Rocznik XLII STYCZEŃ 1927 Nr. 1

# ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł. Pojedyńczy numer 1.20 zł.

SANTALOL
SALOL
UROTROPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY

MOCZOPĘDNY — KOJĄCY — PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO

ZAPALENIE MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

ROPOMOCZ

LABORATORYUM Dr M LEPRINCE'A 62 Rue de la TOUR w PARYŻU
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.
Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO

CASCARINE LEPRINCE

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

ŚRODEK ROZWALNIAJĄCY

LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORJUM 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

## NERVOCITHINE TISSOT

**Ampoules: 1 pudełko 12 ampułek:**
dziennie 1 — 2 amp.

**Dragées: 1 flakon = 50 dragées.**
dziennie 2—6 dragées.

Jedyne połączenie, zawierające, oprócz arsenu, strychniny, żelaza i fosforu **Fluor.** Dzięki zawartości **fluoru** wpływa na żywotność jądra komórkowego i przeciwdziała demineralizacji ustroju.

**Niedokrewność. Blednica. Stany wyczerpania. Neurastenja. Rekonwalescencja. Gruźlica początkowa.**

## CHARBON TISSOT

**Anyżowany węgiel topolowy w postaci ziarnistej.**

Przeciwdziała **fermentacji jelitowej.** Łagodzi wszystkie stany **podrażnienia jelit.** Niezwykle łagodnie zwalcza **zaparcie nawykowe,** usuwając zarazem przyczynę tegoż.

Doskonale znoszony jest w każdym wieku (również przez starców i dzieci), oraz w ciąży.

Od 1—3 łyżek od kawy, dziennie.

**LABORATORJA Dr. G. TISSOT W PARYŻU.**

---

# OTWOCK, KONOPNICKA 9

PENSJONAT

*JANINY MICHAŁOWSKIEJ*

PO GRUNTOWNYM REMONCIE
OTWARTY OD NOWEGO ROKU

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

*CIĘŻKO CHORYCH SIĘ NIE PRZYJMUJE.*

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

Rocznik XLII STYCZEŃ 1927 Nr. 1

# ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra JÓZEFA POLAKA

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Baczkiewicz, Prof. Stanisław Bądzyński, Dr. Józef Celarek, Dr. Witosław Dąbrowski, Dr. Aleksander Fruchtman, Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań); Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz, (Kraków), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin), Dr. Franciszek Grodecki, Dr. Marceli Gromski, Dr. Ludwik Hirszfeld, Dr. M. Kasprzak, Inż. Konstanty Jakimowicz, Doc. Tomasz Janiszewski, Prof. Dr. Kazimierz Karaffa, Korbutt (Wilko), Generał Inż. Eugeniusz Kątkowski, Prof. Bronisław Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski, Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugjenjusz Piasecki (Poznań), Dr. Antoni Puławski, Inż. Ignacy Piotrowski, Prof. Rapczewski, Dr. Marjan Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki, Inż. Zygmunt Słomiński, Dr. Stanisław Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Władysław Starkiewicz, Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów), Dr. Władysław Wiatopełk-Zawadzki, Major Dr. Gustaw Szulc, Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.

## *PROGRAM*

## *V OGÓLNEGO ZJAZDU HIGJENISTÓW POLSKICH*

### *W POZNANIU W OD 28 CZERWCA DO 1 LIPCA 1927 ROKU*

Pod honorowem Prezydjum

P. Marszałka Sejmu Macieja Rataja, p. Marszałka Senatu Wojciecha Trąmpczyńskiego, P. Wice-Premjera Kazimierza Bartla i Ministra Spraw Wewnętrznych dr. Sławoj Składkowskiego.

*1. V Zjazd Higjenistów Polskich odbędzie się w Poznaniu w dniach 28, 29 i 30 czerwca oraz 1 lipca 1927 roku.*

*2. Uczestnikami Zjazdu, oprócz członków Towarzystwa Higjenicznego w Warszawie oraz Oddziałów jego czynnych w Polsce mogą być:*

*a) Przedstawiciele instytucji i władz zainteresowanych szczególnie w organizacji zdrowia publicznego, prezydenci i burmistrze miast, radni, ławnicy, członkowie Rad powiatowych i miejskich;*

*b) Delegaci Towarzystw społecznych;*

*c) Inżynierowie, architekci, lekarze, ekonomiści i finansiści oraz ziemianie miłośnicy higjeny, w szczególności interesujący się poprawą stosunków zdrowotnych w państwie.*

*3. Program Zjazdu obejmuje dwie sprawy zasadnicze:*

*A. Organizacja zdrowia publicznego w samorządach:*

*a) Organy sanitarne gminy wiejskiej, urzędy i komisje sanitarne w poszczególnych dzielnicach państwa;*

*b) Organy zdrowia publicznego samorządów miejskich w poszczególnych dzielnicach;*

*c) Organizacja samorządów powiatowych;*

*d) Stosunek władz samorządowych i rządowych w samorządach poszczególnych kategorji;*

*e) Samorządy i władze nadzorcze,*

*f) Finanse samorządów na cele sanitarne. Pożyczki i subwencje inwenstycyjne.*

*B. Walka z klęską mieszkaniową:*

*g) Dane ściślejsze o rozmiarach klęski mieszkaniowej oraz o potrzebach mieszkalnych w Państwie w poszczególnych dzielnicach i miejscowościach;*

*h) Środki zaradcze dotychczas zastosowane;*

*i) Walka z klęską mieszkaniową: środki prawodawcze, ciała wykonawcze centralne i peryferyczne, inwestycje podejmowane przez rząd i samorządy, kooperatywy mieszkaniowe, pożyczki i subwencje na cele budowlane.*

*4. Referaty zgłaszać należy do Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego (Karowa 31 w Warszawie) do dnia 15 marca 1927 r. razem z wnioskami z referatu.*

*5. Pożądane jest jak najwcześniejsze zgłaszanie się członków, celem ustalenia ostatecznego organizacji rozpraw i najpomyślniejszego załatwienia spraw gospodarczych.*

*6. W dniu 27 czerwca o godz. 9 wieczorem odbędzie się zebranie luźne członków w Bazarze celem wzajemnego poznania się.*

*7. W dniu 28 czerwca o godz. 9 m. 30 odbędzie się otwarcie Zjazdu w au'i Uniwersytetu. Po zatem odbędą się zebrania dyskusyjne Zjazdu w godzinach 9—13 i 15—18 w salach, które będą później wskazane. W godzinach rannych przed posiedzeniami odbędzie się zwiedzanie urządzeń sanitarnych m. Poznania.*

*8. Dnia 28 czerwca wieczorem odbędzie się raut wydany przez Zarząd miasta, 29 czerwca wieczorem odbędzie się przedstawienie w teatrze miejskim na cześć uczestników Zjazdu.*

*9. W dniu 30 czerwca odbędzie się dalsze zwiedzanie Poznania. W czwartym dniu Zjazdu (1-go lipca) członkowie Zjazdu zwiedzą miasteczko Oborniki, a w nim rzeźnię, chłodnię, zakład leczniczy dla chorych na płuca, wodociągi, kanalizację i pola irygacyjne. Wreszcie w drodze powrotnej uczestnicy Zjazdu podzieleni na grupy zwiedzą Inowrocław, Ostrów i inne miejscowości według planu jaki będzie ogłoszony.*

*10. Specjalna komisja gospodarcza zapewni mieszkania uczestnikom Zjazdu w hotelach na możliwie przystępnych warunkach oraz w domach prywatnych według kolejności zgłoszeń i wyrażonego życzenia.*

*11. Składka członkowska wynosi 20 złotych. Członkowie i rodziny członków płacą połowę.*

*12. Przy Zjeździe urządzona będzie wystawa urządzeń sanitarnych dokonanych przez samorządy.*

*KOMITET ORGANIZACYJNY SKŁADAJĄ:*

*Zarząd Główny Towarzystwa Higjenicznego i Zarządy Oddziałów Towarzystwa in corpore. Nadto następujący członkowie: Bańkowski, prez. m. Wilna, dr. Bączkiewicz, prezes N. Izby L., Beck, b. wice-minister S. W., dr. Bogucki, nacz. wydz. zdr. m. st. Warszawy, dr. Chodźko, dyr. PASzk. Higjeny, Cynarski, prez. m. Łodzi, inż. P. Drzewiecki, inż. Furuhjelm, dyr. dep. Najw. Izby Kontroli, Grotowski, Dyr. Zw. Miast inż. Jabłoński, prez. m. st. Warszawy inż. K. Jankowski dr. Marczewski, prez. m. Częstochowy, dr. Mittelstaedt, nacz. wydz. zdr. m. Łodzi, Neuman, prez. m. Lwowa, Rolle, prez. m. Krakowa, dr. Rottermund w.-prez. m. st. Warszawy, dr. Różkowski, prezes Tow. lek. w Częstochowie, inż. Rudolf, radca Gen. Dyr. Zdrowia, prof. Sawicki, prez. War. T. L., dr. Skalski, nacz. woj. wydz. zdr. w Łodzi, Szczepański, prez. m. Lublina, dr. Vacquerel inż. Wańkowicz, prezes Stow. Techników, dr. Wroczyński, gen. dyr. służ. zdr. dr. J. Zawadzki, prezes Zw. miast, sen. Zdanowski, prezes biura zjazd. sejmików.*

*KOMITET GOSPODARCZY W POZNANIU.*

*Prezydjum honorowe: Ks. Prymas Hlond, Bniński, woj. pozn., Hauzer, dow. korpusu, Ratajski, prez. miasta. Prezes aktualny prof. Gantkowski, członkowie: dr. Górski, nacz. woj. wydz. Zdrowia, inż. Hedinger, prez. Rady miejskiej, Kotowicz, nacz. wydz. wodociągu, dr. Karwowski, prez. wyd. lek. Tow. przyj. nauk, Krzyżanowicz, dyr. Targów miejskich, prof. Piasecki, dr. Szulc nacz. lek. miasta, dr. Wierusz i dr. Zaleski.*

wicieli wydziałów lekarskich i t. p., który bez żadnego referatu i dyskusji powiedzieć miał i powiedział, że nie należy kasować Ministerjum; albo uchwała Zjazdu w sprawie utworzenia izb lekarskich, która na pół minuty przerwawszy obrady zaakceptowała niebędący na porządku dziennym taki sam postulat, wniesiony przez lekarza, który w pomienionej delegacji czterech towarzystw w sposób umotywowany, przyczynił się do obalenia koncepcji oddzielnego Ministerjum Zdrowia.

Jedyny poważniejszy memorjał przemawiający za Ministerjum Zdrowia opracował wówczas dr. Janiszewski w broszurze p. t. „Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego", atoli głównie ogranicza się tam autor do entuzjastycznej obrony zdrowia publicznego wobec zaniedbania tej arcyważnej sprawy przez czynniki prawodawcze i rządowe oraz do atrybucji jakie centralny organ Zdrowia powinien posiadać, przyczem program kompetencji ministerjum określa więcej niż w maksymalnych ramach, natomiast nie projektując sposobów wykonania. Zapewne sam autor, jako późniejszy Minister Zdrowia, przekonał się o trudnościach wykonawczych nawet mniejszego programu, zwłaszcza wobec słabych talentów i zygzakowatej działalności całego aparatu państwowego i sił trwonionych na interesa partyjne *). Natomiast umotywowane memorjały za połączeniem w jednym resorcie organów wykonawczych zdrowia t. j. samorządów, władz administracyjnych wojewódzkich i starostw i centralnego organu zdrowia składały dwukrotnie Radzie Ministrów War. Towarzystwo Higjenyczne i Naczelna Izba Lekarska, zaś Związek miast powziął uchwałę o złączeniu wszelkich spraw samorządowych jedynie w Min. Spraw Wewnętrznych wraz z podniesieniem atrybucji i reprezentacji w Radzie Centralnego Organu Zdrowia. Tu wypada słów kilka poświęcić stawianemu koncepcji tej sofizmatycznemu zarzutowi, że przecież władze wojewódzkie nie są organami Min. Spraw Wewnętrznych, ale Rady Ministrów, i że są

*) Z poważnym referatem wystąpili na Zjeździe Higjenicznym w Wilnie w roku ubiegłym prof. Władyczko i dr. B. Brokowski, których koncepcje odpowiadają memu pierwotnemu projektowi utworzenia Ministerjum Samorządów i zdrowia publicznego. Jeżeli delegacja Towarzystwa Higjenicznego nie mogła obecnie przychylić się do tej koncepcji, to jedynie dla tego, że, pomijając drugorzędne szczegóły jej, sprawa nie mogła być aktualną bez bardzo głębokich reform, dotyczących gruntownego przekształcenia ustroju państwowego. *(Przyp. autora)*

one przeto zarówno podwładne Min. Spraw Wewnętrznych, jak innych, np. Ministerjum Zdrowia.

W istocie do chaosu administracyjnego należy nieodpowiedzialność wojewodów, którzy kolejno robią się ministrami i awansują napowrót na wojewodów, szeroko korzystając z nieodpowiedzialności, jaka z posiadania całego szeregu zwierzchników (!!) służbowych i jednego zwierzchnika personalnego (!!) oraz z teoretycznego zwierzchnictwa Rady Ministrów wypływa. Faktyczne ograniczenie po za „polityką" odpowiedzialności wojewody warunkuje ograniczenie odpowiedzialności organów sanitarnych rządu.

Że wojewoda jest władzą wykonawczą różnych ministrów, nie wypływa stąd, że winien być różnym ministrom służbowo podwładnym; rozporządzenia poszczególnych ministrów otrzymywać on powinien za pośrednictwem swego „personalnego" zwierzchnika i być faktycznie odpowiedzialnym za to, co mu prawo wykonywać nakazuje, a zatem i za zdrowie publiczne. Za zdrowie publiczne zresztą jest on i obecnie i „służbowo" i „personalnie" odpowiedzialny przed Ministrem Spraw Wewnętrznych; w razie zaś przeniesienia zdrowia publicznego do innego resortu byłby on odpowiedzialny przed jednym ministrem swoją „służbową" połową, a przed drugim „personalną", a zatem byłby reprezentantem fikcji.

Lecz tu się zaczyna drugi wynalazek obrońców zasady „jak najdalej z egzekutywą w zdrowiu". Oto mówią nam, że sprawy oświaty i skarbu należą wszak do innych ministerjów, a jednak władze miejscowe nie doznają trudności wykonawczych. Naiwna analogja! Oświata i skarb kierują się rozporządzeniami wykonawczemi natury specjalnej, działają przez własne organy i wykonywają sprawy obowiązujące wszystkich obywateli państwa lub dzielnicy. Chodzi tu o stosowanie się do programu nauczania nie ulegającego dyskusji, o zbieranie podatku, którego ani wojewoda ani starosta nie ustanawia lub o dokonywanie wypłat określonych; o zdrowiu publicznem zaś decydują samorządy ze swą władzą nadzorczą, mogące uchwalać rzeczy wielkie i małe, rozumne i głupie, samorządy, które wydają na zdrowie publiczne 12 razy więcej od rządu, a w porównaniu z Anglją np. wydały w roku 1924 27 razy mniej. Tu objawia się życie gromad wymagające talentów i stosowania praw i postulatów najróżnorodniejszych, i tu wojewoda jako władza nadzorcza w razie kierownictwa zwierzchniego przez stojące

na boku Ministerjum, może znaleźć hamulce swej działalności na każdym kroku, a ministerja znajdować się mogą w konflikcie, stawiając najważniejsze sprawy na martwym punkcie. Mała to pociecha, że wielu konfliktów się uniknie, ponieważ obydwa nie zepsują sobie zbytnio humoru zdrowiem publicznem.

Inny paradoksalny pretekst zwolenników „oddzielania" Centralnego organu zdrowia od władz wykonawczych zdrowia polega na chęci „zjednoczenia". Przedstawiciele centralnego organu, niekorzystając z najważniejszego uprawnienia swego płynącego z ustawy zasadniczej zdrowia, a mianowicie z uprawnienia do nadzoru nad „wszystkiemi" sprawami zdrowia w państwie a zatem i do nadzoru nad odnośną działalnością całego rządu, pragną zjednoczenia wykonawstwa wszystkich spraw w swych rękach, jednocześnie wyzbywając się najważniejszych. Na tę manowcami kroczącą zachłanność, gdy jednocześnie chcą oddzielić od siebie zasadnicze siły wykonawcze, odpowiedzieć wypada, że o ile władze administracyjne Min. Spraw Wewnętrznych i Samorządy muszą być poddane bezpośredniemu wpływowi fachowego organu tego Ministerjum, o tyle włączenie do jego bezpośredniego resortu takich spraw jak sanitarjat centralny wojskowy, kolei żelaznych lub oświaty niepraktykowane nigdzie na kuli ziemskiej, byłoby z wielką szkodą dla zdrowia publicznego, albowiem w tych sprawach większą liczebnie rolę odgrywają organy nielekarskie, podwładne odnośnym ministrom (inżynierowie kolejowi, pedagodzy i t. p.), a nadto niemożna uczynić ministra komunikacji lub oświecenia publicznego nieodpowiedzialnymi za sprawy sanitarne ich resortów. Zresztą jak wyżej zaznaczyliśmy, wykonawca główny zasadniczej ustawy sanitarnej, a zatem Minister Spraw Wewnętrznych ma zwierzchni nadzór nad wszystkiemi temi sprawami i mocen jest składać odnośne wnioski w razie ujawnionej potrzeby. Nawet Kasy Chorych, instytucja autonomiczna, którą z korzyścią możnaby zbliżyć bardziej do resortu departamentu zdrowia i dziś ulegają nadzorowi Ministra Spraw Wewnętrznych na zasadzie art. 1 Zasadniczej Ustawy Sanitarnej.

Jeszcze jeden argument pozostaje zwolennikom kwietyzmu zdrowotnego: oto w innych państwach utworzono Ministerja Zdrowia. W istocie istnieje takie ministerjum w Czechosłowacji, ale samorządy tam są bardzo ograniczone z widoków polityczno-narodowo-

ściowych, a ministrem nie jest lekarz. W Jugosławji wynikiem Ministerjum Zdrowia jest walka pomiędzy systemem lekarzy powiatu którzy jakoby źle działają, a stacjami bakterjologicznemi, które przejmują ich funkcje; Bułgarja natomiast zadawalnia się jednolitą akcją swego Ministerjum Spraw Wewnętrznych, jako organem zdrowia. Jeszcze parę ministerjów zdrowia wlecze swój żywot teoretyczny, wliczając w to niejako i Francję, w której istnieje Min. Pracy, Opieki Społecznej i Higjeny. Natomiast kraje najwyżej stojące pod względem zdrowotnym, jak Niemcy, kraje skandynawskie, Holandja, Belgja, Stany Zjednoczone Ameryki Półn. (w których projekt Min. Zdrowia rychło wrzucono do kosza) takich ministerjów nie mają, a Austrja rychło swe Min. Zdrowia zlikwidowała. Jedno jedyne istnieje prawdziwe Ministerjum Zdrowia, dawne Ministerjum Samorządów w Anglji, która nie posiada władz 2-ej i 1-ej instancji, lecz tylko samorządy, a działalność tych ostatnich koncentruje jedynie w Min. Zdrowia (czyli właściwie Min. Samorządów). Lubo i to Ministerjum nie ma na czele lekarza, jesteśmy i teraz, jak w r. 1917 zwolennikami takiego Ministerjum, ale z warunkiem przeniesienia doń całości spraw samorządowych i władz wykonawczych. Dopóki zaś sprawy pozostaną w Min. Spraw Wewnętrznych, które zarazem stoi faktycznie na czele władz administracyjnych nadzorczych zdrowia, wszelkie próby teoretyzacji Centralnego Sanitarjatu przerzucanego jak piłka nożna, uważamy za zgubne dla zdrowotności państwa.

**Dr. Polak.**

---

**Inż. Zygmunt Słomiński,** Naczelnik Wydz. Technicznego m. st. Warszawy

## O budowie i utrzymaniu ulic m. st. Warszawy

### Krótkie streszczenie historyczne rozwoju bruków w Warszewie*)

Kwestja zabrukowania poczęła się w podwórzach pałacowych, a nazewnątrz wyszła dość późno, gdyż, jak wspomina J. Kołaczkowski (w Wiadomościach, tyczących się przemysłu i sztuki w dawnej Polsce z r. 1888) w Krakowie kładziono bruki w roku 1362 za

*) Według danych Inż. Sznuka.

Kazimierza Wielkiego. Szujski wspomina mistrza brukarzy z tych czasów Wacława, który bruki w r. 1397, za panowania Ludwika Węgierskiego, układał.

Kwestja bruków była kwestją osobistej wygody pojedyńczych właścicieli posesji, a staje się kwestją państwa dopiero w r. 1557, kiedy Zygmunt August wydał przywilej, mocą którego zobowiązał mieszkańców miasta do płacenia na reperacje bruków po groszu od osoby i wozu furmańskiego.

W tym stanie kwestja bruków przetrwała aż do roku 1685, w którym to czasie (według danych, zamieszczonych w „Warszawie" S. Dziewulskiego), przez marszałka wielkiego koronnego Stanisława ks. Lubomirskiego, naznaczona została komisja brukowa, do której weszli marszałkowie, biskup poznański i starosta warszawski. Komisja ta delegowała budowniczego Tyllmana do przemierzenia ulic i bruków przed posesjami. W roku 1693 przemierzono 28 ulic i 343 posesji i postanowiono przed każdą z posesji ułożyć bruk po cenie 16 złp. za pręt kw. — 25 łokci kw.

W roku 1741 za Augusta III (jak wspomina Giedroyć w Warunkach Higjenicznych Warszawy w wieku XVIII) postanowiono nie naprawiać, lecz przystąpić do gruntownego przerobienia bruków.

Za panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego w r. 1770 wybrano znów komisję brukową. Na mocy jej relacji w roku 1784 został wydany rozkaz przez Mniszcha, którego mocą odjęto pojedyńczym właścicielom posesji prawo samowolnego przebrukowywania ulic, zmiany rynsztoków, podwyższenia lub obniżenia terenów, zakopywania słupów do rusztowań i włożono na obywateli obowiązek doprowadzenia ulicy, rozkopanej na słupy, do porządku.

W roku 1795, upamiętnionym 3-cim rozbiorem Polski i abdykacją Stanisława Augusta, deputacja brukowa ustanawia pierwszą posadę dozorcy brukowego, z pensją 1.000 złp. rocznie, mieszkanie, powóz i konie.

Rzeczą było naturalną, że skoro bruki na ulicach, tylko jako ostateczna konieczność, były traktowane, nad ulepszeniem ich nie myślano, i jako materjał panował wszechwładnie kamień polny.

Ażeby uniknąć zgiełku ulicznego i uchronić się od natręctwa zaglądających w okna przechodniów, pas gruntu, przylegający bezpośrednio do posesji, oddzielano barjerą, i w ten sposób, z biegiem czasu, z tych pasów powstały chodniki, które w następstwie wy-

godnie urządzać zaczęto, o czem wspomina Magier, mówiąc, „iż dopiero w roku 1784 nastały chodniki".

W tym czasie według danych deputacji brukowej Warszawa miała 197 ulic, z których 10 było porządnie zabrukowanych, 50 znośnie, częściowo zabrukowanych, a reszta zupełnie złych.

Dopiero za rządów pruskich w r. 1805 zaczęto zaprowadzać porządki i niektóre ulice przebrukowywać ze zmianą poziomów. Do takich należała ul. Królewska.

Większe roboty brukarskie wykonano za czasów kongresowych, kiedy od r. 1816 do 1822 zabrukowano nowym brukiem 38.531 sążni kw., przebrukowano 87.527 sążni kw., razem 126.058 sążni kw. = 377.527 m².

W tym czasie, bo w r. 1821 zaczęto również układać pierwsze chodniki z płyt granitowych, których resztki jeszcze dziś spotykamy.

Warszawa liczyła wówczas 213 ulic i 126.433 mieszkańców.

W miarę rozwoju miasta zaczęto pojmować, jak bardzo ważnym czynnikiem jest dobra lokomocja, i że bruk z kamienia polnego nie jest odpowiednim do brukowania ulic większego miasta.

### Gospodarka Warszawy w zakresie budowy i utrzymania ulic.

Chcąc dokładnie scharakteryzować dzisiejszą gospodarkę Zarządu Miasta w zakresie budowy i utrzymania nawierzchni ulic miejskich należy cofnąć się do roku 1916, to jest do tego roku, w którym Warszawa z miasta mającego 3700 ha powierzchni z ludnością około 820.000 mieszkańców stała się, przez przyłączenie przedmieść, miastem bardzo rozległym, obejmującym 12.100 ha prawie z miljonową ludnością.

W chwili przyjmowania przez miasto przyległych do niego przedmieść t. j. w roku 1916, stara Warszawa liczyła 219 klm. ulic o ogólnej powierzchni 3.609.000 m²; włączając przedmieścia, miasto powiększyło ogólną długość do 397 kilometrów, a powierzchnię ich do 4.244.000 mtr² czyli długość ulic zwiększyła się o 81,0 proc. powierzchnia zaś zaledwie o 17 proc.

Różnica pomiędzy stanem ulic w starej Warszawie i przyłączonych przedmieściach była bardzo znaczna: ulice w Warszawie były wszystkie zabrukowane jeśli już nie brukami ulepszonemi,

to w każdym bądź razie kamieniem polnym, ulice zaś na przyłączonych przedmieściach były to typowe wiejskie ulice, niezabrukowane wcale; nieliczne zaś wyjątki były zabrukowane w bardzo lichy sposób. Jedyną komunikację o szerszem znaczeniu stanowiły szosy państwowe, przechodzące, naogół biorąc, przez słabo zaludnione części przedmieść.

Odpowiednio do powierzchni miasta w starej Warszawie na 1 ha powierzchni wypadało 976 m² ulic i placów, i jak podałem przedtem już urządzonych, na przyłączonych zaś przedmieściach na 1 ha powierzchni wypadało zaledwie 76 m² ulic t. j. 7,75 proc. tej powierzchni, która istniała w śródmieściu.

Z przedstawionych cyfr widocznem się staje jak wielkie zadania oczekują zarząd miasta, który pragnie nowe dzielnice doprowadzić do należytego stanu, ulepszając jednocześnie bruki te, jakie obecnie posiada.

Biorąc pod uwagę, że na przyłączonych do miasta terenach powstają i powstawać powinny osiedla nie posiadające zbyt gęstego zaludnienia, otoczone parkami, ogrodami i placami sportowemi, nie zamierzam przedstawić jaka długość ulic i o jakiej powierzchni powinna być wybudowaną, gdyż sięgało by to w zbyt daleką przyszłość, chcę tylko przedstawić stan prac już dokonanych i zamierzenia na najbliższe lata w zależności od środków finansowych miasta.

Nim przejdę do omówienia gospodarki brukowej naszej stolicy, przypomnieć muszę warunki, jakim dobry bruk odpowiadać powinien.

Ponieważ jednym z najważniejszych celów dla jakich służy bruk, jest zmniejszenie oporu posuwających się po nim pojazdów, bruk powinien być potoczysty, t. j. gładki, lecz nie śliski, ze względu na bezpieczeństwo koni i przechodniów. Ma to również wielkie znaczenie dla samochodów. Duże znaczenie posiada również czystość nawierzchni t. j. bruk powinien mieć powierzchnię szorstką lecz mało ulegającą zużyciu i być dobrze oczyszczany.

Warunki hygieniczne wymagają od bruku, aby na jego powierzchni wytwarzała się jaknajmniejsza ilość kurzu, a zatem i błota.

Bruk również nie powinien być nasiąkliwy i nie ulegać gniciu.

Ponieważ wielka ilość przebiegających po mieście pojazdów wywołuje hałas, od bruku wymaga się cichej po nim jazdy t.j. bruk

winien być nieakustyczny; warunki znów ekonomiczne wymagają, by koszt pierwotnego założenia bruku i jego utrzymania nie były wielkie.

Stosowane dotychczas bruki tylko w pewnej mierze zaspakajają powyżej podane warunki. Szczególniej trudne do pogodzenia z pośród nich są następujące: trwałość i czystość, cichość i taniość, gładkość i szorstkość. Trudności te rozwiązuje się w ten sposób, że w zależności od rodzaju ruchu na poszczególnych ulicach uwzględnia się część powyższych warunków, przyznając pierwszeństwo tym lub innym rodzajom nawierzchni.

Przechodząc do poszczególnych rodzai nawierzchni, najczęściej stosowanych na ulicach warszawskich, największą powierznię, gdyż około 2.000.000 m² stanowią bruki z kamienia polnego. Przy omawianiu bruków *nie* brano pod uwagę roboty wykonane w r. 1926, wszystkie dane tyczą się lat ubiegłych. Bruk ten, prócz umocnienia nawierzchni i swej taniości nie zaspakaja powyżej podanych warunków; konserwacja jego jest stosunkowo kosztowną, trwałość, do całkowitego przebruku, określa się średnio na lat 4. Pierwotny koszt założenia bruku wynosi 9 zł. 36 gr., w tem materjał 7.46 zł, robocizna 1.90 zł. Wady tego rodzaju bruków są następujące: duży opór, niehigjeniczność, gdyż we wgłębieniach zbiera się błoto, wytwarzające w następstwie kurz; jazda po tego rodzaju brukach jest hałaśliwą.

Dobrą stroną zaś jest ta, że po przebudowie na bruk ulepszony, materjał kamienny może być użyty, bądź to na tłuczeń i zastosowany do budowy szos, lub do betonu na fundamenty bruków ulepszonych.

Ponieważ bruk z kamienia polnego, jak widać z powyżej przytoczonych jego wadliwości, należy do bruków, które winny być z miast usunięte. Warszawa stosuje go tylko tam, gdzie nie przeprowadzono jeszcze urządzeń podziemnych, t. j. kanalizacji, wodociągów, kabli elektrycznych i przewodów gazowych — w ostatnich jednak czasach, coraz bardziej, wzamian bruku z kamienia polnego, stosuje się kamień łamany (półkostkę).

Bruk z kamienia łamanego posiada tę dobrą stronę, że daje powierzchnię stosunkowo gładką, spoiny pomiędzy poszczególnemi kamieniami nie są duże, nie ma więc gdzie gromadzić się błoto. Ponieważ kamień łamany pochodzi z jednolitych pokładów granitu

lub bazaltu, zużycie jego jest równomierne. Trwałość bruku wynosić winna około lat 10; w zależności od rodzaju ruchu, jaki po nim się odbywa, trwałość ta może być nawet znacznie większa.

Koszt bruku z kamienia łamanego (półkostki) wynosi 14 zł. 79 gr., w tem robocizna 3.00 zł., materjał zaś 11.79 zł. W porównaniu z brukiem z kamienia polnego, bruk z półkostki jest o 58 proc. droższy; ponieważ jednak trwałość jego jest 2½ raza większa, pomijając już inne dogodności, należało by dążyć do wprowadzenia tego rodzaju bruku w zamian bruku z kamienia polnego.

Zastosowany w r. ub. po raz pierwszy bruk z półkostki, pokrywa obecnie 11.000 m² ulic. (Raszyńska, Mochnackiego, Uniwersytecka).

Przechodząc do bruków ulepszonych, największe dotychczas zastosowanie miały bruki drewniane. Dogodnością tego rodzaju bruków jest cichość jazdy, wady jednak jego nie opłacają tej jednej tylko zalety; wady te są wielkie; najgorszą jest jego wsiąkliwość, powoduje to znaczne pęcznienie i wysychanie, a więc rozluźnianie się spoin, a także nasiąkanie i gnicie. Temu ostatniemu zapobiega w pewnej mierze impregnowanie kostek pod ciśnieniem, lub też nasycanie, a także smarowanie bruku smołą, co w ostatnim roku zaczęto stosować w Warszawie. Koszt ułożenia bruku drewnianego na pokładzie betonowym wynosi 25 zł. 19 gr., w czem robocizna 3 zł. 50 gr., materjały zaś 21 zł. 69 gr. Istniejąca obecnie powierzchnia ulic miejskich z brukiem drewnianym wynosi około 300.000 m², rokrocznie zmniejsza się ona jednak, zamieniana stopniowo na bruki z kostki kamiennej, a od roku zeszłego i na bruk asfaltowy.

Bruki z kostki kamiennej posiadają wiele zalet: wykonane z jednolitego, pod względem pochodzenia, materjału, bądź to granitowego, bądź bazaltowego, zużywają się na całej swej powierzchni jednakowo, dają powierzchnię stosunkowo gładką i nieśliską, trwałość ich jest bardzo znaczna, gdyż wynosi 15—20 lat i w tym czasie nie potrzebują remontu; wadą tego rodzaju bruku jest jego kosztowność — gdyż koszt zabrukowania 1 m² grubą kostką kamienną wynosi 45 zł. 79 gr., w czem robocizna 5 zł. 75 gr., materjał 40 zł. 04 gr., kostką zaś drobną 33 zł. 50 gr., w czem robocizna 4 zł. 95 gr., materjał 28 zł. 55 gr.

W obydwu wypadkach cena bruku podana łącznie z podłożem betonowym.

Drugą znaczną wadą, mającą szczególny wpływ na warunki obecne Polski, była konieczność sprowadzania kostek kamiennych z zagranicy. Choć w Polsce posiadamy doskonały materjał kamienny, w postaci granitu, przy linji kolejowej Sarny—Ostki i bazaltu na linji Równe—Sarny, kamieniołomy jednak tamtejsze nie wyrabiały i nie były przygotowane do wyrobu prawidłowych kostek kamiennych, całe więc zapotrzebowanie tego materjału pokrywała Szwecja lub Śląsk niemiecki i czeski. W roku jednak ubiegłym częściowo, a w obecnym całkowicie, po przystosowaniu krajowych kamieniołomów do fabrykacji kostek, zapotrzebowanie tego materjału pokryte będzie w Polsce. Oprócz tego miasto prowadzi obecnie pertraktacje z Ministerjum Robót Publ. w sprawie wydzierżawienia złoży bazaltowych w Podłużnem na Wołyniu, w niedługim więc czasie całą potrzebną ilość kostki kamiennej będzie mogło pokrywać z własnych kamieniołomów.

Do bruków cieszących się na Zachodzie największem zaufaniem należą bruki asfaltowe w rozmaitych formach ich wykonania.

Bruki asfaltowe, ze wszystkich bruków dotychczas stosowanych na ulicach, posiadają najwięcej właściwości kwalifikujących je do bruków dobrych. Bruk asfaltowy daje gładką powierzchnię, niewsiąkliwą, nieakustyczną, nie dającą kurzu.

Bruk z asfaltu prasowanego jest może dość śliskim dla ruchu konnego, wobec tego jednak, że zwierzęcą siłę pociągową coraz bardziej wypierają pojazdy mechaniczne, w dalszym rozwoju bruków wzgląd na śliskość, coraz mniejsze posiadać będzie znaczenie, tembardziej, że przy czystem utrzymaniu ulicy, śliskość się zmniejsza.

Pierwsze próby z zastosowaniem asfaltu prasowanego na ulicach Warszawy wykonane były w roku ubiegłym, w którym to roku ułożono około 7000 $m^2$ tego bruku.

Koszt 1 $m^2$ wynosi 27 zł., nie wliczając w to dodatkowych robót, jak usunięcie bruku starego (kostki drzewnej) i wyreperowanie powierzchni fundamentu.

Wadą bruku asfaltowego jest konieczność sprowadzania proszku bitumicznego z zagranicy, a mianowicie ze Szwajcarji, lub Sycylji, tembardziej, że proszek asfaltowy zawiera zaledwie 10—14 proc. właściwego bitumu, pozostałe zaś 90—86 stanowi wapień. W celu obniżenia kosztów przewozu tak znacznej ilości domieszki, za jaką

należy uważać wapień, w krajach przodujących w technice brukowej, przystąpiono do wytworzenia mieszaniny asfaltowej z krajowych materjałów i czystego bitumu; w ten sposób powstały betony asfaltowe i asfalty syntetyczne.

Beton asfaltowy wytworzony zostaje w podobny sposób jak betony cementowe, z tą różnicą, że zamiast cementu, jako materjału wiążącego, dodaje się czystego bitumu, pochodzącego z rafinerji ropy meksykańskiej. Samą mieszaninę wyrabia się na gorąco, ogrzewając materjał kamienny, oddzielnie zaś bitum, w maszynach specjalnie do tego zbudowanych.

Najważniejszą rzeczą w betonie asfaltowym jest wytworzenie odpowiedniej proporcji materjałów kamiennych w zależności od własności fizycznych materjału i dodanie właściwej ilości bitumu.

Własności bruków z betonów asfaltowych są te same, co i z asfaltu prasowanego, z tą tylko bardzo ważną różnicą, że główny materjał t. j. materjał kamienny zużytkowuje się taki, jaki znajduje się na miejscu z wyłączeniem naturalnie kamieni zbyt słabych i różnych co do swego pochodzenia. Dla materjałów, jakiemi rozporządza Warszawa, ilość domieszki bitumicznej wynosi około 10 proc. i ta tylko ilość materjału importowaną jest z zagranicy.

Bruk z betonu asfaltowego wykonano w roku ubiegłym na ulicy Służewskiej na pow. 700 m$^2$.

Chociaż samo wykonanie, bez posiłkowania się maszynami, służącemi do mieszania materjałów, nie odpowiadało tym warunkom, jakie winny być zachowane przy tego rodzaju robotach, próba dała pożądane wyniki i prawdopodobnie w szerszym zakresie mieć będzie zastosowanie na ulicach naszego miasta.

Bruk z betonu asfaltowego posiada jeszcze tę bardzo dogodną stronę, że może być układany na fundamencie z kamienia polnego; ma to wielkie znaczenie dla Warszawy, ze względu na konieczność wykorzystania tej masy kamienia, jakim wybrukowana jest znaczna powierzchnia ulic warszawskich.

Koszt ułożenia warstwy betonu asfaltowego na gotowym fundamencie, wliczając już i koszta materjałów wynosi od 18—20 zł. za 1 m$^2$ — jest to więc jeden z najtańszych bruków ulepszonych.

Chcąc wyczerpać sprawę bruków, ułożonych na ulicach Warszawy, muszę wspomnieć o bruku stalo-betonowym, zastosowanym

na ul. Wspólnej, na powierzchni 1450 metrów kwadratowych. Bruk stalo-betonowy składa się z fundamentu ze zwykłego betonu i ułożonej na nim $1^1/_2$ cm. warstwy cementu zmieszanego z okruchami stalowemi. Bruk ten nie będzie miał zbyt wielkiego zastosowania na ulicach warszawskich ze względu na znaczne koszta ułożenia go (40 zł. 1 $m^2$), a także koszta remontu, które już po kilkumiesięcznej próbie okazują się niezbędnemi.

Omawiając powyżej wymienione rodzaje bruków, ich zalety i wady, nie poruszałem dróg makadamowych (szos), które po przyłączeniu przedmieść włączone razem z niemi zostały do miasta.

Miasto nowych szos na swoim terenie nie buduje, gdyż nie nadają się one dla ruchu miejskiego; dążeniem miasta jest istniejące szosy, do czasu ich przebudowy na bruki ulepszone, utrzymywać tylko w należytym stanie i ulepszać tak, by jaknajmniej kosztowało ich utrzymanie i by złagodzić tę największą bolączkę— kurz i błoto jakie na szosach powstają.

W tym celu w roku ubiegłym przystąpiono do pokrycia ul. Belwederskiej i Sobieskiego preparatem bitumicznym „Colas", którą to robotę wykonano na powierzchni około 15000 $m^2$. W roku bieżącym w dalszym ciągu przeprowadzone zostanie smołowanie nawierzchni szosowych, przyczem wykonywane będą również próby z innemi materjałami, służącemi do ich bitumizacji.

Temi zasadami kierowany, pragnąc oprzeć swoje zamierzenia na autorytecie sfer technicznych do Zarządu miasta nie należących, Magistrat Warszawy zwołał w połowie 1924 r. konferencję, w której wzięli udział, prócz techników miejskich, przedstawiciele Ministerjum Rob. Publicznych i Politechniki. Na konferencji tej uchwalono:

1. Na ulicach z ruchem ciężarowym należy układać grubą kostkę granitową na posadzie betonowej.

2. Na arterjach głównych w śródmieściu o ruchu szybkim, ostrym, należy rozpocząć układanie, narazie tytułem próby, prasowanego asfaltu; jeżeli próba, w warunkach w jakich znajdują się te arterje komunikacji w Warszawie, okaże się zadawalniającą, roboty te będzie się nadal kontynuować.

3. Ulice z ruchem lżejszym pokrywać drobną kostką granitową, lub bazaltową na posadzie betonowej.

4. Ulice mieszkaniowe, z ruchem małym, pokrywać kostką drzewną, zalaną asfaltem, lub smołą. Zastrzeżono jednak, by drzewa nieimpregnowanego do robót nie używać.

5. Ulice w dzielnicach willowych o charakterze parkowym pokrywać szosą smołowaną.

6. Ulice na przedmieściach brukować kamieniem polnym lub łamanym.

Przy omawianiu sposobów „współżycia" linji tramwajowych z brukami zwrócono uwagę na zasadnicze postulaty, które winny być uwzględnione, a więc: w granicach możliwości, posady jezdni i posady torów tramwajowych winny być traktowane niezależnie — t. j. wydzielone — torowiska winny być odwodnione; na ulicach o stałej nawierzchni (monolitowej) winien być ułatwiony dostęp do szyn, a więc na torowiskach, czy to kostka gruba, czy drobna winna być ułożona na piasku, by nie psuć jednolitości nawierzchni przy reperacjach i ułatwić szybkość uskuteczniania naprawy torów.

Chcąc przedstawić w świetle cyfr naszą gospodarkę brukową sięgnąć trzeba do roku 1913, który to rok był ostatnim rokiem normalnej gospodarki dawnego Zarządu miasta, gospodarki opartej na dość krępujących przepisach, lecz na zasobnych finansach. W roku tym, a więc w granicach starej Warszawy, wykonano ogółem bruków na powierzchni 141600 m², w tem bruków ulepszonych 84800 m² t. j. 60 proc. Lata wojenne uwydatniły się znacznym spadkiem wykonanej powierzchni, przyczem najmniejsza ilość wypadła w roku 1919, w którym zabrukowano ogółem 9100 m² w tem 500 m² bruku ulepszonego, t. j. 6 proc.

Że ten pierwszy rok naszej niepodległości zaznaczył się tak fatalnie w gospodarce brukowej, dziwić się nie można; kraj wycieńczony przez okupantów, prowadzący wojnę na 5-ciu frontach, nie umiejący radzić sobie jeszcze z inflacją, która rozpoczynała się u nas na dobre, więcej musiał myśleć o swej całości, niż o wygodzie.

Od tego jednak roku gospodarka brukowa stale postępuje naprzód.

W roku 1920 na wykonanych 9250 m² bruku, zrobiliśmy 1100 m² bruków ulepszonych, t. j. 12 proc., w roku 1921 na 66750 m² wykonanego bruku i szos zrobiono już 5900 m² bruku ulepszonego, a choć wynosi to tylko 9 proc., lecz w stosunku do siedem-

kroć większej ogólnej powierzchni. Rok 1922 dał prawie takie same wyniki jak i poprzedni — wykonano 74800 m² bruku, w tem ulepszonego 5125 m², t. j. 7 proc. Z powyższych cyfr widzimy, jakie wysiłki ponosiło miasto dla swych przedmieść.

Rok 1923 — rok najostrzejszej inflacji, przysporzył 40150 m² bruku, w tem już 13550 m² ulepszonego, t. j. 34 proc. Następny 1924 rok — na ogólną ilość 63550 m² bruku wykazał 18100 m² bruku ulepszonego, t. j. 28.5 proc., procent mniejszy, lecz ogólna ilość bruku ulepszonego o trzecią część większa.

Rekordowym, jak dotąd, był rok 1925, pierwszy rok po stabilizacji waluty. Wykonano wówczas 164500 m², w tem 60500 m² bruku ulepszonego, stanowi to 37 proc. Ogólna ilość wykonanego bruku większą była, aniżeli to, co wykonane zostało w roku 1913 o 16 proc. — jednakże ulepszonych bruków zrobiliśmy 71 proc. tej powierzchni co w roku 1913.

Obraz ten nie wypadł by tak kontrastowo, gdybyśmy wprowadzili do niego remonty ulic. Nie uczyniłem tego z tych powodów, że ilość remontów jest następstwem dawnego planu gospodarczego, a nie jest wyrazem nowego. Pozycja na remonty zajmuje poważne miejsce w budżecie, gdyż rzeczą zrozumiałą jest, że utrzymanie w należytym stanie 4000000 m² bruku musi pochłaniać znaczne sumy — w r. 1925 wydano na ten cel około 1650000 zł., na ogólną sumę 7450000 zł., wydanych na bruki, t. j. 22 proc. W roku 1926 większy nacisk położono na remonty bruku, przeznaczając około 2300000 zł., na ogólną sumę 6750000 zł., t. j. 34 proc.

Mając już ustalone główne wytyczne gospodarki brukowej, pomyślano również o zaprowadzeniu reform w sposobie prowadzenia robót i o przygotowaniu odpowiedniego wyćwiczonego pomocniczego personelu technicznego. W tym celu zorganizowano kursy dla dozorców drogowych, na które w pierwszym rzędzie przyjmowano studentów wyższych semestrów Wydziału Inżynierji lądowej, a także i wychowańców Wydziału Drogowego Państwowej Szkoły Budowlanej. Otrzymaliśmy w ten sposób przygotowanych inteligentnych pracowników sezonowych.

Prócz tego przyjęto młodych inżynierów, którzy przygotowują się do zajęcia samodzielnych stanowisk kierowników robót miejskich, których tak wielki brak odczuwają miasta Rzeczypospolitej.

Ustalono również warunki, w jakich powinny być prowadzone roboty na ulicach miejskich przez przedsiębiorstwa miejskie i koncesyjne, a mianowicie Kanalizację, Wodociągi, Elektrownię, Gazownię, Tramwaje i Telefony. Roboty wykonywują powyższe przedsiębiorstwa wiasnym kosztem i na własną odpowiedzialność, stosując się do programu robót miejskich i pod ogólnym nadzorem Wydziału Technicznego, przez co unika się kilkakrotnego rozkopywania jednej i tej samej ulicy.

Prócz tego określono ulice najbardziej ruchliwe, na których drobne roboty mogą być wykonywane tylko w nocy, większe zaś muszą być wykonywane bez przerwy w ciągu całej doby, o ile oświetlenie ulic na to pozwala, w przeciwnym razie wykonywane być muszą na dwie zmiany.

Muszę jeszcze nadmienić, że w roku zeszłym wprowadzone zostały badania nad wydajnością pracy. Dotychczes otrzymane wyniki dają nadzieję, że najbliższych czasach będziemy mogli na robotach wykonywanych sposobem gospodarczym, a następnie i u przedsiębiorców przeprowadzić niejedno korzystne ułatwienie, wpływające na jakość i taniość roboty.

---

**Dr. B. Ostromęcki,** Naczelnik Wydz. Zdrowia Publ. Urzędu wojew. w Kielcach

## Organizacja komunalnej służby zdrowia na terenie Województwa Kieleckiego

Ustrój nasz państwowy, w myśl art. 3 Konstytucji, oparty jest na zasadzie szerokiego samorządu terytorjalnego z przekazaniem samorządom właściwego zakresu ustawodawstwa. Oprócz tego, w art. 76 Konstytucji wyrażona zasada udziału obywateli, powołanych drogą wyboru, w wykonaniu zadań administracyjnych urzędów państwowych.

Te naczelne zasady ustroju państwowego uwzględnione zostały w Zasadniczej Ustawie Sanitarnej z dn. 19.VIII. 1919 r., która w art. 1 postanawia: „Piecza nad zdrowiem ludności i bezpośrednie wykonawstwo jest obowiązkiem ciał samorządowych".

To też art. 3-ci Zasadniczej Ustawy Sanitarnej do obowiązków ciał Samorządowych zalicza:

1. Pieczę nad czystością powietrza, gleby i wody, nad zaopatrzeniem ludności w wodę zdatną do picia i do potrzeb gospodarczych, nad należytem usuwaniem wód zużytych oraz nieczystości i odprowadzeniem wód ściekowych.

2. Pieczę nad przestrzeganiem odpowiednich przepisów sanitarnych, obowiązujących przy budowie i przebudowie domów, przeznaczonych na mieszkania i wszelkie lokale użyteczności publicznej.

3. Pieczę nad należytem pomieszczeniem ludności w mieszkaniach i nadzór nad stanem zdrowotnym mieszkań.

4. Pieczę i nadzór nad osobistą czystością mieszkańców, ich mieszkań i otoczenia.

5. Współdziałanie z władzami rządowemi w zwalczaniu chorób zakaźnych i zapobieganie im.

6. Pieczę nad zapewnieniem chorym należytej opieki lekarskiej i pomocy fachowej dla położnic, opiekę nad psychicznie choremi, zwalczanie alkoholizmu.

7. Szczepienie ospy ochronnej.

8. Współdziałanie z władzami rządowemi w zwalczaniu nierządu i chorób wenerycznych.

9. Zakładanie i utrzymywanie kostnic gminnych i cmentarzy oraz czuwanie nad niemi, urządzenie i utrzymanie grzebowisk.

10. Oględziny zwłok.

11. Współdziałanie z władzami rządowemi w sprawach nadzoru nad produktami spożywczemi, sposobami ich przechowywania i przyrządzania oraz ich sprzedażą.

12. Zakładanie i utrzymywanie rzeźni.

13. Nadzór nad przestrzeganiem wszelkich ustaw, przepisów i rozporządzeń sanitarnych.

14. Przedkładanie sprawozdań sanitarnych państwowym władzom zdrowia publicznego według ustanowionych wzorów.

Te tak ogólnikowo określone zadania samorządu w dziedzinie zdrowia publicznego we własnym ich zakresie działania znalazły bardziej szczegółowe ujęcie w art. 3 tejże ustawy, który mówi, „że zarządy komunalne winny wykonywać i utrzymywać we własnej administracji niezbędne dla ich gmin urządzenia sanitarno-techniczne, zakładać i utrzymywać szpitale, przychodnie, przytułki, domy izolacyjne, kąpieliska i t. p., utrzymywać lekarzy sanitarnych, akuszerki gminne, pielęgniarki, dezynfektorów i inny niezbędny personel służ-

bowy, stosując się do norm, wydanych przez Ministerjum Zdrowia Publicznego.

Ani powyższa jednak ustawa, ani też żadne późniejsze, nie ustaliły dotąd typu tej organizacji sanitarnej samorządowej, którą winna być powołana do bezpośredniego wykonawstwa wyżej pomienionych zadań; to też nic dziwnego, że organizacje sanitarne samorządowe nie tylko w różnych naszych dzielnicach, ale i w poszczególnych samorządach znacznie się między sobą różnią i nawet kierunek całej akcji sanitarnej zależny jest od poglądów na tę sprawę miejscowych ciał samorządowych i poszczególnych działaczy.

Dopiero w końcu 1924 r. Ministerjum Spraw Wewn. (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) wydało okólnik (Nr. Z. H. 3885/24 z 29.XI 1924 roku) w celach orjentacyjnych przy preliminowaniu budżetów samorządowych, w którym podaje plan najpilniejszych zadań samorządów w zakresie zdrowia publicznego, stawiając na pierwszym miejscu akcję zapobiegawczą, następnie lecznictwo i ustala w dziedzinie ogólnej administracji sanitarnej konieczność posiadania przez powiaty i miasta swych lekarzy komunalnych.

Tą samą sprawą samorządowej organizacji sanitarnej niejednokrotnie zajmowały się zjazdy lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich oraz Zjazd przedstawicieli Sejmików Powiatowych, które w uchwałach swych uwzględniły też przedewszystkiem akcję zapobiegawczą, a następnie lecznictwo i walkę z chorobami zakaźnemi i ustaliły konieczność tworzenia przy Magistratach oraz Wydziałach Powiatowych działów czy też referatów zdrowia publicznego, równorzędnych z innemi działami pod fachowem kierownictwem lekarzy komunalnych. Zjazd przedstawicieli Sejmików Powiatowych uchwalił konieczność wprowadzenia lekarzy okręgowych, a ostatnie zjazdy miejskich lekarzy sanitarnych wypowiedziały się za połączeniem pod jednym fachowym kierownictwem lekarskim pokrewnych działów zdrowia publicznego i opieki społecznej.

Najnowsze zamierzenia Ministerjum Spraw Wewn. w sprawie zasad gospodarki samorządowej ujmują działalność samorządów w dziedzinie zdrowotności również najpierw w kierunku akcji zapobiegawczej, następnie lecznictwa i walki z chorobami zakaźnemi oraz zalecają nadanie lekarzom powiatowym kierownictwa Sejmikową administracją lekarską, a to w celu skupienia całej akcji sanitarnej w powiecie w jednych rękach, a zatem prowadzenie

jednolitej polityki sanitarnej z zapewnieniem należytej egzekutywy, a także w celu zmniejszenia wydatków administracyjnych Powiatowych Związków Komunalnych.

Opierając się na Zasadniczej Ustawie Sanitarnej i wyżej wymienionych wytycznych oraz na doświadczeniu dobrze zorganizowanych samorządów, Komunalna Służba Zdrowia winna być prowadzoną równolegle w trzech kierunkach: akcji zapobiegawczej, lecznictwa i walki z chorobami zakaźnemi oraz powinna być zorganizowana w sposób następujący:

Przy Magistratach i Wydziałach Powiatowych należy tworzyć Wydziały czy też działy, czy też referaty zdrowia publicznego (i opieki społecznej) równorzędne z innemi działami pod fachowem kierownictwem lekarza.

Kompetencji tych działów, czy referatów, powinna podlegać tak medycyna zapobiegawcza, jak lecznictwo i walka z chorobami zakaźnemi.

Do kierownika działu czy referatu należy skoordynowanie działalności poszczególnych dzielnic — rejonów, kierownictwo, nadzór i kontrola nad wszystkiemi zakładami, instytucjami i urządzeniami o wyżej wymienionym charakterze, niezależnie od finansowania ich przez inne działy, oraz nad personelem, a także inicjatywa, opinjowanie i referowanie w Magistratach i w Wydziałach Powiatowych, a za ich zgodą w Radach Miejskich i Sejmikach wszystkich spraw zdrowotnych.

W chwili obecnej wskazanem jest, aby w powiatach z wyżej już wymienionych powodów (jednolitości polityki sanitarnej, należytej egzekutywy i oszczędności), do czasu wydania nowej ustawy samorządowej, kierownikami działów (referatów) byli lekarze powiatowi*).

W celu ułatwienia Magistratom i Wydziałom Powiatowym decydowania w sprawach zdrowotnych i dla stałego kontaktu z pokrewnemi urzędami, instytucjami i organizacjami wskazanem jest tworzenie miejskich i Powiatowych Komisji Zdrowia Publicznego dla uprzedniego rozpatrywania spraw zdrowotnych o charakterze ogólnym. Komisje te powinny pozostawać pod przewodnictwem

*) Podobne wszakże zastępstwo organu samorządowego organem władzy nadzorczej oczywiście może być praktykowane tylko w wyjątkowych warunkach jako prowizorjum. *(Przyp. Redakcji).*

Prezydenta lub Przewodniczącego Sejmiku przy udziale kierownika Wydziału Zdrowia Publicznego w charakterze członka — zastępcy przewodniczącego i składać się ze wszystkich lekarzy komunalnych, lekarza powiatowego, naczelnego lekarza Kasy Chorych i przedstawicieli organizacji o charakterze higjeniczno-lekarskim i sanitarnym (Tow. Higjenicznych, Przeciwgruźliczych, Czerwonego Krzyża itp.).

W celu bezpośredniego wykonywania zadań medycyny komunalnej miasta wydzielone i powiaty winny być podzielone na rejony w zależności od obszaru i zaludnienia, dążąc do stworzenia w miastach rejonów mniej więcej o 25.000 ludności, a w powiatach nie większych niż 15 klm. w promieniu. Na czele każdego rejonu powinien stać lekarz sanitarny, a w powiatach — okręgowy z siedzibą w większem skupieniu ludności.

Każdy rejon (dzielnica) winien dążyć do zorganizowania tak zwanego „ośrodka zdrowia", czyli pod jednym kierownictwem lekarskim i administracyjno-gospodarczym lekarza sanitarnego lub okręgowego — szeregu przychodni (ambulatorjów) — ogólnej, przeciwgruźliczej, przeciwjagliczej, przeciwwenerycznej, przeciwalkoholowej, stacji opieki nad matką i dzieckiem i kąpieli ludowych, oraz w powiecie i kolumny dezynfekcyjnej. Jednocześnie z prowadzeniem przychodni ośrodek powinien mieć za zadanie walkę z chorobami zakaźnemi i nadzór nad stanem sanitarnym dzielnicy. Ośrodek w powiatach oprócz tego, powinien udzielać pomocy w mieszkaniach chorych w wypadkach chorób zakaźnych, w razie nagłych lub ciężkich wypadków i rodzącym. Kierownik ośrodka — lekarz okręgowy winien perjodycznie objeżdżać swój okręg w celu zaznajamiania się ze stanem zdrowotnym ludności, z jej potrzebami w dziedzinie zdrowia publicznego, ze stanem sanitarnym szkół i całego okręgu, oraz mieć nadzór i kontrolę nad działalnością położnych gminnych i opiekę lekarską nad samorządowemi zakładami opiekuńczemi. W powiatach przy ośrodkach zdrowia należy tworzyć izby chorych na kilka łóżek dla czasowego izolowania pierwszych wypadków chorób zakaźnych, oraz dla nagłych wypadków.

Personel ośrodka powinien składać się z lekarza kierownika, pielęgniarek (dla pomocy w przychodniach), wywiadowczyń, (dla pomocy przy walce z chorobami społecznemi) i dozorcy sanitarnego dla dozoru nad czystością i wykonaniem zarządzeń lekarskich.

Przychodnia ogólna ośrodka miejskiego powinna obsługiwać wyłącznie ludność ubogą i udzielać pierwszej pomocy w wypadkach nagłych i nieszczęśliwych; ludności tej, za świadectwami ubóstwa winna być udzielana bezpłatnie wszelkiego rodzaju pomoc lekarska z wydawaniem lekarstw, w przychodniach zaś do walki z chorobami społecznemi (gruźlicą, jaglicą i t. p.) pomoc może być udzielana oprócz ubogich i innym za umiarkowanem wynagrodzeniem.

Co się zaś tyczy powiatów, to prócz bezpłatnej pomocy dla ludności ubogiej pomoc powinna być udzielana i innym za opłatą w takiej wysokości, aby pokryć część wydatków na ludność ubogą.

Ośrodek zdrowia powinien ześrodkowywać na swym terenie całą akcję zapobiegawczą, nadzór nad stanem sanitarnym rejonu, akcję leczniczą i walkę z chorobami zakaźnemi.

Poza działalnością poszczególnych rejonów cały szereg zadań zdrowotnych winien należeć bezpośrednio do Magistratów i Wydziałów Powiatowych, oraz do Wydziałów Zdrowia i Technicznego, a mianowicie:

1. Sporządzanie regulacyjnych planów miast;

2. Piecza nad zaopatrywaniem ludności w wodę zdatną do picia i do potrzeb gospodarczych; w miastach — wodociągi, a do czasu ich urządzenia, publiczne studnie artezyjskie, w powiecie — pomoc techniczna, a w razie potrzeby i finansowa w urządzaniu studzien. Polewanie ulic.

3. Urządzanie ścieków i usuwanie nieczystości w miastach — kanalizacja, a do czasu jej urządzenia — tabory asenizacyjne i osuszanie miejsc zabagnionych, w powiatach — przekopywanie kanałów odprowadzających przy budowaniu dróg, zwłaszcza na terenie osiedli. Zaopatrzenie ulic w publiczne ustępy.

4. Zabrukowanie ulic, niewyłączając przedmieść.

5. Zakładanie w miastach parków, ogrodów, urządzanie placów sportowych i do gier dla młodzieży, zadrzewianie ulic.

6. Zakładanie i utrzymywanie rzeźni, hal i targowisk.

7. Utrzymywanie lekarzy szkolnych i hygjenistek dla szkół powszechnych, mniej więcej po jednej na 1.500 uczniów.

8. Utrzymywanie w miastach lekarza dla ubogich w celu odwiedzania obłożnie chorych w ich mieszkaniach (w mniejszych miastach funkcje te mogą być pełnione przez lekarzy sanitarnych).

9. Utrzymywanie kolumny dezynfekcyjnej i dezynsekcyjnej.

10. Zakładanie i utrzymywanie w miastach pracowni bakterjologicznej i do badania produktów żywnościowych.

11. Zakładanie i utrzymywanie domów izolacyjnych dla umieszczania rodzin chorych na choroby zakaźne.

12. Zakładanie i utrzymywanie szpitali dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych, zakaźnych, dla rodzących i dzieci, lub w mniejszych miastach przynajmniej jednego powszechnego szpitala z odosobnionemi oddziałami dla położnic i chorych zakaźnych, licząc w miastach większych lub uprzemysłowionych jedno łóżko na dwustu mieszkańców, a w mniejszych jedno — na 500, w powiatach zaś przynajmniej po jednym na powiat, nie mniej niż na 60 łóżek obowiązkowo z oddziałami: wewnętrznym, chirurgicznym położniczym i zakaźnym.

13. Współdziałanie Wydziałów Powiatowych przy osiedlaniu się gminnych położnych, przynajmniej po jednej na każdą gminę wielowioskową przez subsydjowanie ich z obowiązkiem bezpłatnego udzielania pomocy ubogim rodzącym.

14. Prowadzenie przez Wydziały Powiatowe walki z chorobami zakaźnemi; w razie większych epidemji — wysłanie kolumn szczepieniowych i t. p.

15. Propaganda zasad higjeny — zaopatrywanie ośrodków zdrowia, rejonów, szkół powszechnych w filmy, przezrocza, plakaty i broszury.

Pozatem pozostaje jeszcze cały szereg doniosłych zadań, dotyczących większych terenów, niż miasta i powiaty, i przekraczających możność poszczególnych samorządów, a któremi winny się zająć Samorządy Wojewódzkie. Ponieważ w chwili obecnej nie są one jeszcze zorganizowane, więc należy tworzyć instytucje zastępcze, jak np. ma to miejsc z Województwie Kieleckiem — Komitet Społeczny.

Do zadań Samorządu Wojewódzkiego lub Komitetu Społecznego należy:

1. Zakładanie i utrzymywanie Okręgowych Szpitali Psychjatrycznych wspólnie z sąsiedniemi Województwami.

2. Tworzenie i utrzymywanie szpitali i sanatorjów dla chorych na gruźlicę, dla chorych wenerycznych, dla alkoholików, zakładów dla nieuleczalnie chorych, idyjotów i kalek.

3. Zakładanie i utrzymywanie szkół dla położnych, pielęgniarek, dozorców sanitarnych i dezynfektorów.

4. Urządzanie ruchomych wystaw z zakresu hygjeny i walki z chorobami społecznemi.

5. Zakładanie i utrzymywanie zakładów leczniczo - wychowawczych dla dzieci chorych na jaglicę.

6. Tworzenie lotnych oddziałów okulistycznych.

Rzecz naturalna, że wobec ogromu zadań w dziedzienie zdrowia publicznego, należących do Samorządów i przeżywanego w dobie obecnej kryzysu ekonomicznego — nie może być mowy o szybkiem zrealizowaniu wszystkich tych potrzeb, tem nie mniej niezbędnem jest kierować się jasno określonym programem w celu planowego ułożenia stosunków zdrowotnych przy stopniowem realizowaniu tych zadań. Taka planowość może zaoszczędzić część funduszów, które inaczej mogą być użyte niezawsze celowo.

Jednakże nawet stopniowa realizacja nakreślonego planu wymaga bardzo znacznych funduszów, to też środki na te cele łożyć winny oprócz Samorządów: Wojewódzkiego, Miejskiego, Powiatowego i Gminnego także i społeczeństwo (T - wa Przeciwgruźlicze i inne) przy współudziale Rządu w walce z chorobami społecznemi i w razach nadzwyczajnych. Same zaś Samorządy powinny jak najczęściej łączyć się w Związki celowe, które sprawiedliwie rozłożą ciężary finansowe pomiędzy poszczególne samorządy. Oprócz tego nie należy zapoznawać w dziedzinie zdrowotności tak ważkiego czynnika, jakim są Kasy Chorych, to też Samorządy powinny się starać wchodzić w porozumienie z Kasami Chorych w celu wspólnego wykonywania pokrewnych zadań.

Jeżeli teraz przejdziemy do obecnego stanu Komunalnej Służby Zdrowia w Województwie Kieleckiem, to musimy stwierdzić, że gospodarka samorządowa w tej dziedzinie przedstawia się dosyć skromnie i prowadzona jest za bardzo nielicznemi wyjątkami, naogół bezplanowo i przeważnie w jednym kierunku — lecznictwa, gdy tymczasem wytknięte trzy kierunki (akcja zapobiegawcza, lecznicza i walka z chorobami zakaźnemi) powinny się rozwijać równolegle.

Stan Komunalnej Służby w Miastach Wydzielonych przedstawia się, jak następuje:

Jakkolwiek wszystkie miasta posiadają działy czy też referaty zdrowia publicznego pod kierownictwem lekarzy komunalnych, to

jednakże działy te przeważnie nie są równorzędne z innemi działami Magistratów i nie obejmują całokształtu spraw zdrowotnych miasta. Do kompetencji kierowników nie tylko nie należą wszystkie zakłady, instytucje i urządzenia o charakterze zdrowotnym, ale nawet i szpitale, skutkiem czego odczuwa się zupełny brak ogólnego fachowego kierownictwa i jednolitej polityki sanitarnej, np. działalność poszczególnych szpitali nie tylko nie jest skoordynowaną z innemi działami gospodarki sanitarnej, ale nawet między sobą — każdy szpital żyje zupełnie odrębnem życiem.

Znaczna większość miast nie jest podzielona na rejony (dzielnice). Ośrodków zdrowia żadne nie posiada, skutkiem tego miastą pozbawione są skoncentrowanej sanitarnej instytucji o wszechstronnej działalności sanitarnej w danej dzielnicy.

Jednocześnie żadne miasto nie posiada lekarzy sanitarnych w ścisłem znaczeniu tego słowa, a mianowicie przeznaczonych wyłącznie do walki z chorobami zakaźnemi i dozoru nad stanem sanitarnym miasta, skutkiem czego prawie nigdzie niema szczegółowych wywiadów (dochodzeń) o każdym poszczególnym wypadku choroby zakaźnej i ścisłego stosowania środków zapobiegawczych w myśl ustawy o zwalczeniu chorób zakaźnych.

Z powodu braku lekarzy i dozorców sanitarnych — dozór nad stanem sanitarnym miasta sprawują Komisje Sanitarne w różnorodnym składzie. Wobec tego, że Komisje te nie mogą pracować codziennie, a tylko w pewnych odstępach czasu, nie są one w stanie zastąpić stałych, płatnych funkcjonarjuszów sanitarnych i działalność ich przeważnie dotyczy tylko spraw większej wagi. Oględzin sanitarnych dokonywają te Komisje nadzwyczajnie mało — w roku 1925 — oględzin sanitarnych w poszczególnych miastach odbyto po kilkaset (234 Radom, 706 Ostrowiec). Tak nikła ilość oględzin sanitarnych nie może wpłynąć dodatnio na stan sanitarny miasta. Żadne też miasto nie prowadzi ewidencji o stanie sanitarnym posesji, różnego rodzaju zakładów, przedsiębiorstw, miejsc sprzedaży produktów spożywczych i t. p.

Walkę z chorobami zakaźnemi nadmiernie utrudnia zupełny brak należycie urządzonych pracowni bakterjologicznych, natomiast w połowie miast są pracownie do badania produktów spożywczych, a właściwie prawie wyłącznie mleka (Kielce, Radom, Sosnowiec i Zawiercie).

Radom i Zawiercie niemają zakładów dezynfekcyjnych; domów izolacyjnych nie posiada żadne miasto.

Tylko pięć miast posiada kąpiele ludowe (Będzin, Dąbrowa Górnicza, Kielce, Ostrowiec i Sosnowiec) nie mają ich Częstochowa, Radom i Zawiercie.

Co się zaś tyczy zaopatrzenia ludności w wodę, oraz kanalizacji, to miasta wydzielone Województwa w ciągu ostatniego roku zapoczątkowały pierwszorzędnej wagi inwestycje: tak Radom i Częstochowa mają już bardzo zaawansowane roboty wodociągowe - kanalizacyjne; Sosnowiec rozpoczął te roboty, Kielce zaś zawierają w tym celu umowę z Tow. Amer. „Ulen". Trzy zaś miasta Będzin, Dąbrowa Górnicza i Ostrowiec nie są dotychczas zaopatrzone w dostateczną ilość dobrej wody. Sprawa wody w Dąbrowie Górniczej przedstawia się wprost rozpaczliwie — analizy wykazały w wielu miejscach bardzo znaczne ilości bacterium coli — uregulowanie tej sprawy jest rzeczą palącą. Zawiercie posiada 18 studzień artezyjskich i 7 źródeł.

Sprawa rzeźni przedstawia się stosunkowo lepiej, gdyż wszystkie miasta posiadają rzeźnie, a Radom i Sosnowiec przystępują do budowy wzorowych rzeźni z funduszów pożyczki Ulenowskiej; gorzej przedstawia się sprawa hal i targowisk: hal albo wcale niema, albo są w niedostatecznej ilości i prymitywnie urządzone, to samo dotyczy i targowisk.

Sprawa medycyny szkolnej przedstawia się w sposób następujący: Wszystkie miasta, oprócz Ostrowca, posiadają specjalnych lekarzy szkolnych w liczbie 19-tu, w Ostrowcu funkcje lekarza szkolnego pełni lekarz miejski, natomiast żadne miasto nie posiada hygjenistek szkolnych, tak niezbędnego personelu pomocniczego przy racjonalnem prowadzeniu nadzoru hygjeniczno - lekarskiego nad szkołami i dziatwą szkolną.

Własne kolonje letnie dla dzieci w liczbie 6-ciu posiadadają Będzin i Sosnowiec po dwie (chrześcjańskie i żydowskie), a Dąbrowa Górnicza i Radom po jednej; oprócz tego Częstochowa i Kielce subsydjonują kolonje. Ostrowiec zaś i Zawiercie kolonji wcale nie mają. Półkolonje utrzymuje tylko Sosnowiec w liczbie dwóch.

Własne stacje opieki nad matką i dzieckiem posiadają tylko trzy miasta: Będzin, Dąbrowa Górnicza i Radom, Sosnowiec zaś sybsydjonuje. Nie mają ich: Częstochowa, Kielce, Ostrowiec i Zawiercie.

Przechodząc do spraw lecznictwa zaznaczyć należy, że ani jedno miasto nie posiada specjalnych lekarzy dla odwiedzania obłożnie chorych ubogich w ich mieszkaniach; załatwiają to różni miejscy lekarze i przeważnie tylko w wypadkach bardzo ciężkich.

Połowa tylko miast posiada przychodnie ogólne: Będzin, Dąbrowa Górnicza, Kielce i Ostrowiec; co się zaś tyczy specjalnych, to przeciwgruźliczą własną posiada tylko Radom i Będzin przy ogólnej, a Sosnowiec subsydjonuje, Sandomierz zaś utrzymuje wspólnie z Kasą Chorych; przeciwjagliczych i przeciwwenerycznych nie posiada żadne miasto. Brak w połowie miast (w Sosnowcu, Częstochowie, Radomiu i Zawierciu) przychodni nawet ogólnych jest zjawiskiem nader ujemnym, zwłaszcza w czasach bezrobocia, kiedy znaczna ilość robotników traci prawo do korzystania z Kasy Chorych. Tak rażący brak przychodni przeciwgruźliczych i przeciwjagliczych, przy małej ilości T-stw Przeciwgruźliczych, uniemożliwia prawidłową walkę z plagą czasów obecnych — gruźlicą i jaglicą; zbyt małe zainteresowanie się tą sprawą sfer samorządowych sprzyja zastraszającemu szerzeniu się gruźlicy, zwłaszcza wśród dziatwy szkolnej. Jest rzeczą niezbędną wyeliminowanie dzieci zagarożonych gruźlicą i jagliczych w osobne szkoły i otoczenie ich opieką lekarską przy odpowiedniem odżywianiu, tę akcję energicznie prowadzi jedynie Radom.

Co się tyczy szpitalnictwa, to sprawa przedstawia się jak następuje:

Na ogólną ilość ludności miast wydzielonych 386.815, przypada łóżek komunalnych 629, czyli jedno łóżko na 615 mieszkańców, to jest przeszło 3 razy mniej od normy — powinno być jedno łóżko na 200-tu mieszkańców. Obliczenie to jednak należy skorygować przez dodanie łóżek utrzymywanych w tych miastach przez Powiatowe Związki Komunalne w ilości 308-u, przez Kasy Chorych 450 i społecznych 70, co stanowi razem 1457 łóżek, czyli przeciętnie 1 łóżko na 265 mieszkańców, co nie odbiega tak znacznie od normy. Należy wszakże zaznaczyć, że zaopatrzenie w łóżko szpitalne jest bardzo różne w stosunku do zaludnienia różnych miast, np. gdy miasto Ostrowiec na 19.705 mieszkańców nie posiada ani jednego łóżka, a Dąbrowa Górnicza i Zawiercie jedno łóżko na 398 i 368 mieszkańców, to Częstochowa ma jedno łóżko na 173 mieszkańców.

Z ośmiu miast trzy: Będzin, Dąbrowa Górnicza i Ostrowiec własnych szpitali wcale nie posiadają.

Z ogólnej liczby ośmiu szpitali, jeden w Zawierciu epidemiczny posiada zaledwie 10 łóżek, a co zatem idzie nie może być należycie urządzony i koszt utrzymania jednego łóżka musi być droższy niż w szpitalach większych wynosząc 12 złotych na dobę.

Inne szpitale mają od 55 do 145 łóżek.

Ani jeden szpital nie posiada należycie zorganizowanego oddziału położniczego, w niektórych są tylko łóżka dla rodzących (Częstochowa, Kielce i Radom).

Szpitale epidemiczne znajdują się w Częstochowie, Radomiu, Sosnowcu i Zawierciu, w Kielcach zaś oddział. Trzy miasta Będzin, Dąbrowa Górnicza i Ostrowiec nie posiadają wcale łóżek dla chorych zakaźnych.

Zaznaczyć należy, że szpitale epidemiczne w Radomiu, Sosnowcu, Zawierciu i oddział w Kielcach zupełnie nie odpowiadają swemu przeznaczeniu i — ściśle biorąc — nie powinny być badal tolerowane — w Radomiu buduje się nowy szpital.

Naogół co do szpitali należy zaznaczyć, że najczęściej mieszczą się one albo w budynkach starych z przed kilkudziesięciu i stu laty lub w przygodnych, nienadających się na szpitale pomieszczeniach. Urządzenie i zaopatrzenie w wielu szpitalach jest niedostateczne (brak odpowiedniej ilości łazienek, niedostateczna ilość bielizny i inwentarza i niezupełnie odpowiednie odżywianie, w wielu brak pracowni i przyrządów).

Co się zaś tyczy personelu, to ilość lekarzy — za małemi wyjątkami — jest dostateczna, natomiast w niektórych brak personelu pomocniczego (pielęgniarek) i służby salowej, skutkiem czego w niewielu tylko szpitalach ustalone są nocne dyżury pielęgniarek, a służba, nie mając całodziennego wypoczynku po dyżurze, nie jest w stanie należycie dyżurować.

Co się tyczy ogólnego stanu sanitarnego miast, to z powodu braku tak niezbędnego i decydującego w sprawie rozbudowy miast czynnika, jak plan regulacyjny, prawidłowy rozwój miast nie jest zapewniony, a co zatem idzie i zakładanie parków, ogrodów, skwerów, placów sportowych i do gier dla młodzieży w chwili obecnej jest w stanie pozostawiającym wiele do życzenia zwłaszcza w miastach Zagłębia, które zupełnie są ich pozbawione.

Jakkolwiek miasta Zagłębia i Częstochowa przystąpiły do brukowania kostką i zadrzewiają ulice, to jednakże naogół sprawa bruków, zwłaszcza na najbardziej upośledzonych pod względem sanitarnym — przedmieściach, jest bardzo niezadawalniającą — w niektórych miastach znajduje się dużo ulic nietylko niebrukowanych, ale nawet niewyrównanych i zabagnionych.

Tak ważki czynnik poprawienia stanu zdrowotnego miasta, jak propaganda zasad higjeny i walki z chorobami zakaźnemi i społecznemi, we wszystkich miastach jest w większem lub mniejszem zaniedbaniu. Sprawy te przeważnie są podnoszone tylko w razie zjawienia się jakiejś epidemji.

Jeżeli przejdziemy teraz do wydatków miast wydzielonych, to faktyczne zwyczajne wydatki na zdrowie publiczne — zgodnie ze sprawozdaniami o wykonaniu budżetów — wyniosły w r. 1925 — 1.082.880 zł., co stanowi 11,6 proc. brutto, a 6,3 proc. netto ogólnego budżetu miast. Zwraca tu uwagę znaczna nierównomierność w wydatkowaniu poszczególnych miast: — wtedy, kiedy Zawiercie i Dąbrowa Górnicza wydają na cele zdrowia 4,2 proc. i 4,8 proc. ogólnego swego budżetu, Będzin — 9,6 proc. Wydatki te obliczone na głowę mieszkańca stanowią przeciętnie 1,41 zł. wahając się w poszczególnych miastach od 79 i 89 groszy (w Zawierciu i Dąbrowie) do 1 zł. 65 groszy i 3 zł. 3 gr. (w Sosnowcu i Będzinie).

Należy zaznaczyć, że gros tych wydatków stanowią wydatki na szpitalnictwo — 735.465 zł., czyli 68 proc. wszystkich wydatków na zdrowotność, na inne zaś cele zdrowotne pozostaje tylko 347.415 zł. czyli 32 proc.

Jeżeli teraz przejdziemy do stanu Komunalnej Służby Zdrowia w powiatach, to przedstawia się ona, jak następuje:

Z 16 powiatów 3 nieposiadają dotąd wcale referatów sanitarnych (Powiat Iłżecki, Kozienicki, Włoszczowski), w 2-ch zaś powiatach niema fachowych kierowników — kierują tam referatami urzędnicy (Opatowski, Sandomierski); w 3-ch powiatach kierują referatami lekarze komunalni, w 8-u zaś — lekarze powiatowi.

Połowa powiatów nie posiada wcale okręgów sanitarnych (Częstochowski, Iłżecki, Jędrzejowski, Kozienicki, Miechowski, Olkuski, Opoczyński i Włoszczowski), reszta powiatów podzielona na 34 okręgi, z których tylko 15 jest obsadzonych przez lekarzy (w tem 7-u lekarzy zajętych jest jednocześnie inną służbą komunalną).

Ośrodków zdrowia zorganizowanych nie posiada żaden powiat;
powiat Będziński w mieście Czeladzi [illegible] ośrodek.
[illegible]itarnych
[illegible] wcale;
[illegible]owa po-

[illegible] Kielecki,
[illegible]órych 3

[illegible] powia-
[illegible]le przy-
[illegible]atu Ra-
[illegible]zychod-
[illegible]a odno-
[illegible]powiatu
[illegible]n. Opo-
[illegible]-w Sto-

[illegible]wiatach
[illegible]e ludo-
[illegible]n, Mie-

[illegible] miast
[illegible] Stop-
[illegible] nawet
[illegible]osiada
[illegible]onego
[illegible]etylko
[illegible] Iłżec-
[illegible]osowi.
[illegible]ujący:
[illegible]łóżka
[illegible] wcale
[illegible]łóżko
[illegible]pitale
[illegible]liczе-
[illegible] przе-
[illegible]ormy.

JODERGON i BROMERGON
MAGISTRA KLAWE

JODERGON – ZWIĄZEK JODOWO-ORGANICZNY. NIE UPOŚLEDZA TRAWIENIA, NIE DRAŻNI ŻOŁĄDKA, STOSUJE SIĘ W CHOROBACH SERCA, NACZYŃ, BŁONY SUROWICZEJ, NARZĄDÓW ODDECHOWYCH, KILE, DNIE I OTYŁOŚCI.
TABLETKA = 0,05 J.

BROMERGON - BROMOWO-ORGANICZNY ZWIĄZEK, STOSUJE SIĘ: PRZY PADACZCE, HISTERJI, PLĄSAWICY, DYCHAWICY NERWOWEJ, BEZSENNOŚCI, BÓLACH GŁOWY, NERWICY SERCA i T. P.
TABLETKA = 0,1 Br.

LITERATURA ORAZ PRÓBY NA ŻĄDANIE




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

Ośrodków zdrowia zorganizowanych nie posiada żaden powiat, powiat Będziński w mieście Czeladzi zapoczątkował taki ośrodek.

Personel pomocniczy składa się z 18 dozorców sanitarnych w 9-u powiatach, czyli 7 powiatów nieposiada dozorców wcale; istnieje 60 położnych (akuszerek) w 8-u powiatach — połowa powiatów akuszerek niema.

Lekarzy szkolnych posiada pięć powiatów (Iłżecki, Kielecki, Miechowski, Opatowski i Stopnicki) w liczbie 9-u, (z których 3 zajmuje jednocześnie inną posadę komunalną).

Co się tyczy przychodni, to znajduje się ich 22 w 13 powiatach—3 powiaty (Kozienicki, Miechowski i Radomski) wcale przychodni nie posiadają. Co prawda lekarze okręgowi z powiatu Radomskiego przyjmują chorych u siebie w mieszkaniach. Przychodnie prawie wyłącznie są ogólne — specjalnie przeciwjaglicza odnotowana jest tylko w jednem miejscu, w Strzemieszycach powiatu Będzińskiego, 3 przeciwweneryczne (w pow. Częstochowskim, Opoczyńskim i Sandomierskim), przeciwgruźlicze przy ogólnych—w Stopnicy i Opatowie.

Kolumny dezynfekcyjne istnieją w liczbie 19-u w 13-u powiatach (niemają powiaty Iłżecki, Pinczowski i Włoszczowski); kąpiele ludowe są tylko 4-ry w 4-ch pow. (Będzińskim, Sandomierskim, Miechowskim i Pinczowskim).

Zaopatrzenie w wodę osiedli, za wyjątkiem niektórych miast jak Pinczów, Olkusz i niektóre osiedla pow. Będzińskiego i Stopnickiego — jest niedostateczne i jakościowo i ilościowo, a nawet są takie wioski, jak np. Kosmołów pow. Olkuskiego, która nieposiada ani jednej studni i ludność czerpie wodę ze źródła oddalonego o 2 kilometry. O racjonalnej asenizacji nawet miast, a nietylko mniejszych osiedli niema mowy. Rozległe mokradła w pow. Iłżeckim, Opoczyńskim, Kozienickim pozostawione są własnemu losowi.

Sprawa lecznictwa przedstawia się w sposób następujący: W całem Województwie, bez miast wydzielonych mamy 1.026 łóżka w 14-u powiatach (pow. Jędrzejowski i Kielecki nieposiadają wcale szpitali, Włoszczowski zaś ma Izbę Chorych na 8 łóżek), czyli 1 łóżko wypada na 2.023 mieszkańców, normalne zaś zaopatrzenie w szpitale przewiduje na wsie 2 łóżka na 1.000, czyli 4 razy więcej; to obliczenie należy skorygować przez dodanie 253 łóżek—100, wtedy przeciętnie wypadnie 1 łóżko na 1.634, czyli 3 razy mniej od normy.

Należy zaznaczyć, że zaopatrzenie w łóżka szpitalne jest bardzo różne w stosunku do zaludnienia, np. pow. Będziński ma 1 łóżko na 583 mieszkańców, Sandomierski na 774, a Kozienicki na 3913, Włoszczowski zaś na 10.000 mieszkańców.

Wogóle pod względem zaopatrzenia w łóżka szpitalne Województwo Kieleckie z pośród 16 Województw Rzeczypospolitej stoi zaledwie *na 11-em miejscu*, poza nimi stoją tylko Województwa Kresowe: Nowogrodzkie, Poleskie, Wołyńskie, Stanisławowskie i Tarnopolskie.

Z ogólnej liczby 20 szpitali 12 jest mniej niż na 60 łóżek, a co zatem idzie nie może być należycie urządzone i koszt utrzymania jednego łóżka musi być droższy, niż w szpitalach większych. Nie każdy powiat posiada w swych szpitalach niezbędne oddziały— wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy i dla chorób zakaźnych, szczególnie brak jest pomocy szpitalnej dla rodzących—6 pow. (Częstochowski, Bżecki, Jędrzejowski, Kielecki, Opoczyński i Włoszczowski) nie posiada ani jednego łóżka dla rodzących—reszta ma zaledwie po parę łóżek, niestanowiących urządzonego oddziału.

Rażącym jest zupełny brak w 5 powiatach łóżek dla chorych zakaźnych (Częstochowski, Jędrzejowski, Kielecki, Opoczyńsk i Włoszczowski), tylko 3 pow. (Radomski, Sandomierski i Będziński), posiadają szpitale dla chorób zakaźnych, a Olkuski odosobniony oddział dla zakaźnych. w 8-u zaś powiatach chorzy zakaźni mieszczą się w ogólnych pomieszczeniach szpitalnych. Przytem zaznaczyć należy, że dwa szpitale epidemiczne w pow. Radomskim i Sandomierskim nie odpowiadają swemu przeznaczeniu do tego stopnia, że pow. Radomski buduje nowy szpital, a szpital w Sandomierzu musi być przebudowany. Co się zaś tyczy łóżek szpitalnych dla chorych wenerycznych, to oddzielne szpitale posiadają pow. Częstochowski i Radomski, pow. Będziński i Sandomierski—odosobnione oddziały, w 3 powiatach chorzy weneryczni lokują się w ogólnych salach, w 9 zaś powiatach niema wcale łóżek dla chorych wenerycznych.

Naogół co do szpitali należy zaznaczyć, że w większości mieszczą się one, tak jak i w miastach, albo w budynkach starych z przedkilkudziesięciu i stu laty, lub w przygodnych, nienadających się na szpitale pomieszczeniach. Urządzenie i zaopatrzenie szpitali także najczęściej jest niedostateczne (brak odpowiedniej ilości łazienek)

prymitywne urządzenie, a czasem nawet zupełny brak ciepłych ustępów, niedostateczna ilość bielizny i inwentarza, nieodpowiednie odżywianie, wielki brak pracowni i przyrządów).

Co się zaś tyczy personelu, to ilość lekarzy—za małemi wyjątkami — jest dostateczna, natomiast brak, jak i szpitalach miejskich, personelu pomocniczego (pielęgniarek) i służby salowej, skutkiem czego w niewielu tylko szpitalach ustalone są nocne dyżury pielęgniarek, a służba nie mając całodziennego wypoczynku po dyżurze, nie jest w stanie należycie dyżurować.

Jeżeli przejdziemy teraz do wydatków Powiatowych Związków Komunalnych, to faktyczne wydatki na zdrowie publiczne — zgodnie ze sprawozdaniami o wykonaniu budżetu—wyniosły w r. 1925 1.088.551 zł., co stanowi 8,3 proc. brutto ogólnego budżetu (12.973.796 zł.). W poszczególnych powiatach istnieje nadzwyczajna nierównomierność w wydatkach: kiedy 5 powiatów wydaje ponad 10, a nawet 20 proc. ogólnego swego budżetu: Sandomierski 27,5 proc., Miechowski 16,6 proc., Opatowski 15,6 proc., Będziński 13,8 proc., Iłżecki 11,8 proc., to pozostałe 11 powiatów mniej niż 10 proc., doprowadzając te wydatki do 1,8 proc. i 1,1 proc. (pow. Kielecki i Jędrzejowski). Przytoczone cyfry dotyczą wydatków na zdrowotność brutto, w rzeczywistości t. j. po obliczeniu wpływów za leczenie i innych, przeciętny wydatek netto stanowi 5,5 proc., a największy wydatek netto tylko w 3 powiatach powyżej 10 proc., Opatowski 13 proc., Miechowski 11,5 proc., Sandomierski 10,3 proc.: 13 powiatów wydatkują w rzeczywistości mniej niż 10 proc., a powiaty Kielecki i Jędrzejowski 1.7 proc. i 1,3 proc.

Wydatki te obliczone na głowę mieszkańców stanowią przeciętnie brutto 50 groszy, netto 32 grosze, wahając się w poszczególnych powiatach brutto między 1,55 zł. (pow. Sandomierski), a 9 nawet 7 groszami (pow. Jędrzejowski i Kielecki), netto zaś między 66 groszami (pow. Opatowski), a 9 i 7 groszami (pow. Jędrzejowski i Kielecki).

Należy zaznaczyć, że gros tych wydatków, jak i miastach stanowią wydatki na szpitalnictwo—911.550 zł., czyli 83 proc. wszystkich wydatków na zdrowotność (1.088.551 zł.); na inne zaś cele zdrowotne pozostaje tylko 177.001 zł., czyli 17 proc.

Na podstawie przytoczonych danych o stanie służby zdrowia na terenie Województwa Kieleckiego i mając na względzie nakre-

ślony plan—trzeba przyjść do wniosku, że Samorządy nasze mają w dziedzinie zdrowotności jeszcze bardzo dużo do spełnienia zadań pierwszorzędnej wagi.

Do najpilniejszych spraw na najbliższy okres, uwzględniając równomierny rozwój wszystkich trzech kierunków—akcji zapobiegawczej, leczniczej i walki z chorobami zakaźnemi—zaliczyć należy:

1. Reorganizację wydziałów, działów czy też referatów zdrowia publicznego w kierunku podporządkowania im całokształtu spraw zdrowotnych miasta i wprowadzenie działów, czy też referatów sanitarnych pod fachowem kierownictwem lekarzy, w powiatach, które odpowiednich referatów lub fachowego kierownictwa nie posiadają (Iłżecki, Kozienicki, Opatowski, Sandomierski i Włoszczowski).

2. Podzielenie miast na rejony sanitarne, licząc od 25 do 40 tysięcy mieszkańców na rejon (Częstochowa, Radom) z lekarzami sanitarnemi na czele i dozorcą w każdym rejonie.

3. Do czasu utworzenia ośrodków zdrowia—zorganizowanie ogólnych przychodni w Częstochowie, Radomiu, Zawierciu i Sosnowcu i po jednej ogólnej przychodni w tych powiatach, które takowych nie mają (w Częstochowskim, Kozienickim, Miechowskim, Opatowskim, Opoczyńskim, Radomskim i Sandomierskim).

4. Założenie lub sybsydjowanie przychodni przeciwgruźliczych w Częstochowie, Dąbrowie Górniczej, Kielcach, Ostrowcu i Zawierciu i przeciwjagliczych tam, gdzie szerzy się jaglica. Wyeliminowanie dzieci gruźliczych i jagliczych w osobne szkoły.

5. Zaangażowanie osobnych lekarzy miejskich w tych miastach, gdzie lekarz komunalny utrzymywany wspólnie przez Sejmik i Miasto, nie wydoła swemu zadaniu. Zaangażowanie przynajmniej po jednej położnej (akuszerce) na powiat i subsydjowanie po jednej na gminę (Iłżecki, Jędrzejowski, Kozienicki, Miechowski, Opoczyński, Pinczowski, Radomski i Włoszczowski).

6. Utworzenie kolumn dezyfekcyjnych w miastach, które dotąd ich nieposiadają, t. j. w Radomiu i Zawierciu i w powiatach Iłżeckim, Pinczowskim i Włoszczowskim.

7. Ulepszenie zaopatrzenia w wodę w Będzinie, Dąbrowie Górniczej i Ostrowcu. Wstawienie do budżetu sum na wiercenie studni w celu subsydjowania tych gmin, które nie mają zupełnie studni lub pozbawione są możności uczynić to własnemi środkami,

np. wioski Kosmołów, pow. Olkuskiego i wiosek w pow. Sandomierskim i Stopnickim. Postawienie na porządku dziennym sprawy doprowadzenia do porządku szkodliwych mokradeł w pow. Bżeckim i Opoczyńskim. We wszystkich miastach systematyczne polewanie ulic.

8. Urządzenie własnych asenizacyjnych taborów miejskich, lub powołanie do życia prywatnych przedsiębiorstw w Ostrowcu i Zawierciu.

9. Zaangażowanie higienistek szkolnych przy każdym lekarzu szkolnym.

10. Powołanie do życia Towarzystw Kolonji Letnich, lub ich subsydjowanie w Ostrowcu i Zawierciu.

11. Postawienie na porządku dziennym sprawy budowy szpitala w Ostrowcu, w powiecie Jędrzejowskim i Włoszczowskim czy samodzielnie, czy też za pomocą celowego Związku, gdzie można i w porozumieniu z Kasą Chorych. Postawienie na porządku dziennym sprawy budowy szpitala epidemicznego dla Zagłębia przez Celowy Związek i szpitala epidemicznego w Kielcach w porozumieniu z Powiatowym Związkiem Komunalnym i Kasą Chorych. Subsydjowanie przez samorząd Kielc szpitala epidemicznego dla dzieci. Postawienie na porządku dziennym sprawy przebudowy szpitala epidemicznego w Zawierciu w porozumieniu z Kasą Chorych i szpitala epidemicznego w Częstochowie w celu stworzenia odosobnionych oddziałów.

12. Usunięcie rażących braków w szpitalach egzystujących (zwiększenie fachowego personelu pomocniczego, zaopatrzenie w pracownie i przyrządy, ulepszenie stanu zaopatrzenia w bieliznę i inwentarz).

13. Dalsze zadrzewianie miast.

14. Uwzględnienie w budżetach znaczniejszych sum na szczepienia ochronne (ospa, płonica, dur).

15. Wstawienie do budżetu znaczniejszych sum na propagandę higieny i walkę z chorobami społecznemi i śmiertelnością dzieci (subsydjowanie T-w Przeciwgruźliczych, stacji opieki nad matką i dzieckiem, zakup filmów, przezroczy i plakatów).

16. Uwzględnienie w budżetach pewnego odsetka do dyspozycji Wojewódzkiego Komitetu Społecznego na cele zdrowotne, dotyczące całego Województwa, przedewszystkiem sprawy szpitalnego leczenia umysłowo chorych.

Ostatniej zimy na 47 wypadków odry w jednej szkole, aż 32 wypadki pochodziły właśnie z takiego koszarowego domu robotniczego.

Autor w pierwszej linji wini radnych miejskich, którzy dla przypodobania się swym wyborcom kazali budować takie wielkie domy koszarowe, a na zwróconą przez autora uwagę odpowiedzieli, że nie ma innego wyjścia!

Odpowiedź błędna! Autor twierdzi, iż zamiast budować kosztem wielu miljonów takie koszary, należało wydzielić naokoło miasta szeregi gruntów, rozplanować takowe na parcele, wybudować małe oddzielne domki, każdy z ogródkiem, studnią, kanalizacją, wanną i elektrycznością, oraz garażem. Domki takie sprzedawać na raty lub wynajmować rodzinom robotniczym. I oto w ten sposób nie tylko że usunięto by olbrzymi błąd higjeniczny w tych domach—koszarach i nie narażano by dzieci na choroby—lecz przeciwnie—przestrzeń, światło, powietrze, ogródek—wszystko tak niezbędne dla dzieci—sprzyjałoby ich rozwojowi.

Tow. Kolei Północnych zbudowało takie wzorowe osady w Tergnier; również piękne zdrowe domki postawili anglicy wokół Londynu.

Dodajmy jeszcze, iż w tych paryskich domach—koszarach zupełnie nic nie uczyniono dla dzieci, ich potrzeb i wygód. Im brak przestrzeni, powietrza—a bawić się na podwórzu—przeważnie zabroniono. Po powrocie ze szkoły dziecko przebywa najczęściej zamknięte w mieszkaniu, co znajduje się w sprzeczności z potrzebami rozwoju młodego rosnącego ustroju.

Na zakończenie autor żąda stanowczo zaniechania na przyszłość budowy wielkich domów koszarowych, a narazie dopóki one, niestety, istnieją, stawia w imieniu Zw. lekarzy szkolnych następujące żądania:

1. Celem zapobieżenia niebezpieczeństwu powstawania i szerzenia się epidemji wśród dzieci mieszkających w wielkich koszarowych domach robotniczych dla licznych rodzin, zachodzi konieczność zastosowania surowych środków zapobiegawczych nie tylko w szkołach, w których gromadzi się jedynie część mieszkańców, lecz w samych tych domach u wszystkich lokatorów, dzieci małych i starszych, oraz osób dorosłych.

2. Z chwilą stwierdzenia choćby podejrzenia choroby u jednego z mieszkańców tych niefortunnych gmachów, należy dla uniknięcia rozszerzenia się choroby—chorego niezwłocznie zupełnie izolować.

**Dr. J. Typograf.**

**G. ICHOK. Walka z wyludnieniem we Francji.**

Archiv für Soziale Hygiene und Demographie zesz. 4, 1926

(drukowane jednocześnie w oryginale po francusku i w streszczeniu po niemiecku).

Potrzeba walki z wyludnieniem zyskuje we Francji coraz większe zrozumienie. Systematyczny spadek liczby urodzeń zauważa się tam od lat przeszło 100: gdy w okresie 1811/20 na 1000 mieszkańców przypadało urodzeń 31,8, a zgonów 26,1 w 1901/10 cyfry te wyrażały się jak 20,6 i 19,4. Jak z tego widać, choć wiek XIX i pierwsze 10-lecie wieku XX nie należały do pomyślnych pod względem urodzeń, to jednak przeważały one jeszcze nad liczbą zgonów. Dopiero od roku 1911 do 1919 włącznie, a zwłaszcza w okresie wielkiej wojny, liczba zgonów przeważa liczbę urodzeń. Wprawdzie od roku 1920 stosunki te znów się odwróciły, ale niestety już od roku 1921 zauważa się ponownie stopniowy spadek liczby urodzeń (w 1920 na 1000 mieszkańców urodzeń 21,3, w 1924—19,2) i wielkie straty poniesione w czasie wojny w materjale ludzkim nie zostaną pokryte, jak się tego spodziewano. Na ostatnim Congrès de la natalité w Clermont-Ferrand, który obradował w kilku sekcjach, zajmowano się b. szczegółowo tą sprawą. Sekcja prawna Kongresu powzięła uchwałę, aby grupa obrony urodzeń i rodziny (legroupe de défense de la natalité et de la famille) w izbie deputowanych i w senacie ujęła tę sprawę w swe ręce i możliwie jak najprędzej zrealizowała plan odpowiednich reform.

Sprawa popierania rodzin, posiadających dużo dzieci, jest punktem, co do którego sfery rządzące (les hommes au pouvoir) i zwolennicy popierania walki z wyludnieniem nie są zgodne, ci ostatni uważają bowiem, że nadmierne oszczędności w tym kierunku będą prowadziły do chybienia pożądanego celu.

Umiarkowany wniosek członków Kongresu domagał się aby premje zachęty narodowej (allocations d'encouragement national) wynosiły 360 fr. na czwarte dziecko, a na każde następne o 30 fr. więcej. Koszty związane z temi premjami należy czerpać z założonej w tym celu kasy (caisse de natalité). Wielu członków Kongresu domagało się, aby źródłem dochodu tych kas był specjalny podatek, nakładany na kawalerów i małżeństwa mające mniej jak czworo dzieci. Obecnie, w różnych departamentach, premje te są różne. Np. w Ariège dopiero 6-te dziecko daje prawo do otrzymywania

premji w sumie 100 fr., każde następne dziecko otrzymuje o 50 fr. więcej. Zato w Charente już na czwarte dziecko otrzymuje się 400 fr., na 5-te 600, 7-e 800, 8-e 1000 itd.

Domagano się również zmniejszenia podatków dla dużych rodzin i pokrycia wynikających ztąd strat przez większe opodatkowanie kawalerów i bezdzietnych.

Sprawę przypływu cudzoziemców, których w latach 1920—1923 emigrowało do Francji 600.652, uważano za b. pożyteczną, ze względu na związane z tem zwiększanie się ludności. W tym celu należałoby ułatwić naturalizację, obniżając przedewszystkiem koszty związane z nią. Byłoby to jednak zbyt wielką luką w budżecie i tak już obciążonym przez premje i ulgi podatkowe.

W sekcji ekonomicznej zwrócono uwagę na pomyślne wyniki osiągnięte przez kasy (caisses dites „decompensation"), wypłacające premje rodzinom (allocations familiales). W końcu roku 1924 było takich kas 160. W ciągu roku 425.000 dzieci otrzymało premje w ogólnej sumie przeszło 130 miljonów fr. Średnio w ten sposób otrzymała rodzina z 1 dzieckiem miesięcznie 15,73 fr. z 2 dzieci — 36,75, z 3 — 63,36, z 4 — 92,85, z 5 — 124,99 fr.

Ponieważ bez danych statystycznych nie można nawet w przybliżeniu oszacować kosztów, związanych z projektami, mającemi na celu pewne korzyści dla rodzin, obarczonych dużą liczbą dzieci, uchwalono zwrócić się do parlamentu o przyznanie kredytu w sumie fr. 300.000 na opracowanie danych ze spisu ludności w r. 1921 z punktu widzenia rodziny. Jednakże trudności budżetowe stanęły temu na przeszkodzie.

Sekcja nauczania uchwaliła wprowadzić propagandę rozmnażania (propagande nataliste) do nauczania oraz zmniejszyć opłaty szkolne dla dzieci z dużych rodzin, aby ułatwić im możność korzystania z nauki.

Zasadniczą cechą wszystkich projektów, mających na celu sprzyjanie wzrostowi ludności, było zmniejszenie ciężarów rodzinnych. Projekty sekcji higjeny mieszkań dążyły do tego samego celu, lecz drogą pośrednią. Mianowicie, Georges Risler przedstawił swój projekt dostarczania tanich mieszkań i wykazał jak ścisły związek istnieje pomiędzy liczbą urodzeń, a walką ze złemi mieszkaniami. Tanie i zdrowe mieszkanie pozwala na założenie rodziny i powiększenie jej.

Podobny Kongres odbył się w r. 1924 w Strasburgu; zajmowano się na nim m. in. sprawami podatków, układów rodzinnych w sprawie połomstwa, propagandy przeciw zachodzeniu w ciążę, zakazu poronień, reformy prawa spadkowego, rodzinnego dodatku mieszkaniowego (indemnités familiales), kas (caisses de compensation), poradni dla ciężarnych, walki z niemoralnością, chorobami wenerycznemi, kryzysem mieszkaniowym itd. itd.

Owe czysto teoretyczne wezwania w kierunku rozmnażania się, nie tylko nie znajdą oddźwięku w rozczarowanych masach, lecz i nikogo nie skłonią do założenia dużej rodziny w dzisiejszych niepomyślnych warunkach, tak pod względem higjenicznym, jak i społecznym. Należy wprowadzić w czyn szereg środków, które usuną ciężary przygniatające duże rodziny i zabezpieczą je od chorób i nieuniknionej śmierci.

**Dr. Henryk Rabinowicz.**

**C. POMIAN POŻERSKI. O składzie chemicznym, stanie fizycznym i roli fizjologicznej sosów.**

Bulletin de la Société Scientifique d'hygiene alimentaire et d'alimentation rationelle de l'homme. Tom XVI, Nr. 1, 1926.

Aby wzmocnić smak preparatów kulinarnych używamy w kuchni przetworów, którym nadajemy miano s o s ó w (jus); aby zmienić smak i nadać rozmaite wyglądy potrawom, używamy wytworów mniej lub więcej złożonych, przypraw gęstych, zwanych u nas również sosami (sauces).

S o s y. Są to przetwory proste, wytwarzane z mięsa przez dłuższe gotowanie jego.

W kuchni domowej sosy są samoistnym wynikiem przyrządzenia pewnych pokarmów. Przyrządzając kawałek cielęciny na patelni, poczynamy go obracać w maśle. Podczas tej operacji albuminy na powierzchni mięsa ścinają się, cukry ulegają karmelizacji— otrzymujemy jasno-żółty strup. Następnie zarumieniamy w tym samym tłuszczu cebulę i marchew, dodajemy wody, soli, przypraw i przykrywamy naczynie, w którem mięso się dusi. W wonnej parze mięso mięknie i pod wpływem temperatury około 100° ulega częściowej peptonizacji. Peptony i białczany przechodzą do płynu i w ten sposób powoli tworzy się sos. Gdy mięso jest gotowe, podaje się na stół wraz z sosem, który składa się z wody, białcza-

nów, peptonów, substancji wyciągowych, esencji z warzyw, korzeni oraz żelatyny, wytworzonej z mięsa.

W restauracjach sos nie zawsze towarzyszy temu mięsu, na którem go sporządzono. Aby zadość uczynić uczuciom smakowym klijenteli, aby nadać potrawom smak specjalny, restauratorzy dodają do potraw sosy stężone, t. zw. podstawowe (de fonds). Wytwarzanie tych potraw jest zabiegiem niezbędnym w technice spożywczej, specjalnie restauracyjnej. Najbardziej używane są podstawy: brunatna, t. zw. „estouffade" z kości i odpadków mięsa wołowego, biała z kości i nóżek (jarrets) cielęcych i kości drobiu. Podobnie przyrządza się również „zapach ryby", gotując ryby w białem winie.

Te sosy nadają kuchni restauracyjnej pewną obfitość smaków, nieznaną w kuchni domowej. Nadużywanie ich jednak szybko prowadzi do tego, że wszystkie potrawy mają jednakowy smak. Oto dlaczego kuchnia restauracyjna tak szybko „męczy". Dla pewnych osobników jest również toksyczny nadmiar substancji wyciągowych.

Przyprawy sosowe gęste dodaje się do pokarmów stałych, aby zmienić ich wygląd, smak i spoistość. Różnią się od sosów powyżej opisanych tem, że gdy ostatnie są zawsze (a przynajmniej w chwili spożywania) płynne, te mają spoistość pół-ciastowatą, pół-płynną. Większość ich są to polewki zagęszczone (liées). Zagęszczenie (liaison) jest zabiegiem zapomocą którego nadajemy pokarmom płynnym pewnej tłustości. Odróżniamy 3 zasadnicze typy przypraw:

1. Zagęszczane (liaison) z krochmalem. Przy ogrzewaniu krochmalu z płynem, otrzymujemy wytwór klajstrowy.

2. Zagęszczenie jajkiem. Żółtko rozcieńczone wodą, przy ogrzewaniu nabiera spoistości na-pół ciastowej. Korzystamy również z własności chemiczno-fizycznych żółtka surowego dla ułatwiania emulsji tłuszczów.

3. Zagęszczenie mieszane. Zagęszczanie mąką, mało jest cenione przez smakoszów, lecz ma tę zaletę, że jest tanie, podczas gdy np. używanie żółtka jest b. drogie. Dlatego w kuchni posiłkujemy się mieszanką, w której jedna substancja nadaje spoistość, a drobne ilości drugiej — smak.

Rola fizjologiczna sosów obydwóch kategorji. Przyrządzenie ich zmienia się wraz ze stroną świata i klimatu.

Nawet w tym samym kraju sosy północy różnią się od południowych. Np. we Francji przyprawy flamandzkie są ciężkie, tłuste, cukrzone, normandzkie — są na śmietanie, burgundzkie — na winie. Kuchnia baskijska używa szmalcu, prowansalska — oliwy.

Pod względem odżywczym sosy mają niezaprzeczalną wartość, są to wyciągi mięsne i jako takie obfitują w białczany, albuminy i kwasy aminowe. Duża ilość peptonów prawdopodobnie nadaje im własności pepsynotwórcze.

W krajach Dalekiego Wschodu, gdzie odżywianie jest jednostajne i ubogie w kwasy aminowe, czyni się je bogatszem przez używanie sosu, charakteryzującego kuchnie tych krajów.

W Indo-Chinach, Japonji i Chinach polewa się wszystkie pokarmy sosem z ryb, zwanym Nuoc-Mam lub Cho-Yeu. Są to sosy otrzymywane z niegotowanych ryb przez autolizę w 50 proc. roztworze soli kuchennej. Ryby, wielkości sardynek, układa się w beczki o przedziurkowanem dnie, soli się i trzyma miesiącami. Pod wpływem autolizy wytwarza się sok, spływający z dna beczki. Ten płyn zbiera się i ponownie polewa się nim ryby. Tak otrzymuje się sos, obfitujący w kwasy aminowe; polewa się nim wszystko, co się je — dodając do codziennego pożywienia niezbędne, brakujące mu elementy. Ten sos odgrywa rolę fizjologiczną.

W Anglji spożywa się dużo sosów, sprzedawanych w butelkach; są to wyciągi z mięsa, skorupiaków i roślin. Rola ich jest podobna do Nuoc-Mam. Dodają one kwasów aminowych do odżywiania angielskiego, tak obfitującego w gotowane i surowe warzywa.

We Francji sosy są nieznane w kuchni domowej; używa się ich tylko w restauracjach. Natomiast, obficie są używane przyprawy zgęszczone.

W odżywianiu codziennem sosy mają bezprzecznie znaczenie fizjologiczne, powodując większą rozmaitość odżywiania i czyniąc je bardziej artystycznem. Sosy pobudzają do jedzenia. Są to właśnie te czynniki, które powodują psychiczną sekrecję żołądkową.

To też i lekarz powinien znać ich skład i własności chemiczne, aby, przepisując djetę, nie opierał się na empiryzmie, lecz na racjonalnych i naukowych podstawach.

**Dr. Henryk Rabinowicz.**

**P. VIGNE i R. CREMIEU. W sprawie profilaktyki szkolnej krztuśca i błonicy.**

(Z XII-go Kongresu Higjeny).

L'Avenir Médical. 1826, Nr. 3.

Rozporządzenie ministerjalne z dn. 12 lutego 1912 r. w sprawie zapobiegania chorobom zakaznym w szkołach określiło dokładnie, w ciągu jakiego czasu musi przebywać w domu zarówno uczeń po przebyciu choroby, jak i dzieci, które się z nim stykały. Przepisy te, naogół racjonalne, zostały opracowane przez Conseeil Supérieur d'Hygiène. Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że dają one zupełną gwarancję z punktu widzenia profilaktyki. O ile jednak dzięki temu została pomyślnie załatwiona strona sanitarna zagadnienia, nie można bynajmniej powiedzieć tego o stronie pedagogicznej: nie wolno usuwać ucznia ze szkoły na szereg tygodni i miesięcy, o ile to nie jest bezwzględnie podyktowane wymogami higjeny. Otóż, autorom wydawało się, że dwa zagadnienia specjalne w powyższych przepisach ministerjalnych dałyby się z korzyścią zmodyfikować bez skazywania niektórych uczniów na długotrwałą kwarantannę. Chodzi tu mianowicie o artykuły rozporządzenia, dotyczące nosicieli zarazków błonicy oraz uczniów, chorych na krztusiec. Dotychczas dzieci, które pozostawały w kontakcie z choremi na błonicę, musiały przebywać poza szkołą w ciągu dni 15-tu, o ile badanie bakterjologiczne, dokonane u tych dzieci podejrzanych — dwukrotnie w 8-dniowych odstępach czasu — dawało stale wynik ujemny. O ile jednak hodowla dawała wynik dodatni, uczeń musiał przebywać poza obrębem szkoły dopóty, dopóki jedno z dokonywanych systematycznie co 8 dni badań bakterjologicznych nie dało wyniku ujemnego. Otóż, nosiciele zarazków nie mogą się od nich uwolnić pomimo seroterapji, stosowania energicznych płukań gardła i innych zabiegów. W ten sposób skazuje się ucznia na wielomiesięczny, przymusowy odpoczynek. To właśnie pragnęli autorzy poddać dyskusji. Gdyby można było z całą pewnością rozstrzygnąć, czy wyhodowane drobnoustroje są faktycznie prątkami błonicy, sprawa byłaby rozstrzygnięta. Wiadomo jednak, jakie trudności nastręczają się przy odróżnieniu prawdziwych prątków błonicy krótkich od podobnych do nich saprofitów, pozbawionych własności chorobotwórczych. Przeto autorzy jeszcze na Kongresie Higjeny

w r. 1922 porozumieli się w tej kwestji z wybitnym bakterjologiem, L. Martin, i postanowili, przynajmniej tytułem próby, uważać za podejrzanych tylko nosicieli zarazków długich i nie brać zupełnie pod uwagę hodowli, w których występują tylko drobnoustroje krótkie. W ten sposób, uczniowie-nosiciele prątków krótkich, którzy na zasadzie dotychczasowych przepisów byliby bezwzględnie usunięci ze szkoły, byli dopuszczeni do nauki w gronie kolegów. Doświadczenie wykazało, że to postępowanie było słuszne i autorzy nie stwierdzili ani jednego wypadku wybuchu epidemji szkolnej wskutek stykania się dzieci z nosicielami prątków krótkich. W r. 1919 np. stosując stary system, autorzy na 181 dzieci usunęli ze szkoły 116 dzieci, u których znaleziono prątki błonicze i rzekomo błonicze; w r. 1923, stosując system nowy, autorzy usunęli z pośród 200 badanych dzieci tylko troje, u których wykryli prątki długie. Wobec doświadczalnego stwierdzenia nieszkodliwości prątków krótkich, autorzy proponują, aby odpowiednie przepisy ująć w sposób następujący: „dzieci, które pozostawały w kontakcie z chorymi na błonicę, winny być usunięte ze szkoły, o ile badanie bakterjologiczne wykaże u nich obecność prątków średniej długości lub długich — i to aż do czasu, gdy hodowle dadzą zupełnie ujemne wyniki po odpowiedniem leczeniu; należy niezwłocznie zezwolić na uczęszczanie do szkoły dzieciom, o ile dwukrotne badanie w odstępach tygodniowych da wyniki ujemne lub stwierdzi obecność prątków o typie krótkim".

Kwestja druga, w której autorzy również proponują nowelizację przepisów, dotyczy terminu przymusowego przebywania poza szkołą uczniów, chorych na krztusiec. Prawo z r. 1912 wymaga, aby uczeń znajdował się poza szkołą w ciągu dni 30 od chwili zupełnego ustąpienia napadów kaszlowych, co ma być stwierdzone świadectwem lekarskiem. Dla wielu przeto uczniów, którzy zachowują napady kaszlu w ciągu paru miesięcy, jest to równoznaczne ze stratą półrocza. Jednak już przed laty 30-tu prof. Weill z Ljonu wykazał, że krztusiec jest zaraźliwy w okresie zwykłego kataru, gdy rozpoznanie jest jeszcze niemożliwe; zaraźliwość zmniejsza się znacznie z chwilą wystąpienia kurczowego kaszlu, a znika zupełnie w okresie późniejszym. To spostrzeżenie wyłącznie kliniczne pokryło się zupełnie danemi badania bakterjologicznego z chwilą, gdy poznaliśmy zarazek krztuśca i gdy udało się go wyhodować.

Badania Chievitz'a i Meyer'a wykazały, że ilość drobnoustrojów Bordet i Gengou zmniejsza się w wydzielinach z nosa i oskrzeli chorych na krztusiec w miarę trwania choroby i że zarazki te prawie we wszystkich przypadkach giną po miesiącu (od chwili stwierdzenia choroby). Opierając się na tem, autorzy, poczynając od roku 1922, usuwali ze szkół w Ljonie uczniów, chorych na krztusiec, na okres miesięczny, licząc od chwili wystąpienia napadów kaszlowych, a nie ich ustąpienia. I tu również nie stwierdzili ani jednego wypadku krztuśca, któryby zaliczyć można było na karb zbyt wczesnego dopuszczenia do szkoły rekonwalescentów po tej chorobie. Autorzy radzą więc zmienić odpowiednie przepisy, tak jak to się dzieje już w Danji — tej ojczyźnie postępu w dziedzinie higjeny społecznej.

**Dr. Z. Świder.**

**W. GOTTSTEIN. Ćwiczenia cielesne w wieku dziecięcym.**
Klinische Wochenschr. 1926, Nr. 35.

Zagadnienie stosowania ćwiczeń cielesnych u dzieci należy do dziedziny praktycznej i teoretycznej pedjatrji, albowiem pedjatrja jest tym działem medycyny, który bardziej, niż jakakolwiek inna dziedzina wiedzy lekarskiej, zajmuje się kwestją zapobiegania chorobom. Systematyczne badania lat ostatnich, dotyczące zwłaszcza zagadnień konstytucjonalnych, wykazały, w jak młodym już wieku występują pierwsze objawy zużycia się organizmu. Nasuwa się więc pytanie, czy istnieją środki po temu, aby przez systematyczne, dozowane odpowiednio do wieku, ćwiczenie dzieci można było wzmocnić należycie rozwijający się organizm dziecka i przygotować je do przyszłej walki o byt. Racjonalne stosowanie ćwiczeń wymaga unikania przemęczenia. Wszelka praca wymaga wykonywania ruchów skoordynowanych; pierwszym objawem zmęczenia będzie wystąpienie ruchów mimowolnych, niecelowych. Podjęcia kinematograficzne drwali wykazały właśnie, że z chwilą, gdy pracujący zaczyna odczuwać zmęczenie, występują pierwsze ruchy mimowolne. U dzieci małych baczna obserwacja lekarska wykazuje występowanie tych ruchów niecelowych już na początku ćwiczenia, co jest najlepszym dowodem, że dziecko albo nie umie wykonywać ruchów skoordynowanych, lub też że dane ćwiczenie jest dlań zbyt wyczerpujące. Kwalifikowanie dzieci do ćwiczeń na zasadzie wyglądu,

badań antropometrycznych i t. p. nie zawsze prowadzi do celu. Często na zasadzie tych pomiarów stwierdzamy astenję, gdy kierownik ćwiczeń zachwyca się tem „astenicznem„ dzieckiem, jako najlepszym ze swych uczniów, gdyż nie męczy się ono podczas wykonywania ciężkiej pracy tak szybko, jak inne dzieci. O wiele więc racjonalniej sprawę dozowania ćwiczeń poruczyć bystrej obserwacji doświadczonego kierownika. Nie znaczy to jednak, abyśmy nie mieli sposobów objektywnego, lekarskiego spostrzegania wydolności oraz granic wydolności tej u poszczególnych osobników. Do tych środków należy przedewszystkiem obserwowanie czynności oddechowej: jest ona *najczulszym wskaźnikiem* poczynającego się zmęczenia, a przeto i uszkodzenia mechanizmu koordynacji. Pomijając objektywne notowanie zaburzeń w czynności oddechowej zapomocą dokonywania pomiarów ilości zużywanego tlenu i wydalanego dwutlenku węgla, możemy stwierdzić, czy w danym wypadku występują już objawy zmęczenia, przez *obserwowanie sposobu oddychania*. Dzieci zdrowe, niezmęczone reagują na wysiłek fizyczny pogłębieniem oddechu, zmęczone i osłabione — przyśpieszeniem ilości oddechów na minutę. Poczyniono spostrzeżenia, że dzieci z odmą sztuczną, a zdrowem sercem bawią się ochoczo wkrótce po założeniu odmy; zarówno podczas zabawy, jak i wykonywania dość ciężkiej nawet pracy nie występuje u nich duszność. U dzieci tych również stwierdzono pogłębienie oddechu, a nie jego przyśpieszenie. U dzieci zdrowych, nietrenowanych, występują zaburzenia oddechowe po wykonaniu dopiero znaczniejszego wysiłku, co świadczy o możności stopniowego przystosowania czynności oddechowej do danego wysiłku. I tu ważnem jest podkreślenie faktu, że również dzieci z wązką klatką piersiową można przez racjonalne stosowanie gimnastyki oddechowej przygotować do wykonywania bez duszności znacznego nawet wysiłku. Kontrola tętna podczas wykonywania ćwiczeń mniej się nadaje do oceny czy dane ćwiczenia nie przewyższa wydolności dziecka, gdyż częstość tętna zależeć może od najrozmaitszych czynników, nie tylko od nadmiernego wysiłku. Dla dzieci astenicznych, które cechuje skłonność do bicia serca, zawrotów głowy i t. p. odpowiednie są ćwiczenia krótkie z długiemi pauzami, dla dzieci otyłych — ćwiczenia długie. Wreszcie, dla dzieci o dużej inteligencji, a niechęci psychicznej do ćwiczeń cielesnych, wskazane będą odpowiednie zajęcia rękodzielnicze.

Obserwowanie przez okres dłuższy dzieci, ćwiczących systematycznie, wykazuje szybszy wzrost i rozwój ciała; ćwiczenia te więc zapobiegają rozwinięciu się dzieci w ludzi wątłych, o wiotkiej muskulaturze.

U dzieci astenicznych niebezpieczeństwo przemęczenia jest szczególnie duże, gdyż mogą wystąpić nie tylko przemijające zaburzenia, ale i trwałe zmiany chorobowe. W pewnym przypadku, gdy grupa chłopców w wieku lat od 7 do 14 udała się na dłuższą, tygodniową wycieczkę, stwierdzono u uczestników tej wycieczki, którzy odbyli forsowne marsze, znaczną rozstrzeń serca; u połowy chłopców rostrzeń ta utrzymała się nawet po szeregu miesięcy od daty wycieczki. Jako pierwszy objaw zmęczenia podczas takich długich marszów występuje zaczerwienienie twarzy, jako objaw późniejszy — bladość wskutek zbierania się krwi w naczyniach jamy brzusznej oraz kłucie w boku — ból w okolicy śledziony. Zagadnienie zmęczenia i wyczerpania wskutek ćwiczeń cielesnych wiąże się z kwestją, w jakim stopniu wskazane są te ćwiczenia w stanach chorobowych; zajmuje się tem częściowo ortopedja. W dziedzinie gruźlicy metoda stosowania ćwiczeń zyskuje coraz więcej zwolenników; mają te ćwiczenia działać tu tak, jak naświetlania oraz nieswoista proteinoterapja.

**Dr. Z. Świder.**

**A. P. WOODS. Konserwacja mięsa przez ochłodzenie.**
(Journ. of the Royal Sanit. Institute. Listopad 1926).

Autor opisuje sposób konserwowania mięsa podczas transportu dodając krytyczne uwagi swe, które, zarówno jak opis, mogą stanowić dla nas ważne wskazówki zwłaszcza wobec zaniedbania w jakim znajduje się u nas produkcja mięsa.

Towarzystwo Highland Lassie było pierwszem z tych co sprowadzać zaczęły oziębione mięso z Argentyny, a przywóz czynił tak znaczne postępy, że gdy w r. 1900 sprowadzono 180 tonn mięsa, to w r. 1925 ilość mięsa wwiezionego doszła do 411700 tonn.

Zwierzęta przeznaczone na takie mięso eksportowe muszą być dobrze żywione i absolutnie wolne od chorób. Miejscowości z których pochodzi bydło znajdują się w Argentynie w różnej odległości od stacji chłodzenia, najwyżej zaś w odległości 150 mil angielskich. Z bliskich miejscowości bydło przybywa pieszo, z dalszych —

w wagonach kolei żelaznych, wyłącznie do tego wygodnie przystosowanych, z przedziałami i kurytarzem oraz ze znakomitą wentylacją i z pojemnością obliczoną na sztuki aby uniknąć ciasnoty. Po przybyciu na stację chłodzenia zwierzęta odpoczywają na trawie i następnie w oborze utrzymują się i karmią w ciągu 48 godzin, poczem otrzymują tylko wodę w ciągu jednego dnia; potem otrzymują kąpiel natryskową orzeźwiającą. Zwierzęta zabijane są w oddzielnych klatkach zapomocą uderzenia młotem płaskim. Po zabiciu, wypaproszeniu i poćwiartowaniu mięso w tuszach ulega zbadaniu weterynaryjnemu, obmywa się, oczyszcza i osusza; do omywania używa się zwykle wody dystylowanej lub przegotowanej. Obydwa te zabiegi są niezmiernie ważne, gdyż w czasie transportu zwłaszcza niektóre części jak okolica ogonowa, nerkowa lub podgarle ulegać mogą spleśnieniu. Chłodzenie mięsa w chłodniach odbywa się stopniowo w dwóch fazach, jako przedwstępne i ostateczne, w tej ostatniej fazie przy 33 st. F. (około 0,5° C.) wogóle unikając zamrożenia, które zniża wartość produktu. Kamery w których mięso umieszcza się na okręcie podlegają staranemu oczyszczeniu i ochłodzeniu do 24—25° F. (—4° C.) poczem jeszcze dezynfekują się tym lub owym sposobem nie pozostawiającym zapachu.

**J. PIQUE. O przechowywaniu i przewożeniu jaj.**
(Journ. of the Royal San. Inst. XI — 1926).

Największy wpływ na jaja wywiera powietrze bezpośrednio je otaczające, od którego własności zależy rozkład chemiczny i narost pleśni; wytwarza się ona na skorupie jaj przy 30° F. jeżeli wilgotność powietrza przekracza 85%, przy 40° F. jeżeli wilgotność wynosi 70° zaś przy 50° F. (10° C) jeżeli wilgotność wynosi 55%. Jeżeli niema ruchu powietrza dokoła jajka, to wilgoć wytwarza się z powodu parowania wody przez skorupę. Rozwojowi grzybków pleśniowych sprzyjają brudne paki, w których mieszczą się jaja. Również rozwija się wilgoć w wypadkach zmiany ciepłoty podczas ładowania i przechowywania jaj, mianowicie przejść od zimnej do ciepłej temperatury. Powyższe warunki należy mieć zawsze na względzie oraz również pamiętać, że podczas przechowywania i transportu jaj mogą one łatwo nabierać woni z otoczenia; dlatego też należy unikać użycia do opakowania materjałów wonnych,

np. siana. Łatwo udziela się jajkom woń owoców; np. pakowane razem z pomarańczami jaja nabierały zapachu pomarańcz w ciągu pięciu dni przy ciepłocie 56° F. (13° C.) zaś w ciągu siedmiu dni przy ciepłocie 22° F. (0° C.); zapach przyjmuje głównie żółtko. Za najważniejszą wskazówkę do przechowywania jaj uważa autor zachowanie czystości składów i pak.

**FRANKLIN KIDD. Prawidłowy przewóz owoców.**
(Journ. of the Roy. San. Inst. XI — 1926).

Sprawa przechowywania i transportu owoców jest bardzo skomplikowaną wobec rozmaitej przyrody przedmiotów i licznych systemów postępowania od czasu zbioru do chwili spożycia. Najważniejszą wskazówkę postępowania stanowi fakt, że owoc zerwany nie jest martwym i konserwuje się w stanie życia; stan ten w niektórych przypadkach bywa nader kruchy, w innych niezmiernie silny. Owoce wogóle w czasie przechowywania dojrzewają i dojrzewanie to odbywa się przez cały okres przechowania lub transportu; owoc świeży znaczy owoc żywy. Dla zachowania zaś prawidłowych warunków życia niezbędną jest pewna ciepłota i pewien skład powietrza. Co się tyczy ciepłoty, to proces życiowy dojrzewania bywa dwa razy szybszy przy ciepłocie 70° F. (21° C.) jak przy 32° F. (0° C.). Tydzień czasu przy 90° F. odpowiada 8—12 tygodniom przy 32° F. Nadto zważyć należy, że najlepszemu zapachowi i smakowi owocu odpowiada dojrzewanie przy pewnej ciepłocie; np. niektóre rodzaje gruszek najlepsze mają cechy dojrzewając przy 60—70° F. i o ile przeznaczone są one do długiego przechowania, najlepiej jest utrzymywać je przy najniższej ciepłocie przy której nie marzną jeszcze, w stanie twardym i zielonym, a następnie w odpowiedniej chwili podwyższyć ciepłotę do 60—70° F. Utrzymywanie zaś owoców przez długi czas przy ciepłocie zbyt nizkiej lub zbyt wysokiej wywołuje choroby i nawet śmierć owocu.

Co się tyczy składu powietrza, to doświadczenia wykonane przez autora oraz d-ra Westa i M. Kidda w Urzędzie badania żywności w Cambrige wykazały że okres dojrzewania jabłek znajduje się w prostym stosunku do koncentracji tlenu i w odwrotnym do ilości kwasu węglowego. Owoce oddychają, t. j. wchłaniają tlen

i wydzielają kwas węglowy, wytwarzając przytem ciepło, niezbędną więc jest wentylacja i utrzymywanie owoców w jednolitej ciepłocie.

Oprócz wreszcie kontroli składu powietrza odnośnie do ilości tlenu i kwasu węglowego, niezbędną jest kontrola wilgotności. Żywe owoce utrzymują w sobie wodę oraz rozpuszczony cukier, kwasy i t. p., martwe tracą tę własność i sok wycieka z nich. Nadto wiele owoców nie wysycha ponieważ powierzchnia ich składa się z mało przepuszczalnej twardej skóry. Ważnem jest też unikanie uszkodzenia owoców i pod tym względem pakowanie mechaniczne daje większą gwarancję niż ręczne.

## PRZEGLĄD BIBLJOGRAFICZNY

**Dr. med. Fr. K. Cieszyński.** *Higjena noworodka i niemowlęcia.* Warszawa, 1926.

Na 80 stronach formatu wielkiej ósemki autor wykłada w sposób popularny higjenę noworodka i niemowlęcia, na zasadach ściśle nowoczesnych, ilustrując wykład 20 starannie wykonanemi obrazami.

Największą uwagę poświęca dr. C. czystości i zabezpieczeniu od zarażenia dziecka. Główne działy są następujące: Otoczenie dziecka, pielęgnowanie skóry, ubranie i posłanie, odżywianie, mieszkanie, powietrze i słońce, ruch, zabawa i sen, wreszcie wychowanie, ze zwróceniem uwagi na zakorzenione u nas błędy w pielęgnowaniu niemowląt.

Niewątpliwie, książka d-ra Cieszkowskiego należy do najlepszych i najpotrzebniejszych wydawnictw z naszej higjeny popularnej.

**Mieczysław Hamburgier.** *Śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc w Krakowie od 1900 do 1913 r.* Odbitka z „Gruźlicy" Nr. 4 r. 1926.

Praca zawiera zestawienie śmiertelności z gruźlicy i zapalenia płuc w Krakowie za okres 14 lat. Autor podaje liczby bezwzględne dla całego Krakowa i osobno dla dwóch terytorjów: dzielnice dawne i dzielnice nowe; następnie wykonuje badanie statystyczne lege artis i w zakresie szerszym, niźli to się robi zwykle, mianowicie, autor nie ogranicza się do wyprowadzenia liczb stosunkowych

i oszacowania stopnia dyspersji szeregów statystycznych „na oko", lecz wykonywa żmudną pracę obliczenia współczynników korelacji. W ten sposób autor unaocznia stosunek współzależności, zachodzącej pomiędzy badanemi zjawiskami. Mianowicie współczynnik korelacji (r) pomiędzy śmiertelnością z gruźlicy a z zapalenia płuc dla całego Krakowa wynosi + 0.75; na terytorjum dawnych dzielnic r = + 0.61, dla nowych zaś dzielnic r = + 0.79.

Przed rozpoczęciem opracowania statystycznego autor sprawdził materjał za pomocą rachunku prawdopodobieństwa (wzór Poisson'a i tablica Dawidow'a) i przekonał się, że materjał nadaje się do takiego opracowania. Niestety bardzo często statystycy, zwłaszcza lekarze, zapominają o probierzu matematycznym i dlatego nieraz operują materjałem niedostatecznym lub wadliwym. Dlatego też ostrożność i oględność autora może być postawiona za przykład dla mniej doświadczonych badaczy z dziedziny statystyki.

W końcu pracy autor wyprowadza równania linij regresji i podaje graficzną interpretację tych równań.

Za takie naukowe opracowanie chociaż i drobnego zagadnienia statystyki sanitarnej zasługuje autor na wielkie uznanie u tych statystyków, którzy hołdują szkole matematycznej.

---

## KRONIKA

### Z Komitetu Redakcyjnego „Zdrowia".

W dniu 23 listopada r. z. odbyło się posiedzenie Komitetu Redakcyjnego naszego pisma, w którem oprócz członków z Warszawy, wzięli udział przybyli z innych miast: prof. Gądzikiewicz z Krakowa, prof. Karaffa-Korbutt z Wilna i dr. Skalski z Łodzi. Po zdaniu sprawy przez Redaktora z przebiegu spraw redakcyjnych w roku 1926, odbyła się dyskusja dotycząca kierunku i objętości pisma oraz porządanych ulepszeń. Charakter i kierunek pisma uzyskały zupełną aprobatę obecnych. Zamiana na tygodnik uznaną została za przedwczesną. Za niezbędne uznano jednogłośnie poczynienie dalszych starań o korespondencje i wzmianki o postępach higjeny z całej Polski. Obecni uznali, że Członkowie Komitetu Redakcyjnego, oprócz obowiązku zapisania się na członków Towarzystwa (nie wszyscy bowiem są członkami), winni zasilać pismo artykułami lub wzmiankami oraz wziąć udział w propagowaniu „Zdrowia".

Postanowiono wydać na 1 stycznia numer okazowy i prosić Naczelników Wydziałów Zdrowia w województwach oraz Związek miast i Związek sejmików o rozesłanie jego.

## Wystawa sanitarno-higjeniczna w Warszawie.

Połączona z IV międzynarodowym kongresem Medycyny i Farmacji Wojskowej Wystawa sanitarno-higjeniczna odbędzie się w Warszawie w czasie od 30 maja do 20 czerwca roku bieżącego (1927). Znajduje się ona pod protektoratem Prezydenta Rzeczypospolitej i mieścić się będzie w kilku budynkach należących do szpitala Ujazdowskiego na terenie oficerskiej służby sanitarnej. Skład Komitetu honorowego ustalony został jak następuje: Pierwszy Marszałek Polski, marszałkowie sejmu i senatu, prezes Rady Ministrów i wszyscy ministrowie, podsekretarz stanu Min. Spraw Wewnętrznych, Generalny dyrektor służby zdrowia i prezes polskiej Akademji Umiejętności.

Komitet organizacyjny powołany przez Ministra Spraw Wojskowych składają

Prezes gen. bryg. dr. med. Horodyński, wice-prezesi: Paweł Krupiński i prof. Br. Koskowski, sekretarze płk. Sokolewicz i dr. H. Kucharzewski; skarbnik płk. dr. Kobos, członkowie: płk. dr. Pracki, ppłk. Boczkowski, ppłk. Staszewski, kpt. inż. Klonowski, dyr. Gessner, dyr. Fr. Karpiński, dyr. Młodzianowski, inż Norweth, dr. Polak, prof. dr. Rapczewski, inż. Rudolf Stef., inż. Rudolf Zyg., dr. Vacqeret, dr. J. Zawadzki.

Do prezydjum działów powołani zostali:

Dział wojskowo-sanitarny polowy: płk. Praski i ppłk. Boczkowski.

Dział naukowo-szpitalny: dr. Zawadzki Józef.

Dział urządzeń sanitarno-higjenicznych: prof. dr. Rapczewski i dr. J. Polak

Dział chemiczno-farmaceutyczny i apteczny: prof. Koskowski.

Dział przyrządów i narzędzi lek. i dentystycznych dr. H. Kucharzewski.

Dział sprzętu szpitalnego dyr. Młodzianowski.

Dział weterynaryjny (vacat).

Przewidziane są ulgi kolejowe i celne dla wystawców.

## Z życia miast.

Pod powyższym tytułem miesięcznik „Samorząd miejski“ umieszczać zaczął stale krótkie wiadomości o różnych faktach z działalności zarządów miast a w liczbie stałych działów figuruje też higjena i wychowanie fizyczne. W zeszycie październikowym znajdujemy wzmianki o następujących faktach ważniejszych w tym dziale:

W Bydgoszczy Rada miejska uchwaliła udzielać pożyczki krótkoterminowe właścicielom domów, po 700 złotych na połączenia domów z kanalizacją i wodociągiem.

W Łodzi przy Wydziale zdrowotności publicznej powstała sekcja walki z rakiem i utworzyła w mieście pierwszą przychodnię przeciwrakową dla leczenia, propagandy i badań naukowych.

W Siedlcach Rada miejska uchwaliła wypłacić miejscowemu Towarzystwu przeciwgruźlicznem 8000 złotych zapomogi.

W Warszawie Wydział techniczny Magistratu przystąpił do przebudowy b. fortu w Szczęśliwicach na stadjon sportowy, zaś na terenie miejskiego sanatorjum w Otwocku postanowił założyć park leśny. Wreszcie przyznał Magistrat zapomogę 6000 zł. dla szkolnej Ligi przeciwgruźliczej.

### 25-letni jubileusz Domu Zdrowia p. n. „Pomoc Bratnia" w Zakopanem

Koło Przyjaciół Akademika Polskiego w Zakopanem urządza w dniu 3 i 4 stycznia r. b. obchód jubileuszowy rzeczonej instytucji. Do udziału w Zjeździe tym zaprosił Komitet liczne instytucje społeczne. Program Zjazdu obejmuje:

W dniu 3 stycznia od godz. 8 do 11 wieczorem zebranie towarzyskie w restauracji „Tatrzańskiej". W dniu 4 stycznia: po mszy zwiedzenia Domu Zdrowia „Bratnia Pomoc", oraz wzorowego sanatorjum nauczycielskiego, o godz. 12-ej Zebranie Zjazdu w Domu Zdrowia „Bratnia Pomoc": zagajenie przez prezesa Koła d-ra Józefa Żychonia, przemówienia delegatów, dyskusja o zadaniach przyszłości i zakończenie Zjazdu; o godz. 9-ej raut w salach sanatorjum Czerwonego Krzyża.

Przedmiotem rozpraw będzie sprawa rozszerzenia pomocy leczniczej dla młodzieży zagrożonej lub cierpiącej na gruźlicę, a w szczególności sprawa rozszerzania sanatorjum przez wybudowanie pawilonu na 100—150 łóżek.

### Konkurs na pracę naukową z zakresu choroby raka lub w ogóle nowotworów złośliwych.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie rozpisuje konkurs im. Dra Leona Krzemieckiego na pracę naukową z zakresu choroby raka lub w ogóle nowotworów złośliwych. Warunki konkursu są następujące:

1. Praca ma być z zakresu anatomji, biologji lub kliniki choroby raka lub innych nowotworów złośliwych.
2. Autorem pracy musi być doktór wszech nauk lek., medycyny lub lekarz dyplomowany, który niewcześniej, jak w listopadzie r. 1916 uzyskał dyplom odnośny.

Nagroda wynosi 300 zł. Ostatni termin nadsyłania rękopisów upływa z dniem 1 listopada 1927. Rękopisy należy przesyłać pod adresem: Prof. Dr. W. Nowicki, Lwów, Piekarska 52.

### Zjazd lekarzy miejskich i działaczy sanitarnych.

W wydziale zdrowia m. st. Warszawy odbyło się posiedzenie w sprawie urządzenia Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich. Na posiedzeniu tem wyrażono zdanie, że zjazdy takie odbywać się powinny co dwa lata. W roku bieżącym Zjazd odbędzie się w Łodzi ewentualnie w miesiącu kwietniu. Na porządku dziennym umieszczono tematy głównie obchodzące m. Łódź i pokrewne jej miasta przemysłowe, a mianowicie: hygjenę przemysłu, walkę z dymem, stan sanitarny m. Łodzi i województwa łódzkiego. Na prezesa Komitetu organizacyjnego obrano dra Boguckiego, na vice-prezesów, pp. Prezydenta m. Łodzi Cynarskiego i Prof. Karaffa-Korbuta, na sekretarza dra Budzińską-Tylicką, na zastępcę sekretarza dra Heflicha. Ostateczną decyzję co do urządzenia i terminu Zjazdu pozostawiono Zarządowi m. Łodzi.

### Od Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zakład Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego przystąpił do sporządzenia i wydania *Polskiej Bibliografji Higjenicznej* od roku 1890 do chwili obecnej. Wobec tego uprasza się wszystkich autorów prac i publikacji w najszerszym zakresie higjeny łącznie z epidemjologią, o łaskawe nadsyłanie do *Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kraków, ul. Lubicz 42)*, dokładnych tytułów wymienionych prac ze wskazaniem miejsca i czasu wydania. Zwłaszcza chodzi o prace, które nie były zamieszczone w rozpowszechnionych czasopismach. (Zdrowie, Przegląd higjeniczny i t. p.).

Prof. dr. **Witold Gądzikiewicz.**

P. S. Uprasza się inne czasopisma o przedrukowanie.

### Skony na choroby zakaźne w październiku 1926.

| | OGÓŁEM (bez przyjezdnych) | W T E M | | | | przyjezd. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Męż. | Kobiet | Chrześc. | Żydów | |
| Dur brzuszny . . . . . | 30 | 17 | 13 | 25 | 5 | 4 |
| „ rzekomy . . . . . | 1 | | 1 | 1 | | |
| Odra . . . . . | 1 | 1 | | 1 | | |
| Płonica . . . . . | 81 | 43 | 38 | 59 | 22 | 4 |
| Błonica . . . . . | 7 | 5 | 2 | 6 | 1 | 4 |
| Grypa . . . . . | 5 | 3 | 2 | 5 | | |
| Cholera swojska . . . | 1 | 1 | | 1 | | |
| Czerwonka . . . . . | 5 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| Śpiączka . . . . . | 1 | 1 | | 1 | | 1 |
| Róża . . . . . | 5 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| Drętwica . . . . . | | | | | | |
| Gruźlica płuc . . . . | 129 | 59 | 70 | 107 | 22 | 21 |
| „ opon mózg. . . | 35 | 13 | 22 | 26 | 9 | 4 |
| „ innych narząd. | 8 | 2 | 6 | 7 | 1 | 3 |
| Razem . . . | 309 | 150 | 159 | 247 | 62 | 43 |

### Mieszkania dla ubogich.

Panna M. Galton, dyrektorka instytucji p. n. „Własność klas pracujących“ w Londynie usiłuje rozwiązać problemat lokali dla klas najuboższych, a zatem pozbawianych możności posiadania lokalu czy to drogą zakupu, budowy współdzielczej i t. p. Do ludzi doznających takich trudności zalicza ona i świeżo zawarte małżeństwa.

Z trzech sposobów dostarczania mieszkań dla tej klasy ludzi — budowanie domów koszarowych, dopłacanie przez instytucje dobroczynne i zużytkowywanie starych, przeznaczonych do rozbiórki budowli, uważa ona trzeci sposób za jedynie wykonalny na szerszą skalę. Domy niezdatne do zamieszkania

można uczynić zdatnemi, spożytkowując na to czy to fundamenta jeszcze mocne, czy ściany, czy urządzenia wodociągowe lub kanalizacyjne, przyczem osiągnięte oszczędności w porównaniu z budową nowych domów, dają możność ustalenia znacznie mniejszych cen lokali, niż w domach nowych.

### Ze statystyki śmiertelności w Stanach Zjednoczonych.

Office Internationale d'Hygiene Publique № 8, 1926 podaje dane porównawcze, dotyczące najważniejszych przyczyn śmierci w l. 1920 i 1924 w Stanach Zjednoczonych.

W roku 1920 na 1-em miejscu stała śmiertelność z gruźlicy, dająca 11,5% ogólnej liczby skonów, w r. 1920 spadła ona na 5-te miejsce i wynosi 7,62%. Na 2-em miejscu w r. 1920 stoi zapalenie płuc — 10,3%, które w r. 1924 daje mniejszą liczbę skonów, bo 8,3% lecz zachowuje swe kolejne miejsce. 3-cie miejsce w r. 1920 zajmowały sprawy nieżytowe żołądka i jelit (diarrh. et enter.— 7,6%), które w roku 1924 zajmują 9-te miejsce 2,94%. 4-te miejsce w r. 1920 zajmowały choroby serca — 7,5%, w r. 1924 zajmują one 1-sze miejsce 15,1%. Na 5-em miejscu w r. 1920 stały choroby nerek — 7,5%, które dając w r. 1924 mało co większą śmiertelność — 7,56% stoją na 6-em miejscu. 6-te miejsce w r. 1920 zajmowały wady wrodzone i choroby pierwszego dzieciństwa — 5,0%, które w r. 1924 wynoszą 6,6%, lecz zajmują 7-me miejsce. 7-me miejsce w. r. 1920 zajmowały wypadki i inne nieokreślone przyczyny zewnętrzne — 4,8%, w r. 1924 dają one 6,45%, mimo to zajmują 8-me miejsce. 8-me miejsce zajmowały w r. 1920 udary mózgowe (hemorrh. cer.) — 4,8%, w r. 1924 zajmują one 3-cie miejsce 7,85%. 9-te miejsce zajmowały w r. 1920 rak i nowotwory złośliwe — 3,6%, które w roku 1924 zajmują aż 4-te miejsce — 7,75% (na 100.000 mieszkańców przypadało skonów na nowotwory złośliwe w r. 1900 — 63,6: 1910 — 76,2: 1920 — 83,4, 1924 — 92,0).

### W sprawie przymusowego strzyżenia.

W lipcu r. 1926 jedna z uczennic szkoły miejskiej w Paryżu, wróciła do domu po lekcjach z ostrzyżonemi włosami, nadmieniając, że strzyżenie odbyło się z rozkazu nauczycielki. Zapytany przez rodziców prefekt Sekwany, na podstawie jakich praw czy przepisów władze szkolne mogą rozporządzać dziećmi w odnośnych wypadkach, oznajmił, że lubo w danym wypadku wykonano strzyżenie jako niezbędne w interesie czystości dziecka, władze miejskie zostały poinformowane, że nie mogą dokonywać podobnych operacji bez zgody rodziców. (La Médecina scolarie N-o 11—1926).

### Mechanizm głodu.

Według poszukiwań Dresel'a i Rostmanna okazało się, że uczucie głodu pochodzi że zbytniej kwaśności krwi i znika natychmiast po wstrzyknięciu do żyły środków alkalicznych. Badania powyższe tłumaczą zjawisko bolesnego uczucia głodu przy pewnych cierpieniach zarówno żołądkowych jak nerwowych nie odpowiadających niedostatecznemu odżywianiu. (Bul. de la Soc. d'Hyg. alimentaire N-r 6—1926).

MINISTERSTWO
SPRAW WEWNĘTRZNYCH
Nr. Z. Z. 9850/26.
Z. 15.

*Warszawa, m. października 1926 r.*

**Przepisy lekarskie o badaniu i rozpoznawaniu jaglicy.**

# Okólnik

*Do*

*Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.*

Sposób badania i rozpoznawania, oraz postępowania z chorymi na jaglicę, przy prowadzeniu społecznej walki z tą chorobą, nie może być pozostawiony całkowicie do swobodnego uznania poszczególnych lekarzy, ale opierać się winien na pewnych przepisach i normach, ogólnie obowiązujących, gdyż tylko takie jednolite postępowanie zapewnić może należyte wyniki szerszej akcji.

W roku 1924 (14 grudnia 1924 r.) Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zaprosiła do Krakowa na specjalną międzyministerialną konferencję w sprawie organizacji walki z jaglicą w Polsce także profesorów okulistyki wszystkich uniwersytetów polskich celem ustanowienia zasadniczych kryterjów rozpoznawczych, któremi mają się kierować lekarze przy społecznej akcji zwalczania jaglicy. Na podstawie uchwał tej konferencji Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych opracował przepisy dla lekarzy w sprawie sposobu dokonywania przeglądów i badania w kierunku jaglicy, które mają na celu ujednostajnienie postępowania w tym zakresie.

Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zwraca się przeto z prośbą do Pana Wojewody (Pana Komisarza Rządu), aby zechciał polecić wszystkim lekarzom urzędowym, samorządowym i lekarzom instytucji społecznych oraz tym, którzy prowadzą lub mają styczność ze społeczną walką z jaglicą, ścisłe przestrzeganie załączonych przepisów przy wykonywaniu swoich obowiązków.

Dołączone przepisy stanowią uzupełnienie wytycznych walki z jaglicą, podanych w poprzednich okólnikach (L. Z. Z. 2408/26, Z. Z. 5806/26 i Z. Z. 7838/26).

Celem umożliwienia zapoznania się lekarzy urzędowych innych ze współczesnemi poglądami na jaglicę, Departament Służby Zdrowia dołącza odpowiednią ilość egzemplarzy broszury p. t. „Jaglica", którą zechce Pan Wojewoda polecić rozesłać lekarzom powiatowym po jednym egzemplarzu. Broszura ta napisana została przez prof. K. Majewskiego, a wydana przy współudziale Ministerstwa Spraw Wewnętrznych; Departament Służby Zdrowia zaleca tę broszurę, jako wyrażającą uzgodnione poglądy wybitnych okulistów polskich (konferencja Krakowska) do użytku lekarzy.

**Wroczyński.**
Generalny Dyrektor Służby Zdrowia

**W sprawie rozszerzenia sanatorjum „Bratniej Pomocy“ w Zakopanem**

*Od Koła przyjaciół Akademika Polskiego w Zakopanem otrzymujemy następującą odezwę:*

*Do*
*Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego*
*w Warszawie*

W porozumieniu z Ogólnopolskim Związkiem Bratniej Pomocy prowadzimy akcję, zdążającą do zrealizowania tak dziś pickącej sprawy rozbudowy Domu Zdrowia. Wniosek odnośny ma być postawiony na zjeździe Og. P. Zw. Br. Pomocy, który się odbędzie w Zakopanem w stycznia roku 1927. Wpływy z opłat na fundusz i pomoc w naturze w 1924/5 r. wyniosły we wszystkich wyższych uczelniach Polski około 400.000 zł. Proponowane opodatkowanie tego funduszu na rzecz rozbudowy Domu Zdrowia wyniesie około 40.000 zł. rocznie.

Wzmiankowaną odezwę wydrukowaliśmy w 1.200 egzemplarzach i rozesłaliśmy do Rektorów i Zarządów Kas Chorych, wyższych uczelni, do 250 organizacyj z prośbą o poparcie naszego postulatu.

Ponieważ opinja czynnika tak miarodajnego w tej sprawie, jak Warszawskie Towarzystwo Higjeniczne, będzie niewątpliwie dla naszych poczynań decydującą, pozwalmy sobie prosić o łaskawe poparcie poruszonej sprawy w Ministerstwie W. R. i O. P. w Radzie Naczelnej Pomocy Młodzieży Akademickiej (Warszawa, Kopernika 41), w Prezydjum Og. Pol. Zw. Br. Pomocy i w senatach wyższych uczelni.

Żywimy nadzieję, że Warszawskie Towarzystwo Higjeniczne z uwagi na doniosłość społecznego znaczenia walki z gruźlicą, szerzącą się wśród akademików, choćby ze względu na ulokowany w ich wyższem wykształceniu poważny kapitał, prośbie naszej nie odmówi i powagą swej ważkiej opinji zechce nam dopomóc do zrealizowania rozbudowy do rozmiarów dzisiejszej potrzeby, tak ważnej na tem polu placówki, jaką jest Dom Zdrowia „Bratnia Pomoc“ w Zakopanem, jedyne sanatorjum dla chorych na gruźlicę polskich akademików wszystkich wyższych uczelni.

Kuracjusze Domu Zdrowia „Bratnia Pomoc“ w Zakopanem.

Komitet Organizacyjny.
**H. Olchowicz, S. Wrocewski**

*Zakopane, 21 listopada 1926 r.*

Sprawę powyższą polecamy wszystkim odnośnym instytucjom jako niewątpliwie należącą do najpilniejszych dla nas spraw zdrowia społecznego.

**Liga Narodów wobec zagadnień Higjeny międzynarowej.**

Na temat powyższy wygłosił Dyrektor Sekcji Higjeny w Lidze dr. Ludwik Rajchman w dniu 25 listopada w sali Państwowej Szkoły Higjeny odczyt podając ogólny szkic zadań i programy sekcji.

### Walka z alkoholizmem.

W dniu 14 listopada odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny w obecności Pani Prezydentowej Mościckiej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych d-ra Sławoj-Składkowskiego uroczyste otwarce urządzonej przez Stowarzyszenie „Trzeźwość“ Wystawy antialkoholicznej, poprzedzone przemówieniem wstępnem dyr. szkoły p. d-ra Chodźki, przemówieniem p. Jakóba Glassa, przedstawiciela Zarządu Towarzystwa „Trzeźwość“ oraz d-ra Wroczyńskiego, Gen. dyr. służby zdrowia. Wystawa mieści się w dwóch salach szkoły i zawiera liczne tablice statystyczne oraz propagandowe.

### Uczczenie 50-lecia pracy lekarskiej d-ra Maksymiljana Certowicza.

W dniu 18 grudnia o godzinie 8 wieczorem odbył się w zapełnionej przez członków Wydziału Zdrowia oraz członków Towarzystwa Higjenicznego Obchód Jubileuszowy ku czci d-ra C e r t o w i c z a, lekarza sanitarnego m. st. Warszawy Członka honorowego naszego Towarzystwa.

Pierwszy złożył hołd w imieniu Zarządu stolicy wice-prezydent miasta, dr. Rottermund. Następnie przemawiali: dr. Polak w imieniu Towarzystwa Higjenicznego, dr. Bączkiewicz — w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej, dr. Maleciński w imieniu lekarzy sanitarnych, dr. Wolberg w imieniu lekarzy i obywateli włocławskich, insp. Mackiewicz w imieniu lekarzy weterynarji, p. Grabowski w deputacji z p. Ambrożewiczową w imieniu urzędników Wydziału Zdrowia ks. proboszcz Dąbrowski z Ochoty w imieniu parafjan oraz p. Giter w imieniu ludności żydowskiej okręgu Ochota. Ostatni przemawiał Naczelnik Wydziału Zdrowia, dr. Bogucki na temat wysokiego powołania lekarzy, których typem w najlepszem znaczeniu jest jubilat.

Życzenia złożył dr. Polak również małżonce jubilata, obecnej na uroczystości. W obchodzie uczestniczyła podobnież najbliższa rodzina pp. Certowiczów.

W odpowiedzi na przemówienia wzruszony jubilat dziękował pięknem przemówieniem wierszem.

Po tej uroczystości odbyła się w hotelu angielskim wydana na cześć jubilata uczta koleżeńska o zarówno podniosłym jak wesołym nastroju uczestników.

O zasługach jubilata czytelnicy Zdrowia mieli szczegółową relację w poprzednim zeszycie pisma.

## T R E Ś Ć.

Program i Regulamin V Ogólnego Zjazdu higjenistów polskich w Poznaniu w dniu 28, 29 i 30 czerwca 1927 roku. — Dr. J. Polak: Od Redakcji. — Inż. Słomiński: O budowie i utrzymaniu ulic m. st. Warszawy. — Dr. B. Ostromęcki: Organizacja komunalnej służby zdrowia na terenie województwa Kieleckiego. — **Dział sprawozdawczy:** Dr. L. Dufestel: Zapobieganie chorobom zakaźnym w tanich mieszkaniach robotniczych licznych rodzin. — G. Ichok: Walka z wyludnieniem we Francji. — C. Pomian Pożerski: O składzie chemicznym, stanie fizycznym i roli fizjologicznej sosów. — P. Vigne i R. Cremieu: W sprawie profilaktyki szkolnej krztuśca i błonicy.—W. Gottstein: Ćwiczenia cielesne w wieku dziecięcem.—A. K. Woods: Konserwacja mięsa przez ochłodzenie —J. Piquê: O przechowywaniu i przewożeniu jaj.—Franklin Kidd: Prawidłowy przewóz owoców.— **Przegląd Bibljograficzny:** Dr. med. Fr. K. Cieszyński: Higjena noworodka i niemowlęcia.—M. Hamburgier: Śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc w Krakowie.— **Kronika:** Z Komitetu Redakcyjnego „Zdrowia".— Wystawa sanitarno-higieniczna w Warszawie. — Z życia miast. — 25-letni jubileusz Domu Zdrowia p. n. „Bratnia Pomoc" w Zakopanem. — Konkurs na pracę naukową z zakresu choroby raka lub w ogóle nowotworów złośliwych.—Zjazd lekarzy miejskich i działaczy sanitarnych. — Od Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego. — Skony na choroby zakaźne w październiku 1926. — Mieszkania dla ubogich. — Ze statystyki śmiertelności w Stanach Zjednoczonych. — W sprawie przymusowego strzyżenia.—Mechanizm głodu.—Okólnik z m. października 1926 r.—Do Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego w Warszawie. — Liga Narodów wobec zagadnień Higjeny Międzynarodowej. — Walka z alkoholizmem. — Uczczenie 50-lecia pracy lekarskiej dra Maksymiljana Cetlowicza.

## S O M M A I R E.

Le Congrès des hygiénistes polonais (juin 1927).

Z. Słomiński, ing. en chef de la ville de Varsovie. L'histoire et l'etat présent du pavage de la capitale.

Dr. Ostomęcki: L'hygiène de la province Kielce.

Comptes-rendus. — Bibliographie. — Chronique.

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

Redaktor: Dr. JÓZEF POLAK

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

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

# PAŃSTWOWY ZAKŁAD ZDROJOWY

## w CIECHOCINKU

### CZYNNY OD 1 MAJA DO 31 PAŹDZIERNIKA

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

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

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

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

# ATOKSYCZNE SZCZEPIONKI UTRWALONE:

**Szczepionka przeciwgonokokowa.**

## GONOCCIN

We flaszkach, ampułkach hermetycznie zamykanych, zawierających 10 cm³ szczepionki do indywidualnego dawkowania.

## NEO-DMEGON

Szczepionka lecznicza **przeciwgonokokowa.** Leczenie rzeżączki i jej powikłań.

**Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm³.**

## NEO-DMESTA

Szczepionka lecznicza **przeciwgronkowcowa.** Leczenie zakażeń pochodzenia gronkowcowego: wrzody, karbunkuły, ropnie, zapalenia skóry i t. p.

**Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm³.**

## NEO-DMETYS

Szczepionka lecznicza **przeciwkrztuścowa.** Leczenie krztuśca we wszystkich okresach.

**Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm³.**

## ACNYL

Szczepionka lecznicza **przeciwtrądzikowa.** Leczenie trądzików zwykłych i powikłanych.

**Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm³.**

## APLEXIL

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

**Pudełko zawiera 2 amp. po 1 cm³.**

oraz

**BULJONOWA SZCZEPIONKA MIESZANA**

**Prof. DELBET'A**

## PROPIDON

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

**Pudełko zawiera 3 amp. po 4 cm³.**

**LITERATURĘ WYSYŁAMY NA ŻĄDANIE**

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

# LUDWIK SPIESS i SYN

SP. AKC.

WARSZAWA.