

ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL SALOL UROTRÓPINA	EUMICTINE	KAPSUŁKI GLUTENOWE
ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY KOJĄCY		
MOCZOPĘDNY		PRZECIWNILNY
RZEŻĄCZKA		ZAPALENIE MIĘDNICZEK
ZAPALENIE PECHERZA MOCZOWEGO		ZAPALENIE MIĘDNICZEK 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. 6 w Warszawie.		

ZAPARCIE NAWYKOWE	
CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIÓTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO	
CASCARINE	LEPRINCE
$C^{12}H^{10}O^9$	$C^{12}H^{10}O^9$
ŚRODEK	ROZWALNIAJĄCY
LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY 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.	

Nowo wprowadzone dozwolone przez Minist. Spraw Wewnętrznych
Depar. V Służby Zdrowia № Z. H. 5797/27, jako środek odżywczy

„WIKOSAN”

PASTYLKI CZEKOLADOWE ZAWIERAJĄCE WITASTERYNĘ (WITAMINĘ) E

sporządzone według przepisu D-ra KAZIMIERZA FUNKA

Koncentracja witasteryny (witaminy) E w pastylkach Wikosan jest ustabilizowaną w ten sposób, że zamiast łyżki tranu można podać wzgl. zażyć jedną pastylkę.

„WITAMINA” S. A. w Poznaniu

Oddział w Warszawie. Wyłączna sprzedaż wyrobów firmy

R. BARCIKOWSKI S. A. w Poznaniu

Na Królestwo i Małopolskę **Poznań Towarowa 21.**

WIKOSAN emulsja tranowa z dodatkiem czynnej wysoko procentowej Witasteryny E

UNIwersytecka Szkoła PIEŁĘGNIAREK I HIGJENISTEK W KRAKOWIE

otwiera nowy Kurs dnia 1 lutego 1929 roku.

Nauka trwa 2 lata; przyjmuje się tylko internistki.

Wykształcenie: 6 klas gimn. lub równorzędne.

Z G Ł O S Z E N I A :

DYREKCJA UNIwersyteckiej Szkoły

PIEŁĘGNIAREK I HIGJENISTEK W KRAKOWIE

KRAKÓW, KOPERNIKA 2

idea 31-1951

OTWOCK

UL. KONOPNICKIEJ 9, TEL. 54

PENSJONAT „TERESKA”

JANINY MICHAŁOWSKIEJ

POKOJE GRUNTOWNIE ODNOWIONE. — JEDZENIE
SMACZNE i OBFITE — NA ŻĄDANIE DJETETYCZNE. —
KANALIZACJA. — WANNA. — RADJO. — TELEFON
CHORYCH GRUŻLICZYCH NIE PRZYJMUJE.

W stanach gorączkowych

W goścu

W niezżytach żołądka i jelit

W zapaleniu miedniczek i pęcherza

DZIAŁA SWOISZCIE

„PHENNIN-MOTOR”

ŻADNYCH PRZYKRYCH OBJAWÓW UBOCZNYCH!

Balsam Thiocolan ***Balsam Thiocolan*** ***c.phitino***

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju
w **CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH**

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń pp. lekarzy podkreślających
dodatnie działanie tych środków

CO JEST NAJLEPSZYM ŚWIADECTWEM ICH WARTOŚCI LECZNICZEJ

Użyjcie: 3—4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dla pp. lekarzy próby i literatura bezpłatnie.



Preparaty te na I-szej wystawie przeciw-
gruźliczej we Lwowie zostały nagrodzone
ZŁOTYM MEDALEM.

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły
kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc
i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA
ADOLF GĄSECKI i SYN
W WARSZAWIE
KANTOR UL. LESZNO № 41.

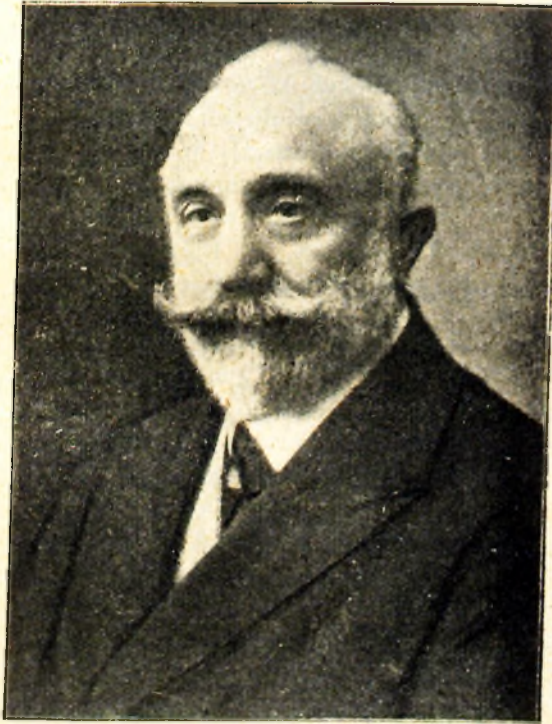
Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra MARCINA KACPRZAKA

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bączkiewicz, Prof. Stanisław Bądzynski, Dr. Józef Celarek, Dr. Witosław Dąbrowski,
Dr. Aleks. Fruehman, Prof. Dr. Paweł Gamkowski (Poznań), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin),
Dr. Fr. Grodecki, Dr. M. Gromski, Dr. L. Hirsztelo, Inż. K. Jakimowicz, Doc. Tom. Janiszewski,
Gen. Inż. Eug. Kątkowski, Prof. Br. Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski,
Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugeniusz Piasecki (Poznań),
Dr. A. Puławski, Inż. I. Piotrowski, Prof. R. Rapczewski, Dr. M. Roszkowski, Inż. Dr. Stefan Rudzki,
Inż. Z. Słomiński, Dr. St. Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Inż. Wład. Starkiewicz,
Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów), Dr. Wład. Swiatopelk-Zawadzki, Major Dr. Gustaw Szulc,
Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.



Ś. P. SZYMON DZIERZGOWSKI

Profesor Uniwersytetu Warszawskiego.

Członek Zarządu Głównego Warszawskiego T-wa Higienicznego

Ś. p. Prof. Szymon Dzierzgowski.

W dn. 7. XII r. u. rozstał się z tym światem prof. S. Dzierzgowski.

Szymon Dzierzgowski — samo imię i nazwisko w każdym, kto znał zmarłego osobiście lub tylko ze słyszenia, wzbudzało wyobrażenie uczciwego i pracowitego człowieka, dobrego obywatela kraju i patrioty. Człowiek ten wielkiej wartości i zasług niepospolitych odszedł od nas, pozostawiając dobre wspomnienie i głębokie uczucie żalu.

W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, w gimnazjum ówczesnie rosyjskiem, gdzie prześladowano za czasów Hurki i Apuchtina wszystko co polskie, nauczycielem języka polskiego był Ojciec Szymona — Konrad Dzierzgowski. Był to przyrodnik z wykształcenia i zamiłowania, a warunki ówczesne zmusiły Go do polonistyki. Język polski ówczesnie w Kongresówce wykładano po rosyjsku z podręczników w układzie rosyjskim i tłumaczeniu na polski. Ironja ta spotykała najmłodsze nawet dzieci od klasy wstępnej poczynając; — dzieci te, wychowane w duchu polskim i nierozumiejące częstokroć języka rosyjskiego, musiały pozować, że ich język rodowity polski może być przez nie rozumiany narówni z francuskim i niemieckim przy pośrednictwie języka urzędowego — rosyjskiego. Ojciec Szymona — Konrad Dzierzgowski miał ciężkie zadanie przeciwdziałania rusyfikacji i spełniał je stale narażając swą opinię u władz, ale spełniał je umiejętnie — jak przystało na patriotę. W patriotyzmie też wychował dwu swych synów Szymona i Wacława, dziś obu nieżyjących, a chlubnie zasłużonych społeczeństwu. Konrad Dzierzgowski, jeszcze w czasie studjów syna swego Szymona, rokował sobie wielkie, z uczuciem ojcowskim wypowiedane, nadzieje na karierę syna. I nie zawiódł się, bowiem Szymon Dzierzgowski, będąc dobrym Polakiem i nie schodząc z drogi polskości w tych wielce ciężkich dla Polski czasach, umiał sobie zasłużyć imię poważne w nauce światowej i polskiej i umiał dojść do wyjątkowo wysokiego stanowiska naukowego, jak dla Polaka, w Carskiej Rosji.

Dzierzgowski pochodził z ziemi płockiej. Studja wyższe ukończył w Szwajcarii, osiągając ówczesnie, spotykany niezbyt często stopień inżyniera-chemika i doktora filozofji. Od pierwszej chwili po ukończeniu studjów zostaje asystentem Marcegoł

Nenckiego, który przenosząc się ze Szwajcarii do Rosji, do Petersburga na specjalnie ustanowione dla niego w nowo-zakładanym Instytucie Doświadczalnej Medycyny stanowisko Dyrektora, zabiera ze sobą młodego ówczasnie asystanta S. Dzierzgowskiego. Marceli Nencki współpracując w Rosji z Księciem Oldenburskim wprowadza do współpracy S. Dzierzgowskiego, który do końca istnienia Rosji Carskiej ze wspólnym Księciem Oldenburskim, jedynym z nielicznych, a może jedynym z wysokopostawionych osób dworu carskiego—robi wiele dla podniesienia kultury Rosji i przede wszystkim jej stanu sanitarnego. Tu właśnie prof. Dzierzgowski znajduje wielce wdzięczne dla swego usposobienia pole pracy, nie zapominając nigdy, że jest Polakiem.

Szymon Dzierzgowski posiadając wykształcenie chemiczne pracował na polu higieny, oddając tem wielkie usługi medycynie. Jako chemik-higienista całe swe życie związany był z medycyną.

Prac naukowych prof. Dzierzgowski przeważnie w tym kierunku pozostawił wiele. Omówić dorobek Jego pracy naukowej należałoby obszerniej, poświęcając temu specjalne miejsce.

Po śmierci Marceliego Nenckiego, we wspomnianym Instytucie Doświadczalnej Medycyny, instytucji przeznaczony dla prowadzenia studjów dla ludzi dojrzałych, posiadających już dyplomy ze szkół wyższych z rozmaitych dziedzin wiedzy,—Szymon Dzierzgowski zostaje kierownikiem Działu Higieny, który to wtedy oddzielono od wspólnie prowadzonego przez Nenckiego Działu Chemji. Po śmierci Podwysockiego — prof. Dzierzgowski obejmuje po wyżej wspomnianym stanowisko Dyr. Instytutu Doświadczalnej Medycyny, tej najwyższej placówki naukowej w Rosji i mogącej ówczasnie równać się tylko z Instytutem Pasteura w Paryżu, najwyższej więc placówki naukowej w świecie, posiadającej działy samodzielne w bardzo różnych kierunkach wiedzy, dążących do wyjaśnienia stanu i podniesienia poziomu higieny światowej.

W Instytucie tym, zaczątek którego wywodzi się od Nenckiego, przez cały czas istnienia Instytutu, aż do przewrotu w Rosji i konieczności usunięcia się ś. p. Dzierzgowskiego—pracuje wielu Polaków, którym prof. Dzierzgowski okazuje wiele przychylności i tym sposobem podnosi wyżej poziom naukowy wśród Polaków.

W czasie pobytu swego w Rosji ś. p. Dzierzgowski prowadzi ekspedycję przeciwdżumową do stepów Astrachańskich, tworzy

słynną placówkę uzdrowiskową w posiadłości Księcia Oldenburskiego w Gagrach na Kaukazie. Odbywa podróż naukową do Japonii, a w czasie wojny światowej staje przy boku Księcia Oldenburskiego, najwyższego szefa sanitarjatu w armji rosyjskiej, jako nieodłączny jego towarzysz z wielce ważnym głosem doradczym specjalisty.

Po upadku Rosji carskiej Szymon Dzierzgowski wraca do kraju, pozostawiając w Rosji cały swój dorobek, przywożąc ze sobą jedynie rodzinę i głęboko zakorzenioną myśl patrioty — polaka. W organizującej się Polsce otrzymuje początkowo stanowisko Naczelnika Wydziału Higjeny w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, a wkrótce potem przechodzi do Uniwersytetu Warszawskiego na stanowisko profesora higjeny na wydziale medycznym. Czynny wielce przez całe swe życie nie zadawała się wyłącznie stanowiskiem i zajęciem profesora uniwersyteckiego, w okresie więc fali strajków w Polsce, podkopującej rozwój państwa, tworzy Stow. Samopomocy Społecznej (S.S.S.) i staje na jej czele, przeciwdziałając zamierzeniom komunistycznym. Tworzy też wraz innymi ludźmi pełnymi dobrej woli i patriotyzmu Straż Narodową i przyjmuje czynny udział w życiu politycznym Polski. Tym sposobem prócz imienia naukowca, pozostawia imię działacza politycznego o wielce głębokich dążeniach patriotycznych.

Nie uchyla się też od żadnej pracy społecznej, szczególnie na polu higjeny. A więc przez szereg lat był członkiem Zarządu Głównego Tow. Higjenicznego, jak również szeregu innych towarzystw, mających za zadanie podniesienie warunków sanitarnych kraju.

Wkrótce też po powrocie z Rosji, niezależnie od zajmowanego stanowiska, początkowo w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, a następnie profesora Uniwersytetu, obejmuje stanowisko w Sp. Akc. Zakładów Chemicznych Ludwik Spieß i Syn, gdzie jako odpowiedzialny kontroler Działu Biologicznego wielce przyczynia się do rozwoju prac, związanych z postępowaniem fabrykacji preparatów farmaceutycznych. Na stanowisku tem, jako chemik i biolog, znajduje ujście dla swego czynnego życia, stawiając sobie za zadanie stopniowe zmniejszenie naszej zależności od importu zagranicznego i rozwój produkcji własnej. I tu też wykazuje swój patriotyzm, pracując literalnie do ostatniej chwili swego życia.

Cześć pamięci patrioty, widzącego szczęście Polski w pracy, w której sam przyjmował wielce czynny udział. **Dr. St. Otolski.**

Od Redakcji.

Warszawa, Styczeń 1929

Niema bodaj pracy lekarskiej, czy to publicystycznej, czy ściśle naukowej, obejmującej jakieś szersze zagadnienie z higieny społecznej, w której autor nie posiłkowałby się liczbami; niema bodaj pracy statystycznej w tej dziedzinie, której nie atakowałyby właśnie szeroki ogół czytelników, twierdząc, że liczby te nic nie są warte, że zresztą zapomocą statystyki można dowieść wszystkiego, czego się chce. Respekt, wyrażający się w pełnym podziwieniu milczeniu, wywołują zwykle tylko bardzo długie kolumny liczb w rocznikach i sprawozdaniach, których nikt nie przegląda. Brak zaufania do liczb wzrasta niemal równolegle ze wzrostem prac, posiłkujących się niemi.

I w tem powątpiewaniu w wartość wywodów, opartych na mniej lub więcej ścisłych operacjach liczbowych, jest duża doza słuszności i samokrytycyzmu, najgłębszemi bowiem sceptykami są ci, którzy sami liczby traktują lekceważąco, niedbale. Trudno wymagać, żeby przyjmował za pewnik ogłoszone liczby i wnioski z nich ten, kto zna dokładnie źródło ich pochodzenia, wie, jak one się tworzą, kto sam przyczynia się do ich niedokładności. Wytwarza się więc błędne koło: człowiek, który wie, że w Polsce rejestracja przyczyn zgonów istnieje tylko w większych miastach, nie ma zaufania do artykułu, w którym autor z wielką dokładnością wyszczególnia liczby zmarłych na gruźlicę w całym kraju, ale jutro ten sam krytyk, podobny błąd będzie popełniał w stosunku do raka i odwrotnie.

A jednak bez rozwoju statystyki niema mowy o rozwoju służby zdrowia, gdyż jedynym wskaźnikiem stanu zdrowotności kraju są starannie zebrane i opracowane liczby, które odgrywają rolę barometru, wykazującego stopień rozwoju i celowości pracy (a więc i wydatków), prowadzonej na polu zdrowotności publicznej. Niestety, pod tym względem braki nasze są wielkie, czego najwymowniejszym dowodem jest fakt, iż w statystyce międzynarodowej Polska dotąd tworzy dużą lukę, bo nie podaje ani współczynnika urodzeń, ani zgonów dla całego państwa. Nie

podaje — bo nie posiada. Tak, w Polsce dotąd nie wiemy dokładnie, ile ludzi rocznie rodzi się, a ile umiera, a cóż mówić o tem, na co oni umierają!

Rejestracja chorobowości, nawet jeżeli uwzględnić tylko choroby zakaźne, także pozostawia wiele do życzenia. Nie można liczb z Berlina, Paryża lub Londynu zmniejszyć odpowiednio, przystosowując je w ten sposób dla Warszawy, jak to niekiedy widzimy w pismach lub pracach popularnych, bo choroba jest wynikiem czynników biologicznych i społecznych, różnych zupełnie nad Sekwaną i nad Wisłą. I dlatego pierwszym obowiązkiem naszej służby zdrowia winno być zebranie możliwie dokładnych materiałów statystycznych, bo tylko na tym materiale liczbowym, odpowiednio opracowanym i przygotowanym, można będzie oprzeć planową akcję uzdrowotnienia kraju.

Jestem daleki od propagowania gromadzenia danych liczbowych dla miłości samych liczb, odwrotnie, twierdzę, iż nie należy nigdy zbierać liczb, które nie będą wyzyskane dla celów naukowych lub praktycznych, bo statystyka bez celu powoduje tylko stratę czasu i dyskredytuje przedmiot. Ale jak żadne dobrze prowadzone przedsiębiorstwo nie może się obyć bez buchalterji, tak żadna dobrze zorganizowana służba zdrowia nie może istnieć i rozwijać się należycie bez statystyki, bo czemże jest statystyka w jej zastosowaniu praktycznem, jak nie buchalterją, umożliwiającą rzeczową analizę powikłanych zjawisk społecznych?

Tyle tylko może być dobrej gospodarki w służbie zdrowia, ile jest liczbowego ujęcia samego zjawiska.

Jeżeli słusznem jest zdanie, że dobrze rządzić państwem, można tylko zapomocą statystyki, to tem niemniej słuszny jest wniosek, że należyty rozwój służby zdrowia może być oparty tylko na dobrze prowadzonej statystyce sanitarnej.

M. Kacprzak.

Dr. W. Chodźko.

Statystyka a działalność Służby Zdrowia *).

Utworzenie oddziału statystyki i epidemiologii w Państwowej Szkole Higjeny było wyrazem przeświadczenia, że żadna praca, zarówno w zakresie nauczania higjeny, jak i w dziedzinie reform higjeniczno - społecznych, nie jest do pomyślenia bez statystyki, owego pierwszorzędnego źródła informacyjnego, z którego każdy naród, każde państwo czerpie świadomość swych sił żywotnych, swych bogactw i swych dóbr, swych braków i swych ułomności, niebezpieczeństw wewnętrznych, jakie zagrażają jego istnieniu.

Stworzona przez państwa europejskie dla celów fiskalnych i militarynych statystyka stała się wkrótce niezbędnym narzędziem polityki sanitarnej wszędzie tam, gdzie politykę tę, z tych czy innych względów, państwo było zmuszone prowadzić, przede wszystkim więc w Anglii, w kraju, którego statystyka demograficzna osiągnęła najwyższy dotąd znany stopień doskonałości.

Już w samych swych początkach statystyka demograficzna służyła do celów sanitarnych — znane jest wszystkim Panom wielkie nazwisko genialnego Johna Graunta, którego interpretacja rejestrów umieralności rzuciła cenne światło na stan sanitarny Londynu w końcu XVII-go stulecia za panowania Karola II.

Nie było zapewne rzeczą przypadku, iż w dniu 10 lipca 1839 r. rząd angielski zamianował lekarza Williama Farr'a pierwszym generalnym registratorem (Registrar General) Zjednoczonego Królestwa. „Farr jest niewątpliwie najznakomitszą postacią w historii statystyki demograficznej Anglii, a wysoki stopień dokładności, który osiągnęła angielska statystyka demograficzna należy głównie zawdzięczać wpływowi tego słynnego statystyka medycyny, który przez 40 lat od chwili swojej nominacji pracował nad stworzeniem, rozwojem i ulepszeniem systemu, którego był inicjatorem. Dzięki niemu system ten otrzymał postać,

*) Przemówienie wygłoszone na otwarciu Kursu-Konferencji dla statystyków miejskich w Państwowej Szkole Higjeny.

którą zachowuje do dnia dzisiejszego w głównych zarysach". (Greenwood-Granville Edge — Statistiques demographiques officielles d'Angleterre et du pays de Galles. Genève 1925. Société des Nations — Organisation d'Hygiène).

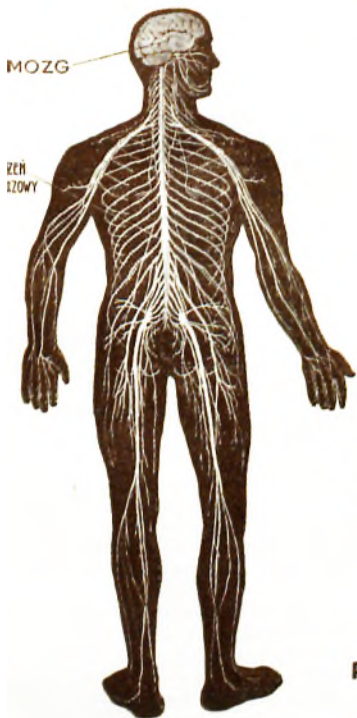
Od tej pamiętnej daty ścisły związek między statystyką demograficzną i medycyną nie tylko się utrzymuje, ale i coraz bardziej utrwala i rozwija — można zaryzykować śmiało twierdzenie, że bez uprzedniej pracy statystyków demograficznych angielskich nie mogłaby dojść do skutku wielka reforma sanitarna, która znalazła swój wyraz w wiekopomnym Public Health Act. 1848 r., owej Magna Charta wszystkich reform sanitarnych świata. Odtąd u podstawy wszelkich zarządzeń sanitarnych spoczywa w państwach cywilizowanych statystyka demograficzna.

Opierając się na wzorach angielskich, francuska ustawa o ochronie zdrowia publicznego z dnia 14-go lutego 1902 roku w art. 9 stanowi, że jeżeli umieralność ogólna jakiegokolwiek gminy w ciągu 3 lat po sobie następujących przekracza przeciętną umieralność, stwierdzoną na terytorjum Republiki francuskiej w tym samym czasie, prefekt departamentu w którym znajduje się ta gmina jest obowiązany zarządzić badanie ogólnej sytuacji sanitarnej i organizacji sanitarnej pomienionej gminy, ażeby określić, o ile to będzie możliwe, przyczyny anormalnej umieralności i zaproponować środki zaradcze. Tego rodzaju procedura administracyjna jest oczywiście niemożliwa bez dokładnej statystyki demograficznej.

Praktyka każdej administracji sanitarnej, istotnie na to miano zasługującej, musi bacznie pilnować umieralności ogólnej — nadmierna umieralność w pewnej miejscowości, szczególnie w okresie panowania epidemji, napewno wskazuje, iż choroba zakaźna przedostała się już do owej miejscowości i że tam należy skierować niezwłocznie aparat badawczy i sanitarno-administracyjny, ażeby stłumić nowe ognisko zarazy.

Punktem wyjścia całej głośnej akcji rządu i społeczeństwa francuskiego w kierunku opieki nad matką i dzieckiem była statystyka demograficzna, która zaalarmowała Francję stwierdzeniem szybko postępującego spadku urodzeń.

Statystyka zgonów kobiet z gorączki połogowej przyjmowanych do paryskiej Maternité w porównaniu ze statystyką zgonów



PHOSPHIT
WZMACNIA
I
HARTUJE
SYSTEM NERWOWY
I
MIĘŚNIOWY



SPOSÓB UŻYCIA:

**3-4 RAZY DZIENNIE
PO 1-2 KAPSUŁKI PO JEDZENIU**

siebie
a jego
mial-

na jed-
rużlicy
a. Me-
drugiej
wał się
ku bę-
ie, czy
francji
niemo-
0,9%;
C a l-
i nie
grużli-
ze zaś
y jest
y mię-
nością
ej za-
Zdro-
e me-

bada-

k od-
wielki
ie za-
enięz-
gjeny
yczne.
tubie-
ropie

ko daje się zauważyć w Stanach Zjednoczonych Ameryki Pół-
ocnej, która dziś zajęła w statystyce jedno z miejsc produją-

którą zachowuje
(Greenwood
ques officielles
Société des Na

Od tej p
mograficzn
dziej utrwał
że bez uprz
nie mogłaby
znalazła sw
owej Magr
u podstaw
stwach c

Opi
o ochron
w art. 9
gminy w
ciętną u
cuskiej
rym znaj
ogólnej
gminy,
anormaln
rodzaju i
dokładne

Pral
zasługuje
mierna u
panowan
dostała s
niezwłoc
stłumić r

Pun
francuski
tystyka c
szybko p

Statystyka zgonów kobiet z gorączki połogowej przyjmowa-
nych do paryskiej Maternité w porównaniu ze statystyką zgonów

... Phosphit wzmacnia
i hartuje system nerwowy
i mięśniowy.

PHOSPHIT

ORGANICZNY ZWIĄZEK FOSFORU, OTRZYMYWANY Z NASION OLEISTYCH.

Fosfor organiczny jest nieodzownym składnikiem każ-
dej zdrowej komórki zwierzęcej, przyczem na poszczególne
narządy ciała ludzkiego przypada P₂ O₃:

	W stosun- ku do wagi całkowitej w %/‰	W stosun- ku do popiołu w %/‰	W stosun- ku do wagi całkowitej w %/‰	W stosun- ku do popiołu w %/‰
1. Kości . . .	26,76	40,09	6. Płuca . . .	6,20
2. Zęby . . .	31,61	—	7. Serce . . .	2,75
3. Wątroba . . .	4,65	66,46	8. Nerki . . .	2,72
4. Mózg . . .	1,11	49,0	9. Krew . . .	0,11
5. Śledziona . . .	3,02	38,64	10. Żółć . . .	0,84

Wynika stąd wybitna rola, jaka przypada składnikom
fosforowym w fizjologicznej czynności i sprawności tkanki
nerwowej oraz narządów krwiotwórczych.

W patologii ludzkiej niema prawie ani jednego cier-
pienia, w któremby w większym lub mniejszym stopniu nie
był dotknięty system nerwowy lub krwiotwórczy. Lecz
i dla codziennych normalnych czynności organizmu, jak
trawienie, sen i t. p. niezbędną jest równowaga i spraw-
ność tych układów.

Nic tedy dziwnego, że już w najodleglejszych czasach
usiłowano dla celów leczniczych i wzmacniających wy-
korzystać wyżej zaznaczone powinowactwo najistotniejszych
ośrodków organizmu względem składników fosforowych,
drogą podawania fosforu w postaci proszku, emulsji lub t. p.

Ostatniemi czasy słusznie podkreślano wybitną war-
tość fosforu w okresie ćwiczeń sportowych.

Wszelako dopiero niedawno zwrócono się w kierunku
otrzymywania jedynie racjonalnych organicznych związków
fosforu.

Preparat leczniczy „PHOSPHIT“, zawierający około 20% organicznie związanego fosforu, jest produktem otrzymywanym z nasion oleistych.

PHOSPHIT przyjmowany w kapsułkach (od 5 do 8 dziennie) podczas posiłku, zdobył sobie uznanie i rozgłos, jako niezrównany lek hartujący i wzmacniający system mięśniowy i nerwowy i spotkał się z nader pochlebną oceną w lekarskiej prasie naukowej, którą częściowo na tem miejscu przytaczamy:

- Nowiny Lekarskie, Nr. 15-16, 1927 r.*
" " " " 6, 1928 r.
Warsz. Czasop. Lek. Nr. 8, 1926 r.
" " " " 4, 1927 r.
" " " " 7-8, 1928 r.
Medycyna, Nr. 32, 42-43, 1928 r.
Polska Gazeta lekarska Nr. 31, 32-33, 1926 r.
" " " " 39, 1927 r.
Medycyna Praktyczna, Nr. 2, 5, 1928 r.
Wiadomości Lekarskie, Nr. 2, 1928 r.

OPAKOWANIE

Pudełko „PHOSPHIT“ zaw. 30 kapsułek po 0.25 g. preparatu.

WSKAZANIE

Ogólna nerwowość.
Bicie i kołatanie serca na tle nerwowem.
Okres usilnych ćwiczeń cielesnych (sportowych).
Nadmierna pobudliwość.
Bezsennaść.
Niedokrwistość.
Gruźlica.
Cięża.

SPOSÓB UŻYCIA.

3 — 4 razy dziennie po 1 — 2 kapsułki podczas jedzenia.

UWAGA. Kuracja trwać powinna około 6 tygodni.

PRZEMYSŁ.-HANDL. ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS i SYN
Sp. Akc. — Warszawa.

ZAKŁ. GRAF. KOZIAŃSKICH W WARSZAWIE

siebie
a jego
mierzal-

na jed-
różlicy
a. Me-
lrugiej
wał się
ku bę-
cie, czy
Francji
niemo-

0,9%;

C a l-
i nie
gruźli-
te zaś
y jest
z mię-
nością
ej za-
Zdro-
e me-

bada-

k od-
wielki
ie za-
enięz-
gjeny
yczne.
tubie-
ropie

ko daje się zauważyć w Stanach Zjednoczonych Ameryki Pół-
nocnej, która dziś zajęła w statystyce jedno z miejsc produkują-

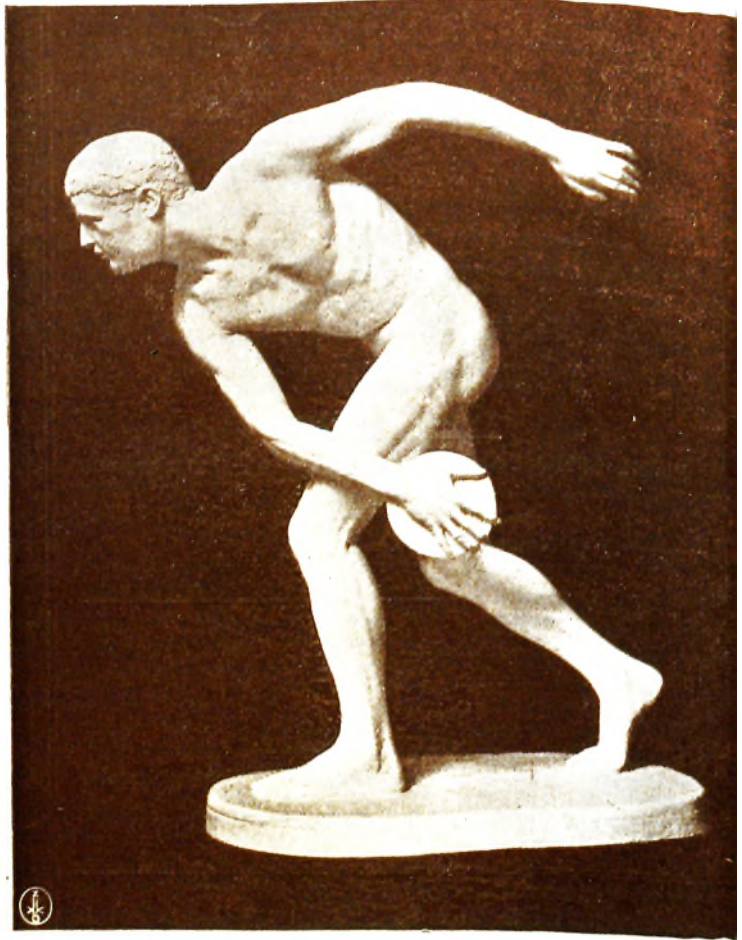
którą za
(Green
ques off
Société c

Od
mografic
dziej utr
że bez u
nie mogli
znalazła
owej Ma
u podsta
stwach c

Opi
o ochron
w art. 9
gminy v
ciężną u
cuskiej
rym zna
ogólnej
gminy,
anormal
rodzaju
dokładn

Prz
zasługuj
mierna i
panował
dostała
niezwłoc
stłumić

Pu
francusk
tystyka
szybko



„MENS SANA IN CORPORE SANO“.

Statystyka zgonów kobiet z gorączki połogowej przyjmowa-
nych do paryskiej Maternité w porównaniu ze statystyką zgonów

z tej samej przyczyny wśród kobiet, odbywających połóg u siebie w domu była dla genialnego Tarnie'ra punktem wyjścia jego walki z zakażeniem połogowym, dzięki której odsetek umieralności na gorączkę połogową spadł z 10% do 0,07%.

Ażeby nie mnożyć przykładów, zatrzymam się jeszcze na jednym. Znana jest Panom nowa metoda zapobiegawcza przeciwgruźlicy u niemowląt zapomocą szczepień ochronnych Calmette'a. Metoda ta znalazła szeregi obrońców i entuzjastów, a z drugiej strony zawziętych przeciwników. Spór obecny skencentrował się około metod statystycznych i od statystyki w tym wypadku będzie zależało, czy metoda ta rozpowszechni się w świecie, czy ulegnie zapomnieniu. Podstawą akcji Calmette'a we Francji jest twierdzenie, iż dzięki jego szczepieniom umieralność niemowląt z gruźlicy spadła w okręgach szczepienia z 25% do 0,9%; tymczasem statystyk austriacki Rosenfeld wykazuje, iż Calmette w swej statystyce łączy dzieci matek gruźliczych i niegruźliczych, a przecież umieralność dzieci pochodzących z gruźliczego i niegruźliczego otoczenia jest zupełnie różna. Gälze zaś wykazał, iż w Wiedniu umieralność niemowląt z gruźlicy jest taka sama, jak z innych chorób i że niema wielkiej różnicy między umieralnością dzieci szczepionych w Paryżu, a umieralnością dzieci nieszczepionych w Wiedniu. Takie same mniej więcej zarzuty formuluje znany statystyk angielskiego Ministerstwa Zdrowia Publicznego Greenwood, co wstrzymało stosowanie metody Calmette'a w Anglii.

Spór więc o nową metodę walki z gruźlicą zawisł na badaniach statystyków.

Należy podkreślić inny jeszcze bardzo poważny czynnik oddziaływania statystyki na prace administracji sanitarnej: wielki rozkwit higieny publicznej w obecnej chwili i wykonywanie zarządzeń w tej dziedzinie wymaga znacznych nakładów pieniężnych — ażeby umotywować żądania kredytów na cele higieny publicznej potrzeba mieć do dyspozycji liczne dane statystyczne. Dzięki temu, że w wielkich miastach istnieje czynne współubieganie się o obniżenie stopy umieralności, prawie w całej Europie dołała rozwinąć się dobra statystyka zgonów — to samo zjawisko daje się zauważyć w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, która dziś zajęła w statystyce jedno z miejsc produją-

cych. Tam statystyki używa się do oceny wydajności metod i zarządzeń sanitarnych — t. zw. „efficiency“.

Urządzenia opieki społecznej, zadania higieny przemysłowej, wyniki prawie wszędzie z badań statystycznych. Kasy Chorych i Towarzystwa Ubezpieczeń na życie muszą opierać się na dokładnych liczbowych informacjach o chorobowości i umieralności. Na drodze metod statystycznych sprawdza się skuteczność wielu metod leczniczych i zarządzeń zapobiegawczych.

Słusznie zaznacza zasłużony statystyk niemiecki Prinzing*), — iż „wszelkie zarządzenia przedsiębrane w interesie ochrony zdrowia publicznego winny być kontrolowane statystycznie pod względem ich skuteczności“.

Oceniając doniosłość statystyki dla celów służby zdrowia Państwowa Szkoła Higieny z czynnym współdziałaniem Departamentu Służby Zdrowia przygotowała pierwszy kurs-konferencję dla statystyków naszych wielkich miast — pozwałam sobie powitać Sz. Panów bardzo serdecznie w imieniu naszej Szkoły i życzyć im najlepszych owoców ich pracy w murach tej uczelni.

*) Prinzing Handbuch d. Medizin. Statistik. Jena 1906.

*Redakcja „Zdrowia” uprasza Szanownych Czytelników
o informowanie jej o faktach z dziedziny higieny
w poszczególnych miejscowościach kraju.*

Dr. A. Krysiński

O stanie szpitalnictwa w województwie pomorskiem.

Potrzeby ludności Pomorza w zakresie szpitalnictwa niewątpliwie lepiej są zaspokojone, niż w województwach centralnych, a zwłaszcza dużo lepiej, niż we wschodnich województwach kresowych. Na niespełna 1 milion mieszkańców posiada Pomorze 41 zakładów leczniczych, w tem 36 szpitali i 5 lecznic prywatnych. Liczba ogólna łóżek szpitalnych wynosi około 5000 (4746), a więc na 1 tysiąc mieszkańców przypada prawie 5 łóżek, co przewyższa teoretycznie wymagane minimum (na 1000 ludności 2 łóżka po wsiach, a 5 w miastach). Wprawdzie jeżeli od powyższej ogólnej liczby łóżek odejmiemy 2467, t. j. liczbę łóżek, znajdujących się w specjalnych szpitalach psychiatrycznych w Świeciu, Kołobrzewie i Wejherowie, to na wszystkie inne rodzaje chorych pozostanie około 2500 łóżek, w każdym razie wyniesie to jeszcze blisko 2,5 łóżka na 1 tysiąc mieszkańców, liczba, którą nie każde województwo się może poszczycić. To też gdy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) rozesłało w roku bieżącym do wojewodów projekt sieci szpitalnej w Rzeczypospolitej na najbliższe pięćdziesięciolecie, uwzględniający naturalny przyrost ludności w tym okresie czasu, okazało się, że potrzeby województwa pomorskiego będą na okres najbliższego pięćdziesięciolecia zaspokojone, gdy liczba łóżek szpitalnych (nie licząc szpitali psychiatrycznych) wzrośnie do 3260, a więc województwo musi zyskać w tym okresie czasu znikomą liczbę 760 nowych łóżek szpitalnych, co oczywiście w ciągu pół wieku niewątpliwie nastąpi. Również rozmieszczenie szpitali w województwie pomorskiem uznać należy za korzystne, gdyż zakłady lecznicze rozsiane są dosyć równomiernie na niewielkiej stosunkowo przestrzeni (16387 k. kw.), przytem gęsta sieć linii kolejowych i dobrze utrzymanych szos umożliwia chorym szybkie i wygodne dostanie się do szpitala.

Jeszcze lepiej przedstawia się sprawa szpitalnictwa na Pomorzu pod względem techniczno-budowlanym. Większość szpitali mieści się w pięknych, obszernych, murowanych gmachach, zao-

patrzone jest w urządzenia kanalizacyjne i wodociągowe, posiadają centralne ogrzewanie, instalację elektryczną, mechaniczne pralnie i inne nowoczesne urządzenia gospodarcze. Wiele szpitali posiada większe lub mniejsze ogrody owocowe i warzywne, niekiedy rozległe parki, albo nawet folwarki, na których szpitale prowadzą gospodarkę rolną. I pod względem techniczno-leczniczym ogół szpitali pomorskich stoi na wysokim poziomie. Obszerne, dobrze oświetlone i nowoczesnie urządzone sale operacyjne, aparaty Röntgena, lampy kwarcowe, urządzenia do diatermji — znajdują się w większości tutejszych szpitali. Wreszcie umeblowanie ogólnych sal dla chorych, zwłaszcza oddzielnych pokoiów dla pojedynczych chorych, jest nie tylko dostateczne, ale nosi niejednokrotnie cechy pewnego komfortu.

Jednym słowem, przy powierzchownem wejrzeniu na sprawę szpitalnictwa na Pomorzu można dojść do wniosku, że stan ten jest zupełnie zadawalający i żadnych reform ani ulepszeń nie potrzebuje. Istotnie tak nie jest. Przy bliższem badaniu stosunków szpitalnictwa pomorskiego z łatwością zauważyć można poważne braki, które koniecznie wymagają reformy i gruntownej zmiany. A więc przede wszystkim pod względem techniczno-budowlanym. Pomimo okazałego wyglądu, oraz posiadania kosztownych urządzeń sanitarnych, w wielu gmachach szpitalnych zauważyć można wielkie braki, świadczące o niedostatecznej znajomości życia szpitalnego u ich twórców. Odnosi się nieraz przy zwiedzaniu szpitala wrażenie, że przy sporządzaniu planu danego szpitala lekarz nie był zapytywany o zdanie albo, że się z jego zdaniem przy budowie zupełnie nie liczone. W rezultacie obserwować można nieraz takie dziwolagi, jak umieszczenie sali operacyjnej tuż przy drzwiach wejściowych do szpitala, brak sali opatrunkowej, brak sali do sterylizacji materiałów opatrunkowych, brak sali do przyjmowania i wstępnego badania przybywających do szpitala chorych. Pomimo znacznej nieraz liczby większych i mniejszych pokoi i sal szpitalnych, rozmieszczenie chorych według rodzaju chorób nieraz bardzo jest utrudnione i izolacja chorych zakaźnych od niezakaźnych nieraz jest niedostateczna. Wogóle w niewielu tylko szpitalach zauważyć można ścisły rozdział materiału szpitalnego na oddziały. Wynika to między innymi i z tego prawdopodobnie powodu, że wśród lekarzy tutejszych większość zajmuje się jednocześnie

nie interną, akuszerją, chirurgją i wogóle wszystkimi działami medycyny, nie razi ich przeto pomieszanie na jednej sali rozmaitego rodzaju chorych. Niektóre rodzaje chorych w szpitalach pomorskich znajdują się w szczególnie niekorzystnych warunkach rozmieszczenia; mam tu na myśli brak w wielu szpitalach specjalnych oddziałów położniczych, dziecięcych i wenerycznych. Zaznaczyć w tem miejscu należy, że na całym Pomorzu znajduje się jeden tylko zakład leczniczy, przeznaczony do leczenia chorych wenerycznych, mianowicie Zakład Dobrego Pasterza w Toruniu. Niestety szpital ten przeznaczony jest jedynie dla kobiet, mężczyźni zaś tułają się po wszystkich innych szpitalach w województwie, gdzie są leczeni nie przez specjalistów, ale przez t. zw. lekarzy praktycznych, t. j. lekarzy ogólnych.

Drugim i bodaj najważniejszym brakiem szpitali pomorskich jest niewłaściwe stanowisko, które zajmuje w nich lekarz. Mówiąc krótko lekarz w szpitalach tutejszych zajmuje stanowisko fachowca, wprawdzie niezbędnego do badania chorych, przepisywania im lekarstw i robienia operacji, opatrunków czy innych zabiegów leczniczych, ale na administrację szpitala, na stronę gospodarczą, na bieg codziennego życia wewnętrznego nie wywiera on przeważnie należnego, a niekiedy żadnego wpływu. Zazwyczaj nie reprezentuje on nawet szpitala nazewnątrz, ale wyręczają go w tem inne czynniki, mianowicie właściciele szpitala. Szpitale bowiem na Pomorzu dzielą się na komunalne (17), t. j. należące do związków samorządowych miejskich, powiatowych czy wojewódzkiego, oraz na takie, które należą do różnych kongregacji religijnych (19) przeważnie katolickich, ale również ewangelickich. Można bez przesady powiedzieć, że jedynie w należących do Starostwa Krajowego Pomorskiego zakładach psychiatrycznych lekarz naczelny — dyrektor zakładu — jest istotnym kierownikiem szpitala, odpowiedzialnym za całość życia szpitalnego i istotnym zwierzchnikiem całego personelu szpitalnego, tak lekarskiego, jak administracyjnego. Już w szpitalach, należących do związków samorządowych powiatowych i miejskich, jest, a przynajmniej było do niedawna, o wiele gorzej. Zazwyczaj powierza się lekarzowi dziedzinę czysto lekarską, a sprawami gospodarczemi i administracyjnemi zajmuje się personel administracyjny (przeważnie zakonnice) pod bezpośrednim kierunkiem Wydziału Powiatowego,

Magistratu danego miasta, z pominięciem lekarzy. W szpitalach kongregacyjnych to ograniczenie lekarza do roli fachowego pracownika, pozbawionego wszelkiego wpływu na ogólną administrację szpitala, jest zupełne. Z tym stanem rzeczy lekarze godzą się bez protestu, uważając go za naturalny i poniekąd dla siebie za korzystny. Wynika to z pewnych szczególnych warunków, panujących do niedawna powszechnie w szpitalnictwie pomorskiem, a nawet w całym b. zaborze pruskim. Oto szpitale za pewną stałą opłatą dawały chorym tylko mieszkanie, życie i zwykłą opiekę pielęgniarzką. Wszystko zaś, co wchodzi w zakres leczenia, a więc badanie lekarskie, operacje, opatrunki, lekarstwa, zabiegi fizykalne, nawet zwykłe kąpiele musiał chory opłacać oddzielnie. Lekarze więc szpitalni, pobierając od właścicieli szpitala bardzo niskie miesięczne wynagrodzenie, albo nawet nie pobierając żadnego stałego wynagrodzenia, przywykli patrzeć na chorych szpitalnych zupełnie tak samo, jak na swoich prywatnych pacjentów, z tą tylko różnicą, że odwiedzali ich nie w ich mieszkaniach prywatnych, ale w szpitalu. Rzeczą jest zrozumiałą, że szpitale, prowadzone na powyższych zasadach, tracą zupełnie charakter charytatywny, który niewątpliwie tkwić winien w podstawach tych instytucyj, powstałych pod hasłem miłości bliźniego i współczucia dla ludzkiej niedoli. Prawda, że oddawna w tej dzielnicy istniejące instytucje ubezpieczeń społecznych, ogarniające liczne rzesze ludności, łagodzą dla poszczególnych pacjentów ciężar wydatków leczenia szpitalnego, ale nadmierne koszty tego leczenia niewątpliwie wpływały na instytucje ubezpieczeń w kierunku ograniczania korzystania ze szpitala przez ubezpieczonych i wywołują za targi między temi instytucjami, a właścicielami szpitali. A dla części wieka niezamożnego, nie będącego jednak członkiem żadnej instytucji ubezpieczeniowej, leczenie w szpitalu staje się rzeczą niedostępną. To odsunięcie lekarza od wewnętrznego życia szpitalnego idzie nieraz tak daleko, że przyjmowanie nowych chorych do szpitala odbywa się często bez żadnego udziału lekarza szpitalnego i samo przyjęcie chorego do szpitala nie tyle jest zależne od stanu jego zdrowia, ile od posiadania zaświadczeń, gwarantujących szpitalowi zapłatę kosztów należnych za leczenie.

W związku z niewłaściwym pojmowaniem roli stanowiska lekarza szpitalnego postawić należy inne jeszcze ujemne

zjawisko: zbyt małą liczbę lekarzy zatrudnionych w szpitalach. Obecnie w niektórych szpitalach na Pomorzu pracuje jeden tylko lekarz, w innych dwu lekarzy (chirurg i internista), rzadko kiedy więcej. Dzięki temu, że na jednego lekarza przypada nadmierna liczba łóżek szpitalnych, nie jest on w możności w swej pracy szpitalnej wyjść poza obręb tych metod rozpoznawania chorób i leczenia, jakie bywają stosowane w zwykłej praktyce prywatnej. Na sporządzanie dokładnych historyj chorób, stosowanie więcej skomplikowanych metod rozpoznawczych, na wyzyskanie materiału szpitalnego do celów naukowych niema czasu. A przy wyżej naszkicowanym systemie wynagradzania lekarzy szpitalnych za ich pracę, systemie, który nazwałbym jednostkowym, nie ryczałtowym, lekarze szpitalni nie widzą dla siebie korzyści w szerokim otwarciu bram szpitalnych celem ułatwienia dopływu do szpitali świeżych sił lekarskich i wprowadzenia racjonalnego podziału pracy. Dzięki temu szpitale tutejsze nie odgrywają tej roli, jaką odgrywać powinny, t. j. nie są one ogniskami nauki lekarskiej, dokąd lekarz praktyk mógłby skierować zawilsze pod względem rozpoznawczym przypadki, a w których lekarze młodzi mogliby przy boku i pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów dopełniać braki swego wykształcenia uniwersyteckiego i wyrabiać się na zdolnych praktyków. Instytucja bezpłatnych asystentów szpitalnych przeważnie nie jest tu znana.

Oto pobieżna charakterystyka szpitali województwa pomorskiego. Zaznaczyć jednak trzeba, że w ostatnich czasach stosunki, pod niektórymi przynajmniej względami, zmieniają się na lepsze. Należy się spodziewać, że systematyczne wprowadzanie w życie zasad, zawartych w wydanem w roku bieżącym rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych, wpłynie skutecznie na postawienie szpitalnictwa w tem województwie na należytych poziomie.

Antoni Mackiewicz.

Sanitarno - lekarski nadzór nad mięsem.

Chemiczny skład mięsa jest następujący: a) woda, przeciętnie 70 — 78%, b) związki azotowe do 20%, a więc różne ciała białkowe, jak albumina, globulina, barwnik krwi, nukleina, oraz substancje wyciągowe, jak kreatyna do 0,28%, lecytyna i inne, c) tłuszcze od 0,5 — 5,5%, d) substancje bezazotowe w postaci różnych kwasów, jak mlekowego, śladów masłowego, mrówkowego, octowego i innych, dalej: sole, gazy, lotne połączenia siarki, wreszcie witaminy, hormony i barwnik mięsny, t. j. myoglobina podobna do hemoglobiny.

Jakość mięsa zależy od wieku, stanu odżywiania, rodzaju żywienia, rasy. Zwierzęta tuczone, trzymane w spokoju, dają mięso delikatne, smaczne i tłuste.

Najpożądane jest mięso sztuk średnio utuczonych, zawiera ono największą ilość białka. Zwierzęta ras opasowych lepiej i szybciej tuczą się, bydło rogate tych ras po dwóch latach już jest dojrzałe, gdy inne rasy w tym wieku dają mięso dość mdłe. Mięso bydła starego jest twarde, barwy jasno - czerwonej często o zapachu nieprzyjemnym. Mięso buhaja ma konsystencję twardą, barwę ciemno - czerwoną, posiada wstrętny zapach narządów rodnych, mięso wołów roboczych jest twarde, grubowłókniste, barwy ciemno - brunatnej.

Mięso cieląt jest delikatne, cienko - włókniste.

Mięso cieląt niedojrzałych 7 — 10 dni po urodzeniu jest fiałkowe, barwy blado - szarej, zwykle zabrania się je konsumować.

Mięso owcze jest cienko - włókniste, dość twarde, barwy jasno lub ceglasto - czerwonej.

Mięso kozie posiada swoisty nieprzyjemny zapach.

Mięso wieprzowe jest cienko - włókniste, barwy blado lub różowo - czerwonej, mięso świń starszych jest grubo - włókniste, mięso starszych knurów ma nieprzyjemną woń moczu, która znika po ochłodzeniu mięsa.

Mięso końskie jest twarde, barwy ciemno - czerwonej, tłuszcz również jest twardy. Zapach słodkawy.

Mięso drobiu jest bardziej delikatne niż zwierząt. Niewłaściwe karmienie drobiu nadaje mu nieprzyjemny zapach oleisty, gorzki

zapach ryb. Procent tłuszczu w mięsie drobiu waha się od 1 (gołąb) do 45 (tuczona gęś).

Mięso ryb jest przeważnie białe, lekkostrawne, procent tłuszczu—od 0,6 (szczupak) do 28 i wyżej (węgorz rzeczny).

Odczyn mięśni po uboju zwierzęcia jest słabo zasadowy, a w kilka godzin, przy temperaturze cieplej nawet po 1½ — 2 godzinach, już kwaśny. W mięsie zwierząt bitych, dotkniętych chorobami gorączkowymi, a zwłaszcza posocznicą i ropnicą odczyn kwaśny może wcale nie wystąpić. Zasadowy odczyn mięsa świeżego jest podejrzany, jako wskazujący na rzeź z konieczności lub świadczący o rozpoczynającym się procesie gnilnym.

W 5 — 6 godzin po uboju rozpoczyna się proces stężenia mięśni zwierząt zdrowych; mięso zwierząt wychudzonych i anemicznych nie ulega pełnemu stężeniu. Stężanie mięśni trwa 2—3 dni, zimową porą dłużej, poczem wskutek nadmiaru kwasu mlekowego miosyna rozpuszcza się w 0,5% roztworze tego kwasu), oraz procesu dojrzewania, ustępuje. Mięso w stanie zupełnie świeżym lub w stanie stężenia jest twarde nawet po długotrwałem gotowaniu.

Dojrzewanie mięsa jest procesem chemicznym, polegającym na rozszczepieniu (hydrolizie) białka pod wpływem działania wywołanych przez komórki zaczynów (fermentów). Z mięsa świeżego, lub będącego w stanie stężenia, można wycisnąć tylko bardzo małą ilość płynu mięsnego, natomiast z dojrzałego, począwszy od 3 dnia po uboju, tego płynu już przy nieznacznem nawet ściśnięciu można wydostać o wiele więcej. Jest to woda i rozpuszczone białko mięsne, pozatem kreatyna. Im dłużej mięso rzebywa w niskiej temperaturze, tem jest bardziej kruche, bardziej delikatne. Sztucznie przyspiesza się proces dojrzewania przez oddanie mięsa działaniu octu lub mleka kwaśnego.

Przy procesie gnilnym oznaki zewnętrzne są prawie takie same, jak u mięsa dojrzałego, tylko w pierwszym wypadku mięso wykazuje odczyn zasadowy i obecność swoistych drobnoustrojów.

We wszystkich prawie państwach europejskich, z pewnem strzeżeniem co do Angli i Włoch z mocarstw wielkich, oraz kilku państw mniejszych, higiena mięsa w ostatnich dziesiątkach lat ulegała należnemu zrozumieniu u władz państwowych i komunalnych, które wydały i wprowadziły w wykonanie ustawy, regulujące ubój zwierząt rzeźnych, kontrolę mięsa i produktów mięsnych.

Pierwszeństwo pod tym względem słusznie należy się Niemcom, Szwajcarii, państwu północno-europejskim i Francji.

Wychodząc z założenia szkodliwości nieodpowiedniego mięsa dla zdrowia ludzkiego badanie jego przeprowadza się w Niemczech z największą dokładnością w rzeźniach, a przy pewnych niewyraźnych objawach chorobowych i w pracowniach bakterjologicznych.

Badaniom bakterjologicznym podlegają również wyroki z mięsa, głównie celem wykrycia w nich zafałszowań. Nietylko publiczne, ale małe rzeźnie prywatne posiadają w Niemczech do brze urządzoną kanalizację i chłodnię, są zaopatrzone w maszyny do oziębiania powietrza.

W Szwajcarii oględzinom podlegają także ryby, dziczyzna i drób.

Coraz większe przywiązuje się tam znaczenie do badań bakterjologicznych. Przy stemplowaniu uwzględnia się jakoś mięso.

We Francji mięso sprowadzane do miast, pochodzące z rzeźni publicznych i prywatnych, musi być zaopatrzone świadectwem zdrowia, wydanem przez lekarza weterynaryjnego obecnego przy uboju zwierzęcia, oraz uwidocznionem pieczęcią. Wola się od zaświadczeń poszczególne ćwiartki mięsa, o ile płuca przylegają do ćwiartki przedniej, a nerki do tylnej, oraz gdy opłuc i otrzewna są nienaruszone.

W Holandji ustawa nakazuje powszechny obowiązek oględzin mięsa także zwierząt bitych po domach dla celów prywatnych. W innych państwach higiena mięsa mniej jest uregulowana.

W Polsce obowiązują dotychczas we wszystkich dzielnicach ustawy i rozporządzenia b. państw zaborczych. W zaborze austriackim wieprzowina nie jest badana na włośnię. Obecnie opracowywane są przez Departament Weterynaryjny Ministerstwa Rolnictwa przepisy wykonawcze do nowej ustawy o oględzinach mięsa, która została wydana drogą dekretu p. Prezydenta.

Nie był jednak projekt tej ustawy dobrze przemyślany, a zaplanowane poprawki przez kompetentne koła weterynaryjne, które projekt do opinii przesłano, przeważnie nie zostały uwzględnione.

W ustawie razi przede wszystkim prawo dokonywania oględzin mięsa w rzeźniach, nadane „badaczom“ o charakterze urzędowym po 2 do 6 tygodni przygotowania, a badaczami tymi mogą ludzie umiejący zaledwie czytać i pisać.

W przepisach wykonawczych projektuje się odebranie prawa powtórnych badań mięsa, dostarczanego wielkim miastom i rzeźni prowincjonalnych, w których badanie to pozostawia wiele do życzenia i wskutek braku lekarzy weterynaryjnych wskutek braku pracowni rozpoznawczych.

Jak konieczne są powtórne oględziny i badania, świadczą wymownie cyfry, wzięte ze stacji oględzin mięsa przywozowego pracowni rozpoznawczej przy rzeźniach warszawskich.

Otóż w roku 1928 za czas od 1. IV. do 1. X w mięsie przywozowym stwierdzono gruźlicę w 203 wypadkach, nosaciznę w 79, parazytury w 6, włośnię w 21, wągry w 73, motylicę w 223, białowce w 18, inne schorzenia w 175, wyporki w 59 wypadkach. W 240 wypadkach mięso z powodu rozkładu trzeba było zniszczyć.

Mięsoznawstwo i higiena mięsa mogą być wysoko postawione i rozwinięte tylko w krajach, gdzie są dobrze urządzone rzeźnie publiczne, względnie prywatne o charakterze publicznym. Korzyści z rzeźni mamy następujące:

- 1) *sanitarno - higieniczne*. Wykrywa się tu szereg chorób szkodliwych dla zdrowia człowieka. Główne z tych chorób: gruźlica, pryszczycyca (aphta epizootica), w przebiegu której może się rozwinąć posocznica i ropnica, następnie wścieklizna, zakażenie parazytury (prątki parazytury B. Gaertnera), różycyca świń, posokowato-ropne zakażenia krwi, wąglik, nosacizna koni; pozatem unika się zanieczyszczenia ziemi, wody i powietrza przez odpadki rzeźne, a więc w pewnej mierze zapobiega się szerzeniu chorób zakaźnych;
- 2) *korzyści weterynaryjno-policyjne* polegają na możliwości wykrycia w wielu przypadkach źródła choroby zakaźnej (epizotyji), jak gruźlicy, pryszczycy, wąglika, szeleśtnicy, róży, pomoru świń i wielu innych;
- 3) *korzyści ekonomiczne* dla gmin, które przeważnie są właścicielami tych dobrze rentujących się przedsiębiorstw;
- 4) *korzyści naukowe*, wypływające z różnorodnego materiału anatomo-patologicznego.

Oględziny bydła rzeźnego.

W rzeźniach przed ubojem dokonywują się oględziny bydła rzeźnego, które mają na celu wyeliminowanie i niedopuszczenie do

uboju sztuk dotkniętych chorobami zakaźnymi, bowiem mogą s
niemi zakazić osoby zajęte w rzeźni i konsumenci. Oględziny prze
ubojem pomagają również bardzo często w stwierdzeniu ropno-posl
kowych zakażeń krwi, wywołanych zatruwaczami mięsa. Mamy wte
czasciężkie objawy chorobowe za życia i nieznaczne zmiany anat
mo-patologiczne, które mogą ująć uwagi lekarza weterynaryjnego
przy pośmiertnych oględzinach mięsa i narządów zwierzęci
W wykryciu początkowych procesów różnych zakażeń dużo p
maga ciepłomierz, który zawsze winien być stosowany przed ub
jem u zwierząt rzeźnych.

Praktycznie badanie zabitego w rzeźni zwierzęcia polega
ogłędzinach i zbadaniu szkieletu — (stopień stężenia, spoisto
barwa). Nacina się massetery (żwacze) u bydła i mięśnie łą
wiowe, udowe u nierogacizny (m. m. psoas) celem zbadania
obecność wągrów.

U nierogacizny bierze się próbki z obu nówek przeponowy
a czasem z mięśni języka i krtani celem zbadania na włóści
(trychiny).

Bardzo ważne znaczenie ma badanie gruczołów chłonnej
zwłaszcza na gruźlicę, która, jak wiadomo, szerzy się prze
wszystkiem drogą naczyń chłonnych.

Badanie płuc ma na celu wykrycie ognisk zapalnych, r
nych, pasożytniczych. Wykrywa się procesy gruźlicze, nosaciz
we (malleus) u koni i innych. Zwraca się szczególną uwagę na g
czoły chłonne oskrzelowe i śródpiersiowe.

Badanie serca ma szczególne znaczenie przy oględzin
mięsa zwierząt zabitych z konieczności podczas nieobecności le
rza weterynaryjnego. Należy zbadać osierdzie, oraz zawart
komór i przedsionków mięśnia sercowego. Serca nierogaci
bada się na obecność wągrów,

Przy badaniu wątroby zwraca się uwagę na kolor, spoist
zawartość dużych przewodów żółciowych. W Warszawie w
przeszło procentach wątrób znajdujemy motylicę (distoma he
ticum); jest to robak żyjący w przewodach żółciowych, nies
dliwy zresztą dla zdrowia ludzkiego.

Ze względu na choroby zakaźne miarodajne są oględ
i badania śledziona, jej barwy, wymiarów, spoistości.

Nerki bada się na spoistość, zwraca się uwagę na kolor. Ciemno-brunatny kolor wskazuje na zastój krwi, zielonawy na proces gnilny, jasny na zwyrodnienie szkrobiowate lub wodonercze.

Język ogląda się na wągry.

Ogłędziny jelit, żołądka, narządów rodnych mają również swoje znaczenie, gdyż niektóre chorobowe procesy najłatwiej rozpoznać nie dają po zmianach w jelitach właśnie.

Przy ujawnieniu zakaźnych procesów chorobowych w jednym narządzie, poddają się bardziej szczegółowemu badaniu inne narządy, na które w normalnym trybie ogłędzin nie zwraca się tak cisłej uwagi.

Wreszcie w przypadkach podejrzanych, zwłaszcza co do mięsa, pochodzącego od sztuk zabitych z konieczności przy gwałtownych objawach chorobowych, nie dających się ściśle określić za życia, lub przy niewyraźnych zmianach anatomo-patologicznych po uboju, zachodzi konieczna potrzeba przeprowadzenia badań bakteriologicznych. Wykrywa się tą drogą drobnoustroje jadowite dla ludzi i zwierząt, jak bakterje wąglika, paraduru, prątki Gaertnera, ropno-posokowe, — wtedy mięso trzeba zniszczyć. Z drugiej strony badania kliniczne i anatomo-patologiczne, wzbudzające podejrzenie na powyższe i inne procesy chorobowe mogą być wyjaśnione przez badanie bakteriologiczne i negatywnie, co daje możliwość zakwalifikowania mięsa, jako nieszkodliwego dla zdrowia ludzkiego.

W Niemczech w r. 1920 zbadano bakteriologicznie w 54 rzeźniach oraz 22 zakładach bakteriologicznych 4313 sztuk, doznętych posocznicą. Okazało się, że tylko 125 sztuk (2,9%) było zakażonych zatruwaczami mięsa, 17,4% drobnoustrojami niespecyficznymi, w 58,9% mięso było jałowe, a w 20% było zakażone tylko nieznaczną ilością drobnoustrojów niespecyficznych.

A zatem 3439 (79,7%) badanych sztuk uznano na podstawie badania bakteriologicznego, jako nieszkodliwe dla zdrowia ludzkiego. Mięsa tych sztuk nie dopuszczonoby do spożycia ludzkiego, gdyby przy ocenie uwzględniono tylko zmiany chorobowe.

Badania mięsa podejrzanego w pracowni bakteriologicznej, powstałej przy rzeźniach warszawskich, wykazały w przeciągu miesiący do dnia 1 września roku 1928 między innymi 40 przypadków paradurów, 205 posocznicy, 3 l. Gaertnera, 23 przepo-

jenia bakterjami gnilnymi, 31 różycy świń, 7 pasterellozy świń
czyli że ujawnione zostały zarazki bynajmniej nie obojętne dla
organizmu ludzkiego.

Zbadane mięso w 370 przypadkach zostało uznane za nie
zdatne do użytku, w 24 przekazane do taniej jatki, jako warunko
wo zdatne i w 331 przypadkach wypuszczono je jako nieszkodliw
dla zdrowia ludzkiego.

Niezbędne jest również badanie chemiczne mięsa ze wzglę
du na fałszowanie go. Właściwie praktykuje się fałszowanie
nie mięsa samego jako takiego, a wyrobów mięsnych przez do
dawanie do mięsa wieprzowego i wołowego mięsa końskiego
psiego, jako mniej wartościowego i tańszego lub wzbudzająceg
pewien wstręt, dodaje się również tłuszcze innych zwierząt, go
sze pod względem odżywczym. Przez dodanie substancyj kl
istych do mięsa rozdrobionego wiąże się znacznie większą ilo
wody, niż wymaga tego normalny wyrób kiełbas; w tym celu d
daje się również mąkę, suszoną bułkę, co wykryć można drog
badań drobnowidowych i chemicznych. Wreszcie fałszerze d
dają różne środki chemiczne jak to: kwas borny, siarkowy, s
licylowy, różne barwiki celem zakonserwowania wyrobów mi
snych. Środki te nie są obojętne dla zdrowia ludzkiego, jał
trujące, albo też nadają one wyrobom ulegającym już psuciu w
gląd świeży. Jeżeli się zważy, że mięso jest podstawowym pr
duktem spożywczym, że sama Warszawa spożywa go rocznie
35 do 40 milionów kilogramów, czyli do 100 gr. przeciętnie
osobę dziennie, to staje się jasnym, jak wielką należy zwrac
uwagę na higienę mięsa, zwłaszcza u nas w Polsce, gdzie ha
dlarze starają się często uniknąć kontroli weterynaryjno-sanitarn
Statystyka rzeźni warszawskich w roku ubiegłym wykazała,
bydła chorego na samą gruźlicę było 11,22%, włośnicę (trychinos
u świń ujawniono u 431 sztuk (0,31%), węgry u świń, (tasiem
u ludzi) 1,06%

Zatrzymano w r. 1928 do dnia 1/IX 811 transportów mię
szmugłowanego, t. j. nie poddanego kontroli weterynaryj
w ogólnej ilości 54.383 klgr., sądzić należy, że co najmniej 10 ra
tyle mięsa uniknęło tej kontroli.

Dr. B. Salak

Stan sanitarny Niemiec.

Z podróży naukowej

Ujęcie prawne akcji sanitarnej w Niemczech.

Legislatywie Rzeszy Niemieckiej zostały zastrzeżone (11.8 1919) prawa zdrowia, polityki ludnościowej, opiekuńcze, ochrona pracy, nadzór nad żywnością. Rzesza korzystając z uprawnień, regulowała prawnie szczepienia, zwalczanie chorób zakaźnych, epidemij zwierzęcych i odzwierzęcych, chorób wenerycznych, ubezpieczenia społeczne (przeciw wypadkom starości, znieдоłęźnieniu), nadzór nad żywnością, opiekę nad młodzieżą i t. p. Uregulowano również ochronę pracy, oraz od 1.X 1927 ubezpieczenie przeciw zbrodociu.

Dopóki Rzesza nie korzysta ze swoich uprawnień i nie wyda żadnych ustaw, może poszczególną sprawę uregulować na własnym terenie samo państwo, wchodzące w skład Rzeszy.

Wprowadzenie ustaw Rzeszy w wykonanie, wydanie przez rząd Rzeszy przepisów wykonawczych, wymaga uzgodnienia z Radą Rzeszy (Reichsrat), czyli przedstawicielstwem poszczególnych państw.

Wykonanie ustaw Rzeszy nie należy wogóle do Rządu Rzeszy (który zresztą nie posiada, ani urzędów, ani urzędników poszczególnych krajach), lecz do rządów państw związkowych; tedy, o ile to jest konieczne, Rząd Rzeszy jedynie ustala linie tytyczne w drodze uzgodnienia z poszczególnymi rządami.

Sprawy zdrowia i opieki społecznej należą w Niemczech do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i do Ministerstwa Pracy. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych załatwia sprawy zdrowia, polityki sanitarnej, statystyki lekarskiej, chorób zakaźnych, opieki zdrowotnej, higieny szkolnej, polityki ludnościowej, higieny rasy, kontroli żywności, aptek, umysłowo chorych, kanalizacji. Do Ministerstwa Pracy należą ubezpieczenia społeczne, ochrona pracy, higiena zawodowa, pośrednictwo pracy, sprawy wyboru zawodu,

opieka nad bezrobotnymi, opieka społeczna, sprawy mieszkań i osiedli, renty i emerytury inwalidów, wdów i sierot wojennych.

Podobny podział władz istnieje w państwach należących do Rzeszy. Właściwą wykonawczą pracą na polu zdrowia i opieki społecznej należy do prowincyj, powiatów i gmin, którym wybi nie pomagają prywatne organizacje dobroczynne.

Do władz zajmujących się sprawami zdrowia i opieki społecznej są przydzielone albo fachowe wydziały, albo lekarze urzędowi, wreszcie komisje biegłych (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych posiada swój Urząd Służby Zdrowia—Reichsgesundheitsamt, Ministerstwo Pracy Oddział Lekarski—Medizinalabteilung). W poszczególnych państwach, oraz wielkich miastach Urzędy Służby Zdrowia są przeważnie zespolone z urzędami opieki społecznej w ścisłą całość. Na czele tych urzędów są lekarze, poświęcają w większości wypadków całkowicie swój czas urzędowaniu.

Podstawową placówką sanitarną w Niemczech jest Państwowy Urząd Zdrowia w Min. Spraw Wewnętrznych; tu tworzy się projekty ustaw i przepisy wykonawcze przy współdziałaniu Państwowej Rady Zdrowia złożonej ze 140 fachowców. Państwowy Urząd Zdrowia, prócz tego, jest światowej sławy instytutem badawczym (tu dokonano odkrycia prątków Kocha, cholery, błonicy, kiły). Urząd ten dzieli się na 4 oddziały: chemiczno-higieniczny, lekarski, weterynaryjny, bakterjologiczny, posiada personel złożony z 250 osób.

Urzędy Zdrowia zrzeszonych państw, oraz miast mają również jednokrotnie własne pracownie, które pracują również naukowo i opinują oczywiście w znacznie mniejszych rozmiarach, korzystając w miarę potrzeby z badań innych instytutów, np. uniwersyteckich. Niektóre kraje utrzymują instytuty do specjalnych zadań (szczepień, kontroli żywności, bakterjologii), np. Instytut do chorób zakaźnych Roberta Kocha w Berlinie, Pruski Zakład Higieny wody, gleby i powietrza w Berlinie, Instytut chorób zakaźnych i okrętowych w Hamburgu.

Pomimo rozwiniętego ustawodawstwa w zakresie opieki społecznej Niemcy nie mają dotąd ustawy przeciwgruźliczej. Dotychczasowa czynność prywatna w sprawach zdrowia i opieki społecznej zawsze idzie w parze z władzami. Również różne władze Rzeszy oraz zrzeszonych państw niejednokrotnie zajmują się tą sprawą. Na potrzebę scalenia spraw zdrowia i opieki społecznej

sami Niemcy wskazują i do niej dążą — jednak nie przez władze centralne, lecz drogą łączenia w jedną całość agend w krajach i gminach w miarę dojrzewających potrzeb; taką wzorową wspólnotę (Arbeitsgemeinschaft) utworzono w Zagłębiu Ruhry. Również, aby uniknąć sporów kompetencyjnych, przekazano w Bawarii lekarzom powiatowym prowadzenie sanitarnych spraw miejskich.

Obecny stan sanitarny wogóle.

Na polu zdrowotności i opieki społecznej Niemcy już przed wojną przodowały. Wojna, głód, gwałtowne zmiany gospodarcze jednej strony powstrzymały rozwój placówek sanitarno-opiekuńczych, z drugiej — zwiększyły ich potrzebę. Stale postępujący spadek śmiertelności osesków, oraz z gruźlicy został wskutek wojny zahamowany, aby w 1918 roku ulec poprawie i powoli wracać do norm przedwojennych pomimo bezgranicznego zubożenia szerokich warstw, pomimo złych warunków mieszkaniowych. Nie będzie przesadą twierdzenie, że poprawę zawdzięczają Niemcy przede wszystkim trosce swoich władz o zdrowie i opiekę zdrowotną nad ludnością.

Opieka nad biednymi nie polega w Niemczech na pomocy pieniężnej, lecz na możliwym usunięciu przyczyn nędzy; nietylko oseska otacza się opieką konieczną, lecz już ciężarnej daje się pomoc i wskazówki; wspiera się nietylko chorego na gruźlicę, lecz i zdrowe otoczenie ochrania się przed zarażeniem; kalek kieruje się pod nadzów możliwie wcześniej celem leczenia i szkolenia; tak samo postępuje się ze ślepcami, głuchoniemymi.

Opieka nad młodzieżą jako punkt wyjścia dla całej opieki społecznej.

Opieka społeczna dąży w miarę możliwości do zapobiegania nietylko osesce (Fürsorge, ile Vorsorge), jest możliwie wczesna, zaczyna się w jak najmłodszych latach (Jugendfürsorge). Przewodnią myślą państwowej ustawy w sprawie tej opieki (Reichsgesetz f. Jugendwohlfahrt z mocą od I.IV. 1924, oraz Fürsorgepflichtverordnung 4. XII. 1924) w Niemczech jest prawo do wychowania cielesnego, umysłowego oraz społecznego każdego dziecka, co przeprowadza opieka społeczna, o ile rodzice, oraz prywatna dobroczynność nie mogą temu podołać. Ustawa ta zapewnia młodzieży zaspokojenie ko-

niecznych potrzeb życiowych, szkolenie zawodowe, oraz opiekę w czasie choroby. Celem opieki jest przygotowanie do samodzielnego życia, zwłaszcza opieka zdrowotna musi na czas wkraczać, pomagać i chronić, aby zachować zdrowie i siły do pracy, aby uniemożliwić rozwój zaburzeń cielesnych i psychicznych, aby dobrze przygotować do zajęć zarobkowych (zwłaszcza otaczać opieką ozdrowieńców, ciężarne i położnice, ślepych, głuchoniemych, kaleki). Opieka publiczna należy do Urzędów opieki nad młodzieżą (państwowych, krajowych, powiatowych, gminnych, związkowych, celowych). Każde państwo musi mieć krajowy związek do spraw opieki nad młodzieżą. W Urzędzie opieki nad młodzieżą, prócz urzędników, muszą pracować również społecznicy z pośród wszystkich warstw ludności (wolne związki opieki nad młodzieżą mają prawo do 2/5 miejsc nieurzędowych członków instytucji). Ustawy wyraźnie popiera wolne związki opieki nad młodzieżą, broni ich samodzielności, zachęca do współpracy z władzami i wogóle usiłuje wprowadzić planowe współdziałanie wszystkich publicznych oraz prywatnych czynników i instytucji, zajmujących się tą sprawą. Urzędy opieki nad młodzieżą, prócz prowadzenia zwykłej opieki znanej dobrze i u nas, obowiązane są popierać i tworzyć różnego rodzaju urządzenia i zakłady: poradnie dla młodzieży, ochronę ciężarnej i położnicy, oseska, małego dziecka, dziecka szkolnego, oraz młodzieży po wyjściu ze szkół.

Urzędy zdrowia i opieki społecznej.

Wyliczone zadania zdrowotne przeszły prawie wszędzie do Urzędów Zdrowia, które również zajęły się opieką zdrowotną nad dorosłymi z innych racyj lekarskich, oraz prawnych (są to więc urzędy nietylko do spraw zdrowia i policji sanitarnej, jak to jest w Polsce, lecz i centralne wszelkich spraw zdrowotnych i zdrowotno - opiekuńczych). Urząd Zdrowia w większym środowisku dzieli się na szereg oddziałów: zdrowia, policji sanitarnej, opieki zdrowotnej nad matką, oseska, dzieckiem szkolnym, kaleką, opieki przeciwgruźliczej, przeciw jagliczej, psychiatrycznej, sportowej, poradni małżeńskiej i t. d. (takich poradni mają Niemcy przeszło 100). Na czele Urzędu Zdrowia stoi niemal bez wyjątku lekarz (lekarz opieki społecznej) jedynie w Norymberdze równorzędnie z lekarzem jest prawnik (do spraw technicznych i prawnych). Do Urzędu Zdrowia pr

dzielone są wszędzie odpowiednio wykształcone higienistki (Fürsorgerinnen). Przydział higienistek albo zależy od specjalności opieki nad oseskiem, przeciwgruźliczej i t. d.), albo jest rejonowy niezależnie od specjalności). W większych miastach higienistka rejonowa obsługuje przeciętnie 10-12000 mieszkańców i powoli wypiera higienistkę-specjalistkę; rejonowa ma możność poznać dokładniej sposunki społeczne rodziny i sprawy zdrowotne poszczególnych członków. Wreszcie cała opieka społeczna zdobywa dzięki tej samej higienistce wielkie zaufanie ludności, czego czynić nie może higienistka-specjalistka podczas odwiedzin raz za kilka miesięcy. Higienistka rejonowa (Familienfürsorgerin) znajduje osoby, wymagające opieki, donosi o nich do właściwych oddziałów Urzędów Zdrowia, otrzymuje tam sama konieczne instrukcje i dalej albo sama troszczy się o wprowadzenie ich w wykonanie, albo wkraczają na czas inne czynniki — lecznicze, wychowawcze, opiekuńcze. Z Urzędami Zdrowia i z racji obowiązków meldunkowego i poczucia potrzeby współdziałania idą ręką w rękę nauczyciele, lekarze, położne i t. d., ułatwiając wskazując higienistkom ich pilne zadania, sprawia wrażenie, że rzędy Zdrowia i Opieki społecznej gruntownie spełniają swoje obowiązki, wkraczają wszędzie w miarę potrzeby i przy pomocy słowych urzędzeń osiągają pomyślne skutki. Tak prowadzone rzędy Zdrowia odpowiadają w zupełności koncepcji naszych modeli tworzonych Ośrodków Zdrowia; mają jednak tę wyższość nad Ośrodkami, że są wpływem ścisłego zespolenia spraw zdrowia i opieki społecznej, oraz mają niezwykle mocne oparcie w ustawodawstwie, wreszcie w koordynacji wszelkich sił opiekuńczych.

Opieka społeczna wogóle.

Opieka społeczna dzieli się na otwartą, półotwartą i zamkniętą. Podczas opieki otwartej pacjent pozostaje w domu pod nadzorem higienistki, jedynie zgłasza się w miarę potrzeby do sąsiedniej poradni albo lecznicy.

Do półotwartej opieki należą zakłady tylko w dzień czynne: szpitalki, półkolonie, przytułki dzienne i t. p. Zakładowa opieka należy do przytułków dla osesków, kalek, ślepych, głuchoniemych, niepełnosprawnych i t. p. Koszt opieki nad młodzieżą w myśl ustawy

pokrywa w 1/3 Urząd opieki nad młodzieżą, resztę Urząd Ubezpieczeń, rodzice albo fundusz ubogich. Wielką rolę odgrywają w opiece zdrowotnej prywatne instytucje dobroczynne i użyteczności publicznej (powstała nawet Niemiecka Liga prywatnych dobroczynnych organizacyj). Przewodzącą rolę spełniają w tej akcji instytucje ubezpieczeń społecznych (Kasy Chorych, Związki Zawodowe, Ubezpieczalnie Krajowe). Przykładem celowej współpracy może być Związek publicznej i prywatnej opieki, oraz ubezpieczeń w Norymberdze i Komunalne Zjednoczenie do spraw opieki nad zdrowiem w okręgu przemysłowym reńsko-westfalskim gdzie są zjednoczone 34 starostwa grodzkie, 24 starostwa powiatowe, oraz 7 innych związków.

Centralne organizacje opieki społecznej zajmują się nie tylko obowiązkową dla nich opieką nad młodzieżą, lecz i dorosłymi (umysłowo chorymi, alkoholikami, wenerycznie chorymi, zwolnionymi z więzienia, bezdomnymi, i t. p.) Saksonja we wszystkich tych dziedzinach przewodzi, obejmuje możliwie całą ludność, bez różnicy wieku.

Opieka nad matką i dzieckiem.

Opieka nad matką i oseskiem jest tu początkiem wszelkiej akcji. Podczas ciąży opieka troszczy się o poprawienie odżywiania matki, dostarczenie na czas położnej i pomocy w czasie porodu, o umieszczenie w zakładzie porodowym, o wyprawkę dla noworodka i t. p.; po porodzie o odżywianie i pielęgnowanie oseska w razie konieczności zaprzestania karmienia, o odżywianie karmiącej, o mamki w szpitalach i ich pokarm dla oseszków (nadmiar zamrożonego pokarmu kobiecego przechowuje się całe w wiadrach w klinice dziecięcej prof. Schlosmana na czas późniejszy, np. na wypadek... strajku mamek!). W większości miast przy zameldowaniu każdego porodu urzędy same niezwłocznie badają potrzebę stosowania opieki. Z opieką są [w związku liczne publiczne i prywatne zakłady porodowe, schroniska dla matek oseszków, małych dzieci, zakłady dzienne i stałe dla małych dzieci szpitale dla dzieci i t. p.

Opieka nad dzieckiem szkolnem.

Opieka lekarska nad dzieckiem szkolnem przeważnie nie należy do szkół, lecz jest włączona do agend Urzędów Zdrowia,

zapewnia jej współpracę i pomoc wszelkich instytucyj opiekuńczych. Zwłaszcza zwraca się uwagę na anomalje fizyczne i psychiczne, oraz na glistnicę. Lekarz szkolny ma do pomocy albo higienistkę szkolną, albo przekazuje dzieci higienistce rejonowej i jej Urzędowi Zdrowia. Oczywiście higiena lokalu szkoły i jej prowadzenia należy również do obowiązków lekarza szkolnego.

Cele opieki nad nienormalnemi.

Opieka nad osobami nienormalnemi dzięki ustawie o piece nad młodzieżą rozwinęła się potężnie i niezwykle ciekawie, oraz wzmogła siły finansowe zakładów opiekuńczych i ich nieraz zbyt-kowną rozbudowę (podnoszą się nawet protesty przeciw nadmier-nemu trwonieniu grosza publicznego). Opieka ta, jako otwarta, działa w stacjach opieki, poradniach i lecznicach specjalnych; jako półzakładowa — w szkole upośledzonych na słuchu, nieroz-winiętych umysłowo, głuchoniemych i t. p. Zamkniętą opiekę spełniają zakłady dla idjotów i psychopatów, ślepych, głuchonie-my, kalek i t. d. Wszystkie zakłady nietylko rozciągają opiekę i leczenie, lecz przedewszystkiem szkołą zawodowo, czyli wycho-wują społecznie, czynią pożytecznymi członkami społeczeństwa. Cel ten osiąga się, prócz ogólnego kształcenia, przez szkolenie zawodowe w robieniu koszy, krzesel, krawiectwie, szewstwie, oprawianiu książek, stolarce, ślusarstwie, szyciu, pisaniu na ma-szynie, strojeniu fortepianów, robieniu bandaży, protez i t. d.

Opieka nad kalekami ślepyimi, głuchoniemyimi, psychopatami.

Wprost cudownie rozwinęta jest opieka nad kalekami fizycz-nyimi nie bez związku z następstwami wojny. Pracuje dla tej opieki pokaźna liczba chirurgów, ortopedystów, bandażyistów, fa-bryk protez. O inwalidów wojennych troszczy się ustawowo pań-stwo (Reichsversorgungsgesetz) przez dostarczanie pomocy lekar-skiej i bezpłatnych protez. Inwalidzi wojenni rocznie dostają do 50.000 protez nowych, wzgl. poprawionych (Ministerstwo Pracy Rzeszy utrzymuje 37 placówek do zaopatrzenia w protezy). Pięk-ne rezultaty wśród inwalidów wojennych były bodźcem do rozto-żenia podobnej opieki nad kalekami cywilnymi, których w grun-tie rzeczy również wojna namnożyła przez niedostateczne odży-wianie, krzywicę, skrofulozę i gruźlicę młodych pokoleń. Przed

wojną liczono w Niemczech 110.000 kalek poniżej lat 14; % niepołowa nadawała się do zakładów, tymczasem było 3.370 miejsc. Dzisiaj Niemcy mają 11.000 miejsc w 80 zakładach dla kalek. Przewodzą w tej akcji Prusy, które w 1920 roku wydały ustawę w sprawie opieki nad kalekami; za Prusami poszły inne kraje. Obecnie w całej Rzeszy ustawa o opiece nad młodzieżą jest dostateczną podstawą imponującej akcji. Lekarze, położne, nauczycielstwo mają obowiązek donosić o kalekach. Poradnie decydują o potrzebie ambulatoryjnego lub zakładowego leczenia. Po wszczęciu pracują lotne poradnie dla kalek, pozostające pod kierownictwem lekarzy. Celem opieki jest przywrócenie zdolności zarobkowania, co w 50% wypadków udaje się osiągnąć; opieka czuwa nad zdrowiem pacjentów przez ortopedystów, kształci i wychowuje kaleki, przysposabia ich do zawodu (przewidziano 47 zakładów dla mężczyzn i 24 dla dziewcząt). Urzędy pośrednictwa pracy wyszkolonym kalekom, korzystając nieraz z ustawy, która powstała dla inwalidów wojennych, może jednak być stosowana i do kalek cywilnych.

Podobnie działa opieka nad niewidomymi (25 zakładów z 2.500 uczniów) i głuchoniemymi (73 zakłady z 6.000 uczniów). Miałem możność zwiedzić w Berlinie (Dahlem) Oskar Helene-Heiße zakład do leczenia i wychowywania ułomnych dzieci z 320 łózkami; jest tam ciekawe muzeum ułomnych. Zakład pozostaje pod kierunkiem prof. Biesalskiego, znakomitości w swoim fachu. W Süchteln bei München-Gladbach w Nadrenji zwiedziłem ortopedyczny zakład dla 400 dzieci, w Lipsku państwowy zakład dla głuchoniemych (było 225 uczniów, z nich 180 internistów) w Chemnitz-Altendorf saski zakład dla ociemniałych, wreszcie w Essen zakład św. Franciszka Salezego dla 930 nierozwiniętych i psychicznie chorych z działalnością leczniczą, opiekuńczą i wychowawczą. Wspomniane młode ustawy o opiece w Niemczech to już nie martyrologia, lecz czyny, które podniosły stan zdrowotny ludności, zmniejszając do minimum ciężar utrzymania niedołęgów wszelkiego rodzaju.

Opieka przeciwgruźlicza.

Opieka przeciwgruźlicza w ostatnich latach w Niemczech nietylko zajmuje się chorymi, ile profilaktyką. Ponieważ infekcja

i jej rozwój grożą już w pierwszych latach, więc dobra opieka nad oseskiem i małym dzieckiem staje się najwłaściwszem zapobieganiem. Opieka nad osobami zagrożonemi i podejrzanemi o gruźlicę sprowadza się do wzmocnienia konstytucji i odporności młodzieży, poprawy odżywiania, mieszkania, hartowania, słowem do podniesienia higieny osobistej. Zwłaszcza powietrze, słońce, woda mają w Niemczech bałwochwalczych zwolenników. Wszędzie w zakładach dla młodzieży (żłobkach, przytułkach dziennych dla osesków i małych dzieci, domach wypoczynkowych, szpitalach, sierocińcach, sanatorjach, domach kalek it.p.), dzieci odziane bardzo lekko, niemal od urodzenia pozostają możliwie na powietrzu latem i zimą, w dzień i w nocy, a w klinice dziecięcej w Düsseldorfie nawet podczas zapalenia płuc. Kąpiele i natryski są w powszechnem użyciu, również w wielu zakładach lekko odziane dzieci mają możność pluskać się dowolnie w basenach z wodą. Zakłady wakacyjne i wypoczynkowe w życiu słabowitych dzieci grają wielką rolę (zakładów tych jest mnóstwo). Wielkie miasta posiadają własne szkoły leśne i na powietrzu, przytułki sanatorjaienne na wsi i nawet nad morzem. Czerwony Krzyż, Kasy Chorych, Zakłady Ubezpieczeń utrzymują cały szereg zakładów dla dzieci i dorosłych w miejscowościach kuracyjnych na równinie, w górach, nad morzem. Opieka nad gruźlikiem daje mu siłę i siłę, niezbędną w domu lub w zakładzie, za pośrednictwem poradni przeciwgruźliczej; leczenie należy przeważnie do lekarzy prywatnych i poliklinik. Przychodnia jedynie stale nadzoruje chorego i w razie potrzeby wkracza ze środkami zaradczeni; przychodnie takich mają Niemcy ponad 2.000. Niemniej ważnym zadaniem przychodni jest ochrona otoczenia przed zarażeniem. Chodzi tu o spluwaczki, odosobnienie chorego, umieszczenie w szpitalu albo w sanatorjum, usunięcie dzieci i t. d. Są próby przeprowadzenia tanich kolonij mieszkaniowych dla suchotników. W Gelsenkirchen jest taki dom dla 16 rodzin z leżalniami: lokality pozostają stale pod kontrolą poradni, płacą zwykłe komorne.

Dzienne sanatorja dla dzieci i dorosłych, szkoły leśne i na powietrzu i t. d. spełniają rolę opieki półzamkniętej. To leczenie gruźlicy na miejscu, znane już dawniej, rozwija się dobrze, nie jest kosztowne, daje pomyślne wyniki i bierze górę nad wysokobórskim leczeniem gruźlicy kostnej i nawet płucnej (w sprawie

tej zresztą toczą dyskusję fachowcy). Dokąd wysyłać i czy wysyłać na leczenie, obecnie w Niemczech decydują zakłady obsecwacyjne dla chorych i podejrzanych o gruźlicę. Taki wzorowy zakład posiada od 1912 r. Norymberga. Mają one bodaj najtrudniejsze zadanie lekarskie: rozpoznać możliwie wcześniej, czy gruźlica jest czynna i jaką wybrać metodę leczenia, dokąd skierować chorego. Zakład taki, zwykle niewielki o 30 — 40 łózkach, wyposażony we wszelkie środki rozpoznawcze, leczenia nie przeprowadza, troszczy się jedynie o wczesne, właściwe skierowanie do leczenia i chroni instytucje lecznicze przed nieodpowiednim materiałem, (przeciętnie tylko 40% chorych idzie do zakładów leczniczych), odciąża sanatorja, przyspiesza przyjęcie istotnie chorych, obniża koszt leczenia sanatoryjnego. Z licznych i różnorodnych szeregu zakładów półotwartych muszę wymienić szkołę na wolnym powietrzu w Gelsenkirchen dla dzieci zagrożonych i chorych orazienne sanatorjum, czynne przez 10 miesięcy (prócz stycznia i lutego); w obydwu zakładach zupełne wyleczenie ma dochodzić do 75%. Ciekawy jest rozkład dnia w sanatorjum: o godzinie 8-iej rano pacjenci przyjeżdżają tramwajem z miasta odległego o 10 klm., zjadają śniadanie, otrzymują tusz zimny na świeżym powietrzu, przez 1/2 godziny w wilgotnym stroju kąpielowym uprawiają gimnastykę oddechową i ćwiczenia fizyczne, następnie zmieniają strój na suchy i leżą przez 2 godziny na powietrzu, albo w otwartej sali, o godz. 12-tej zjadają obiad, idą na 20 minut na spacer, dwie godziny śpią, otrzymują kawę popołudniową, dużo owoców, godzinę grają w strojach kąpielowych w piłkę i t. p., godzinę leżą i czytają, o godzinie 18.30 zjadają niewielką kolację i wracają do miasta. Podobny rozkład dnia jest przestrzegany i w szkołach na wolnym powietrzu. Koszt wynosi 2,40 marki dziennie na osobę.

Piękne rezultaty osiągnęło ambulatorjum dla gruźlicy kości i gruczołowej w Berlinie przy Eberswalderstrasse. Tu właśnie znajduje się klinika prof. Biera, która jest połączeniem szkoły z szpitalem; mieści się ona w kilku barakach i otwartych halach. Leczą się tam jedynie dzieci, które nie leżą w łóżku. Pacjenci spędzają w zakładzie czas od godziny 9 rano do 5 i 1/2 po południu; 12 godzin w tygodniu uczą się według zwykłego programu szkół powszechnych na powietrzu albo w halach; resztę czasu przeznaczono

systematycznie opracowane ćwiczenia i gry, pracę w ogrodzie, doглядanie małych zwierząt. Zasadą jest stałe zajęcie dzieci. Leczenie polega na planowem naświetlaniu, codziennym zimnym natrysku latem i ciepłym zimą, oraz dwa razy w tygodniu kąpiel w wannie. Zakład jest czynny cały rok. Chorzy otrzymują dwa razy dziennie jedzenie i raz podwieczorek z suszonych owoców i jarzyn. Koszt dzienny wynosi 60 pf. na dziecko, przeciętnie dziennie jest w zakładzie 300 dzieci. Do ambulatorjum należy pawilon do badań i leczenia Röntgenem, słońcem górskim, naświetlaniem, kąpielami, natryskami etc., jest tam również sypialnia na 30 dzieci, które z różnych względów muszą nocować w zakładzie (złe warunki społeczne i moralne w rodzinie, choroby zakaźne t. p.)

Opieka zakładowa nad zdeklarowanymi gruźlikami należy do szpitali i ich oddziałów i polega na usuwaniu ich z mieszkań ogólnych sal szpitalnych. Liczne sanatorja nad morzem i na różnych wysokościach leczą gruźlicę dalej posuniętą; początkową gruźlicę (nie wyłączając odmy) leczą przeważnie przychodnie i lecznice w miejscu zamieszkania chorych. Sanatorja dla gruźlicy chirurgicznej głównie obliczone są na dzieci. Wielkie sanatorjum z. Krzyża widziałem w Hohenlychen nad Zensee, 100 klm. na północ od Berlina. Mieści się ono w 47 budynkach, ma 650 łóżek i dzieli się na oddziały: wypoczynkowy, dla dzieci zagrożonych, leczniczy dla zagrożonych i chorych na płuca kobiet i dzieci, leczniczy dla średnio zamożnych kobiet, lekko chorych na płuca, leczniczy — dla gruźlicy wewnętrznej dzieci i dorosłych, ogólny szpital ze szkołą. Metody leczenia są podobne do ambulatorjum przy Eberswalderstr. w Berlinie, rezultaty pomimo ciężko chorego materiału dosyć dobre. W Hohenlychen przebywa 2/3 chorych na płuca i 1/3 na gruźlicę chirurgiczną.

Typowe nadmorskie sanatorjum dla dzieci zwiedzałem w Sahlenberg bei Cuxhawen na 270 łóżek, oraz wzorowe górskie na wysokości 1.000 mtr. w Alpach Bawarskich w Allgau, niedaleko Linde, nad jeziorem Bodeńskim na 250 łóżek dla dzieci w wieku 14 lat z gruźlicą różnorodną.

Schroniska i zakłady dla kalek mają przynajmniej 60% pacjentów z gruźlicą chirurgiczną i odgrywają w opiece przeciwgruźliczej poważną rolę.

Pomimo braku ustawy przeciwgruźliczej (jedynie Meckleburg ma dosyć dobrą własną ustawę). Niemcy we wszystkich swoich krajach wiele zrobiły i robią, opierając się na ustawie o opiece nad młodzieżą.

Walka z chorobami wenerycznymi.

Od 1. X. 1927 wprowadzono w Niemczech ustawowo opiekę przeciwweneryczną i zarzucono środki policyjne i reglamentację prostytutek, traktując choroby weneryczne podobnie, jak ostrych zakaźnych. Zasadniczo ustawa obowiązuje wszystkich bez różnicy płci; leczyć może tylko lekarz dyplomowany, władze mogą domagać się świadectw zdrowia od osób podejrzanych o choroby weneryczne; doniesienia nawet podpisane traktuje się z całą ostrożnością, osoby chore i podejrzane można zmusić do leczenia, ośmieszyć i umieścić w szpitalu. Osobom chorym za stosunek płciowy, ośmieszenie i zawarcie małżeństwa grozi więzienie do 3 lat. Lekarze obowiązani są pouczać chorych i dawać im stosowne druki, oraz donosić władzom o osobach, które zaprzestały leczenia przed ukończeniem kuracji oraz w okresie zakaźnym. Istnieją odpowiednie postanowienia o kile i karmieniu. Nie wolno leczyć listownie, o reklamować środków leczniczych. Skasowano domy publicznej karze się za nie, jak za kuplerstwo, są kary za prostytucję uliczną. Oczywiście bez pomocy policji sprawa nie pójdzie, i Urzędy Zdrowia doskonale sobie zdają sprawę z potrzeby dalszej pomocy policyjnej. Zdania o pożytku ustawy były w Niemczech mocno podzielone. Czas sprawy jeszcze nie rozstrzygnął.

Choroby zakaźne.

Zwalczanie innych chorób zakaźnych ma oparcie w oświeceniowej ustawie. Dwukrotne szczepienie ospy jest ustawowo uregulowane. Poszczególne kraje wydają w miarę potrzeby datkowe ustawy i zarządzenia. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych nie różni się od naszego, obowiązuje meldowanie, kontrola sanitarnej, odosobnienie, bieżąca i końcowa dezynfekcja i izolacja. W Poczdamie pod Berlinem widziałem wielkie urządzenia do dezynfekowania całych wagonów kolejowych, w Hamburgu całych odcinków i niszczenia szczurów. W kopalniach dzięki odpowiednim zarządzeniom słumiono zupełnie tęgoryjca wśród górników.

Ubezpieczenia społeczne.

Niemcy, kraj górnictwa i wielkiego przemysłu, posiadają od 1883 r. ubezpieczenia społeczne przeciwko chorobom, wypadkom, zniechęceniu i w tym względzie przodują światu.

Ubezpieczeniu podlegają wszyscy niesamodzielni pracownicy robotnicy, pomocnicy, czeladnicy, terminatorzy, niżsi urzędnicy, żołnierze i t. p.), od ubezpieczeń są wyłączeni samodzielnie zarabiający, wdowy, dzieci i t. d., co jednak w wielu wypadkach łągają same Kasy przez udzielanie pomocy rodzinom chorych ubezpieczonych w postaci leczenia i lekarstw. Również ustawa o opiece nad młodzieżą zabezpiecza ją na wypadek choroby. Obecnie prowadzono ustawowo ubezpieczenie urzędników. Wogóle 30% dochodu w Niemczech ubezpieczono przeciwko chorobom, 25% na wypadek zniechęcenia. W ubezpieczeniach są czynne Kasy chorobowych, zawodowe ubezpieczalnie od wypadków, zakłady ubezpieczeniowe na wypadek zniechęcenia (górnicy w spółkach ubezpieczeniowych są wszechstronnie ubezpieczeni). Składki do Kas chorobowych opłaca robotnik w $\frac{1}{3}$, od zniechęcenia $\frac{1}{2}$, od wypadków opłaca tylko pracodawca. Kasa daje choremu pomoc lekarską, lekarstwo, szpital i t. d., oraz pomoc pieniężną do 26 tygodni, w razie wypadku tylko do 8 tygodni, obecnie od pierwszego dnia na wypadek ubezpieczalni od wypadków. W razie zniechęcenia wypadek robotnik otrzymuje rentę, w razie śmierci rentę pobiera wdowa i dzieci. W razie choroby ponad 26 tygodni robotnik otrzymuje z ubezpieczalni rentę inwalidzką, rentę także otrzymuje robotnik nawet zdrowy po przekroczeniu 65 lat, w górnictwie po 50 latach. Po śmierci inwalidy rentę pobiera wdowa, oraz dzieci do 18 lat. Ubezpieczalnie inwalidzkie; prócz tego zapewniają pomoc na wypadek choroby ustawowo również można użyć renty na opiekę w zakładzie leczniczym. Ustawa pobudza ubezpieczalnie do stosowania środków, zabezpieczających przed wystąpieniem zniechęcenia, oraz do podnoszenia stosunków zdrowotnych wśród ubezpieczonych. Z uprawnień tych szeroko korzystają ubezpieczalnie, lecząc inwalidów w odpowiednich sanatorjach, zakładach, kurortach, obozowiskach celem przywrócenia zdolności do pracy, oraz przez higieniczne środki, chroniąc wdowy i dzieci przed wczesnym zniechęceniem ubezpieczonych. Typowym przykładem jest zakład lecz-

niczy w Gottleuba pod Dreznem na 800 osób, umieszczony w 33 wilonach, wyposażony w najnowsze środki do leczenia fizy mechanicznego. Prawdę mówiąc, ubezpieczenie społeczne w Niemczech to najpotężniejszy czynnik opieki społecznej nad zdrowie i chorobą.

Szpitalnictwo.

Najważniejsza opieka nad chorymi ogniskuje się w uniwersyteckich klinikach, poliklinikach o różnych specjalnościach, w szpitalach miejskich i w ich specjalnych oddziałach, wreszcie w szpitalach powiatowych i okręgowych. Istnieje prócz tego, wielka liczba szpitali i zakładów leczniczych prywatnych, fundacyjno-wyznaniowych, przedsiębiorstw przemysłowych i t. d. Wszelkie szpitali publicznych wymienić należy szpital Charité z szeregiem uniwersyteckich klinik, oraz miejski im. Virchowa w Berlinie na 2.500 łóżek. Miejskie zakłady lecznicze w Buch pod Berlinem mają 900 łóżek dla dzieci, zakład dla 2.000 umysłowo chorych, szpital przeciwgruźliczy dla 150 kobiet, zakład dla 1.800 stałych chorych, razem 4.850 łóżek pod jednym zarządem. Spostrzono stałe zwiększanie dopływu chorych do szpitali, przeciętny jednak pobyt w szpitalu z 33 dni w 1923 r. spadł na 26 dni (w Ameryce 15 dni). Koszt utrzymania chorego w Berlinie wynosi 9 mk.; taksa wynosi tylko 5,70 mk. dziennie. Umysłowo chorzy umieszcza się w zakładach krajowych, oraz prowincjonalnie, niektóre szpitale miejskie mają jednak oddziały dla lżejszych umysłowo chorych, oraz dla transportowanych.

Personel pielęgniarski w szpitalach należy albo do organizacji religijnych i dobroczynnych, albo jest całkiem świecki. Wszyscy sanitariusze są szkoleni w zawodzie w specjalnych szkołach przy szpitalach, egzaminowani. Znana jest szkoła pielęgniarek przy wielkim zakładzie dla umysłowo chorych w Arnshagen (Saksonja), oraz w Dreźnie przy krajowym domu sióstr miłosierdzia szkoła dla pielęgniarek i osesków. Są też pielęgniarki do specjalnych specjalności, np. szkoła pielęgniarek osesków w Kaiser Augusta Victoria Haus w Berlinie, oraz gimnastyki leczniczej i masażu w Krajowym zakładzie w Dreźnie.

Nowością jest od kilku lat wprowadzona gdzieśkolwiekś leczna opieka szpitalna (soziale Krankenhausfürsorge), co na

o higienistek, pośredniczących między szpitalem i rodziną chorego; zbierają one w ten sposób dane anamnestyczne, potrzebne do wyjaśnienia przyczyn choroby, oraz wprowadzają zarządzenia konieczne ze względu na chorobę pacjenta, wreszcie — co może być najważniejsze — czuwają nad zwolnionym ze szpitala, nad jego trybem życia, przeciwdziałają złym warunkom higienicznym, jakie mogłyby zepsuć wyniki leczenia. Społeczna opieka szpitalna może nie raz skrócić pobyt chorego w szpitalu i odciążyć go z korzyścią dla innych chorych, spadek dni leczenia w Berlinie przysują głównie tej opiece.

Ciekawe jest również obliczenie, że w Berlinie w szpitalach opłacają za chorych 50% Kasy, 40% publiczne i prywatne zakłady, tylko 10% sami chorzy.

Wreszcie wspomnieć należy, że obecnie w Niemczech opracowują normy dla wszelkich potrzeb szpitalnych, aby umożliwić masową fabrykację i osiągnąć oszczędności.

Wychowanie fizyczne i społeczne.

Społeczna opieka nad młodzieżą pozostaje w ścisłym związku z popieraniem jej fizycznego i społecznego rozwoju, który ma za zadanie zadania przymusu wojskowego. Władze z całą energją popierają tę akcję pośrednio i bezpośrednio. Bezpośrednia praca władz ogranicza się do szkół, lokalnych związków gimnastycznych, turystycznych, gier, pływalni i t. d. Wszędzie wysuwa się postulat godziny dziennie gimnastyki i nauki pływania. Dotąd Niemcy nie mają ustaw o sporcie i ćwiczeniach fizycznych, ani naczelnych władz do tych spraw, w saskim ministerstwie jest jednak referent do ćwiczeń cielesnych. Są projekty ustawy o obowiązku sportowym, oraz o placach sportowych. Ustawy te chcą wprowadzić przymus ćwiczeń fizycznych do czasu pełnoletności, oraz zmuszą gminy do urządzenia w określonym terminie boisk, hal ćwiczeń, pływalni. Żąda się 3 mtr.² na mieszkańca, (2,5 mtr.² dla dorosłych i 0,5 mtr.² dla dzieci); boisko jedno winno mieć 2 ha; więc miasto z 40.000 mieszkańców, jak Tarnopol winno mieć 100.000 mtr.² pod terenami sportowymi, czyli 5 boisk po 2 ha dla dorosłych i 20.000 mtr.² wolnej przestrzeni dla dzieci.

Pomimo braku, ustaw władze — zwłaszcza samorządowe — energicznie popierają sport, dając subwencję związkom sportowemu i budując boiska, hale sportowe, pływalnie i t. p. Hasło Niemieckiego Wydziału ćwiczeń fizycznych: „Niema dzielnic w miastach bez boisk, pływalni, hal gimnastycznych z natryskami” robi szalone postępy i zbliża się do powszechnej realizacji; praca strażnic sportowa w ostatnich latach wzrosła w miastach z 1 na 1,56 w r. 1924. Dawne place ćwiczeń wojskowych w miastach niemieckich wydziela się na tereny sportowe wprost w zawalonym tempie.

Sport obecnie ogniskuje się w towarzystwach, z których tworzą się związki krajowe i ogólnopństwowe; największą organizacją jest w Niemczech Wydział ćwiczeń cielesnych z liczbą ponad 5 milionów członków; polityczne związki robotnicze do Wydziału jednak nie należą, tworząc własną naczelną organizację. Wydział ten, prócz propagandy, kształci nauczycieli sportów i gimnastyki oraz prowadzi naukowe badania w wyższej szkole ćwiczeń fizycznych, umieszczonej w Berlinie — Grunewald przy Niemieckim Stadionie, zarządzonym również przez Wydział. Szkoła jest czynna od 1929 r.; przyjmuje uczniów od 18-go roku życia z dobrego ogólnym wykształceniem, a uwzględniając najwyżej 1/4 zgłoszeń, zapewnia sobie dobór. Nauka trwa 8 półroczy; na semestrze może być tylko 60 uczniów i uczniowie, nauczanie jest teoretyczne i praktyczne. Szkoła jest jednocześnie instytutem badawczym, wyposażonym w stosowne pracownie; przenosi się ją obecnie do nowych lokali obok Stadionu, rozmieszczonych na przestrzeni kilometrów wzdłuż i 1/2 kilometra szerokości. Całe urządzenie przeznaczono tylko dla szkoły, z pominięciem rozgrywek sportowych i trybun dla widzów. Wogóle w niemieckim ruchu fizycznym nie widać skłonności do matchów i rozgrywek, lecz przeważa chęć wciągnięcia szerokich warstw do czynnego udziału w życiu sportowym, zresztą wypływa z istoty społecznej opieki nad zdrowiem ludności. W ruchu tym chodzi nie o widzów, lecz o czynnych uczestników, którym się wszystko możliwie ułatwia. Ze sportów uprawianych w Niemczech na wyróżnienie zasługuje turystyka, uprawiana przez młodzież płci obojga; posiada ona w Niemczech 200 schronisk ze 100 tysiącami łóżek, gdzie tanio można znaleźć byt i utrzymanie.

Rozwój sportów wytworzył nową specjalność lekarską: odpowiednio wykształconego „lekarza sportowego“; lekarski związek wiezeń fizycznych liczy dziś 3.000 członków. Ciekawie rozwijają wychowanie społeczne młodzieży w szkołach ogólnych, zawodowych, gospodarstwa domowego dla córek i przyszłych żon robotniczych i terminatorских przy fabrykach. Cel wychowania—przejdzie do świadomej pracy, do zadowolenia z własnej rodziny, domu, do radości życia; wszystko to zwiększa efekty pracy. Do tego celu prowadzą również biblioteki robotnicze, czytelnie, place sportowe, ogródki, gazetki fabryczne z informacjami o całości życia i żywotnych zagadnieniach przedsiębiorstwa i jego pracowników.

Poradnie zawodowe.

Przemysł niemiecki dąży do wydajności pracy przez właściwy dobór ludzi za pomocą badań psychotechnicznych, co daje dobre wyniki w stosunku do robotników kwalifikowanych np. w hutnictwie, lecz pozostaje—zdaje się—dotąd bez rezultatu przy doborze wykłycznych robotników. Również techniczna organizacja pracy w przemyśle pozostaje od 1925 r. pod nadzorem Niem. Instytutu kolenia technicznego w Düsseldorfie, niezwykle wydajnej placówki, pod jej fachową kontrolą postępuje wszelka organizacja pracy i nawet szkolenia w przemyśle, przy jej współudziale wydobywa prócz tego ponad 65 czasopism fabrycznych. Również Rheinische Provinzialinstitut f. Arbeits u. Berufsforschung in Düsseldorf“ bada całe klasy uczniów, bezrobotnych, anormalnych, uszkodzonych celem wskazania właściwego zawodu i braków w wykształceniu. Niemniej cenne są prace szeregu poradni dla uczniów i uczennic przy wyborze zawodu. Ludność o akcji jest dostatecznie poinformowana chętnie się badaniu poddaje i ze wskazówek korzysta.

Propaganda higieny

Z opieką nad zdrowiem ludności łączy się ściśle popularyzacja higieny, w czem wydajny udział biorą władze i prywatne instytucje przez wydawanie ulotek, plakatów, broszur, notatek w pismach, okresowych publikacji, wygłaszanie wykładów, wyświetlanie obrazów i filmów, dawanie przedstawień teatralnych,

przez wystawy, radjo i t. p. Urzędy Zdrowia Rzeszy poszczególnych krajów, miast, oraz specjalne związki prywatne powołały wspólny Państwowy Wydział do uświadamiania higienicznego ludności z centralą w Berlinie, t.zw. Kaiserin Friedrich-Haus celem wywołania i rozsyłania Wydziałom różnych krajów, prowincyj, powiatów i poszczególnych miejscowości pouczających materiałów wszelkiego rodzaju, jak literatury, przezroczy, filmów, mularzy, modeli i t. p. Znane jest dobrze w świecie Muzeum Higjeny w Dreźnie, jakie powstało po drezdeńskiej międzynarodowej wystawie higienicznej w 1911 r. Zarząd Muzeum utworzył oddział środków nauczania higieny (Lehrmittelabteilung), który produkuje na sprzedaż w całym świecie poglądowe wzory z dziedziny zagadnień zdrowotnych z uwzględnieniem w miarę potrzeby najrozmaitszych języków. Obecnie pracuje tam ponad 100 osób: lekarzy, artystów, pisarzy, fotografów, preparatorów, rzemieślników i t. p. Muzeum to organizuje wystawy wędrowne, np. poświęcone gruźlicy, pielęgnacji nosów, chorobom wenerycznym i t. p. Dotąd w samym Niemczech wędrowną wystawę w przeszło 400 miastach zwiedzało ponad 4¹/₂ miliona ludzi. Urządzanie lokalnych muzeów i zbiorów, wypożyczanie obrazów, akademja dla lekarzy, nauczycieli, higienistów, pielęgniarzy z całego zakresu spraw zdrowia i apteki sanitarno-higienicznej—to zadanie Drezdeńskiego Muzeum Higjeny.

Muzeum pracuje w ścisłym związku z Państwowym Wydziałem uświadamiania higienicznego ludności, co widać nawet z obsady personalnej celowo dobieranej, np. obecnie prezydent Służby Zdrowia Rzeszy jest przewodniczącym Wydziału i zastępcą przewodniczącego Muzeum.

Tydzień Zdrowia dziecka w r. 1926, Tydzień Zdrowia Rzeszy w 1926 r., Pochód Zdrowia na wsi w 1927 r. w tysiącach miejscowości popularyzowały pożytek higieny, wzbudzały zainteresowanie do sprawy, stały się bodźcem do powstawania stałych wydziałów miejscowych uświadamiania higienicznego ludności, oddaliły przesadną wiarę w samo leczenie, zbliżyły szerokie warstwy do władz przez umożliwienie zrozumienia celowości założeń państwowych.

Dąży się w Niemczech, aby każde czasopismo miało swoją rubrykę zdrowia, jak już ma rubrykę sportu. Nauczycielstwo w sprawach higieny ulega stale przeszkoleniu. Filmy z zakresu

higjenu mają i tytuły i fabułę zajmującą dla szerszych warstw (np. Fałszywy wstyd, Przekłète dziedzictwo). Radio, zamiast wykładów, wprowadza mało nużące djalogi, np. lekarza z matką.

ochrona pracy i zapobieganie wypadkom.

Z higienicznym uświadomieniem ludności łączy się ochrona pracy i zapobiegania wypadkom przez krótkie, dobitne, rzucające się w oczy obrazki, napisy i rady.

Spółki brackie, związki zawodowe, bezpośrednio zainteresowane ubezpieczalnie korzystają też ze środków, podobnych do metod wydziałów do spraw uświadamiania higienicznego: mają filmy, kalendarze odpowiednio ilustrowane, plakaty. W 1903 roku powstało w Berlinie kosztem przemysłu Muzeum ochrony pracy z mnóstwem wzorów; organizuje ono kursy, wykłady i posady z ochrony pracy, o unikaniu wypadków, z higieny ogólnej, pierwszej pomocy, porad zawodowych i t. d.

Dokształcanie lekarzy.

Dokształcanie lekarzy w Niemczech idzie wzorem popularyzowania higieny przy pomocy wydziału Rzeszy, krajów i powiatów. Centralą jest również Kaiserin Friedrich-Haus w Berlinie, by nie narażać lekarzy na wydatki, nie odrywać ich od praktyki, zarządzane są kosztem państwa, krajów, miast, oraz Związku Lekarskiego bezpłatne kursy, możliwie w miejscu zamieszkania, w godzinach pozaordynacyjnych: prócz 80 stałych kursów przy wszechnicach i wielkich szpitalach, są kursy wędrowne, nawet przez radjo, oraz czasopismo specjalne. W kursach dokształcających bierze udział obecnie do 9.000 lekarzy, czyli czwarta część. Są regularne wakacyjne kursy dla lekarzy cudzoziemców, organizowane przez Kaiserin Friedrich-Haus w porozumieniu ze Związkiem Docentów. Jest tam również biuro informujące o postępie wszelkich gałęzi wiedzy lekarskiej, zbiory farmaceutycznych preparatów i artykułów techniczno-lekarskich.

Opieka mieszkaniowa.

Wielki jest w Niemczech rozmach społecznej opieki mieszkaniowej; w szeregu miast całe dzielnice powstają kosztem samorządów, kooperatyw, wreszcie prywatnych przedsiębiorstw, przy

poparcie finansowe państwa, z przeznaczeniem przede wszystkim dla niezamożnych i ubogiej ludności i z uwzględnieniem możliwości i nawet niemożności płatniczej.

W zwiedzanych domach widziałem wszędzie, obok wygodnych mieszkań, oddzielne pralnie i łazienki, nie mówiąc o dobrej wodzie i wzorowej kanalizacji. Hamburg, Essen, Norymberg mają w tej dziedzinie piękne karty. Każde nowe, nawet najmniejsze mieszkanie jest tam krokiem naprzód w planowej akcji zaspokojenia głodu mieszkaniowego, z wykluczeniem niezdrowej spekulacji. Mądrze pomyślane zakłady noclegowe dla bezrobotnych (w Berlinie dla 5.000 osób), schroniska dla robotnic (np. Cuhawen na 300 osób) są nieraz cennym rozwiązaniem biedy mieszkaniowej.

Dokształcanie bezrobotnych.

Jeszcze słów kilka należy się opiece społecznej nad bezrobotnymi. Nie wolno im nawet podczas bezrobocia próżnować. Czas bezrobocia to odskocznia, przygotowanie do pracy intensywniejszej, może bardziej celowej. Przyczyna zwolnienia z pracy podlega gruntownemu zbadaniu, muszą być wyjaśnione wady i braki bezrobotnego, kwestja jego przydatności do obecnego zawodu i luki w wykształceniu. Czas bezrobocia zostaje użyty na uzupełnienie wykształcenia, albo na przygotowanie do odpowiedniejszego zajęcia, o czem decydują doradcy fachowi. samo postępowanie obowiązuje też wobec bezrobotnego inteligenta i robotnika; tylko pod takim warunkiem mogą oni korzystać z funduszu dla bezrobotnych. Urzędy pośrednictwa pracy i opieki nad bezrobotnymi to właściwie wzorowe zakłady szkolenia zawodowego. Zwiedzałem taką placówkę w Düsseldorfie przeznaczoną dla inteligencji, nie widziałem w niej ludzi bez zajęcia, zgnębionych i znudzonych wyczekiwaniem: wszyscy byli przy pracy, coś robili, pisali, czytali, ćwiczyli się na maszynie, studjowali towaroznawstwo i t. p., słowem zbroili się gruntownie do walki o byt, szykowali się starannie do wyścigu, wyprzedzania współzawodników.

Sprawy żywnościowe.

W sprawach nadzoru nad żywnością i w opiece społecznej nad zaopatrzeniem w nią ludności, Niemcy kroczą w pierwsz

szeregach z wzorowemi państwami. Zaopatrzenie w wodę i gigantyczne rozwiązanie sprawy kanalizacji w Zagłębiu Ruhry, w Halle, we Freital w Saksonji są dobrze i szeroko znane.

Zaopatrzenie w mięso i wogóle w żywność, wspaniałe i olbrzymie rzeźnie i chłodnie Berlina, Drezna, Essen działają bez zarzutu, z dokładnością zegarka. Obecnie Niemcy z dumą grożą, że na wzór zaopatrzenia w wodę muszą rozwiązać sprawę nabiału. Prace te ciekawe są w Essen, gdzie wzorowe obory dostarczają mleka oseskom, a centrale mleczne śmiało konkurują z prywatnym handlem i coraz bardziej wypierają go z Zagłębia. Jeszcze śmielsze są poczynania norymberskie, gdzie centrala mleczna zakontraktowała wszystko mleko w promieniu do 100 klm. i jako jedyna wzorowo, zaopatruje w mleko od szeregu lat całą Norymberg i Furth, a więc półmilionowe skupienie ludności.

Uwagi końcowe.

Bez wielkiej przesady można dzisiaj nazwać Niemcy państwem opieki społecznej („Fursorgestaat“), nietylko przymusowego, lecz i dobrowolnego współdziałania pokrewnych czynników lokalnych w oszczędnem wzorowo dostosowanem do miejsca prowadzeniu akcji i wyzyskaniu właściwem sił i możliwości. Wycieczka do Niemiec dała mi piękny przykład praktycznego zastosowania w życiu postulatów higieny i była wzorową lekcją pożytku koordynacji w pracy społecznej, osiągnięcia wielkich wyników suwą środków nieraz zupełnie małych, lecz wcześniej i celowo dobranych.

Niema słońca bez cieniów i róży bez kolców — podobno... Słów kilka o cieniu i o kolcach warto utrwalić.

Państwo opieki społecznej ma też wśród swoich obywateli niemiernych wrogów obecnego stanu rzeczy.

Mają Niemcy utalentowanego pisarza i lekarza w jednej osobie D-ra Erwina Liéka, nieprzejednanego przeciwnika ubezpieczeń i opieki społecznej. Dr. Liék w ubezpieczeniach i obecnej opiece widzi upadek nauki i sztuki lekarskiej, kult i popieranie niernoty i niezaradności, zanik chęci do pracy i zmysłu oszczędności, niechęć powrotu do zdrowia, demoralizację społeczeństwa prostą drogą do dosłownej degeneracji fizycznej narodu niemieckiego.

Niemcy są ojczyzną i rajem znachorów. Wystarczy wykupić patent, wywiesić godziny ordynacyjne i można rozpocząć praktykę. Władze lekarskie stan ten potępiają, ale są bezsilne wobec postanowień ciał prawodawczych. Wzrastający w liczebność i w przygotowanie, niemal już uniwersyteckie, stan higienistek społecznych wbija się w Niemczech klinem między lekarza i chorych, odsuwa go od konkretnych spraw, przekształca w urzędnika sanitarnego, higienistkę zaś łatwo może rzucić w objęcia znachorstwa, ustawowo dozwolonego. A może rolę i obowiązki higienistek winny wziąć w swoje ręce lekarki? Byłby to jeszcze jeden rodzaj specjalności lekarskiej.

Podróż nasza po Niemczech była zorganizowana bajecznie, odznaczała się punktualnością nadzwyczajną; materiału do obejrzania mieliśmy bardzo wiele. Podróżowanie w połączeniu z intensywną pracą umysłową i wysiłkiem fizycznym i z pozbawieniem nas wolnego czasu na pisanie listów, zwiedzanie muzeów, na konieczne zakupy i t. d., wielu z nas niemożliwie wyczerpało. O higienie pracy umysłowej i fizycznej międzynarodowych higienistów... całkiem zapomniano; mały drobiazg przeoczono.

Byliśmy pierwszą grupą lekarzy, wysłaną przez Ligę Narodów do Niemiec po przyjęciu do niej Rzeszy. Uważano to do pewnego stopnia za pierwszą urzędową wizytę. Sfery oficjalne przyjmowały nas uroczyście, wydawały bankiety za bankietami. Pisano na powitanie inspirowane artykuły, fotografowano, filmowano nas wszędzie i ciągle i robiono nam — zdaje się — mimo woli małe przykrości: kult siły w Niemczech wciąż jest tak wielki, że koledzy z państw potężnych stale byli wyróżniani i honorowani, inni — musieli pasierbować. Powstała cicha, dyskretna rewolta; trzeba było Lidze, wprowadzić kolejność przewodzenia oficjalnego i przemawiania. Kilku jednak pasierbów z pierwotnej roli wyjść nie zechciało, twierdząc, że należy uszanować zwyczaje i zasady gospodarza.

Należy się też z mojej strony Władzom Polskim, Komitetowi Higieny w Lidze Narodów, za delegowanie mnie do Niemiec szczerze podziękowanie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Sprawozdanie z IV Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego
w Rzymie (24 — 29. IX. 1928 r.).

W myśl postanowienia Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego uczestniczyłem w Zjeździe rzymskim, jako delegat Wydziału Lek. Uniw. Warsz. Zjazd ten odbył się przy bardzo licznym udziale lekarzy z całego świata (zgórą 1.600 osób), przy czem grupa lekarzy z Rzeczypospolitej Polskiej wynosiła przeszło 200 lekarzy. Ten nieoczekiwany przez Włoski Komitet Organizacyjny napływ uczestników konferencji wpłynął niekorzystnie na przebieg obrad, stwarzając dość ciężkie warunki parodniowej pracy (mała długa sala o złej akustyce, brak wentylacji i t. p.). Na uroczyste otwarcie Zjazdu na Kapitolu, dokonane przez pana premiera Mussoliniego, przynajmniej połowa uczestników nie mogła dostać się na salę z powodu braku miejsc; na posiedzeniach bezustannie kręcenie się osób wchodzących i wychodzących, oraz zła akustyka sali zacierają sens wygłaszanych referatów, zwłaszcza dyskutantów w różnych językach, których przyczynki dyskusyjne nie były przedtem drukowane.

„Clou“ Zjazdu stanowił tym razem wykład Prof. Alberta Calmette'a „O przesączalnych postaciach prątka gruźliczego“. Temat ten, przedłożony uprzednio przez Polski Związek Przeciwgruźliczy (na wniosek niżej podpisanego) i jednocześnie przez francuski Komitet Narodowy obrony przeciwko gruźlicy Związkiowi Międzynarodowemu, został powierzony do opracowania na VI Zjeździe jednemu z najznakomitszych znawców biologii gruźlicy, prof. Calmettowi z Instytutu Pasteura w Paryżu. Wywiązał się on z tego zadania znakomicie, dając w stosunkowo krótkim zarysie całokształt tej kwestji w jej dzisiejszym stanie. Calmette udowodnił, że we wszystkich produktach gruźliczych postaciach jądrowite przesączalne istnieją, że mogą po wstrzyknięciu podskórnem, dożylnem lub dootrzewnowem wywołać u zwierząt wrażliwych pewne zmiany swoiste i dość charakterystyczne, a w tych zmianach chorobowych udaje się wykryć prątki pojedyncze lub w skupieniach, często jako laseczniki kwasoodporne. W hodowlach postaci przesączalnej nie udaje przeobrazić się w typowe prątki kwasoodporne, lecz po szeregu przeszczepień na świnkach

morskich udaje się zwiększyć małą jadowitość przesączu i wreszcie z postaci przesączalnej niekiedy otrzymuje się drobnoustroje o typowych cechach lasecznika Kocha. Postacie przesączalne, spotykane również we krwi chorych na gruźlicę, oraz we krwi miesięczkowej kobiet gruźliczych, mogą przechodzić w czasie ciąży przez łożysko (w doświadczeniach na zwierzętach, oraz u kobiet chorych na gruźlicę), przyczem według Calmette'a — w przeciwieństwie do bardzo rzadkiego przenoszenia się lasecznika Kocha tą drogą na płód, przenoszenie się postaci przesączalnej jadu gruźliczego jest, zdaje się, częste. Pomimo, iż Calmette, w zakończeniu swego niezmiernie sumiennie opracowanego zestawienia, zastrzega się przeciw jakiegokolwiek zmianie naszych dotychczasowych poglądów co do zapobiegania gruźlicy, to jednak największym i niewątpliwym skutkiem zdobyczy naukowej ostatniego pięciolecia, wpływającym z wykrycia postaci przesączalnej zarazka gruźliczego, bądźi konieczność jak poddania najszybszej rewizji naszych poglądów właśnie na polu epidemiologii gruźlicy i walki społecznej z tą wielką klęską. I nie ulega najmniejszej wątpliwości, że właśnie na jednym z najbliższych zjazdów międzynarodowych, poświęconych gruźlicy, jako temat społeczny będzie musiała być wysunięta sprawa nietylę zwalczania gruźlicy, ile jej zapobiegania. Obecnie już posiadamy broń w postaci szczepień ochronnych BCG, których nieszkodliwość została już potwierdzona i wśród badaczy polskich, będzie więc musiała być rozważana sprawa *przymusowych szczepień ochronnych* noworodków, na wzór szczepień przeciwośpowych.

W dyskusji nad poglądami szkoły francuskiej (odeczyt Calmette'a był właściwie odtworzeniem kierunku biologicznego, wprowadzonego i rozwijanego przez badaczy francuskich) zabierało głos około 40 badaczy z różnych krajów. Szkoła niemiecka zajęła stanowisko negatywne, chociaż niektórzy badacze, jak Lange wyrażali się oględnie, a Lydia Rabinowitsch zajęła stanowisko wyczekujące. Niżej podpisany, jako jedyny dyskutant polski, zajął przychylnie stanowisko względem badań francuskich i starał się udowodnić na podstawie swych badań doświadczalnych na zwierzętach, oraz biologicznych na ludziach (odezyny pod wpływem przesączów w najrozmaitszych postaciach gruźlicy pozapłucnej), że postaci przesączalne niewątpliwie istnieją, wy-

wołują nietypowe zmiany anatomo-patologiczne, niezmiernie różnorodne w zależności od dróg wejścia i sposobu zakażenia, i że wykrycie zarazka przesączalnego wyjaśnia wiele dotychczas jeszcze niejasnych spraw zarówno z kliniki, jak również z epidemiologii gruźlicy.

Drugim tematem głównym — zgodnie z istniejącym zwyczajem międzynarodowych zjazdów przeciwgruźliczych — był temat kliniczny, poświęcony tym razem „Diagnostyce gruźlicy dziecięcej“ i wygłoszony przez prof. Jemmę z Neapolu (w języku włoskim, z niesłychaną szybkością wymowy). Po omówieniu zasadniczego stanowiska — zależności wzajemnej zarazka i jego jadowitości, oraz właściwości konstytucjonalnych ustroju dziecięcego, referent zastanawiał się nad wskaźnikami właściwego rozpoznania i opierał się na następujących danych: 1) szczegółowych wywiadach, zwłaszcza o charakterze epidemiologicznym, 2) budowie osobniczej, warunkach rozwoju, współistnieniu innych cierpień i tp., 3) na objawach wywołanych przez zakażenie gruźlicze, oraz innych, właściwych innym cierpieniom toksycznym, 4) na metodach biologicznych (prof. Jemma bardzo zaleca próbę tuberkulinową), oraz serologicznych (zwłaszcza na odczynie odchylenia dopełniacza, oraz opadaniu krwinek). Jemma odróżnia postaci spotykane u dzieci jako ogniska okołownikowe i ogniska rozsiane w płucach, omawia szczegółowo objawy kliniczne, porusza też przewlekłe sprawy opłucnowe, przechodzące i na miąższ płucny, wreszcie zatrzymuje się na powikłaniach płucnych u osesków po przebyciu grypy, koklusz, odry. Prof. Jemma dochodzi po wniosku, że naogół gruźlicę dziecięcą cechuje raczej przebieg powolny, wbrew dziś jeszcze spotykanym poglądom — potwierdzają to badania radiologiczne ostatniej doby. W dyskusji — a właściwie w uzupełnieniach do wykładu prof. Jemmy — zabierało głos około 50 referentów, przy czem z polaków pułk. dr. Stefan Rudzki na podstawie wielkiego własnego materiału ambulatoryjnego (1700 przyp.) omówił rozpoznawanie gruźlicy w t. zw. okresie trzeciego dzieciństwa, czyli w okresie pokwitania. Ilustrując swe wywody ciekawymi zdjęciami, dr. Rudzki zwraca uwagę na częstość występowania w tym wieku ognisk przywnekowych przy rzadkiem zjawianiu się ognisk płucnych podobojczykowych, jeszcze rzadziej — właściwych zmian szczytowych.

Trzeci temat — społeczny p. t. „O organizacji profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi” wygłosił dr. William Brand z Londynu. Nie wnosząc wiele nowego, referent podkreślił znaczenie przychodni dla ludności wiejskiej, a zwłaszcza dwu głównych czynników: odpowiednio wyszkolonego personelu i umiejętnie prowadzonej propagandy (początkowe objawy gruźlicy, istota zakażenia i sposoby jego, wiadomości z walki społecznej z gruźlicą, podstawy lecznictwa, znaczenie środków spożywczych, zwłaszcza mleka). Brand zestawił w zastosowaniu do warunków wiejskich system edynburski Philipa. W dyskusji, która ze względu na olbrzymie różnice kulturalne wsi w rozmaitych krajach, miała charakter cokolwiek chaotyczny, zabierali głos liczni mówcy. Z dyskutantów polskich dr. Skokowska-Rudolfowa zgłosiła swoje przemówienie o ośrodkach zdrowia, dr. Tomanek ze Lwowa podał metody walki z gruźlicą na wsi na terenie Małopolski Wschodniej, omówił pomyślne wyniki tej akcji; dr. Danielski (Lwów) podał projekt urządzania „aerosanatorjów”, t. j. leżalni na wysokich wzniesieniach, połączonych z inhalatorami, w celu wzmożenia dopływu tlenu.

Poza tym zasadniczym tematem społecznym wygłosił dodatkowo min. ekonomji narodowej, Martelli, dłuższy referat o „Obowiązkowym ubezpieczeniu przeciwgruźliczem w Italji”. Na podstawie ustaw z 1926 r. już dziś połowa kraju podlega przymusowemu ubezpieczeniu przy bardzo niewielkich stawkach ubezpieczeniowych (0,5 — 1 lira dwutygodniowo od rodziny), a suma na walkę z gruźlicą, otrzymana z tego źródła, ma wynosić rocznie zgórą 300 milj. lirów. Jak widać, ustawa ta o obowiązkowym ubezpieczeniu przeciwgruźliczem, z której korzysta oprócz ubezpieczonego również jego rodzina, może posiadać, ze względu na olbrzymi rozmach, z jakim została zapoczątkowana, ogromne znaczenie społeczne.

Poza tematami programowemi uczeń twórcy odmy sztucznej Forlaniniego prof. Morelli wygłosił odczyt o „Karolu Forlaninim i sztucznej odmie piersiowej”, omawiając szczegółowo podstawy fizjologiczne i anatomopatologiczne odmy sztucznej, zaś prof. Brauer (Eppendorf) dał nader sumiennie opracowany, ilustrowany licznymi rentgenogramami i tablicami rzut oka na „chirurgiczne leczenie gruźlicy” (plombowanie płuca, frenikotomia, torakoplastyka opłucnowa i pozaopłucnowa).

W czasie Zjazdu po posiedzeniach, lub w odpowiednio wybranych przerwach uczestnicy zwiedzili sanatorja w okolicach Rzymu (Cesare Battisti), oraz nad morzem w Anzio (San. Militare) nie wyróżniające się pod żadnym względem, oraz ośrodki zapobiegawcze w Rzymie, urządzone zupełnie nowożytnie i na szeroka skalę. Po ukończonym Zjeździe zorganizowano 5-dniową wycieczkę po północnych Włoszech dla zaznajomienia lekarzy włoskich i cudzoziemców z stanem walki w tej części Italji — zwiedzano jednak tylko sanatorja w Tyrolu, istniejące przeważnie jeszcze za czasów austriackich. Ciekawym jest jednak fakt, że szereg miejscowości, między innymi przedewszystkiem Meran, uważany zazwyczaj jako ośrodek walki z gruźlicą i leczenia sanatoryjnego, broni się wszelkimi siłami przed opinią, jaką mu wyrabiają ftizjologowie pozamerańscy: wszędzie oficjalnie i przez lekarzy stara się podkreślić, że miejscowość ta nie wspólnego z gruźlicą nie ma, że Meran nie nadaje się do leczenia klimatycznego gruźlicy, lecz jest odpowiedni tylko dla ozdrowieńców, neurasteników, osób słabych, ale nie piersiowo chorych. Istotnie, w całym Meranie niema właściwie żadnego sanatorjum, o czem wielu ftizjologów nie wie zupełnie i wysyła nieraz ciężko chorych — dopiero niżej na południe (w Arco i innych miejscowościach) można znaleźć lepsze lub gorsze sanatorja. Naogół stwierdzić wypada, że walka z gruźlicą w wielkim stylu — w nowoczesnym pojęciu — dopiero się we Włoszech rozpoczyna i napewno nie wiele pod tym względem Włochy nas wyprzedziły.

*

*

*

W czasie Zjazdu zorganizowana została Międzynarodowa Wystawa przeciwgruźlicza. Polski Związek Przeciwgruźliczy urządził piękną wystawę, obrazującą walkę z gruźlicą na terenie Rzeczypospolitej. Wystawa ta została słusznie nagrodzona złotym medalem królewskim.

Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski

Wyniki konferencji międzynarodowej w sprawie szczepionki przeciwgruźliczej B. C. G.

Od 15 do 18 października r. ub. obradowała w Paryżu międzynarodowa konferencja, zorganizowana przez sekcję higieny Ligi Narodów w sprawie szczepień przeciwgruźliczych z. p. B. C. G. (bacille Calmette - Guerin).

Przewodniczącymi konferencji byli: profesor Roux, dyrektor Instytutu Pasteura w Paryżu i profesor Madsen, dyrektor Państwowego Zakładu Surowic w Kopenhadze. Sekretarzem był dr. Rajchman, dyrektor sekcji higieny Ligi Narodów w Genewie, jednocześnie dyrektor Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

Przewodniczącymi podkomisji byli: bakterjologicznej — profesor Bordet, dyrektor Instytutu Pasteura w Brukselli; klinicznej — profesor Leon Bernard, profesor ftizjologii na wydziale lekarskim w Paryżu; weterynaryjnej — profesor Nowak, dyrektor Instytutu Weterynaryjnego w Krakowie.

Poniżej podajemy wyniki konferencji ogłoszone na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu dnia 6 listopada r. b. przez profesora Leona Bernarda:

1) *Komisja bakterjologiczna*: bakterjolodzy obecni w Komisji uważają jednogłośnie, że wyniki doświadczalne pozwalają wnioskować, że B. C. G. jest szczepionką nieszkodliwą (inoffensif) (Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzène, Frenkel, Gerlach, Kraus, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tsekhnovitser, Vallée, Zeller). Jednakże, profesor Nobel utrzymuje, że w warunkach wyjątkowych B. C. G. może wywoływać u zwierząt laboratoryjnych gruźlicę śmiertelną. Komisja uważa, że z zespołu ogłoszonych doświadczeń, dotyczących zwierząt laboratoryjnych, wynika jak najwyraźniej, że B. C. G. nie wywołuje gruźlicy postępującej (*progređiente Tuberculose, progressive tuberculosis*).

Komisja zapisała do protokołu prace rozpoczęte.

Aby te badania dały się porównać i aby można było wyciągnąć z nich wnioski w czasie następnej konferencji, zwraca ona uwagę na korzyści, wynikające z wyjaśnienia następujących spraw:

a) Sposobów postępowania w celu utrzymania stałości cech, uznanych za charakterystyczne dla B. C. G.;

b) Sposobów postępowania w celu zbadania wpływu pasaży na B. C. G.;

c) Sposobów postępowania w doświadczeniach nad uodparnianiem, — określenie dawek B. C. G. i prątków zjadliwych do używania w doświadczeniach, — przyjęcie do prób nad reinfekcją szczepów o znanej zjadliwości;

d) Sposobów używanych w celu zbadania zmienności i rozszczepiania się (*dissociabilité*) B. C. G.;

e) Sposobów postępowania w celu zbadania porównawczego zmian wywołanych w organizmie pod względem histologicznym przez szczepienie B. C. G. i prątka gruźliczego zjadliwego;

f) Konieczności powierzenia operacyj nad B. C. G. (hodowle, przygotowanie i rozdział emulsji szczepiennych) zakładom, autorytet których uznany jest przez świat naukowy.

2) *Komisja kliniczna*. Z dokumentów z którymi komisja zapoznała się wynika:

a) Że B. C. G. podawana *per os* noworodkom w ciągu pierwszych dziesięciu dni życia, i podskórnie dzieciom starszym, oraz dorosłym okazała się niezdolna do wywoływania zmian gruźliczych zjadliwych;

b) Że, co dotyczy własności B. C. G. uodparniania przeciw gruźlicy, to szczepienie zapomocą B. C. G. wywołuje pewien stopień odporności.

I. Zanim jednak komisja będzie mogła ostatecznie ocenić wartość szczepienia przeciwgruźliczego za pomocą B. C. G. konieczne są nowe badania nad szczepionymi, ciągnące się przez dłuższy okres czasu i wykonane w sposób jednakowy, a szczególnie głębsze poznanie zapadalności i śmiertelności na gruźlicę wśród osobników różnego wieku i różnych środowisk.

II. W tym celu, domaga się ona od statystyków organizacji higieny Ligi Narodów wskazania najlepszych sposobów zebrania i zbadania dokumentów zapadalności i śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia, zarówno szczepionych jak i nieszczepionych.

III. W celu ustalenia dokumentów jednakowych i bez zarzutu komisja przygotowała projekt karty indywidualnej, przeznaczonej dla organizacji, obarczonych temi badaniami; karta ta będzie przedłożona powyższemu Komitetowi do zaopiniowania.

Z drugiej strony, komisja przygotowała typ obserwacji klinicznej, mieszczącej w sobie protokół sekcyjny, opisujący wskazówki, wymagane dla zużytkowania dokumentów sekcyjnych do badań późniejszych.

Komisja uważa, że badania należy powierzyć ograniczonej liczbie przychodni i klinik szpitalnych. Dokumenty zebrane przez te organizacje wedle sposobów wskazanych przez Komitet rzeczoznawców statystyków wraz z kartami i protokołami będą zgromadzone i rozpatrywane przez sekcję higieny sekretarjatu Ligi Narodów, dla celów następnego zebrania konferencji.

Komisja prosi komitet higieny o zaproszenie do tych badań organizacyj przez nią wybranych.

Komisja uważa, że jest tembardziej upoważniona do proponowania tych nowych badań, że polecają je wnioski przyjęte przez komisję weterynaryjną i bakterjologiczną.

Komisja weterynaryjna: profilaktyka gruźlicy bydłowej. Jak wynika z zespołu zebranych danych doświadczalnych i wedle *jednogłośnego* zdania lekarzy, którzy stosowali B. C. G. u bydła, szczepienie według techniki Calmett'a i Guerin'a zwierząt zarazkami typu bovinus okazało się zupełnie *nieszkodliwe*.

Te same dane doświadczalne i spostrzeżenia zebrane w praktyce z B. C. G. u bydła świadczą w sposób niewątpliwy, że ten szczep prątków posiada *własności uodparniające* (premunisantes) przeciw zakażeniu gruźlicą doświadczalną i naturalną.

Te poznane własności uodparniające *upoważniają* i zachęcają do rozszerzenia doświadczeń z B. C. G. nad zapobieganiem gruźlicy bydłowej. Postępowanie winno być prowadzone w różnych krajach odpowiednio do międzynarodowego protokołu doświadczalnego, pod kontrolą urzędowej służby weterynaryjnej i autoritetów w dziedzinie bakterjologii i anatomji patologicznej. Wszędzie, gdzie można będzie zadość temu uczynić, próby winny być prowadzone wedle prawideł ścisłej metody doświadczalnej. Zresztą, zastosowania, przyjęte dla pospolitych warunków hodowli, powinny być przedsiębrane pod stałą kontrolą urzędową.

Sprawozdanie to wraz z zawartemi przedłożeniami przyjęte zostało przez komitet higieny na zgromadzeniu w dniach 25 — 30 października 1928 roku.

Po ogłoszeniu powyższego sprawozdania zabrał głos profesor Lignières. Uważa on, że konferencja zarówno nie potwierdziła nieszkodliwości szczepień z. p. B. C. G. dla rodzaju ludzkiego, jak i nie potwierdziła ich własności odpornościowych. „Wnioski jej zupełnie nie naruszyły wszystkich twierdzeń moich o możliwej szkodliwości prątka dla dzieci lub dorosłych, równie jak i moich zastrzeżeń, co do jego własności odpornościowych“. Zresztą, konferencja podzieliła te zastrzeżenia w sposób jak najwymowniejszy o czem świadczą choćby wnioski podkomisji klinicznej (patrz wyżej).

„Jestem więc dziś więcej niż kiedykolwiek przekonany, że B. C. G. należy zachować wyłącznie dla dzieci zagrożonych prątkiem Kocha. Co zaś do zrodzonych z rodziców zdrowych i nie żyjących w otoczeniu prątkującym, to niema żadnych wartościowych powodów, aby poddawać je szczepieniu, którego korzyści są problematyczne, a które może wywoływać u nich zaburzenia niekiedy bardzo poważne. Szczepienie masowe wszystkich noworodków nie może się utrzymać“.

Na temże posiedzeniu ogłosił Calmette *wyniki szczepień zapobiegawczych przeciw gruźlicy za pomocą B. C. G. we Francji od 1-go lipca 1924 do 1-go lipca 1928 r.*

Do 1-go lipca 1928 za szczepiono we Francji nieco więcej niż 115.000 dzieci z tego 3.607 jako zrodzone i zamieszkałe w styczności z gruźlikami są pod systematycznym nadzorem, spostrzeżenia te przechowuje się w kartotece Instytutu Pasteura.

Aby móc porównać śmiertelność ogólną i śmiertelność z gruźlicy dzieci szczepionych i nieszczepionych, znajdujących się w tych samych warunkach, wyszukiwano wyłącznie wśród klientów przychodni przeciwgruźliczych dokładnych danych o szczepionych i nieszczepionych dzieciach z rodzin gruźliczych, dzieci urodzone w latach 1925, 1926 i 1927, mające obecnie najmniej rok, a najwięcej cztery lata.

Wyniki tej ankiety były następujące:

Śmiertelność z gruźlicy dla 4.854 *dzieci nieszczepionych*, zrodzonych i wychowujących się w styczności z gruźlikami: 15,9%.
Śmiertelność ogólna (wszystkie przyczyny zgonów): 21,1%.

W tym samym czasie, dla 2.368 *dzieci szczepionych* śmiertelność z gruźlicy wynosiła 3,4% (zaliczając do gruźlicy wszystkie

rozpoznania „meningitis“, z których wiele nie było pochodzenia gruźliczego), a śmiertelność ogólna 12,5%.

Widać więc, że dla dzieci tego samego wieku, urodzonych i wychowanych w tych samych warunkach i nadzorowanych przez te same instytucje, szczepienie zapobiegawcze z. p. B. C. G. zmniejszyło o trzy czwarte śmiertelność z gruźlicy i o połowę śmiertelność ogólną. Inna ankieta dotyczyła wyłącznie dzieci zrodzonych z matek gruźliczek i które w dodatku conajmniej rok po urodzeniu przebywały w styczności z matką. Z 1898 tych dzieci *nieszczepionych* 18% zmarło na gruźlicę, podczas gdy u 814 *szczepionych* śmiertelność z gruźlicy wynosiła wszystkiego 2,4%; śmiertelność ogólna dla tej grupy wynosiła 24,3% dla *nieszczepionych*, a 10,6% dla *szczepionych*.

Wszędzie stwierdzono, że dzieci szczepione z. p. B. C. G. są o wiele odporniejsze od nieszczepionych na takie choroby jak odra, koklusz, grypa i choroby jelit, czyniące tak wielkie spustoszenia wśród dzieci. Zjawisko to występuje niezaprzeczalnie w tych miejscowościach, gdzie szczepienia z. p. B. C. G. stosowano szeroko wśród prawie wszystkich noworodków. Jako przykład pod tym względem przytoczyć można miasteczko Ligny-en-Barrois, gdzie od 9 lipca 1926 do 24 września 1928 urodziło się 237 dzieci, z pośród których zaszczepiono 210. Śmiertelność ogólna wynosiła dla nich 2,3%; 27 dzieci nie szczepiono, śmiertelność ogólna wynosiła dla nich 18,5%, t. j. osiem razy więcej niż dla szczepionych.

Zatem, można uważać za dowiedzione, że zastosowanie praktyczne B. C. G. pozwala zmniejszyć w znacznym stopniu śmiertelność z gruźlicy, a być może nawet pozwoli na zupełne stłumienie jej w niezbyt odległej przyszłości.

Dr. JÓZEF FRITZ. O stanowisko lekarza szkolnego.

Higjena ciała i sport Nr. 26, 1928.

Aby być lekarzem szkolnym i pełnić swe obowiązki z pożytkiem trzeba mieć odpowiednie wykształcenie, rozporządzać dostatecznym czasem i być niezależnym w swej pracy od czynników szkolnych, nieraz nieprzychylnie odnoszących się do spraw higjenu i jej wykonywania.

Lekarz szkolny musi mieć specjalne wykształcenie, posiadać znajomość pedjatrji, higieny społecznej i nauk pedagogicznych.

To co dawniej uważano za całkowity zakres działania lekarza szkolnego, na szczęście, należy już do przeszłości. Higjena szkolna nie może ograniczać się do murów, pomiarów ławek, sal szkolnych i ich przewietrzania i t.p., jej głównem zadaniem jest opieka nad rozwijającym się dzieckiem. Wiadomości z tej dziedziny nie można nabyć wyłącznie z książek, trzeba je czerpać z obserwacji dziecka.

Praca lekarza szkolnego dla swej skuteczności wymaga swobody działania. Lekarz nie może być uzależniony od kierownika zakładu (jak to przewiduje instrukcja dla lekarzy szkolnych zatwierdzona przez M. W. R. i O. P.), który czasami nie orjentuje się zupełnie w sprawach higieny. Zrozumiały to już władze niemieckie, uniezależniając całkowicie lekarza szkolnego od kierownika szkoły, a nawet równocześnie polecając przydzielenie mu do pomocy 1 siły kancelaryjnej.

Należałoby nawet w dziedzinie wykonywania przepisów higieny uzależnić kierownika szkoły, przynajmniej moralnie, od lekarza szkolnego. Kierownik obok kwalifikacyj pedagogicznych winien również wykazać się znajomością higieny.

Lekarz szkolny, jako rzecznik zdrowia i kierownik, jako wychowawca winni razem współpracować nad wspólnym celem jako równy z równym.

Dr. H. R.

Budżet Warsz. Tow. Higienicznego
na 1929 rok.

DOCHODY	Zł.	WYDATKI	Zł.
Wynajem sal	24000	Na wyd. „Zdrowie“	12000
Wynajem lokali	10300	Wydawn. i propaganda	3500
Świadczenia	3000	Delegacje	1000
Składki członków	3000	Ufundow. tabl. Dr. Polaka	6000
Wydawnictwa	10000	Konserw. nieruchom.	2000
Procenty	1600	Utrzym. porządku	1000
		Oświetlenie	3500
		Opał	2000
		Woda	1000
		Pensje	12000
		Inkaso składek	200
		10% od wynajmu sali	3900
		i dodatek woźnym	
		Kasa chorych	300
		Wydatki kancelaryjne	250
		Telefon	400
		Podatki	150
		Dzierżawa placu	750
		Nieprzewidziane	2550
Razem	52500	Razem	52500

Preliminarz budżetowy
Instytutu Higjeny Dziecięcej im. br. de Lencala
na rok 1929.

DOCHODY	Złotych
Z komornego od Uniwersytetu	48.000
Z wpływów Stacji Opieki nad dzieckiem	15.000
Z procentów i kuponów	2.000
Pożyczka T-wa Kredytowego m. st. Warszawy	68.000
Razem	133.000
WYDATKI	Złotych
Na Stację Opieki nad dzieckiem	18.000
Na koszty administracji, ratę T-wa Kredytowego i inne	15.000
Ostatnia rata za plac	10.000
Na nadbudowę gmachu	90.000
Razem	133.000

Preliminarz budżetowy
Ogrodów im. W. E. Rau'a w Warszawie
na rok 1929.

D O C H O D Y	Z ł o t y c h
Boisko i hala	5.000
Procenty	7.000
Państwowy Instytut Wychowania Fizycznego.	3.000
Magistrat m. st. Warszawy.	<u>19.000</u>
Razem	34.000
W Y D A T K I	Z ł o t y c h
Kierownik i księgowy (2 × 100 × 13)	2.600
Personel letni (8 × 2 × 300)	4.800
Stafe wydatki na personel (500 × 14)	7.000
Kąpiele, nauka pływania i wiosłowania	6.000
Budowa 4-eh łodzi × 800 zł.	3.200
Budowa pomostu dla łodzi.	500
Dopełnienie przyrządów	2.000
Światła i opał	1.500
Remont	3.000
Podatki i woda	1.000
Tramwaje	300
Asekuracje i wydatki kancelaryjne	250
Pranie.	150
Lekarstwa	50
Wydatki nieprzewidziane	<u>1.650</u>
Razem	34.000

Komitet zastrzega sobie prawo przedstawiania poszczególnych pozycji preliminarza.

Prezes Komitetu Ogr. im. W. E. Rau'a

Dr. Wł. S. Zawadzki

W. z. Czł. Sekretarza

Dr. J. Majkowski.

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne w gmachu swym przy ul. Karowej № 31 urządza dla swych członków, oraz zaproszonych i wprowadzonych gości w I-m półroczu r. b. szereg odczytów z dziedziny najnowszych urządzeń sanitarnych w kraju, a szczególnie w stolicy, które będą wygłoszone przeważnie przez projektodawców i wykonawców tych urządzeń.

Odczyty ilustrowane będą przezroczami. Po każdym odczytacie odbędzie się dyskusja.

**Tabela odczytów urządzanych przez W. T. H.
w I-szem półroczu 1929 r.**

Inż. <i>Zygmunt Rudolf</i> . „Różne sposoby usuwania nieczystości ze szczególnem uwzględnieniem ich utylizacji”	31/I
Inż. <i>J. Lentz</i> . „Zużytkowanie nieczystości dla celów rolniczych i ogrodniczych”	31/I
Inż. <i>Adam Kolitowski</i> . „Czerpanie wody z Wisły dla m. Warszawy i przedwstępne jej oczyszczanie”	7/II
Inż. <i>Henryk Przyłęcki</i> . „Ścieki m. Warszawy i ich badanie na stacji doświadczalnej”	14/II
Inż. <i>Ignacy Piotrowski</i> . „Woda warszawska i jej oczyszczanie”	21/II
Inż. <i>Władysław Borawski</i> . Współczesne urządzenia w nowych rzeźniach w Polsce”	28/II
Inż. <i>Władysław Borawski</i> . „Budownictwo szpitalne m. st. Warszawy 1918—1928”	14/III
Inż. <i>Zygmunt Szklarzewski</i> . „Inwestycje sanitarne w kąpieliskach i szkołach m. st. Warszawy”	11/IV
Dyr. <i>Stanisław Szczerbiński</i> . „O zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych”	18/IV
Inż. <i>Zygmunt Szklarzewski</i> . „Inwestycje techniczno-sanitarne Sanatorium dla chorych płucnych w Otwocku	25/IV

K R O N I K A

Inauguracyjne posiedzenie Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu.

W dniu 19 listopada o godzinie 9-tej wieczorem w lokalu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych odbyło się inauguracyjne posiedzenie członków - założycieli Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu w składzie następującym: Dr. Jan Adamski, zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, który jednocześnie reprezentował na posiedzeniu nieogających wzięć udziału w posiedzeniu z przyczyn służbowych: Pana Ministra praw Wewnętrznych dr. Felicjana Sławoj-Składkowskiego i Dyrektora Departamentu dr. Eugenjusza Piostrzyńskiego; dr. Witold Przywieczerski, naczelnik Wydziału Zakładów Lecznicych i Uzdrowisk; dr. Witold Łuniewski, dyrektor Państwowego Zakładu Psychiatrycznego w Tworkach; dr. Witold Chodźko, Minister Zdrowia Publicznego i dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny; prof. dr. Mazurkiewicz, dyrektor kliniki psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego; prof. Kazimierz Orzechowski, dyrektor kliniki neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego; prof. Mieczysław Konopacki, dyrektor Zakładu Histologicznego Uniwersytetu Warszawskiego i dr. Maksymilian Rose, kierownik oddziału cytoarchitektonicznego Instytutu Badania w Berlinie.

Po zagajeniu posiedzenia przez dr. Adamskiego na przewodniczącego stał wybrany przez aklamację prof. Mazurkiewicz.

Na wniosek przewodniczącego został przyjęty następujący porządek dzienny posiedzenia inauguracyjnego:

1. Odczytanie statutu Towarzystwa, zarejestrowanego w dniu 17 listopada przez Komisarza Rządu m. st. Warszawy, p. n. „Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu“.
2. Wybór władz Towarzystwa: zarządu i komisji rewizyjnej.
3. Program działalności Towarzystwa na najbliższą przyszłość.

Na pierwszy okres trzylecia do Zarządu zostali powołani: prof. Mazurkiewicz, prof. Orzechowski, prof. Konopacki, dr. Adamski, dr. Chodźko i dr. Łuniewski. Do Komisji Rewizyjnej: dr. Piostrzyński, dr. Przywieczerski i doc. Pienkowski.

Wychodząc z założenia, że celem Towarzystwa jest popieranie badań naukowych mózgu, a w szczególności badań budowy mózgu i jego czynności, zyczyn chorób nerwowych i psychicznych, oraz sposobów zapobiegania i leczenia tych chorób (§ 2 statutu), a dla zrealizowania wymienionych zadań Towarzystwo winno w myśl statutu założyć i utrzymywać „Polski Instytut Badań Mózgu“, którego celem będzie prowadzenie naukowych prac badawczych i doświadczalnych w zakresie działalności Towarzystwa, wydawanie drukiem prac naukowych, oraz urządzanie odczytów i zebrań dyskusyjnych z tej dziedziny nauki (§ 3 statutu). Zebrani członkowie — założyciele powierzyli wybranemu zarządowi opracowanie regulaminu szczegółowego, określającego zakres działania Instytutu.

Na tem inauguracyjne posiedzenie Towarzystwa zostało zamknięte.

Po zamknięciu plenarnego posiedzenia odbyło się pierwsze posiedzenie wybranych członków zarządu Towarzystwa z następującym porządkiem dziennym: 1) wybór prezydium zarządu, 2) powołanie dyrektora Instytutu.

Na prezesa wybrany został prof. Orzechowski, na wiceprezesa — prof. Konopański, na skarbnika — prof. Mazurkiewicz i na sekretarza — dr. Łuniewski, na dyrektora Instytutu został powołany dr. Rose.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia.

Posiedzenie Sekcji Farmaceutycznej.

Sekcja Farmaceutyczna Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych na posiedzeniach w dn. 29 i 30 listopada r. b. którym przewodniczył Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Piestrzyński i zastępca Dr. Adamski, obradowała nad projektami jednolitych dla całego Państwa ustaw aptekarskiej i drogerijnej. W posiedzeniu brali udział przedstawiciele Departamentu Służby Zdrowia, Ministerstw Przemysłu i Handlu, oraz Spraw Wojskowych, Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego, Ogólno Państwowego Związku Kas Chorych, aptekarzy, przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, Związku pracowników aptekarskich i drogistów.

Przedmiotem obrad były główne wytyczne tych ustaw, a mianowicie: czy detaliczna sprzedaż lekarstw powinna odbywać się tylko w aptekach, czy i innych zakładach handlowych, czy należy utrzymać system koncesyjny aptek, jaki zakres uprawnień przyznać drogerjom (detalicznym składom materiałów aptecznych) i czy drogerje mogą być zakładane dowolnie, czy też liczba ich ma być ograniczona.

Po wyczerpaniu dyskusji nad powyższymi zagadnieniami uchwalono:

1. Dostarczanie lekarstw publiczności powinno odbywać się tylko z aptek, jako zakładów, posiadających odpowiednie urządzenia i prowadzonych przez osoby, posiadające należyte przygotowanie teoretyczne i praktyczne.
2. Celem prawidłowego rozmieszczenia aptek należy utrzymać system koncesyjny.
3. Drogerje powinny posiadać wyłączne prawo do sprzedaży trucizn, używanych w przemyśle, technice i gospodarstwie domowym, oraz farb trujących.
4. Nadmierna liczba miejsc sprzedaży trucizn jest niepożądana.

Pozatem zaproponowano szereg poprawek do opracowanego przez Departament Służby Zdrowia projektu ustawy aptekarskiej.

W sprawie noszenia książek i zeszytów w tornistrach.

O K Ó L N I K

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Obserwacje nad dziatwą szkolną wykazały, że noszenie książek i zeszytów w teczkach, w paskach, pod pachą, przynosi szkodę organizmowi dziecka, gdyż zwłaszcza przy większym ciężarze książek i przy noszeniu jednostronnem,

zyja chorobliwemu skrzywieniu kręgosłupa,—pozaćem zajęć w tych razach : tamuje swobodę ruchów up. przy wchodzeniu do tramwaju, do wagonu, razie poslizgnięcia się, a podczas mrozów ręce w tych przypadkach łatwo gają odmrożeniu.

Wobec tego polecam przedsięwzięcie wszelkich środków, by dziatwa nie trzebowała nosić z domu do szkoły i z powrotem zbyt dużej liczby książek eszytów, by, o ile to okaże się możliwem, część pomocy naukowych, zbędch w domu, pozostawiała w klasie w zamykanych szafach (w budynkach rowanych można z tego wykorzystać specjalne wgłębienia w ścianach nykane jak szafy.

Co się tyczy sposobu noszenia książek i zeszytów, to nauczyciele na nferencjach rodzicielskich powinni uświadamiać opiekę domową o szkodliwoach płynących dla zdrowia dziatwy wskutek niewłaściwego noszenia książek eszytów i zalecać, by zaopatrywała dzieci w tornistry (z grubej tektury, aty, skóry i t. p.). Przy zalecaniu tego sposobu noszenia książek podnieść eży, że noszenie tornistra ew. plecaka sprzyja równomiernemu obciążaniu ggosłupa i czynności jego mięśni wyprostnych, ułatwia zachowanie prawidłój postawy, umożliwia swobodne używanie rąk, a w razie zbyt niskiej cieoty powietrza pozwala na zabezpieczenie ich od odmrożenia.

Zechcą pp. Kuratorowie podać powyższe zalecenie do wiadomości dyrekj i kierownictw szkół, pp. inspektorów szkolnych, oraz ogółu nauczycielstwa, znacząc, iż noszenie tornistrów powinno dotyczyć głównie dziatwy szkół wszechnych, oraz gimnazjum niższego.

Podsekretarz Stanu

(—) Czerwiński.

W sprawie kwalifikacyj zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich.

O K Ó L N I K

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Jako uzupełnienie § 2 (punkt 2) i § 4 rozporządzenia z dnia 19 maja 26 r. w sprawie regulaminu przyjmowania uczniów do państwowych seminaów nauczycielskich (Nr. I—7499/26. Dz. Urz. 1926 r. Nr. 10 poz. 114), oraz punktu 6 strukeji z dnia 24 marca 1928 r. w sprawie wykonania ustawy z dnia 1 lipca 26 r. o stosunkach służbowych nauczycieli w brzmieniu rozporządzenia z dnia lutego 1928 r. (Dz. Urz. 1928 r. Nr. 5, poz. 90) wyjaśniam i zarządzam, co istępuje:

Jeżeli kandydat do seminarjum nauczycielskiego wykazuje takie braki wady cielesne, które zdaniem lekarza szkolnego mogą same ustąpić lub być unięte w ciągu niezbyt długiego przeciągu czasu (np. drobne wady wymowy, obne zeszpecenia twarzy, dające się usunąć na drodze operacyjnej, przejiów nieztyty dróg oddechowych i t. p.), to ze względu na stan zdrowia może i być przyjęty do seminarjum warunkowo na jeden rok. Przy końcu roku kolnego dyrekcja seminarjum na podstawie opinji lekarza szkolnego rozstrzyga pozostawieniu kandydata w seminarjum na stałe.

Jeżeli u ucznia podczas pobytu na trzech niższych kursach seminarjum wystąpiły braki i wady cielesne, bezwzględnie go dyskwalifikujące do zawodu nauczycielskiego (np. gruźlica płuc w stanie utajonym, gruźlica gruczołów śródpiersiowych, rzadkie ataki padaczki nocne, ciężka wada serca po przebyłym ostrym reumatyzmie stawowym, nagle powstałe wybitne upośledzenie słuchu lub jakieś inne kalectwo), wówczas dyrekcja na wniosek lekarza szkolnego usuwa go przy końcu roku szkolnego.

Jeżeli powyższe braki i wady cielesne, uniemożliwiające pełnienie zawodu nauczycielskiego, wystąpiły u ucznia dopiero na 4 lub 5 kursie seminarjum, wówczas uczeń, o ile mu ogólny stan zdrowia na to pozwala, może pozostać w seminarjum i może przystąpić do egzaminów ostatecznych. Przed wydaniem mu świadectwa dojrzałości dyrekcja przekreśla na niem ustęp, uprawniający do pełnienia obowiązków nauczycielskich, oraz zaznacza, że świadectwo to nie uprawnia do pełnienia obowiązków nauczycielskich ze względu na brak wymaganej przydatności fizycznej.

O ile stan zdrowia abiturjenta poprawi się, może on nie wcześniej niż po roku i nie później niż w ciągu pięciu lat zgłosić się ze świadectwem lekarskim do dyrekcji zakładu, którego był uczniem, celem ponownego orzeczenia o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego. W razie stwierdzenia przez lekarza szkolnego tej przydatności, dyrekcja seminarjum wydaje mu normalne świadectwo dojrzałości.

Powyższe zarządzenie co do pozostawienia ucznia w seminarjum z brakami i wadami cielesnymi nie ma zastosowania do ucznia, który przez swą chorobę stał się niebezpieczny dla otoczenia; takiego ucznia należy niezwłocznie na wniosek lekarza szkolnego usunąć z zakładu.

Podsekretarz Stanu (—) **Czerwiński.**

Sport zimowy dla dziatwy szkolnej.

Sekcja Higjeny Szkolnej Wydziału IX Oświaty i Kultury Magistratu m. st. Warszawy uruchomiła w bieżącym sezonie zimowym 6 torów do zjazdów saneczkowych dla dziatwy szkolnej, a mianowicie: 4 tory sztuczne przy szkołach powszechnych, Młynarska 2, Grójecka 39, Grójecka 93, oraz na placu przy ulicy 11 Listopada i 2 naturalne, przy ulicy Agrikola i w ogrodzie Instytutu Głuchoniemych.

Toreny ślizgawkowe dla dziatwy szkół powszechnych znajdują się na placu przy ul. 11 Listopada, Włodarzewskiej 5, Grójeckiej 39, Grójeckiej 93, Białołęckiej 36. Prócz tego dziatwa korzystać może ze ślizgawek Ogrodów im. Raua: przy ul. Florjańskiej na Pradze i w Al. Ujazdowskich róg Agrikoli, oraz ze ślizgawki przy ul. Pięknjej (Wojskowa Szkoła Sanitarna).

Dziewczęta mogą korzystać ze ślizgawki przy Instytucie Głuchoniemych.

Wstęp na powyższe ślizgawki i tory saneczkowe dla dzieci szkół powszechnych i miejskich jest bezpłatny.

Wreszcie Sekcja Higjeny Szkolnej chcąc uprzystępnąć sporty zimowe nawet najbiedniejszym dzieciom stolicy zakupiła 1760 par łyżew i 862 pary sanek.

Wkrótce Sek. Hig. Szkol. uruchomi dodatkowe tory saneczkowe i ślizgawki.

T R E Ś Ć :

Ś. p. Prof. S. Dzierzowski, Dr. Otolski.— Od Redakcji.— Dr. W. Chodźko: tatystryka a działalność Służby Zdrowia. — Dr. A. Kryński: O stanie szpitalictwa w województwie pomorskiem. — Antoni Mackiewicz: Sanitarно-lekarski nadzór nad mięsem. — Dr. B. Salak: Stan sanitarny Niemiec. **Dział Sprawodawczy:** Sprawozdanie z IV Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Rzymie (24—29 IX 1928 r.).— Wyniki Konferencji Międzynarodowej w sprawie szczepionki przeciwgruźliczej B. C. G. — O stanowisko lekarza szkolnego. Budżet Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego na 1929 rok. — Preliminarz budżetowy Instytutu Higieny Dziecięcej im. br. de Lenvala na 1929 rok. — Preliminarz budżetowy Ogródów im. W. F. Rau'a w Warszawie na 1929 rok. — Tabelka odczytów urządzanych przez W. T. H. w I-szem półroczu 1929 roku. **Chronika:** Inauguracyjne Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu. — Państwowa Naczelna Rada Zdrowia. — W sprawie noszenia książek zeszytów w tornistrach. — W sprawie kwalifikacyj zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich. — Sport zimowy dla dziatwy szkolnej.

S O M M A I R E :

Dr. W. Chodźko: Statistiques sanitaires et le service de la santé publique.
Dr. A. Kryński: Hopitaux dans le departement de Pomorze.
A. Mackiewicz: Inspection sanitaire de la viande.
Dr. B. Salak: Conditions sanitaires en Allemagne.
Comptes - rendus. — Bibliographie. — Chronique.

PRENUMERATA WYNOŚI: rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł., kwartalnie 3 zł.

Zeszyt pojedynczy 1 zł. 20 gr.

Redaktor: MARCIN KACPRZAK

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

Konto P. K. O. 9474.

CENY OGŁOSZEŃ W MIESIĘCZNIKU „ZDROWIE“.

Okł. zewn.		Okł. wewn. i przed tekstem		Za tekstem		Kolorowa w tekście	
Cała strona	80 zł.	Cała strona	70 zł.	Cała strona	60 zł.	Cała strona	100 zł.
Pół	50 „	Pół	40 „	Pół	35 „	Pół	60 „
1/3	35 „	1/3	30 „	1/3	25 „	1/3	40 „
1/4	20 „	1/4	20 „	1/4	20 „	1/4	25 „

Przy ogłoszeniach wielokrotnych (najmniej 3 razy) udzielamy 10 do 15% rabatu

NAUKA
O
SZCZĘŚLIWOŚCI

Dr. JÓZEFA POLAKA

DO NABYCIA W KANCELARJI
WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO
KAROWA 31.

CENA ZŁOTYCH 6.

DOMOWY
PORADNIK LECZNICZY

Dr. JÓZEFA POLAKA

LECZNICTWO—PIELĘGNIARSTWO—RATOWNICTWO

Z LICZNYMI ILUSTRACJAMI I DOKŁADNYM SKOROWIDZEM

WYDANIE CZWARTE

ZUPERNIE PRZEJRZANE

DO NABYCIA

KRAKOWSKIE PRZEDMIEŚCIE 1

U DOKTOROWEJ POLAKOWEJ

CENA ZŁ. 5 GR. 50.

TOWARZYSTWO
PRZEMYSŁU CHE-
MICZNO FARMACEUTYCZNEGO

d **MAGISTER KLAWE**, s.p.a.
W A R S Z A W A.



MALTONKAKAO

KLAWE



SPOSÓB PRZYRZĄDZANIA:
DO SZKŁANKI WSYPUJE
SIE 1-2 ŁYZECZKI OD
HERBATY MALTONKAKAO
Z TAKĄ SAMĄ ILOŚCIĄ
CUKRU POCZEM DO TEJ
MIESZANINY DOLEWA SIĘ
STOPNIOWO WRZĄCĄ WÓ-
DE LUB MLEKO. CIĄGLE
MIESZAJĄC DO ZUPEŁNE-
GO ROZPUSCZENIA.

ZAWIERA KAKAO, MALTOZE, MALTODEKSTRYNĘ, POCHODNE
Z KIEŁKÓW JĘCZMIEŃ, SUBSTANCJE ŚLĄSKOWE I WITAMINY

PRZECHOWYWAĆ W SUCHYM MIEJSCU SZCZELNIE ZAMKNIĘTE.

346128 1000000 0010000

MALTONKAKAO — KLAWE

ze względu na swoje własności smakowe i dużą zawartość dopełniających składników pokarmowych czyli witamin nadaje się szczególnie jako napój do stałego użytku dla rekonwalescentów po wszelkich chorobach, dla gruźlików, w różnych zaburzeniach wieku dziecięcego i t. p.

Oleum parafini bis purificat. pro usu interno c. ol. menth.

MARKI

„AGEOL” GĄSECKIEGO



AGEOL“
Gąseckiego.

jest idealnym środkiem przeczyszczającym 20 wieku „AGEOL“ Gąseckiego działa mechanicznie a będąc preparatem absolutnie czystym może być stosowany bez względu na wiek i stan zdrowia.

Dla osób nie mogących przyjmować „AGEOLU“ w postaci płynnej przygotowujemy takowy w kapsułkach żelatynowych. Pudełko zawiera 25 kapsułek o łącznej zawartości około 75 grm. płynu. Obecność żelatyny nie odgrywa tu żadnej roli, gdyż dajemy powłokę b. cienką momental. rozpuszczalną.

Panom Lekarzom służymy próbami i literaturą bezpłatnie

Adolf Gąsecki i Syn

MOKOTOWSKA FABRYKA
CHEMICZNO-FARMACEUT.
W WARSZAWIE

KANTOR ULICA LESZNO № 41.



ZASTRZYKI WYJAŁOWIONE GĄSECKIEGO

odznaczające się dokładnem przygotowaniem

POLECA

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

ADOLF GĄSECKI i SYN

W WARSZAWIE

KANTOR FABRYCZNY ULICA LESZNO № 41.

Dla wygody pp. Lekarzy więcej używane zastrzyki są opakowane w oddzielnych pudełeczkach.

Przy zapisywaniu zastrzyków naszego wyrobu prosimy dodawać słowo „Gąseckiego“

Wykaz gotowych zastrzyków oraz próby na każde żądanie