

Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL SALOL UROTOPINA	EUMICTINE	KAPSUŁKI GLUTENOWE
MOCZOPĘDNY	ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY KOJĄCY	PRZECIWNILNY
RZEŻĄCZKA		ZAPALENIE MIEDNICZEK
ZAPALENIE PECHERZA MOCZOWEGO		ZAPALENIE MIEDNICZEK I NEREK
ZAPALENIE NEREK		ROPOMOCZ
LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'a, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU. Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.		
Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.		

ZAPARCIE NAWYKOWE	
CIERPIENIA WĄTROBY	ZWIÓTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO
CASCARINE	LEPRINCE
$C^{12} H^{10} O^5$	$C^{12} H^{10} O^5$
ŚRODEK	ROZWALNIAJĄCY
LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNNY 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.	

BRACIA BORKOWSCY

ZAKŁADY ELEKTROTECHNICZNE

SPÓŁKA AKCYJNA

BRACKA 12. TELEFON 42-98.

JENERALNI REPREZENTANCI

VICTOR X—RAY CORPORATION

W CHICAGO

POLECAJĄ STALE NA SKŁADZIE:

Aparaty rentgenowskie do djagnostyki i terapii oraz wszelkie akcesorja do nich. Djatermje, pantostaty, lampy kwarcowe i wszelkie aparaty elektromedyczne.

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY

D-ra TARNAWSKIEGO

w KOSOWIE

(Za Kołomyją Mlp.)

OTWARTY OD 1-go MAJA DO 15-go LISTOPADA

Leczenie powietrzem, słońcem, wodą, gimnastyką, dyjetą jarską, owocową (surówką) i postem.

W cierpieniach przemiany materji, nerwowych, trawienia i in. przewlekłych.

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.

NEUTROL MOTOR

KRZEMIAN GLINU $Al_2 Si_6 O_{15} 2H_2O$

usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar kwasu
solnego, wobec czego jest niezastąpionym środkiem
we wszystkich schorzeniach, połączonych z nad-
miernym wydzielaniem HCl jako to: nadkwaśność,
sokotok żołądkowy, wrzód żołądka i dwunastnicy.

STAŁY SKŁAD! PEWNE DZIAŁANIE! NIE ZABURZA TRAWIENIA!

„MOTOJODIN-MOTOR”

ORGANICZNY PREPARAT

ZAWIERAJĄCY CA 14% CZYSTEGO JODU

(W KAPSULKACH ŻELATYNOWYCH).

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„M O T O R”

SP. AKC.

WARSZAWA

MARSZAŁKOWSKA 23.

RACŁAWICKA 6/8.

PIERWSZE ŹRÓDŁO ZAKUPU

Ciechociński Szlam Leczniczy w woreczkach po 10 kg.

Ciechociński Ług w butelkach po 1 litrze.

Ciechocińska Naturalna Stołowa Woda do picia ze źródła № 8.

Ciechocińska Solanka do picia ze źródła № 10 (lecznicza).

Borowina Ciechocińska.

Sól Kąpielowa Inowrocławska w workach płomb. po 50 i 10 kg.

Ług Inowrocławski.

Preparat Kąpielowy „Jodorad” (Sól Kąpielowa Rado-Jodowa).

SKŁAD GŁÓWNY:

„REAL” Spółka Akcyjna w Warszawie,
Widok 24. Telefony: 85-30 i 513-05.

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. Witostaw Dąbrowski, Dr. Aleks. Fruchlman, Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań), Dr. Marein Garbaczewski (Lublin), Dr. Fr. Grodecki, Dr. M. Gromski, Dr. L. Hirszfeld, Inż. K. Jakimowicz, Doc. Tom. Janiszewski, Gen. Inż. Eug. Kątkowski, Prof. Br. Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski, Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opiński (Lwów), Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki (Poznań), Dr. A. Puławski, Inż. I. Piotrowski, Prof. Rąpczewski, Dr. M. Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki, Inż. Z. Słomiński, Dr. St. Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Wład. Starkiewicz, Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów), Dr. Wład. Swiatopełk - Zawadzki, Doc. Dr. Gustaw Szule, Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Cezary Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.

Od Redakcji.

Warszawa, Maj 1929

Istnieje obecnie przymus szkolny, a więc każde dziecko musi przejść przez szkołę powszechną. Nieliczna grupa dzieci korzystająca ze szkół prywatnych w grę tu nie wchodzi. Z racji tego przymusu wypływa, że pobyt w szkole nie może na zdrowie dziecka wpływać ujemnie, bo w zasa lże nie jest to świadczenie na korzyść państwa, lecz na korzyść własną, a jeżeli nawet stać na innym punkcie widzenia, nie może być ideałem państwa obywatel choćby nawet bardzo światły, ale nie posiadający zdrowia. Z drugiej znowu strony dziecko chodzi do szkoły, by tam zostało odpowiednio ukształcone na pożytecznego obywatela, przygotowane do życia, między innymi aby możliwie w najkrótszym przeciągu czasu zdobyło z najmniejszym wysiłkiem maksimum wiedzy. Z obu powyższych przesłanek wynika, że dziecko w szkole powinno mieć przede wszystkim dobre warunki higjeniczne — dość przestrzeni, powietrza i słońca, że szkoła powinna posiadać odpowiednie warunki otoczenia, a więc lokal i te dodatkowe pomieszczenia, które muszą istnieć przy ludzkich osiedlach, że wreszcie winna być

należycie utrzymana, bo tylko w tych sprzyjających zdrowiu warunkach możemy dziecko uchronić od chorób i cel pobytu jego w szkole osiągnąć. Prawda zbyt oczywista by wymagała dowodzenia. Życie jednak mówi co innego. Rzeczywistość nasza bowiem przeczy najelementarniejszym wymogom w tej dziedzinie, wymogom stawianym już nietylko przez naukę, ale nawet przez zdrowy rozsądek analfabety.

W Pracy D-ra Kopczyńskiego „Zdrowie dziatwy Szkół Powszechnych w Polsce“, niedawno ogłoszonej drukiem, czytamy rzeczy w podziw wprawiające nawet ludzi obeznanych w ogólnych zarysach z istniejącym stanem rzeczy.

„Stan higieny tych szkół (w 7 powiatach województwa nowogródzkiego w roku 1927) przedstawia się jak następuje: brak podłóg (klepisko gliniane zamiast drewnianej podłogi) — w 24 szkołach (2,4%), podłoga, istniejąca w stanie złym — w 98 szkołach (10,5%), piece w stanie złym — w 232 szkołach (28%), szyby w oknach brudne w kawałkach — w 41 szkołach (4,5%), podłogę myje się tylko raz na rok — w 56 szkołach (6%), okna nie do otwierania w zimie w 78 szkołach (8,4%), podłogę zamiata się na sucho — w 63 szkołach (6%), ustępów brak — przy 358 szkołach (38%), ustępy w złym stanie — w 29 szkołach (3%), brak studni — przy 342 szkołach (36%), studnie w złym stanie — w 79 szkołach (8%). Na jedno dziecko przypada od 1—2 m³ powietrza — w 240 szkołach (24%), od 2—3 m³ w 342 szkołach (34%), od 3—5 m³ — w 220 szkołach (22%), 4 m³ i więcej — w 199 szkołach (20%)“.

A weźmy bliżej Warszawy w powiecie kieleckim:

„Ławki szkolne zazwyczaj bywają okurzone przy pomocy rękawów dziatwy szkolnej, gdyż brak jest kredytów na ścierki! Spluwaczki znajdują się zaledwie w 22,7% ogólnej liczby sal szkolnych i to spluwaczki piaskowe. Ani wody do picia, ani umywalni dla dzieci niema zupełnie w szkołach powiatu kieleckiego. Wszystkie ławki nie odpowiadają przepisom higieny. Dzieci, które się spóźniły do szkoły, muszą wyczekiwać na przerwę na dworze, często podczas śniegu lub deszczu, gdyż większość szkół nie posiada przedsionków — stąd w porze zimowej bardzo wiele zaziębień i zapaleń płuc dziatwy szkolnej. Żadna ze szkół nie posiada wzorowego ustępu, a w 34,26% szkół wogóle ustępów

niema". I te stosunki podobno z niewielkimi wyjątkami mają być „ogólnie panujące w b. zaborze rosyjskim“.

Szkoła, w której się okien wcale nie otwiera, w której podłogę myje się raz na rok, a ławki okurza się przy pomocy rękawów dziatwy szkolnej. Szkoła bez podłogi i ustępu. Nie pytajmy jak wygląda ustęp, tam gdzie jest.

Znakomity Erazm Rotterdamski w liście do D-ra Francisza lekarza kardynała Wolsey'a tak opisuje mieszkanie angielskie:

„Co zaś dotyczy podłogi, zwykle zrobiona jest ona z gliny pokrytej badyłami z za płota, rzadko bardzo zlekką poruszanemi, tak że głębsze warstwy podłogi niekiedy pozostają bez zmiany przez lat 20, utworzone z płwociny, wymiotów, moczu ludzi i zwierząt, piwa, odpadków od ryb i innych nieczystości, które trudno nazwać po imieniu“. Tak było w Anglii, ale w XVI stuleciu. Takie podłogi spotyka się u nas w mieszkaniach chłopskich, co w wyrazach bardzo podobnych do przytoczonych powyżej, opisałem w popularnej pracy „Zdrowie w chacie wiejskiej“ (str. 21), ale trudno sobie wyobrazić, by istniały takie szkoły w Niepodległej Polsce w roku 1926/27, to jest w ósmym roku niepodległości. I to, jak wynika ze sprawozdania, wcale nie jest jakimś rzadkim wyjątkiem. Czy można sobie wyobrazić coś bardziej barbarzyńskiego, jak szkoła bez ustępu, czy można w tych okolicznościach oczekiwać, że przymus budowania ustępów w obejściach wiejskich doprowadzi do celu?

I w jednym i drugim z przytoczonych przykładów przeszło trzecia część szkół jest bez ustępów i jeżeli nawet przypuścimy, że sprawozdania są mocno przejawskrawione, że nawet w najbardziej zaniedbanych dzielnicach naogół jest znacznie lepiej, niż wynika z przytoczonych przykładów, jeszcze jest bardzo źle.

Wiem, że są wielkie przeszkody materialne, by zadość uczynić wymaganiom higieny szkolnej, mam duże wątpliwości co do wybudowania na rok 1939/40 potrzebnych 84.000 izb szkolnych, zgóry zgodziłbym się na znacznie skromniejszą liczbę, zdaję sobie również sprawę, że w higienie szkolnej osiągnęliśmy bardzo wyraźne postępy, większe niż w innych dziedzinach higieny, ale na szkoły bez podłogi i ustępu, na brak ścierki, na nieotwieranie okien nie można się godzić już dziś. Nie wierzę i nikt tego chyba nie głosi, że jest to wynikiem nędzy.

To tylko przyzwyczajenie do brudactwa, niedbalstwo, brak najelementarniejszych wymóg ludzkich w życiu codziennym nie ze strony sfer rządzących, ale ze strony sfer żyjących i brudzących — ogółu. A może w tych szkołach prowadzono regularne pogadanki o składzie powietrza, o czerwonych i białych ciałkach krwi, o łuszczącym się naskórku, o kalorjach, witaminach... Prawdopodobnie tak. A z pewnością mówiono tam o ideałach, obowiązku, patriotyzmie i wszelkich cnotach. Zapomniano o człowieku i jego ludzkich potrzebach.

Naprawdę tchnie to średniowieczem.

M. Kacprzak.

Do

W. W. P. P. PRENUMERATORÓW!

*Administracja miesięcznika „Z D R O W I E” przypomina
uprzejmie o zaległej prenumeracie.*

Inż. arch. Władysław Borawski.

Współczesne urządzenia sanitarne w rzeźniach.

Konsumcja mięsa przez człowieka, sięgająca zamierzchłych dziejów historii świata, posiada dotąd wiele cech dziwnie potężnych swoją tradycją u niektórych narodów i ich kultów religijnych, aczkolwiek same formy, towarzyszące ubojowi zwierząt, naogół zmieniły się do niepoznania. Wobec tego, że zawrotny postęp w dziedzinie mechanizacji uboju, przechowywania mięsa i szerokiego uprzemysłowienia wszystkiego, co się łączy z t. zw. „obrotem mięsnym“ obecnie dość często koliduje z owymi rytuałami, z czym mamy do czynienia w stopniu znacznym na ziemiach naszych, powyższe okoliczności zmuszają nas do poczynienia we wstępie pewnych historycznych i statystycznych wyjaśnień.

W czasach prahistorycznych, jak głosi legenda, dzięki cesarzowi chińskiemu Fu Chi, nastąpiło oswojenie niektórych dzikich zwierząt, jak konia, wołu, świni, barana, psa i kury. To też na 2000 lat przed erą chrześcijańską chów zwierząt był w pełnym rozkwicie u wszystkich narodów starożytnych, a stąd weszło w powszechne użycie spożywanie różnego rodzaju mięsa. Ubój zwierząt był ściśle związany z kultem religijnym i każde zwierzę przed spożyciem było składane w ofierze bóstwu, początkowo przez najstarszego w rodzie, następnie przez kastę kapłanów. Dokonywując uboju w świątyniach owi kapłani z istoty rzeczy pełnili jednocześnie funkcje sanitarne, poddając ofiarne zwierzęta oględzinom i kontrolując dobroć mięsa, przeznaczonego do spożycia. Sztuki zdrowe znaczone były pieczęciami, po zabiciu badane były również organa i narządy wewnętrzne. W Judei i Egipcie konsumowano szyć i kończyny, resztę spalano w ofierze. W przedsionku świątyni Salomona odkryto szczytki rezerwuarów i kanałów, po których krew zwierząt ściekała na sąsiednie, użyźnione w ten sposób ogrody. Według prawa Mojżeszowego żydzi mogli spożywać tylko mięso zabitych zwierząt dwukopytnych przeżuwiających i podobnie jak inne ludy Azji i Afryki nie spożywali mięsa świni, uważanej za zwierzę nieczyste, w przeciwieństwie znów do Greków i Rzymian, umiających nawet przyrządzać z niego różne wyroby.

Wiemy, że z nastaniem ery chrześcijańskiej w religji tej konsumcja mięsa znajduje swój specjalny wyraz; w wiekach średnich

na kontynencie Europy kościół również normował sprawę mięsną, zabraniając spożywania zwierząt padłych, zaduszonych, wogóle chorych. Stopniowo dochodzi do wielkiego znaczenia cech rzeźników, który nawet zaczął odgrywać dominującą rolę w życiu politycznym poszczególnych narodów. W długiej kolejności wieków (aż do chwili obecnej) trwa walka władz rządowych i komunalnych z organizacjami rzeźniczymi, wyłamującymi się z pod kontroli w dostarczaniu ludności mięsa zdrowego i przeważnie nie liczącymi się z niezbędnymi zarządzeniami sanitarnymi. Dość wspomnieć, że rewolucja francuska, niwelując przywileje wszelkich cechów i korporacji, dała swobodę swym obywatelom dokonywania wszelkiego uboju we własnych podwórzach i sprzedaży mięsa bez kontroli. Dopiero Napoleon dekretem 1810 r. nakazał budowę rzeźni komunalnych poza obrębem miast, wprowadzając sanitarne oględziny przez specjalnych kontrolerów. Podobne zarządzenie wprowadzono w owym czasie i na terenie Księstwa Warszawskiego, przyczyniając się do pewnego polepszenia warunków sanitarnych miast i samych rzeźni.

Opłakany stan panował również w pierwszej połowie XIX w. w Niemczech, nie posiadających rzeźni publicznych, szerzące się jednak, nieznanie przedtem choroby, z dużym procentem śmiertelności zmusiły do głębszego badania tej sprawy. I oto odkrycia HerBSTa, Leuckarta, Virchowa i Küchenmajstra wskazały na bezpośrednią przyczynę: na zabójczą rolę dla organizmu ludzkiego trychlin, wągrów i innych chorób zwierzęcych. Od tej chwili zaczyna się iście gorączkowa, wyteżona praca nad założeniem publicznych, najdoskonalszych urzędów rzeźnianych, oraz zorganizowaniem sprawnie działającej kontroli sanitarno-weterynaryjnej w całej operacji ubojowej i handlowej. W ciągu lat 40 Niemcy wyprzedziły pod tym względem wszystkie państwa Europy, w wynalazczości i urządzeniach wewnętrznych stając się wprost bezkonkurencyjnymi. W układzie budynków, stanowiących w dzisiejszych rzeźniach wielce skomplikowaną całość, stworzono drogą logicznej metody typ swoisty, aczkolwiek nie wyłączny i jedyny dla każdego przypadku. Jednocześnie powstała obszerna i gruntowna literatura fachowa, mająca wielkie znaczenie propagandowe. Wykazuje to najlepiej, że Niemcy wcześniej i trafniej od innych ocenili wartość racjonalnej rzeźni dla ochrony zdrowia publicznego,

ocenili ją jako poważny warsztat pracy przetwórczej w życiu przemysłowym swego kraju.

Rzeźnia dzisiejsza to nie tylko miejsce otrzymania mięsa dla celów konsumpcji — reszta odpadków nie idzie na ofiarę bogom lub w nurty rzeki, lecz literalnie wszystko, jak skóra, kopyta, krew, kości, nawóz, oraz chore wnętrzności i mięso idzie do specjalnych kotłów i aparatów dla odpowiedniego przerobu w celu otrzymania licznych, pobocznych produktów (mączka mięso-kostna, tłuszcz, klej, wyroby rogowe), oraz dość kosztownych chemikalji (margaryna, gliceryna i tp.). Jak wielką ilość poza naturalnymi odpadkami, stanowią przy uboju sztuki całe, lub częściowo chore i niezdatne do spożycia, zilustruje garść następujących danych.

W cyfrach zaokrąglonych ubój roczny wszystkich zwierząt rzeźnych w Polsce wynosi 3.500.000 szt., w tem konstatuje się 200.000 przypadków chorobowych, co stanowi 5,7%.

Konsumcja Warszawy stanowi 8,6% całego uboju w państwie, czyli około 300.000 szt. (270.000 szt. bije się w rzeźniach w Warszawie, 30.000 szt. dowozi się z siedmiu rzeźni podmiejskich). Od 1923 do 1927 r. procent stwierdzonych przypadków różnych chorób podniósł się z 30% do 60%, przyczem z ważniejszych w ostatnim roku zanotowano: gruźlicy 6.505 przypadków, wągrows 1.697, włośni (trychin) 303, posocznicy 13 i nosacizny 7 przypadków. Całych sztuk zwierząt zniszczono 1.185, co w przeliczeniu na półkilogramowe porcje mięsa wynosi ok. 500.000, czyli tej ilości starczyłoby na całkowite zatrucie połowy ludności stolicy. Policja i Inspekcja Handlowa zatrzymały 1.355 transportów mięsa szumuglowanego, z których 346 skonfiskowano i 31 zniszczono.

Tych kilka cyfrowych zestawień daje chyba wystarczającą ilustrację, jak dokładnie powinna być prowadzona na miejscu w rzeźni kontrola bitych zwierząt i mięsa przywozowego, chociażby już stemplowanego w innej rzeźni, jak ważnem jest stwarzanie współczesnych miejsc konserwowania mięsa, udoskonalenie samego transportu, wreszcie, jakie miliony kilogramów posiadamy odpadków, nadających się do celowej utylizacji.

Z kolei zastanowić się więc wypada, czy rozporządzamy w kraju takimi warsztatami pracy, któreby stwarzały normalne warunki dla celów wyżej wymienionych, względnie równomiernem nasyceniem, przykładami dodatnimi na całym obszarze państwa łagodziłyby do pewnego stopnia tę potrzebę.

Otóż posiłkując się szczegółowymi danymi statystycznymi na 1-go stycznia 1924 r., okazuje się, że na 890 zarejestrowanych rzeźni na terenie Rzeczypospolitej, stan najlepszy wykazują oczywiście rzeźnie z b. zaboru pruskiego (92 rzeźnie), następnie idzie Małopolska (312 rzeźni), stan najgorszy przedstawia b. Królestwo łącznie z Kresami, czyli 9 województw (486 rzeźni).

Na czem polegają główne braki i jak się przedstawia ten stosunek do lepiej zaopatrzonych dzielnic, wskażemy na kilku przykładach:

1. Pierwszorzędnej wagi dla rzeźni jest posiadanie własnego toru kolejowego, jako bocznicy ogólnej sieci. Bezpośrednie połączenie kolejowe zabezpiecza rzeźnikom i przemysłowcom wielkie dogodności, dając możność najszybszego dostarczania transportu do miejsca przeznaczenia, zwalniając jednocześnie od dodatkowych kosztów i kłopotów, związanych z przepędzaniem bydła od stacji odbiorczej do rzeźni. Męcząca i długotrwała dostawa bydła do rzeźni wpływa na znaczny ubytek wagi, oraz przy wzroście nerwowości wytwarzają się w organizmie szkodliwe toksyny, obniżające wartość mięsa. Wreszcie, transporty podejrzane lub zarażone mogą być wprost dostarczone do rzeźni i odpowiednio izolowane, bez niebezpieczeństwa przeniesienia zarazy na bydło miejscowe i t. p. Tymczasem na 890 rzeźni zaledwie 16 posiada bocznice, w tem w Poznańskim 10, Małopolsce 4 i w pozostałych województwach 2.
2. W związku z powyższem ważność posiadania osobnych stacji izolacyjnych, a w szczególności oddziałów sanitarnych dla uboju zwierząt podejrzanych i chorych nie przedstawia żadnych wątpliwości: takich stacyj posiadamy 57 w Poznańskim, 5 w Małopolsce i 1 w dziewięciu województwach Kongreśówki i Kresów Wschodnich.
3. Niezmiernie ważnym czynnikiem należytego utrzymywania stanu sanitarnego rzeźni i zabezpieczenia mięsa od zanieczyszczeń, jest posiadanie oddzielnych płuczkarni (oczyszczanie, parzenie i mycie kiszek). Niestety, takie, zdawałoby się, elementarne urządzenia są tylko w 95,6%, w wojewódz-

twach zachodnich, w 35,5% w małopolskich i w 18,7% w pozostałych województwach.

4. Nowoczesna rzeźnia musi posiadać chłodnię dla przechowywania mięsa. W celu otrzymania produktu więcej wartościowego, bardziej odpornego na procesy gnilne, świeżego, należy jedną dobę po uboju przetrzymać mięso w niskiej temperaturze ($+4^{\circ}\text{C}$). Ma to również wielkie znaczenie pod względem ekonomicznym, umożliwiając robienie większych zapasów mięsa, wypuszczając na rynek w miarę potrzeby, co wpływa dodatnio na regulowanie cen. Przy instalacji chłodniczej z łatwością może być zainstalowana mroźnia dla otrzymywania mięsa mrożonego i wyrobu sztucznego lodu z wody filtrowanej lub ze studni artezyjskiej, co przy niskich kosztach produkcji, ma ogromne znaczenie higieniczne w konsumpcji i używaniu lodu w celach leczniczych przez ludność całego miasta. Otóż zaledwie 77 rzeźni w państwie posiada chłodnie, czyli 8,6% ogólnej liczby, w tem jest w województwach zachodnich 60 chłodni, w województwach małopolskich 13 i zaledwie 4 na całym pozostałym obszarze.
5. Rzeźnie współczesne winny być murowane, ponieważ w drewnianych nie mogą być przeprowadzone koniecznie instalacje techniczne, oczyszczanie i dezynfekcja. Z tych względów materiał użyty na budowę rzeźni przeważnie decyduje o jej wewnętrznym urządzeniu, a tem samym zaspokojeniu normalnych wymogów sanitarnych. Ogółem posiadamy w Polsce 59% rzeźni murowanych, procent ten w województwach zachodnich wynosi 100%, w województwach małopolskich 69,8%, w pozostałych województwach tylko 44,8%, czyli w b. Królestwie i na Kresach posiadamy dotąd aż 268 rzeźni drewnianych.
6. Wreszcie zaznaczyć wypada, że tylko 16 rzeźni w Polsce posiada specjalne aparaty do przeróbki konfiskatów rzeźnianych, z tego połowa przypada na województwa zachodnie. W 698 rzeźniach, czyli w 78% ogólnej ilości stosuje się zakopywanie w ziemię konfiskat — zdajemy więc sobie sprawę ile marnuje się cennego materiału i to, że nie jest wykluczona pewna jego konsumpcja.

Szczupłe ramy niniejszego referatu nie pozwalają bardziej szczegółowo wykazać tego zaniedbania i prymitywności urządzeń, mających miejsce w 486 rzeźniach. Na zakończenie warto jednak przytoczyć, że w jednej z tych rzeźni jeszcze parę lat temu całą „mechanizację“ uboju bydła grubego stanowił orczyk, połączony linami przez szpary w suficie z drewnianym kołem, poruszaniem nogami przez robotników, znajdujących się na tej górnej antresoli. Obraz ten, tak jaskrawo przypominający pracę niewolników biblijnych, poruszających koła młyńskie, odbywał się w wieku XX w stolicy państwa — w rzeźni soleckiej w Warszawie!

Ten zastraszający, powiedzmy ponury bezwład sprawy rzeźnianej, szczególnie na obszarze obecnych 9 województw, musi jednak znajdować jakieś wytłumaczenie. Oczywiście winę przede wszystkim ponoszą ci, którzy bezpośrednio stykali się z całokształtem sprawy, a więc właściciele rzeźni; pośrednio przyczyniły się do tego warunki prawno-polityczne, czyli rząd zaborczy, któremu nie zależało na głębszem wniknięciu w potrzeby zdrowotne ludności i dlatego nie czyniono należytej selekcji przy rozdawaniu pozwoleń na otwieranie prywatnych rzeźni, t. zw. „bydłobójni“. W dalszym ciągu uświadomić sobie należy, że masy żydowskie żyjące zgodnie z talmudem i tradycją, od trzech tysięcy lat spożywające jedynie mięso koszerne, to znaczy przednie ćwiartki wołu rytualnie zabitego, po skasowaniu cechów rzeźniczych z upadkiem Rzeczypospolitej uchwyciły cały obrót mięsny w swoje wyłącznie ręce. Rzeźnie stały się ośrodkiem antyhigienicznym, były budowane i wyposażane źle, bez żadnej perspektywy i szerszych horyzontów handlowych, ażeby ciągnąć jedynie zyski doraźne. Zaś ludność chrześcijańska, która zwykła zadowolniała się tylnymi częściami rogacizny w dodatku przy rytualnym uboju odsprzedawanej po niższej cenie, konsumując i wieprzowinę, zadowolowała się powyższym stanem rzeczy, nie wnikając głębiej w wartość samego produktu.

Z chwilą scalenia trzech zaborów w jedno opłakany stan rzeźni b. Królestwa i Kresów występuje z tem większą jaskrawością, bolesne nawet budząc zestawienia, że w wielu wypadkach zmuszeni jesteśmy za obcy pieniądz i przez obcych ludzi wznosić najelementarniejsze urządzenia sanitarne miast, budować rzeźnie

i targowiska, jakby gdzieś w zapadłych kolonjach, należących do państw cywilizowanych. Jednak na przeszkodzie w zastosowaniu wszystkich współczesnych sposobów techniki uboju rogacizny, staje w wielu wypadkach nieubłagany rytuał religijny, co zmusza do nieco odmiennego traktowania kompleksu rzeźni w sposób kosztowniejszy, oraz pozbawia niektórych czynników czysto zdrowotnych. Mamy chociażby na myśli sprzeciw przetrzymywania tusz po uboju w chłodni, jak to ma naprz. miejsce od 3 lat po wybudowaniu nowej rzeźni na Pradze w Warszawie, gdzie dotąd ani jedna sztuka po uboju nie odbyła swego stygnięcia w niskiej temperaturze. Inny znów kahał z sąsiedniego miasta na to pozwala. Tu więc powstaje pytanie, czy ta sprawa trefienia mięsa nie wiąże się zbyt ciasno z problematem czysto ekonomicznym, gdy się zważy, że tusza, stygnąca dobę w chłodni wyparowuje, a temsamem nieco traci na wadze.

Również rozpatrzyć należy metodę rytualną z punktu zapewnienia mięsu jak największej odporności na procesy gnilne, przez zupełne skrwawienie. Otóż na mocy dokładnych badań, przeprowadzonych na dużej ilości zwierząt jednakowej wagi i wieku prof. North doszedł do wniosku, że bynajmniej przy uboju rytualnym, ilość otrzymanej krwi w procentowym stosunku do żywej wagi nie jest największa (3,6) i przewyższa go metoda uderzenia zwyczajnym młotkiem (3,61) i za pomocą maski Bruneau (3,65); tylko aparat strzelający dał stosunek mniejszy (3,24).

Dając wreszcie wyraz uczuciom humanitarnym, dążącym do zapewnienia zwierzęciu stracenia możliwie bezbolesnego i z szybką utratą przytomności, zwolennicy koszerne uboju powołują się na opinie bardzo licznych uczonych przyrodników, między którymi wyróżnia się odpowiedź słynnego anatoma Rou, że pragnąłby umrzeć taką samą lekką śmiercią jak zwierzęta, zabijane metodą rytuału żydowskiego, — oczywiście tego rodzaju argumentowanie trudno jest kwestjonować.

Z powyższego wynika, że w nowoczesnem kształtowaniu się rzeźni kwestja rytualnego uboju zawsze będzie jeszcze stwarzała pewne kolizje, zawsze będzie niepotrzebnie jątrzącym obydwie strony zagadnieniem, dopóki z tego środowiska tak wybitnie utilitarnego i tak ohydnie brutalnego, nie zostanie usunięty ten uprzywilejowany i wzniosły pierwiastek religijny. Uważamy, że

w dzisiejszym układzie stosunków sama kwestja uboju rytualnego, mimo całej jej niewspółczesności, nie może sięgać hamletowskiego — „być, albo nie być“ w tem ogólnem, wielkiem zagadnieniu, jakie ma przed sobą Polska w produkcji wytworów zwierzęcych, nie tylko dla swojej konsumpcji, ale z myślą o rynkach światowych, które na nią czekają, lecz wymagają wartościowego towaru. Jednak stwierdzamy, że dla osiągnięcia powyższego z uboju rytualnego i ze sposobu późniejszego konserwowania tusz powinny być usunięte te momenty, które w jakimkolwiek bądź procencie mogą obniżać jakość i zdrowotność produktów, pochodzących z uboju

Zważywszy, że na 1.000 ha. ziemi ornej, łąk i pastwisk przypada w Polsce sztuk bydła, owiec i świń mniej, niż jest w Rumunii, Czechosłowacji, Niemczech, Francji, Anglii, Danji, St. Zjednoczonych, że stosunek bydła zarodowego w stosunku do ogólnej liczby jest w Polsce kilkakrotnie niższy, niż w Szwecji, Niemczech i Holandji, że przy posiadaniu odpowiednich ras świń znakomicie może się rozwinąć eksport bekonów do kilku milionów sztuk rocznie, dochodzimy do wniosku, że wszelkie te operacje rozwojowe handlu mięsem w kraju wybitnie rolniczym są jego naturalną konsekwencją i muszą z konieczności oprzeć się na dośkoniałych warsztatach przetwórczych. Przy racjonalnej i umiejętnej gospodarce rzeźnie w szybkim tempie mogą zamortyzować wszelkie włożone weń celowo kapitały i stać się intratnym funkcjonującym przedsiębiorstwem, nie tylko dla dobra lokalnego, ale ogólnie państwowego. Cały ten aparat z punktu właściwych urzędzeń sanitarnych jest już dziś tematem bardzo rozległym, t. też poniżej przystępujemy do omówienia zaledwie kilku kwestyj, naszym zdaniem może najistotniejszych, które ze względu na pewien ruch ujawniający się na terenie b. Królestwa co do budowy nowych rzeźni, stają się również aktualne.

Podstawą dobrze zaprojektowanej rzeźni jest prawidłowo ukształtowany plan sytuacyjny całości, biorący pod uwagę kierunek dostarczania bydła drogą zwykłą lub kolejową, skoncentrowanie gromadzenia bydła na targowisku hodowlanem, skąd bydło przeznaczone na ubój przechodzi na targowisko rzeźniane, tam podlega wstępnej oględzinom lekarskim i podejrzone lub chore usuwane jest do stacji sanitarnej w celu obserwacji lub uboju. Bydło zdrowe marnuje się w otwartych lub zakrytych stajniach, przechodzi

przez wagi i drogami najkrótszemi i nie krzyżującemi się między sobą, trafia do odnośnych hal ubojowych. Z hal otrzymane tusze rogacizny i nierogacizny na górnych wózkach, toczących się po szynach pod sufitem, przesuwają się do korytarza ostygawczego, stanowiącego jakgdyby krytą uliczkę, dzielącą kompleks pomieszczeń przeznaczonych dla uboju, czyszczenia flaków i kiszek, badań lekarskich, szatni robotników i t. d. od pomieszczeń przechowywania mięsa, a więc przedchłodni, chłodni, mroźni, wyrobu sztucznego lodu, bekoniarni, sali maszynowej chłodniczej i kotłowni. Z tegoż krytego korytarza, w godzinach nie kolidujących z okresem stygnięcia w nim tusz, odbywa się załadunek produktu mięsnego na wozy.

W odpowiednim miejscu od strony ubojowej mięsicię się powinny pomieszczenia opróżniania trzew bydła grubego, gnojówka, skład skór, solarnia i t. p. Należy unikać, ażeby kierunek przeważających wiatrów w danej miejscowości nie nadmuchiwał przykrych zapachów z tych ubikacyj do zasadniczych pomieszczeń rzeźni.

Niemalą też rolę stanowi prawidłowa orientacja poszczególnych pomieszczeń względem stron świata, gdyż osłonecznienie jednych i pozbawienie promieni słońca drugich, łączy się z celowością i higienicznością dokonywanych czynności.

W celu zapewnienia nowowznoszonej rzeźni na długie lata prawidłowego funkcjonowania, należy całość terytorjum tak rozplanować, ażeby wszystkie ważniejsze części składowe budynku miały możność najłatwiejszej rozbudowy, drogą dobudowy, to znaczy przedłużania tych samych pomieszczeń. Najtrudniejszym zadaniem jest zapewnienie rozwoju pomieszczeniom, zgrupowanym od strony wewnętrznego korytarza krytego, jak naprz. rozmaitym szatniom robotników i rzeźników; to też o ile poprzednie elementy rzeźni mogą być rozszerzane w kierunku poziomym, to dla tych ostatnich należy przewidywać w przyszłości rozbudowę w pionie — przez nadbudowę.

Na te momenty czysto budowlane musi być zwracana baczna uwaga, gdyż lekceważenie lub nieumiejętne ukształtowanie tego zasadniczego „jądra“ rzeźni, niechybnie pociągnie za sobą w przyszłości wielkie trudności i koszty budowlane lub zmniejszenie walorów sanitarnych całości, co do których właśnie będą wymogi i tak coraz więcej wzrastać, a nie maleć.

Ażeby oględziny weterynaryjne dokonywane bezpośrednio po uboju w halach odbywały się możliwie jak najdokładniej, należy im zapewnić, pomimo dostatecznej wolnej przestrzeni i oświetlenia, jeszcze możliwą czystość i bezmglistość powietrza. To ostatnie zmusza nas do starannego zabezpieczenia hal od chłodu w czasie zimy, stosując nie tylko centralne ogrzewanie, lecz też tłocznie mechaniczne suchego, gorącego powietrza. W przeciwnym razie praca odbywa się w nieprzeniknionej mgłę, utrudniając dozór ogólny, przestrzeganie czystości, dokładność badania. Dotyczy to również hal z ubojem nierogacizny, kiszczarki lub flaczarki. Kłęby pary, unoszące się nad kotłami do parzenia, oraz kadziami powinny być wsysane przez znajdujące się nad nimi okapy, lub wdół, w przestrzeń podwójnego boku kotła — jednocześnie musi się odbywać tłoczenie suchego powietrza z intensywnością zamiany powietrza sześć lub dziesięciokrotnie na godzinę.

Pożądaną inowacją przy uboju bydła grubego byłoby wprowadzenie oddzielania skóry od tuszy przez posiłkowanie się nie nożami, lecz sprężonym powietrzem, które, wydostając się z odpowiedniej długości wąskiej szparki, siłą swego uderzenia zastępowałoby działanie ostrza noża, co częstokroć powoduje uszkodzenie samej skóry i obniża jej wartość. Prób uboju podobnym patentowanym aparatem wyrobu francuskiego dokonywano już w rzeźni warszawskiej.

Drugim niezmiernie ważnym ulepszeniem stać się powinno zreformowanie obecnego bicia świń za pomocą ogłuszania tępyim młotem. Otóż w wielu już rzeźniach niemieckich wprowadzane jest porażanie świń prądem elektrycznym, aparatem - pułapką systemu Kitta. Przyrząd ten, żelaznej budowy, składa się z krótkiego wejścia, umieszczonego na 1,20—1,50 m. ponad podłogą hali, które przechodzi w pochyłą powierzchnię. Świnia pchnięta z góry na tę pochylnię stacza się miarowo, głowa jej trafia w zwężenie, które akurat do niej pasuje i dzięki temu wtłoczeniu jest w zupełności unieruchomiona. W tym momencie może nastąpić włączenie prądu elektrycznego (stałego), bynajmniej nie zabijającego, lecz który powoduje zapadnięcie zwierzęcia w stan tak zwanego „snu elektrycznego“. Następnie za pomocą dźwigni otwiera się dolna kłapa i świnia wolno zsuwa się na podłogę, gdzie już znajdując się ciało w stanie odurzonym, z największą dokładnością

ścią może być zakłuta lub poderżnięta przez rzeźnika. Cennym tu jest już nie tylko sposób humanitarnego zabijania, lecz możliwość obfitego skrwawienia i znaczna wydajność aparatu, albowiem przy odpowiedniej wprawie i ciągłości podawania można zabijać do dwustu sztuk na godzinę.

Pomijam bliższe omawianie momentów rytualnego uboju byłła grubego, po którym to akcie oprawianie odbywa się we współczesnych rzeźniach na kabłąkach, uruchomianych ręcznymi dźwigarkami, przeładowywanie automatyczne w powietrzu tuszy na górny wózek, po drodze do korytarza ostygawczego ważenie tej tuszy łącznie z wytarowanym wózkiem na specjalnych wagach, wreszcie zdejmowanie i opuszczanie na ziemię ćwiartek wysoko zawieszonych na trójramiennych hakach. Wszystko to zmierza do zaoszczędzenia pracy i czasu, głównie zaś do przetransportowania tusz rogacizny, cieląt i świń w stanie wolnym, zawieszonych w powietrzu przy minimalnem jedynie zetknięciu się z ręką ludzką.

To też w hali hurtowej sprzedaży mięsa przy rzeźni warszawskiej zostały również zainstalowane na korytarzach przy jatkach wagi kroksztynowe, umocowane na ścianach, które zastępują zwykłe wagi dziesiętne stawiane na podłodze lub stołach; w ten sposób unika się kładzenia mięsa na platformę wag o wątpliwej czystości, a nieraz nawet z drzązgami.

Również mięso przywozowe podlegające ponownym oględzinom lekarskim zawieszane jest odrazu na specjalne trójkołowe wózki-wieszaki i w ten sposób odbywa swe krążenie po rzeźni, chłodni, wreszcie w hali hurtu wózki te służą za ruchome jatki. Rzeczą jest oczywistą, że wszelkie tego rodzaju manipulacje z mięsem przy innej metodzie transportowej przyczyniłyby się w stopniu znacznym do zmniejszenia jego wartości.

Na zakończenie wspomnieć wypada, że i na ubrania samych pracowników rzeźnianych zwrócona powinna być należyta uwaga: szatnie dla nich muszą składać się z ruchomych wieszaków umocowanych do drutu, przerzuconego przez bloczek, osadzony w suficie i w podłodze. Dzięki temu prostemu mechanizmowi, ubrania, pozostawiane w rzeźni po pracy, wiszą luźno i wysoko pod sufitem, dobrze przesykają i stan ich każdej chwili jest do skontrolowania przez dozór miejscowy.

Dr. med. Piotr Mężyński.

Rola poradni dla matek

w związku z przeprowadzoną ankietą o przebytych ciążach, porodach i położach w 1927 roku na terenie przedmieść Warszawy: Mokotowa, Sielec i Czerniakowa.

Celem niniejszej pracy jest chęć wyjaśnienia, w jakim kierunku powinna iść działalność poradni dla matek ciężarnych na podstawie doświadczenia w Ośrodku Zdrowia przy ul. Puławskiej 91.

W działalności dotychczasowej poradni dla matek ciężarnych we wspomnianym Ośrodku Zdrowia dawała się zauważyć zbyt niska liczba udzielanych porad, zgłaszającym się do poradni. W ciągu roku 1927 znajdowało się pod opieką poradni 75 kobiet ciężarnych na ogólną liczbę 274 kobiet, (75 kobiet ciężarnych + 199 chorych ginekologicznych).

Tymczasem według Rocznika Statystyki m. st. Warszawy za rok 1927 zarejestrowano następującą ilość urodzeń na wyżej wymienionym terenie:

w komisarjacie XVI — noworodków żywych 698, martwych 11

w komisarjacie XX — noworodków żywych 460, martwych 12

w komisarjacie XXI — noworodków żywych 100, martwych 5

Razem noworodków żywych 1258, martwych 28

Ogółem urodzeń 1284.

By jak najdokładniej wyświetlić sprawę małej frekwencji w poradni, oraz warunków odbywania porodów na terenie wyżej wymienionej dzielnicy, przystąpiłem do przeprowadzenia statystyki urodzeń dzieci w roku 1927 (kwestjonariusz załączony).

Korzystałem z materiałów bezpośrednich, czyli z ksiąg chrztów w parafjach Mokotowskiej i Czerniakowskiej, a także z aktów urodzeń dzieci żydowskich, spisywanych w odpowiednich Komisarjatach Policji (XVI, XX i XXI). Po ustaleniu adresów matek zostały przeprowadzone wywiady domowe przez pielęgniarki społeczne Ośrodka Zdrowia.

Wywiadów dokonano 500 i wypełniono tyleż kwestjonariuszy.

Zebrane dane odtwarzają realny obraz ciąży, porodu i położa na terenie Mokotowa, Sielec i Czerniakowa.

Z zestawienia otrzymałem szereg danych, dotyczących wieku

PHOSPHIT
WZMACNIA
I
HARTUJE
SYSTEM NERWOWY
MIĘŚNIOWY

SPOSÓB UŻYCIA:
3-4 RAZY DZIENNIE
PO 1-2 KAPSUŁKI po JEDZENIU

zby

”

”

”

”

”

co wy-

żydó-

ało się

obrotni-

cowało

Kasie

kobiet,

i 2,4%

nartwo

% przy

gał bez

podaje,

ch dłu-

18,8%,

meżne,

położ-

ledwie

bie 376

z leka-

zwaną

b, czyli

w 1%, poród odbył się bez niczyjej pomocy. Niezadługo przed

Dr. med. Piotr Mężyński.

w z
po
Cel
runku i
podstaw
W
we wsp
nikła li
W ciągu
ciężarny
199 cho
Ty
rok 192
mienion
w
w
w
By
w pora
wymien
urodzień
Kc
w para
urodzień
sarjatac
zostały
łeczne
W

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

PHOSPHIT

ORGANICZNY ZWIĄZEK FOSFORU, OTRZYMYWANY Z NASION OLEISTYCH.

Fosfor organiczny jest nieodzownym składnikiem każdej zdrowej komórki zwierzęcej, przyczem na poszczególne narządy ciała ludzkiego przypada $P_2 O_5$:

	W stosun- ku do wagi całkowitej w %/o	W stosun- ku do popiołu w %/o	W stosun- ku do wagi całkowitej w %/o	W stosun- ku do popiołu w %/o
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. Zółć . . .	0,84

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

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

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

Ostatnimi czasy słusznie podkreślano wybitną wartość fosforu w okresie ćwiczeń sportowych.

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

Zelazko
na terenie Mokotowa, Siele i Czerniakowa.

Z zestawienia otrzymałem szereg danych, dotyczących wieku kobiet ciężarnych:

do 20 lat było kobiet 21, co stanowi	4,2 ^o / _o	ogólnej liczby		
od 20-tu do 25-ciu lat — 138 czyli	27,6 ^o / _o	„	„	
od 25-ciu do 30-tu lat — 172 czyli	34,4 ^o / _o	„	„	
od 30-tu do 35-ciu lat — 93 czyli	18,6 ^o / _o	„	„	
od 35-ciu do 40-tu lat — 58 czyli	11,6 ^o / _o	„	„	
po 40-tu latach — 18 czyli	3,6 ^o / _o	„	„	

Zamężnych było 484, czyli 96,8^o/_o, niezamężnych 12, co wynosi 2,4^o/_o, wdów 4, czyli 0,8^o/_o.

Według wyznań było chrześcijańek 485, czyli 97,2^o/_o, żydówek 14, czyli 2,8^o/_o.

Na ogólną liczbę 500 kobiet 438, czyli 87,6^o/_o zajmowało się tylko gospodarstwem domowym (są to przeważnie żony robotników i rzemieślników), natomiast 62, co stanowi 12,4^o/_o, pracowało zawodowo. 372 kobiety, czyli 74,4^o/_o, były ubezpieczone w Kasie Chorych, lub innej instytucji pomocy lekarskiej. U 488 kobiet, czyli 96,6^o/_o, ciąża przebiegała prawidłowo, u 12 zaś, czyli 2,4^o/_o, były różne powikłania.

Porodów przedwczesnych było 8, co stanowi 1,6^o/_o, martwo urodzonych płodów było 9, czyli 1,8^o/_o.

Siłami natury odbyło się 469 porodów, co wynosi 93,8^o/_o przy pomocy zabiegów 31, czyli 6,2^o/_o. Okres połogowy przebiegał bez gorączki u 425, czyli 85^o/_o, natomiast 75 kobiet, czyli 15^o/_o, podaje, że miały krótkotrwałe gorączki i tylko w kilku wypadkach długotrwałe.

W zakładach położniczych rodziły 44 kobiety, czyli 18,8^o/_o, natomiast 406 kobiet, czyli 81,2^o/_o odbyło poród w domu.

Zaznaczyć należy, że wszystkie kobiety ciężarne niezamężne, stanowiące 2,4^o/_o ogólnej liczby, odbyły poród w zakładach położniczych, z zamężnych zaś odbyło poród w zakładach zaledwie 16,4^o/_o.

Przeważnie wszystkie kobiety rodzące w domu w liczbie 376 odbyły poród z akuszerką, co tworzy 75,2^o/_o przypadków, z lekarzem i akuszerką w 37 wypadkach, co stanowi 7,4^o/_o, z tak zwaną babką w 1 wypadku, czyli w 0,2^o/_o; w 5 zaś przypadkach, czyli w 1^o/_o, poród odbył się bez niczyjej pomocy. Niezadługo przed

porodem brały kąpiel: w zakładach kąpielowych 93 kobiety, czyli 18,6%, w zakładach położniczych 94, czyli 18,8%, w domu 132, czyli 26,4%, reszta zaś kobiet, czyli 36,2% wcale nie kąpały się i jak można sądzić z dokonanych wywiadów, podczas całego okresu ciąży również z kąpiele nie korzystały.

407 kobiet, czyli 81,4% miało czystą, wygotowaną bieliznę na poród, 93 kobiety, czyli 18,6% takiej bielizny nie posiadało.

Pępowina była przewiązana tasiemką wyjąłową w 495 przypadkach, co stanowi 99%, natomiast w 5 przypadkach, czyli 1%, tasiemką niewyjąłową.

328 położnic, czyli 65,6% wstało po porodzie po tygodniu, 150, czyli 30% przed tygodniem, t. j. na 3—5 dzień, 22, czyli 4,4% po paru tygodniach. Pracą zajęły się po tygodniu 175, czyli 35% kobiet, po 2 tygodniach 299, czyli 59,8%, po 4 tygodniach i więcej 46, czyli 9,2%.

Podczas ciąży z opieki lekarskiej w Kasie Chorych korzystało 255 kobiet, czyli 51%, z poradni dla matek ciężarnych 7,6%, nie korzystało wcale z opieki lekarskiej 207 kobiet, czyli 41,4%.

Co do urlopu przed i po porodzie, to korzystało z niego tylko 21 kobiet, czyli 4,2%, pracujących zawodowo w instytucjach państwowych lub miejskich; reszta kobiet, pracujących zawodowo, lecz prywatnie, nie korzystała wcale z urlopu. Kobiety zaś, zajmujące się gospodarstwem domowym, pracowały do ostatniej chwili i wracały do pracy bezpośrednio po wstaniu z łóżka.

W związku z przebytą ciążą 133 kobiety, czyli 26,6%, skarżyły się na pogorszenie stanu zdrowia, 433, czyli 86,6% czuły się dobrze. To pogorszenie zdrowia jest prawdopodobnie wynikiem złych warunków, gdyż jak to widać z zestawienia, prawie wszystkie kobiety do samego porodu pracują, i to ciężko, a na 12,4% kobiet, pracujących poza domem, tylko 4,2% korzystało z urlopu. Ważnym czynnikiem zmuszającym kobietę do pracy aż do samego porodu i do wznowienia pracy w kilka dni po porodzie, okazały się złe warunki materialne, w niektórych zaś przypadkach brak uświadczenia większości kobiet w kwestji djetetyki ciąży, porodu i położu, oraz niehigieniczne warunki otoczenia.

Dzieci pozostało przy życiu 434, czyli 86,8%, zmarło 66, czyli 13,2%.

Pod opieką poradni dla niemowląt znajdowało się 44,8⁰/₀, czyli 224 dzieci.

Przyczyny, dla których kobiety nie odbyły porodu w zakładzie położniczym, zostały przez nie same podane w sposób następujący:

- nie chciało — 130 kobiet, czyli 26⁰/₀,
- nie miało zaufania do szpitali — 76, czyli 16,2⁰/₀,
- nie miało z kim zostawić dzieci — 50, czyli 10,0⁰/₀,
- bała się — 35, czyli 7⁰/₀,
- nie zdążyło — 29, czyli 5,8⁰/₀,
- miało odpowiednie warunki w domu — 18, czyli 3,6⁰/₀,
- nie miało pieniędzy na opłacanie zakładu — 17, czyli 3,4⁰/₀,
- nie podoba się szpital — 13, czyli 2,6⁰/₀,
- maż nie chciał — 11, czyli 2,2⁰/₀,
- nie chciała matka, lub rodzina — 7 czyli 1,4⁰/₀,
- wstydziło się — 6, czyli 1,2⁰/₀,
- nie chciało z powodu złego odżywiania — 3, czyli 0,6⁰/₀,
- nie chciało z powodu dużej ilości praktykantów — 1, czyli 0,2⁰/₀,
- nie chciało z powodu złego obchodz. się person. — 2, czyli 0,4⁰/₀,
- nie chciało z pow. niemożn. odwiedz. przez rodz. — 1, czyli 0,2⁰/₀,
- bało się zamiany dziecka — 1, czyli 0,2⁰/₀,
- nudno w zakładzie — 1, czyli 0,2⁰/₀.

Z powyższych danych wynika, że bardzo nieznaczna liczba odpowiedzi świadczy o rzeczywistej niemożności odbycia porodu w zakładzie położniczym. Są to następujące odpowiedzi: nie zdążyło — 5,8⁰/₀, nie miało z kim dzieci zostawić — 10,0⁰/₀, oraz nie miało pieniędzy na opłacenie zakładu 3,4⁰/₀, czyli łącznie tylko w 18,2⁰/₀ przypadków była konieczność odbycia porodu w domu; w 3,6⁰/₀ przypadków była możliwość odbycia porodu w domu (odpowiednie warunki mieszkaniowe), w reszcie zaś przypadków, t. j. w 77,2⁰/₀ była wyraźna niechęć udania się do zakładu położniczego, wywołana najrozmaitszemi przyczynami, szczegółowo wyłuszczone mi w odpowiedziach. Widzimy więc, jaki ujemny stosunek do zakładów położniczych panuje wśród ogółu ludności.

Jedynie po usunięciu najdrobniejszych nawet braków w nich i przy energicznej propagandzie ze strony poradni dla matek ciężarnych spodziewać się będzie można zwiększenia porodów w zakładzie.

Z zestawienia danych o warunkach mieszkaniowych kobiet ciężarnych wynika:

398 kobiet, czyli 79,6%	miało 1 izbowe mieszkanie,
78 kobiet, czyli 15,6%	miało 2 izbowe
24 kobiety, czyli 4,8%	miały 3 izbowe
o 1 oknie było 324 mieszkania, czyli 64,8%	
o 2 oknach było 123	„ czyli 24,6%
o 3 i więcej było 53	„ czyli 10,6%
naftowe oświetlenie było w 424 mieszk., co wynosi 84,8%	
elektryczne	„ było w 73 „ 14,6%
gazowe	„ było w 3 „ 0,6%

Przeciętnie zamieszkiwało w 1 izbie po 4—6 osób, czasem zaś ilość ta dochodziła do 11 osób w izbie (naprzykład 3 kobiety + 2 mężczyzn + 6 dzieci). Sprzęty domowe w żadnym wypadku nie były usuwane z pokoju rodzącej.

Osoby zamieszkujące usuwały się do rodziny:

w 24 przypadkach co stanowi 4,8%,	
w 30	„ czyli 6% — do drugiej izby,
w 144	„ czyli 28,8% — do sąsiadów,
w 5	„ czyli 1% — na podwórze,
w 23	„ czyli 4,6% — byli w zajęciu.

W reszcie zaś przypadków, wynoszących 30,8% osoby zamieszkujące, a więc mężczyźni, kobiety i dzieci, nigdzie się nie usuwali i byli obecni przy porodzie.

Przytoczona statystyka, oparta na 500 przypadkach jest może niewystarczająca, żeby z całą pewnością wyciągać wnioski, jednak daje możliwość zorientowania się w jakich warunkach kobiety odbywają poród na przedmieściach Warszawy i w jakim kierunku powinna iść opieka nad macierzyństwem, czyli działalność poradni dla matek.

W świetle przytoczonych liczb trzeba z konieczności dojść do przekonania, że poradnia dla matek ma szerokie pole działania. Czynione wywiady bezwzględnie przyczynią się do zwiększenia frekwencji, gdyż wiele z odwiedzanych matek nie wie wcale o istnieniu poradni i jej zadaniach.

Jak wynika z ankiety, 51% kobiet ciężarnych udaje się po jednorazową poradę do lekarza Kasy Chorych, lub innej instytucji

i gdyby lekarze zechcieli skierowywać ciężarne kobiety do porad, dni, frekwencja znacznie by się zwiększyła; przypuszczać należy że pod wpływem stałych pogadań z lekarzem poradni i pielęgniarką odsetek 36,2% niekapanych w okresie ciąży znacznie by się obniżył i nie byłoby 18,6% przypadków braku czystej bielizny na poród.

Stała opieka poradni dla matek wyrwie niejedną z kobiet na czas porodu i położu z okropnych antyhigienicznych warunków, w których się znajduje. Wówczas 79,6% kobiet rodzących w domu w 1 pokojowym mieszkaniu, o 1 oknie i o naftowym, niedostatecznym oświetleniu zmniejszy się na korzyść porodów w zakładach, a wygra na tem zdrowie rodzącej, spokój otoczenia i moralność dzieci.

Wobec powyższego staje się jasnym jak powinna być zorganizowana praca poradni dla matek ciężarnych, by sprostać swemu zadaniu, t. j. racjonalnej opiece nad macierzyństwem.

Praca ta powinna iść w kilku kierunkach, a mianowicie propagandy, opieki higieniczno-lekarskiej, opieki społecznej.

Propaganda polegać powinna na jak najszerszem uświadamianiu matek o znaczeniu higieny ciąży, porodu i położu dla zdrowia samej kobiety, jako też i dla jej nowonarodzonego dziecka, oraz o złych skutkach poronień. Cel ten osiągnąć można przy pomocy odczytów, oraz wskazówek dawanych podczas porad przez lekarza, oraz w domu przez pielęgniarkę. By stosowanie zasad higieny ciąży i położu znalazło zrozumienie wśród najbliższego otoczenia kobiet ciężarnych, należałoby urządzać odczyty również i dla mężów. W celu werbowania przyszłych matek należy notować śluby z ksiąg parafjalnych i komisariatów policji, a potem pod adresem młodych małżeństw wysyłać zaproszenia na odczyty,

Następnie koniecznym jest nawiązanie kontaktu ze wszystkimi instytucjami, pracującymi na terenie działalności poradni. w zakresie opieki nad macierzyństwem i skoordynowanie pracy.

W kierunku opieki higieniczno-lekarskiej praca poradni polegać powinna na szczegółowym badaniu stanu zdrowia ciężarnej wraz z badaniami moczu, krwi i t. d., oraz udzielaniu pouczeń o higienie ciąży, porodu i położu, odwiedzaniu ciężarnej w domu przez pielęgniarkę. Należałoby również prowadzić kartki specjalne które pozostawałyby u ciężarnych i były przynoszone każdorazowo

na badanie; na tych kartkach odnotowywałoby się różne dane, dotyczące się stanu zdrowia ciężarnej podczas całego okresu ciąży, wyniki badań krwi, moczu i t. d. Kartki te zabierałyby z sobą ciężarne, udające się do zakładów położniczych dla odbycia porodu, lub przedstawiałyby lekarzowi, zawezwanemu na poród do domu.

Na kopercie karty winny być umieszczone adresy wszystkich zakładów położniczych wraz z ich telefonami.

Do ulepszenia warunków higienicznych przy odbywaniu się porodów w domu przyczyni się znacznie urządzenie stacji do wyjąławiania środków opatrunkowych oraz bielizny porodowej, wydawanych położnym, przyjmującym porody w domu. O stacji sterylizacyjnej należałoby powiadomić wszystkie położne, pracujące na terenie działalności poradni, by z niej korzystały. Oprócz tego należałoby nawiązać kontakt z zakładami położniczymi.

W kierunku opieki społecznej praca poradni polegać powinna na nawiązaniu kontaktu z różnymi instytucjami opieki nad matką i dzieckiem, w pierwszym zaś rzędzie ze schroniskiem dla bezdomnych ciężarnych, oraz z instytucjami zarobkowymi, celem umieszczenia ciężarnych przed porodem, oraz po porodzie. Wobec prawie całkowitego braku podobnych instytucyj (istnieje schronisko na Grochowskiej 139, oraz tworzy się drugie w Marcelinie), poradnie dla kobiet ciężarnych powinny domagać się najrychlejszego tworzenia domów dla matek. Oprócz tego należałoby przy każdym zakładzie położniczym mieć sale dla ciężarnych.

W celu przjęcia z pomocą niezamożnym, poradnia powinna nawiązać kontakt z opieką społeczną, któraby pokrywała koszty pobytu w zakładzie położniczym, przewiezienie do zakładu i do domu, wydawała bony na mleko, udzielała zapomóg na polepszenie odżywiania. W razie niemożności umieszczenia ciężarnej w zakładzie, powinna ona mieć zapewnioną pomoc fachową w domu, oraz dostarczone niezbędne przy porodzie przedmioty (wyprawki dla niemowlęcia, materiał wyjąławiony i t. d.).

Umieszczanie dzieci na czas nieobecności matki w żłobkach lub ochronach w wielu przypadkach wpłynęłoby na udanie się matki do zakładu położniczego dla odbycia porodu.

Koniecznym jest również kontakt poradni z biurem porad prawnych, które udzielałoby wskazówek opuszczonym matkom w sprawach, dotyczących się alimentów i t. d.

Dla podkreślenia wielkiej roli kobiety matki w życiu rodziny i społeczeństwa należałoby stale co rok urządzać uroczystość „Dnia Matki“.

Wówczas kiedy wyszczególnione zamierzenia zostaną wprowadzone w życie, kobieta poczuje, że nad jej macierzyństwem istnieje prawdziwa opieka.

N^o

I-sza MIEJSKA STACJA HIGJENY ZAPOBIEGAWCZEJ.

EWIDENCJA PORODÓW ZA ROK 1927.

I. Dane o matce dziecka urodzonego w roku 1927.

1. Data urodzenia matki 2. Stan cywilny
3. Wyznanie 4. Zajęcie 5. Ilość godzin pracy dziennej. 6. Czy jest członkiem Kasy Chorych lub innej instytucji zapewniającej pomoc lekarską?

II. Dane o ciąży, porodzie i połogu w roku 1927.

1. Czy ciąża w roku 1927 przebiegała prawidłowo?
2. Czy nie było przedwczesnego porodu lub martwo urodzonego płodu?
3. Czy poród się odbył samoistnie, czy przy pomocy operacji?
4. Czy połów się odbył z gorączką, czy bez gorączki?
5. O ile była gorączka, to na który dzień po porodzie się zjawiała?
i w ciągu ilu dni trwała?
6. Czy poród się odbył w zakładzie, czy w domu
7. Kto był obecny przy porodzie (lekarz, akuszerka, babka, nikt?
8. Kiedy ostatni raz przed porodem położnica była kąpana i gdzie?
9. Czy miała przygotowaną czystą (wygotowaną i wyprasaną) bieliznę na poród?

10. Czem była przewiązana pępowina?
11. Którego dnia po porodzie położnica wstała?
12. Którego dnia po porodzie zajęła się pracą?
13. Czy korzystała z opieki lekarskiej przed porodem?
gdzie?
14. Czy miała urlop przed porodem i po porodzie i na jak
długo?
15. Czy są skargi na obecny stan zdrowia po ostatnim
porodzie i jakie?
16. Czy dziecko urodzone w roku 1927 żyje i czy jest po
opieką lekarza przychodni dla niemowląt?
17. Przyczyny dla których nie mogła odbyć porodu w rok
1927 w zakładzie?
18. Przyczyny dla których poród odbył się w domu bez
lekarza, akuszerki lub babki?

III. *Dane o warunkach mieszkaniowych matki dziecka urodzoneg
w roku 1927.*

1. Z ilu izb składa się mieszkanie?
2. Ile jest okien w mieszkaniu?
3. Jakie oświetleni
wieczorem (elektryczność, gaz, nafta)?
4. Ile zamieszkuje stale mężczyzn? kobiet? . .
dzieci?
5. Dokąd usuwała się reszta osób zamieszkałych na cza
porodu i na jak długo?
6. Czy zbędne sprzęty zostały usunięte i kiedy z pokoju
w którym odbywał się poród?

Data

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Ochrona Zdrowia Publicznego w wojew. Białostockiem.

Referat wygłoszony na Zjeździe Starostów woj. Białostockiego w d. 5 lutego 1927 r. przez Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Z. Brodowicza.

Zdrowie Publiczne zależne jest od stosunków i pracy w kilku kierunkach. Przedewszystkiem od stosunków ogólnie zdrowotnych, od należytego postawienia i układu warunków higienicznych, poza tem od sprawnego lecznictwa, należytej walki z chorobami zakaźnymi, od zwalczania i zapobiegania chorobom społecznym i należytego wychowania pod względem fizycznym młodego pokolenia.

Należy się przyznać, że w żadnej z tych dziedzin stosunki nie stoją na terenie województwa białostockiego na należytych poziomach, chociaż w roku ubiegłym daje się zauważyć znaczny we wszystkich kierunkach postęp.

Szpitaly w większości naszych powiatów nie odpowiadają wymogom nauki, nie są urządzone jak należy. W wielu powiatach właściwie niema szpitali wcale, są domy mieszkalne zamienione na składnice chorych ciał ludzkich i tylko zawdzięczając wyleżonej pracy lekarzy rezultaty lecznictwa są znośne. Widzimy w tych szpitalach brak zupełny izolacji chorych zakaźnych i nie dziwnego, że chorzy przybywszy do szpitala z jedną chorobą w czasie pobytu w szpitalu zapadają na inne, któremi zakazili się w samym szpitalu. Niema podziału szpitala na część męską i żeńską, często kobiety leżą obok mężczyzn, a to jest niedopuszczalne. Tak się dzieje w powiatach, gdzie szpitale nie zostały jeszcze wybudowane.

W innych znów powiatach szpitale są nawet pod względem lokalu niezłe, jednak i tam izolacji chorych zakaźnych niema, bo oddziały urządzone są wadliwie i w wypadku ostro zakaźnej choroby wszystkie inne oddziały powinny być nieczynne z obawy przeniesienia zarazki na chorych niezakaźnych.

W większych miastach województwa widzimy jeszcze inne strony ujemne. Oto np. mamy kilka szpitali w niewielkich budynkach urządzonych źle, po 30 — 20 miejsc w każdym dla rozmaitych chorób. W takim szpitalu jest naczelnny lekarz, obsługa kuchni,

często oddzielny intendent, duża stosunkowo ilość obsługi pielęgniarskiej, czyli innymi słowy ogromne wydatki administracyjne produkcyjnie wydawane, kiedy natomiast skomasowani tych szpitali, t. j. urządzenie jednego dużego szpitala z kilku oddziałami dałoby oszczędność materialną i daleko wydatniejszą pomoc leczniczą.

W jednym i tem samym mieście urządzi się kilka szpitali dla tej samej kategorii chorych, w każdym z nich wydatki na ten sam cel są kolosalne, a rezultat jest gorszy aniżeli mógłby być gdyby jeden z nich, przeznaczony na tę specjalność, był należycie zaopatrzony i w środki lecznicze i w siły fachowe. Dzieje się to często wbrew logice, a tylko dla dogodzenia fałszywej ambicji narodowościowej lub politycznej. Dla przykładu podam szpital w Suwałkach. Szpital miejski i żydowski właściwie stanowią jedną całość i znakomicie nadawałyby się do połączenia. Doskonale możnaby też tam urządzić w jednej części kilka oddziałów izolowanych, w drugiej szpital ogólny z chirurgją, akuszerją i chorobami wewnętrznymi. Nie mogą się pogodzić narodowość żydowska z polską i na tem cierpią chorzy tak polacy jak i żydzi.

Drugi przykład Grodno. Mamy tu cały szereg szpitali miejski ogólny, miejski zakaźny, miejski weneryczno-psychiatryczny, każdy w innym lokalu, w innej dzielnicy miasta, mamy szpital sejmikowy i okręgowy wojskowy, który również przyjmuje chorych cywilnych i wreszcie szpital żydowski. W każdym z 4 szpitali są oddziały chirurgiczne. Nie dotykając wcale szpitala wojskowego zapytam poco w Grodnie aż 3 oddziały chirurgiczne, kiedy dobrze urządzony oddział chirurgiczny szpitala sejmikowego najzupełniej byłby wystarczający dla całego Grodna i okolic nie tylko grodzieńskiego powiatu, ale nawet powiatów sąsiednich. Koszt utrzymania oddziału chirurgicznego jest bardzo wielki i bardzo dużo zaoszczędziłyby związki komunalne, gdyby wspólnie podjęły wysiłek utrzymania tylko jednego szpitala chirurgicznego, ale należycie zaopatrzonego. Trudno przypuszczać aby w takim Grodnie mogło się utrzymać kilku wybitnych chirurgów, więc o ile w jednym ze szpitali taki chirurg się znajdzie w innych będą partacze i rezultat leczenia będzie pozostawiał dużo do życzenia. Należy skasować niepotrzebne oddziały w trzech

szpitalach, rozwijając należycie ten oddział, który jest w jednym z nich najwięcej do tego odpowiedni.

Należy dążyć do tego, aby szpitalne oddziały były obok siebie, aby nie było kilku drobnych składnic na chorych, a większe jednostki szpitalne z najrozmaitszemi oddziałami; wygra na tem chora ludność i wygrają związki komunalne, które się zespolą dla zorganizowania takiego szpitala. Szpital taki będzie mógł obsłużyć nie tylko swój powiat, ale i sąsiednie powiaty, stanie się szpitalem między-powiatowym — okręgowym.

Widzimy bowiem rzecz nienormalną: na $1\frac{1}{2}$ miliona ludności województwa białostockiego nie mamy ani jednego łóżka dla chorych ocznych, usznych lub gardłanych, nie mamy w żadnym z licznych szpitali oddziału dziecięcego. Każdy cięższy przypadek tych chorób wysyłany jest do Warszawy lub Wilna, co powoduje znaczny a nieprodukcyjny wydatek pieniężny u ludzi zamożniejszych, a przyprawia o kalectwo lub śmierć udzi mniej zamożnych.

Należy dążyć do połączenia się kilku związków komunalnych w związki celowe w dziedzinie szpitalnictwa, a mianowicie szpital większy w Grodnie obsłuży Suwałki, Augustów, Grodno, szpital w Łomży — Ostrołękę, Kolno, Ostrów - Maz., Łomżę i Szczuczyn, szpital w Białymstoku — Wołkowysk, Sokółkę, Bielsk - Podl.

Białystok. W Białymstoku powinny powstać oddziały dziecięcy, ginekologiczny i oczny. Niektóre powiaty już się połączyły do walki z chorobami wenerycznymi i chociaż szpital ten jest urządzony niżej wszelkiej krytyki co do lokalu, jednak daje doskonałe rezultaty pod względem leczniczym (szpital związkowy w Łomży).

Reasumując — należy w każdym powiecie mieć szpital dla ostrych chorób zakaźnych i gorączkowych, niewielki oddział położniczy dla ciężkich połogów i połogów najbardziej niebezpiecznej ludności, mieszkającej w warunkach antyhigienicznych i dla chirurgii naczyniowej. Wszystkie zaś cięższe przypadki powinny być kierowane do szpitali okręgowych, które mogą i powinny być wyposażone w sprzęt należyty i obsługane przez dobrze wykwalifikowanych specjalistów. Dużo wygra na tem ludność województwa pieniądze pozostaną na naszym terenie.

Obraz szpitalnictwa nie byłby pełen, gdybyśmy nie wspomnieli tutaj o szpitalach wojewódzkich, za jakie należy uznać szpital dla umysłowo chorych i sanatorium dla gruźlików. Związanie się jednostek komunalnych w celu budowy, urządzenia i prowadzenia szpitala dla umysłowo chorych dowodzi doniosłości tej akcji. Chorych zarejestrowanych i leczonych w szpitalach poza wojewódzkich jest do 500, chociaż nie wszystkie starostwa podały swoje cyfry. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że obecnie gminy wydają na leczenie tych chorych do 400.000 zł. (za 214 chorych), jasnym będzie, że opieka i leczenie wszystkich umysłowo chorych znacznie przewyższać będzie 1.000.000 zł. Ten milion przy realizowaniu projektu szpitala związkowego wojewódzkiego powstanie na terenie województwa. Ulokowanie wszystkich chorych w zakładzie wpłynie w znacznej mierze na bezpieczeństwo publiczne, zapobiegnie niejednemu pożarowi i niejednemu morderstwu.

O tem że największym nieszczęściem i plagą naszego narodu przy antyhigienicznych warunkach bytowania, są choroby zwaśne społecznie, a nadewszystko gruźlica, nie potrzeba nawet dowodzić. 70.000 zgonów i do miliona chorych na gruźlicę w całej Polsce mówi o wielkiem z tej strony niebezpieczeństwie, zagrażającem nam wszystkim.

Dużo w roku ubiegłym w tej dziedzinie zrobiono na terenie województwa; już we wszystkich powiatach z wyjątkiem Ostrołęki i Wysokiego Mazowieckiego są poradnie przeciwgruźlicze, w innych są połączone po kilka poradni i stworzono ośrodki zdrowia. Jednak to nie wystarcza. Można w poradniach dokonać rozpoznania chorób, dać pouczenia jak należy się w chorobie zachować, aby nie zakażać najbliższych, można początkowe stadia choroby leczyć, lecz poradnia nie izoluje siewców zarazy czy to gruźlicy czy jaglicy lub chorób wenerycznych, bo i te ostatnie także winny być szeroko uwzględnione. Należy stwarzać związkowe zakłady, aby takich chorych z ich otoczenia wyrwać, zapewnić im należyte kurację, a społeczeństwo od zarazy zabezpieczyć.

W tym celu należy stworzyć dla jagliczych oddziały szpitali dla dorosłych i sierociniec dla dzieci. Wtedy nie pošlemy swoich chorych do daleko od województwa odległych zakładów, dokąd możemy bez zastrzeżeń posłać tylko sieroty z ochronek, rodzi-

owiem mogą nie zechcieć oddać tam swoich dzieci, nie mając
dozwoleń przynajmniej od czasu do czasu odwiedzić ich, na terenie
swoim w województwie chętniej zgodzą się na taką z dziećmi
wzłąkę. Przez to i walka z jaglicą będzie sprawniejsza.

Należy w każdym szpitalu powiatowym mieć kilka łóżek
dla gruźlicy rozpadowej i dążyć do stworzenia sanatorium woje-
wódzkiego na kilkaset łóżek.

Sprawa ta przedstawia się dość pomyślnie. W okolicach
strowi koło Broku jest teren bardzo odpowiedni na ten cel —
łody sosnowy las rządowy. Nadleśnictwo dało odpowiedź przy-
chylną na udzielenie terenu pod budowę pawilonów dla gruźlików,
czekujemy ostatecznej odpowiedzi z dyrekcji lasów. Finansowo
wciąż nie przedstawia się ta sprawa źle Ministerstwu i Związek
przeciwgruźliczy udziela wydatnej pomocy na zapoczątkowanie
tej akcji. Zakład Ubezpieczeń pracujących umysłowo chce z nami
pójść w bliski kontakt i finansować to przedsięwzięcie. Kasa Chorych
też potrzebuje dużej liczby miejsc w sanatoriach, więc również
wymaga większą liczbę łóżek i poprzez to zamówienie finansowo,
można uzyskać pewną sumę z kredytów na pomoc lekarską dla
koncjonariuszy państwowych i wreszcie, w razie urządzenia pawi-
lonu dla dzieci, ministerstwo opieki społecznej także wyasygnuje
dotyczy na urządzenie sanatorium. Sejmiki i magistraty mogłyby
wymagać pewną liczbę łóżek dla siebie. Ten związek należy
wymagać nie według repartycji od mieszkańca, a według liczby
wymaganych miejsc. Przypuszczalnie pawilony będą budowane
z drzewa, koszt łóżka w budowie nie powinien przekroczyć 5 —
60 zł., albowiem czynimy staranie o otrzymanie budżetu na ulgo-
wych warunkach, a nawet z kilkuletnim kredytem.

Pawilonowy system pozwala akcję tę prowadzić stopniowo,
budując rocznie po 1 — 2 pawilony na 50 łóżek każdy, rozwija-
jąc zakład powoli, w miarę zamówień i środków finansowych.

W walce z chorobami społecznymi największe rezultaty
osiągniemy jeżeli wychowamy należyte młode pokolenie, poczy-
nając od niemowlęstwa. Z tego też założenia wychodząc należy
przyjąć jak najwięcej poradni dla matek i dzieci, oraz instytucji
„rodzina mleka“. Poradnia taka i jej prowadzenie nie kosztuje
niczego, ludność przekonawszy się o celowości tej akcji chętnie
wymaga ziela pomocy, dostarczając mleka dla dziatwy. Taką poradnię

w gminie może prowadzić akuszerka higienistka, przy tej porad latem może funkcjonować żłobek, wówczas dzieci podczas rob polnych nie będą pozostawały bez dozoru.

Szczególną opieką należy otoczyć dzieci w wieku szkolnym. Statystyka wykazuje, że ponad 30% tych dzieci chorych jest na gruźlicę czynną z podniesioną temperaturą, a drugie tyle jest zagrożonych sprawą gruźliową. Należy dzieci wieku szkolnego poddawać periodycznym oględzinom lekarskim, w razie potrzeby izolować chore, dożywiać słabe, zimą gdzie można naświetlać kwarcówką. Przy obecnym jednak stanie służby zdrowia w powiatach jest to niewykonalne. Jeden lekarz powiatowy w żadnym sposobie nie da rady. Nie mamy odpowiedzi ze wszystkich powiatów, czy od maja roku ubiegłego został przeprowadzony jednolity przegląd dzieci na jaglicę, a cóż dopiero mówić o przeglądach periodycznych wszechstronnych? To też muszą samorządy zdobyć się na urządzenie rejonów lekarskich, obejmujących 2 — 3 gminy. Lekarz rejonowy poza leczeniem ambulatoryjnym ludności, powinien skierować baczna uwagę na dzieci, poza oględzinami dzieci w wieku szkolnym, prowadzić z nimi, jak równo z personelem nauczycielskim i władzami gminnymi podać wytyczne higieniczne, pouczać ludność jak urządzać życie higieniczne, wyjaśniać w jakim celu wydawane są zarządzenia sanitarno-porządkowe, jak uchronić się od chorób zakaźnych i pobudzić ludność do akcji zbiorowej w kierunku urządzania „Kropli mleka”, żłobków, łaźni, których mamy tak mało na terenie naszego województwa.

Lekarz rejonowy powinien być pomocnikiem lekarza powiatowego na swoim terenie, powinien być dobrze obeznany ze wszystkimi zarządzeniami władz co do czystości i porządku. W tym przedewszystkiem kierunku powinien działać lekarz rejonowy — albowiem nie bacząc na ciągłe inspekcje, okólniki, mandaty karne, jest u nas źle i bardzo źle.

Niezbędny jest stały nadzór. Obserwacja życia przekonuje nas, że wszelką przerwę w inspekcjach ludność miejscowa tłumaczy sobie jako zaniechanie akcji oczyszczania kraju i wówczas wszelkie instytucje użyteczności publicznej wracają do swego pierwotnego niechlujnego stanu. Piekarnie były doprowadzone

do możliwego stanu. Wystarczyło jednak paru miesięcy bez inspekcji, aby one wróciły do stanu wprost ohydnego. Place i ulice nie są zamiatane i oczyszczane jeżeli się codzien nie pobudza, nie zmusza wprost mieszkańców do oczyszczania. Zamiatanie odbywa się w południe kiedy ludność miast i miasteczek jest na ulicach, zamiatają bez zroszenia wodą, tym sposobem mieszkańcy narażeni są na zakażenie się chorobami zakaźnymi. Fryzjernie były w należytym stanie na jesieni ubiegłego roku, dziś już są zanieczyszczone i już właściciele zaniechali stosowania się do nakazów higienicznych. Uświadomić sobie należy, że ludność miejscowa nigdy nie stosowała się do przepisów higieny, że o czystości pojęcia ona nie miała i nie ma. Trzeba tę ludność pouczać stale, ciągle, bez przerwy, aby się wdrożyła do tej czystości, a młode pokolenie aby już wyrosło w zasadach higieny. A to może wykonać tylko lekarz rejonowy.

Brak łaźni, brak przyzwyczajenia ludności naszego województwa do czystości osobistej, do kąpieli — jest przyczyną, że to tu, to tam wybuchają epidemie duru plamistego. To z czemi spotyka się kolumna wojewódzka przy swoich wyjazdach jest wprost zastraszające. Zawszenie ludności wiejskiej jest okropne. Podczas wyjazdów dezynfektorzy kąpią ludność prawie z każdej chaty, albowiem prawie wszyscy są zawszeni. Z tym stanem walczyć należy jaknajenergiczniej, bo w obec takiego niechlujstwa może się dur plamisty rozwinąć jak to było w roku 1919 — 1920. Najbardziej celowym czy nawet jedynym środkiem walki z durem plamistym jest mydło i kąpiel. Należy dążyć do tego, aby w każdej wiosce powstała łaźnia, a przynajmniej zakład z kąpielami natryskowymi. Urządzenie takie bardzo tanio kosztuje. Władze gminne powinny te kąpiele organizować. Lekarz rejonowy powinien do tych kąpieli zachęcać. Młodzież szkolną należy perjodycznie przynajmniej raz na dwa tygodnie wykąpać i wymyć mydłem.

Kolumna dezynfekcyjna wojewódzka spotykana niechętnie po pracy tygodniowej żegnana jest przez ludność wiejską z wdzięcznością po wymyciu i odwszawieniu wiosek. Ale kolumna wzywana jest bardzo rzadko z powodu kosztów jej sprowadzenia. Daleko taniej kosztowałaby jej praca, gdyby posiadała ona środki okomocji w postaci auta półciężarowego. Obecnie zajmuje jej dużo czasu załadowywanie do wagonu, wyładowywanie, oczekiwa-

nie na furmankę, dojazd na miejsce epidemji i taż sama procedura przy odjeździe, co zajmuje zwykle po 2 dni w każdą stronę. Samochodem wyruszałaby kolumna z miejsca i praca jej trwałaby o połowę mniej czasu — co pociągnęłoby za sobą i zmniejszenie kosztów wyjazdu o połowę, a u nas koszty te ponosi sejmik lub gmina.

W tej sprawie również lekarz rejonowy oddałby znaczne usługi, przygotowując ludność na miejscu epidemji do akcji kolumny.

Przy inspekcjach powiatów widzimy, że nakazy i zarządzenia o doprowadzeniu do należytego stanu hoteli nie są dotychczas wykonane. Hotele są brudne, nie mają klozetów, w niektórych hotelach klozety są czynne tylko latem, w zimie gość zmuszony jest do korzystania z ustępów podwórzowych. Przy łózkach w hotelach nie wszędzie zamalowane ściany farbą olejną i widzimy na ścianie ślady zaplucia i inne podejrzane plamy. W restauracjach nie można się doczekać oszklonych gablotek. Są miejscowości gdzie już po trzykroć właściciel restauracji obiecał gablotkę tak urządzić, a stale jej niema. Kłatki schodowe nie tylko w restauracjach, ale nawet w urzędach państwowych, gdzie więcej przebywa klientów, są zaplute i zarzucone niedopałkami od papierosów. Od czasu do czasu powinna tam wkrazać policja i w krótkim drodze za plucie na podłogę i rzucanie niedopałków nakładać karę pieniężną, aby wreszcie ludność uświadomiła sobie, że koszt na śmiecie stają po to, aby do nich — a nie na podłogę śmieci wrzucać.

W dziedzinie czystości i porządku jeżeli nawet i zrobiono wiele, to tylko w miastach powiatowych i to nie wszędzie. W miastach mniejszych widać znaczną poprawę tylko tam, gdzie są lekarze rejonowi, gdzie ich niema, jest bardzo źle, a wieś pod względem porządkowym dotychczas prawie się nie ruszyła. Na zjeździe przedstawiceli gmin słyszeliśmy głosy tych przedstawiceli domagających się, aby i na wieś wyruszone nie tylko z nakazem czystości i mandatem karnym, ale również z pouczeniem — z odczytem, wykładem popularnym jak można i trzeba życie na łatwiej i najtańiej higienicznie urządzić. Tu jest również pole dla pracy lekarza rejonowego.

Walka z chorobami społecznymi w wojew. Kieleckiem.

9 roku.

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

. j. gruź-
zwoździć
i walki

są ule-
ewyższa
zjętych,
nietylko
leczeniu
leczona
innych
ekcewa-
, zacho-
teryczne
wym są
rasy.

ecznymi,
zesnych
i przez
lata tej
podobniej
ytoczyć,
ył.

ćwierć
i sze w-
szerzej
wobec

okładna,
zakaz-
ezpiecz-
y chory
prątki.
ni jesz-

cze doszło zrozumienie konieczności takich zgłoszeń, więc masa przy-

nie na furmanke, dojazd na miejsce epidemii i taż sama procedura przy od
Samocho
o połow
kosztów
gmina.

W
usługi,
kolumny

Prz
o dopro
wykonar
hotelach
jest do k
lach nie
ścianie s
nie moż
gdzie ju
urzędzi
cjach, al
klijentów
Od czas
drodze
karę pie
na śmie
wrzucać.

W
wiele, t
w miast
są lekar
względem
zjeżdzie
cieli don
zem czy
z odczyt
łatwiej i
pracy lekarza rejonowego.



„MENS SANA IN CORPORE SANO“.

Walka z chorobami społecznymi w wojew. Kieleckiem.

Referat wygłoszony na Zjeździe Starostów w Kielcach w d. 11/I 1929 roku.
przez Dr. B. Ostromięckiego.

Chcąc omówić walkę z t. zw. chorobami społecznymi, t. j. gruźlicą, jaglicą i chorobami wenerycznymi, nie potrzebuję rozwodzić się nad znaczeniem dla zdrowotności kraju tych chorób i walki z nimi.

Przypomnę tylko, że chociaż wszystkie te choroby są uleczalne, jednak śmiertelność od gruźlicy kilkakrotnie przewyższa śmiertelność od wszystkich chorób epidemicznych razem wziętych, że jaglica jest chorobą nadzwyczaj łatwo udzielającą się, nie tylko chroniczną, ale dającą nawroty, a przy niedostatecznym leczeniu prowadzącą nawet do ślepoty, że kiła niedostatecznie leczona prowadzi w starszym wieku do paraliżu postępowego i innych ciężkich zachorzeń, a w niemowlęctwie do zgonu, a tak lekceważona przez ogół rzeżączka wywołuje wiele, często ciężkich, zachorzeń kobiecych i prowadzi do niepłodności. Choroby weneryczne wywołują tak ciężkie następstwa, że w świecie naukowym są powszechnie uważane za jedną z przyczyn zwyrodnienia rasy.

To jest rzeczą naturalną, że walka z chorobami społecznymi, temi plagami ludzkości, jest podjęta we wszystkich współczesnych społeczeństwach tak przez świat naukowo-lekarski, jak i przez administrację sanitarną państwową i samorządową. Rezultaty tej walki, oddawna już prowadzonej w społeczeństwach Zachodniej Europy i Ameryki, są obecnie bardzo znaczne — dosyć przytoczyć, że procent śmiertelności od gruźlicy bardzo się tam obniżył.

W Polsce walka z gruźlicą, zapoczątkowana przed ówczesnym wiekiem przez b. Ministra Zdrowia Publicznego Doc. Janiszewskiego i Lwowskie T-wo Przeciwgruźlicze, rozwinęła się szerzej dopiero po Wielkiej wojnie, kiedy społeczeństwo stanęło wobec groźby szerzącej się powszechnie gruźlicy.

Statystyka gruźlicy u nas nie jest ani ścisła, ani dokładna, przedewszystkiem dlatego, że ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych nakazuje zgłaszanie tej choroby w przypadkach niebezpiecznych dla otoczenia, to jest tak zw. gruźlicy otwartej, kiedy chory wyrzuca z kaszlem lub w czasie rozmowy zarazki gruźlicze-prątki. A ponieważ, niestety i do świadomości lekarzy nie w pełni jeszcze doszło zrozumienie konieczności takich zgłoszeń, więc masa przy-

padków gruźlicy, nawet otwartej, nie jest u nas ujawniona. To też o liczbie chorych na gruźlicę, o tak zw. zagruźliczeniu ludności, zapytani jesteśmy sądzić poniekąd drogą okólną, np. na podstawie zgonów na gruźlicę, znając, mniej więcej, procent śmiertelności. Ale i tą drogą zdobyte dane wcale nie są dokładne, ponieważ w niektórych dzielnicach (prawie wszędzie na wsi), nie obowiązują przy grzebaniu lekarskie świadectwa śmierci.

To samo dzieje się ze statystyką jaglicy, której zgłaszani jakkolwiek jest obowiązkowe, to jednak wcale nie jest dokładne.

Zgłaszanie chorób wenerycznych nie jest obowiązujące, stąd nie się takim po wejściu w życie opracowanej już przez Departament Służby Zdrowia ustawy o chorobach wenerycznych.

Tymczasem ujawnienie tych wszystkich chorób ma pierwszorzędne znaczenie dla organizacji walki z nimi, tylko bowiem wiedząc o stopniu nasilenia w tej lub innej miejscowości danej choroby, możemy odpowiednio zorganizować walkę.

To też nie mogąc się oprzeć pod tym względem na oficjalnej statystyce zwróciłem uwagę na ogromny materiał zawarty w kwartalnych tabelach statystyczno-lekarskich Kas Chorych i postarałem się go wykorzystać w pożądanym kierunku.

Dwie uwagi przytem godne są zaznaczenia: przeciętny stopień ubezpieczenia w województwie kieleckim ubezpieczonej ludności w Kasach Chorych wynosi 18,1, rozpiętość tego ubezpieczenia w poszczególnych powiatach jest bardzo znaczna — w pow. będzińskim ubezpieczonych jest 53,9% ludności, a w stopnickim zaledwie 1,3%. W Kasach Chorych ubezpieczone są w przeważnej liczbie tylko pewne grupy ludności — pracownicy przemysłu, handlu, rzemiosł i pozostający oprócz tego jeszcze w innym stosunku służbowym. Pomimo tych ograniczeń nie sądzę, aby zapadalność na choroby wśród ogółu ludności znacznie się różniła od zapadalności wśród ubezpieczonych, tembardziej jeżeli się opierać na dużym materiale statystycznym Kas Chorych całego województwa lub poszczególnych powiatów. Dlatego też znajduję, że dane zaczerpnięte ze statystyki lekarskiej Kas Chorych o chorobach społecznych, mogą być bez większych błędów zastosowane do ogółu ludności, tembardziej, że nie chodzi w danym razie o ścisłą cyfry chorych, a o porównanie nasilenia chorób społecznych w różnych powiatach. A ponieważ o nasileniu tych chorób najbardziej są

nowi liczba nowych zachorzeń, więc wybrałem z tabel lekarsko-statystycznych właśnie te nowe zachorzenia i obliczyłem procent ich w stosunku do ogólnej liczby ubezpieczonych i do ogólnej liczby nowych zachorzeń wśród ubezpieczonych w ciągu roku. Dane te zostały uwidocznione w dołączonych dwóch tablicach.

Z tablic tych można wyprowadzić pewne wnioski:

1) W województwie kieleckim zagrążliczenie jest prawie pięciokrotnie większe, niż zajagliczenie i zachorzenia weneryczne, a mianowicie przeciętny % nowych zachorzeń w ciągu roku wśród ubezpieczonej ludności województwa jest na gruźlicę—6,07, na choroby weneryczne — 1,33 i na jaglicę — 1,19.

2) Zachorzenia weneryczne i zajagliczenie prawie w jednakowym stopniu — 1,33 i 1,19.

3) Większe, niż przeciętne na województwo, zagrążliczenie jest w połowie powiatów, a mianowicie w ośmiu z siedemnastu pow. — największe we włoszczowskim, a następnie w kolejnym porządku—w olkuskim, kozienickim, sandomierskim, jędrzejowskim, będzińskim i miechowskim.

4) Większe, niż przeciętne na województwo, rozpowszechnienie chorób wenerycznych jest w siedmiu z siedemnastu pow.—największe w radomskim, a następnie w kolejnym porządku — w kieleckim, miechowskim, kozienickim, jędrzejowskim, będzińskim i iłżeckim.

5) Większe, niż przeciętne na województwo, zajagliczenie jest prawie w połowie powiatów, w siedmiu z siedemnastu pow.—największe w olkuskim, a następnie w kolejnym porządku, we włoszczowskim, kozienickim, będzińskim, radomskim, stopnickim i koneckim.

6) Kiła znacznie przeważa nad rzeżączką w 4-ch pow. — w częstochowskim, olkuskim, stopnickim i zawierciańskim.

7) Rzeżączka znacznie przeważa nad kiłą w 6-ciu pow. — w iłżeckim, kieleckim, koneckim, pińczowskim, radomskim i włoszczowskim.

U w a g a: ad. 4, 6 i 7. Trzeba się zastrzec co do miarodajności podanej statystyki chorób wenerycznych, gdyż zwracanie się tych chorych do lekarzy jest zależne od różnych warunków i okoliczności.

8) Z ośmiu najbardziej zagrążliczonych powiatów tylko w trzech są przychodnie przeciwgruźlicze — we włoszczowskim, będzińskim i opoczyńskim, razem 12 przychodni, natomiast z dzie-

więciu mniej zagrożonych są przychodnie w sześciu — w radomskim, stopnickim, zawierciańskim, częstochowskim, pińczowskim i opatowskim, razem 14 przychodni.

9) Z siedmiu z największym rozpowszechnieniem chorób wenerycznych powiatów, tylko w dwóch są przychodnie przeciwweneryczne — w radomskim i będzińskim, razem 6 przychodni, natomiast w 10-ciu mniej zagrożonych powiatach są przychodnie w 4-ch — w sandomierskim, częstochowskim, opatowskim i opoczyńskim, razem 8 przychodni.

10) Z siedmiu najbardziej zajągliczonych powiatów są przychodnie przeciwjąglicze w 5-ciu — w olkuskim, kozienickim, będzińskim, radomskim i stopnickim, razem 18 przychodni, a z 10-ciu mniej zajągliczonych są w 5-ciu pow. — kieleckim, opoczyńskim, jędrzejowskim, pińczowskim i opatowskim, razem 13 przychodni.

Jakkolwiek w ciągu ostatnich paru lat walka z chorobami społecznymi na terenie województwa kieleckiego znacznie posunęła naprzód, w roku bowiem 1926 liczba przychodni przeciwjągliczych była 0, obecnie 26, przeciwwenerycznych 3, obecnie 13, razem w roku 1926 — obecnie 70. tem niemniej przytoczone wyżej dane ze statystyki Kas Chorych i liczba przychodni świadczą, że walka ta nie jest jeszcze na dostatecznym poziomie, jak zresztą i w innych województwach i że nie jest prowadzona planowo i stosunkowo nasilenia chorób społecznych w poszczególnych powiatach.

Wniosek stąd, że na zasadzie przytoczonej statystyki, które jeżeli nie uważać za ścisłą, to w każdym razie za orientacyjną należy w tym jeszcze roku budżetowym rozwinąć walkę z chorobami społecznymi, przedewszystkiem za pomocą przychodni zabiegawczo-leczniczych w powiatach najbardziej zagrożonych, gdzie takich przychodni dotąd niema.

Na zakończenie dodam, że zamierzam w dalszym ciągu badać statystykę Kas Chorych, dane np. za trzy lata jeszcze w większym stopniu ujawnią stan rzeczy.

Nader byłoby pożądanem, aby instytucje lub koledzy, rozporządzający masową statystyką Kas Chorych, zechcieli ogłosić podobne dane, co dałoby możność ustalić, czy obrona przeze mnie droga może służyć za podstawę do wniosków wyżej wymienionych.

CHOROBY SPOŁECZNE
wśród ubezpieczonych w Kasach Chorych Województwa Kieleckiego 1/VII 1927 — 1/VII 1928.

Kolejność powiatów podług liczby ubezpieczonych w Kas. Chorych	0/0 ubezpieczonej ludności	G R U Z L I C A			J A G L I C A			CHOROBY WENERYCZNE		
		Kolejność powiatów podług nasilenia gruźlicy	% nowych zachorow. w ciągu roku wśród ubezpieczonych	Liczba przychodni	Kolejność powiatów podług nasilenia jaglicy	% nowych zachorow. w ciągu roku wśród ubezpieczonych	Liczba przychodni	Kolejność powiatów podług nasilenia chorób wener.	% nowych zachorow. w ciągu roku wśród ubezpieczonych	Liczba przychodni
Bądziński	53,9	Włoszczowski	11,8	1	Olkuski	8,28	5	Radomski	2,43	1
Zawierciański	45,5	Olkuski	11,3	—	Włoszczowski	2,3	—	Kielecki	2,38	—
Częstochowski	38,3	Kozienicki	9,6	—	Kozienicki	2,04	1	Miechowski	2,08	—
Konecki	17,9	Sandomierski	9,5	—	Będziński	1,58	6	Kozienicki	1,98	—
Opatowski	17,6	Jędrzejowski	8,4	—	Radomski	1,45	1	Jędrzejowski	1,77	—
Olkuski	15,3	Będziński	8,5	7	Stopnicki	1,35	5	Będziński	1,55	5
Kielecki	13,9	Miechowski	7,3	—	Koneckiego	1,25	—	Iżeki	1,49	—
Radomski	13,6	Opoczyński	6,4	4	Kielecki	1,14	1	Konecki	1,20	—
Iżeki	9,7	Konecki	5,5	—	Opoczyński	1,08	3	Stopnicki	1,19	—
Opoczyński	4,6	Kielecki	5,4	—	Jędrzejowski	1,03	3	Zawierciański	1,18	—
Pinczowski	4,6	Radomski	5,1	1	Iżeki	0,95	—	Olkuski	0,93	—
Sandomierski	4,5	Stopnicki	5,1	5	Pinczowski	0,79	4	Sandomierski	0,91	1
Kozienicki	4,1	Zawierciański	5,1	1	Zawierciański	0,63	—	Włoszczowski	0,91	—
Jędrzejowski	2,7	Częstochowski	3,8	2	Częstochowski	0,60	—	Częstochowski	0,81	1
Włoszczowski	2,5	Iżeki	3,7	—	Miechowski	0,52	—	Opatowski	0,73	1
Miechowski	1,7	Pinczowski	3,1	4	Opatowski	0,43	2	Pinczowski	0,51	—
Stopnicki	1,3	Opatowski	0,87	1	Sandomierski	0,29	—	Opoczyński	0,42	4
W Województwie	18,1		6,07	26		1,19	31		1,33	13

Lekarze w Polsce.

Odbitka z Nr.Nr. 8, 9, 10 i 11 b. r. Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego.

Sprawa nadprodukcji lekarzy w Polsce i w związku z tem pa peryzacji stanu lekarskiego jest bardzo szeroko omawiana w osta nich czasach, choć naprawdę szczegółowe rozpatrzenie liczb nie nas wa przedmiotowych danych, któreby utwierdzały nas w tym poglądzi Polska posiada obecnie 1 lekarza na 3.400 mieszkańców, w porówn niu więc z innymi krajami kulturalnymi zajmuje dopiero jedn z ostatnich miejsc, będąc w sąsiedztwie z Rosją, Bułgarią, Finlandj Litwą. Stosunkowo najwięcej lekarzy mają województwa centraln i południowe (1 lekarz na 2.700 mieszkańców), dalej idą wojewód twa zachodnie (1:3.400), wreszcie wschodnie (1:5.200). Wojewód twa zachodnie, które są najbogatsze i najkulturalniejsze, i któ a priori uważamy za posiadające najwięcej lekarzy, zajmują dopie trzecie miejsce, co świadczy, że czynnik zamożności, aczkolwie niewątpliwie bardzo ważny, sam przez się nie jest decydując przynajmniej jeżeli mowa o krajach lub społeczeństwach, różni cych się między sobą pod wielu innymi względami.

Po wyłączeniu miast wojewódzkich najlepiej zaopatrzone w pomoc lekarską województwa zachodnie, gdzie sieć pomo lekarskiej jest najbardziej równomierna. Najgorzej stoją pod ty względem województwa kresowe, co się nie zgadza z porówn niem globalnem, t. j. kiedy miasta wojewódzkie tworzą z cały obszarem województwa całość. Różnice pod tym względem bardzo znaczne. Miasta kresowe nieuniwersyteckie współzawo niczą pod względem liczby lekarzy o pierwszeństwo z miastami uniwersyteckimi, które też skarżą się na nadmiar lekarzy, a zato same obszary niekiedy mają lekarzy bardzo mało.

Bardzo dużo jest lekarzy w miastach. Tu niekiedy możemy wspo zawodniczyć z Zachodem. W miastach z ludnością powyżej 100.000 r jednego lekarza przypada 700 mieszkańców, w miastach od 25.000 - 100 000 ludności—1.400, a w miasteczkach i okręgach wiejskich—8 90

Wyliczenie ludności, przypadającej na jednego lekarza w ro ku 1928 i w latach 1911 i 1921, wykazuje spadek liczby w sto sunku do roku 1911 w województwach zachodnich o 31% w innych od 51% — 57%, w stosunku do roku 1921 w województwach zachodnich — 26%, w pozostałych dzielnicach od 13% (wojev wschodnie, gdzie byli wówczas lekarze epidemiczni) (do 51%

wojew. południowe). Przyrost lekarzy w okresie powojennym jest ogólny i dość szybki, najmniejszy jednak jest w województwach zachodnich, które przed wojną miały lekarzy najwięcej, dalej idą województwa południowe, przed wojną i obecnie znajdujące się na równym poziomie z województwami centralnymi, wreszcie województwa kresowe, najuboższe pod tym względem tak przedtem, jak i obecnie. Zupełnie więc naturalnie tutaj nasuwa się wniosek, że w Niepodległej Polsce idziemy po drodze ku wyrównaniu różnic dzielnicowych pod względem zaopatrzenia w pomoc lekarską.

Z przytoczonych powyżej i innych danych można wyprowadzić następujące wnioski:

1) Polska jest dotąd jednym z krajów, posiadających najmniej lekarzy.

2) Rozsiedlenie lekarzy w Polsce jest dotąd nierównomierne, niekiedy dzielnice uboższe i mniej kulturalne posiadają znacznie więcej lekarzy, niż dzielnice silniejsze ekonomicznie i stojące kulturalnie wyżej.

3) Przyrost lekarzy w województwach wschodnich, centralnych i południowych, jest znacznie szybszy, niż na Zachodzie. Jest zatem wyraźna tendencja do wyrównania dzielnic pod względem zaopatrzenia w pomoc lekarską.

4) Przyrost lekarzy w ostatnich latach w dużych miastach nie jest bardzo szybki, natomiast mniejsze miasta posiadają coraz więcej lekarzy, a więc nasycenie kraju pomocą lekarską jest normalne, idzie od coraz większych osiedli do coraz mniejszych.

Z tego nasuwają się liczne myśli. Jesteśmy dość dalecy od nadprodukcji lekarzy. Leczących się jest obecnie znacznie więcej, niż było w przeszłości, i wszyscy chcą i mają prawo być dobrze leczeni. Potrzeby lecznictwa raczej wzrosną, niż zmniejszą się. Nawet stanowiska kliniczne nie w wielkich miastach i nie związane z praktyką prywatną mają nie wielu kandydatów, nie mówiąc o stanowiskach lekarzy administratorów, asystentów przy katedrach teoretycznych i higienistów różnego typu.

Kraj nasz bez wielkiego wysiłku może prawdopodobnie utrzymać znacznie większą liczbę lekarzy, niż obecnie (patrz wnioski 1 i 2). Narzekania na nadmiar lekarzy w chwili obecnej, nawet kiedy są słuszne, wydają mi się czasowe. Świat lekarski, jak wszystkie zawody, jak i całe społeczeństwo, przeżywa kryzys nietylko ekonomiczny, lecz

i ideowy. Nie broniąc straconych pozycji, lecz dostosowując się do nowych form życia, walcząc nie w tem społeczeństwie, które było, lecz które jest i o warunki materialne i o stanowiska, lekarz może i powinien odgrywać rolę podobną do tej, jaką odgrywał przed wojną.

Ale w grę zaczynają wchodzić masy, i do nich muszą być dostosowane organizacyjne formy lecznictwa, na czem jednak metody leczenia nie powinny ucierpieć: lekarz powinien mieć możność traktowania chorego zawsze jednakowo, niezależnie od tego, z jakich źródeł pokrywane są koszty leczenia. A może i sposoby myślenia, ujmowanie zagadnień napotykanych winny być przekształcone i trzeba więcej stać na społecznym punkcie widzenia, niż indywidualnym? Ten proces przekształcenia, dostosowywania się do nowych form życia jest bardzo powolny. Wprawdzie miejsce społecznika lekarza-filantropa zajął lub zajmie społecznik zawodowiec, ale społecznie myśleć, czuć i działać musimy nauczyć się wszyscy.

Podział według narodowości (lata bezpośrednio powojenne) wykazuje, że lekarzy polaków jest 79,1%, żydów 11,4%, Niemców 5,5%, Rosjan, Rusinów, Białorusinów 4,0%.

Pod względem wyznań lekarze katolicy tworzą 55,6% (w tem Niemców i innych narodowości 2,9%), lekarze wyznania mojżeszowego 33,5% (w tem polaków 62,4%), grekokatolicy 1,8% (w tem polaków 9,4%), ewangelicy 5,9% (w tem polaków 51,8%), prawosławni 2,4% (w tem polaków 30,1%), bezwyznaniowi 0,8% (w tem polaków 91,3%).

Lekarze wyznania mojżeszowego w byłej Kongresówce zaliczają się przeważnie do narodowości polskiej, a im dalej na wschód tem więcej dominuje narodowość żydowska. Na zachodzie znaczna część lekarzy wyznania mojżeszowego podaje narodowość niemiecką. Tak było w latach powojennych, obecnie wyjąwszy województwa zachodnie, gdzie liczba Niemców stale spada, odsetek narodowości polskiej prawdopodobnie (nie jest to przypuszczenie oparte na liczbach) zmniejszy się wskutek coraz wyraźniejszego podkreślania odrębnej narodowości przedewszystkiem przez lekarzy wyznania mojżeszowego, a prawdopodobnie na wschodzie i przez inne narodowości.

Kobiety lekarki tworzą 9,3% (według ankiety, w rzeczywistości więcej) ogólnej liczby lekarzy, wśród nowoprzyjmowanych na uniwersytetach około 15,0%, t. j. mniej więcej tyle co w Niemczech.

Godny jest również zaznaczenia fakt, że wśród kobiet lekarzek wyznania mojżeszowe tworzy znacznie większy odsetek, niż

wśród mężczyzn. Na 580 kobiet co do których posiadamy dane 45,5% jest wyznania mojżeszowego, 54,5% — wyznań chrześcijańskich.

Lekarze nieżonaci tworzą 26,4% ogólnej liczby lekarzy mężczyzn, żonaci bezdzietni 19,9%, posiadający dzieci 53,7%; kobiety niezamężne tworzą 48,2% ogółu kobiet lekarek, zamężne bezdzietne 23,9%, zamężne posiadające dzieci 27,9%. Uderza tutaj przede wszystkim bardzo wysoki odsetek należących do stanu wolnego, co jest zjawiskiem zresztą ogólnie znanem we wszystkich zawodach wyzwoionych, brak jest tylko danych do porównania, czy w jednakowym stopniu. Wśród kobiet lekarek przedstawia się to jeszcze gorzej, niż wśród mężczyzn, a fakt, że połowa prawie kobiet należy do niezamężnych, musi budzić zastanowienie.

Licząc rodziny z dziećmi i bezdzietne razem otrzymujemy:

średnio na rodzinę lekarską	—	1,45	dzieci
„ „ „ lekarza chrześc. męż.	—	1,56	„
„ „ „ „ „ kob.	—	0,79	„
„ „ „ „ „ izrael. męż.	—	1,23	„
„ „ „ „ „ „ kob.	—	0,71	„

a więc płodność lekarzy pochodzenia semickiego jest wyraźnie mniejsza niż chrześcijan.

W porównaniu z przeszłością, kiedy liczba dzieci w rodzinie (w różnych krajach) wynosiła średnio przeszło 4, lekarze mają dzieci bardzo mało, w porównaniu z Zachodem, nie jesteśmy na najgorszym miejscu, lecz idziemy dopiero w ślad za przodującymi i na tem polu Niemcami, Anglikami, Francuzami itd. Jeszcze w r. 1906 w/g Bertillon'a we Francji na zakończonej rodzinie lekarza przypadało średnio 1,9 dzieci, prawnika 2,0, urzędnika bankowego 2,2, robotnika metalowca 2,8, tkacza 3,4. W Polsce więc dotąd jest trochę lepiej.

Obecnie we wszystkich niemal krajach rozlegają się te same alarmujące głosy, że warstwy uprzywilejowane nie utrzymują same siebie, lecz żyją z dopływu warstw niższych. Najbardziej zaś mnożą się te warstwy czy nawet grupy, których wzrost jest najmniej pożądanym i odwrotnie.

I u nas jest podobnie. Gdyby zawód lekarski był zamkniętą kastą i mógł być przekazywany tylko dziedzicznie, nie byłoby już w najbliższej przyszłości mowy o nadprodukcji lekarzy, nawet wśród najpesymistyczniej patrzących na tę sprawę.

M. Kacprzak (Autoreferat).

Lekarze w różnych państwach w latach 1925/26.

Państwo	Powierzchnia w klm. ²	Ludność	Liczba lekarzy	Na 1 lekarza przypada lud- ności (zaokrąg- lone w setkach)	1 lekarz przypada na km. ²
St. Zj. Am. Pół.	9.339.064*	118.000.000	149.521	800	62*
Anglja ¹⁾ . . .	151.064*	38.890.000	—	1.000	—
Japonja . . .	381.250	59.736.822	45.326	1.300	8
Danja . . .	44.325	3.457.390	2.485	1.400	18
Niemcy . . .	472.033	62.564.753	44.356	1.400	11
Węgry . . .	92.916	8.364.653	5.962	1.400	16
Estonja . . .	47.538	1.114.630	668	1.700	71
Norwegja . . .	323.793	2.788.887	1.604	1.700	202
Łotwa . . .	65.791	1.870.520	1.063	1.800	62
Holandja . . .	40.828	7.461.493	4.177	1.800	10
Grecja . . .	147.634	6.573.124 (r. 1920)	3.712	1.800	40
Czechosłowacja	140.394	13.613.172 (r. 1921)	6.359	2.100	22
Rosja . . .	21.210.500	146.304.933	52.429	2.800	404
Szwecja . . .	448.459	6.036.118	2.116	2.900	212
Bułgarja . . .	103.146	5.301.420	1.360	3.900	76
Finlandja . . .	343.631	3.526.389	898 ²⁾	3.900	383
Polska . . .	388.390	29.511.095	7.087	4.200	55
		1/I 1926	1/I 1926	1/I 1926	
		29.853.067	8.798	3.400	44
		1/I 1927	1/I 1927	1/I 1927	
Litwa . . .	55.679	2.255.520	465	4.800	120

Opracowano według: *Annuaire sanitaire international*. Genève 1926, 1927.

Polska — *Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej* za rok 1927.

¹⁾ Dotyczy roku 1924 według *Biul. Narkomzdrawa*, Nr. 2, Rok 1927.

²⁾ W tem 57 z prawem praktyki wyłącznie w okręgach wiejskich.

*) Dane co do powierzchni Angji i St. Zjednoczonych w oryginalnym artykule w *Warsz. Czas. Lekar.* podane mylnie w milkach.

Liczba i rozszedlenie lekarzy w Polsce
według różnych źródeł.

L. p.	Województwa i miasta	Wg. urzęd. spisau lekar. G.D. St. Z.d. r. 1926.	Wg. spisu lek. Nacz. Izby Lek. 1926 ZT.	Wg. danych przyst. przez Izby Lekar. 1926 ZT.	1/I 1926	1/I 1928
					wg. Roczn. statystyki Rp. Polskiej	wg. Roczn. statystyki Rp. Polskiej
1	m. Warszawa woj. Warszawskie	2020 314	1491 290	1714 290	1664 291	2114 420
2	woj. Łódzkie m. Łódź	217 417	197 389	187 416	572	779
3	woj. Kieleckie m. Kielce	351 37	335 38	342 29	343	483
4	woj. Lubelskie m. Lublin	238 75	213 83	196 80	301	412
5	woj. Białostockie m. Białystok	193 71	191 81	193 62	236	340
6	woj. Wileńskie m. Wilno	73 296	56 292	109 302	313	430
7	woj. Wołyńskie m. Żuck	172 18	143 21	186 25	166	236
8	woj. Nowogródzkie m. Nowogródek	97 16	78 11	102 12	84	128
9	woj. Poleskie m. Brześć n./B.	92 37	87 26	74 43	125	185
10	woj. Poznańskie m. Poznań	385 254	371 208	391 232	454	653
11	woj. Pomorskie m. Toruń	190 52	167 41	163 43	138	212
12	woj. Śląskie m. Katowice	221 73	240 56	240 56	288	401
13	woj. Krakowskie m. Kraków	335 465	316 446	317 444	694	956
14	woj. Lwowskie m. Lwów	485 660	456 562	447 612	999	1367
15	woj. Tarnopolskie m. Tarnopol	194 34	179 30	191 33	180	268
16	woj. Stanisławow. m. Stanisławów	210 64	190 58	193 60	239	343
17	Niewiadomo gdzie mieszkają	21	—	—	—	—
R a z e m		8377	7342	7784	7087	9757

Stan rodzinny lekarzy w Polsce.

WYZNANIE	Nieżonaci	Niezamężne	L i e z b a d z i e c i											Razem lek których przeznaczono karty rejestr.														
			Bez- dziet.		1 dz.		2 dz.		3 dz.		4 dz.		5 dz.		6 dz.		7 dz.		8 dz.		9 dz.		10 d.		11 d.		m.	k.
			m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.				
Chrześcjan	L. lekarzy	912	99	758	78	706	57	618	21	342	51	44	3	64	1	21	8	9	3	2	1	1	1	1	1918	87	3588	264
	L. dzieci	—	—	—	—	706	57	1236	42	1026	15	576	12	320	5	126	56	72	27	20	11	11	11	11	4176	131	—	—
Mojżeszowe	L. lekarzy	555	178	323	66	382	50	261	15	85	2	25	3	14	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	771	70	1649	316
	L. dzieci	—	—	—	—	382	50	522	30	255	6	100	12	70	18	7	—	—	—	—	—	—	—	—	1354	98	—	—
Nieznane	L. lekarzy	306	55	256	19	338	24	318	7	174	4	76	—	21	8	1	—	—	1	—	—	—	—	—	910	35	1472	109
	L. dzieci	—	—	—	—	338	24	636	14	441	12	304	—	105	48	7	—	—	9	—	—	—	—	—	1888	50	—	—
R a z e m	L. lekarzy	1773	332	1337	1651	1426	131	1197	43	574	11	245	6	99	1	32	10	9	4	2	1	1	1	1	3599	192	6709	689
	L. dzieci	—	—	—	—	1426	131	2394	86	1722	33	980	24	495	5	192	70	72	36	20	11	11	11	11	7418	270	—	—

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE.

Posiedzenie Zarządu Głównego

Dnia 21 grudnia 1928 r.

Rozwiązała się dyskusja nad sprawą zwiększenia liczby członków W. T. H. W dyskusji zabierali głos pp. dr. Kucharzewski, dr. Kurtz, dr. Otolski, inż. Piotrowski, dr. Grundzach.

Dr. Kurtz, jako delegat do Instytutu bar. Leuval'a zaznacza, że Instytut zamierza otwarcie żłobka, szkoły pielęgniarek i nadbudówkę 3-go piętra i $\frac{1}{2}$ 4 piętra. Dr. Dąbrowski robi uwagę, że pożądanym byłoby aby żłobek i szkoła pielęgniarek były prowadzone pod egidą Instytutu, prosi również o wyjaśnienie stosunku do kliniki Uniwersyteckiej, i zapytuje czy nadbudowa prowadzona przez Instytut przejdzie na własność Instytutu. Dr. Kurtz nie może na razie udzielić żądanych wyjaśnień.

Prezes referuje sprawę oddania lokalu Instytutowi Wodociągowo - Kanalizacyjnemu i wyjaśnia, że Instytut zajął więcej miejsca, niż było mu przeznaczony, że pomieszczenie na bibliotekę W. T. H. która miała być oddzielona ścianką, też zostało w części użyte przez Instytut, przez co uchybiono warunkom umowy.

Wyłoniła się dyskusja w sprawie tego lokalu i postanowiono zareagować. Prezes reasumuje wnioski. Wysyła się list: 1) z przypomnieniem o terminie opuszczenia lokalu, 2) z żądaniem doprowadzenia biblioteki do porządku, umowy zaś na dalsze użytkowanie nie przedłuża się.

Uchwalono odbywać posiedzenia Zarządu W.T.H. we czwartki.

Inż. Piotrowski zapytuje co W. T. H. ma wystawić na wystawie w Poznaniu?

Postanowiono w najbliższym czasie, poświęcić jedno Zebranie wystawie i wybrać komisję.

Ogólne Zebranie Członków W. T. H. w II-m terminie

Dnia 25 stycznia 1929 r.

Prezes Tow. Dr. Dąbrowski, otwierając zebranie proponuje uczczenie przez powstanie pamięci zmarłych w roku ubiegłym członków W. T. H.: ś. p. d-ra Józefa Polaka, prof. Szymona Dzierzgowskiego, oraz wiceprezydenta m. st. Warszawy Dr. Wincentego Boguckiego, i proponuje na przewodniczącego zebrania p. Bobińskiego, który ze swej strony zaprasza na asesorów p: inż. Przyłęckiego i d-ra Sarneckiego.

Odczytane zostają projekty budżetów W. T. H., oraz Intytucji Ogrodów im. Rau'a, Instytutu bar. Lenval'a i Sanatorjum w Rudce.

Ponieważ w sprawie budżetów W. H. T. Ogrodów Rau'a, oraz Instytutu Lenval'a nikt głosu nie zabiera, budżety bez dyskusji zostały przyjęte.

Co do budżetu Sanatorjum w Rudce p. inż. Kątkowski zapytuje czemu przypisać niedobór. Prezes W. T. H. wyjaśnia, że niskie opłaty za leczenie są tego powodem i zastanawia się czyby nie przekazać Zarządowi Głównemu, wraz z Komitetem Rudki do wyjaśnienia innych przyczyn niedoboru.

Członek Komisji Rewizyjnej p. Scholtze zaznacza, że amortyzacja ruchomości i nieruchomości jest duża — nie ulega wątpliwości, że Komitet Sanatorjum da sobie radę i niedobory będą pokryte. Wspólne zaś obrady z Zarządem Głównym uważa za zbyt liczne. Prezes podziela zdanie p. Scholtzego i dochodzi do wniosku, że Komitet Rudki czułby się dotknięty, i że nie należy zbyt interwenjować. Wobec czego Zebranie Ogólne wyraża Komitetowi Rudki zaufanie i budżet przyjmuje.

Posiedzenie Zarządu Głównego

Dnia 25 stycznia 1929 r.

Prezes Dąbrowski odczytuje list od Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego i prosi członków Zarządu Głównego, którzy są jednocześnie członkami Instytutu o wpłynięcie, by Instytut uporządkował i doprowadził do stanu pierwotnego bibliotekę.

P. inż. Kątkowski podjął się interwencji w tej sprawie. P. mec. Kulwieć, prezes Komitetu Instytutu bar. de Lenval'a wyjaśnia, że Instytut za własne fundusze prowadzi nadbudowę gmachu, który pozostanie wyłączną własnością Instytutu. Żłobek i szkoła pielęgniarek pozostają pod egidą Instytutu. Wszystkie inwestycje i inwentarz stanowiąc będą własność Instytutu.

W kwestji Wystawy w Poznaniu zdecydowano: 1) Zaakceptować cenę 5 zł. za metr kwadratowy, 2) wysłać list (deklarację), 3) prosić Zarząd Wystawy o zarezerwowanie 69 metrów ściany w jednej powierzchni i o ściśle wyznaczenie miejsca, 4) zebrać dane ile miejsca zajmą plansze, 5) skupiać objekty i eksponaty w W. T. H.

Wobec wiadomości, że Sanatorjum w Rudce zamierza przyjąć udział w Wystawie Poznańskiej razem ze Związkiem Przeciwgruźliczym w Poznaniu, wywiązała się dyskusja, w której przyjęli udział pp. Kucharzewski, i dr. Zawadzki. Ustaliło się zdanie, że należy porozumieć się pisemnie z Komitetem Sanatorjum i wyrazić życzenie, by Sanatorjum jako Instytucja W. T. H. reprezentowana była na wystawie wraz z W. T. H.

W sprawie VII Zjazdu prezes przeprowadził korespondencję z prof. Gantkowskim i prezydentem Inowrocławia, gdzie właśnie ten Zjazd ma się odbyć. Zaakceptowano temat zdrojowiskowy. Termin Zjazdu — w końcu sierpnia, lub w początku września.

Odczytano list Dyrektora Departamentu Zdrowia w sprawie przyjęcia udziału w Zjeździe Higienistów i Działaczy Sanitarnych w celu uczczenia Dziesięciolecia Polskiej Służby Zdrowia.

P. inż. Kątkowski podkreśla, że projektowany przez Departament Służby Zdrowia Zjazd będzie jubileuszowym — zdarza się okazja do zjednoczenia działalności — należy wejść w osobisty kontakt z Departamentem, przyjąć udział w tym Zjeździe jako Tow. Higj. i wykazać chociażby w referacie co Tow. Higj. w przeciągu 10 lat zrobiło.

Mec. Przedpełski wypowiada się za złożeniem podziękowania za zawiadomienie i wyraża prośbę o zdecydowanie jaki udział W. T. H. ma przyjąć.

KRONIKA

DZIENNIK USTAW
Rzeczypospolitej Polskiej
Warszawa, dn. 22 marca 1928 r. Nr. 34.

Poz. 316.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej
z dnia 16 marca 1928 r.

o położnych.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 5 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. Ust. R. P. Nr. 78, poz. 443) postanawiam co następuje:

I. Praktyka położnicza.

Art. 1.

Prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej przysługuje osobom, które

- 1) posiadają obywatelstwo polskie i
- 2) ukończyły jedną z państwowych szkół położnych, lub samorządowych szkół położnych, określonych w art. 6 ust. 2, względnie złożyły przepisany egzamin po ukończeniu jednej z prywatnych szkół położnych, wymienionych w tymże art. 6 ust. 2 niniejszego rozporządzenia.

Art. 2.

Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej:

- 1) osobom, które ukończyły równorzędną szkołę położnych zagranicą i posiadają obywatelstwo polskie, oraz
- 2) osobom, które odpowiadają warunkom wykształcenia, określonym w art. 1 lub p. 1 niniejszego artykułu, a nie posiadają obywatelstwa polskiego.

W przypadkach przewidzianych w p. 2 niniejszego artykułu pozwolenia mogą być udzielane tylko na określony przeciąg czasu i z zastrzeżeniem prawa wzajemności.

Art. 3.

Obowiązki i uprawnienia położnych obejmują:

- 1) udzielanie wskazówek w zakresie higieny i dietetyki ciąży,
- 2) higieniczną opiekę i pomoc przy porodzie prawidłowym,
- 3) higieniczną opiekę w położu,
- 4) pierwszą pomoc w nagłych przypadkach w ciąży, przy porodzie i w położu — do czasu przybycia lekarza,
- 5) higieniczną opiekę nad noworodkiem i poradę co do jego pielęgnowania i karmienia.

W wykonywaniu zawodu położne stosować się winny do przepisów instrukcji dla położnych, która zostanie ogłoszona w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Art. 4.

Przed rozpoczęciem wykonywania zawodu położne obowiązane są zarejestrować się u powiatowej władzy administracji ogólnej, składając dowody posiadanych uprawnień zawodowych.

O miejscu zamieszkania, zmianie adresu, względnie zaniechaniu wykonywania zawodu, położne obowiązane są każdorazowo zawiadomić powiatową władzę administracji ogólnej.

Art. 5.

Wojewódzka władza administracji ogólnej może pozbawić położne prawa wykonywania zawodu stale lub czasowo w tych przypadkach, kiedy zostanie stwierdzone, że położne dotknięte są niedołęstwem, chorobą lub nałogiem, wykluczającymi możliwość ponoszenia odpowiedzialności za pracę zawodową lub zagrażającymi zdrowiu ludzkiemu.

Stwierdzenie istnienia takiego niedołęstwa, choroby lub nałogu winno być dokonane w drodze badania przez urzędową komisję lekarską, której skład i postępowanie określi rozporządzenie wykonawcze.

II. Szkoły położnych.

Art. 6.

Szkoły położnych, których ukończenie uprawnia do wykonywania zawodu i używania tytułu położnych, są zakładane i prowadzone przez Państwo.

Na podstawie zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych mogą być zakładane szkoły położnych również przez związki komunalne, oraz przez inne osoby prawne i fizyczne. Absolwentki tych ostatnich szkół mogą uzyskać prawo wykonywania zawodu położnych po złożeniu egzaminu w jednej z państwowych szkół położnych względnie przed specjalną komisją egzaminacyjną, której skład i czynności oznaczone będą w rozporządzeniu wykonawczem.

Zastrzeżenie to nie dotyczy szkół położnych, zakładanych przez związki komunalne, których ukończenie uprawnia do wykonywania zawodu i używania tytułu położnej narówni z ukończeniem państwowej szkoły położnych.

Art. 7.

Szkoły położnych mogą być zakładane jedynie przy szpitalach publicznych i zakładach położniczych, odpowiadających potrzebom nauczania i rozporządzających liczbą najmniej 50 łóżek położniczych.

W razie gdyby szkoła położnych miała być założona przy szpitalu publicznym, bądź zakładzie, będącym pod zwierzchnim nadzorem Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, wszelkie zarządzenia, dotyczące organizacji szkoły, wydawane będą w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 8.

Warunki, którym winny odpowiadać kandydatki, wstępujące do szkół położnych, są następujące:

- 1) ukończenie przynajmniej szkoły powszechnej,
- 2) ukończony 18-ty, oraz nieprzekroczony 35-ty rok życia,
- 3) uzdolnienie fizyczne i umysłowe,
- 4) nienaganne prowadzenie się.

Art. 9.

Okres nauczania w szkołach położnych trwa dwa lata. Program nauczania, a jeżeli chodzi o szkoły państwowe i samorządowe — także statut i regulamin szkoły, oraz instrukcje dla personelu szkoły zostaną wydane w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Ponadto w drodze rozporządzenia wykonawczego określone zostaną warunki prowadzenia prywatnych szkół położnych.

Minister Spraw Wewnętrznych może zezwolić na zmniejszenie okresu nauczania w szkołach położnych, jednak nie więcej, jak do 12 miesięcy.

Art. 10.

Szkoły położnych obowiązane są do utrzymywania osobnych internatów dla swych uczenic. Zamieszkiwanie uczenic poza internatem jest wzbronione.

Postanowienia niniejszego artykułu obowiązywać będą od chwili wydania rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych, które określi szczegółowo przepisy co do prowadzenia i koniecznego zaopatrzenia internatów.

Art. 11.

Istniejące w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia szkoły położnych, które nie odpowiadają warunkom, wyszczególnionym w art. 7 ust. 1 niniejszego rozporządzenia, zostaną zamknięte po ukończeniu bieżącego roku szkolnego. Zamknięciu ulegną również te istniejące szkoły położnych, które w terminie 6-ciu miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie uzyskają wymaganego postanowieniami ust. 2 art. 6 zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

III. Przeszkalanie położnych.

Art. 12.

Położne obowiązane są do odbywania perjodycznych, uzupełniających kursów przeszkolenia.

Okresy odbywania kursów, program i czas trwania kursów określone zostaną w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Art. 13.

W wypadkach zaprzestania wykonywania zawodu dłużej, niż przez jeden rok, oraz w wypadkach stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu, powiatowa władza administracji ogólnej może zobowiązać położną do odbycia uzupełniającego kursu przeszkolenia poza terminem określonym w rozporządzeniu wykonawczem (art. 12 ust. 2) — pod rygorem wzbronienia wykonywania czynności położnych.

Art. 14.

Wojewódzka władza administracji ogólnej może w wypadkach wyjątkowych zwolnić położną z obowiązku odbycia uzupełniającego kursu przeszkolenia, przewidzianego art. 12 niniejszego rozporządzenia.

IV. Postanowienia ogólne.

Art. 15.

Osobom, które zostały zarejestrowane przez władze administracji ogólnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia przysługuje prawo wyk

nywania zawodu i używania tytułu położnej, a to na zasadzie i w granicach przepisów, obowiązujących do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 16.

Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności położnych i przeszkoleniem położnych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do powiatowych władz administracji ogólnej.

Art. 17.

Naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia, oraz rozporządzeń lub zarządzeń, wydanych na jego podstawie, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej, będą karane aresztem do 6 tygodni i grzywną do 500 zł. lub jedną z tych kar.

W razie niemożności ściągnięcia grzywny władza orzekająca oznaczy w orzeczeniu karę zastępczego aresztu według swego uznania, jednak nie ponad 2 tygodnie.

Do orzekania karnego powołane są powiatowe władze administracji ogólnej. Skazana orzeczeniem powiatowej władzy administracji ogólnej może w ciągu siedmiu dni od dnia doręczenia orzeczenia wnieść na ręce tej władzy żądanie przekazania sprawy właściwemu sądowi okręgowemu, który rozstrzyga prawomocnie przy odpowiednim zastosowaniu przepisów postępowania, obowiązujących go w pierwszej instancji. Na wniosek prokuratora będzie zarządzone postępowanie uproszczone; wyrok sędziego nie ulega zaskarżeniu.

W postępowaniu sądowym orzeczenie władzy administracyjnej zastępuje prawomocny akt oskarżenia (wniosek w postępowaniu uproszczonym). Przed wyznaczeniem rozprawy przewodniczący (sędzia) może zarządzić przesłuchanie przez właściwy sąd powiatowy (pokoju) oskarżonego, świadków i biegłych; świadków i biegłych można przesłuchać pod przysięgą. Sąd postanawia według swego uznania, których świadków i biegłych przesłucha na rozprawie pod przysięgą lub bez zaprzysiężenia, a których zeznania będą odczytane; wolno odczytywać zapiski dochodzenia i inne części aktów administracyjnych.

Żądanie przekazania sprawy sądowi nie wstrzymuje ściągnięcia grzywny.

Art. 18.

Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a w zakresie orzecznictwa karnego Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Ministrowi Sprawiedliwości.

Art. 19.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem województwa śląskiego. Na obszarze województwa śląskiego rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po ogłoszeniu na nie zgody Sejmu śląskiego.

Jednocześnie z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, normujące wykonywanie czynności i szkolenie położnych.

Prezydent Rzeczypospolitej:

(—) I. Mościcki.

ROZPORZĄDZENIE

Ministra Spraw Wewnętrznych

z dnia 25 września 1928 r.

w sprawie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej
z dnia 16 marca 1928 roku o położnych.

Na podstawie art. 18 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 316) postanawiam co następuje:

1. Praktyka położnicza.

§ 1. Osoby, pragnące wykonywać czynności położnych, winny zarejestrować się u powiatowej władzy administracji ogólnej, przedstawiając:

- a) dowód obywatelstwa polskiego, oraz
- b) dyplom z ukończenia jednej ze szkół położnych, znajdujących się na obszarze Państwa Polskiego.

Przy rejestracji położna winna wskazać dokładny adres zamieszkania, oraz zawiadomić powiatową władzę administracji ogólnej o każdorazowej zmianie adresu.

§ 2. Osoby, posiadające dyplomy z ukończenia zagranicznej szkoły położnych, względnie nieposiadające obywatelstwa polskiego, winny uzyskać uprzednio pozwolenie Ministra Spraw Wewnętrznych na wykonanie czynności położnych na obszarze Państwa Polskiego.

W wypadkach nieposiadania obywatelstwa polskiego pozwolenia na wykonanie czynności położnych udzielane będą jedynie na określony przeciąg czasu po stwierdzeniu, że właściwe państwo obce stosuje w tym względzie zasadę wzajemności.

Pozwolenie Ministra Spraw Wewnętrznych na wykonywanie czynności położnych służy jako dowód dla rejestracji.

§ 3. Szczegółowe obowiązki położnych określa instrukcja dla położnych, wydana przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 4. Położna może być pozbawiona prawa wykonywania czynności czasowo lub w wypadkach:

- a) uchylenia się od odbycia kursów przeszkolenia w razie stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu,
- b) kiedy zostanie stwierdzone, że położna dotknięta są niedołęstwem, chorobą lub nęłością, wykluczającemi możliwość ponoszenia odpowiedzialności za pracę zawodową lub zagrażającemi zdrowiu ludzkiemu.

W razie stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu powiatowa władza administracji ogólnej zobowiąże położną i wyznaczy jej najbliższy termin do odbycia uzupełniającego kursu przeszkolenia pod rygorem wzbronienia wykonywania czynności położnych. Zakaz wykonywania zawodu traci moc z chwilą przedłożenia przez położną dowodu odbycia kursu przeszkolenia.

Stwierdzenie istnienia niedołęstwa, choroby lub nałogu może być dokonane jedynie w drodze badania przez urzędową komisję lekarską.

§ 5. Urzędowa Komisja lekarska, powołana do stwierdzenia istnienia niedołęstwa, choroby lub nałogu położnych, powodującego niemożność ponoszenia odpowiedzialności za pracę zawodową lub zagrażającego zdrowiu ludzkiemu, składa się z lekarzy, urzędujących przy właściwej wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, oraz lekarza powiatowego, urzędującego w miejscu siedziby właściwego urzędu wojewódzkiego. Urzędowa Komisja lekarska przeprowadza badanie położnych jedynie na wniosek lekarza powiatowego, urzędującego przy powiatowej władzy administracji ogólnej, właściwej dla miejsca zamieszkania położnych

O terminie i miejscu urzędowania komisji winien zawiadomić położną lekarz powiatowy na 14 dni przed obowiązkiem jej stawieniem. W razie niestawienia się położnej na komisję wojewódzka władza administracji ogólnej może zawiesić położną w wykonaniu czynności aż do jej zbadania.

II. Szkoły położnych.

§ 6. Szkoły położnych mogą być:

- 1) państwowe,
- 2) komunalne,
- 3) prywatne.

Szkoły położnych państwowe są zakładane i prowadzone przez Państwo, szkoły komunalne — przez związki komunalne, szkoły zaś prywatne — przez osoby prawne i fizyczne.

Założenie i prowadzenie szkół położnych komunalnych i prywatnych wymaga zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 7. Minister Spraw Wewnętrznych będzie udzielał zezwoleń na założenie i prowadzenie szkół położnych komunalnych i prywatnych jedynie wówczas, gdy one odpowiadają będą przepisom art. 7 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 316).

Osoby ubiegające się o uzyskanie pozwolenia na otwarcie i prowadzenie prywatnej szkoły położnych, winny przedłożyć do zatwierdzenia projekt statutu, regulaminu szkoły i planu nauki.

§ 8. Szkoły, prowadzone z naruszeniem obowiązujących przepisów, ulegną zamknięciu.

§ 9. Szkoła położnych odpowiadać winna następującym warunkom:

- a) szkoła położnych może być prowadzona jedynie przy szpitalu publicznym, względnie zakładzie położniczym, posiadającym 40 łóżek położniczych;
- b) szkoła położnych winna zabezpieczyć dostateczny materiał położniczy i ginekologiczny (kliniczny i polikliniczny), oraz w zakresie chorób wenerycznych i dziecięcych, niezbędny dla wypełnienia programu

- nauczania. Ponadto szkoła położnych winna być zaopatrzona w dostateczny materiał pomocy naukowych (jak urządzenia laboratoryjne, tablice, i t. d.);
- c) szkoła położnych może być prowadzona tylko przy takim zakładzie, względnie oddziale szpitala, który posiada wśród personelu wykwalifikowane pielęgniarki;
 - d) szkoła położnych winna być prowadzona przy takich zakładach położnych, względnie oddziałach położniczych szpitala publicznego, które posiadają urządzone według wymogów nauki oddziały oświatowe;
 - e) szkoła położnych może być założona i prowadzona tylko przy tych zakładach położniczych, które odpowiadają pod względem zabudowania, urządzenia wewnętrznego i higieny przepisom, obowiązującym pod tym względem szpitale publiczne i są utrzymywane na poziomie współczesnych wymogów położnictwa.

§ 10. Personel szkoły położnych winien składać się z dyrektora szkoły, najmniej 3 asystentów (wykładowców), oraz najmniej 3-ch położnych, pozostających wyłącznie na etacie szkoły.

§ 11. Dyrektorem szkoły położnych może być tylko lekarz położnik-ginekolog, który był co najmniej przez 6 lat asystentem państwowej szkoły położnych, lub kliniki położniczo-ginekologicznej, lub ordynaterem szpitala publicznego. Stanowisko dyrektora szkoły położnych może być nadane tylko na podstawie wyników publicznego konkursu.

Dyrektora szkoły położnych komunalnej i prywatnej zatwierdza wojewoda, a w m. st. Warszawie — Minister Spraw Wewnętrznych.

§ 12. Dyrektor Szkoły Położnych reprezentuje szkołę nazewną i jest odpowiedzialny za całość spraw nauczania, administracji i gospodarstwa. Do jego obowiązków należy staranie się o uzyskanie odpowiedniego zespołu asystentów (wykładowców) i położnych drogą rozpisania konkursów, ułożenie planu nauki, zajęć praktycznych, dyżurów, egzaminów, ogłaszanie o rozpoczęciu kursów i przyjmowaniu uczennic, oraz inne czynności z prowadzeniem szkoły położnych związane. Dyrektor szkoły położnych obowiązany jest składać sprawozdania na rządanie władzy nadzorczej, oraz być obecnym przy dokonywanych z jej ramienia inspekcjach.

W razie nieobecności dyrektora szkoły położnych zastępuje go jeden z wykładowców, przez dyrektora szkoły położnych wyznaczony, na którego przechodzą czasowo wszelkie uprawnienia i obowiązki dyrektora.

§ 13. Obowiązki asystentów i położnych szkolnych winny być określone w regulaminie szkoły.

§ 14. Przy każdej szkole położnych winna być czynna rada pedagogiczna, która jest organem pomocniczym dyrektora szkoły w zakresie spraw szkolenia.

§ 15. Okres nauczania w szkołach położnych trwa dwa lata i dzieli się na 4 semestry. Rok szkolny rozpoczyna się 1 października każdego roku kalendarzowego i trwa do sierpnia następnego roku. Semestry pierwszy i trzeci trwają po cztery miesiące, a drugi i czwarty po sześć miesięcy.

§ 16. Nauczanie w szkołach położnych dzieli się na:

A. teoretyczne i

B. praktyczne.

A. Nauczanie teoretyczne obejmować winno następujące przedmioty:

1. anatomja i fizjologia,
2. patologia ogólna ze szczególnem uwzględnieniem narządów rodnych,
3. higjena ogólna ze szczególnem uwzględnieniem narządów rodnych,
4. bakterjologia ogólna,
5. choroby zakaźne,
6. dezynfekcja i dezynsekcja,
7. ogólne pojęcie o środkach leczniczych, używanych w położnictwie i ich dawkowaniu,
8. pielęgniarstwo,
9. dietetyka,
10. ciąża, poród i połóg prawidłowy,
11. doraźna pomoc,
12. nauka o osesku,
13. ciąża, poród i połóg nieprawidłowy,
14. choroby weneryczne i prostytutcja,
15. ogólne wiadomości o psychozach w związku z ciążą i porodem,
16. alkoholizm,
17. prawa i obowiązki położnych.

B. Nauczanie praktyczne obejmuje następujące działy:

1. praca na sali chorych,
2. praca na oddziale osesków,
3. praca na sali operacyjnej,
4. praca na sali porodowej,
5. porządek i gospodarstwo zakładowe (oddziałowe),
6. praca w przychodniach dla ciężarnych i karmiących.

Ogólna liczba godzin teoretycznego i praktycznego nauczania, jak również liczba godzin, przypadających na poszczególne przedmioty, winna być uwzględniona w statucie szkoły łącznie z planem nauki, z tem jednak aby ogólna liczba godzin dziennego nauczania nie przekraczała 8 godzin.

§ 17. Szczegółowy plan nauki i rozkład godzin opracowuje dyrektor szkoły przy zachowaniu następujących zasad:

A. W zakresie nauczania teoretycznego:

1. w semestrze pierwszym uczennice winny zapoznać się z podstawowemi wiadomościami o budowie i czynnościach organizmu, o największych odchyleniach patologicznych w tym zakresie, z podstawami higieny ogólnej z ogólnemi pojęciami o chorobach zakaźnych, z uwzględnieniem ogólnych wiadomości z bakterjologii (oraz o stosowaniu szczepionek i surowic), tudzież z dezynfekcji i dezynsekcji. Ponadto winny uczennice otrzymać wiadomości o środkach leczniczych, używanych w położnictwie i ich dawkowaniu, wiadomości ogólne z zakresu dietetyki, oraz wiadomości ogólne z zasad pielęgniarstwa;

2. w semestrze drugim plan nauki winien przewidywać szczegółowe zapoznanie uczenice z przebiegiem prawidłowym: ciąży, porodu i połogu z ogólnym zarysem patologii i higieny narządów płciowych kobiecych, oraz z nauką o normalnym rozwoju, karmieniu i pielęgnowaniu osesków;

3. w semestrze trzecim nauka powinna być poświęcona wyłącznie zaznajomieniu uczenice z wszelkimi odchyleniami od normalnego przebiegu ciąży, porodu i połogu.

4. w semestrze czwartym uczennice winny otrzymać niezbędne w ich pracy zawodowej wiadomości z zakresu chorób wenerycznych, psychjatrji, alkoholologii, walki z prostytutką, etyki położnej, oraz ustawodawstwa i przepisów dla położnych.

B. W zakresie nauczania praktycznego:

Plan nauczania winien być w ten sposób ułożony, aby, począwszy od drugiego semestru, uczenica zapoznała się z pracą pielęgniarstwo - położniczą na salach chorych, na oddziale osesków, na sali porodowej i operacyjnej, oraz z porządkiem i gospodarstwem zakładem (oddziałem), wreszcie w trzecim i czwartym semestrze uczennice winny przystąpić do samodzielnego przyjmowania porodów, których każda uczenica winna przyjąć najmniej 15, zapoznać się z jak największą liczbą przebiegów porodów nieprawidłowych, oraz część czasu poświęcić na pracę w przychodniach i poradniach dla ciężarnych i karmiących.

W razie zmniejszenia okresu nauczania uczenice obowiązuje przyjęcie najmniej 12 porodów w ciągu kursu.

§ 18. Podczas pobytu uczenicy w szkole podlega ona przepisom regulaminu nauki i pracy w szkole i zakładzie położniczym, przy którym szkoła istnieje.

Przepisy te winny być uwzględnione w regulaminie szkoły, dołączonym do statutu.

Dyrektor szkoły może skreślić uczenice z listy uczenice szkoły tylko na podstawie decyzji rady pedagogicznej szkoły po stwierdzeniu naruszenia przepisów przez uczenice, względnie postępowania niezgodnego z zasadami etyki przyszłej położnej.

§ 19. Minister Spraw Wewnętrznych może zezwolić na zmniejszenie okresu nauczania w szkołach położnych, jednak nie więcej, niż do 12 miesięcy.

§ 20. W wypadkach, gdy okres nauki wynosić będzie mniej, niż dwa lata, winien on być rozdzielony na dwa lub trzy semestry nauczania, przyczem postanowienia §§ 13 — 17 niniejszego rozporządzenia winny znaleźć zastosowanie proporcjonalnie do okresu nauczania, z tem jednak, że przy rocznym okresie nauczania już w pierwszym okresie winna uczenica zapoznać się teoretycznie i praktycznie z przebiegiem normalnym ciąży, porodu i połogu.

§ 21. Po ukończeniu państwowej lub komunalnej szkoły położnych uczennice winny przystąpić do egzaminu końcowego. Do egzaminu końcowego mogą być dopuszczone uczennice, które kończą szkołę z wynikiem zadawalającym, co do przebiegu ich prac w zakresie teoretycznym i praktycznym i nie opuściły takiej liczby godzin, któraby mogła wpłynąć na powyższy wynik, oraz przyjęły najmniej 15, względnie 12 porodów samodzielnie. Egzamin końcowy odbywa się z udziałem delegata władzy nadzorczej, jako przewodniczącego.

§ 22. Komisja egzaminacyjna (§ 21) ocenia kwalifikacje uczenie, składających egzamin końcowy według czterech stopni: dobry z odznaczeniem, dobry, dostateczny i niedostateczny. Uczennice, które złożyły egzamin końcowy ze stopniem dobrym z odznaczeniem, dobrym lub dostatecznym, uzyskują dyplom z wyszczególnieniem uzyskanej oceny. Co do uczennic, które złożyły końcowy egzamin ze stopniem niedostatecznym, komisja egzaminacyjna orzeka, w jakim terminie uczennica może egzamin powtórzyć i czy powtórzenie egzaminu uzależnione będzie od powtórzenia kursu w całości, względnie częściowo.

Przy wręczaniu dyplomu uczennicy dyrektor odbiera od niej ślubowanie według następującej formuły:

„Uroczyście ślubuję, że ciężarnym, rodzącym i położnicom, które mojej pomocy zawezwą, bez względu na ich stosunki majątkowe i na wynagrodzenie, nieść ja będę jednakowo rzetelnie i według najlepszej swojej wiedzy i że przytem wszystkiem obowiązki, jakie ciążyą na położnicy w myśl obowiązujących przepisów, spełniać będę punktualnie i sumiennie“.

§ 23. Absolwentki prywatnych szkół położnych mogą uzyskać prawo wykonywania zawodu położnych po złożeniu egzaminu w jednej z państwowych szkół położnych, względnie przed specjalną komisją egzaminacyjną.

W skład specjalnej komisji egzaminacyjnej wchodzi lekarz urzędujący przy wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, jako przewodniczący, dyrektor jednej z państwowych szkół położnych, oraz dyrektor i jeden z wykładowców prywatnej szkoły położnych, dla której uczenie powołuje się komisję. Specjalną Komisję egzaminacyjną powołuje wojewoda w wypadku zgłoszenia do egzaminu najmniej 20 kondydatk.

Do czynności specjalnej Komisji Egzaminacyjnej znajdują zastosowanie postanowienia §§ 22 niniejszego rozporządzenia,

III. Przeszkolenie położnych.

§ 24. Położne obowiązane są do odbywania w okresach pięcioletnich uzupełniających kursów przeszkolenia. Pierwszy kurs przeszkolenia położna winna odbyć po upływie pięciu lat od chwili ukończenia szkoły położnych.

§ 25. Obowiązek odbycia kursów przeszkalających (§ 24) dotyczy wszystkich położnych, z wyjątkiem położnych, które:

- a) ukończyły 60-ty rok życia,
- b) pozostają w służbie przy szkołach położnych, klinikach i szpitalach,
- c) pozostają jako położne przy szkołach położnych.

Położne, wyszczególnione w punktach b) i c) niniejszego paragrafu, obowiązane są do odbycia kursu przeszkolenia po upływie 5-ciu lat od chwili rozwiązania stosunku służbowego.

§ 26. Położna może być zwolniona z obowiązku odbycia kursu przeszkolenia w następujących wypadkach:

1. o ile stan zdrowia położnej, względnie przeszkody materialne lub rodzinne na to nie pozwalają,
2. o ile położna wykaże się nienagannością pracy i wybitną liczbą porodów, stwierdzoną na podstawie jej dziennika urzędowego,
3. o ile położna nie może bez szkody dla instytucji, względnie miejscowej ludności odbyć przeszkolenia w oznaczonym terminie.

O zwolnieniu z obowiązku odbycia kursu przeszkolenia orzeka właściwa wojewódzka władza administracji ogólnej.

§ 27. Powiatowa władza administracji ogólnej może zobowiązać położną do odbycia uzupełniającego kursu przeszkolenia poza terminem, określonym w § 24, w wypadkach:

- a) zaprzestania wykonywania zawodu dłużej, niż przez 1 rok;
- b) stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu.

§ 28. Kursy przeszkolenia odbywać się winny corocznie w miesiącach letnich przy szkołach położnych państwowych i samorządowych.

§ 29. Kurs przeszkolenia trwa dni trzydzieści i obejmuje sto godzin nauki teoretycznej i sto godzin zajęć praktycznych, oraz ponadto cztery dyżury dwudziestoczerogodzinne.

Plan nauki na kursie przeszkolenia układa dyrektor szkoły położnych przy przestrzeganiu następujących zasad:

1. w zakresie teorii: sześćdziesiąt godzin należy poświęcić powtórzeniu wiadomości o przebiegu prawidłowych i nieprawidłowych ciąży, porodu i położu, 20 godzin powtórzeniu wiadomości z higieny noworodka i ogólnej i 20 godzin powtórzeniu wiadomości z zakresu aseptyki, antyseptyki, dezynfekcji, dezynsekcji, walki z chorobami epidemicznymi, wenerycznymi, prostytutcją i alkoholizmem, oraz przypomieniu przepisów dla położnych;

2. w zakresie zajęć praktycznych plan kursu winien uwzględnić wszystkie fazy pracy zakładowej: izba przyjęć, oddział ciężarnych, oddział położnic oddział osesków, sala porodowa, oraz poradnie dla ciężarnych i karmiących, żłobki i t. p.

Uczestniczki kursu należy jaknajczęściej wzywać do asystowania przy porodach nieprawidłowych.

Liczba uczestniczek kursu winna odpowiadać ilości materiału klinicznego i poliklinicznego szkoły w tym stosunku, aby każda uczestniczka mogła w czasie kursu przyjąć samodzielnie najmniej dwa porody.

O ukończeniu kursu przeszkolenia powiatowa władza administracji ogólnej czyni adnotację w dyplomie położnej.

IV. Postanowienia końcowe.

§ 30. Postanowienia, zawarte w §§ 4 i 5 oraz §§ 24 — 29 niniejszego rozporządzenia, mają zastosowanie również do położnych, które zostały zarejestrowane przez władze administracji ogólnej przed wejściem w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 316).

§ 31. W razie naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia w stosunku do winnych mają zastosowanie sankcje karne, przewidziane w art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 316).

§ 32. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych

Sławoj Składkowski.

Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa.

Międzynarodowy Komitet Organizacyjny: Prezes — Dr. René Sand, 2 avenue Velasquez, Paryż (8), Sekretarz — Dr. E. H. Lewinsky-Corwin, 2 East 103 d' Street N. York.

Z inicjatywy Komitetu Międzynarodowego, obejmującego przedstawicieli władzy administracyjnej, lekarzy, pielęgniarki, oraz przedstawicieli zainteresowanych stowarzyszeń narodowych, w dniach od 13 do 15 czerwca 1929 zbierze się pierwszy Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Atlantic City (miejsceowość kąpielowa pod Filadelfją). W tem samym mieście od 17 do 21 czerwca odbędzie się sesja amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa. Członkowie Kongresu Międzynarodowego są najuprzejmiej zaproszeni do wzięcia udziału w tem drugim zgromadzeniu, które dopełni obrady Komitetu Międzynarodowego.

Od dnia 13 do 21 czerwca w Atlantic City będą otwarte: Wystawa Międz. Naukowa i Wystawa Międzynarodowa Handlowa, obie poświęcone szpitalnictwu.

Od 5 do 11 czerwca uczestnicy Kongresu będą gośćmi Komitetu Amerykańskiego, który zawiezie ich do Bostonu, do Montrealu, do wodospadów Niagary, do Rochester, do Waszyngtonu i do Baltimore. Podczas tej wycieczki zwiedzą oni liczne szpitale.

Program Kongresu został ustalony w sposób następujący:

13 czerwca — posiedzenie ranne: przemówienia przedstawicieli różnych państw, biorących udział w Kongresie, uchwalenie regulaminu, wybór prezydium.

Posiedzenie popołudniowe: dyskusja na temat wpływu planów szpitali na koszty ich budowy i utrzymania, jak również na skuteczność leczenia (referent — dr. S. S. Goldwater, N. York).

14 czerwca — posiedzenie ranne: dyskusja na temat dochodów szpitalnych (referent — prof. Groeber, Jena).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat roli szpitali publicznych i szpitali prywatnych (referent dr. W. H. Mansholt, Groningen).

15 czerwca — posiedzenie ranne — dyskusja na temat szpitali psychiatrycznych (referent będzie wyznaczony) i szpitali dla chorób chronicznych (referent — prof. J. Tandler, Wiedeń).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat: Stowarzyszenia narodowe szpitalnictwa i stworzenie Stowarzyszenia Międzynarodowego Szpitalnictwa (referenci — pp. Brizon i A. Gouachon, Ljon).

Przygotowanie drugiego Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa.

Głosowanie wniosków.

Mowa zamknięcia.

Referaty będą rozdane zawczasu. Zgłoszenia, odnoszące się do tematów, wymienionych powyżej, będą mogły być przedstawione na dorocznej sesji amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa.

Wystawa Naukowa będzie podzielona na sekcje narodowe, zorganizowane przez Komitety, zajmujące się propagandą w każdym kraju. Bardzo obszerne pomieszczenie jest im oddane bezpłatnie do dyspozycji. Komitety narodowe poniosą koszty transportu okazów i ich ubezpieczenia podczas przewozu, jak również koszty urządzenia stoisk.

Te same zasady obowiązują dla Wystawy Handlowej z tą różnicą, że pomieszczenie będzie wdzierżawione po cenio kosztu. Każdy Komitet przyjmuje lub odrzuca przesyłki swych ziomków, powodując się zasadą, że Wystawa ma za zadanie pokazanie ważnych postępów, osiągniętych w przemyśle w zakresie urządzenia szpitali i przedmiotów, któremi się one posługują. Okazom, przywożonym na Wystawę, zostało zapewnione zwolnienie od cła.

Adres Sekretarjatu Kongresu: Atlantic City, Ritz - Carlton Hotel.

Akademia Medyczna w Nowym Yorku (2 East 103 d'Street) ofiarowuje swoje usługi członkom Kongresu podczas całego czasu trwania ich pobytu w N. Yorku. Zobowiązuje się dostarczać im pocztę podczas wyjazdów.

Do chwili obecnej liczne rządy i narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa podały już swych delegatów. Jest rzeczą bardzo ważną, aby wszystkie kraje były reprezentowane na Kongresie przez swych najwybitniejszych fachowców.

R E G U L A M I N.

Cel Kongresu.

Celem Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa, mającego odbyć się w Stanach Zjednoczonych w r. 1929, jest ułatwienie stosunków między zarządami szpitalnemi publicznemi i prywatnemi, pośredniczenia w wymianie informacji i wymiana zdań między osobami, interesującemi się na całym świecie sprawami szpitalnictwa.

Organizacja.

Pierwszy Kongres Międzynarodowy Szpitalnictwa organizuje Komitet Wykonawczy Międzynarodowy, wybrany w Paryżu we wrześniu 1927 roku i sierpniu 1928 r. przy współdziałaniu komitetów narodowych krajów uczestniczących.

Przyjmowanie członków.

Członkami Kongresu mogą być osoby, urzędy i instytucje:

- a) delegowane przez władze publiczne (związkowe, narodowe, prowincjonalne lub departamentowe, kantonalne lub miejskie) lub przez narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa;
- b) zapisane na własną prośbę przez Narodowe Stowarzyszenie Szpitalnictwa, które zawiadania o tem sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego;
- c) zapisane przez sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego, gdy idzie o kraje, które nie posiadają Narodowego Stowarzyszenia Szpitalnictwa;
- d) zaproszone na jego własną odpowiedzialność przez jednego z członków Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego.

Składki.

Składka członkowska wynosi 5 dolarów. Daje ona prawo do otrzymania sprawozdań i protokółów.

Prezydjum.

Prezydjum będzie wybrane na pierwszym posiedzeniu Kongresu na wniosek Komitetu Wykonawczego.

Języki.

Każdy przemawia w języku swego wyboru.

Przemówienia będą przetłumaczone w streszczeniach na takie języki, **jakie** będą postanowione stosownie do okoliczności. Sprawozdanie i protokoły będą wydane po francusku, po angielsku i po niemiecku.

Wnioski.

Kongres nie formułuje wniosków, dotyczących kwestyj technicznych.

Międzynarodowy Komitet Wykonawczy.

Delegaci obecni na zebraniach we wrześniu 1927 i w sierpniu 1928 r., tworzą Międzynarodowy Komitet Wykonawczy do chwili otwarcia Kongresu Komitet ma prawo kooptowania nowych członków.

Program wycieczki, urządzanej dla członków Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa.

Środa, 5 czerwca. Obiad w hotelu w N. Yorku.

Spotkanie na dworcu centralnym o 10 godz. wieczorem w specjalnym pociągu Pullmanowskim, przeznaczonym dla członków Kongresu.

Czwartek, 6 czerwca. Przyjazd do Bostonu o godz. 7,05 rano, wyjazd o 9 godz. wieczorem.

Piątek, 7 czerwca. Przyjazd do Montreal o godz. 7,30 rano, wyjazd o godz. 6,25 wieczorem.

Sobota, 8 czerwca. Przyjazd do wodospadów Niagary o g. 10 rano.

Niedziela, 9 czerwca. Wyjazd o godz. 8,10 rano, przyjazd do Rochester o 11 rano, wyjazd z Rochester o 7 godz. wieczorem.

Poniedziałek, 10 czerwca. Przyjazd do Waszyngtonu o godz. 8,45 rano.

Wtorek, 11 czerwca. Odjazd o godz. 9 rano, przyjazd do Baltimore o godz. 9,52, wyjazd z Baltimore o godz. 5,13 wieczorem, przyjazd do Atlantic City o godz. 8 wieczorem.

Organizacja podróży.

Kompanja American Express jest urzędowym agentem Kongresu w sprawach, dotyczących przejazdu członków Kongresu. Ofiarowuje swoje usługi celem zamówienia kabiny do podróży tam i z powrotem, pokoju w hotelu, biletów kolejowych lub miejsc zarezerwowanych, słowem postara się zaspokoić wszystkie ich żądania. W szczególności udzieli im informacji co do podróży, które zechcieliby odbyć po ukończeniu Kongresu, aby zakończyć swą wizytę do Stanów Zjednoczonych.

Członkowie Kongresu są proszeni o skomunikowanie się z Kompanją American Express, najbliższą ich miejsca zamieszkania, wskazując datę, kiedy chcieliby przybyć do N. Yorku, rodzaj hotelu w jakim chcieliby zamieszkać, i zaznaczając, czy wezmą udział w wycieczce (5 — 11 czerwca) organizowanej bezpłatnie (koleje, wagony sypialne, hotele, posiłki, autocary i t. d.) przez Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitalnictwa.

Nie należy zapominać, że wszystkie statki, jadące z Ameryki do Europy w drugiej połowie czerwca i pierwszej połowie lipca, są przepełnione. Jeśli kabina na drogę powrotną nie będzie w porę zamówiona, członkowie Kongresu mogliby znaleźć się w trudnem położeniu. Jest więc rzeczą konieczną jaknajrychlej poczynić odpowiednie kroki.

*Najniższe ceny przejazdu przez ocean Atlantycki
są następujące w dolarach:*

	Do Nowego Yorku	z Nowego Yorku
I klasa	177,50 do 272,50	206,25 do 300
II klasa	140 „ 157,50	140 „ 157,50
III klasa dla turystów	120 „ 125	120 „ 125

Podróż III klasą „dla turystów“ tam i z powrotem 200 do 210 dolarów.

W II klasie jedyną zniżką, przyznaną przy podróży w obie strony, jest 5% dla pasażerów, wyjeżdżających z N. Yorku po 15 lipca.

W I klasie żadna zniżka nie będzie przyznana.

Czynione są jednak kroki, aby uzyskać zniżkę od ceny przejazdu do Ameryki. Członkowie Kongresu są proszeni o zwrócenie się w tej sprawie do Kompanji American Express, która poinformuje ich jak tylko zapadnie odpowiednia decyzja.

W Nowym Yorku ceny hotelowe są następujące: w hotelu pierwszorzędnym za pokój z łazienką 4 do 5 dolarów dziennie (za 1 osobę) lub 7 do 8 dolarów (za 2 osoby). Naogół hotele nowojorskie nie udzielają pension. Wszystkie trzy posiłkiienne (à la carta) kosztuje około 3,50 do 4,50 dolarów dziennie.

W Atlantic City większość hoteli daje kompletne pension za 6 do 10 dolarów. Członkowie Kongresu mają prawo do 10%-wej zniżki od tych cen.

Karta zgłoszenia:

Nazwisko
 Tytuł
 Adres

zapisuje się jako członek Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa i przesyła sumę pięciu dolarów, jako skłódkę członkowską.

(Przesłać taką kartę i skłódkę do d-ra Lowinsky - Corwin, 2 East 103 d'Street, N. York).

List otwarty grona lekarzy abstynentów do kolegów w Zamościu.

Alkoholizm jest jedną z najstraszniejszych klęsk społecznych, o tem wie każdy obywatel, który umie trzeźwo patrzeć na życie, nikt jednak nie widzi tylu dowodów słuszności tego twierdzenia, co lekarz. I nie tylko psychiatra, lekarz więzienny, lekarz ubogich, ale i lekarz praktyk na każdym kroku widzi ile ofiar alkohol pochłania, jak ciężko społeczeństwo płaci już nie tylko za nadużycie ale i za tak zwane umiarkowane używanie napojów alkoholowych. Dlatego też w szeregu wybitnych leaderów ruchu przeciwalkoholowego tak u nas, jak i u obcych, spotykamy niejedno nazwisko lekarskie. Z całą pewnością też można powiedzieć, że idea abstynencji znajdzie rozpowszechnienie znacznie szybciej, jeżeli każdy lekarz już z racji swego zawonu będzie jej obrońcą. I tak być powinno. Bo z jednej strony nawet lekarz całkowicie pochłonięty działalnością praktyczną, lecz patrzący na obowiązki swoje z punktu widzenia społecznego (dziś trudno myśleć inaczej) musi się ustosunkować dodatnio do zagadnienia walki z alkoholizmem; z drugiej znowu, w sprawie używania alkoholu, wiążącej się ściśle ze zdrowiem fizycznym i duchowym, lekarz z natury rzeczy jest największym autorytetem.

W Polsce z wielu względów niebezpieczeństwo alkoholizmu jest groźniejsze, a potrzeba obrony przed tem złem jest ostrzejsza i bardziej nagląca, niż w innych krajach. Niestety ruch przeciwalkoholowy jest u nas bardzo słaby. Obojętność ogółu pod tym względem jest zadziwiająca, a wśród interesujących się zagadnieniem uderza brak orientacji, jedni, nieliczni bardzo, uważają, że należy natychmiast wprowadzić prohibicję, drudzy, tworzący znaczną większość, występują przeciw jakikolwiek ograniczeniom, już to jako bezcelowym, już to zbyt czynnym. Na ustosunkowanie się do sprawy nie jest prawdopodobnie bez wpływu łamanie ustawy przeciwalkoholowej, ustawy łagodnej, naprawdę godnej poparcia i większego zainteresowania niż dotąd. Tę obojętność ogółu trzeba przełamać, jeżeli chcemy sprawę posunąć naprzód.

Jednym z punktów Polskiej ustawy przeciwalkoholowej jest opcja lokalna, która ma bardzo wielu przeciwników, prawdopodobnie głównie z powodu niezrozumienia jej celu. Trzeba bowiem powiedzieć wyraźnie, że bezpośrednim wynikiem objci lokalnej wcale nie jest „osuszenie kraju“, przynajmniej w chwili, kiedy kraj znajduje się w stadium zupełnie początkowym walki z alkoholizmem, jak to jest obecnie w Polsce. Najgorętszy zwolennik abstynencji, obeznany z zagadnieniem, nie dąży dziś do wprowadzenia prohibicji w Polsce. Byłaby to raczej szkodliwa mrzonka, niż pozytywny ideał. *Głównym zadaniem opcji lokalnej u nas obecnie jest propaganda idei abstynencji.*

Dużą rolę pod tym względem odegrała ta metoda w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w okresie długoletniej i zaciętej walki o prohibicję, o uzdrowotnienie kraju fizyczne i duchowe, wielkie korzyści idei wstrzemięźliwości oddała i oddaje opcja lokalna w krajach skandynawskich. W Polsce dotąd 194 gmin wypowiedziało się za opcją lokalną i większość wprowadziła ją w życie. Już sam fakt, że w tylu gminach mówiono o sprawie alkoholizmu, prowadzono dyskusje na ten temat, oświetlano to zagadnienie z różnych stron, pisano o tem w pismach ma dla rozwoju walki z alkoholizmem wielką doniosłość. Wyniki tej akcji może nie dadzą się wyjawic liczbowo, ale są niewątpliwie bardzo wydatne.

Mając te uwagi na myśli, grupa organizatorów kofa lekarzy abstynentów zwraca się z gorącym apelem do kolegów z Zamościa, aby zechcieli sprawę opcji lokalnej w momencie nadchodzącej walki poprzeć swemi wpływami i autorytetem lekarskim i obywatelskim.

Dr. Witold Chodźko
Dr. Kazimierz Dłuski
Dr. Witold Łunowski
Dr. J. Budzińska-Tylicka
Dr. F. Łuniewska
Dr. Stanisław Deresz

Dr. Z. Garlicka
Dr. Marcin Kacprzak
Dr. Władysław Sterling
Dr. Z. Szymanowski
Dr. Z. Srebrny
Dr. J. Zaleski

T R E Ś Ć :

Od Redakcji. — Inż. arch. Władysław Borawski: Współczesne urządzenia sanitarne w rzeźniach. — Dr. med. Piotr Mężyński: Rola poradni dla matek. ~ **Dział Sprawozdawczy:** Zdrowie Publiczne. — Walka z chorobami społecznymi w Województwie Kieleckim. — Lekarze w Polsce. **Warsz. Tow. Higjeniczne:** Posiedzenie Zarządu Głównego. **Kronika:** Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. — Rozporządzenie Min. Spraw Wewn. w sprawie położnych. ~ Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa. — List otrwarty grona lekarzy abstynentów do kolegów w Zamościu.

S O M M A I R E :

Ing. Wł. Borawski: Abattoirs publics.
Dr. P. Mężyński: Consultations pour les mères.
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. Higjeniczne, 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

HEMOGEN

MAGISTRA KLAWE



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

Wzmacnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i przywraca siły.

Broszura o znaczeniu żelaza w lecznictwie oraz próby na żądanie.

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

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

ZUPEŁNIE PRZEJRZANE

DO NABYCIA

KRAKOWSKIE PRZEDMIEŚCIE 1

TELEFON 96-17

U DOKTOROWEJ POLAKOWEJ