

Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL
SALOL
UROTROPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

MOCZOPĘDNY

PRZECIWNILNY

RZEŻĄCZKA

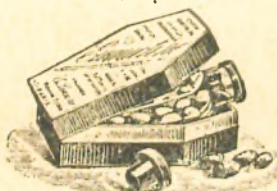
ZAPALENIE MIEDNICZEK

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 — ZWIĘCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO

CASCARINE



LEPRINCE

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

ŚRODEK

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

ROZWALNIAJĄCY

LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

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

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

ODDZIAŁ DLA POLSKI: MOKOTOWSKA 57 m. 6 W WARSZAWIE.

OTWOCK

UL. KONOPNICKIEJ 9, TEL. 54

PENSJONAT „TERESKA”

JANINY MICHAŁOWSKIEJ

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

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 plomb. po 50 i 10 kg.

Ług Inowrocławski

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

S K Ł A D G Ł Ó W N Y :

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

30040

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 Badyński, Dr. Józef Celarek, Dr. Włodzisław Dąbrowski, Dr. Aleks. Fruchlman, Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin), Dr. Pr. Grodecki, Dr. M. Gromski, Dr. L. Hirszteld, Inż. K. Jakimowicz, Doc. Tom. Janiszewski, Gen. Inż. Eug. Kałkowski, Prof. Br. Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski, Dr. Szezeban Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugeniusz Piasecki (Poznań), Dr. A. Puławski, Inż. I. Plotrowski, Prof. Rapedzewski, 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. Świątopełk-Zawadzki, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dr. Wł. Totwiński (Lublin), Dr. Cezary Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.

Od Redakcji.

Warszawa, Czerwiec 1929

Zbliżają się wakacje letnie, a więc okres wszelkiego rodzaju międzynarodowych zjazdów, konferencji, kongresów, których liczba rośnie z każdym rokiem. Można by powiedzieć, że po Wielkiej Wojnie nastąpiło wszechświatowe bratanie się narodów na polu życia intelektualnego i duchowego. Sądzę, że taki pogląd jest w pewnej mierze słuszny, bo odzwierciadla ogólnoludzkie dążenia, ku temu zmierzają najlepsze, najkulturalniejsze jednostki wszystkich ras, państw, społeczeństw. Przez osobiste zetknięcie się można usunąć niejedną powód do animozji, złagodzić niejedną jątrzącą się ranę, można też nauczyć się wiele.

Ale jest i druga strona tego zjawiska, która nawet i w tej dziedzinie występuje bardzo jaskrawo, choć niewątpliwie w mniej brutalnej formie, niż gdzieindziej, walka o prawo do bytu i to na daleką metę.

Międzynarodowe kongresy, zbliżając narody, stają się coraz bardziej międzynarodowymi zawodami, w których społeczeństwa walczą o lepsze z tem zastrzeżeniem, że nagrody tutaj rozdają

jakgdyby plebiscytowo wszyscy uczestnicy, rozdają je, roznosząc przedświadczenie o pierwszeństwie tego lub innego przedstawiciela, tej lub innej grupy. Naogół są to mniej zawody indywidualne, więcej zbiorowe — udział w nich biorą całe społeczeństwa, delegujące swoich przedstawicieli. Z takim poglądem zgodzą się wszyscy, którzy uczestniczyli w jakichkolwiek kongresach, choćby zwołowanych w imię hasła najdalej idącego braterstwa, pokoju i przyjaźni. I wtedy jeszcze każda grupa stara się wykazać, że jest najbardziej ważką, że posiada największą żywotność, że ma najwięcej do wniesienia do skarbnicy międzynarodowej. Taki stan rzeczy winien nas zmusić do głębszego zastanowienia się nad sprawą naszego uczestnictwa w kongresach, które w dziedzinie nas obchodzącej jest dotąd zbyt i słabe i zbyt mało czynne. Jesteśmy pod tym względem zdystansowani nie tylko przez Niemców, dominujących na kongresach, ale i przez dzielnie broniących swoich interesów Czechów.

A więc przede wszystkim nasz udział w kongresach obejmujących najszerzej pojęte zagadnienia zdrowotne (medycyna, higiena i im pokrewne) był dotąd, z nielicznymi wyjątkami, słaby. Jeżeli kongres nie jest w jakimś specjalnie atrakcyjnym punkcie, jesteśmy naogół reprezentowani bardzo nielicznie. Wprawdzie znajdujemy się w dość ciężkich warunkach materialnych, a ci którzy mają coś do powiedzenia na kongresach naukowych, czy zjazdach działaczy społecznych, nie należą do najzamożniejszych, ale na to winniśmy znaleźć środki, niezbyt zresztą wielkie. Są środki na bardzo kosztowne ekipy i drużyny, winny się znaleźć na mniej kosztowne zjazdy działaczy naukowych i społecznych, którzy, biorąc głębiej nie z punktu widzenia natychmiastowego efektu, więcej przecież w losach społeczeństwa ważą, niż najlepsi sportowcy, tak samo nawewnątrz, jak i nazewnątrz kraju.

Niemniej, niż liczba, ważny jest i dobór delegatów. Pod względem jakości i organizacji naszych delegacji, mamy jeszcze więcej do zrobienia, niż pod względem liczby. Przede wszystkim udział w kongresie musi być czynny. Delegaci winni jeździć z referatami, winni brać udział w dyskusji, winni mówić o tem, co w danej dziedzinie dzieje się w Polsce. Nie powinno być sekcji ani grupy, w którejby nie było naszego przedstawiciela, pragnącego dowiedzieć się, co inni w tej dziedzinie zrobili, jakie napotykają trud-

ności, obowiązanego dodać w odpowiedniej chwili jakie są nasze wyniki na danem polu pracy, uwypuklić dodatnie strony naszej działalności. My musimy innym powiedzieć co robimy, bo inaczej nigdy się oni o tem nie dowiedzą, gdyż sami nie interesują się. Na polu zdrowotności publicznej mamy sporo rzeczy do pokazania, a w dziedzinie walki z chorobami zakaźnymi zasłużyliśmy kiedyś na duże uznanie, co trzeba umiejętnie wyzyskać. Dlatego też należałoby grupy delegatów odpowiednio dobierać i organizować, szczególnie z tego względu, że na liczne grupy nas nie stać, że w omawianej dziedzinie wybitnych nazwisk, znanych poza granicami kraju, posiadamy bardzo niewiele lub wcale. Nie należałoby wysyłać ludzi tylko za zasługi, nawet najbardziej godne wynagrodzenia, ani też posiadających jako jedyny atut: wiek, tytuł, stanowisko. To nie są walory popłacające na zawodach. Największy autorytet osobisty poza granicami kraju maleje, a niekiedy staje się monetą bez większej wartości, jako że posiada obieg tylko wewnątrz kraju. Idea przewodnia: a) delegatami naszymi na kongresy winni być ludzie, mający coś do powiedzenia i umiejący to odpowiednio i w porę wypowiedzieć; b) przedstawicielstwa tak rządowe, jak i społeczne winny tworzyć nierozzerwalną, podporządkowaną wyższej potrzebie całość. Nie jest też bez znaczenia takt osobisty naszych delegatów i zrozumienie, że społeczeństwo prowadzi określoną politykę w zagadnieniach z omawianymi wcale nie związanych lub tylko luźno.

Otrzymaliśmy byt niezależny, musimy jednak dowieść przede wszystkim pracą na polu dorobku własnego, tak samo w dziedzinie dóbr materialnych, jak i duchowych, prawo do tego bytu. Sytuacja nasza naogół jest trudna. Nie jesteśmy tak potężni, żeby nam dawano pierwsze miejsca z tej właśnie racji, nie jesteśmy tak słabi i pokrzywdzeni, żebyśmy z tych względów wywoływali sympatię i mieli patronów. Godne stanowisko musimy sobie wywalczyć, a godna reprezentacja wszędzie, we wszystkich dziedzinach nie jest bez znaczenia.

Trzeba pamiętać, że każda grupa polska na kongresie międzynarodowym jest rozpatrywana i traktowana, jak Polska w minjaturze. Nietylko ministrowie „są próbkami ludzi tego narodu, który ich wysyła“.

M. Kacprzak.

Inż. arch. Władysław Borawski.

Budownictwo szpitalne w Warszawie.

„W przyczynach drobnych szukajcie objaśnienia kwestyj najwyższych, bowiem te drobne pozornie, są zarówno wzniósłe, gdyż w nich, jak i w tych największych tkwi jądro jednej Mądrości“.

I. Gchorowicz.

Rzeczą jest godną uwagi, że w wielu państwach o wysokiej kulturze i znakomitem zrozumieniu znaczenia higieny, pomimo wybitnie udoskonalających się warunków sanitarnych miast i osiedli konstatujemy jednocześnie szybki i wszechstronny rozwój szpitalnictwa państwowego, komunalnego, a nawet prywatnego. Naszem zdaniem, przyczyny tego zjawiska należy szukać przede wszystkim w prawidłowej ocenie, jaką konkretną wartość przedstawia każda zdrowa jednostka w społeczeństwie, tem większą, im znaczniejszy był wkład w tę jednostkę samego społeczeństwa, kształtującego ją intelektualnie i fizycznie, przysposabiającego do spełnienia pożytecznej roli w obranym zawodzie.

To też nietylko cele humanitarne, lecz wprost materialne kierują dziś narodami, dążącemi do ekonomizowania swoich sił przez postawienie na odpowiednim poziomie wszystkich rozporządzalnych środków lecznictwa. Widomą oznaką tego wysiłku i zrozumienia jest szeroko rozgałęziona sieć szpitalna. Z całym naciskiem twierdzić możemy, że tylko dzięki niej nie roztrwonimy wielkich, choć nieuchwytnych kapitałów, wracających do społeczeństwa w tych tysiącach opuszczających szpitale, ozdrowieńców, którym w odpowiednich warunkach skrócono nieraz okres choroby, zapobieżono częstokroć utracie zdolności do pracy, wyrwano może śmierci. Dzisiejsze szpitale, domy zdrowia, lecznice — to wielkie przetwórnice zużytych wartości na nowe, to doniosły czynnik, wchłaniający z pośród społeczeństwa rozkład fizyczny i duchowy, ażeby jednak zwrócić mu ten materiał zdolny znowu do wysiłku i dalszego procentowania dla ogólnego dobra. Tych właśnie ogromnego znaczenia przemian dokonywa cały organizm szpitalny, nie więc dziwnego, że jego budowa powinna być tak doskonała, ażeby stawała się poniekąd jednym ze środków leczniczych, współ-

działających w zwalczaniu choroby. I naprawdę tylko ci, którzy dłużej i bliżej zgłębiali ten przedziwnie subtelny i odpowiedzialny warsztat pracy, zadowalający wszystkie współczesne wymogi nauki medycznej, mogą zaświadczyć, że zaspokojenie wielorakich, nieraz sprzecznych ze sobą warunków, jest wprost nie do osiągnięcia czy to z punktu techniki, czy to konieczności oszczędnościowych, nie mówiąc już o specyficznych trudnościach kompozycyjnych architektury szpitalnej. Nie trzeba zapominać, że szpital dzisiejszy w swojej całości rozplanowania, jak i w poszczególnych budowlach musi liczyć się z czynnikiem estetycznym, równoległe z prostotą i celowością wnętrza winien posiadać pewien powab, harmonję kolorów i odpowiednią grę światła. Wszystko to umiejętnie zastosowane w sposób dodatni działa na psychikę chorego, niweczy apatię, usposabia przyjaźniej i ufniej do otoczenia, niosącego swą ciężką pracę w tych warunkach z większem zadowoleniem i pogodą wewnętrzną. I co najważniejsze: tego nowoczesnego ducha w budownictwie szpitalnem trzeba stwarzać u nas odnowa, niema tu żadnych tradycyj, a naśladownictwo obce byłoby nieszczerze i sztuczne. Nie mamy w tej dziedzinie jakiegokolwiek pracy naukowej, nie tworzą się nigdzie archiwalne komplety tego, co wreszcie od chwili zdobycia bytu niepodległego wznosi u siebie Polska.

Chcąc choć w drobnej mierze wypełnić tę ogromną lukę zilustrowaniem wysiłków na polu budownictwa szpitalnego w Warszawie z ostatniego dziesięciolecia, zatrzymamy się na kilku obiektach najważniejszych. Zanim jednak przystąpimy do omówienia właściwego tematu, pokrótce zapoznać wypada z ogólnym stanem szpitalnictwa w stolicy i wytyczonym kierunkiem jego rozwoju.

Dziwnie niepomyślnie kształtowały się dzieje szpitalnictwa w Warszawie za czasów rządów najeźdźcy, gdyż te humanitarne placówki ludzkości były traktowane jako jedne z ogniw systemu rusyfikatorskiego — tem się tłumaczy stałe cofanie się wstecz czy to pod względem ilości potrzebnych łóżek dla chorych, czy odpowiedniego wyposażenia w pomoce lekarskie i urządzenia gospodarcze. Dość przytoczyć, że w końcu ubiegłego stulecia ilość łóżek szpitalnych wynosiła 2.4 na 1.000 mieszkańców, gdy w owym czasie w Europie Zachodniej utrzymywała się średnio koło 8 (tablica Burdett'a). Na skutek powszechnych skarg i narzekań ciemniejszej ludności władze rosyjskie zwróciły w r. 1907 szpitale pod

METODY	1937	1937				1939				1939			
		POTRZEB KÓZEK.	WAR. ZAWA. POWINNO BYĆ	BYŁO KÓZEK ETATOW. MIEJŚC.	PRZYWIAT. M	WAR. ZAWA. ± BYĆ	BYŁO KÓZEK ETAT. MIEJŚC.	PRZYWIAT. M	WAR. ZAWA. ± BYĆ	BYŁO KÓZEK ETAT. MIEJŚC.	PRZYWIAT. M		
I - ZACHOROWALNOŚĆ	74	6043							7810			9230	
II - KATEG. CHOROBY	---	3878 (64%)							6930 (44%)			7020 (19%)	
1- WENIĘSTRZNE	2,0 0,75	9594	1078	162	1294	3025	1065	210	1750	3575	2300		
2- NIEWOWE	0,5	461	180	---	281	550	152	---	398	650	498		
3- CHIRURGICZNE	1,3	1882	966	30	385	1650	1088	228	324	1950	624		
4- GINEKOLOGICZNE	0,3	276	138	20	98	230	215	148	(+33)	390	27		
5- DOŁOŻNICZE	0,5	461	300	---	161	530	370	---	180	630	280		
6- ZAKAZNE	2,0	1843	337	450	866	2200	603	84	1513	2600	1913		
7- POPYCHICZNE	1,5	1382	470	425	487	1650	530	325	535	1930	835		
8- OCZNE	0,3	276	138	18	106	330	154	20	156	330	216		
9- WNER. i OKOJONE	1,0	922	510	---	412	1100	388	80	432	1300	632		
10- GRZYBLICZE	2,0	1843	336	---	1307	2300	631	---	1579	2600	2029		
RAZEM	42,33	14380	4837	4105	5418	13585	3446	1305	6867	16055	9334		
			5962		47,6%		6731		50,5%				
			64 ŁOZ./1000 M-cm				60 ŁOZ./1000 M-cm						

(A) - PROCZ SZCZYTALI WOSPŁONYCH
(B) - PROCZ ZAKAZOWY PRYWIATNYCH

V.B.
1938.

zarząd miasta i od tej chwili datuje się szybka i stała poprawa, która wyraża się obecnie stosunkiem około 6 łóżek na 1.000 mieszkańców, wliczając miejsca zakładów prywatnych (bez szpitali wojсковych).

Miasto może rozporządzać w 1929 r. 5.416 łóżkami w szpitalach miejskich, 1.308 łóżkami w szpitalach prywatnych i 808 łóżkami w lecznicach. Roczna frekwencja chorych, korzystających z miejskich zakładów, sięga około 70.000, w tem 25% jest przyjezdnych z prowincji.

Dokładne obliczenia liczby łóżek, rzeczywiście potrzebnych dla naszego miasta według kategorii chorób i stanu w innych cywilizowanych państwach, wykazuje jednak niedobór aż 50%, co też potwierdzają wielkie liczby kart odmownych, wydawanych przez szpitale. Żeby w ciągu najbliższych dziesięciu lat, uwzględniając rozwój miasta i przyrost naturalny ludzkości, zmniejszyć ten niedobór choćby o połowę (na 25%), trzeba w samym tylko szpitalnictwie miejskiem stworzyć około 4.200 nowych miejsc szpitalnych kosztem 42 milionów zł., przyjmując koszt budowlany jednego łóżka conajmniej w wysokości 10.000 zł. Powyższy stan rzeczy uważalibyśmy i tak za wyjątkowo pomyślny, gdyż dotychczas średnie dotacje roczne na rozbudowę szpitalnictwa były o połowę mniejsze, to znaczy, że stanowiły zaledwie $\frac{1}{4}$ potrzebnych sum.

Dużą przeszkodę przez długie lata w normalnej rozbudowie szpitali będzie stanowiła adaptacja starych centrów szpitalnych, które w opracowanym programie muszą pozostać w śródmieściu, jako szpitale „dzielnicowe“. Wymagać to będzie wzniesienia szeregu nowych pawilonów, gruntownej przebudowy obiektów gospodarczych, wprowadzenia w nich nowoczesnych urządzeń mechanicznych, usunięcia różnych budynków niezdalnych w zupełności do dalszego użytku. W celu zapewnienia tej przebudowie danych szpitali określonego charakteru i ciągłości, zostały opracowane i zatwierdzone przez władze miejskie ich definitywne plany sytuacyjne, jak szpitala Dz. Jezus, im. Karola i Marji, św. Stanisława — zakaźny i Przem. Pańskiego na Pradze. Porównyując stan zabudowy szpitali z 1925 i 1928 r., widzimy, jak stopniowo zanika chaotyczność ich rozplanowania: wyraźnie zostaje wprowadzony podział terenu na część ściśle szpitalną i administracyjno-gospodarczą,

przewiduje się określone miejsca na zieleńce i ogródki dla rekonwalescentów, oraz stałego personelu służbowego. Z pozostałych szpitali mniejszym lub większym przeróbkom ulegną następujące: Dz. Jezus, św. Ducha, im. Karola i Marji, Starozakonnych i zakłady położnicze św. Zofji i ks. Anny Mazowieckiej.

Równoległe z temi pracami, które, należąc do pierwszej kolejności, mogą jednak potrwać czas dłuższy, przystępuje się do tworzenia w specjalnej dzielnicy (pod Młocinami) „centralnych“ szpitali, przeznaczonych dla chorób wewnętrznych, zakaźnych, psychiatrycznych, gruźliczych, łącznie na 7.500 miejsc. Budowę rozpocznie się w roku bieżącym od szpitala dla umysłowo chorych, wznosząc narazie jeden pawilon dla spokojnych i najniezbędniejszy budynek administracyjno-mieszkalny.

Uniwersytet Warszawski nie posiada własnego klinicznego szpitala i korzysta narazie z nieszczególnie przystosowanych do tych celów pomieszczeń w istniejących szpitalach miejskich, porzucanych w różnych punktach miasta. Ta okoliczność uszczupla w znacznej mierze pojemność dzielnicowych szpitali, co jest również dla Uniwersytetu wielką niedogodnością i krzywdą dla nauki. Znaczenie klinicznego szpitala polega na tem, że pomimo zaspakajania potrzeb samego nauczania przez posiadanie odpowiednich sal wykładowych, pracowni i laboratorjów, szpital taki w całości rozplanowania i w poszczególnych budowlach tworzyć musi obiekt okazowy, będący widowym wzorem racjonalnego budownictwa dla wszystkich studjujących — przyszłych lekarzy. Pracując w dotychczasowych anormalnych warunkach, ogół studentów nie może nawet okazywać bliższego zainteresowania tą ważną dziedziną, co wyrządza sprawie szpitalnictwa w Polsce ogromną szkodę, albowiem nie tworzą się w ten sposób kadry wnikliwych i świadomych istotnych potrzeb lekarzy, mogących w przyszłości pożytecznie współpracować z architektem projektującym. Wycieczki zagranicę najwyżej mogą utrwalić i pogłębić te studia, same przez się nie są jednak nauczaniem. To też sfery kierownicze uważają budowę kliniki dla Uniwersytetu za sprawę nader pilną, widząc w niej prawdziwe gwarancje postępu wiedzy medycznej w Polsce, a tem samem podniesienia lecznictwa w ogólności.

Wobec szybkiego rozrostu przedmieść, program najbliższy obejmuje wybudowanie niewielkich dzielnicowych szpitali po 500

łóżek każdy: w Czerniakowie, na Mokotowie i na Pelcowiznie, nowy szpital dla dzieci i wreszcie Zakład Położniczy na Pradze, którego szczegółowe projekty są już nawet opracowane. Ostatnią fazą uporządkowania tej dziedziny będzie skasowanie szeregu istniejących szpitali, mieszczących się w byłych pałacach, klasztorach, kamienicach czynszowych, nawet łaźniach, urągających dzisiejszym wymogom lecznictwa, kosztownych w eksploatacji i ciąglej, bezcelowej konserwacji. Do tej kategorii, należą szpitale: św. Rocha, Wolski, św. Łazarza, św. Jana Bożego, przy ul. Złotej, Instytut oftalmiczny (ze względów regulacyjnych) Zakład Położniczy św. Elżbiety (drewniak), oraz św. Józefa w Mieni. Zlikwidowanie tych instytucyj pozbawia ogółem szpitalnictwo miejskie 1.250 miejsc. Jeżeli do powyższego dodamy stopniowo usuwanie z dzielnicowych szpitali chorych zakaźnych i psychicznych poza miasto, przekształcenie szpitala św. Stanisława z zakaźnego na ogólny, wzniesienie w śródmieściu specjalnej centrali przyjmowania i segregacji chorych, jeżeli uprzytomnimy sobie, że to wszystko iść musi bez wstrząsów i naruszenia czemkolwiek pracy tak bardzo przeciążonej maszyny, to zrozumiemy, jak wielkie trudności są do pokonania przy realizacji tego szerokiego programu.

Owe zasady rozbudowy szpitalnictwa zostały opracowane przez specjalną Komisję jeszcze w 1919 roku i przyjęte przez ówczesne władze, jako wytyczne — jednak okres inflacji marki, ciężkie kryzysy kasy miejskiej, brak dostatecznego opodatkowania na cele inwestycyj szpitalnych, zanik wszelkiej ofiarności publicznej, po-każne zaległości Kasy Chorych za leczenie w szpitalach swych członków, opłacających zaledwie połowę kosztów kuracyjnych i wiele, wiele innych niekorzystnych czynników składało się i składa dotąd na niemożność rozwinięcia tej doniosłej odbudowy z należytym rozmachem.

W celu zobrazowania postępującej mimo wszystko pracy w tym kierunku, podajemy poniżej w zwięzłym streszczeniu opis kilku główniejszych inwestycyj, wykonanych przez miasto w ostatnich latach, lub zamierzonych w najbliższej przyszłości.

Przykłady te rozpatrzmy w następującym układzie:

I. Pomieszczenia dla chorych: 1) pawilon obserw.-zakaźny w szpitalu św. Stanisława, 2) uzdrowisko w Otwocku, 3) pawilon dla przymus. leczon. kobiet w szpitalu św. Łazarza, 4) nadbudowa

piętra w szpitalu św. Ducha dla kliniki Uniw. Warsz. i 5) projekt Zakładu Położniczego św. Elżbiety na Pradze.

II. Pomieszczenia administracyjno-gospodarcze: 1) dom administracji w szpitalu Przem. Pańskiego, 2) przebudowa kuchni w szp. Dz. Jezus, 3) przebudowa pralni w szpitalu św. Łazarza i 4) magazyn i apteka w szpitalu św. Ducha.

I. 1) Z myślą o przyszłym przeistoczeniu szpitala św. Stanisława na ogólny zrobiono dość trudny eksperyment przy budowie pawilonu obserwacyjno - zakaźnego, który w razie potrzeby może być zamieniony na chirurgiczny bez żadnych większych przeróbek. Ze względów oszczędnościowych i ciasności terenu uchwalono nad parterem pawilonu obserwacyjnego, mającego swój specyficzny układ małych pomieszczeń, wznieść jeszcze dwa — trzy piętra dla kilku oddziałów chorób zakaźnych, ale nigdzie nie łączących się z parterem. Takie wyjątkowo ciężkie i rzadko kiedy stawiane warunki zostały, jak się zdaje, rozwiązane zupełnie zadowalniająco. Zasada i przeznaczenie poszczególnych pomieszczeń oddziału obserwacyjnego nie jest nowe w lecznictwie chorób zakaźnych, natomiast szereg nieznaczących dla oka uzupełnień, całkowite wyekwipowanie każdej kabiny we wszystko, czego wymaga najsurowsza wiedza medyczna, przydzielenie na osobę około 100 m³ powietrza i stworzenie takich kabin 18 — jest bezsprzecznie sukcesem nie tylko polskiego szpitalnictwa, ale śmiało twierdzić można, że i europejskiego (Pasteur w Paryżu, Hopkins w Baltimore, Dergano, Osp. Maggiore w Medjolanie i t. p.).

Głównym celem założenia kabin obserwacyjnych jest konieczność przepuszczania wszystkich chorych, wstępujących do szpitala przez ścisłą izolatkę, ażeby możliwie zabezpieczyć się od zakażeń wewnątrz szpitala. Do czasu ukończenia najdokładniejszych badań nad chorobą, pacjent pozostaje w swojej kabine, a później przekazany jest na oddział właściwy; w wypadkach specyficznych lub podwójnej kombinacji chorób zakaźnych wcale jej nie opuszcza na cały przebieg choroby. Chorzy podwiezieni karetką pod same drzwi parteru, przez ciepłą sionkę i wannę, dostają się do swego pokoiku, oddzielonego od ogólnego korytarza szklaną ścianą i podwójnymi drzwiami; ta przestrzeń jest przeznaczona na ubieralnię (w fartuch) dla każdego wchodzącego z korytarza i odkażenie się przy wychodzeniu. Obok wanny jest ustęp i angielski (Feifor-

dowski) samospłókujący brudownik. Kabina ma światło elektryczne na wieczór i na noc, tubę głośnikową łączącą z korytarzem, dzwonek elektryczny; możliwem będzie włączenie chorego do sieci telefonicznej automatów wewnętrznych i do miejskiej sieci. Jedna wentylacja odbywa się wąskim górnem oświetleniem z przyrządem, regulującym dowolnie kąt otworzenia, ten otwór zabezpieczony jest siatką metalową od much. Druga wentylacja jest wyciągowa mechaniczna o dwu rozgałęzieniach kanałów w ścianach, zebranych do dwóch niezależnych wentylatorów, usuwających powietrze ponad dach: jedne prowadzą z sal i kabin dla chorych, drugie z ustępów i wanien. Ogrzewanie centralne parowe, wszystkie umywalki z gorącą i zimną wodą, wszędzie terrakota, na korytarzach chodniki z linoleum, wklejone w zagłębieniu narówni z podłogą, cały parter, a na piętrach ustępy, wanny, uwywalnie, korytarze i wszystkie miejsca, poza grzejnikami, mają lamperje, wyłożone glazurą, sale pomalowane olejno.

Chorzy po odbyciu okresu obserwacji bezpośrednio przez drzwi swojej kabiny (już nie przez sionkę) zabierani będą i kierowani do właściwego oddziału. Przy 12 kabinach znajdują się silnie wystające balkony, zabezpieczające wejścia do kabin od deszczu. Pozostałe 6 kabin z konieczności technicznych są o nieco innem ugrupowaniu i nie posiadają brudowników, nadzór zaś nad chorymi od strony korytarza będzie umożliwiony za pomocą luster odbijających. Korytarz, oświetlony z krańców i dwoma dużemi świetlikami pośrodku, jest przeznaczony wyłącznie dla lekarzy i obsługi—chodzenie i wychodzenie z niego będzie miało swoją nieodzowną cyrkulację (brak klamek po jednej stronie drzwi) w celu przejścia przez pomieszczenie odkażające.

Pierwsze i drugie piętro jest identycznego układu, po 60 łóżek każde, nad częścią środkową jest jeszcze trzecie piętro o 2 salach na 14 łóżek — razem z kabinami, pawilon ma 200 łóżek. Największe sale obliczone są na 12 łóżek; najmniejsze—na 4 łóżka; części od szczytów mogą tworzyć niezależne oddziały, posiadające własną klatkę schodową i wszystkie sanitarne urządzenia. Część środkowa mieści gabinety lekarskie, pokoje SS. Miłoś., pielęgniarzy, składy czystej bielizny, kuchenki podręczne i wanny dla wychodzących chorych; przyszłe sale chirurgiczne, sterylizacyjne i t. p. chwilowo zajęte będą na sale dla chorych. Poszczególne kondygnacje

mają następujące wysokości w świetle: parter — 4,20 m., I-e piętro — 4,50 m., II-e piętro — 4,20 m. i III-e piętro — 3,70 m. średnio licząc, przypada w salach na jednego chorego 6,8 m² powierzchni podłogi i 28 m³ powietrza.

Z ostatniego piętra jest wyjście na dwa obszerne tarasy-leżalnie, nad parapetami i balustradami balkonów rozciągnięta jest zabezpieczająca siatka; tak samo wszystkie okna w pawilonie w dolnej części, otwierające się dla przewiewu w czasie lata, posiadają kraty od zewnątrz. W windy elektryczne są trzy: przy głównej klatce schodowej — osobowa dla chorych leżących, przy klatce służbowej i kuchence — potrawowa i odzieżowa. Pawilon na pewnej odległości otoczony jest ażurowym niewysokim oparkaniem, w celu uniemożliwienia zaglądnania do kabin osobom, przypadkowo znajdującym się na terytorjum szpitala. (Projektował inż. Wł. B o r a w s k i).

2) Do największych inwestycji szpitalnych, prowadzonych poza miastem, należy budowa sanatorium dla płucnych chorych w Otwocku, rozpoczęta jeszcze w r. 1925.

Uzdrowisko, w zewnętrznym swym wyglądzie oparte na motywach ludowych, składa się z głównego pawilonu na 250 chorych, z pawilonu dla zakaźnych na 10 chorych, z budynków pralni i dezynfekcji, morgi, wieży ciśnień, pomp, folwarku, domu administracji, oraz stróżówki przy bramie wjazdowej. Główny pawilon usytuowany jest pod górką, otoczony lasem z trzech stron, od frontu pod tarasami założony jest ogród kwiatowy i trawniki, ażeby zabezpieczyć chorych od kurzu; podjazd do pawilonu odbywa się z boku w środkowej części; przy hall'u mieści się kancelarja i apteka. Gmach ma sutereny, parter i trzy piętra — te ostatnie o jednakowym rozplanowaniu części dla chorych. Pomieszczenia dla chorych mieszczą się w bocznych skrzydłach, pochyłonych ku sobie na wzór wszystkich nowoczesnych sanatoriów zagranicą, jak np. w Garbagnate pod Medjolanem, Gonzaga pod Turynem, w Burdio i t. p. Korpus centralny mieści część administracyjną i ogólne sale, od tyłu znajdują się kuchnie, piekarnie, spiżarnie, mieszkania służby kuchennej, chłodnie. W podziemiach osiowo dla obydwu skrzydeł umieszczona jest hydroterapia, dalej kotłownia centralnego ogrzewania i skład węgla. Od południa są sale chorych, na końcach leżalnie; środek gmachu zajmują pokoje lekarzy, jedna-

kowo dostępne z obydwu skrzydeł, Roentgen, lampa kwarcowa, laboratorjum i t. d. Na uboczu od głównych skrzydeł umieszczone są ubikacje klozetowe, wanny, umywalnie z zimną i gorącą wodą, pokoje dla dyżurnej służby, składy podręczne białizny. Budynek rozdzielony jest na męską i żeńską stronę, tak, że chorzy korzystają tylko wspólnie ze stołowego, znajdującego się na pierwszym piętrze i z kaplicy na drugim.

Całość sprawia dodatnie wrażenie, jest nawskroś koncepcją współczesną; starano się możliwie we wszystkim zastosować najnowsze zdobycze techniczne i zadowolić wszelkie wymogi lecznicze. (Projektował inż. M. Kozłowski).

3) Szpital św. Łazarza ma być przeniesiony poza miasto, zanim to jednak nastąpi, to ze względu że brak łóżek stał się dotkliwy, szczególnie na oddziale przymusowo leczonych kobiet, zdecydowano dobudować do istniejącego pawilonu nowy z jak największą ilością samych sal dla chorych ponieważ wszystkie pomocnicze pomieszczenia lekarskie i służby po odpowiedniej przeróbce pozostały w dawnym budynku. Nowy pawilon jest o jednakowym układzie parteru i piętra, mieści 110 łóżek, salkę robót ręcznych, izolatkę i wszystkie niezbędne lecznicze urządzenia. Budynek jest o konstrukcji mieszanej, wentylowany od zewnątrz wąskimi oświetlami, z podłogami ze skałodrzewia.

4) W szpitalu św. Ducha dokonano nadbudowy nad środkowym centralnym budynkiem, w celu skupienia w jedno miejsce pomieszczeń kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawskiego. Przy szerokim korytarzu mieszczą się z jednej strony: gabinet profesora, adjunkta i wielka sala wykładowa na 126 miejsc, amfiteatralnie zaprojektowanych z trzech stron — sala ma kształt wydłużonego prostokąta o stosunku więcej niż jeden do dwóch (przy wysokości 5,5 m.), o płynnie wzniesionym suficie, przechodzącym pośrodku w płaszczyznę, dzięki czemu wykładowca, znajdujący się przy demonstrowaniu chorego w środku sali, dobrze jest słyszany w najdalszych miejscach; po drugiej stronie korytarza mieści się siedem rozmaitych laboratorjów klinicznych, wyposażonych we wszystkie najniezbędniejsze urządzenia pomocnicze. Chorych na wykłady z dolnych pięter dostarczać będzie elektryczny dźwig osobowy.

5) Jedną z większych zamierzonych w niedalekiej przyszłości inwestycji jest Zakład Położniczy św. Elżbiety na Pradze, co do którego powziął Magistrat uchwałę, zobowiązując się niezwłocznie przystąpić do robót powyższych, wstawiając jednocześnie niezbędne na ten cel fundusze do budżetów inwestycyjnych w okresie najbliższych lat trzech. Na mocy powyższego poręczenia M.R.P. ma przydzielić drogą zamianę z miastem oddawna apatrzony teren o powierzchni 17.840 m², ograniczony ulicą Targową, Ratuszową, Inżynierską i 11 Listopada.

Przyszły zakład obliczony jest na 282 łóżka różnych kategorii — obserwacyjne, izolacyjne, ginekologiczne, oczekujące, położnicze, pensjonariuszy i maternité. Obecny miejski Zakład Położniczy św. Elżbiety posiada zaledwie 50 miejsc etatowych i mieści się w starym, przegniłym drewniaku. Tymczasem w porównaniu ze śródmieściem, liczba łóżek położniczych dla Pragi, łącznie z prywatnymi lecznicami jest prawie dwukrotnie mniejsza. Godne jest uwagi, że dostarczenie za lat kilka nowych miejsc w tym zakładzie zrówna dopiero stan Pragi ze śródmieściem, co wykazuje, że urzeczywistnienie tego zamierzenia przez Magistrat, wobec szybko wzrastającego zapotrzebowania, nie przekroczy nawet stanu dzisiejszego niedoboru w całym mieście.

W nowym zakładzie, poza szkołą dla akuserek i pielęgniarek, jest przewidziany internat dla nich na 69 osób, poradnia dla matek, niemowląt, wenerycznych i gabinet opiekunki, wreszcie rzecz wielkiego znaczenia: opieka nad matką i dzieckiem (maternité). Jest to oddział specjalny przeważnie dla matek z niemowlętami z nieprawego łoża, które po porodzie czas dłuższy pozostają pod staranną opieką, polegającą na rozwinięciu głębszych, macierzyńskich uczuć dla dziecka, na nauczaniu pielęgnowania i karmienia; jednocześnie czyni się starania o znalezienie dla matek odpowiednich posad po wyjściu z zakładu. Nie trzeba chyba przekonywać, że w obecnych czasach pauperyzacji ludności, głodu mieszkaniowego, stagnacji w przemyśle, w rozluźnieniu obyczajowości i t. p. zakład taki dla miljonowego miasta powstać musi nie tylko w imię potrzeb fizycznych mieszkańców, lecz w imię ratowania zasad moralnych i celów humanitarnych.

Projekt budowy, jako uwzględniający wszystkie wymogi położnictwa, wykorzystujący strony świata i kierunek panujących

wiatrów, w założeniu planów celowy i jasny, uzyskał już aprobatę władz, jako nadający się do wykonania. (Projektował inż. W. Borawski).

II. 1) Gmach administracji w szpitalu Przem. Pańskiego służyć ma wielorakim celom: wobec sporej różnicy poziomów chodnika od ulicy i terenu szpitalnego sutereny tworzą zupełnie użytkową kondygnację i mieścić się tam będą: w prawym skrzydle pięknie zaprojektowany zakład roentgenologiczny, w centrum kotłownia, w lewym odkażanie, mycie i segregacja chorych, zapisanych do szpitala, apteka, składy i piwnice dla służby familijnej. Parter przeznaczony jest na kancelarję i zakład mechanoterapii z jednej strony, w środku — hall-poczekalnia, a z drugiej przyjmowanie chorych i ambulatorjum, z wejściem niezależnym od ulicy. Trzy następne piętra obejmują mieszkania lekarza naczelnego, intendenta, skarbnika, kapelana, sióstr miłosierdzia, pokoje asystentów (nieżonatych), służbę męską i żeńską z rodzinami. Oddanie do użytku domu administracyjnego może nastąpić najwcześniej w roku 1931 i będzie dopiero punktem zwrotnym w historii tego szpitala o tak wybitnym wyglądzie gospodarki minionych czasów. (Projektował inż. J. Holewiński).

2) Największą bolączką szpitala Dzieciątka Jezus była kuchnia, wadliwie rozplanowana od początku, o złej cyrkulacji produktów — surowca i potraw do wydawania, o niedostatecznej ilości niezbędnych pomocniczych pomieszczeń, o prymitywnem wyposażeniu. Tymczasem „kuchnia — jak twierdzi higienista Rubner — jest dla szpitala conajmniej tak ważna, jak apteka“ — to też od r. 1927 przystąpiono do kapitalnej przebudowy, choć już od r. 1914 w sprawie przyspieszenia jej reorganizacji zabierali głos i nasi lekarze higieniści. Przyszłe funkcjonowanie tej nowej kuchni powinno być pod każdym względem bez zarzutu: powierzchnia kuchni właściwej, zwiększona o 70%, jest po raz pierwszy w szpitalach warszawskich dociągnięta do średnich norm 25 ważniejszych szpitali niemieckich (0,18 m. kw. pow. podłogi na 1 chorego) Jeżeli zważymy, że w szpitalu Dz. Jezus korzysta z kuchni prócz chorych (1046) personel lekarski i służba, co stanowi około 50% chorych, oraz Państwowa Klinika Dermatologiczna (około 100 osób), że powstaną jeszcze dwa pawilony (obserwacyjny i mechano-terapia), czyli razem stołować się będzie około 2 000 osób, to przyj-

dziemy do wniosku, że dzisiejsza przebudowa utrzymana jest w granicach bardzo nawet skromnych. Nowa kuchnia posiadać będzie 12 dużych kotłów parowych, szereg mniejszych, trzou kuchenny gazowo-węglowy, szafy i stoły do podgrzewania potraw, 2 agregaty w celu odemglenia powietrza, dwa wyciągi wentylacyjne samoczynnie działające, chłodnia na nabiał i mięso, wyrób sztucznego lodu, maszyny kuchenne i dźwig towarowy, poruszane elektrycznością, czyli wszystko to, co już od dziesiątków lat stanowi normalne wyposażenie nowoczesnych kuchen szpitalnych u naszych zachodnich, a nawet wschodnich sąsiadów. (Projektował inż. T. Szaniór).

3) Powiększenie szpitala św. Łazarza przez wybudowanie pawilonu na 110 łóżek, zmusiło miasto do niezwłocznego rozszerzenia dawnej pralni, którą też kapitalnie przebudowano i dobudowano z obydwu końców; układ wszystkich pomieszczeń i celowość rozmieszczenia poszczególnych urządzeń mechanicznych można bez przesady uważać za wzorowe.

4) W szpitalu św. Ducha brak należytych budynków gospodarczych spowodował wzniesienie dwupiętrowej oficyny, mieszczącej aptekę szpitalną z podręcznymi pomieszczeniami, szwalnię ze składami pościelowymi i odzieżowymi, przechowalnię rzeczy chorych, zmarłych i t. p. Budynek ten jest tak zaprojektowany, że łączyć się będzie w przyszłości z obok wybudowanym pomieszczeniem na aparat dezynfekcyjny i pralnię.

Do

W. W. P. P. PRENUMERATORÓW!

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

Dr. Adam Wojnicz.

Przyczynek do badań nad wolem w Łucku*).

Poza urzędową wzmianką statystyczną w książce Dr. A. Wojnicza „Łuck na Wołyniu“ str. 74, 77 i 78, w literaturze lekarskiej niema o wolu w Łucku żadnych danych. O wolu na Wołyniu spotkałem kilka notatek, również urzędowych, w obszernej rozprawie naukowej Dr. Mikołaja Leźniewa p. t.: „Wole w Rosji“ Petersburg 1904 r. str. 4 i 6. Są to jednak niedokładne dane statystyczne, zaczerpnięte ze sprawozdań rosyjskiego Departam. Med. M.S.W. w postaci dwóch niepełnych tablic. Na jednej z nich z lat 1886 — 1892 widać, że Wołyń wśród 83 gubernij i okręgów cesarstwa rosyjskiego zajmuje 15 miejsce pod względem częstości wola, druga tablica z okresu mniej więcej od 1876—1892 r. podająca liczbę rekrutów, zwolnionych z powodu wola, poniekąd charakteryzuje Wołyń, jako miejscowość bardziej nawiedzaną, zajmującą już 7-me miejsce w cesarstwie i dającą 131 rekrutów, zwolnionych z tego powodu w ciągu lat 15-tu. Przytem zaznaczyć należy, że były lata, kiedy z całej gubernji brakowano zaledwie jednego rekruta (1876 r.) lub trzech (1877 r.), albo czterech (1891 r.) i najwyżej 22 (1889 r.) z powodu wola. Oprócz powyższych danych spotkałem w rosyjskiej gazecie „Wracz“ z r. 1888 notatkę kazuistyczną Dr. N. Wajnbaua, lekarza praktyka z Kowla, który wspomina o często zdarzających się przypadkach wola w pow. kowelskim. Oto wszvstko, co mogłem znaleźć w dostępnej mi literaturze o wolu łuckiem i wołyńskim.

Żeby zapoznać się bliżej z wolem, panującym w Łucku i jego okolicach, postanowiłem zbadać pod tym względem tutejszą młodzież szkolną i mieszkańców stałych ulicy Zamkowej, a także działwę w żłobku Rady Opieki Społecznej. W kwietniu, maju i czerwcu 1923 r. na 3.080 uczącej się młodzieży różnych wyznań w 13 zakładach naukowych Łucka zbadałem 2.592 (83,50%), znalazłem wole u 642 t.j. u 24,76%; chrześcijan było 1.445, między nimi z wolem 273 (18,87%), izraelitów 1.146, wśród nich z wolem 369 (32,19%). Na ogólną liczbę zbadanych chrześcijan — chłopców z wolem było 113 (12,93%), dziewcząt 160 — (27,77%), odpowie-

*) Referat ze Zjazdu Lekarzy Kresowych w Łucku 30 i 31 sierpnia 1928.

dnio — chłopców izraelitów z wolem było 155 — (24,56%), dziewcząt zaś 214 (41,55%). Wśród młodzieży z wolem — urodzonych w Łucku było 353 (54,98%), urodzonych zaś w Łucku i powiecie łuckim 494 (76,94%), urodzonych w innych powiatach Wołynia było 68 (10,59%), urodzonych zaś w Polsce i Rosji po 28 (4,36%).

Nie mogę dokładnie zbadać dziedziczności wola u wszystkich młodzieży szkolnej, przedstawiam odnośne dane tylko w gimnazjum państwowego im. T. Kościuszki, oraz dane dotyczące stałych mieszkańców ul. Zamkowej. Na 39 młodzieży gimnazjalnej, obciążonej wolem, badałem dziedziczność u 30-ga i znalazłem wole dziedziczne u 18-ga (60%). Na 47 mieszkańców z wolem przy ul. Zamkowej 23 osoby (48,93%) miały wole dziedziczne. Pod dziedzicznością rozumiałem wole przechodzące z dziadów na rodziców, z rodziców na dzieci, często nie na wszystkie pomimo, że żyli w warunkach jednakowych. Co się tyczy wody do picia*), to najdokładniejsze dane również pochodzą z gimnazjum im. T. Kościuszki i od mieszkańców ulicy Zamkowej. Na 39 młodzieży gimnazjalnej z wolem piło wodę studzienną surową 28 (71,79%), wodę studzienną gotowaną—4 (10,25%), wodę rzeczną surową—6 (13,38%), a jeden pił i rzeczną i studzienną surową. Na 47 mieszkańców ul. Zamkowej, dotkniętych wolem, piło wodę rzeczną surową 37 (78,72%), a gotowaną — 10 (21,27%).

Z objawów ból głowy stwierdziłem u 41 (21,27%) na 226 młodzieży dotkniętej wolem, bicie serca (tętno 100 — 140) u 28 (13,96%) na 165, szmery na szyi i małokrwistość u 25 (40,98%) na 61, głos charakterystyczny u 9 (4,41%) na 204, wytrzeszcz bez wysadzenia gałek ocznych u 7 (4,76%) na 147.

Wielkość wola określałem w sposób następujący: 1) wole zaznaczone, wyraźnie widoczne dla oka — wielkości orzecha łaskowego, albo wiśni, lub migdała w łupinie, 2) wole małe — wiel-

*) W owym czasie w Łucku woda do picia czerpana była z 3 źródeł: 1) z rzeki Styru z dopływami i odnogami jego jak: Sapałajówka, Głuszec Duży i Mały, Styrze i Żydówka, których wody są bogate w substancje organiczne zwłaszcza u brzegów (utleniałość 5,2 i 6,8 tlenu); 2) z nielicznych w mieście studni kopanych na głębokość 6—14 i pół mtr., kończących się w pokładzie gliny miękkiej, plastycznej, błękitnego koloru; 3) z jeszcze mniej licznych (8) studni wierconych do głębokości 57,5—66 mtr., kończących się pod pokładem kredy białej. Patrz „Łuck na Wołyniu“ str. 69, 70, 79—80. Dr. A. Wojnicza 1922 r.

kości kasztana, pół jajka kurzego, pół cytryny średniej, 3) wole średnie — wielkości pięści badanego i 4) wole duże — wielkości dwóch pięści badanego.

Młodzieży z wolem zaznaczonem we wszystkich szkołach łuckich było 182 (28,34%), z wolem małym — 421 (61,57%), z wolem średnim — 35 (5,45%) i z wolem dużym — 4 (0,62%). Wole ogólnie powiększone stwierdziłem u 19 (48,71%) na 39 młodzieży gimnazjalnej, wole prawostronne u 18 (40,58%), wole lewostronne u 1 (2,56%) i wole środkowe u 3 (5,12%),

Wole badane miało przeważnie charakter mięszowy i tylko niektóre duże okazy klinicznie można było uznać za guzy koloidalne, torbielowato zwyrodniałe. Dziewczynka lat 5 chrześcijanka urodzona na Wołyniu i znajdująca się w żłobku Rady Opieki Społecznej była najmłodszym dzieckiem dotkniętym przez wole t. zw. zaznaczone, wśród uczącej się młodzieży izraelskiej, obciążonej wolem, najmłodsza dziewczynka i najmłodszy chłopiec mieli po lat 6, a najmłodsze dzieci chrześcijańskie — po lat 8. U chrześcijan spostrzegłem wole najczęściej między 11—13 r. życia, a u żydów między 10 i 13 rokiem. Z łuckiej pow. komendy uzupełnień otrzymałem dane, dotyczące rekrutów m. Łucka, zwolnionych z wojska z powodu wola. Na 78 rekrutów łucczan rocznika 1901 r. — 3 było z wolem, z tych jeden zwolniony został z wojska — miał także objawy sercowe. Na 109 rekrutów rocznika 1902 również 3 było z wolem, z tych jeden został zwolniony z powodu dużego wola — uciskowego. Z dawniejszej przedwojennej statystyki rosyjskiej widzieliśmy, że na całą gubernię wołyńską z wojska zwalniany był z powodu wola niekiedy jeden tylko rekrut, tymczasem obecnie z samego tylko Łucka zwalniano się corocznie jednego na trzech dotkniętych wolem, to dowodziłoby, że po wielkiej wojnie wole rozszerzyło się na Wołyniu.

Dnia 26 i 27 kwietnia 1924 r. badałem mieszkańców stałych ul. Zamkowej w Łucku. Na 117 mieszkańców wraz z dziećmi zbadałem 102 (chrześcijan 89, żydów 13), wśród nich znalazłem 47 z wolem (46,07%), w tem 44,68% urodzonych w Łucku. Na 31 chrześcijan mężczyzn z wolem było 22,58%, w wieku od 5 lat do 65, — na 58 kobiet — 53,44% z wolem w wieku od 10 do 68 lat — najczęściej między 12 a 28 rokiem i między 42 a 55 rokiem. Na 3 żydów mężczyzn z wolem było 33,3% w wieku lat 19, na 10 kobiet

było z wolem 80% w wieku od 12 do 60 lat, najczęściej między 12 a 23 rokiem. W 14 domach położonych przy tej ulicy, mieszkało 31 rodzin i 5 osób pojedynczych. Wśród nich znalazłem 12 rodzin, mających po 2 i więcej osób, dotkniętych wolem, i 7 rodzin, posiadających po 1 osobie wolowatej, warunki zaś życia członków tych rodzin nie różniły się prawie wcale.

Opierając się na powyższej statystyce i na długoletniem doświadczeniu lekarskiem, przychodzę do wniosku, że wole w Łucku z punktu widzenia anatomo-patologicznego jest przeważnie mięsaszowe, co do rozmiarów — przeważnie małe, lecz ma własność łatwego zwiększania się pod wpływem czy to rozmaitych stanów fizjologicznych (miesiączka, ciąża^{*)}), czy bodźców nerwowych (zmartwienie, irytacja), czy też chorób zakaźnych tak częstych u nas, np.: zapalenie gardła, błonica, reumatyzm, czy też wreszcie innych powodów. Obserwowałem, że wole u kobiet niekiedy równie prędko się zwiększa, jak i zmniejsza, a nawet znika zupełnie bez żadnej kuracji, co potwierdza, np. historia chorej czeskiej z Kniahyninka (lat 40, bezdzietna histeryczka). Jednak o zupełnem znikaniu wola trzeba mówić z pewną rezerwą, gdyż są to przypadki rzadkie i niestałe, częściej się zdarza, że wole chowa się poza mostkiem w postaci małego guzka i tych osobników poznać można po ciężkim głośnym wdechu podczas prędkiej i długiej rozmowy. Wole łuckie ma skłonność bardziej do hipertyreozы i do dystyreozы, niż do hypotyreozy, a także może dawać objawy basedowizmu, zwłaszcza podczas nieodpowiedniej kuracji jodowej, co obserwowałem u pewnej zamężnej kolonistki, lat 32, z pod Łucka. Wobec tego i leczenie wola łuckiego różni się znacznie od leczenia wola szwajcarskiego, permskiego, gdzie autor zaleca stałe terapię jodową (patrz pracę Leźniowa str. 43). Wole łuckie znakomicie poddaje się kuracji żelazo - arsenikowej, zwłaszcza u dzie-cząt małokrwistych, u których obserwowałem zmniejszenie się wola do rozmiarów nierażących oka. Leczenie operacyjne najczęściej stosuje się w Łucku u dziewcząt i chłopców, dotknię-

*) Obserwowałem w Łucku pewną osobę M. Z. lat 34, matkę licznej rodziny wolowatych, która, gdy zachodziła w ciążę, dostawała wole już w drugim miesiącu, poroniwszy zaś płód, co się niekiedy zdarzało, przyjmowała kurację żelazo-arszenikową i traciła wole do rozmiarów niewidzialnych okiem i niewyczuwalnych przez dotyk.

tych wolem dużem uciskowem, o budowie mięszzowo-kolloidalnej. Raz jeden obserwowałem w Łucku kretyna lat 16, izraelitę, o wyglądzie dziecka 6-o letniego z wolem uciskowem i głosem chrypliwym; pochodził on z rodziny, obarczonej wolem (ojciec i matka mieli wole małe). Innym razem obserwowałem uczenicę lat 17, chrześcijankę, bez śladu gruczołu tarczowego, bardzo otyłą, cierpiącą stale na bóle głowy. Kuracja tyreoidynowa usunęła bóle głowy, otyłość pozostała bez zmiany. Zdolności do nauki miała wybitne, gimnazjum skończyła z odznaczeniem. Kurację prowadziła stale u specjalistów warszawskich. Sfera płciowa funkcjonowała nieprawidłowo: pacjentka cierpiała na zbyt obfite i długie (tydzień) miesiączkowanie z bólami. Obserwowałem również pannę lat 50, chrześcijankę, nieposiadającą wcale gruczołu tarczowego, która jednak według opinii specjalistów miała chorobę Basedowa. Z powodu tej choroby w ciągu 30 lat szukała porady u różnych specjalistów europejskich, lecz bez skutku. Po przejściu okresu przekwitania wytrzeszcz i wysadzenie gałek ocznych znacznie się u niej zmniejszyły, objawy sercowe złagodniały i wygląd chorej stał się normalniejszy.

W N I O S K I

Biorąc pod uwagę, że stała ludność m. Łucka w znacznym procencie (48,93% ul. Zamkowa) choruje na wole dziedziczne, że wśród wolowatych zdarzają się kretyni, że miasto jest przeważnie niebrukowane i położone wśród wilgotnej niziny rzecznej, nawiedzanej przez częste wylewy, że woda rzeczna do picia, której ludność używa najwięcej, jest bogata w substancje organiczne (utlenialność: 5,2 — 6, 8 mgr. tlenu na litr), woda zaś ze studni kopanych, których w mieście jest najwięcej, pochodzi z pokładu gliny plastycznej koloru błękitnego, pokładu geologicznego, sprzyjającego rozwojowi wola, przychodzę do wniosku, że wole łuckie ma charakter endemiczny. Chcąc podjąć walkę z tą chorobą, trzeba oprócz terapii pomyśleć o polepszeniu higienicznych warunków miasta, a przede wszystkim o zdrowej wodzie do picia.

Dr. Irena Lipska.

O czystym mleku angielskiem „Clean Milk“.

Kierownikiem Narodowego Instytutu Badań Mleczarskich w Shinfield, jedyne go w Anglii Naukowego Instytutu Mlecznego, jest Dr. R. Stenhouse Williams, lekarz, i tem zapewne tłumaczy się jego tak owocne zainteresowanie się sprawą dobrego surowego mleka; zajął się on z personelem Instytutu zbadaniem zwykłych źródeł zanieczyszczeń mleka, a następnie naukowym opracowaniem metody otrzymywania czystego mleka; poświęcił on również dużo pracy na rozpowszechnienie tej umiejętności wśród szerokich rzesz rolników, produkujących mleko.

Na podstawie licznych drukowanych rozpraw pracowników Instytutu i własnej pracy w nim przez przeszło dwa miesiące pobieżnie poruszam poszczególne punkty metody angielskiej otrzymywania czystego mleka, ilustrując je następnie liczbowymi danymi z analiz bakterjologicznych tego mleka.

Pod nazwą „Clean Milk“ należy rozumieć surowe mleko, otrzymane od zdrowych krów, przez zdrowy personel, przy zachowaniu takiej czystości, że zawiera ono mało bakteryj i dlatego przechowuje się w stanie słodkim w zimie 4—5 dni, latem 24—36 godzin.

Dobre mleko może być otrzymywane jedynie od krów, wolnych od gruźlicy i będących pod stałą opieką weterynarza. Dla zachowania krów w dobrym zdrowiu, obora musi być czysta, widna i dobrze przewietrzana.

Woda i para są konieczne dla utrzymania niezbędnej czystości. Krowy są myte przed każdym udojem (w Anglii dojenie odbywa się zwykle dwa razy dziennie), podłoga obory jest zmywana dla uniknięcia kurzu. Dojarz po umyciu krów i podłogi myje się sam, wkłada czysty biały fartuch i taką czapkę i dopiero idzie do dojenia; po wydojeniu każdej krowy dojarz znów myje ręce. Wszystkie naczynia po udoju są myte pierwszy raz w zimnej wodzie, drugi raz w gorącej z sodą, a następnie płótkane w gorącej wodzie i wyparzone parą. Skopki są metalowe, o ile możności bez szwów, zakryte, z bocznym otworem. Pierwsze strugi mleka zawierają dużo bakteryj ze strzyków i dlatego to mleko zbierane

jest osobno i po przegotowaniu używane dla trzody. Mleko po wydojeniu każdej krowy dojarz wynosi do osobnego pomieszczenia, gdzie je się waży, a następnie zlewa do większego zamkniętego naczynia, w którym jest odnoszone do mleczarni; tam mleczarz zaraz puszcza je na chłodnicę i ostudza do 50—60° F. = 10 — 15,5° C. Najlepiej jest butelkować i pieczętować mleko na miejscu jego produkcji. Każda butelka takiego mleka ma na kapslu wydrukowaną nazwę fermy, datę wyprodukowania mleka i napis „Certified“ „gwarantowane“—jest to najwyższy gatunek surowego czystego mleka, produkowany za specjalnem pozwoleniem Min. Zdrowia;—nie może to mleko zawierać więcej niż 30.000 drobnoustrojów w 1 cm³, a bakterje z grupy Coli-Aerogenes tylko w rozcieńczeniu 1/10 cm³.

Drugi gatunek surowego mleka jest z fermy przewożony w zamkniętych stemplowanych naczyniach do mleczarni w mieście i tam dopiero butelkowany. Każda butelka posiada na kapslu nazwę mleczarni, datę wyprodukowania mleka i napis „Grade A Tuberculin Tested“ — „Gatunek A sprawdzony tuberkuliną“. maksymalna dozwolona ilość drobnoustrojów w 1 cm³ tego mleka jest 200.000, a bakterje z grupy Coli-Aerogenes mogą być jeszcze w 1/100 cm³ mleka.

Jak wielkie znaczenie ma zachowanie podanych wyżej przepisów czystości i użycie skopków zakrytych, wykazuje tabelka niżej podana:

MYCIE NACZYŃ	Liczba prób	Skopki	Liczba prób ponad 10,000 drobnoust. 1cm.	Przeletna Bezba drobnoustrojów w 1 cm ³ mleka
Naczynia myte zwy- czajnie	12	odkryte zakryte	2 10	2.360 10.000
Naczynia myte bar- dzo starannie	14	odkryte zakryte	1 2	3.260 3.991
Naczynia po umyciu wyparzone parą	30	odkryte zakryte	5 0	4.275 1.505
Naczynia jak wyżej, wymiona krów wygolone	51	odkryte zakryte	10 2	2.505 516
Naczynia jak wyżej, krowy myte przed ud.	42	odkryte zakryte	2 2	500 368

Wynik pierwszych doświadczeń jest bardzo pouczający i potwierdza tezę postawioną przez Instytut, że dla produkcji czystego mleka największe znaczenie ma umiejętna praca. Przeciętny pracownik, mając do czynienia ze skopkiem zakrytym, trudniejszym do wymycia, nie doprowadzi go do należytej czystości i dlatego mleko w nim będzie więcej zakażone drobnoustojami, niż w skopku odkrytym. W trzech następnych doświadczeniach, kiedy mycie wykonane było przez wyszkolonego mleczarza, rozumiejącego znaczenie dokładnego oczyszczenia skopka i ten po umyciu był wyparzony, wyższość skopka zakrytego wyraźnie zaznacza się. Należy tu podkreślić, że Instytut metodę otrzymywania czystego mleka opracował w 1919 r., na początku swego istnienia, kiedy nie posiadał jeszcze dobrych urządzeń. Stara obora, kryta słomą, bez okien i podłogi po wprowadzeniu pewnych ulepszeń służyła do doświadczeń i pozostała obecnie, obok nowej wzorowo urządzonej, jako ciekawy dokument tego, jak doskonałe wyniki może dać praca umiejętna, wykonywana z zupełnem zrozumieniem jej znaczenia; w tych prymitywnych warunkach personel Instytutu otrzymywał mleko, zawierające w 1 cm³ maksimum 770, a minimum 20 drobnoustrojów—zupełnie bez bakterij *Coli-Aerogenes*,

Z zestawienia otrzymanego w 1919 roku w zimie po zbadaniu na stacji kolejowej 500 pustych konwi powracających z miasta, widzimy, jak bardzo może być zanieczyszczone mleko przez źle umyte konwie:

Czyste suche	Niekwaśne mokre	Umyte z przykrym zapachem		Źle umyte woda mlecz.	Nieumyte z mlekiem
		suche	mokre		
81	140	5	118	75	81
16‰	28‰	1‰	24‰	15‰	16‰
w 1 cm ³ 3.000 b.	w 1 cm ³ 510.000 b.	w 1 cm ³ 800.000 b.	w 1 cm ³ 4.000.000 b.	w 1 cm ³ 18.000.000 b.	niezlicz. ilość w 1/100.000 cm ³

W 1 cm³ jałowej wody, użytej do popłókania najczystszej konwi, było 170 kolonij, a że do płókania brano 1 litr wody, znaczy, że w konwi było 170.000 drobnoustrojów; jeżeli konwie te znowu były użyte bez dodatkowego mycia i mleko było przez kilka godzin w drodze, to szczególnie latem, kiedy wysoka temperatura powietrza powoduje szybkie rozmnażanie drobnoustro-

jów, mleko po przyjsciu do miejsca przeznaczenia już byłoby niezdatne do użytku.

Poniżej podaję przykład skuteczności wyparzania konwi i zwiększenia przez to możliwości przechowywania mleka w stanie słodkim przy temperaturze 60° F. = 15,5° C.:

Kontrola w jałowych konwiach	W konwiach mytych	W konwiach płókan. wrzątkiem	W konwiach przez 3 minuty parzob.
4 dni	1½ dni	2 dni	4 dni
3½ „	1½ „	2 „	3½ „
3½ „	1½ „	2 „	3½ „

Ponieważ bakterje mogą w sprzyjających warunkach dzielić się co 20 minut, więc decydujące znaczenie dla możliwości przechowywania mleka przez nabywcę ma wiek mleka, to jest ilość godzin od jego otrzymania; drugim czynnikiem decydującym o stopniu zakażenia mleka drobnoustrojami jest temperatura, w której było ono przechowywane od chwili udoju.

Pozwolę sobie przytoczyć bardzo wymowną tabelę, w której podane są wyniki bakteriologicznego badania 144 prób mleka, mającego jednakowo 30 godzin od udoju, pochodzącego z jednej fermy, a różniącego się tylko temperaturą w chwili wykonania analizy, to jest zaraz po przybyciu do Instytutu:

Liczba drobnoustr. w 1 cm ³	41—50° F. do 10° C.	51—60° F. do 15° C.	61—70° F. do 20° C.	71—75° F. do 24° C.	powyżej 75° F.
0—1.000	10	26	8	—	—
1.000—5.000	5	9	10	—	1
5.000—10.000	—	3	1	—	—
10.000—30.000	1	4	6	—	—
30.000—100.000	2	1	6	—	—
100.000—200.000	—	2	3	—	—
powyżej 200.000	—	4	32	8	2

Następne zestawienie podaje wyniki analiz mleka z dwóch ferm, cokolwiek różniącego się okresem przechowania:

Wiek w godz. od udoju	Ilość prób	41—50° F.		51—60° F.		61—70° F.		71—75° F.		powyżej 75° F.	
		poniż.	powyż.	poniż.	powyż.	poniż.	powyż.	poniż.	powyż.	poniż.	powyż.
		30.000 w 1 cm ³		30.000 w 1 cm ³		30.000 w 1 cm ³		30.000 w 1 cm ³		30.000 w 1 cm ³	
24	90	19	0	35	1	22	8	2	3	—	—
30	208	27	2	62	8	38	48	0	20	1	2

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że czysto otrzymane mleko, które do rąk konsumenta dochodzi nie później, niż w 24 godziny od wydojenia, przy temperaturze nie wyższej, niż 60° F. = 15,5° C., przeciętnie nie zawiera więcej niż 30.000 drobnoustrojów w 1 cm³ zgodnie z wymaganiami przepisów Ministerstwa Zdrowia; o ile jednak to samo mleko będzie starsze i mniej ochłodzone, to przekroczenia oznaczonej normy zdarzają się coraz częściej.

Możliwość przechowywania mleka w stanie słodkim jest w ściślejszej zależności od ilości drobnoustrojów, to jest od wieku i temperatury mleka, co potwierdza poniżej podana tabela:

Liczba prób	Wiek w godz.	Temp. mleka	Mleko słodkie	
			w pokoju	w piwnicy
1	30	40° F.	9,5 dni	15,5 dni
15	30	41—50	5,5 „	7,5 „
17	29	51—60	4,25 „	5,0 „
16	30	61—70	2,5 „	3,5 „
1	29	73	2,5 „	3,5 „
1	28	75	2,5 „	3,5 „

Po podaniu ważniejszych wyników części pracy laboratoryjnej Instytutu, pragnę pokrótce opisać metody rozpowszechniania otrzymanych wyników naukowych i rezultaty osiągnięte przy zastosowaniu tych wyników w praktyce mleczarskiej.

Nadzwyczaj pomocną w tej pracy okazała się współpraca Ministerstwa Zdrowia z Min. Rolnictwa. Pierwszym krokiem było utworzenie kursów przy Instytucie dla inspektorów sanitarnych;

poza kursem mogli oni pracować przez tydzień w Instytucie pod kierunkiem personelu, aby zapoznać się praktycznie z metodami otrzymywania i kontrolowania czystego mleka. Również i dla nauczycieli mleczarstwa był prowadzony w Instytucie kurs poraz pierwszy w 1917, potem w 1919 r., a od 21 r. już rok rocznie; ci słuchacze także mogli czas jakiś przebyć w Instytucie dla obeznania się praktycznie z produkcją czystego mleka.

W 1920 r. Instytut urządził pierwszy pokaz metody otrzymywania czystego mleka na wystawie w Oxfordzie. Od tego czasu liczne organizacje rolnicze zaczęły zgłaszać się do Instytutu z prośbą o taki pokaz, tak że personel nie mógł zadowolić wszystkich; w 1923 r. takich pokazów Instytut dał 27, a w 1924 r.—39. Liczba ich zwiększa się z każdym rokiem, są one wykonywane obecnie poczęści przez instruktorów lub nauczycieli mleczarstwa, uprzednio wycuczonych w Instytucie.

Bardzo skutecznym środkiem propagandy idei czystego mleka okazały się konkursy. Pierwszy konkurs był urządzony w 1920 r. przez Związek Rolników w Essex; nagrodę ofiarowała jedna z dużych mleczarni. Od tego czasu liczba prowincyj, urządzających u siebie podobne konkursy czystego mleka, stopniowo wzrasta i w 1925 r. było już ich 34. Ministerstwo Rolnictwa opracowało łącznie z Instytutem i wydało w 1924 r. wskazówki i przepisy urządzania tych konkursów w celu ujednostajnienia wymagań stawianych uczestnikom i ocen kwalifikacyjnych; drugie wydanie jest z 1926 r. Oprócz wspomnianych wyżej instruktorów (ek) mleczarskich został utworzony przez Ministerstwo Rolnictwa urząd bakterjologów mleczarskich przy szkołach mleczarskich i uniwersytetach. Ci są obowiązani do wykonywania stałej kontroli mleka, do udzielania porad mleczarzom, do wizytowania ferm w swoim okręgu dla kontroli warunków pracy na miejscu, oraz dla poprawiania błędów, popełnianych przez mleczarza. Obecnie stała kontrola czystego mleka jest dokonywana w 11 miejscach.

Ważnym bodźcem do produkcji czystego mleka było płacenie przez Mleczarnie Zjednoczone dostawcom niższej lub wyższej ceny, stosownie do stwierdzonej mniejszej lub większej bakterjologicznej czystości dostawionego mleka. Pouczający przykład skuteczności tego środka dały Mleczarnie Zjednoczone w Birmingham, których wzorowo urządzony zakład miałam możność zwiedzić szczegółowo.

Firma ta zaczęła od 1922 r. wykonywać analizy bakteriologiczne dostawionego mleka i szeregować swych dostawców według liczby bakteryj w 1 cm³ mleka, wypłacając pierwszym dwunastu o 1 penny więcej za gallon (4 gr. za litr), a następnym 24 dostawcom o pół penny więcej. Oprócz tego co miesiąc rozsyłano do wszystkich dostawców listę porządkową i przekonano się, że ambicja gra wybitną rolę — fermerom więcej szło o otrzymanie lepszego miejsca od sąsiadów, niż o dodatkową dopłatę za dostawione mleko. Wyniki tego premjowania dostawców,¹ łącznie z udzielaniem im porad były doskonałe, jak widać z przytoczonego poniżej zestawienia, w którym podane są liczby dostawców według liczby bakteryj w 1 cm³ mleka w ciągu pięciu lat:

Mniej	1922	1923	1924	1925	1926
niż 10.000	2	13	18	33	69
„ 30.000	10	38	41	65	97
„ 200.000	50	69	86	103	133

Na zapytanie, czy premjowanie dobrego mleka opłaca się firmie, otrzymałam wyjaśnienie, że przed 22 r., szczególnie latem, firma miała poważne straty przez kwaśnienie mleka, obecnie zmniejszyły się one do minimum. Poza tem z zestawienia widoczne jest olbrzymie zwiększenie się liczby dostawców czyli, że firma, dając lepsze mleko zyskała znacznie więcej odbiorców, — tak więc, korzyść osiągnęli wszyscy: producent rolnik, pośrednik i spożywea.

Instytut w Shinfield przedewszystkiem zajął się poprawą jakości produkcji mlecznej w okolicy i dzięki temu w Reading (najbliższe miasto o 100 000 ludności) $\frac{1}{6}$ całej dostawy jest obecnie „Grade A (TT)“ — 60% tego mleka jest zużyte przez prywatnych spożywców, w czem połowę stanowi klasa robotnicza, 40% idzie do instytucyj użyteczności publicznej, jak żłobki, przytułki, szpitale i szkoły. Mleczarz dostawca otrzymuje o 3 penny na gallonie więcej (12 gr. na litrze), niż za zwykłe mleko. Kontrolę wykonywa Instytut, pobierając próby z konwi i z butelek; różnice są w obu próbach nieznaczne. Instytut wprowadził dostawę czystego surowego mleka także do Londynu (40 mil ang.).

Poniżej podaję zestawienie z ilości bakteryj w 1 cm.³ mleka przy kontroli w 1925 r.; ogólna ilość zbadanych prób 196, czas przechowywania ± 24 godzin.

	Liczba bakteryj w 1 cm. ³		
	Najniższa	Najwyższa	Przeciętna
Syczeń	850	14.000	12.900
Luty	450	12.000	2.300
Marzec	400	18.000	11.000
Kwiecień	550	19.000	15.000
Maj	1.050	165.000	26.500
Czerwiec	17.500	185.000	74.000
Lipiec	4.500	200.000	166.000
Sierpień	7.500	176.000	149.000
Wrzesień	8.000	158.000	76.000
Październik	9.500	133.000	112.000
Listopad	3.500	146.000	25.000
Grudzień	3.000	80.000	16.700

Najwymowniejszym dowodem opłacalności produkcji czystego mleka jest liczba pozwoleń na produkcję i sprzedaż mleka wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia:

Rok	Fermerom	Mleczarzom
1918	16	4
1920	20	15
1921	38	56
1922	63	181
1923	144	860
1924	224	1.216

Przytoczę jeszcze przykład фермера, którego poznałam w Kornwalji, dokąd udałam się za radą Dr. R. Stenhouse Williams'a, aby przekonać się o możliwości produkowania czystego mleka w warunkach bardzo skromnych, takich jakie u nas mają przeciętni rolnicy. Rolnik ten pracuje przy mleku sam z żoną;

skrzynię do wyjąławiania drobnych mleczarskich sprzętów zrobić sam z drzewa, obitą blachą cynowaną, a parę do niej doprowadzając przez rurę z kotła do gotowania bielizny; kocioł ten jest wmurowany w kuchni, na nim farmer stawia konwie na drewnianej pokrywie z otworem pośrodku i w ten sposób je wyjąławia; otrzymał on na ostatnim konkursie czystego mleka nagrodę pieniężną i za te pieniądze kupił chłodnicę Alfa-Laval i przeprowadził wodę w oborze. W tym i innych przykładach dużą rolę odgrywają instruktorzy i instruktorki, którzy łączą wiedzę z zapałem. Takich oddanych sprawie pracowników trzeba przedewszystkiem wyszukać i wyuczyć, a wtedy w każdym kraju produkcja czystego mleka stanie się możliwa. Dotychczas jedynie Holandia zaczęła pracować ściśle według wzorów angielskich. W № 82 *Le Lait* — 1929 r. podane są przez prof. C. F. van Oyen doskonałe wyniki otrzymane z wzorowej fermi: na 100 prób mleka w 93,7% było mniej niż 10 000 drobnoustrojów w 1 cm.³, w 6,3% powyżej tej liczby, lecz poniżej 20.000; *Bact. Coli* znaleziono tylko w 16% prób w 1 cm.³ mleka.

Poza wielką wartością higieniczno-zdrowotną tego czystego mleka (przedewszystkiem ogromne zmniejszenie śmiertelności niemowląt sztucznie karmionych), ma ono także duże znaczenie ekonomiczne, gdyż dzięki niemu unikamy w handlu mlekiem olbrzymich strat przez kwaszenie się mleka (np. Londyn traci rocznie 75.000 L.), a także zmniejszamy straty wskutek psucia się masła i serów, które jest powodowane przez szkodliwe drobnoustroje.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę szybki wzrost naszego wywozu masła, który według danych Głównego Urzędu Statystycznego wyniósł w 1927 r. 23 miliony franków złotych (w tymże roku eksport zbój równał się 21 milionom fr. zł.), to jasnym będzie, że równoległe do poprawy jakości masła i serów uzyskamy wyższe za nie ceny na rynkach zagranicznych, co znakomicie wpłynie na poprawienie naszego bilansu handlowego. Również i spożycie mleka i przetworów mlecznych będzie stopniowo wzrastało dzięki wprowadzeniu metod angielskich przy otrzymywaniu mleka. Przez wzrost spożycia nabiału zyska również i podniesie się dobrobyt rolnika, a przy rolniczym charakterze kraju w znacznym stopniu powiększy się ogólne bogactwo narodowe.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Dozorcy domów w Płońsku.

Do utrzymania domów w zgodnym z wymaganiami sanitarnymi stanie właściciele tylko 84 posesji w Płońsku utrzymywali w r. 1926 t.zw. dozorców domowych. Ironja losu postawiła jednak tych pionierów higjeny w miastach w warunki bytu, które przeczą elementarnym zasadom zdrowotnym.

W suterenach mieszka 25 dozorców; wszystkie te sutereny zagłębione są w ziemię powyżej połowy ich wysokości (prócz jednej z wysokością 250 cm. i zagłębieniem 60 cm.). Tolerowane zagłębienie suteren wynosić powinno najwyżej $\frac{1}{3}$ ich wysokości, nie mniejszej od $2\frac{1}{2}$ mtr.

Na poddaszach mieszka 20 dozorców, na parterze 32, na piętrze 7. Po jednej izbie ma 78 dozorców, po 2 izby 6. Tylko mieszkania 33 dozorców są wyższe od 240 cm., 51 mieszkań jest niższych (7 mieszkań ma zaledwie $1\frac{1}{2}$ mtr., 42 mieszkania po 2 mtr.). W 23 mieszkaniach niema podłogi, w 1 podłoga cementowa, w pozostałych przeważa lica drewniana.

Jeżeli powierzchnia okien jest mniejsza od dziesiątej części podłogi, lokal taki uważa się za szkodliwy dla zdrowia. W Płońsku w 57 mieszkaniach dozorców jest po jednym oknie, w 25-ciu po 2 okna i w 2-ch po 3 okna. Wielkość okien zwłaszcza w suterenach i nawet na poddaszach jest niedostateczna: na parterze i na piętrze przeważnie jest nieco mniejsza od $\frac{1}{10}$ powierzchni podłogi, na poddaszach dochodzi do $\frac{1}{20}$, a w suterenach wynosi $\frac{1}{20}$ do $\frac{1}{100}$, z przewagą $\frac{1}{30}$ do $\frac{1}{20}$.

Tylko 12 mieszkań zakwalifikowano do grupy suchych, reszta to wilgotne kąty. Obok ustępów mieści się 8 mieszkań. W 84 mieszkaniach (90 izbach) dozorców mieszka 366 osób z ich rodzin, oraz 58 sublokatorów mieszkających kątem, co stanowi prawie $4\frac{0}{100}$ wszystkich mieszkańców. Przeciętna ilość stęchłego powietrza wynosi około $7\frac{1}{2}$ mtr.³ na jedną osobę, czyli przeludnienie jest conajmniej dwukrotne. Dozorcy poborów naogół nie otrzymują (tylko jeden dozorca ma pobory stałe). Na miotły i inne utensylja, do czynności dozorców niezbędne, tylko w 54 domach ustalona jest

opłata od 12 zł. do 60 zł. rocznie. W wielu wypadkach do obowiązków dozorców należy noszenie wody, pranie i mycie podłóg w mieszkaniach właścicieli domu. Jedynym wynagrodzeniem dozorców za ich pracę jest więc nędzne mieszkanie; na remont tych mieszkań całkowicie pokrywany przez samych dozorców, w 14 wypadkach wydano w. r. od 50 do 230 zł. (wymowne liczby przy nędzy i niewybredności tych lokatorów). Tradycyjny przywilej dozorców domowych: mieszkać tam, gdzie nikt inny mieszkać nie chce — stworzył w ich mieszkaniach znakomite schronisko i hodowlę gruźlicy dla całego miasta i nawet okolicy. Działwa stamtąd roznosi przez szkoły i ochronki nieraz przy miłych zabawach i uroczystościach dzieciennych, gruźlicę dalej; również dorośli roznoszą ją przy tysiącach okazji. Poprawa bytowania dozorców domowych, dążność do zamykania mieszkań suterynowych i innych nieodpowiednich — są to sprawy wielkiej wagi nie tylko dla dozorców i ich rodzin.

Dr. Bolesław Salak.

Miejski Zakład Kąpielowy w Zgierzu.

Mieszkańcy miasta Zgierza pozbawieni byli dotąd możności korzystania z kąpeli, tego najważniejszego środka podniesienia zdrowotności wśród najszerszych warstw. Wprawdzie przy miejskim szpitalu istniał od roku 1915 zakład kąpielowy, składający się z 6 wanien i 6 natrysków, lecz ten w stosunku do potrzeb ludności był niezmiernie szczupły i nie odpowiadał elementarnym wymogom higieny. Z pośród 1.140 nieruchomości w Zgierzu zaledwie kilka posiada lokalne wodociągi i ma urządzone łazienki. Nie omylił się, jeśli określimy ilość mieszkań, posiadających wanny, maksymalnie na 1%.

W roku 1926 Magistrat m. Zgierza zawarł umowę z amerykańską firmą Ulen na sfinansowanie i wybudowanie zakładu kąpielowego i rzeźni. Budowę zakładu kąpielowego rozpoczęto 15 maja 1927 r., a ukończono 1 lutego 1929 r.

W dniu 5 lutego 1929 r. zakład kąpielowy oddany został do użytku publicznego.

Zakład kąpielowy, wybudowany w parku Kościuszki przy ul. Łęczyckiej, według najnowszych wymagań techniki i higieny, posiada następujące oddziały:

1. *Wanny I i II klasy łącznie 15 pokoi o 16 wannach.*

Ściany przy wannach wyłożone są płytkami glazurowymi, w pozostałej części pokoju malowane olejno i emalją.

Wanny żeliwne, wewnątrz emaljowane, zewnątrz malowane olejno i lakierowane. Baterie wannowe z brązu nikłowego z natryskiem na ciepłą i zimną wodę.

Poza tem każdy pokój posiada leżak i taborecik.

2) *Natryski (prysznic) posiadają 11 kabin natryskowych.*

Każda kabina składa się z 2 części: rozbieralni i natryskowni. Ściany natryskowni wyłożone są płytkami glazurowymi. Woda w natryskach ciepła i zimna, regulowana przez kąpiącego się.

3) *Natryski grupowe dla dzieci szkolnych*

składają się z rozbieralni o 18 szafkach na ławach, oraz natryskowni o 15 natryskach. Temperatura wody regulowana jest przez obsługę dla wszystkich natrysków jednocześnie zapomocą mieszadła ściennego.

4) *Łaźnie I klasy posiadają:*

- a) rozbieralnię o 12 kabinach zamykanych,
- b) pokój łaźni rzymskiej (suchej) o temperaturze 60° C,
- c) pokój łaźni parowej,
- d) basen do odświeżania o temp. wody 22 — 25° C, wymiarów 3,75 × 2,6 m.,
- e) pokój do masażu z 3 stołami, 2 natryskami na ciepłą i zimną wodę, oraz natryskiem nasiadowym.

5) *Łaźnie II klasy posiadają:*

- a) rozbieralnię o 23 szafkach na ławkach,
- b) łaźnię parową,
- c) pokój do masażu z ławkami drewnianymi, 2 natryskami i natryskiem nasiadowym.

6) Basen do pływania

położony centralnie w budynku ma wymiary 10 m. \times 17 m, i głębok. od 0,70 m. do 2,5 m, wykonany jest z żelazobetonu, wewnątrz pokryty warstwą izolacyjną gudronitu grubości 5—6 cm, i wyłożony płytkami (dno terrakotowemi, a ściany glazurowanemi) koloru niebieskiego. Hala basenowa oświetlona zapomocą 6 okien w lunetach sklepienia, jednego wielkiego okna w ścianie szczytowej i plafonu szklanego w sklepieniu. Z dwu stron basenu ustawione są kabiny do rozbierania w ilości 56, które oddzielają basen od reszty zakładu. W dwu szczytowych końcach hali basenowej pomieszczone są natryski (8) z ciepłą i zimną wodą, oraz wanienki do mycia nóg (12). Każdy kąpiący się, zanim wejdzie do basenu, obowiązany jest umyć się dokładnie pod natryskiem, a nogi w wanience. Do basenu wchodzi się po schodkach do części płytkiej — lub też skacze z trampoliny, położonej z przeciwnej, głębokiej strony basenu. Basen jest podzielony w poprzecznym kierunku linią na część płytką (60 m²) i głęboką (110 m²). Dno basenu, pokryte terrakotą koloru niebieskiego, posiada 3 otwory, przykryte nikłowemi rusztami, służącemi do spuszczenia wody. W ścianach basenu, wyłożonych niebieską glazurą, są 4 otwory, doprowadzające wodę. Dokoła basenu, 40 cm poniżej krawędzi basenu, znajduje się przelew w formie koryta, odprowadzający brudną wodę z powierzchni wprost do sieci kanalizacyjnej. Temperatura wody w basenie wynosi 22—26° C; spadek temperatury wyrównywa się dopływem (uzupełnieniem) świeżej wody gorącej.

Czyszczenie wody basenowej zapomocą filtrów odbywa się w następujący sposób. Przez otwory w dnie basenu woda grawitacyjnie przechodzi przez aparat do chwytania włosów i większych części stałych, poczem zapomocą pompy odśrodkowej o napędzie elektrycznym jest przetłaczana przez filtr pod ciśnieniem 1 atm. pospieszny o wydajności 36 mtr.³ na godzinę. Następnie przefiltrowana woda wraca do basenu, przechodząc po drodze przez aparat do chlorowania wody. W ten sposób przefiltrowana woda jest zupełnie czysta i pozbawiona bakteryj. Filtrowanie wody w basenie odbywa się codziennie. W miarę potrzeby co 2 — 3 tygodnie wodę z basenu zupełnie się wypuszcza i po wymyciu basenu napełnia się go świeżą wodą ze studni.

7) *Kąpiele słoneczne.*

Dach z betonu z południowej strony budynku, nad natryskami tworzy taras dla kąpiei słonecznych o powierzchni 80 m². Na tarasie znajdują się leżaki płócienne, natrysk z zimną wodą, a obok specjalna rozbieralnia o 12 kabinach.

Prócz powyżej wymienionych oddziałów w zakładzie kąpielowym są dodatkowe pomieszczenia jak: 2 poczekalnie, szatnia, pokój dla fryzjera, kancelarja, apteczka, 5 mieszkań dla personelu, pralnia mechaniczna i kotłownia. Pralnia mechaniczna składa się z aparatu do gotowania bielizny, kadzi do moczenia teje, maszyny do prania, wirówki, magła i windy.

Kotłownia posiada 3 kotły wodnorurkowe o powierzchni ogrzew. 3 × 55 m², zbiornik wody kondensacyjnej, 2 pompy tłokowe, zasilające kotły wodą kondensacyjną, 3 aparaty przeciwprądowe, wytwarzające gorącą wodę, rozdzielacze pary, wody gorącej i zimnej, oraz wskaźniki temperatury i poziomu wody w zbiornikach.

Wodę zakład kąpielowy czerpie ze studni głębokiej 36 mtr. o wydajności 60 m³ 3 godz., zapomocą pompy odśrodkowej o napędzie elektrycznym. Zapotrzebowanie wody zakładu kąpielowego wynosi maksymalnie 20 m³ 3 godz.

Zakład kąpielowy posiada centralne ogrzewanie, które w okresie zimy pozwala utrzymać temperaturę 22° C.

Budynek cały jest skanalizowany, tak że woda brudna z basenu, wanien i natrysków odprowadzana jest bezpośrednio do rzeki, ścieki zaś z klozetów i zlewów podlegają oczyszczeniu w dole osadowo-gnilnym, a następnie 15 krotnie rozcieńczone wodą z wanien i natrysków spływają wraz z nią do rzeki poniżej stawu.

Przewody kanalizacyjne wewnątrz budynku są z rur żeliwnych, poza budynkiem z rur cementowych.

Zakład kąpielowy zaopatrzony jest w doskonałą wentylację. Każde pomieszczenie posiada kanał wyciągowy, oraz kanał doprowadzający świeże powietrze. Dopływ świeżego powietrza do budynku odbywa się w następujący sposób: powietrze dopływa z murowanej altany, stojącej w parku, przez kanał podziemny do pomieszczenia filtrów powietrznych, zbudowanych z włochatego mater-

jału, rozpiętego na szkielecie metalowym. Powietrze ssane zapomocą wentylatora odśrodkowego o napędzie elektrycznym, oczyszczone na wspomnianych wyżej filtrach, oraz podgrzane (w razie niskiej temperatury na dworze) tłoczony jest siecią kanałów do poszczególnych pomieszczeń.

W zakładzie kąpielowym na wszystkich oddziałach może się wykąpać w ciągu godziny 100 — 120 osób; niezależnie od tego w natryskach grupowych może wykąpać się 30 — 40 dzieci w ciągu godziny, oraz na oddziale kąpeli słonecznych 10 osób.

Narazie zakład kąpielowy jest czynny 5 dni w tygodniu: we wtorki, środy i czwartki od 2-ej popoł. do 8 wiecz., oraz w piątki i soboty od 11-ej rano do 9-ej wiecz. Frekwencja wyniosła: w lutym 2.501, w marcu 6.164 osób. Prócz tego wykąpano w marcu bezpłatnie 1.196 dzieci szkół powsz. Należy przypuszczać że stopniowo frekwencja wzrośnie i dojdzie do 12 — 15.000 osób mies., co odpowiadałoby przeciętnie jednej kąpeli na mieszkańca, jeśli wyłączyłoby dzieci do lat 14, oraz starców i chorych.

Dr. L. GÉROT. Rola pielęgniarki szkolnej.

La Médecine Scolaire T. XVII, N° 4, 19.8.

Zadanie pielęgniarki szkolnej ujął krótko i trafnie Dr. Guinon wyrażając się, że winna ona być łącznikiem między szkołą, rodziną i lekarzem we wszystkim co dotyczy higieny i zdrowia.

Jeżeli idzie o szkołę, dokonywa ona często oględzin dzieci, czuwa nad czystością ich ciała, przekonywa się przez szybkie badanie, czy nie mają one pasorzytów i zaraźliwych chorób skóry.

Przy tak częstych drobniejszych cierpieniach wieku dziecięcego (liszaje, zanoglica, odmrożenie) kładzie ona czysty opatrunek.

Asystuje lekarzowi szkolnemu w czasie pojedynczych oględzin i prowadzi dziennik sanitarny.

Niezmiernie cenna jest rola pielęgniarki szkolnej w czasie epidemji. Wykrywając już na pierwszy alarm podejrzanych, ułatwia lekarzowi skuteczność wczesnej i szerokiej profilaktyki. Oczywiście, dla wypełnienia tego zadania niezbędna jest znajomość pierwszych objawów najważniejszych chorób zakaźnych. To też kurs nauczania pielęgniarstwa szkolnego winien przewidywać również i praktykę w szpitalu dziecięcym.

Poza szkołą pielęgniarka jest rzeczywistą pomocnicą społeczną lekarza. Odwiedza mieszkania dzieci, które lekarz szkolny uznał za wymagające specjalnej pieczy. Nakłania rodziców do zasięgania rady lekarza domowego, a w wypadkach dość częstych, gdy rodziców nie stać na leczenie dziecka, sprowadza je do szpitala, względnie gdzieindziej; asystuje przy badaniu chorego, notuje sobie zlecenia lekarza i czuwa nad ich wykonaniem.

Korzystając ze swych odwiedzin domowych pielęgniarka zwraca uwagę na warunki mieszkaniowe rodziny, odżywianie, warunki leczenia, przy gruźlicy szuka źródeł zarazy. W ostatnim wypadku stara się, by zainteresowane rodziny mogły korzystać z pomocy różnych instytucji społecznych.

W czasie epidemii utrzymuje kontakt z podejrzanymi odesłanymi do domu, dowiaduje się o ostatecznym rozpoznaniu lekarza leczącego. Podaje te wiadomości lekarzowi szkolnemu, aby bez zwłoki mógł zastosować środki zapobiegawcze, odpowiednio do rodzaju choroby.

Dobrze zrozumiana rola pielęgniarki szkolnej ma doniosłe znaczenie społeczne. W niektórych krajach znacznie zwiększyła ona wydajność nadzoru lekarskiego nad szkołami i uczniami.

Skuteczność pracy pielęgniarki wymaga z jednej strony, aby była ona bezwzględnie pod kierunkiem lekarza szkolnego, który jedynie może wskazywać jej zadania i granice działalności, z drugiej strony pielęgniarka winna współpracować w zupełnej zgodzie z gronem nauczycielskim, które w wielu wypadkach może jej oddać cenne usługi.

Dr. H. R.

K R O N I K A

Zjazd lekarzy powiatowych wojew. warszawskiego w Płocku.

Dnia 8 i 9 marca r. b. odbył się w Płocku Zjazd lekarzy powiatowych województwa warszawskiego, na który przybyło 23 lekarzy.

Pan Wojewoda Twardo otworzył Zjazd przemówieniem, w którym rozwinął szczegółowy plan pracy władz administracyjnych na terenie województwa.

W imieniu Rządu powitał Zjazd Dr. H r y s z k i e w i c z, ilustrując cyframi stan sanitarno-porządkowy woj. warszawskiego i wzywając lekarzy powiatowych do energicznej akcji w tym kierunku, zwłaszcza wobec licznie zgłaszanych już obecnie zbiorowych wycieczek po kraju osób, które przybędą z zagranicy na Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

W imieniu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego witał Zjazd prezes tego towarzystwa Dr. M a c i e s z a, poczem zaznajomił uczestników Zjazdu ze szczegółowymi datami historycznymi miasta Płocka.

Przystępując do porządku dziennego, lekarze powiatowi odczytali kolejno sprawozdania ze swej działalności w 1928 r. na terenie powiatu.

Akcja społeczna znajduje się w pow. warszawskim w stanie stałego rozwoju. Stacje opieki nad matką i dzieckiem są w Kutnie, Lipnie, Łowiczu, Mińsku Mazowieckim, Płocku, Pułtusku, Skierniewicach i Żyrardowie.

Ośrodki zdrowia zorganizowano: w pow. warszawskim, mławskim, skierniewickim, pułuskim i rypińskim.

Walka z alkoholizmem prowadzona jest w Płocku, gdzie jest poradnia pod kierunkiem lekarza i specjalnie wyszkolonej higienistki, oraz w Łowiczu przez Towarzystwo Abstynentów. Miasto Pruszków uchwaliło na swym terenie prohibicję.

Walka z jaglicą prowadzona jest zapomocą przychodni, szczególnie energicznej w powiatach, w których niektóre gminy stanowią ogniska jaglicy, mianowicie w pow. włocławskim, w którym na poborze ujawniono 7,6% poborowych chorych na jaglicę i w pow. sierpeckim z 5,8% poborowych jaglicznych, a także w Skierniewicach, gdzie w sierocińcu było 22% dzieci z jaglicą.

Walka z gruźlicą i chorobami wenerycznymi prowadzona jest tam, gdzie jeszcze niema ośrodków zdrowia, w przychodniach ogólnych.

Powiat warszawski ma w Otwocku własne sanatorium dla gruźlików na 75 łóżek.

Akcja sanitarno-porządkowa stale się rozwija, co widać z liczby odnowionych domów (przeszło 40%), nowo wzniesionych śmietników (65%), ustępów w miastach i miasteczkach (7%) i ustępów we wsiach (77%).

W dalszym przebiegu Zjazdu Dr. K a c p r z a k wygłosił referat o statystyce lekarskiej, jej znaczeniu i metodach, a Dr. A d a m o w i c z o w a przedstawiła stan statystyki lekarskiej w woj. warszawskim, podkreślając najczęściej spotykane błędy w rejestracji chorób.

Inż. Kirkor omówił sprawę pobierania prób i oceny wody do picia, poczem dawał wyjaśnienia na szereg wątpliwości, które się wyłoniła w dyskusji.

Dr. Mitkiewicz zobrazował stan sanitarny szkół powszechnych i opiekę higieniczno-lekarską nad działalnością szkolną na terenie kuratorjum warszawskiego, omawiając braki higieniczne w szkołach i stwierdzając ogólną poprawę warunków sanitarnych w szkolnictwie.

Dr. Dietrich referował o podniesieniu zdrowotności i wyglądu kraju, Dr. Rozen o walce z nierządem, Dr. Drzewiecki o naturalnym i napływowym ruchu ludności w pow. warszawskim w świetle cyfr statystycznych, wreszcie Dr. Łazarowicz o podniesieniu stanu sanitarnego miast i wsi.

Po każdym referacie wywiązywała się ożywiona dyskusja, w której brali udział wszyscy uczestnicy Zjazdu.

Drugi dzień Zjazdu poświęcony był zwiedzaniu szpitala św. Trójcy, stacji opieki nad matką i dzieckiem, kąpieliska dla uczniów szkół średnich, które powstało ze składek i jest chętnie przez uczniów uczęszczane, kąpieliska dla uczniów szkół powszechnych, gdzie dawał wyjaśnienia Dr. Przyłuski, przytaczając cyfrowo dodatnie wyniki opieki społecznej na terenie szkół powszechnych i schroniska dla sierot z kresów. Wszystkie te instytucje zrobiły dodatnie wrażenie zarówno pod względem rezultatów lekarsko-higienicznych, jak i pod względem porządku i czystości.

Na zakończenie uczestnicy Zjazdu zwiedzili muzeum plockie, gdzie objaśnień udzielała organizatorka i kustoszka muzeum p. Rudzka, oraz skarbiec w katedrze plockiej, przechowujący wiele cennych pamiątek.

Zjazd lekarzy powiatowych wojew. krakowskiego w Krakowie.

W dniu 2 i 3 marca r. b. odbył się w Krakowie Zjazd lekarzy powiatowych woj. krakowskiego, na który przybyło 22 lekarzy.

Otwierając Zjazd, p. Wojewoda Dr. Kwasiński podkreślił, że woj. krakowski, posiadające na swym obszarze uzdrowiska i tereny górskie o doniosłym znaczeniu leczniczym i sportowym, winno być przez lekarzy powiatowych otoczone szczególną uwagą i pieczą, zarówno pod względem podniesienia warunków higienicznych, jak i sanitarno-porządkowych.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał Zjazd Dr. Hryszkiewicz, poczem omówił szczegółowo zestawienie rezultatów dotychczasowych prac w dziedzinie sanitarno-porządkowej na terenie woj. krakowskiego. Z tego zestawienia wynika, że aczkolwiek sprawy odnowienia domów mieszkalnych, urządzenia śmietników i ustępów w miastach i miasteczkach posunęły się znacznie naprzód, to należy jednak przyspieszyć tempo prac w tym kierunku, a to wskutek oczekiwanych wycieczek po kraju przez odwiedzających Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

Walka z chorobami społecznymi czyni postępy. Nowe ośrodki zdrowia powstały w Gorlicach i Białej, w Chrzanowie wykończony jest obecnie ad hoc wybudowany obszerny budynek, w którym będą umieszczone poradnie przeciwgruźlicza i przeciwjaglicza, stacja opieki nad matką i dzieckiem z kuchnią mleczną, poradnia higieniczna dla młodzieży szkolnej, gabinet dentystyczny, lampa kwarcowa, natryski i wanny.

W akcji sanitarno - porządkowej daje się zauważyć postęp. W miastach i miasteczkach odnowiono około 40% domów, urządzono 75% ustępów i 70% śmietników. Wiele dróg naprawiono i obsadzono drzewkami. W powiatach w których daje się odczuwać brak wody, mianowicie w powiatach chrzanowskim, dąbrowskim, mieleckim, wadowickim i żywieckim, wykopano szereg nowych studzien i dokonano badań wody pod względem fizycznym, chemicznym i bakterjologicznym.

Po zakończeniu dyskusji, która się wyłoniła w związku ze sprawozdaniami lekarzy powiatowych, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. W r ó b l e w s k i zabrał głos w sprawie zwalczania chorób społecznych i zawodowych, zwracając między innymi uwagę na konieczność szerszego stosowania praw i obowiązków lekarzy powiatowych, określonych w art. 7 i 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.VIII 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Inspektor Lekarski województwa Dr. J a n i k i e w i c z wygłosił referat o działalności sanitarnej samorządów. Z referatu tego wynika, że z ogólnej opodatkowania przypada przeciętnie po 60 gr. na głowę ludności na sprawy sanitarno-lecznicze. Z pomiędzy 61 okręgów lekarskich obsadzonych jest załedwie 37; położnych w 479 gminach jest 1.081; szpitali 52 z 4.750 łózkami; odczuwa się brak oddziałów dla chorych zakaźnych; szpitali i sanatoriów dla chorych na gruźlicę jest 26 z 1.429 łózkami. Poza tem na obszarze województwa jest 11 szpitali Tymczas. Wydz. Samorządowego będącego w likwidacji, jeden szpital państwowy dla umysłowo chorych w Kobierzynie, 17 poradni przeciwgruźliczych i 16 przeciwjagliczych.

Po skończonych obradach uczestnicy Zjazdu zwiedzili wzorowo urządony i prowadzony dom noclegowy w Krakowie przy ul. Nadwiślańskiej 3 i szpital dla umysłowo chorych w Kobierzynie, gdzie objaśnień udzielał Dr. S t r y j e n s k i, naczelnik lekarz szpitala.

Zjazd lekarzy powiatowych wojew. kieleckiego w Będzinie

Wobec zarządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia), ażeby Zjazdy lekarzy powiatowych odbywały się odtąd kolejno w większych miastach powiatowych, tegoroczny Zjazd lekarzy powiatowych woj. kieleckiego odbył się w dniu 26 i 27 lutego w Będzinie

Zjazd, na który przybyło 23 lekarzy powiatowych i miejskich, zagał p. Wojewoda K o r s a k, podkreślając konieczność nasilenia akcji społeczno-

zapobiegawczej, poczem Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz powitał Zjazd imieniem Rządu, wzywając lekarzy powiatowych i miejskich do niezwłocznego przystąpienia do energicznej akcji sanitarno-porządkowej, celem wykonania okólnika p. Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju, oraz w związku z przewidywanymi wycieczkami osób, zwiedzających Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Ostromięcki wygłosił szczegółowo opracowany referat o stanie sanitarnym osiedli w oświetleniu inspekcji sanitarno-porządkowych i przytoczył zarządzenia sanitarno-porządkowe Wojewody i Starostów.

Według sprawozdań, przedstawionych na Zjeździe przez lekarzy powiatowych i miejskich, sprawy szpitalnictwa i zapobiegania chorobom społecznym w woj. kieleckim posunęły się w roku sprawozdawczym znacznie naprzód. Rozpoczęto między innymi budowę szpitala na 100 łóżek w Myszkowie (pow. Zawiercie), szpitala dla zakaźnych w Sandomierzu, pawilon dla chorych zakaźnych przy szpitalach w Błży i Olkusz, odremontowano szpital w Częstochowie, zwiększono do 55 łóżek szpital dla gruźlicy kostnej w Siewierzu, a w szpitalu w Końskich urządzono nowoczesną pracownię chemiczno-bakterjologiczną.

W pow. będzińskim powstały trzy miejskie ośrodki zdrowia i jeden wiejski (w Czeladzi), w pow. częstochowskim dwa ośrodki w Kłobucku i Krzepicach, a w Sułoszowej (pow. olkuski) budują ośrodek zdrowia kosztem 85.000 zł. W Skarżysku-Kamiennem (pow. konecki) otwarto przychodnię przeciwgruźliczą. W Radomiu otwarto przychodnię przeciwjagliczą przy specjalnej szkole dla dzieci jagliczych. Rozpoczęto budowę kąpieliska w Strzemieszycach (pow. będziński), zbudowano kąpielisko w Końskich, a w Kozienicach i Zawierciu uruchomiono wanny i natryski przy schronisku i szkole. Sejmik miechowski udzielił gminom po 3.000 zł. na budowę łaźni. W Sosnowcu, Radomiu i Zawierciu utworzono dla szkół bezpłatne gabinety dentystyczne.

Akcja sanitarno-porządkowa była prowadzona w dalszym ciągu z niesłabnącą energią i zrobiła duże postępy.

Następnie Dr. Ostromięcki zaznajomił Zjazd z rezultatami walki z chorobami społecznymi w woj. kieleckim, stwierdzając, że aczkolwiek w ciągu ostatnich lat walka ta znacznie posunęła się naprzód, tem niemniej nie stoi ona jeszcze na należytych poziomach. Postęp wyraża się mianowicie w tem, że w roku 1926 nie było ani jednej przychodni przeciwgruźliczej, a obecnie jest ich już 26; liczba przychodni przeciwjagliczych wzrosła w tym czasie z 1 do 13, a przeciwwenerycznych z 3 do 13.

Program drugiego dnia Zjazdu nie mógł być całkowicie wykonany, gdyż wskutek zasp śnieżnych nie można było zwiedzić ośrodka zdrowia w Strzemieszycach i kopalni „Kazimierz“. Ograniczono się do zwiedzenia łaźni i domu noclegowego w Sosnowcu i wczorowo urządzonego ośrodka zdrowia w Będzinie.

Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

BIURO NACZELNE:

Holandja, Amsterdam, Keizersgracht 489.

ZARZĄD:

Dr. R. Fortescue Fox, Przewodniczący — Londyn.

Prof. Dr. Dietrich, Rada ministerjalny — Wiceprzewodniczący — Berlin.

Dr. Henryk Forestier, Wiceprzewodniczący — Paryż.

Dr. J. von Breemen, Sekretarz honorowy i Dyrektor biura ekspertów w Amsterdamie.

Prof. I. Gunzburg, drugi Sekretarz — Antwerpja.

Statut.

Art. 1. Utworzona zostaje Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Art. 2. Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi ma za zadanie:

1) Stworzyć łączność między narodowymi Komitetami lub innymi organizacjami w walce przeciwko reumatyzmowi w różnych krajach, skoordynować wysiłki tych komitetów i ustalić łączność między międzynarodowymi organizacjami w wypadku, gdy chodzi o zwalczanie reumatyzmu.

2) Organizować konferencje naukowe i o charakterze społecznym, dotyczące reumatyzmu.

3) Przeprowadzać studia porównawcze nad reumatyzmem, doświadczenia, statystyczne i kliniczne.

4) Zorganizować międzynarodową statystykę, dotyczącą reumatyzmu.

5) Przyczyniać się do badań nad reumatyzmem w różnych krajach i rasach.

6) Zbierać informacje i udzielać te informacje Komitetom narodowym, Rządom i organizacjom we wszystkich kwestjach, dotyczących reumatyzmu.

Art. 3. Siedzibą Zarządu Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi będzie na przeciąg 10 lat Holandja.

Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi winna się zbierać co rok.

Art. 4. Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi składa się z członków zwyczajnych, doradców, korespondujących i honorowych.

Członkowie doradcy, korespondujący i honorowi mianowani są przez członków zwyczajnych. Członkowie zwyczajni wybierani są przez Komitet Narodowy kraju, który reprezentują.

Art. 5. Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi winna posiadać urząd doradcy dla wszystkich kwestyj, dotyczących reumatyzmu, naukowych i społecznych dla usługi każdego rządu, Komitetu narodowego przeciw reumatyzmowi i innych organizacyj, które pomagają urzędowi doradczemu i organizują biblioteki, archiwa i t. p.

Sekretarzem Ligi Międzynarodowej przeciwko reumatyzmowi jest dyrektor urzędu doradczego.

Art. 6. Sekretarz po konsultacji z Prezydentem winien przedłożyć członkom Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi i Komitetom Narodowym przeciw reumatyzmowi roczne sprawozdania.

Art. 7. Wydatki Komitetu i Urzędu doradczego mają być ponoszone przez subsydja ze strony Komitetów.

Art. 8. Kwestja używalności w obradach języka będzie zdecydowana zależnie od okoliczności.

Art. 9. Wszystkie punkty, niezafatwione w statucie, zostaną uregulowane dodatkowo.

Funkcje Ligi.

1. Zapoczątkować, jako władza centralna, międzynarodową kampanję przeciwko reumatyzmowi.

2. Wspomagać w utworzeniu komitetów narodowych w tym kierunku, jednakże nie w drodze ograniczenia swobody i działalności.

3. Przygotowywać i rozsyłać wiadomości ogólne, statystyczne, użytkując do tego Archiwa Medycznej Hydrologji i inne wydawnictwa.

4. Dążyć do lepszej klasyfikacji i nomenklatury chronicznych chorób reumatyzmu.

Wytyczne dla działalności Ligi.

1. Przeprowadzać praktyczne i statystyczne badania co do reumatyzmu w rozmaitych krajach, używając ten sam schemat, jaki używa Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia.

2. Przeprowadzić studia naukowe, dotyczące zagadnienia reumatyzmu.

3. Zbadać wnioski, przedłożone Towarzystwom ubezpieczeniowym co do lepszego traktowania chorych ubezpieczonych.

4. Organizować drobne Komitety dla studjowania poszczególnych wypadków klinicznych w różnych krajach.

W sprawie twardzieli.

Na Wileńszczyźnie, w Nowogródzkim i Grodzieńskim zostaną przeprowadzone pod kierunkiem profesora d-ra Jana Szmurły, dyrektora kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, laryngologiczne i bakterjologiczne badania nad twardzielią w miejscowościach, gdzie powstały ogniska tej choroby. Cała akcja, finansowana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia), będzie miała na celu zbadanie ludności i wyłowienie tajonych, względnie dotychczas nierozpoznanych przypadków tej choroby.

Pożyteczna inicjatywa Wołyńskiego Kuratorjum Szkolnego.

Kuratorjum Okręgu Szkolnego Wołyńskiego w bieżącym roku szkolnym zorganizowało na terenie seminarjów nauczycielskich systematyczną pracę nad wychowaniem spółdzielczem kandydatów na nauczycieli. Ostatnio odbyły

się Kursy Wychowania Społecznego dla V-go kursu seminarjów nauczycielskich w Ostrogu nad Horyniem i w Krzemieńcu. Program tych Kursów objął zagadnienie ogólne, jak: Drogi rozwoju kultury ludowej, Działacz społeczny a środowisko, Formy organizacyjne i metody prac oświatowo - kulturalnych. Następnie wykłady z dziedziny organizacji życia społeczno gospodarczego, oraz o technice pracy społecznej.

Na szczególne podkreślenie zasługuje szerokie uwzględnienie w programie kursów wykładów o spółdzielczości. W charakterze prelegentów zostali zaproszeni przedstawiciele centralnych organizacji spółdzielczych.

Kooperacja w szkole.

Odbyła w dniu 21 kwicjnia Konferencja Okręgowa Spółdzielcza w Włocławku po wysłuchaniu referatu, wygłoszonego przez miejscowego inspektora szkolnego p. Zgrzebnickiego, przyjęła następujące rezolucje:

Ze względu na potrzebę szerzenia idei spółdzielczej wśród młodego pokolenia, Konferencja Okręgowa Spółdzielcza w Włocławku zwraca uwagę na wielką doniosłość spółdzielni uczniowskich, oraz potrzebę, specjalnych wykładów o spółdzielczości w szkołach.

Konferencja wzywa wszystkich spółdzielców, w szczególności rodziców mających dzieci w szkołach, aby zachęcali dzieci do należenia do spółdzielni uczniowskich. Konferencja Okr. Sp. w Włocławku uważa za wielce pożądane zorganizowanie dla nauczycielstwa okręgu włocławskiego specjalnego kursu o spółdzielczości wogóle, oraz o spółdzielniach uczniowskich.

W sprawie niektórych zasadniczych postanowień projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Do szeregu informacji, które Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) otrzymało dotychczas od rządów: Czechosłowacji, Szwecji, Danji i Austrii w sprawie obaw, wyrażonych przez sfery lekarskie, co do rzekomego szkodliwego wpływu niektórych postanowień projektu rządowego ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przybyły jeszcze informacje ze strony rządu Rzeszy Niemieckiej, które poniżej podaje się w tłumaczeniu.

Urząd Spraw Zagranicznych ma zaszczyt zakomunikować Poselstwu Polskiemu na Jego notę z dnia 10 przeszłego miesiąca Nr. 4001 następujący kwestjonarjusz Pana Prezydenta Państwowego Urzędu Zdrowia, rozesłany do członków Państwowej Rady Zdrowia w miastach: Berlinie, Monachjum, Dreźnie, Karlsruhe i Hamburgu, jako też otrzymane nań odpowiedzi.

1. Czy żądanie przedłożenia świadectwa lekarskiego od osób wysoce podejrzanych, że są dotknięte chorobą weneryczną i że chorobę tę szerzą, działało odstrasżająco na dane osoby co do szukania pomocy lekarskiej?

Pytanie to spotkało się z ogólnym zaprzeczeniem. Przeciwnie § 4 ust. 1*) daje rękojmię zastosowania opieki sanitarnej względem szczególnie niebezpiecznych i zagrożonych osób obojej płci, a tem samem stwarza możność wdrożenia wczesnego ich leczenia.

- II. Czy względny przymus zgłaszania chorych**) oddawał tychże w ręce niepowołanych doradców?

Niema oznak, wskazujących na wzmożone zwracanie się chorych do osób, nieposiadających uprawnień do wykonywania lecznictwa. Przeciwnie, stwierdzono, że wenerycy, którzy pozostawali w leczeniu u partaczy, porzucili ich i udali się pod opiekę lekarską.

- III. Czy zniesienie reglamentacji spowodowało wzmożenie się stanu liczebno przypadków chorób wenerycznych?

Na pytanie to można w ogółności dać odpowiedź przeczącą. Wskazuje się przytem na jedyną, istniejącą obecnie, statystykę, wydaną w tym względzie przez Związek Lekarzy Wielkiego Berlina, która to praca ogłoszona została w „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ z r. 1928 Nr. 45 str. 1893.

Berlin, dnia 3 lutego 1929.

W sprawie kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego.

Do

*Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu
m. st. Warszawy*

Niektóre związki komunalne i władze administracyjne interpretują w ten sposób postanowienia ustawy z dnia 29.III.1926 Dz. U. R. P. Nr. 36/26 poz. 214, a w szczególności art. 1 tej ustawy, iż sądzą, że koszty leczenia w szpitalach publicznych, powstałe po dniu 1 stycznia 1926 r. za chorych ulokowanych w szpitalach przed tym terminem, winny być regulowane tak, jak koszty kuracyjne, powstałe przed dniem 1 stycznia 1926 r., t. j. przez gminy, w których chorzy zapisani są do ksiąg ludności stałej. Przepis art. 1 cytowanej ustawy odnosiłby się według takiej interpretacji tylko do chorych, umieszczonych w szpitalu po dniu 1 stycznia 1926 r.

*) Właściwa władza sanitarna ma prawo zażądać od osób, podejrzanych w wysokim stopniu o chorobę weneryczną i szerzenie tej choroby, przedłożenia świadectwa lekarskiego tylko w wyjątkowo uzasadnionych przypadkach od lekarza, wskazanego przez właściwą władzę sanitarną, lub poddania się badaniu przez lekarza urzędowego. Na wniosek lekarza badającego, od osób takich można zażądać wielokrotnego przedkładania takich świadectw.

**) Lekarz, leczący osobę, cierpiącą na chorobę weneryczną w okresie zaraźliwym obowiązany jest podać do wiadomości władzy sanitarnej, wspomnianej w § 4, jeżeli chory usuwa się z pod leczenia i obserwacji albo jeżeli jest on niebezpieczny dla otoczenia z powodu swego zawodu lub stosunków osobistych.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wyjaśnia wobec tego, co następuje: według dosłownego brzmienia art. 1 cyt. ustawy rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 1926 r. obowiązek związków komunalnych do opłacania kosztów kuracyjnych w szpitalach publicznych. Ograniczenie tego obowiązku do opłacania wyłącznie tylko kosztów kuracyjnych za chorych, przyjętych do szpitali po dniu 1.I.1926, niema żadnego uzasadnienia w ustawie z dn. 29.III.1926 Dz. U. R. P. Nr. 56/26 poz. 214.

Wymieniona ustawa odnosi się przede wszystkim do wszystkich kosztów leczenia w szpitalach publicznych, powstałych po dniu 1 stycznia 1926 roku, niezależnie od tego, kiedy nastąpiło przyjęcie chorego do szpitala.

(—) Plestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

Dziennik Ustaw Nr. 5 z 1929 r. poz. 50.

Rozporządzenie

Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu, oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928 r. w sprawie wykonania niektórych postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Na podstawie art. 1, 2, 9 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676) zarządza się co następuje:

§ 1. Wykaz chorób zawodowych, objętych art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676) ustala się w następujący sposób:

W Y K A Z I.

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującymi substancjami, względnie związkami: 1) alkohol metylowy, etylowy, alkohole wyższe, alkohole skażone, 2) antymon, 3) arsen, 4) benzol i pochodne (anilina, nitrobenzol i t. p.), 5) chlor, jod, brom, fluor, 6) chrom, 7) cjanowe związki, 8) cynk, 9) dwutlenek siarki, 10) fenole, 11) formaldehyd, 12) fosfor, 13) fosgen, 14) kwasy silne, 15) ługi silne, 16) mangan, 17) olej skalny, oraz lotne i płynne produkty jego destylacji (benzyna, ligroina i t. d.), 18) nitrogliceryna, 19) ołów, 20) rtęć, 21) siarczek węgla, 22) siarkowódór, 23) terpentyna, 24) tlenki azotu, 25) tlenek węgla.

B. Następujące choroby, jeżeli na skutek pracy zawodowej wystąpią u osób niżej określonych zawodów:

26) glistnica u osób, zatrudnionych w górnictwie,

27) głuchota u osób, zatrudnionych przy młotach pneumatycznych, u kotlarzy, kowali, kolejarzy, puszkarzy, tkaczy i t. p.,

- 28) gruźlica w związku z pylicami u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu.
- 29) kesonowa choroba u osób, pracujących w powietrzu sprężonym,
- 30) nerwice, nabyte na skutek pracy zawodowej u telefonistek, sygnalistów i t. p.,
- 31) nosaczina u osób, zatrudnionych pielęgnowaniem chorych lub usuwaniem padłych koni, mułów, osłów,
- 32) nowotwory, owrzodzenia i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegieciu, sadzy, parafiny, olejów maszynowych i innych smarów,
- 33) choroby oczu i ich przydatków, wywołane podczas pracy zawodowej na skutek działania trujących i nietrujących organicznych i nieorganicznych pyłów, gazów i płynów (kapelusznicy, lakiernicy, malarze, młynarze, murarze, ogrodnicy, piekarze, rolnicy, tapeciarze i t. p.),
- 34) choroby oczu u osób, których praca zawodowa wymaga znacznego przybliżenia przedmiotów do oka (drukarze, grawerzy, koronczarki, krawcy, litografowie, szwaczki i t. p.),
- 35) oczopląs u górników,
- 36) przepuklina u osób, zajętych dźwiganiem i rzucaniem ciężarów (tragarze, robotnicy transportowi, kolejowi i t. p.),
- 37) przymiot u osób, wydymających szkło (w hutach szklanych),
- 38) pylica u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu,
- 39) choroby skórne na skutek działania urazów cieplnych pyłu, płynów i substancyj chemicznych (garbarze, murarze, piekarze, praczki, robotnicy cementowi, tkacze i t. p.),
- 40) choroby skórne i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy zawodowej na działanie promieni krótkofalowych (Roentgen, rad, substancje radioaktywne, promienie pozafioletkowe, X, i t. p.),
- 41) skurcze zawodowe u pracowników biurowych, muzyków, w przemyśle włókienniczym, telegrafistów i t. p.,
- 42) tężec u osób, zatrudnionych przy zbieraniu i przeróbce szmat i galganów, ogrodników i innych robotników leśnych, rolnych i ziemnych,
- 43) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych jak skóra, włosie i t. p.,
- 44) zaćma szara u osób, narażonych na promieniowanie roztopionego szkła, metali (hutnicy),
- 45) choroby zakaźne u osób, narażonych na zakażenie przez wykonywanie pracy zawodowej (lekarze, personel lekarski, pomocniczy, praczki),
- 46) zapalenie pochewek, ścięgien i torebek maziowych (staw łokciowy, garstkowy i kolanowy) na skutek urazów mechanicznych u drukarzy, dekarzy, górników i t. p.,
- 47) zmiany chorobowe o charakterze gościcowym u górników, murarzy, praczek, robotników ziemnych, rolników i t. p.,
- 48) zimnica u osób, zatrudnionych przy pracach nad osuszaniem błot,
- 49) żyłaki, stopa płaska, kolano szpotawe u osób, wykonywujących pracę przeważnie stojący (kelnerzy, piekarze, stolarze i t. p.).

Lista ta uzupełniona będzie w miarę potrzeby.

§ 2. Szczegółowe przepisy, mające na celu zapobieganie chorobom zawodowym, wymienionym w § 1 niniejszego rozporządzenia, wydane będą w drodze oddzielnych rozporządzeń odpowiednio do wymogów ochrony zdrowia w poszczególnych rodzajach pracy zawodowej.

Przepisy te powinny być podawane do wiadomości i szczegółowo objaśniane robotnikom już przy ich przyjęciu do pracy. Przepisy, wydane w myśl ustępu pierwszego, określą w jakim zakresie i w jaki sposób zarządzenia ochronne mają być wywieszane w danym zakładzie przemysłowym lub poszczególnych jego oddziałach.

Kierownicy robót obowiązani są przestrzegać stosowania ich przez robotników.

§ 3. Z chorób, wymienionych w wykazie I, zawartym w § 1, obowiązki wemu zgłaszaniu podlegają:

W Y K A Z II.

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującymi substancjami, ich stopami i związkami:

1) ołów, 2) rtęć, 3) arsenik i związki arsenowe, 4) fosfor, 5) chrom, 6) tlenki azotu, 7) tlenek węgla, 8) siarczek węgla, 9) związki cjanowe, 10) benzol i pochodne, 11) alkohol metylowy, 12) terpentyna.

B. 13) zmiany chorobowe, wywołane przy pracy działaniem promieni Roentgena i substancjami radioaktywnymi, 14) owrzodzenia i nowotwory u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegieciu, sadzy, parafiny, 15) pylica krzemkowa u osób, narażonych przy pracy na wdychanie pyłu, zawierającego krzem (z kwarcu, granitu, piaskowca i t. p.), 16) glistnica u górników, 17) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak wełna, włosie, skóry i t. d.

§ 4. Przewidziane w art. 6 zgłoszenia do powiatowej władzy administracji ogólnej (lekarza powiatowego) winny być składane na piśmie w ciągu doby od chwili ustalenia choroby zawodowej, według następującego wzoru:

Chory: Nazwisko

imię wiek miejsce zamiesz. ulica

Nr. domu zakład pracy

Oddział

Nazwisko pracodawcy lub firma

Miejscowość ulica Nr. domu

Rodzaj choroby:

Stwierdzono (podejrzanie)

Zajęcie, względnie czynnik, wywołujący chorobę

U w a g i

Podpis lekarza zgłaszającego

Adres " "

O złożonem do powiatowej władzy administracji ogólnej zgłoszeniu choroby zawodowej winna osoba, składająca zgłoszenie, zawiadomić o tymże terminie inspektora pracy ze wskazaniem nazwiska, imienia i wieku chorego, oraz miejsca jego zatrudnienia (nazwy firmy lub nazwiska pracodawcy i jego adresu) W zawiadomieniu winien być również ściśle określony rodzaj choroby zawodowej, co do której zachodzi podejrzenie.

§ 5. Lekarz powiatowy, otrzymawszy kartę zgłoszenia, powinien bezwzględnie sam, a o ile chodzi o zakład państwowy, z lekarzem odnośnej władzy:

- a) zbadać chorego i ustalić rodzaj choroby, przyczem zbadać, czy źródło choroby nie znajduje się w jego mieszkaniu lub w przedmiotach użytku;
- b) jeżeli powyższe badania dały wynik ujemny, przenieść je na teren warsztatu pracy.

Badaniu podlegają w pierwszym rzędzie osoby, pracujące w tych samych warunkach, co chory, przyczem osoby z dobrem samopoczuciem i wyglądem mogą być poddane tylko oględzinom doraźnym, zaś pracowników o wyglądzie niezdrowym, charakterystycznym dla danej choroby, lub skarżących się na charakterystyczne dolegliwości, zbadać dokładnie;

- c) Badania współpracowników chorego przeprowadzić nawet wtedy, gdy źródło choroby z wielkiem prawdopodobieństwem zostało ustalone poza warsztatem pracy, o ile warsztat ten wogóle nastęrcza możność nabawienia się danej choroby;
- d) o ile oględziny współpracowników chorego nie dają rezultatu, a chory zmarł, dokonać oględzin wewnętrznych (sekcji) zmarłego;
- e) w związku z wynikami tych badań i oględzin dokonać oględzin fabryki, warsztatu, względnie pomieszczeń, w których zaszedł przypadek choroby zawodowej, pozatem oględzin narzędzi, surowców, produktów, jako też badania warunków pracy uszkodowanego.

W tym celu lekarz powiatowy zawiadomi obwodowego inspektora pracy o ustalonych wynikach badań lekarskich i dokona łącznie z nim oględzin danej pracowni. Przytem winny być wzięte pod uwagę następujące okoliczności:

- 1) jakie czynniki działają szkodliwie, 2) czy są stosowane przepisane środki zapobiegawcze, 3) czy choroba wynika z powodu niestosowania tych środków przez zarząd zakładu, lub nieprzestrzegania ich przez pracowników 4) czy pomienione środki okazały się niewystarczającymi i jakie potrzebne byłyby uzupełnienia urządzeń, względnie przepisów zapobiegawczych, 5) czy są wywieszane przepisy zapobiegawcze na miejscu widocznem i czy są one podawane do wiadomości robotników przy ich przyjęciu do pracy.

O ile inspektor pracy poweźmie podejrzenie o chorobę zawodową, może on zwrócić się do lekarza powiatowego o wdrożenie badań, przewidzianych w punktach a), b), c) i d) niniejszego paragrafu.

Badania i dochodzenia te w zakładach przedsiębiorstw kolejowych, niepodlegających inspekcji pracy, przeprowadza lekarz powiatowy z udziałem lekarza kolejowego.

§ 6. Wydawanie zarządzeń, mających na celu usunięcie przyczyny, wywołującej choroby zawodowe, na podstawie wyników i przeprowadzonych dochodzeń należy:

- a) do powiatowych władz administracji ogólnej, odpowiednio do ich właściwości ogólnej w sprawach nadzorowania nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów sanitarnych, oraz w sprawach walki z chorobami wogóle, a w szczególności z chorobami zawodowymi;
- b) do obwodowego inspektora pracy w drodze nakazów w granicach, przewidzianych w art. 23 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 14 lipca 1927 roku o inspekcji pracy (Dz. U.R.P. Nr. 67 poz. 590).

Odpisy wydanych zarządzeń obie te władze komunikują sobie bezzwłocznie nawzajem.

Władze, wymienione w punktach a) i b), winny działać łącznie w następujących wypadkach:

1) w wykonaniu art. 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu przy dokonywaniu oględzin, przewidzianych w punktach b) i c) art. 7 tegoż rozporządzenia, takie łączne oględziny winny być dokonywane w miarę możliwości co najmniej raz do roku;

2) w razie, gdy wskutek niemożności uprzedniego porozumienia zostały wydane zarządzenia, kolidujące ze sobą;

3) w miarę możliwości we wszystkich ważniejszych wypadkach na skutek inicjatywy jednej z tych władz.

O ile w powyższych wypadkach powiatowa władza administracji ogólnej i obwodowy inspektor pracy nie uzgodnili swego stanowiska w sprawie wydania zarządzeń, rozstrzyga wspólnie okręgowy inspektor pracy i władza administracyjna II instancji. Gdyby porozumienia nie osiągnięto, sprawę rozstrzyga ostatecznie Min. Pracy i Opieki Społecznej łącznie z Min. Spraw Wewnętrznych.

§ 7. Winni przekroczenia postanowień, zawartych w art. 5 i 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu, podlegają karze w myśl art. 13 tegoż rozporządzenia.

§ 8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 24 marca 1925 r. w sprawie stosunku organów inspekcji pracy do organów służby zdrowia władzy administracyjnej I instancji (Dz. U.R.P. Nr. 38 poz. 265) nie ma zastosowania do działalności organów inspekcji pracy i organów służby zdrowia w zakresie wykonywania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676) i przepisów, na podstawie tego rozporządzenia wydanych.

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

Minister Spraw Wewnętrznych:

(—) Sławoj-Składkowski.

Minister Pracy i Opieki Społecznej:

(—) Dr. Jurkiewicz.

Minister Przemysłu i Handlu:

(—) E Kwiatkowski.

Minister Rolnictwa:

(—) K. Niezbytowski.

W sprawie uporządkowania hoteli.

Nawiązując do okólnika № 48, rozesłanego za № OJ. 86/15 z dnia 25 lutego 1929 r., w sprawie wycieczek po kraju, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zwrócenie specjalnej uwagi na uporządkowanie hoteli w tych miastach, które są wyznaczone dla ruchu wycieczkowego w związku z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu.

Zechce Pan Wojewoda spowodować, by wykaz hoteli, mających odpowiednie urządzenia sanitarne (w szczególności bieżącą wodę w każdym pokoju i urządzenia kąpielowe) i dających możność wygodnego pobytu, był wywieszony na widocznem i dostępnem miejscu na dworcach we wszystkich tych miejscowościach, przez które w myśl przytoczonego okólnika mają być skierowane wycieczki.

Dr. Plestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

W sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że pismo okólne z dnia 17.X 1928 № Z. H. 4796/28 w sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności, obejmujące najbardziej zasadnicze postulaty higieny, obowiązując mające przy sprzedaży artykułów żywności, spotyka się w instancji niższej względnie w zarządach gminnych z interpretacją, która daje często powód do niezadowolenia szerszych mas z zarządzeń, wydawanych na podstawie tego pisma. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje wyjaśnienia, dotyczące meritum niektórych punktów tego pisma okólnego.

ad 1. Pismo okólne wymaga, by podłoga była szczelna z materiału nieprzepuszczalnego, może być drewniana (cementowa, asfaltowa lub tafelkowa w miastach, posiadających sklepy wytworniej urządzone). To samo dotyczy stołów, których blaty mogą być z drzewa (byle nie miały szczelin i szpar, gnieźdzących brud, trudny do usunięcia, a stanowiący dobre podłoże dla rozwoju bakteryj), w sklepach zaś pierwszorzędnych można wymagać, by blaty były szklane względnie marmurowe. Żądanie wykładania podłóg tafelkami, oraz pokrywanie stołów blatami marmurowymi lub szklanymi we wszystkich sklepach jest nieuzasadnione (obwieszczenie magistratu m. Kowla z dn. 12.XI 28). O ile remont ścian w danych sklepach jest potrzebny, a zbyt trudny do przeprowadzenia w porze zimowej, pozostawia się uznaniu Pana Wojewody (pana Komisarza), by z uwagi na przeszkody atmosferyczne odroczył termin ten do pierwszych cieplejszych miesięcy, nie później jednak, jak kwiecień — maj.

ad 2. Postanowienia tego punktu, zwłaszcza dotyczące odosobnienia sklepów od mieszkania, winny być w granicach możliwie dostępnych utrzymane, jako jeden z najważniejszych postulatów higieny. Przepis ten, jako zasadniczy, obowiązuje zdawna i nie wprowadza nic nowego. O ile trudności lokalne nie pozwalają na absolutne odosobnienie sklepu od mieszkania przez zamurowanie

istniejących drzwi, należy, by te drzwi były chociażby tak szczelnie zastawione z jednej, zarówno jak i drugiej strony, by uniemożliwiona była bezpośrednia komunikacja z jednego do drugiego.

W przypadku zaś jednego tylko wejścia, prowadzącego przez sklep do mieszkania lub odwrotnie, należy, by właściciel sklepu przy odnawianiu kontraktu lub w drodze porozumienia z właścicielem domu zaopatrzył mieszkanie (względnie sklep) w wejście oddzielne. Przy otwieraniu nowych sklepów przepis p. 2 winien być całkowicie utrzymany.

ad 6. Przepisy p. 6 winny być w zasadzie utrzymane, jednak przysługuje Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi) prawo według swego uznania i odpowiednio do warunków, w jakich odbywa się sprzedaż artykułów, o których mowa w ust. 1 p. 6, (a więc np. w sklepach, spółdzielni lub innych urzędzonych zadawalająco pod względem wymogów higieny) czynić indywidualne odstępstwa, które to odstępstwa są w zupełności usankcjonowane wyrazem „z reguły“, podanym w pierwszym zdaniu p. 6.

Ministerstwu zależy na tem, by organa administracyjne wykonawcze były należycie zorientowane co do właściwego interpretowania przepisów przy wprowadzaniu ich w życie, gdyż w przeciwnym razie wydane zarządzenia nietylko, że chybiamy celu, ale wywołując niezadowolenie obywateli, osłabiają jednocześnie autorytet władzy.

Co do zdania drugiego ustępu 1 p. 6, to interpretacja jego winna iść w tym kierunku, by przepis ten był stosowany zasadniczo tam, gdzie sprzedaż nie jest zróżniczkowana, gdzie niema wcale, lub w niedostatecznej liczbie, specjalnych punktów sprzedaży przedmiotów użytku codziennego. Ponieważ tego rodzaju warunki handlu (niezróżniczkowanego) spotyka się przeważnie w małych osiedlach, podane zostały ogólnikowo, jako odstępstwa od przepisu zdania pierwszego małe osiedla o niewielkiej liczbie sklepów; jednak w przypadku niezróżniczkowania handlu przepis ten może obejmować sprzedaż zarówno na przedmieściach np. Warszawy, jak na odległych kresach.

W szczególności w sprawie sprzedaży nafty w tego rodzaju sklepach wskazane jest, by sprzedaż ta odbywała się ze zbiorników (sklepowych lub piwnicznych) takiego typu, któryby sam przez się zapewniał w pewnym stopniu warunki higieniczne sprzedaży; jednak i te zbiorniki (sklepowe) winny być umieszczone w miejscu, oddzielnem całkowicie od miejsc sprzedaży i pomieszczenia artykułów żywności.

Pismo okólne z dnia 17 X 1928 № Z. H. 4796/28 ma za zadanie przygotowanie i zaznajomienie się z terenem, który w niedługim czasie objęty będzie przepisami, opartymi na podstawie ustawowej i regulującymi w szczególności sprzedaż i urządzenie sklepów z artykułami żywności. Szczęśliwe ramy pisma okólnego nie pozwoliły na rozwinięcie też w niem podanych i należało się ograniczyć jedynie do wykreślenia wytycznych w kwestjach zasadniczych i palących. Jednak właściwe, umiejętne rozwinięcie tych też ma przy wykonawstwie zarządzeń ważne znaczenie i na tę stronę sprawy zwraca się specjalną uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza).

Za Dyrektora Depart. Służby Zdrowia
Dr. Adamski.

IV Kurs trachomatologiczny dla lekarzy.

Do
Panów Wojewodów.

W Państwowej Szkole Higieny w Warszawie odbędzie się w czasie od 4 do 12 czerwca r. b. IV Kurs trachomatologiczny dla lekarzy. Zadaniem tego Kursu będzie zaznajomienie lekarzy, zainteresowanych akcją zwalczania jaglicy, w pierwszym zaś rzędzie lekarzy, ordynujących w przychodniach przeciwjagliczych i innych instytucjach leczniczych dla chorych jagliczych, oraz lekarzy sanitarnych i higienistów (powiatowi, miejscy, rejonowi, szkolni i t. p.), sprawujących bądź nadzór nad akcją zwalczania jaglicy, bądź mających obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy, ze współczesnymi poglądami na istotę jaglicy na metody leczenia, zapobiegania, oraz organizowania społecznej walki z jaglicą.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o powiadomienie interesowanych lekarzy o mającym się odbyć kursie, oraz jednocześnie o polecenie podległym władzom, aby właściwych lekarzy, którzy dotychczas takiego kursu nie przesłuchali, wezwały do wzięcia, w nim udziału, oraz udzieliły wszelkich niezbędnych ułatwień kandydatom którzy na ten kurs zamierzają się udać.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) jednocześnie powiadamia, że pewnej liczbie kandydatów, poleconych przez województwa, a którzy nie otrzymają delegacji służbowej od swej władzy bezpośredniej, będzie mogła być przyznana zapomoga w wysokość kosztów podróży i djet odpowiedniego stopnia służbowego na czas trwania kursu.

Kandydaci, ubiegający się o taką zapomogę, winni za pośrednictwem swej władzy bezpośredniej przed 15 maja r. b. przesłać do Departamentu Służby Zdrowia podania, zaopatrzone w następujące załączniki:

1. Krótkie curriculum vitae.
2. Poświadczenie bezpośredniej władzy o delegowaniu kandydata na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i djet.

Kandydaci, którym zapomogi zostaną przyznane, będą niezwłocznie o tem powiadomieni.

W załączeniu przesyła się program kursu i warunki przyjęcia.

Dr. Plestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

Z a ł a c z n i k .

P R O G R A M

IV-go Kursu Trachomatologicznego dla lekarzy, który się odbędzie od 4 do 12 czerwca 1929 r. w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie
(Ulica Chocimska № 24).

C Z Ę Ś Ć I — W Y K Ł A D Y

1. Medycyna zapobiegawcza a praktyka lekarska (Wykład wstępny) —
Dr. Ch o d ź k o (Warszawa).

2. Etiologia jaglicy (1 godz.) — Prof. Noiszeowski (Warszawa).
3. Współczesne poglądy na istotę jaglicy i jej leczenie (1 godzina) — Prof. Szymański (Wilno).
4. Symptomatologia jaglicy (2 godz.) — Prof. K. Majewski (Kraków)
5. Patogeneza jaglicy (1 godz.) — Doc. Melanowski (Warszawa).
6. Epidemjologia i statystyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
7. Profilaktyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
8. Higjena oka i zapobieganie ślepotcie (1 godz.)—Doc. Melanowski
9. Leczenie nieżytyów spojówki (2 godz.) — Dr. Wojno (Warszawa).
10. Leczenie jaglicy prostej (2 godz.) — Dr. Zachert.
11. Leczenie jaglicy powikłanej (1 godz.) — Doc. Melanowski.
12. Organizacja walki społecznej z jaglicą (2 godz.) — Dr. Zachert.
13. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagliczej (1 godzina) — Dr. Zachert.

C Z Ę Ś Ć II.

30 godz. zajęć praktycznych w klinikach okulistycznych i oddziałach szpitalnych, oraz w przychodniach przeciwjagliczych w zakresie rozpoznawania, leczenia i zapobiegania jaglicy.

Kandydaci, pragnący wziąć udział w kursie, winni przesać do sekretariatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa Chocimska 24), najpóźniejsze do dnia 20 maja r. b., piśmienne zgłoszenie z podaniem wieku i zajmowanego stanowiska i przebiegu pracy (curriculum vitae). Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł., za zajęcia praktyczne 15 zł.

Liczba uczestników w zajęciach praktycznych jest ograniczona do 40.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny.

T R E Ś Ć :

Od Redakcji. — Inż. arch. Władysław Borawski: Budownictwo szpitalne w Warszawie.—Dr. Adam Wojnicz: Przyczynek do badań nad wolem w Łucku.—Dr. Irena Lipska: O czystym mleku angielskiem „Clean Milk“. **Dział Sprawozdawczy:** Dozorcy domów w Płońsku.—Miejski Zakład Kąpielowy w Zgierzu.—Dr. L. Gérot: Rola pielęgniarki szkolnej; **Kronika:** Zjazd lekarzy powiatowych woj. warszawskiego w Płocku. — Zjazd lekarzy powiatowych woj. krakowskiego w Krakowie. — Zjazd lekarzy powiatowych wojew. kieleckiego w Będzinie. — Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi. — W sprawie twardzieli. — Pożyteczna inicjatywa Wołyńskiego Kuratorjum Szkolnego. — Kooperacja w Szkole. — W sprawie niektórych zasadniczych postanowień projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. — W sprawie kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego. — Rozporządzenie Min. Spraw Wewn. Min. Pracy i Opieki Społ. Min. Przemysłu i Handlu Min. Rolnictwa 17.XII 1928 r. — W sprawie uporządkowania hoteli. — W sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności. — IV Kurs trachomatologiczny dla lekarzy.

S O M M A I R E :

Ing. arch. Wł. Borawski: Construction des hôpitaux à Varsowie.
Dr. A. Wojnicz: Sur le goitre à Luck.
Dr. I. Lipska: Le lait pur en Angleterre („Clean Milk“).
Comptes - rendus. — Bibliographie. — Chronique.

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

Redaktor: MARCIN KACPRZAK

Administracja: Warszawskie Tow. Higieniczne, Karowa 31. Tel. 63 - 46
Konto P. K. O. 9474.

CENY OGŁOSZEŃ W MIESIĘCZNIKU „ZDROWIE“.

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

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

Niniejszem podajemy do wiadomości, że W. T. H. wydało
drugi nakład poleconego przez M. W. R. i O. P. podręcznika
dla szkół średnich

H I G J E N A

Dr. KAZIMIERZA KARAFFA - KORBUTTA

Profesora Uniwersytetu Wileńskiego.

Żądać we wszystkich księgarniach

Skład Główny

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE

KAROWA 31.

Cena 5 Złoty

MALTON



CECHA

FABR.

MAGISTRA KLAWE

MALTON KLAWE

jest przetworzonym odżywczym, zawierającym Maltozę oraz Maltodekstrynę bez domieszki skrobi.

MALTON KLAWE

nadaje się jako dodatek do pożywienia dla dzieci, ozdrowieńców i starców.

MALTON KLAWE

reguluje trawienie.

MALTON KLAWE

ulega szybkiemu wchłonięciu w przewodzie pokarmowym.

MALTON KLAWE

wzmacnia siły.

MALTON KLAWE

powoduje przyrost wagi.

Literatura oraz próby na żądanie.

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

NAUKA
O
SZCZĘŚLIWOŚCI

Dr. JÓZEFA POLAKA

DO NABYCIA W KANCELARJI
WARSAWSKIEGO 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