douches). 5) Ogólne oglądanie co pół roku zabudowań szkolnych, ich urządzeń i sprzętów.

Lekarz-inspektor prowadzi kartę (fiche) sanitarną każdego ucznia i udziela rodzicom i nauczycielom wskazówek, które uważa za konieczne w interesie dziecka.

Holandja. Nadzór lekarski nad szkołami powierzany jest bądź specjalnym lekarzom, bądź lekarzom-praktykom. W r. 1920 na 1221 gmin (communes) w Holandji tylko 129 posiadało specjalnych lekarzy szkolnych. W Amsterdamie nadzór nad 340 szkołami publicznymi i 60 prywatnymi, posiadającymi ogółem 90,000 uczniów wykonywa 15 lekarzy przy pomocy 17 pielęgniarek. W czasie pobytu w szkole uczeń jest badany trzykrotnie: przy wstąpieniu, w 4-ym roku nauki i przed opuszczeniem szkoły. Każdy uczeń posiada oddzielną kartę lekarską.

Specjalne szkoły istnieją dla niedorozwiniętych dzieci, niedośłyszących, ze zboczeniami mowy. Dzieci, u których podejrzewa się skłonność do gruźlicy kieruje się do Amsterdamskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Towarzystwo to pozostaje w stałym stosunku z lekarzami szkolnymi i udziela im niezbędnych wskazówek.

Danja. Nadzór lekarski rozwinięty znakomicie. Każda szkoła publiczna w Kopenhadze posiada lekarza, który winien zbadać wszystkie dzieci. Utworzono oddzielne klasy dla dzieci o słabym wzroku, kierowane przez okulistów, szkoły dla dzieci gruźliczych, nowoczesne kliniki szkolne itd.

Szwecja jest pierwszym krajem, gdzie istnieje ścisła współpraca lekarzy z pedagogami. Lekarz bada dziecko przy wstąpieniu do szkoły, następnie na początku każdego półrocza, w obecności nauczyciela gimnastyki; raz do roku odbywa się badanie wzroku i słuchu. Biedni uczniowie są leczeni bezpłatnie przez lekarzy szkolnych. Przynajmniej raz na miesiąc lekarz musi być na lekcji gimnastyki i czuwać nad tem, by ćwiczenia cielesne nie przekraczały sił fizycznych uczniów. Lekarz winien czuwać nad warunkami pracy uczniów w szkole: jak są rozsadzeni w stosunku do światła i powietrza, jak siedzą, jak się trzymają i t. d.

Niemcy. Organizacja opieki lekarskiej różni się w zależności od państwa wchodzącego w skład Rzeszy. Jako wzór może służyć Wiesbaden. Rodzice dziecka wstępującego do szkoły otrzymają kartę (fiche) sanitarną i objaśniający okólnik. Na żądanie rodziny kartę tą może wypełnić lekarz domowy, albo badanie odbywa się w szkole w obecności zaproszonych rodziców. Gdy lekarz uważa, że dziecko wymaga specjalnej opieki, pisze na karcie, „kontrola lekarska“ i co 15 dni je ogląda.

Hiszpanja. Nadzór lekarski nad szkołami istnieje w szeregu miast, najlepiej zorganizowany jest w Barcelonie. Dzieci, badane przy wstępowaniu do szkoły, klasyfikowane są na 4 grupy: a) gruźlica płuc w okresie nieczynnym, których wg raportu d-ra Mias y lodina jest przeciętnie 40%, b) gruźlica w stanie utajonym—17%, c) anemiczne—28% i d) zdrowe—wszystkiego 15%. Dzieci pierwszych trzech grup podlegają specjalnej opiece. W Madrycie karta sanitarna ucznia jest raczej książką, do której co rok wpisuje się szczegółowy stan zdrowia wszystkich narządów.

Stany Zjednoczone. Jako wzór może służyć New-York. Codziennie uczniowie defilują przed pielęgniarką z odsłoniętą piersią i otwartymi ustami, dziewczynki, między innymi, winny jeszcze pokazywać włosy. Wszyscy podejrzani odstawiani są na bok i podlegają oględzinom lekarskim, odbywającym się co rano. Obok tego istnieje badanie indywidualne z prowadzeniem kart sanitarnych. W r. 1923 w New Yorku 81 lekarzy przy pomocy 5,410 pielęgniarek opiekowało się 1,086,510 uczniami w 876 szkołach.

Autor wspomina jeszcze w krótszych lub dłuższych wzmiankach o Norwegji, Austrii, Czecho-Słowacji, Królestwie S. H. S., Włoszech, Szwajcarii, Grecji, Tunisie, Marokko, Meksyku, Brazylii, Argentynie, Urugwaju, Australji itd. itd. (nie znajdujemy jednak w tym obszernym artykule najmniejszej nawet wzmianki o Polsce, choć opieka lekarska nad szkołami nie stoi u nas chyba niżej niż w Maroku. Pr z y p. refer.)

**Dr. Henryk Rabinowicz.**

**B. JOHAN. O zapobieganiu płonicy metodą Dick'ów.**

Klinische Wochenschr. 1926. № 47.

Badania nalołów z gardła, wykonane przez autora u 150 chorych na płonice — po kilka, do dziesięciu razy u tego samego osobnika — wykazały w 97,6% przypadków obecność łańcuszkowców hemolizujących; natomiast u osobników zdrowych bardzo rzadko znajdujemy te drobnoustroje. Bardzo ważne z punktu widzenia *profilaktyki* są poczynione przez B. spostrzeżenia, że u ozdowieńców stwierdzamy obecność tych łańcuszkowców: w 6-y m tygodniu jeszcze w połowie, w 7-y m tygodniu — w 3-ej części przypadków. O ile przelo drobnoustroje te praktycznie wywołują płonice, wzgl. występują zawsze razem z właściwemi, chorobotwórczemi bakterjami, należy w przyszłości zwrócić baczną uwagę na to, aby ozdowieńcy nie byli *nosicielami* zarazków. — Metoda Dick'ów, mająca na celu uodpornienie swoiste, opiera się na fakcie, że przebycie płonicy broni skutecznie na całe życie od powtórnego zachorzenia na płonice. Znane są jednak przypadki takiego powtórnego zachorzenia, jak również i spostrzeżenia inne, przemawiające za tem, że odporność danego osobnika może z czasem się zmienić. Ważne to jest z tego względu, aby móc odpowiedzieć na pytanie, czy próba Dick'ów faktycznie posiada znaczenie praktyczne dla stwierdzenia wrażliwości osobniczej, t. j. dla skłonności do zapadnięcia na tę chorobę. Na pytanie to odpowiada autor w sensie twierdzącym, przytaczając wyniki badań swych nad zachowaniem się odczynu Dick'ów, wykonywanego wielokrotnie (oczywiście bez szczepień) u tych samych ludzi w pewnych odstępach czasu. Stwierdzone z biegiem czasu zmiany odczynu przemawiają, zdaniem autora, za zachodzącemi jednocześnie zmianami odporności na płonice u obserwowanych osobników. Ważnem jest podkreśle-

nie faktu, który przemawia za wartością odczynu Dick'ów dla odróżniania odpornych na płonicę od skłonnych do tej infekcji, że choroba ta nigdy nie wystąpiła u ludzi, u których odczyn Dick'ów wypadł ujemnie z samego początku; natomiast zaobserwował autor kilka przypadków płonicy u uodpornionych sztucznie zapomocą szczepień, kładąc to na karb użycia zbyt małych dawek toksyny. J. podaje w postaci tablic wyniki badania odczynu Dick'ów przed szczepieniami, tuż po ukończeniu szczepień oraz po upływie 5 miesięcy. Autor stwierdził, stosując naogół do szczepień 3000 jedn. skórnych, że nie u wszystkich dzieci udaje się uzyskać zmianę odczynu dodatniego na ujemny; że, wreszcie, odczyn ten po 5 miesiącach u niektórych dzieci stawał się z powrotem dodatnim i właśnie w większym procentowo stopniu u tych, u których pierwszy próbnny odczyn był wybitnie dodatni. Stąd wyprowadza autor 2 wnioski: 1 konieczność stosowania do szczepień ochronnych *większych* dawek toksyny (zagranicą stosują niektórzy 40000—70000 dawek skórnych zamiast 3000, jak Johan), 2) konieczność przystosowania dawki nie tylko do wieku dziecka, ale i do *sily odczynu* próbnego. Z tego też punktu widzenia *błędem jest stosowanie szczepień ochronnych bez uprzedniego wykonania odczynu próbnego*

Autor zdaje sobie sprawę z tego, że szczepienia metodą Dick'ów są właściwie walką z łańcuszkowcami; czy faktycznie chronią od płonicy — o tem rozstrzygnie przyszłość. Nie ma tu J. jednak na myśli spostrzeżeń, które będą poczynione podczas przyszłych epidemji, i podaje przyczyny, dla których te spostrzeżenia nie będą nadawać się dla rozstrzygnięcia interesującego nas zagadnienia. Miarodajnem, bo decydującem o wartości praktycznej szczepień, będzie jedynie to, czy ludzie, u których udało się uzyskać *trwały ujemny* odczyn skórny (przy użyciu szczepionek Dick'ów czy też bakteryjno-toksycznych szczepionek Gabryczewskiego) będą w równym stopniu *odporni* na płonicę, jak ci, również z ujemnym odczynem skórnym, którzy przebyli tę chorobę.

Dr. Z. Świder.

**Prof. VAS. O odczynie Dick'ów i szczepieniach ochronnych przeciwploniczych zapomocą szczepionek bakteryjnych.**

Klinische Wochenschr. 1926, Nr. 27.

Spostrzeżenia autora przemawiają za swoistością odczynu Dick'ów; V. zanotował 22 przypadki płonicy u dzieci, które miały



dotatni odczyn skórny. Natomiast, co się tyczy stosunku tego odczynu do przebytej płonicy, to podkreśla autor, że zdania pod tym względem są rozbieżne. Gdy według badaczy amerykańskich dodatni odczyn D. występuje tylko u 10 proc. dzieci, które przebyły szkarlatynę, Rosen podaje przeszło 20 proc., a Parish i Okkel nawet 65 proc.!

Na swoim materiale obserwacyjnym stwierdził Vas dodatni odczyn skórny u 20 proc. dzieci, które chorowały na płonicę. Za swoistością odczynu skórny ma według badaczy amerykańskich przemawiać zależność tego odczynu od wieku dziecka; a więc u dzieci do lat 7, które na zasadzie dotychczasowych doświadczeń z życia codziennego są szczególnie skłonne do zarażenia się, ma odczyn dodatni występować o wiele częściej, niż u dzieci starszych; badania, przeprowadzone w Niemczech i Anglii, nie potwierdziły tego całkowicie. Korzystając z odczynu Dick'ów, jako wskaźnika nieistniejącej, wzgl. nabytej odporności, przeprowadził autor szczepienia ochronne, stosując jednak nie szczepionki Dick'ów (toksyny), a podane jeszcze przed 20 laty przez Gabryczewskiego szczepionki bakteryjne. Skuteczność tych szczepionek w zwalczaniu epidemii płonicy została stwierdzona zarówno przez Gabryczewskiego, jak i wielu rosyjskich, angielskich i amerykańskich badaczy. Vas przygotował szczepionki ze streptococcus haemolyticus, pochodzącego od wielu chorych na płonicę i szczepił dzieci w dawkach wzrastających w 8-dniowych odstępach czasu. Naogół stosował 3-krotne szczepienia; o ile jednak odczyn Dick'ów był po 3-em szczepieniu w dalszym ciągu dodatnim, stosował dalsze szczepienia, nawet do 6, aż do uzyskania odczynu ujemnego. Ani razu autor nie stwierdził poważniejszych zaburzeń czy to natury ogólnej, czy miejscowej; ani razu też nie zanotował wystąpienia objawów „płonicy szczepiennej“.

Co się tyczy wpływu tych szczepionek bakteryjnych Gabryczewskiego na odczyn skórny Dick'ów, to autor zauważył, że niezawsze daje się uzyskać odczyn ujemny, przyczem w różnych punktach szczepień otrzymywano różne wyniki, np. w jednym punkcie procent uzyskanych drogą szczepień odczynów ujemnych wynosił przeszło 90 proc. ogółu szczepionych, w innym — tylko 28,5 proc. Uwzględniając tu przypuszczalną rolę czynników konstytucjonalnych, zwraca autor jednocześnie uwagę na zależność

osiągniętych wyników od pierwszego próbnego odczynu. Im silniejszy był ten odczyn, tem trudniej udawało się uzyskać jego zmianę na odczyn ujemny. V. nie przesądza sprawy, czy ujemny odczyn Dick'ów świadczy o odporności na płonicę danego osobnika, podkreśla jednak, że przemawiają za tem dotychczasowe obserwacje, dotyczące szczepionych dzieci — oraz pomyślne wyniki, osiągnięte przez lekarzy rosyjskich, którzy dokonali tysięcy szczepień.

Co się tyczy długości trwania immunitetu, to autorowie amerykańscy podają ten czas na 10 — 15 miesięcy; ponieważ jednak inni stwierdzili ponowne wystąpienie odczynu dodatniego w krótszym czasie, należy przeto dla rozstrzygnięcia zagadnienia wykonywać wielokrotne badania kontrolne co 4 — 6 tygodni. Jakkolwiek o wartości ochronnej szczepień zdecydują dłuższe obserwacje dzieci szczepionych, których ewidencję dokładnie się prowadzi, — wierzy autor, że i nadal potwierdzi się spostrzenie, że dzieci, szczepione, z ujemnym odczynem skórnym, są odporne na płonicę (u tej kategorii, szczepionych przez autora, nie stwierdził on dotychczas ani jednego przypadku płonicy), i że okaże się, iż przypadki płonicy rekrutują się tylko, wzgl. prawie wyłącznie, z pośród dzieci nieszczepionych = o odczynie skórnym dodatnim.

**Dr. Z. Świder.**

### **Roła człowieka w zachowaniu zarazka dżumy.**

*Dr. Léger ogłosił w czasopiśmie „Paris Médical“ Nr. 23, 1926  
sprawozdanie dotyczące zarażania się dżumą.*

Oddawna utarł się pogląd, że w przenoszeniu dżumy główną rolę odgrywają szczury. Już Koch wyraził się, że dżuma jest chorobą szczurów, w której uczestniczy (à laquelle participe) i człowiek. W-g Simona istnieje zależność okresowego nawrotu choroby u ludzi od okresowego nawrotu choroby u szczurów. Dane epidemiologiczne zebrane w czasie ostatniej dziesięcioletniej epidemii dżumy w Senegalu (1914—1924), nie potwierdzają jednak powyższych poglądów.

W Dakar, gdzie był początek epidemii, choroba u ludzi wyraźnie poprzedzała epizootję u szczurów. Dopiero po 3 miesięcznym trwaniu dżumy, badania bakterjologiczne, dotąd ujemne, pozwoliły na wykrycie prątków Yersin'a u szczurów. Według słów łamecznych lekarzy przenoszenie zarazy z człowieka na człowieka w pierwszych miesiącach epidemii było stwierdzone z pewnością. W żadnym wypadku we wtórnym ognisku choroby nie udało się stwierdzić współistnienia jakowejś nienormalnej śmiertelności u szczurów. Na początku

roku 1915 epidemia pozornie wygasła, by w połowie r. 1917 pojawić się znowu w odległości 300 kilometrów od ogniska pierwotnego. Również i w tym wypadku nie stwierdzono ani poprzedzania, ani współistnienia choroby u szczurów. W okresie 1917—1924 dżuma szerzy się po całej kolonii i nie zważając na środki zapobiegawcze występuje bądź sporadycznie, bądź najczęściej napadami epidemii o zmiennym nasileniu, prawie stale w tych samych porach roku. W roku 1919 Laveau badając szerzenie się choroby u zwierząt w okolicy Tiraouane, gdzie epidemia trwała już od 2 lat, nie mógł znaleźć ani jednego zakażanego szczura, podczas gdy w sąsiednim okręgu Thiès jednocześnie panowała epidemia u ludzi i u szczurów. W tej ostatniej miejscowości w 3 miesiące później epizootja u szczurów znikła zupełnie, gdy epidemia trwała nadal.

Taki brak związku pomiędzy dżumą u ludzi i u szczurów, jaki zauważano w Senegalu nie jest faktem odosobnionym, tak np. w Annamie w roku 1913 Sauguircio, w którego okręgu sanitarnym połowa ludności zmarła na dżumę, nie zważając na pomoc władz administracyjnych, nie mógł znaleźć ani żywych, ani zmarłych szczurów. W roku 1907 podczas epidemii w Algierze, nie stwierdzono choroby u szczurów, podobnie też było w r. 1912 w Maroku, gdzie 80% ludności chorowało. Paradoksalny fakt podaje Karsenby: w Bougie stwierdzono u szczurów obecność prątków Yersin'a, a był to jedyny port algierski, gdzie w tym czasie nie stwierdzono dżumy u ludzi. W r. 1920 Rathery opisuje pewnego zadżumionego w Paryżu, który w ciągu 2 miesięcy zaraził 16 znajomych, zamieszkałych w różnych dzielnicach miasta. Podstawową rolę szczurów i ograniczoną rolę człowieka w przenoszeniu zarazy, Homaczy się zawsze tem, że krew szczurów zadżumionych we wszystkich okresach choroby roi się od zarazków podczas gdy krew człowieka zawiera prątki Yersin'a dopiero w okresie agonialnym. Autor, zbadawszy jednak 8000 szczurów, twierdzi, że w połowie wypadków drobnoustroje znajdował rzadko lub b. rzadko; z drugiej strony nowsze badania wykazały, że we wszystkich okresach choroby u człowieka można wyhodować ze krwi prątki dżumy. Nie przecząc bynajmniej roli szczurów, autor sądzi, że jednak w niektórych epidemiach rola człowieka, jako przenosiiciela zarazy jest o wiele większa niżeli się to przypuszcza.

Jak wykazali Kolle i Swellengrebel u szczurów istnieje również dżuma długotrwała (prolongie) t. zw. pestis minor i dżuma przewlekła (chronique). Przy tej ostatniej postaci zwierzęta po wielomiesięcznej chorobie ulegają wyzdrowieniu po wytworzeniu szeregu ropni otorbionych lub po zablźnieniu. Wiadomo również, że nosicielami zarazy mogą być i szczury zdrowe. Zdaniem autora, człowiek zachowuje się w stosunku do prątków dżumy identycznie jak szczury, które mogą przechowywać zarazek od jednej epidemii do drugiej. Nie ulega wątpliwości, że szczególnie nie w okresach końcowych epidemii stwierdza się pestis minor u mieszkańców zarazonych okolic; takie formy przebiegające niespostrzeżenie, wykrywa się tylko wypadkiem. Autor przytacza cały szereg takich przykładów. Obok tej formy ambulatoryjnej, kończącej się niekiedy śmiercią, istnieje też u człowieka forma przewlekła. Autorowi udało się również wykryć obecność prątków Yersin'a u osobników zdrowych. Jest wiadomo, że prawie wszyscy czarni mieszkańcy Afryki mają rozsiane w okolicy pachwinowej małe, niebieskie gruczolki; nakłuwając gruczolę u 10 osobników, cieszących się zna-

komitem zdrowiem, w 3 wypadkach udało mu się wyhodować prątki dżumy. Osobnicy ci poddani byli 3-miesięcznej obserwacji, która nie wykazała w stanie zdrowia ich najmniejszych choćby odchyłeń od normy.

Wnioski autora są następujące: Człowiek, podobnie jak i szczury, przechowując w sobie zarazki dżumy może powodować niewygasanie (dosłownie porenité) epidemji. Zarówno u człowieka jak i u szczurów spotykamy postaci dżumy poronne, ambulatoryjne o przebiegu łagodnym lub nagle kończące się śmiercią, wypadki przewlekłe, których długotrwałość nie daje się ustalić (chyba, gdyby chorych pozostawić bez leczenia); wreszcie zarazki można wykryć u zdrowych nosicieli.

**Dr. Henryk Rabinowicz.**

## **PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY**

**Rocznik Statystyczny miasta Łodzi Rok 1925.** *Redaktor E. Rosseł, nacz. Wydz. Stat. Magistr. m. Łodzi. Łódź 1926.*

Rocznik stanowi nader starannie wydaną książkę o przeszło 200 stronach, formatu ćwiartkowego w dwie szpalty i posiada ważne znaczenie dla studjów o ruchu ludności i sanitarnym stanie miasta, pierwsza bowiem część stanowiąca piątą część książki poświęcona jest ruchowi ludności, przyczynom zgonów i t. p., a nadto zawiera dane począwszy od r. 1918. Statystyka opieki społecznej, aprowizacji i t. p. opracowaną jest obszernie i starannie.

**Dr. med. Roman Markuszewicz.** *Psychoanaliza i jej znaczenie lecznicze.* Warszawa 1926.

Autor, jak sam zaznacza, miał na celu przedstawienie w zarysie teorii psychoanalitycznej Freuda, z punktu widzenia jej leczniczego znaczenia. Mimo to książka nie jest pozbawiona znaczenia i dla higienisty, zawierając sporo danych dotyczących usposobienia nerwowego i eugeniki.

**Stanisław Konopka.** *Polska bibliografja lekarska za rok 1925 i 1926.* Rocznik 1. Warszawa 1926.

Autor dokonał bardzo zmuśnej pracy zebrawszy tytuły 1513 artykułów czasopism lekarskich, oraz oddzielnych książek i broszur lekarskich; ogółem uwzględnił trzydzieści pięć czasopism. Oczywiście nie pominięta jest i higiena lubo dział ten nie zawiera prac z czasopism technicznych, statystycznych, prawniczych i t. p. z zakresu higieny. Posłuży ona przeto za cenny materiał przy ułożeniu bibliografji higienicznej, której potrzeba dotkliwie się odczuwa.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE.

### Budżet na rok 1927 Warsz. Tow. Higjenicznego.

Zatwierdzony przez Zebranie Ogólne Towarzystwa w d. 13.I. 1927.

D O C H Ó D.	R O Z C H Ó D.
Wynajem sal . . . . . 24000	Na wyd. m. „Zdrowie“ . . . 10000
Wynajem lokali . . . . . 5500	Wydawn. i propaganda . . . 3000
Świadczenia (udział lokator. w koszt. opału i światła) . . . 3000	Konkursy . . . . . 1500
Składki Członków. . . . . 3750	Delegacje . . . . . 1000
Dochód z wydawnictw . . . . . 3000	Utrzym. nieruchomości . . . 1500
Procenty od R-ku bież. i Pap. Publicznych . . . . . 1000	Utrzym. porządku. . . . . 1000
_____	Oświetlenie . . . . . 3000
_____	Opał. . . . . 1500
	Woda . . . . . 300
	Pensje personelu (urzęd. 3600, służba 4500) . . . . . 8100
	Wydatki kancelaryjne . . . . . 240
	Telefon. . . . . 300
	Inkaso składek. . . . . 100
	Procent od wynajmu sal (urzędnik 10%, służba od dochodu poniżej 100 zł. 6 zł. powyżej 12 zł. każdorazowo). . . . . 3600
	Podatki. . . . . 300
	Kasa Chorych . . . . . 400
	Dzierżawa placu . . . . . 800
	Zakup ruchomości. . . . . 1200
	Nieprzewidziane . . . . . 2410
Razem . . . . . <u>40250</u>	Razem . . . . . <u>40250</u>

Budżet czasopisma „Zdrowia“ wynosi 15.000 zł. w dochodzie i rozchodzie.

## Sanatorjum w Rudce.

### Budżet na rok 1927.

#### D O C H Ó D

Przy przypuszczalnej frekwencji 59 chorych dzien, po zł. 10.06 × 365 dni = 21535 dni w roku	Zł. 216642.—
Wpisowe 240 osób à 15. . . . .	„ 3600.—
A p t e k a : lekarstwa . . . . . Zł. 6840.—	
spluwaczki . . . . . „ 360.—	
termometry . . . . . „ <u>1200.—</u>	„ 8400.—
Zastrzyki . . . . .	„ 4800.—
Prześwietlania . . . . .	„ 600.—
Lampa kwarcowa . . . . .	„ 150.—
Odmy sztuczne . . . . .	„ 2880.—
Analizy . . . . .	„ 1200.—
Pranie bielizny chorych . . . . .	„ 3200.—
Wynajęcie worków futrzanych . . . . .	„ 1800.—
Kolejka . . . . .	„ 1500.—
Noclegi gości . . . . .	„ 660.—
Różne . . . . .	„ <u>720.—</u>
Ogółem . . . . .	Zł. <u>246152.—</u>

Dochód ten podzielony na powyższą ilość dni chorych 21535 daje na dzień chorego Zł. 11.43.

#### W Y D A T K I

Wynagrodzenie personelu gotówką . . . . .	Zł. 45009.50
świadczeniami . . . . .	„ 45584.40
Wydatki kancelaryjne. . . . .	„ 3000.—
Podróże . . . . .	„ 1800.—
Apteka, termometry, spluwaczki . . . . .	„ 9000.—
Przyrządy lekarskie i biblioteka. . . . .	„ 1000.—
Kuchnia: węgiel 100 tonn à 43.— . . . . .	„ 4300.—
drzewa 16 „ à 33.— . . . . .	„ 528.—
Ogrzewanie, oświetlenie, pralnia:	
węgiel 480 tonn à 43.—	„ 20640.—
drzewo 11 „ à 33.—	„ <u>360.—</u>
Do przeniesienia . . . . .	Zł. 131.221.90

Z przeniesienia . . .	Zł.	131.221.90
Materiały do prania, szorowania i dezynfekcji (bez opatu) . . . . .	„	3240.—
Żywnienie 59 chorych × 365 dni = 21535 dni po zł. 3.45 (same prowianty) . . . . .	„	74295.75
Park, ogród, podwórze . . . . .	„	2400.—
Kolejka, labor . . . . .	„	3400.—
Podatki i asekuracja . . . . .	„	2475.—
Różne (łącznie z kaplicą) . . . . .	„	2000.—
Remont budowli. . . . .	„	11020.—
Remont urządzeń technicznych . . . . .	„	7200.—
Remont utensylji . . . . .	„	7650.—
Ogółem . . .	Zł.	<u>244902.65</u>

Wydatki te podzielone przez powyższe liczby dni chorych 21535 dają (bez amortyzacji) koszt dnia chorego. . . . .	Zł.	11.37
Dodając amortyzację maszyn, urządzeń, utensylji w rozmiarze 10% od przyjętej na l.l. 1927 ich wartości Zł. 31120.— podzielonych przez 21535 dni chorych, koszt dnia chorego podniesie o	Zł.	1.45
Ogółem . . .	Zł.	<u>12.82</u>

**Z E S T A W I E N I E :**

Wydatki . . . . .	Zł.	244902.65
Amortyzacja . . . . .	„	31120.—
Ogółem . . .	Zł.	276022.65
Dochód . . . . .	„	246152.—
Niedobór. . . . .	Zł.	<u>29870.65</u>

**W Y D A T K I K O M I T E T U :**

Pensja buchaltera-sekretarza . . .	Zł.	3300.—
Druki . . . . .	„	500.—
Portorja . . . . .	„	200.—
Razem . . . . .	Zł.	<u>4000.—</u>

**Budżet Ogrodów im. Rau'a  
na rok 1927.**

**P R Z Y C H Ó D**

	Zł.
Wpływy z oprocentowania kapitałów	
a) sumy hipoteczne . . . . .	5392
b) Bank Handlowy . . . . .	500
c) listy zastawne . . . . .	1000
Opłata za używalność sali . . . . .	6000
Opłata za używalność boisk . . . . .	3000
Przypuszczalne wpływy z zapomóg . . . . .	20000
Razem . . . . .	<u>35892</u>

**R O Z C H Ó D**

Buchalter (100 × 12) . . . . .	1200
Pomoc lekarska . . . . .	200
Bilet tramwajowy kierownika ogrodu . . . . .	300
Opał i światło . . . . .	1500
Asekuracja . . . . .	200
Wydatki kancelaryjne . . . . .	150
Remont . . . . .	4500
Podatki i opłata za wodę . . . . .	300
Dopełnienie i reperacja przyrządów . . . . .	2000
Ogrody i personel w lecie (8 × 2 × 300) . . . . .	4800
"  "  "  w zimie (1 × 12 × 300) . . . . .	3600
Służba w ogrodach (4 × 12 × 200) . . . . .	9600
Ślizgawka, kąpiele, pływanie . . . . .	6500
Nieprzewidziane wydatki . . . . .	1042
Razem . . . . .	<u>35892</u>

Komitet Ogrodów im. W. E. Rau'a zastrzega sobie prawo przesunięcia pozycji projektu budżetowego.

---



## KRONIKA

### Ruch naturalny ludności w roku 1925.

WOJEWÓDZTWA	Małżeństwa	Urodzenia	Zgony	Przyrost naturalny
Wojew. Zachodnie				
Poznańskie . . . . .	14258	63502	28706	34796
Pomorskie . . . . .	6620	33488	15850	17638
Śląskie . . . . .	7310	38912	17366	21546
<i>Dane tymczasowe.</i>				
Wojew. Południowe				
Krakowskie . . . a .	15685	73477	37619	35858
Lwowskie . . . b .	21357	100263	54079	46124
Stanisławowskie . c .	10026	48124	26303	21821
Tarnopolskie . . d .	11650	49209	27033	22266

*a* Bez 17 parafji, *b* bez 30 parafji, *c* bez powiatów Kałusz i Stryj i 11 parafji należących do innych powiatów, *d* bez 13 parafji. Dane za rok 1925 dla województw południowych nie są kompletne. Brak okręgu Trzech powiatów.

Warszawa, dnia 15.IV 1926.

**Jan Lagoda.**

Główny Urząd Statystyczny.

### Śmiertelność z chorób zakaźnych w Warszawie.

W listopadzie r. b. zmarło osób:

Na dur brzuszny 22, na płonicę 62, na odrę 2, na krztusiec 3, na błonicę 12 na grypę 3, różę 3, dżętwicę 3, ospę 1, gorączkę potogową 7. Na gruźlicę płuc zmarło 165, gruźlicę opon mózgowych 26, gruźlicę innych narządów 7.

### Zanik epidemji ospowych.

Ospa staje się coraz rzadszą na kontynencie europejskim. W ciągu 15 tygodni (do 15 września) zanotowano w Polsce tylko dwa wypadki. W Czechosłowacji od lutego, w Austrii od czerwca 1924, w Królestwie S. H. S. od kwietnia, w Bułgarii od kwietnia 1924 nie było ospy. W Rumunii od początku roku było 6 wypadków, w Państwach Skandynawskich od 2 lat nie było ani jednego wypadku; w Niemczech od kwietnia były tylko 4 wypadki w Düsseldorfie.

W Paryżu i jego okolicach w ostatnich dniach września były 44 wypadki, z tego 9 śmiertelnych. W Hiszpanji w 2-im trymestrze roku były 23 wypadki śmiereci (w 1-ym trymestrze 76, w tym samym okresie roku 1925 — 184).

Nalomiast, nowy wzrost ospy zauważa się w Anglii: w sierpniu w ciągu 4 tygodni (do 2 września) zgłoszono 443 przypadki, podczas gdy w poprzednich 4 tyg. zgłoszono 305, a w tym samym okresie roku 1925—119.

Poprawę zato stwierdza się w Stanach Zjednoczonych. W ciągu 3 tygodni (do 4 września) zgłoszono 353 przypadki w 38 stanach, podczas gdy w ciągu poprzednich 3 tyg. było ich 787.

(Société des nations. Rapport Epidemiologique mensuel de la Section d'hygiène du secrétariat N° 10, 1926). **Dr. H. R.**

### **Zwalczanie i zapobieganie gruźlicy wśród dzieci i młodzieży.**

Katastrofalne szerzenie się gruźlicy wśród ludności wymaga planowej organizacji, mającej na celu leczenie, a przede wszystkim zapobieganie wyniszczającej społeczeństwo chorobie. Najnowsze badania nad istotą i sposobami szerzenia się gruźlicy dają mocne podstawy do skutecznej walki, wymagają one jednak wielkich wysiłków i trwałego napięcia. Ponieważ zarażenie się gruźlicą występuje we wczesnym dzieciństwie, organizacje więc zwalczające gruźlicę muszą dążyć do najskuteczniejszego chronienia od zarażenia się gruźlicą dziecka, a już zarażonemu dopomóc do zwalczenia zarazka. Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej w dziedzinie opieki nad dzieckiem położyło silny nacisk na organizację zwalczania gruźlicy wśród dzieci i młodzieży. Organizacja musi iść planowo i chociaż życie stawiając przed nami zagadnienie jednoczesnego zapobiegania i leczenia różnych okresów gruźlicy u dzieci, zmusza nas do również jednoczesnego tworzenia zakładów i instytucji zapobiegawczych i leczniczych różnych typów, to jednak w planowości organizacji możemy kłaść nacisk na kolejność tworzenia przede wszystkim tych a nie innych instytucji — *et hoc faciendum et illud non omittendum*. W okólniku swoim z dnia 23.III 1925 roku rozesłanym do wszystkich wojewodów, Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej zarysowując ogólny plan organizacji zakładów i instytucji do zwalczania gruźlicy, kładzie główny nacisk przede wszystkim na tworzenie przychodni przeciwgruźliczych, gdyż według słów okólnika „przychodnia przeciwgruźlicza jest miejscem, gdzie zagrożony i chory na gruźlicę powinien otrzymać pomoc i opiekę, kwalifikowanie do zakładów i t. p. Przez racjonalne urządzenie życia domowego, tego, którym się opiekuje przez dostarczenie obciążonej rodzinie pomocy, zmniejszyć, jeżeli już niezupełnie usunąć niebezpieczeństwo wspólnego przebywania chorych i zdrowych”. Opieka rozłożona przez higienistki-wywiadowczyń przychodni w domu chorego czy zagrożonego chorobą, wskazówki higieniczne, dostarczenie materialnej pomocy (spluwaczki, środki dezynfek., tran i t. p.) ułatwia i umożliwia chronienie rodziny od zarażenia. Pierwszym więc zadaniem racjonalnej, a tem samem warunkującej dodatnie wyniki organizacji łańcucha instytucji zapobiegawczo - leczniczych przeciwgruźliczych jest

przychodnia. Ciężkie warunki ekonomiczne i małe zrozumienie grozy niebezpieczeństwa gruźliczego powodują obojętność społeczeństwa—zadaniem więc pomienionego wyżej okólnika było pobudzić urzędy i samorządy do większego zainteresowania się sprawą walki z gruźlicą. Aby ułatwić finansowo tworzenie organizacji przeciwgruźliczych wydało Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej 11.II 1926 r. nowy okólnik zachęcając do tworzenia przychodni przeciwgruźliczych i nie ograniczając się do zachęty obiecało popierać materialnie tworzenie się każdej przychodni przeciwgruźliczej na prowincji przez udzielenie subsydjum do wysokości  $\frac{1}{3}$  kosztów organizacyjnych. Wynik okólnika był bardzo pomyślny: z różnych stron kraju zaczęły napływać do Ministerjum zawiadomienia o tworzących się przychodniach a w wielu miejscowościach zaczęto się krzątać około tworzenia sanatorjów, szkół na otwartem powietrzu i t. d. Wszystkie te poczynania znalazły poparcie Ministerjum i w miarę możności pomoc finansową. W roku 1926 do końca października powstało z pomocą Ministerjum a w niektórych przypadkach z całkowitem pokryciem kosztów organizacji, uwzględniając wyjątkowe okoliczności, 22 przychodnie przeciwgruźlicze (w Białymstoku, Łodzi, Pruszkowie, Obornikach, Rawiezu, Śremie, Środzie, Nakle, Hrubieszowie, Łucku, Krasnymstawie, Grudziądzu, Augustowie, Słupcy, Pyzdrach, Kleczewie, Zagorowie, Nowogrodzku, Lidzie, Baranowiczach, Warszawie, Poznaniu). Jak widać z powyższego przychodnie przeciwgruźlicze powstają w różnych okolicach kraju, a zrozumienie ich potrzeby staje się coraz wyraźniejszym i stanowisko zarówno samorządów jak i społeczeństwa coraz życzliwszem. Powstawanie przychodni wymaga wyszkolonego personelu a przede wszystkim personelu pielęgniarskiego; bez wyszkolonych higienistek - wywiadowczyń, odwiedzających chorych w ich mieszkaniach nie może owocnie pracować żadna przychodnia: higienistki stanowią nieodzowną pomoc dla lekarza jako wykonawczynie jego zaleceń umożliwiające przez swe wniknięcie w potrzeby i warunki bytu chorego i jego otoczenia zastosowanie skuteczne środków higienicznych. Ale higienistka, aby spełnić swe zadanie, musi posiadać odpowiednie przygotowanie, musi być obznajmiona nie tylko z gruźlicą, jako chorobą, ale musi rozumieć społeczną walkę z gruźlicą. Kadry pracujących w różnych instytucjach pielęgniarek posiadamy, brak im tylko właśnie tego specjalnego wykszolenia. W tym celu Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej zainicjowało kursy doszkalające, powierzając organizację kursów: 1-go Warszawskiemu Tow. Przeciwgruźliczemu, 2-go Związkowi Przeciwgruźliczemu. Obecnie wobec zwiększającego się zapotrzebowania organizację 3-go kursu Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej ma zamiar również powierzyć Związkowi Przeciwgruźliczemu.

W ciągu bieżącego roku również posunęła się znacznie sprawa organizacji zakładów wychowawczo - leczniczych dla dzieci chorych na gruźlicę; subsydjowano organizację Sanatorjum dla dzieci chorych na gruźlicę w Zakopanem, będącego pod kierunkiem Kuratorjum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Sanatorjum Kolonja lecznicza dr. *Brudzińskiego* w Busku. Subsydjowano organizację oddziału dla dzieci gruźliczych im. dr. *Buszkowskiego* w Kielcach. Zostało utworzone w Warszawie przy stacji Higjeny Zapobiegawczej w Mokotowie Sanatorjum dzienne dla dzieci gruźliczych, gdzie dzieci przebywają cały dzień na otwartem

powietrzu, otrzymując pożywienie, naukę i na noc wracają do domu. Również rozszerzono i dopomagano do organizacji zakładu leczniczo-wychowawczego w Skolimowie, mającego charakter szkoły na otwartem powietrzu. Z inicjatywy Ministerjum i przy jego poparciu finansowem przystąpiono do organizacji zakładu leczniczo-wychowawczego dla dzieci gruźliczych w Dubicy. Również dzięki poparciu Ministerjum powstał w Wilnie Zakład dla dzieci gruźliczych ze szkół miejskich — w ten sposób dzieci chore będą usuwane ze swego szkolnego otoczenia do schroniska, aby później zależnie od stanu zdrowia być przesiedlonymi do sanatorjum lub innego odpowiedniego zakładu. O wadze takiego zakładu wydzielającego dzieci niebezpieczne dla swego otoczenia, chyba niema co mówić.

Aby rozszerzyć i umożliwić intensywną działalność w dziedzinie zwalczania gruźlicy wśród dzieci i młodzieży subsydjowano Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze i Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą w Warszawie.

### **Popularyzacja zadań opiekuńczych.**

Z inicjatywy Wydziału opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej wychodzi specjalna biblioteka, poświęcona opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Dotychczas wyszły następujące prace: „Polityka ludnościowa Polski a stan opieki nad macierzyństwem i najpilniejsze w tej dziedzinie potrzeby“ d-ra Z. Zakrzewskiego, „Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem“ (organizacja i prowadzenie) d-ra M. Gromskiego i L. Bartła, „Kursy Przeszkolenia Położnych“ (organizacja—program) d-ra Z. Zakrzewskiego i „Rady dla matek“ doc. d-ra W. Szenajcha.

### **Szkolenie personelu opiekuńczego.**

Celem podniesienia kwalifikacji personelu opiekuńczego i wychowawczego Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Wydział opieki nad dziećmi i młodzieżą) zorganizował w roku ubiegłym następujące kursy: Przeszkolenie Położnych (dwukrotnie), dla opiekunek zdrowia dzieci (pielęgniarek), dla higienistek-wywiadowczyń przeciwgruźliczych (trzykrotnie), dla wychowawców schronisk i zakładów internatowych (dwukrotnie).

Jednocześnie zorganizowany został przy Wolnej Wszechnicy Polskiej specjalny Wydział Opieki nad dziećmi i młodzieżą, kształtujący na dwuletnich kursach kandydatów na kierowników zakładów opiekuńczych.

### **Kursy przeszkolenia położnych.**

Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej (Wydział Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą Departamentu Opieki Społecznej), zachęcone powodzeniem i uznaniem, z jakim spotkały się 2-miesięczne Kursy Przeszkolenia Położnych, zorganizowane w lutym r. z., ponownie w porozumieniu w Ministerjum Spraw Wewnętrznych (Departamentem V Służby Zdrowia) uruchomiło powyższe Kursy w Państwowej Szkole Higieny dla nowej serji słuchaczek. Powołanie Kursów do życia zostało spowodowane powszechnie odczuwaną potrzebą podniesienia zawo-

dowego przysposobienia położnych ze względu na wielką śmiertelność wśród położnie, noworodków i niemowląt w Polsce, szczególnie rażącą w porównaniu z zagranicą.

Każdy przedmiot wykładany był przez specjalistę w postaci odczytów popularnych, popartych pokazami w naturze, obrazami świetlnymi, rysunkami itp., oraz repetycji; prócz tego słuchaczki odbywały zajęcia praktyczne w pracowniach oraz dyżury w zakładach położniczych i oddziałach szpitalnych, dzięki przychylnemu poparciu idei Kurzów przez Magistrat m. st. Warszawy, w szczególności zaś przez p. dr. *W. Brunera*, inspektora lekarskiego miejskich szpitali, oraz pp. lekarzy naczelnych dr. *B. Szymańskiego*, dr. *J. Ślaskiego*, dr. *X. Wątruszewskiego* i dr. *S. Zaborowskiego*.

Lista prelegentów i kierowników zajęć praktycznych obejmuje następujące nazwiska: dr. *S. Antekci*, dr. *J. Babecki*, dr. *R. Bernhardt*, dr. *K. Bogacki*, dr. *J. Bogdanowicz*, dr. *L. Brennejsen*, dr. *R. Danysz-Fleszarowa*, dr. *S. Groszlik*, prof. dr. *W. Grzywo-Dąbrowski*, prof. dr. *T. Hilarowicz*, dr. *W. Janczewski*, prof. *A. Janowski*, doc. dr. *T. Jaroszyński*, prof. *dt. Konopachi*, dr. *J. Laskowski*, dr. *J. Lubczyński*, dr. *K. Lazarowicz*, dr. *S. Łyskawiński*, prof. dr. *M. Michałowicz*, dr. *K. Pawlikowski*, doc. dr. *S. Pieńkowski*, dr. *M. Rylko*, dr. *H. Sparrow*, dr. *G. Szule*, dr. *B. Szybowski*, dr. *Szymański*, dr. *L. Wernic*, dr. *M. Zachert*, dr. *Z. Zakrzewski*, dr. *A. Zawadzki*, dr. *J. Zawadzki*, dr. *S. Zdanowicz*, dr. *J. Zieliński*.

Przyjęto na Kursy 56 słuchaczek (po 3—4 z każdego województwa); umieszczono je w 2 bursach.

Dwudniowy egzamin odbył się 20 i 21 z. m. W dniu 22 z. m. w auli Państwowej Szkoły Higieny odbyła się uroczystość zamknięcia kursów i rozdania świadectw 52 słuchaczkom po przemówieniach ministra d-ra *W. Chodźki*, dyrektora Państwowej Szkoły Higieny i d-ra *Z. Zakrzewskiego*, kierownika Kursów.

### **Kursa dla higienistek.**

Z inicyatywy Związku przeciwwrażliwego urządzone zostały przy poparciu Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerjum Spraw Wewnętrznych (Wydział opieki nad dziećmi i młodzieżą M. P. i O. S. oraz departament służby zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych) Kursy dla higienistek-wywiadowczyń przeciwwrażliwych. Kurs obecny (trzeci) trwa od 10 stycznia i kończy się w połowie lutego. Wykłady obejmują: anatomję, bakterjologję, pielęgniarstwo oraz specjalne o poradziach, dezynfekcji, o gruźlicy jako chorobie społecznej, o jej patologji, o leczeniu klimatycznym, o żywieniu i witaminach, o wychowaniu fizycznym, propagandzie, alkoholizmie, o przepisach prawnych, o stanie opieki nad dzieckiem w Polsce.

Wykłady prowadzą: dr. *Kowarski*, dr. *Sparrow*, dr. *Kacprzak*, dr. *Paradistal*, A. *Staszakówna*, dr. *S. Rudzki*, dr. *Popowski*, dr. *Chodźko*, dr. *K. Dąbrowski*, dr. *G. Szule*, dr. *Szenajch*, dr. *Bogucki*, dr. *Stypułkowski*, dr. *Lubczyński*, dr. *Grudziński*, dr. *Gromski*, J. *Szymański*.

### **O udziale Polski w kongresach międzynarodowych opieki społecznej.**

W Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej odbyło się pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału opieki nad dziećmi i młodzieżą p. Bronisława Krakowskiego posiedzenie ze współudziałem przedstawicieli Min. Spr. Zagranicznych, Ministerjum Wyznań Religijnych i Ośw. Publicznego, Ministerjum Spraw Wewnętrznych (Dyrekcji Służby Zdrowia) i Państw. Szkoły Higieny w sprawie przygotowania uczestnictwa Polski w międzynarodowych wystawach i kongresach, poświęconych opiece nad dziećmi i młodzieżą. Olbrzymi ten dział pracy, obejmujący opiekę higieniczno-lekarską, prawną-społeczną i wychowawczą, rozwinął się u nas pomimo ciężkich warunków znacznie, i pod wielu względami nie tylko nie stojemy w tyle, ale nawet wyprzedziliśmy innych. Wiele instytucyj w Polsce stoi na wysokim poziomie i ma obfity dorobek własny, którym możemy się poszczycić. Zobrazowanie jednak stanu opieki nad dziećmi i młodzieżą wymaga planowego przygotowania i zebrania materiałów, wymaga długiej pracy przygotowawczej, jeżeli wystąpienia nasze na terenie międzynarodowym mają objąć całokształt prac i wyników, a nie oddzielne fragmenty. Plan rozszerzonych prac przedstawił radca ministerjalny dr. Klemens Pawlikowski. Po ożywionej dyskusji postanowiono utworzyć przy Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej komisję, której zadaniem będzie opracowanie ścisłego planu prac i zajęcie się jego wykonaniem.

### **UZUPEŁNIENIE.**

Z powodu wzmianki o pracy d-ra Hamburgiera (Śmiertelność z gruźlicy) w ostatnim Nr. „Zdrowia“ Redakcja zaznacza iż autorem wzmianki powyższej był prof. Karaffa-Korbutt.

Redakcja oświadcza również, że prenumeratorki „Zdrowia“, którzy nie otrzymali dołączonej do zeszytu „Zdrowia“ na m. styczeń odezwy d-ra Biera z powodu artykułu d-ra Moroza o zakładach badania produktów spożywczych mogą otrzymać odezwy tą od d-ra Biera (Kraków, ul. Zygmunta Augusta 1).

T R E Ś Ć .

Dr. Polak: Od Redakcji.—Dr. Henryk Grundgand: Walka z zimnicą w Polsce. — Dr. Władysław Dobrzyński: VI Kongres Międzynarodowej Federacji Miast-Ogrodów i planowania miast. — **Dział Sprawozdawczy:** M. B. Aubrun. Sprawa mieszkaniowa, a zdrowie publiczne we Francji. — L. Dufestel: Stan obecny nadzoru lekarskiego nad szkołami we Francji i zagranicą. — B. Johan: O zapobieganiu płuicy metodą Dick'ów. — Prof. Was: O odczynie Dick'ów i szczepieniach ochronnych przeciwpluicycznych zapomocą szczepień bakteryjnych.—Dr. Henryk Rabinowicz: Rola człowieka w zachowaniu zarazka dżumy. — **Przegląd Bibliograficzny:** Rocznik Statystyczny miasta Łodzi. Rok 1925. — Dr. med. Roman Markuszewicz: Psychoanaliza i jej znaczenie lecznicze. — **Warszawskie Towarzystwo Higieniczne:** Budżet na 1927 rok Warsz. Tow. Higienicznego. — Sanatorium w Rudce. Budżet na rok 1927. — Budżet ogrodów im. Rau'a na rok 1297. — **Kronika:** Ruch naturalny ludności w roku 1927 — Śmiertelność z chorób zakaźnych w Warszawie. — Zanik epidemji ospowych. — Zwalczenie i zapobieganie gruźlicy wśród dzieci i młodzieży. — Popularyzacja zadań opiekuńczych. — Szkolenie personelu opiekuńczego. — Kursy przeszkolenia położnych. — Kursa dla higienistek. — O udziale Polski w kongresach międzynarodowych opieki społecznej. — Uzupełnienie.

S O M M A I R E .

Dr. Grundgand. La lutte contre la paludisme en Pologne.  
Dr. Dobrzyński. Congrès intern. des villes à Vienne.  
Comptes-rendus. — Bibliographie. — Chronique.

---

PRENUMERATA WYNOSI: rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł., kwartalnie 3 zł.  
Zeszyt pojedynczy 1 zł. 20 gr.

---

Redaktor: Dr. JÓZEF POLAK  
Administracja: Warszawskie Tow. Higieniczne, Karowa 31. Tel. 63-46  
Konto P. K. O. 9471.

---

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa Zielna 17, tel. 19-57.



OTWOCK, KONOPNICKA 9

PENSJONAT

*JANINY MICHAŁOWSKIEJ*

PO GRUNTOWNYM REMONCIE  
OTWARTY OD NOWEGO ROKU

POKOJE ŁADNE, SŁONECZNE KUCHNIA OBFIŁTA  
ELEKTRYCZNOŚĆ, KANALIZACJA, WANNA, TELEFON.

*CIEŻKO CHORYCH SIĘ NIE PRZYJMUJE.*

WIADOMOŚĆ NA MIEJSCU I W WARSZAWIE,  
KAROWA 31, TELEFON 63-46.



**DLA KASZLĄCYCH I OSŁABIONYCH**

EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół Leczniczych

FABRYKI

**„LELIWA”**

W WARSZAWIE ul. ZIELNA, tel. 59-54

Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich:  
Środkowo-Azjatyckiej Niżegorodzkiej i in.

Wyłączna sprzedaż w aptekach  
i składach aptecznych

TOWARZYSTWO AKCYJNE ZAKŁADÓW WYROBÓW METALOWYCH

**KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S<sup>KA</sup>**

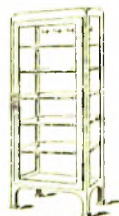
WARSZAWA, UL. GRZYBOWSKA N<sup>o</sup> 25.

POLECA:

NOWOCZESNE URZĄDZENIA SZPITALI,  
SAL OPERACYJNYCH ORAZ GABINETÓW LEKARSKICH.



TELEFON



N<sup>o</sup> 5-98.



# PHOSPHIT

Organiczny związek fosforu,  
otrzymywany z nasion oleistych.

## PHOSPHIT - CAPSULAE

W PUDEŁKACH ZAW. 30 KAPS. po 0.25 g.

## PHOSPHIT - PULVIS

W SŁOIKACH ZAW. 10 g. PROSZKU.

---

# LACTOPHOSPHIT

Mączka cukrowa, zawierająca  
0,4% fosforu organicznego.

PUSZKI BLASZANE po 200 i 400 g.

---

# PHOSPHIT SACCHAR. - GRANUL.

Ziarenka cukrowe, zawierające  
0,4% fosforu organicznego,

FLAKON ZAW. 100 g.

---

# PHOSPHIT — YOHIMBIN

Pigułki, zawierające fosfor organiczny.

FLAKON ZAW. 60 PIGUŁEK.

---

# CALCITRIN

WITAMINOWĄ MĄCZKĄ ODŻYWCZĄ.

SŁOIK ZAW. 75 g. PROSZKU.

---

Przemysłowo - Handlowe Zakłady Chemiczne  
**LUDWIK SPIESS i SYN, SP. AKC. — WARSZAWA**

# ATOKSYCZNE SZCZEPIONKI UTRWALONE:

## Szczepionka przeciwgonokokowa.

**GONOCCIN**

We fiaskach, ampułkach hermetycznie zamkniętych, zawierających 10 cm<sup>3</sup> szczepionki do indywidualnego dawkowania.

**NEO-DMEGON**

Szczepionka lecznicza przeciwgonokokowa. Leczenie rzeżączki i jej powikłań,

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm<sup>3</sup>.

**NEO-DMESTA**

Szczepionka lecznicza przeciwgronkocowa. Leczenie zakażeń pochodzenia gronkocowego: wrzody, karbunkuty, ropnie, zapalenia skóry i t. p.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm<sup>3</sup>.

**NEO-DMETYS**

Szczepionka lecznicza przeciwkrztuścowa. Leczenie krztuśca we wszystkich okresach.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm<sup>3</sup>.

**ACNYL**

Szczepionka lecznicza przeciwtrądzikowa.

Leczenie trądzików zwykłych i powikłań.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm<sup>3</sup>.

**APLEXIL**

Szczepionka zapobiegawcza przeciwko powikłaniom płucnym grypy. Szczepienia osób zdrowych w środowisku zakażonym. Leczenie chorych przed wystąpieniem powikłań płucnych.

Pudełko zawiera 2 amp. po 1 cm<sup>3</sup>.

ORAZ

**BULJONOWA SZCZEPIONKA MIESZANA**

Prof. DELBETA

**PROPIDON**

Wskazania: zakażenia ropne, struny zapalne, róża, zapalenie szpiku kostnego i t. p.

Pudełko zawiera 3 amp. po 4 cm<sup>3</sup>.

**LITERATURĘ WYSYŁAMY NA ŻĄDANIE**

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

**LUDWIK SPIESS i SYN**

SP. AKC.

WARSZAWA.