

# Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL SALOL UROTROPINA	<b>EUMICTINE</b>	KAPSUŁKI GLUTENOWE
MOCZOPĘDNY	ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY KOJĄCY	PRZECIWNILNY
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.		

<b>ZAPARCIE NAWYKOWE</b>	
CIERPIENIA WATROBY — ZWIĄCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO	
<b>CASCARINE</b>	<b>LEPRINCE</b>
$C^{12}H^{10}O^9$	$C^{12}H^{10}O^9$
ŚRODEK	ROZWALNIAJĄCY
LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNNY ZAPARCIA.	
LABORATORYUM Dr. M LEPRINCE'a, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.	
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.	
ODDZIAŁ DLA POLSKI MOKOTOWSKA 57 m. 6 W WARSZAWIE.	

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

# „WIKOSAN”

**PASTYLKI CZEKOLADOWE ZAWIERAJĄCE WITASTERYNĘ (WITAMINĘ) E**

sporządzone według przepisu D-ra KAZIMIERZA FUNKA

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

**„WITAMINA” S. A. w Poznaniu**

Oddział w Warszawie. Wyłączna sprzedaż wyrobów firmy

**R. BARCIKOWSKI S. A. w Poznaniu**

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

**WIKOSAN** emulsja tranowa z dodatkiem czynnej wysoko procentowej Witasteryny E

## KURACJA KEFIROWA

# K. SIGALINA

**KRÓLEWSKA 31**

# OTWOCK

UL. KONOPNICKIEJ 9, TEL. 54

PENSJONAT „TERESKA”

JANINY MICHAŁOWSKIEJ

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

## PIERWSZE ŹRÓDŁO ZAKUPU

Ciechociński Szlam Leczniczy w woreczkach po 10 gr  
Ciechociński Ług w butelkach po 1 litrze.  
Ciechocińska Naturalna Stołowa Woda do picia ze źródła № 8.  
Ciechocińska Sólanka do picia ze źródła № 10 (lecznicza).  
Borowina Ciechocińska.  
Sól Kąpielowa Inowrocławska w workach plomb. po 50 i 10 kg.  
Ług Inowrocławski  
Preparat Kąpielowy „Jodorad“ (Sól Kąpielowa Rado-Jodowa).

SKŁAD GŁÓWNY:

„REAL”

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



**NAUKA**  
O  
**SZCZĘŚLIWOŚCI**

**Dr. JÓZEFA POLAKA**

DO NABYCIA W KANCELARJI  
WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO  
KAROWA 31.

**CENA ZŁOTYCH 6.**

---

**DOMOWY**  
**PORADNIK LECZNICZY**

**Dr. JÓZEFA POLAKA**

**LECZNICTWO—PIELĘGNIARSTWO—RATOWNICTWO**

Z LICZNYMI ILUSTRACJAMI I DOKŁADNYM SKOROWIDZEM

WYDANIE CZWARTE

ZUPEŁNIE PRZEJRZANE

DO NABYCIA

KRAKOWSKIE PRZEDMIEŚCIE 1

TELEFON 96-17

U DOKTOROWEJ POLAKOWEJ

# Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO  
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra MARCINA KACPRZAKA

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bączkiewicz, Prof. Stanisław Bądryński, Dr. Józef Celarek, Dr. Witostaw Dąbrowski, Dr. Aleks. Fruchlman, Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin), Dr. Fr. Grodecki, Dr. M. Gromski, Dr. L. Hirszfeld, Inż. K. Jakimowicz, Doc. Tom. Janiszewski, Gen. Inż. Eug. Kałkowski, Prof. Br. Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski, Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki (Poznań), Dr. A. Puławski, Inż. I. Piotrowski, Prof. Rąpezewski, Dr. M. Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki, Inż. Z. Słomiński, Dr. St. Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Wład. Starkiewicz, Prof. Dr. Zdzisław Steusling (Lwów), Dr. Wład. Swiatopelk-Zawadzki, Doc. Dr. Gustaw Szulec, Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Cezary Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.

## Od Redakcji.

*Warszawa, Kwiecień 1929*

Odkazanie, mające za zadanie zniszczenie źródła zakażenia, było zawsze odbiciem poglądów na istotę i drogi szerzenia się chorób zakaźnych, a że od czasów zamierzchłych poglądy te ulegały niejednokrotnie zmianom, więc i metody odkazania od chwili, kiedy zaczęto wyczuwać istotę zakaźności, do dnia dzisiejszego odpowiednio się zmieniały.

Już prawodawca żydowski zwracał wielką uwagę na konieczność dezynfekcji i wydał dość szczegółowe przepisy w sprawie stosowania ognia, wody, popiołu (Numeri XIX, XXXI), dodając do tego mało dziś już zrozumiałe środki w postaci popiołu z jałówki czerwonej, lub hizopu, maczanego we krwi wróbla i w wodzie źródlanej (Leviticus XIV).

Z innych źródeł wiemy, że od niepamiętnych czasów, bo jeszcze przed Hipokratesem uważano dym, jako środek odkazający i spalano nawet lasy całe, by uchronić miasta przed zarazą, której miejsce pobytu upatrywano w powietrzu. W czasie wielkiej epidemji dżumy w Atenach Hipokrates zalecił rozkładanie ognia na ulicach miasta, aby w ten sposób oczyścić powietrze od zabójczych substancyj.

W wiekach średnich dwie zakaźne choroby dominowały: trąd i dżuma. W walce z temi chorobami stosowano prócz izolacji, bardzo surowej, niekiedy okrutnej, spalanie przedmiotów zakaźnych, jak również odkażanie lokali najróżnorodniejszymi środkami, dziś już zupełnie zarzuconemi. Z czasem metodyka tego odkażania bardzo się rozwinęła i polegała na odkażaniu lokali zamieszkałych i rzeczy, z któremi stykał się chory, najróżnorodniejszymi substancjami, wydzielającymi silną woń. W grę wchodziły siarka, rtęć, arsenik, wapno, ocet, myrra, jałowiec, rozmaryn, lawenda i różne inne zioła aromatyczne. Przykre i przyjemne zapachy miały kolejno powietrze odkazić i oczyścić, uczynić zdrowem.

Niewiele co do istoty swej zmieniły się metody odkażania w czasach późniejszych — w wieku XVIII, XIX, a nawet po wiekopomnych odkryciach Pasteura. Zarazek wprawdzie stał się mniej mityczny, z zaświatów przeniesiony został na ziemię i osiadł w gnijącej materji organicznej, z błota, rozkładających się roślin, ciał zwierzęcych lub ich odpadków unosił się do góry mniej może w postaci istotnych zarazków, więcej jako tajemnicze, a bardzo śmiertcionośne, bliżej nikomu nieznanne substancje miasmatyczne. W dalszym więc ciągu odkażano powietrze, choć w grę coraz bardziej wchodziły i przedmioty (to było jeszcze za Mojżesza) zarażone przez chorego, jako możliwe źródło zakażenia.

Koch teoretyczne zdobycze Pasteura, swoje własne i innych badaczy wyzyskał i na tych podstawach zbudował zasady walki z zarazkami poza organizmem ludzkim. Zasady te sformułował w swej pracy „Uber Desinfektion“.

W ciągu kilkudziesięciu lat, do Wielkiej Wojny Światowej poglądy Kocha panowały wszechwładnie, rozwijane, uzupełniane i bardzo tylko nieznacznie modyfikowane.

Stosowano gorliwie odkażanie klasyczne, dokonywane po ukończeniu choroby, po przewiezieniu chorego do szpitala, lub po jego śmierci i najchętniej w postaci formaliny, jako najłatwiejsze do przeprowadzenia, a pozornie i najskuteczniejsze.

Dopiero około 1910 roku zaczęły się zjawiać prace, w których celowość klasycznej dezynfekcji końcowej została mocno zachwiana. Różne czynniki wchodziły tu w grę. Najpierw doświadczenia wykazały, że formalina działa głównie na powierzchni, że odkażanie formaliną jest kosztowne, a następnie poglądy na szerzenie się



chorób zakaźnych uległy radykalnej zmianie. Badania epidemiologiczne stopniowo doprowadziły do poglądu, że źródłem zakażenia w przeważającej większości przypadków jest nie martwe otoczenie, lecz człowiek, a że w końcu wypłynęła na powierzchnię kwestja nosicieli, że rola owadów w szerzeniu niektórych chorób zakaźnych została szczegółowo zbadana — wyjaśniło to wiele wątpliwych kwestyj, co zasadniczo podkopało wiarę w celowość wykonywanych dotąd praktyk dezynfekcyjnych i skierowało umysły teoretyków i działaczy sanitarnych na inne tory.

Śmielsze umysły nie zadowolniły się tylko rozważaniem teoretycznym i zastosowały te zdobycze naukowe w życiu praktycznym. Odkazanie końcowe formaliną zostało w niektórych krajach (Ameryka) zarzucone zupełnie, w innych stosowane coraz rzadziej lub tylko w wyjątkowych wypadkach. Przed paru laty zajęła się tą sprawą Sekcja Higjeny Ligi Narodów, ale wyniki przeprowadzonych badań nie zostały dotąd ogłoszone drukiem.

Obecnie na całym niemal świecie ogólną tendencją jest, by zreformować radykalnie odkazanie końcowe, zastępując je w miarę możliwości odkazaniem bieżącym przy łóżku chorego. Najbliższe lata pokażą, czy co w praktyce pozostanie z końcowej dezynfekcji formalinowej, jako stosowanej w wyjątkowych wypadkach dla uzupełnienia dezynfekcji bieżącej, czy będzie ona zaniechana zupełnie.

U nas pod tym względem sprawa przedstawia się inaczej, niż w większości krajów na Zachodzie. Odkazanie końcowe *lege artis* stosowane jest dotąd, wyjąwszy kilka czy nawet parę miast, bardzo rzadko. Praktykowane zaś ogólnie metody nie mogą być traktowane jako racjonalne, nawet z najbardziej ortodoksalnego punktu widzenia.

Nie należą u nas do bardzo rzadkich wypadków takie „błędy“, jak formalina po durze plamistym, a siarka po szkarlatynie. Zarzucać nie mamy czego, winniśmy tylko zastanowić się nad tem, czy wprowadzić klasyczną dezynfekcję końcową, formalinową, czy pójść z prądem czasu i położyć główny nacisk na dezynfekcję bieżącą, mechaniczno-chemiczną.

**M. Kacprzak.**

---

Antoni Gryzina-Lasek.

## Zagadnienie odkażania końcowego.

Od kilku lat dyskutuje się nad problemem dezynfekcji końcowej i nad znaczeniem jej w walce z chorobami zakaźnymi. Podzielony obóz epidemjologów przytacza szereg argumentów za i przeciw dokonywaniu tego, do niedawnego jeszcze czasu, bezspornego czynnika w zwalczaniu wszelkich chorób zakaźnych.

Z jednej strony widzimy zagorzałych zwolenników starego systemu, przypisujących mu nieomal dyktatorskie prawo bytu, z drugiej zdecydowanych przeciwników odkażenia końcowego jako bezcelowego, bezwartościowego i nieracjonalnego. W następstwie dyskusji przeciwnicy dezynfekcji końcowej wysunęli wniosek, domagający się zaniechania odkażenia pomieszczeń, jeśli nie zupełnie, to przynajmniej po wielu chorobach zakaźnych.

Na poparcie tego wniosku przedstawiane są argumenty jak: krótkotrwałość i słabość zarazków poza organizmem, krzywe statystyczne miast w których od lat kilku zaniechano odkażenia końcowego, a choroby zakaźne nie zwiększyły się, wreszcie bezwartościowość stosowanych obecnie metod odkażania.

Jak w każdej dyskusji, tak i w tej, jest jakiś złoty środek prawdy, który należałoby wynaleźć, analizując argumenty przeciwników ostatecznego odkażenia pomieszczeń.

**Krótkotrwałość zarazków.**

Kwestja krótkotrwałości i słabości zarazków w świecie zewnętrznym jest w dzisiejszym stanie wiadomości naszych o biologji zarazków zupełnie sporna i nie posiada w sobie wcale jednomyślności badaczy, wymaganej w sprawach tak ważnych.

Najnowsze badania wskazują, że środowisko zewnętrzne, poza organizmem, nie sprzyja rozwojowi drobnoustrojów chorobotwórczych, ale też niektóre badania i spostrzeżenia dowodzą, że wiele zarazków jest bardzo odpornych na wpływy świata otaczającego, zdolnych przez długi okres czasu do wegetacji, nawet rozwoju, nie tracąc zjadliwości i zdolności zakażenia.

Przytoczę kilkanaście przykładów:

Zarazek dżumy zdolny jest do zakażenia bez udziału pasorczytów. Na ziemi zanieczyszczonej sztucznym posiewem, w cie-



plocie 2 — 13° C. zdolny jest przez dni 14-cie do zakażenia (Fr. Piccimini). Tenże zarazek w pochowanych zwłokach zwierząt padłych na dżumę został stwierdzony po 6-cio miesięcznej ekshumacji w zimie i po 1-no miesięcznej w lecie, przyczem ustalona została pełna jego zjadliwość (Zabołotny).

Olbrzymia jest rola zakażenia kropelkowego przy dżumie płucnej (Baldwin, Teh, Wu Lien).

Szczury mogą przez długi czas po wygaśnięciu epidemii być roznosicielami zjadliwych zarazków dżumy i nie okazywać żadnych objawów choroby. Zjawisko to leży zdaniem autorów w nieznanych przyczynach, wzmagających zjadliwość zarazków i wywołujących nowe zakażenia; na pięć tysięcy badanych szczurów, znaleziono u 29 zarazki dżumy w śledzionie i w gruczołach limfatycznych (Bordas, Dubief, Tanon).

Przeciwni są niedocenianiu roli brudnej bielizny w przenoszeniu zarazków dżumy i bezwzględnie domagają się odkażenia końcowego po dżumie płucnej Teh, Wu Lien, Chung Win Han, R. Politzer.

O przenoszeniu dżumy przez pchły ludzkie, pluskwy i inne pasorzyty, oraz o liczeniu się ze wszystkimi okolicznościami przy praktycznym zwalczaniu dżumy mówi N. Swellengrebel.

*Streptokok hemolizujący* (wychodowany w 100 wypadkach ze 120 zachorowań na szkarlatynę, wysuszony na tamponie w ciepocie 8 — 18° C. żył przez 6 miesięcy. Zebrany następnie okazał się pełen zjadliwości (dośw. na zwierzętach). Zjadliwość jego potwierdziła próba Philippsa. Długie suszenie (przez 25 — 24 dni) na tamponie okazało się bez wpływu na tworzenie toksyn. Wysuszony w cienkiej warstwie na wacie, nie został zabity przez ca. odienne, bezpośrednie naswietlanie promieniami słonecznymi, ani przez działanie atmosferyczne.

*Długotrwałość zarazków szkarlatyny i górujące znaczenie przenoszenia ich przez wysuszony, zawierający pył materiał* wyraźnie podkreśla A. M. Jettman w swoim artykule.

Streptokok hemolizujący, tworzący toksyny, został stwierdzony na przedmiotach i meblach w pokoju chorego na szkarlatynę (Friedeman i Deicher). Autorowie ci wypowiadają się za koniecznością stosowania końcowego odkażenia.

Doświadczenia epidemjologiczne o mechanizmie infekcji szkarlatynowej i fakty stwierdzenia zarazków w powietrzu, na ścianach i na łożu chorego, utrwalają nas w tym przeświadczeniu.

Tenże streptokok znaleziony został w książkach dzieci chorych na szkarlatynę, wyhodowany z nich okazał się zjadliwy i zdolny w książkach do życia przez okres 4—6 tygodni (Br. Fejgin). Podobną okoliczność potwierdzają badania M. A. R. Balmaina.

*Bact. coli* żyje do 3 ch lat w gruncie. W wodzie podczas 187 dni zarazek ten powędrował w kierunku wody na 67 stóp (C. W. Stiles). Zawarty w żelatynowej kapsułce w mieszaninie lanoliny i płynnej parafiny wykazał po 7 latach swoje typowe właściwości. W tej mieszaninie (bez dodatku pożywki) żyły meningokoki po 31 dniach, pneumokoki po 6-ciu miesiącach, zar. dyfterytu po 7-miu miesiącach, tyfusu brzuszego po 7-miu miesiącach, streptokoki po 11-tu miesiącach, las. Shiga-Kruze po 7-miu miesiącach. Szkoda, że z powodów od autora niezależnych próby nie mogły być prowadzone dłużej (Nissle).

*Prątki gruźlicy* wykazano w obfitej ilości w resztkach opłucnej i tkanki płuc zwłok ekshumowanych po upływie 4-ch miesięcy (Palmieri V.).

Na badaniem naczyniu do jedzenia z 10-ciu wypadków stwierdzono w 6-ciu obecność zjadliwych zarazków (Gloynes, Roudhouse). Praktykowane mycie naczyń nie wystarcza dla zabicia zarazków, lecz należy je wygotować (Tloyd, Cleaveland, Frothingham). Na bezpośredni związek zakażenia mieszkania przez gruźlików z otwartą gruźlicą płuc wskazuje okoliczność, że 90% dzieci, dających dodatniego Pirqueta, pochodzi z mieszkań gruźlików (Raube K., i E. Seiler).

Inhalacja pyłu z pomieszczenia gruźlików jest oprócz infekcji kropelkowej najczęstszą przyczyną zakażenia gruźliczego (L. Rickam, B. Lange). Rozrzucanie zarazków gruźliczych odbywa się daleko, bo na odległość 10,5 metra; zakażenie zapomocą pyłu następuje w ciągu 2-ch godzin G. Seifert.

Prątki gruźlicze trzymane w roztworze fizjologicznym soli kuchennej w temperaturze lodówki przez dni 310, 325 i 330 okazały się zjadliwe dla świnek morskich (Shope R.).

Laseczniki *duru brzuszego* żyją w słodkiej śmietance przez 3 — 4 tygodnie (bad. Institut für Infektionskrankheiten). Zarazki te według M. Seelmana żyją w śmietance słodkiej przez dni 26 i przez taki okres czasu w maśle zrobionem ze śmietanki słodkiej. W twarogu, strącanym przez podpuszczkę (nie kwaszenie), żyją przez 6 — 8 tygodni (epidemia w Głogowie) Krause.

W maśle i w margarynie żyją do dni 126, po dodaniu żółci do dni 160-ciu (Ditthorn). Znalezione je na sześciu gatunkach sera w dniach od 25 — 32 (Lemke).

W mleku, ogrzewanem przez kilka minut do temperatury 98,5° C., nie zginęły, po oziębieniu tego mleka silnie się w nim rozmnożyły, a na płytach, skażonych tym mlekiem, dały bogate kolonie (Peiper). Muchy wydzielają je od dni 2-ich z kałem (zjadliwe), a do dni 8-miu można je wykazać w ich przewodzie pokarmowym (M. Seelman).

Zarazek błoniczy posiada niezmiernie wysoką zjadliwość. Po 30-tu generacjach na agarze nastąpiło zaledwie minimalne osłabienie tego zarazka (W. Zöllinger), o którego przenoszeniu mało wiemy (F. Siegert).

O kropelkowem zakażeniu dyfterytem mówi K. Jellenig. O obecności zarazka w gardzieli kur z podwórza, w którym panowała epidemia dyfterytu, świadczy Litterer Wiliam.

Tenże zarazek błoniczy nie został zabity w chlebie pieczonym w ciepłocie 95 — 100° C. (La Rosa Gaetano).

*Krętki blade* rozmnażają się przez długi czas i pozostają żywe w zwłokach (Kratzeisen E).

*Gonokoki Neissera* mogą być przenoszone z wody do 14 godzin, a z przedmiotów wysychających do 24 godzin (Engering). Najzwyczajniejsze bakterje chorobotwórcze żyją w wodzie podwójnie destylowanej, lub w roztworze fizjologicznym soli dni 20 (Cramarossa S.).

Zarazki niesporujące (34 gatunki), zatopione w ampułce ze krwią, przechowywane w ciemni, w ciepłocie pokojowej, nie straciły żywotności przez lat 5, z wyjątkiem bac. pyocyaneus, mallei i melitensis, które zginęły (Pergher G.).

B. Langei E. Joachimsen na podstawie wyniku swoich badań stwierdzają, że niebezpieczeństwo rozszerzenia zarazków przez pył jest znacznie większe, niż przypuszczamy.



Roznoszeniu zarazków przez pieniądz przypisuje K. Kieffer największą łatwość. Znalazł on na średnio zużytych banknotach na jednym 14.000, na drugim 143.000 różnych zarazków.

Jak widać z przytoczonych przypadków, stanowiących zaledwie nikłą część przeprowadzonych badań, słabość zarazków poza organizmem nie jest ani zbyt wyraźna, ani dostatecznie ustalona, aby miljardy rozsiewanych przez chorych drobnoustrojów, można było lekceważyć i własnemu pozostawić losowi.

Oprócz istoty samych zarazków, będącej w licznych przypadkach przedmiotem gorącej dyskusji i sporów badaczy, sprawy ich przenoszenia, przyczyny wywoływania zakażenia, okresu wylęgania, wzmożenia zjadliwości, degeneracji zarazków, przejścia z saprofitów w chorobotwórcze nie zostały definitywnie ustalone i wyjaśnione. Operujemy mnóstwem różnorodnych, często wielce między sobą różniących się doświadczeń i przypuszczeń, pewników jednak posiadamy zbyt mało i to zaledwie w odniesieniu do kilku chorób zakaźnych.

*Rzekoma słabość zarazków w świecie zewnętrznym jest nadal kwestją otwartą, wymagającą wszechstronnych badań i w żadnym razie obecnie służyć nie może jako argument usprawiedliwiający zaniechania odkażenia końcowego.*

**Rola owadów w przenoszeniu chorób zakaźnych.**

Skoro wspomnieliśmy o przenoszeniu chorób zakaźnych nie powinniśmy zapomnieć o roli owadów przenoszących zarazki na zwierzęta i ludzi. Rola ta dokładnie zupełnie jeszcze nie ustalona, zdaje się być olbrzymia.

Dość przejrzeć literaturę ostatniego dziesięciolecia, aby dojść do wniosku, że w niedalekiej przyszłości nowy ten i upośledzony przedmiot zajmie w epidemiologii wybitne, a może naczelne miejsce.

Wszak w grę wchodzi przenoszone przez owady metazoa, protozoo, przeróżne bakterje łącznie ze spirochaetami, nawet nieznanymi bliżej virus przesączalny.

Czy trzeba nam wymowniejszych przykładów, jak mucha domowa?

Po dwuminutowem chodzeniu jej po płytach Drygalskiego stwierdzono 140 i 440 kolonji. Po 6 cju dniach wykazywały one w przewodzie pokarmowym żywotne zarazki czerwonki (Reinstorf). Cała flora zarazków przechodzi z larwy na muchę, a muchy świeżo wylęte zawierają ich znacznie więcej, niż stare (R. W. Gloser).

Z much znajdujących się na oddziale duru brzuszego 15% zawierało zarazki duru (Gorony, György).

Karaluchy karmione wydaliniami i płwociną, wydzielają w kale całą florę zjadliwych zarazków tyfusu, gruźlicy, czerwonki i bac. Flexnera (Tejera E.).

Pluskwa przetrzymuje w swoim organizmie najmniej przez 5 miesięcy krętki duru powrotnego. Głodzona przez dwa i pół miesiąca posiadała również zarazki, które po 46 dniowym pobycie w jej ciele były zaraźliwe dla człowieka (Rosenholz, Gilbert.).

Pozostaje jeszcze cały szereg doświadczeń z pająkami, termitami, muchami kłującymi, pchłami, wszami i t. p. (Martini, Fergusson, Swellengrebel, Majocchi, Browlee, Rasch, Neiva, Jettman, Nöller, Roubaud, Cowdry, Lynch, Reinsdorf, Goviao, Laweran, Franchini, Reece, Uchimura, Hollande, Francis, Becher, Muller, Reiner, Rohardt, Lehman i wielu innych).

Posiadając dotychczasowe wyniki badań, można najzupełniej zgodzić się z E. Martini'm, że „owady w przenoszeniu chorób zakaźnych odgrywają podobnie wybitną rolę, jak w zapyłaniu kwiatów w świecie roślinnym,“ uzupełniając powyższe, można rzec, że owady są dla zarazków znakomitymi gospodarzami, przetrzymującymi je przez długi okres swojego życia, ba nawet po śmierci, przekazując zarazki te swojemu potomstwu.

Niezaprzeczony fakt gnieźdżenia się licznych owadów w otoczeniu ludzi lub zwierząt domowych, łącznie z rolą przenoszenia przez nie zarazków upewnić nas musi o znaczeniu odkażenia końcowego, które w licznych wypadkach winno być zarazem dezynsekcją.

*Nie może być mowy o niszczeniu li tylko zarazków, a pozostawieniu przy życiu ich przenosicieli i symbiontów.*

Niestety, obecnie stosowane odkażenie końcowe nie spełnia tego zadania.

**Statystyka jako wskaźnik wartości odkażania.**

Drugim argumentem używanym do zdyskredytowania dezynfekcji końcowej mają być dane statystyczne pewnych miast, stwierdzające, że pomimo zaniechania dezynfekcji końcowej ilość chorób zakaźnych w tych miastach nie zwiększyła się, przeciwnie — zmalała.

Na pierwszy rzut oka mogłoby się zdawać, iż istotnie ta okoliczność kwestjonuje odkażenie końcowe i stawia je w życiu praktycznym pod znakiem zapytania. Ponieważ szczegółowe omówienie przedstawianych statystyk wymagałoby dłuższej dyskusji, przeto ograniczę się do uwag ogólnych.

Jedna ze statystyk (Rio de Janeiro, Chagas) podaje nam liczbę zgonów i odkażeń dokonanych od r. 1905—1925. Widzimy z niej niezmiernie wysoką liczbę dokonanych odkażeń w latach wymienionych, niewiadomo jednak, czy jest to odkażenie pomieszczeń, czy też osób.

Po 144 zgonach na dżumę widzimy 19.248 dokonanych odkażeń, po 295 zgonach na ospę 19.191 odkażeń, po 58 zgonach na dur brzuszny 18.267 odkażeń, po 45 zgonach na czerwonkę 18.223 odkażeń, po 3.164 zgonach na gruźlicę 23.321 odkażeń (rok 1905).

Statystyka podaje jedynie zgony na choroby zakaźne, a pomija liczbę zachorowań.

Jeśli w Rio de Janeiro stosowane było odkażenie pomieszczeń po zgonach, jakby ze statystyki wynikało, to skąd ta olbrzymia liczba odkażeń, w jaki sposób i przez jak liczny personel została dokonana?

Przyglądając się dalej podanej statystyce widzimy, że od roku 1922 nastąpić miało zaniechanie odkażania końcowego i tak: po 5.230 zgonach na choroby zakaźne dokonano odkażeń 5.328; w r. 1923 po 4.678 zgonach odkażeń 3.906, w r. 1924 po 4.968 zgonach odkażeń 3.942, w r. 1925 po 5.390 zgonach odkażeń 4.222.

Tak wysokiej cyfry dokonanych odkażeń w okresie rzekomego zaniechania dezynfekcji końcowej, stanowczo nie można nazwać „zaniechaniem“.

Cyfry powyższe odpowiadają w zupełności liczbom odkażeń końcowych wielu miast, w których o zaniechaniu odkażania końcowego nie mówi się.



W Warszawie liczącej w 1928 roku 1.050.187 mieszkańców po 6.622 przypadkach chorób zakaźnych (duru brzuszego, rzekomego, plamistego, błonicy, płonicy gruźlicy, czerwonki) dokonanych zostało 5.234 odkażeń, z tych 157 formaldehydem, kilka siarką, a reszta mechanicznie rozcżynami odkażającymi.

Statystyka, która miałaby rzucić światło na wartość odkażania końcowego musiałaby przedstawiać dane dotyczące liczby zachorowań, przypadków wtórnych z pośród otoczenia po dokonaniu odkażenia, czasu i sposobu dokonania odkażenia, izolacji chorego, badania otoczenia na nosicielstwo. Nie bez znaczenia byłoby ogłoszenie rezultatów badań bakteriologicznych mieszkań, przeprowadzonych po dokonaniu odkażenia.

Wykazywanie li tylko liczby zgonów i odkażeń dokonanych, lub jakto podają niektóre statystyki, porównania procentowe następnym przypadków zachorowań dla wykazania wartości dezynfekcji końcowej jest bez znaczenia; nie możemy zapominać, że odkażenie bieżące i końcowe stanowi zaledwie część czynników przedsiębranych w walce z chorobami zakaźnymi, na których rozszerzanie, czy wygaśnięcie składa się cały szereg warunków sanitarnych, kulturalnych, ekonomicznych, rasowych, nawet klimatycznych.

Jeśli przypadek choroby zakaźnej zdarzy się w rodzinie, posiadającej mieszkanie złożone z jednego pokoju na mieszkańca, pozostającej w dobrych warunkach materialnych, zdającej sobie sprawę z istoty choroby i jej niebezpieczeństwa, to otoczenie postępowaniem swoim samo w znacznej mierze zwalcza niebezpieczeństwo następnym zakażeń. Inaczej rzecz się ma w warunkach, w których nędza materialna pokazuje nam anemiczne, często z głodu obrzękłe twarze, gdzie dziesięć lub więcej osób w jednej dusi się izbie, gdzie po kilkoro dzieci na jednym sypia barłogu, gdzie analfabetyzm nie wierzy w niewidzialny zarazek, a w chorobie widzi tylko dopust boży.

Któż odważy się w podobnych warunkach nie zastosować, po zabranii chorego do szpitala, odkażenia mieszkania i zechce pozostawić losowi bogato rozsiane w chorobie zarazki?

Czy w Europie po ostatniej wojnie i ogólnem wyniszczeniu, dużo mamy krajów, w których możemy się obejść bez przymusowych środków walki z chorobami zakaźnymi, w których chorego

nie jesteśmy zmuszeni izolować w szpitalu, a z czystym sumieniem możemy go pozostawić w domu, wierząc, że nie będzie zagrażał otoczeniu?

Nie kwestjonujemy zupełnie wartości odkażania bieżącego, przeciwnie zmierzamy do stosowania go na szerszą skalę, a wszakże odkażenie końcowe jest uzupełnieniem i zakończeniem poprzedniego.

W warunkach, w których odkażanie bieżące z powodu braku wykwalifikowanego personelu lub z innych przyczyn (po zakażeniu kropelkowym) dokonywane być nie mogło, nie posiadamy innej możliwości zniszczenia zarazków, jak tylko przez odkażenie końcowe.

**Obecne metody odkażania.** Zastanówmy się teraz, czy stosowane obecnie odkażanie końcowe pomieszczeń odpowiada swojemu zadaniu i stawianym wymaganiom. Podobnie, jak sposoby prowadzenia walki z chorobami zakaźnymi nacechowane są wielką różnorodnością we wszystkich krajach, a nawet poszczególnych miastach, tak i dokonywanie odkażenia końcowego posiada wielce różnorodną indywidualność. Przeróżne środki odkażające, w rozmaitych stosowane odczynach, różna fachowość i sumiennosc personelu dezynfekcyjnego, niejednakowe warunki pracy, różne metody wykonywania odkażeń—słowem chaos.

Dowodem chaosu literatura: ileż różnicy zdań co do pewnych metod, ile zapatrywań bardzo różnych odnośnie do metody formalinowej, ile pewnych i mniej pewnych recept dotyczących przyrządzania rozczynów, ile różnic dotyczących czasu i siły bakterjobjęcej tychże? I tutaj w pierwszym rzędzie szukać musimy przyczyny podważenia wiary w odkażanie, a następnie w jego niedosć skuteczne i niepewne metody.

Stosowane obecnie metody odkażania pomieszczeń streszczają się do dwóch: paro-formalinowej i mechanicznej. Trzecia gazowa zapomocą spalania siarki stała się raczej metodą dezynsekyjną.

Metody paro-formalinowa i siarkowa stosowane są dla dokonania odkażenia końcowego, mechaniczna w dezynfekcji bieżącej i końcowej.

Paro-formalinowa metoda została poważnie zachwiana w latach ostatnich: (Walcott, Balfour, A. Smorodinceff i inni). W Polsce, stosowana na wielką skalę jeszcze do niedawna, zaczęła budzić zastrzeżenia, gdy podczas ostatniej epidemii szkarlaty-

ny (r. 1926) po dokonanych odkażeniu tą metodą i dokonanej uprzednio izolacji chorych w szpitalu, pojawiały się w szybkim czasie zbyt częste zachorowania wśród otoczenia. Powyższa okoliczność skłoniła zakłady dezynfekcyjne m. Warszawy do czynienia prób, które dla metody paro-formalinowej pomieszczeń wypadły bardzo niekorzystnie (Ulle, Borowski, Korzon). W 45 pokojach odkażonych pod dozorem lekarzy, doskonale uszczelnionych działano parą formaldehydu z aparatów powszechnie używanych; formaldehydu zużyto o 50% więcej, niż przepisano, chodziło bowiem o zabicie zarodników i bakteryj tężca. Założono w celu kontrolnym zarazek kartoflany, bact. coli i gronkowca złotego. Po 24 godzinach wszystkie bakterje zachowały swoją żywotność i zjadliwość.

Nic dziwnego, że władze sanitarne przechodzą do porządku dziennego nad tą metodą i stosują ją w nielicznych przypadkach (w Warszawie w około 3% ogółu dokonanych odkażeń). Zdaje się, iż nadszedł czas, aby dla tego zbyt skołiganego środka, jakim jest formaldehyd, wyszukano inne pole zbytu.

Wykurzanie siarką dawno już zostało uznane za zupełnie niedające się do celów dezynfekcyjnych. Odmawia mu się i wartości dezynsekcyjnej. Wiadomo, że zarazków nie zabija, owady zaledwie wprowadza w stan odurzenia, a ich jajom i larwom nie szkodzi.

W życiu codziennem z tego rodzaju faktami stykaliśmy się zbyt często. W pewnych zakładach agent firmy Clayton przeprowadzał demonstrację aparatu. Po dokładnem uszczelnieniu pokoiku, założeniu w nim kontroli z wszy, pluskiew i ustawieniu klatek ze szczurami, wpuszczano gaz z aparatu (bezwodnik kwasu siarkowego) przez 2 — 3 godzin. Gaz działał przez 24 godziny. Po otwarciu pokoju agent i komisja z przerażeniem stwierdzili żyjące szczury, nie mówiąc o owadach.

Tę metodę przeżył i kot angora zapomniany w odkażanym na mieście pokoju, który wlaźszy pod pierzynę, doczekał się szczęśliwie otwarcia „zdezynsekowanego mieszkania“.

Czy podobna mieć nawet złudzenie co do wartości odkażania tą metodą? Pozostaje odkażenie mechaniczne, wykonywane rozczykami krezolu, karbolu, sublimatu, karbolu i szarego mydła, gorącym rozczykiem sody. Odkażenie to posiada dziś najwięcej zwolenników i uważane jest za zabieg tani i skuteczny.



Pominąwszy ważną kwestję siły bakterjobjęcej stosowanych rozczyńców, należy stwierdzić, że jestto najdroższy i w praktyce prawie niewykonalny sposób rzetelnego odkażenia mieszkania.

Sprawna kolumna dezynfekcyjna, prowadzona przez lekarza, zmuszona jest w jednym pokoju pracować w pocie czoła przez kilkanaście godzin, aby uczynić zadość rozpyleniu rozczyńca po ścianach, suficie, podłodze, następnie, aby dokładnie przetrzeć na mokro i na sucho wszelkie sprzęty i drobiazgi w mieszkaniu. Ile uwagi i nakładu fizycznej pracy poświęcić należy tej metodzie odkażenia, wie ten, kto czuwał nad jej przeprowadzeniem. Mieszkanie kilkupokojowe, po którym chory wraz z łóżem wędrował w czasie choroby, wymaga 2—3-ch dniowej pracy kolumny.

Mieszkanie rodziny ubogiej, brudne, przeludnione, pełne pod sufit przeróżnych rupieci, często od lat kilku nieruszanych, w którym dezynfektor z rozpylaczem na plecach nie może się obrócić, wymagałoby wyniesienia wszystkiego na dwór, oczyszczenia, przeprowadzenia bielienia ścian i sufitu, mycia podłogi; licznych mieszkańców należałoby umieścić w odpowiednim zakładzie izolacyjnym dla dokonania kąpeli i odkażenia odzieży.

Odkażenie mechaniczne takiego mieszkania, połączone z pracami remontowymi, zajęłoby kolumnie kilka dni czasu.

Ile kosztowałaby miasto tak dokonana dezynfekcja, ile kolumn musiałyby ono utrzymywać mając dziennie 15—20 przypadków ważniejszych chorób zakaźnych i jaką sumę musiałyby ono wstawić w budżecie na odkażanie?

Nic też dziwnego, że odkażanie mechaniczne wszędzie dokonywane bywa w sposób nie zasługujący na miano odkażenia, a nawet oczyszczenia. Polega ono conajwyżej na zrobieniu nieporządku w mieszkaniu, lub na usunięciu rażących dowodów tegoż, jak zamieceniu podłogi, usunięciu widocznej na pierwszy rzut oka pajęczyny, zroszeniu pościeli chorego, zanurzeniu w rzekomo odkażającym płynie bielizny pościelowej i osobistej chorego i na wytworzeniu rozpylaczem mniej lub więcej nieprzyjemnej woni stosowanego do odkażania środka.

Tego rodzaju odkażeniu nie możemy przypisać żadnej wartości; jest ono stratą czasu i pieniędzy, jest wprowadzeniem w błąd otoczenia. Nie posiada też żadnych wartości pedagogicznych dla otoczenia.

*W najbardziej brudnych i najbardziej zakażonych mieszkaniach nie można w żaden sposób dokonać należytego odkażenia mechanicznego, twierdzenie więc o praktyczności i tanioci tej metody nie wytrzymuje krytyki.*

Odkazanie mechaniczne stosowane być może jedynie w ubiorkach pozabawionych większej ilości sprzętów i drobiazgów, albo pozostawione być winno do załatwienia domownikom, rozumie się kulturalnym i skrupulatnym. Fachowy personel winien dozorować takie odkażenie.

Stosowany rozczyzn winien być bezwzględnie bakterjobjęczy.

Widzimy, że w chwili obecnej nie posiadamy żadnej metody, która byłaby niezawodna i dawała się łatwo stosować.

Stąd ogromna trudność dla epidemiologa, uznającego odkażenie za niezbędny czynnik w walce z chorobą zakaźną, w wyborze metody odkażenia mieszkania. Coraz więcej spotykamy się z żądaniami zastosowania obu metod równocześnie.

W łatwiejszem położeniu znajdują się ci, którzy odrzucając dezynfekcję i uznając bezwartościowość jej, idą po linii najmniejszego oporu i domagają się jej zaniechania. Tak być nie może.

Nie mówmy, że zbędne jest odkażanie końcowe, jeśli dotychczas nie zdążyliśmy zdobyć metody, której działanie nie ulegałoby żadnym powątpiewaniom.

Nie wymawiajmy się słabością zarazków, „tej arystokracji rasy“, jeśli ich nie znamy dobrze i nie umiemy przed nimi zabezpieczyć się dostatecznie.

**Dalsze motywy, skłaniające do utrzymania odkażenia końcowego.** Fakt, że pewne miasta przeszły na drogę eksperymentów i zaniechały odkażania końcowego, nie dowodzi bynajmniej, że jest ono zbędne. Większość miast i krajów stosuje dziś jeszcze przestarzałe i nieracjonalne metody, uznając odkażanie za wybitnie pomocniczy czynnik w zwalczaniu chorób zakaźnych. Złe metody stosuje jedynie dlatego, bo innych nie posiada.

Tej konieczności utrzymania dezynfekcji końcowej dowodzi dążenie wielu krajów zmierzające do utrzymania, a nawet rozszerzenia odkażania na bieżące i końcowe (Preuss, Erl. 7/1 1922), dowodzi skłonność do zmiany metod, dowodzą prace licznych badaczy nad wyszukaniem nowych środków odkażają-

cych, dowodzą liczne domagania się ścisłego określenia siły bakterjobójczej i czasu działania środków odkażających.

Posiadamy też dostateczną liczbę przykładów z codziennego, życia z których wynika, że rzetelnie przeprowadzone odkażenie mechaniczne daje rezultaty, zmuszające nas do uznania jego wartości, rozumie się, mówię o rzetelnie przeprowadzonym odkażeniu.

Oto dwa przykłady:

Na oddziale położniczym kliniki uniwersyteckiej położnice leżące na dwóch salach zapadały na grypę. W ciągu dwóch tygodni zachorowało siedem położnic, na tych właśnie dwóch salach, podczas gdy inne, rodzące w tych samych warunkach lecz na innych położonych salach—nie chorowały. Dokonano szczegółowego odkażenia mechanicznego obu sal i z następnych położnic, żadna nie zapadła na grypę.

W pewnym mieszkaniu zachorowało dziecko na płonicę. Pozostałe dzieci (dwoje) zostały niezwłocznie usunięte do innego mieszkania, chore umieszczono w szpitalu. W mieszkaniu przeprowadzono skrupulatne odkażenie mechaniczne i sprowadzono na drugi dzień dzieci zdrowe. Wypadku drugiego zachorowania nie było. W sześć tygodni, po skończonym łuszczeniu powróciła ze szpitala ozdrowieniec, a w dni 4-ry zachorowało drugie dziecko. Postąpiono w sposób identyczny, jak w pierwszym przypadku. Trzecie dziecko było zdrowe. Po powrocie do domu drugiego ozdrowieńca w dni 8 zachorowało trzecie dziecko.

Podobnych przypadków z jednego miasta przytoczyć można kilkadziesiąt. Stwierdziwszy, że odkażenie zostało przeprowadzone należycie, czego dowodem sześciotygodniowy okres bez drugiego wypadku — w tym mieszkaniu, winę ponownego zakażenia przypisać należy nosicielstwu ozdrowieńców (autor, K o r z o n).

Powracając do pruskiego rozporządzenia w sprawie dezynfekcji z dn. 7 stycznia 1922, zaznaczyć należy, że rozporządzenie to nie wprowadza zaniechania odkażania końcowego, zezwala natomiast na używanie prócz sublimatu innych środków odkażających.

Wprowadza też ono, jak niektórzy twierdzą, uprzywilejowanie odkażania bieżącego. W tej sprawie zabiera głos wielu autorów niemieckich i dowodzą oni, że powyższe zapatrywanie nie jest słuszne.

Zarówno odkażanie bieżące, jak końcowe, mają swoją rację bytu i każde z nich winno spełnić swoje pełnowartościowe zadanie.



nie. W związku z powyższem rozporządzeniem podawane były zestawienia zwiększonych wydatków, czy też oszczędności, ale równocześnie nie brak ostrzeżeń pod adresem gmin przed fałszywą polityką oszczędnościową w dziedzinie odkażania (Lentz, Süpple, Engelsman, Neufeld, Seligman).

„Żadnych oszczędności, przeciwnie więcej wydatków w dziedzinie dezynfekcji“—domaga się Czaplowski (Deutsche Verein für Mikrobiologie posiedzenie z dnia 10.VI 1922).

Utrzymania odkażania końcowego, jako niezbędnego czynnika w walce z chorobami zakaźnymi domagają się liczni bakterjologowie i epidemjologowie polscy (Nitsch, Rapczewski, Owczarewicz, Pracki, Wirszyłło i inni).

**Jakie być winno odkażanie końcowe** Stanąwszy na stanowisku, że w chwili obecnej nie posiadamy żadnych konkretnych danych, upoważniających nas do zaniechania odkażania końcowego, a przeciwnie, wskazując na długotrwałość licznych zarazków, ich bytowanie poza organizmem i zdolność utrzymania zjadliwości przez dłuższy okres czasu, wreszcie na różne, często nieznanne nam drogi przenoszenia mikrobów, musimy bronić zasady utrzymania odkażania końcowego.

Stwierdzając, że metody dezynfekcyjne, któremi dysponujemy obecnie są nieracjonalne i niepewne pod względem bakterjobjęczym, inne zaś niewykonalne w praktyce, winniśmy domagać się opracowania i zastosowania nowych metod.

Odkażenie końcowe powinno odpowiadać następującym wymaganiom:

- 1) winno zabijać bezspornie wszystkie znane nam zarazki, ich zarodniki, oraz przenosiciele świata owadów i zwierząt,
- 2) winno posiadać łatwość stosowania, być tanie i nie niszczące przedmiotów użytku,
- 3) nie powinno przedstawiać niebezpieczeństwa, względnie jak najmniejsze dla człowieka.

Środek odkażający, przeznaczony do stosowania, winien być poddany nowej metodyce badania środków odkażających, która ustaliłaby minimum jego siły zabójczej dla wszystkich zarazków w stanie suchym i mokrym, dla zarodników i owadów siła zabójcza zostałaby potwierdzona próbami odtrucia owadów i zwierząt, oraz ożywienia zarazków. Wspomniana metodyka uwzględnić win-

na najkrótszy czas działania środka i zdolność jego przenikania do wydalin.

Oprócz tych wymaganych „sine qua non“ własności, winien być środek odkażający pozbawiony odrażającej woni, względnie winna być umożliwiona łatwa neutralizacja tejże.

Odpowiadające wymienionym warunkom środka odkażające uległyby normalizacji dla praktycznego stosowania, czyli określonyby ich wartość ogólną, biorąc pod uwagę wszystkie zalety — liczbą

Przyjawszy pod uwagę trudności w stosowaniu metody mechanicznej odkażania i jej całkowitą prawie bezwartościowość w celach dezynsekcyjnych, przypuszczać należy, że najbardziej dogodną metodą dezynfekcyjną byłaby gazowa lub parokondensacyjna. Jedna i druga posiada największe prawdopodobieństwo zdolności przenikania i adsorpcji względnie syntezy z komórką bakteryjną, procesów koniecznych dla dokonania zabicia komórek środkami chemicznymi.

W celu wyszukania nowych środków odkażających, ich wypróbowania i opracowania metody odpowiadającej postawionym wymaganiom, potrzeba żmudnej pracy sztabu chemików i bakteriologów, potrzeba czasu i pieniędzy.

Z przesłanek naszych wynika też, że nie możemy zadowolnić się tylko wyszukaniem środka i opracowaniem metody, lecz zdobyć musimy bezsporne wyniki badań świata bakteryj, ich życia, rozwoju, wegetacji, przenoszenia, symbiozy i antagonizmu w rydwan naszego życia zaprzęgnąć musimy w walce z zarazkami niszczące je, niezbadane dotąd, a olbrzymie siły przyrody.

Tych badań, obchodzących żywo całą ludzkość zagrożoną przez zarazki chorobotwórcze, nie zdoła przeprowadzić samodzielnie żaden naród lub państwo. Wspólnemu celowi towarzyszyć winien wysiłek wszystkich.

Sekcja Higjeny Ligi Narodów, gdyby zechciała wyzyskać idące w tym kierunku wysiłki licznych badaczy, badaniom tym udzieliła swojej opieki, nadała im odpowiedni kierunek i rozmach sprawiłaby, że ta gałąź wiedzy ludzkiej, pozostająca w tyle w wyścigu z innymi, zostałaby w rychłym czasie opanowana.

Zbudowałyby sobie najwdzięczniejszy pomnik uratowanych serc ludzkich, które dzięki zarazkom i naszej niezaradności — bić przestają.

## STRESZCZENIE:

1. Liczne badania dowodzą, że drobnoustroje nie giną poza organizmem, lecz wegetują przez czas dłuższy, nie tracąc zjadliwości; na otoczenie świata zewnętrznego są dość odporne.
2. Dotychczasowe wyniki badań nad zarazkami, zarodnikami, ich życiem, sposobem przenoszenia i wywoływania choroby nie są jednomyślne i wymagają uporządkowania.
3. Niedoceniana jest rola owadów gospodarzy i przenosicieli zarazków.
4. Argumenty przytaczane, posłużyć mające do zaniechania odkażania końcowego nie są wystarczające, aby z taktyki walki z chorobami zakaźnymi usunąć ten ważny czynnik.
5. Niedostateczność i zdyskredytowanie obecnie stosowanych metod dezynfekcyjnych pomieszczeń zmuszają nas do opracowania nowych metod, odpowiadających wymaganiom. Odkazanie końcowe winno być zarazem dezynsekcją.

## P I Ś M I E N N I C T W O :

E. Martini: Übersicht über die Krankheiten für deren Verbreitung nach dem jetzigen Stande der Forschung Insekten eine alleinige oder doch beachtliche Tätigkeit ausüben. Preussischer Erlass vom 7 Januar 1922 betref. Die neue Desinfektionsordnung. A. Freymut: Zur neuen preussischen Desinfektionsordnung. Ztschr. f. Medizinalbeamten R. 35, Nr. 1 str. 11 — 15, 1922. Tloyd, Cleaveland and Langdon Frothingham: Table utensils as sources of tuberculous infection. Amer. Review of tubercul. 1922, T. VI no 1 str. 51 — 62. Schuster: Derzeitiger Stand der Prüfungsverfahren für die Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln. S ü p p l e Karl: Zur Neuordnung des Desinfektionswesens in Preussen. Dtsch. Mediz. Wochenschrift 1922, R. 48, Nr. 16, str. 530 — 531. O. Lentz: Bemerkungen zu den Kritiken der neuen preussischen Desinfektionsordnung. Ztschr. f. Medizinalbeamte R. 35, Nr. 6, 1922. Dejust, Wibaux, et L. Dardel: Rôle des utensiles de table dans la propagation de maladies contagieuses. De leur desinfection. Rev. d'hyg. T. 44, Nr. 5, 1922 str. 464 — 487. Rickam L.: Die Ansteckungsgefahr für das Krankenpersonal bei der Pflege Lungentuberkuloser u. deren Verhütung. Ztschr. f. Krankenpfl. R. 44, Nr. 3, 1922. P. M. Grempe: Normalisierung der Desinfektionsmittel. Chemiker Ztg. R. 46, Nr. 47. 1922, str. 353. Piccimini Fr.: Il contagio delle peste alla luce di un recente episodio di peste in Italia.



Annal. d'ig. R. 32, Nr. 4, 1922, 264 — 276. Fergusson E. W.: The plague epidemic. Med. Journ. of Australia T. 1, Nr. 20, 1922. Engelsman R.: Die Durchführung der neuen Desinfektionsordnung in Stadt und Landkreisen. Ztschrft. f. Medizinalbeamte. R. 35, Nr. 14, 1922. Breton M. et M. R. Pierret: De l'organisation de la desinfection en cours de maladie. Rev. d'Hyg. T. 44, Nr. 7, 1922 str. 595 — 613. Teh, Wu Lien: Plague in the orient... Journ. of hyg. T. 21, Nr. 1, 1922. Swelleugrebel: Muss der Ratte in der Epidemiologie der Pest eine bedeutungsvolle Rolle zuerkannt werden? Brownlee J. and M. Young: The epidemiologie of summer diarrhoea. Proc. of the roy. soc. of med. T. 15, Nr. 10, 1922. Bokorny Th.: Zur Normalisierung der Desinfektionsmittel. Chemiker, Ztg. R. 76, Nr. 101, 1922 str. 764 — 765. Gloyne S. Roodhouse: Buccal infection with *B. tuberculosis*. Tubercle T. 3, Nr. 11, 1922 str. 497 — 499. Tenbroeck Carl, Bauer J.: The tetanus bacillus as an intestinal saprophyte in man. Journ. of exper. med. T. 36, Nr. 3, 1922 str. 261. Seifert G.: Der Nachweis der Hustentröpfchen, ihre Bedeutung für Infektionen, insbesondere bei Tuberkulose. Beitr. zur. Klin. der Tuberkulose T. 53, Z. 2/3, 1922 str. 291 — 320. Neufeld: Desinfektionspraxis. Ztralblatt f. Bakteriologie, Parasiten u. Infektionskrankh. Abt. I, Orig. Band 89, Z. 1/3 1922. Hahn M.: Zur Theorie und Praxis der chemischen Desinfektion. Ztschrft. f. Hyg. und Infektionskrankh. T. 98, 1922 str. 569 — 577. Barbier H. et Renard: A propos de la contagiosité de la coqueluch. Bull. et mem. de la soc. med. des Hop. de Paris R. 38, Nr. 34, 1922. Zabołotny: Die Pestherde in Südost Russland und der Mandschurei. Archiv. f. Schiffs u. Tropenhyg. T. 26, Z. 12, 1923. Kellert E.: Pathogenicity of organisms commonly regarded as saprophytes Journ. of laborat. a clin. med. T. 8, Nr. 3, 1922. Dejust L. H.: Les contaminations bacteriennes par les utensiles de table. Bull. de la soc. scient. d'hyg. aliment T. 10. Nr. 9, 1922. Cavailonet Vibaux: La lutte contre la dysenterie bacillaire. Rev. d'hyg. T. 44, Nr. 9, 1922. Kratzeisen E.: Über postmortale Spirochätenvermehrung in der Leiche. Ztschrft. f. Bakteriologie, Parasiten u. Infektkr. T. 90, Z. 2, 1923 str. 91 — 94. Reinsdorf: Übertragung der Ruhr durch Fliegen. Desinfektion R. 78, Z. 4, 1923. Reece R.: Progress and problems in epidemiology. Proc. of the royal soc. of med. T. 16, Nr. 6 sect. of epidem. a state med. 1923. Siegert F.: Zum Problem der Diphterieübertragung. Erg. d. inn. Med. und Kinderheilkunde T. 24, 1923. Hailer: Prüfung und Wertbestimmung der Desinfektionsmittel. Ztschrft. für angew. Chemie R. 36, 1923 str. 423 — 427. Lessa G.: Der Wert der Schlussdesinfektion. Sanitario Nr. 2, 1923. Litterer W.: Virulent hiphteria bacilli isolated from chickens suffering from croup. Southern med. Journ. T. 16, Nr. 7, 1923. Toda T.: Cholera and the ship „cochroach“. Journ. of hyg. T. 21, Nr. 4, 1923. Glaser R.: The survival of bacteria in the pupal and adult stages of flies. Americ. Journ. of hyg. T. 3, Nr. 4, str. 469 — 48 — 1923. Uchimura S.: Über Typhusinfektion durch Vermittlung eines Insekts, der Wanze. tium. Zentralbla. f. Hygiene. Kiefer: Bakteriologische Untersuchungen über Papiergeld. Archiv. f. Hyg. T. 92, Z. 5/6, 1923. Engering P.: Die Lebensfähigkeit des Gonokokkus in der Aussenwelt. Ztschrft. f. Hyg. und Inektionskrankh. T. 100, Z. 3/4, 1923. Franchini G., Sur les protozoaires des plantes. Ann. de l'inst

Pasteur T. 37, Nr. 10, 1923. Jellonig K.: Tröpfcheninfektion bei Diphtherie? Wien. klin. Wochenschrift. R. 37, Nr. 2, str. 35 — 36, 1924. Rohardt W.: Tetanusinfektion im Anschluss an Sandflohstich. Münch. Mediz. Wochenschrift R. 74, Nr. 25, 1927. Rosenholz H. Die Rolle der Wanzen in der Epidemiologie des Rückfallfiebers. Haïbe: La desinfection en fin de maladie. Bull. de l'acad. roy. de med. de Belgique. T. 6, Nr. 11, 1926 str. 780 — 791. Jettiman A. M.: Studien über die Vitalität der Scharlachstreptokokken. Ztschrft. f. Hygiene und Infektionskrankh. T. 107, Z. 2, 1927. Tejera E.: Le blattes envisagées comme agents de dissemination des germes pathogènes Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. T. 95, Nr. 35, 1926. Seeleman M.: Zur Frage der Lebensdauer einiger pathogener Keime in Milchprodukten. Molkereiztg. R. 40. Nr. 143, 1926. Dikomeit Br.: Über ein einfaches Verfahren zur Konservierung lebender Bakterienkulturen. Ztralblatt f. Bakteriologie, Parasiten u. Infektionskrankh. T. 101, Z. 4/5, 1927. Friedeman N. i H. Deicher: Die Übertragung des Scharlachs. Dtsche mediz. Wochenschrift R. 52, Nr. 51, 1926. Pergher G.: La conservazione dei microbi asporigeni in sanoue. Ann. d'ig R. 37, Nr. 7, 1927. La Rosa Gaetano: Sui microorganismi del pane e sulla resistenza. . . Ann. d'ig. R 36, Nr. 1, 1928. Palmieri V.: Sulla resistenza del bacillo tubercolare alla putrefazione Rif. Med. R. 44, str. 205 — 227, 1928, Lange B. u. E. Joachimsen: Weitere experimentelle Beiträge zur Frage der Verbreitung von Mikroorganismen in Staubform, im besonderem von Influenzabacillen. Ztschrft. f. Hygiene und Infektionskrankheiten T. 108, Z. 1, 1927. Deicher H.: Weitere experimentelle u. klinische Untersuchungen über den Scharlach. Ztschrft f. Hyg. und Infektionskrankh. T. 108, Z. 1, 1927. Peiper: Typhus u. Typhusbekämpfung in Stadt u. Landkreise Greifeward. Veröfll. a. d. Geb. der Medizinalverwalt. XXV, 12, 1927. Krausse: Epidemiologie d. Glogauer Typhusepidemie d. Jahres 1927. Krausse: Veröfll. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung XXVII, Z. 9, 1928. Lemke: Über Verbreitung von Typhus durch Milchprodukte. Klinisches Jahrbuch 1912, T. 26, Z. 3. Feigin Br.: Extrait des comptes rendus des seance de la Societe de biologie T. XCVIII, str. 119, 1928. Referat Dr. S. Babeckiego. Lekarz wojskowy Nr. 5 r. 1926 Prot. „O dezynfekcji“. C. Chagas: La pratique actuelle des desinfections finales. Office International d'Hygiène Publique. 1926. A. Smorodinceff Zeitschrift für Desinfektion. Heft Nr. 2 — 3, 1928.

Dr. Zachert Marjan.

## Przyczynek do historii organizacji walki z jaglicą w Polsce.

Początek XIX wieku był okresem wzmożenia szerzenia się jaglicy w Europie. Szczególnie dotkliwe szkody wyrządziła jaglica w szeregach ówczesnych armij. Stąd też pochodzi, że walka z jaglicą rozpoczęta została przedewszystkiem wśród wojska. W Niemczech w 1835 r. został wydany dekret o zapobieganiu oftalmji zaraźliwej wśród wojska i szczegółowe przepisy o izolacji i postępowaniu z chorymi na jaglicę żołnierzami, o perjodycznych badaniach oczu u żołnierzy, oraz w związku z tem o przestrzeganiu w koszarach higieny ogólnej i czystości osobistej przez żołnierzy. Podobne zarządzenia zostały wydane również w innych państwach w celu zapobieżenia szerzeniu się oftalmji zaraźliwej, czyli jaglicy, wśród wojska.

Dopiero pod koniec XIX wieku w niektórych państwach zwrócono uwagę na społeczną doniosłość szerzenia się jaglicy wśród ogółu ludności i na konieczność wydania pewnych przepisów o zwalczaniu i zapobieganiu jaglicy już nietylko wśród wojska, ale także wśród ogółu ludności. Na Węgrzech, gdzie nasilenie jaglicy było dość znaczne, została wydana w 1883 roku specjalna ustawa o zwalczaniu jaglicy, opracowana przez Grossa i Feneza, która przewidywała: 1) przymus zgłaszania chorych na jaglicę, 2) przymusowe leczenie chorych na koszt państwa 3) badania perjodyczne oczu u dzieci w szkołach, oraz badanie robotników, a nawet całej ludności w pewnych okręgach, więce zagrożonych jaglicą. Zasadnicza ustawa sanitarna niemiecka z 1897 r. wprowadza też cały szereg przepisów, odnoszących się do zwalczania jaglicy w szkołach, zakładach przemysłowych i wśród ogółu ludności. W tym samym roku Stany Zjednoczone Ameryki Północnej wydają ustawę o zakazie migracji chorych na jaglicę do Stanów. W ten sposób na schyłku XIX wieku zostało zapoczątkowane ustawodawstwo jaglicze i stworzone prawne podstawy do społecznej walki z jaglicą.

Wzmożenie się jaglicy w różnych krajach Europy po ostatniej wojnie światowej spowodowało, że sanitarjaty niemal wszyst



kich państw europejskich zniewolone zostały do podjęcia z tą chorobą walki na zasadach społecznych. Niebawem też powstała potrzeba koordynacji wysiłków poszczególnych państw na tem polu w celu uzyskania lepszych rezultatów.

Z inicjatywy okulistów francuskich w 1923 r. została zawiązana Międzynarodowa Liga walki z jaglicą, która też podjęła niebawem wydawanie czasopisma p. t. „Revue internationale du trachôme“, którego zadaniem jest koordynowanie akcji zwalczania jaglicy w poszczególnych krajach, oraz wzajemne wspomaganie się zdobytymi doświadczeniami. Akcja Ligi przeciwjagliczej obejmuje prawie wszystkie kraje Europy, Afryki, Azji i Ameryki dotknięte jaglicą, bardzo korzystnie wpływając na celowy rozwój działalności przeciwjagliczej, oraz niektórych badań nad jaglicą w poszczególnych krajach. W ostatnich czasach sprawą jaglicy zainteresował się także Komitet Lekarski Ligi Narodów, który w swych sprawozdaniach podaje statystykę i metody organizacji walki z jaglicą w różnych krajach.

---

Do czasu powstania Państwa Polskiego na ziemiach polskich w każdym zaborze obowiązywały odrębne ustawodawstwa sanitarne. Odnośnie do zwalczania jaglicy, jak również innych chorób zakaźnych, za podstawę służyły: a) w dawnym zaborze pruskim — pruska ustawa krajowa o zwalczaniu chorób zakaźnych z dnia 28 lipca 1905 r., b) w zaborze austro-węgierskim — austriacka ustawa państwowa o chorobach zakaźnych z dnia 14 kwietnia 1913 r. i węgierska ustawa sanitarna z dnia 3. IV 1876 r., i c) w zaborze rosyjskim — ułamkowe i dość chaotyczne przepisy i doraźne postanowienia rosyjskiej t. zw. ustawy lekarskiej (Zb. Praw Ces. Ros. Tom XIV). Te ustawodawstwa bardzo niejednolicie traktowały sprawę zwalczania chorób zakaźnych wogóle, a już w szczególności sprawę zwalczania jaglicy.

Jedynie rozporządzenie wykonawcze do cytowanej powyżej ustawy pruskiej normuje dość wyczerpująco tę sprawę, podając środki zaradcze, jakie należy stosować przy nagminnem szerzeniu się jaglicy (Zb. Ust. Pr. str. 373 rozdz. 4)\*). Rozporządzenia

---

\*) Środki zaradcze przy nagminnem występowaniu jaglicy.

austrjackiego Ministerstwa zwracają uwagę na konieczność zwalczania jaglicy szczególnie wśród poborowych wojskowych i na tej podstawie krajowa rada zdrowia przy Namiestnictwie we Lwowie zapoczątkowała akcję zwalczania jaglicy na terenie dawnej Galicji, wydając w tej sprawie szereg rozporządzeń i instrukcyj.

W zaborze rosyjskim władze rosyjskie dopiero bezpośrednio przed wojną zwróciły baczniejszą uwagę na sprawę jaglicy i komisja międzyministerjalna dla reformy ustawodawstwa lekarsko-sanitarnego (1912 — 1914) opracowała nawet projekt ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu jaglicy, który jednak nie doczekał się już urzeczywistnienia. W dawnym zaborze rosyjskim akcją zwalczania jaglicy była prowadzona tylko samorzutnie przez społeczeństwo (kolumny ruchome Ks. Lubomirskiego dla zwalczania jaglicy), nie mając jednak żadnych prawie podstaw prawnych.

Jeszcze przed uzyskaniem zupełnej niepodległości, bo w czasów Rady Regencyjnej, ukazują się pierwsze normatywne zarządzenia władz polskich w sprawie zwalczania chorób zakaźnych. Są to „przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze“ (Dz. Ur. Dep. Wyzn. Rel. Ośw. Publ. Nr. 3 z 19 lutego 1918 r.). Należy zwrócić uwagę, że już te pierwsze zarządzenia polskich władz sanitarnych, doceniając znaczenie jaglicy dla kraju, zabraniają dzieciom chorym na jaglicę z wydzieliną uczęszczać do szkół i zakładów wychowawczych, oraz normują wogóle postępowanie z dziećmi, dotkniętymi jaglicą (par. 6, 7, 8 i 13).

Z chwilą odzyskania zupełnej niepodległości przez Polskę powstała konieczność stworzenia jednolitego ustawodawstwa sanitarnego. Już w 1919 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego przedłożyło Naczelnikowi Państwa dekret w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych, oraz innych chorób, występujących nagminnie (dekret z 7 lutego 1919). Dekret ten w kilka miesięcy później został przedłożony Sejmowi i następnie już ukazał się w zbiorze konstytucyjnej, jako ustawa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych, oraz innych chorób, występujących nagminnie, z dn. 25 lipca 1919 r. (Dz. Ust. Nr. 67 poz. 402). Tą ustawą została także objęta jaglica, którą zaliczono do grupy chorób zakaźnych podlegających obowiązkowemu zgłoszeniu. W ten sposób po

zono pierwsze podwaliny prawodawcze dla społecznego zwalczania jaglicy. Dalszy rozwój jednak tej akcji został na pewien czas zahamowany z powodu wybuchu w kraju epidemii ostrych chorób zakaźnych (tyfus plamisty, czerwonka i t. p.), których tłumieniem w pierwszym rzędzie musiały się zająć władze sanitarne odrodzonego państwa. Dopiero, gdy ta klęska została do pewnego stopnia opanowana, Ministerstwo Zdrowia Publicznego w 1921 r. wydaje okólnik \*) w sprawie organizacji walki z jaglicą i zimnicą, gdyż szerzenie się tych chorób zaczęło przybierać coraz większe rozmiary. Zwłaszcza wśród dzieci w sierocińcach i zakładach opiekuńczych, których liczba po wojnie znacznie wzrosła, jaglica poczęła się rozpowszechniać. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zaleciła lekarzom powiatowym wykonywanie nadzoru nad temi instytucjami i zebranie danych, dotyczących szerzenia się jaglicy wśród wychowanków tych zakładów (okólnik Nr. Hsp. 24850/4355 z 9 marca 1923 r.). Zebrane na tej drodze dane wykazały, że w 136 zakładach, w których ankieta w sprawie jaglicy została przeprowadzona, znajdowało się 741 dzieci, dotkniętych jaglicą t. j. 9,7%, na ogólną liczbę 7.619 pensjonariuszy.

Aczkolwiek ankieta ta była niedokładna, gdyż dotyczyła tylko drobnej części zakładów i nie opierała się na bezpośrednim przeglądzie lekarskim, lecz przeważnie tylko na relacjach, to jednak wskazywała na dość znaczne nasilenie występowania jaglicy wśród dzieci w zakładach opiekuńczych i na konieczność zajęcia się przez sanitarjat państwowy tem zagadnieniem, jako posiadającym znaczenie dla zdrowotności ogólnej.

Do budżetu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia na rok 1924 zostaje wstawiony specjalny kredyt w kwocie 7.200 zł. na zwalczanie jaglicy. W ten sposób została utworzona ustawowa i materialna podstawa, narazie w skromnych bardzo rozmiarach, do rozpoczęcia państwowej akcji zwalczania jaglicy. Pierwsze już jednak poczynania na tej drodze natrafiły na znaczne trudności natury przedewszystkiem fachowej. Poglądy okulistów polskich na istotę jaglicy, a zwłaszcza na kryteria rozpoznawcze tej choro-

\*) Okólnik Nr. 3681/186 z lutego 1921 r. Biuletyn Min. Zdrowia Publ. 3 1921 r.



by nie były uzgodnione, wskutek czego zarządzenia władz sanitarnych, dotyczące zwalczania jaglicy, często opierały się na wręcz przeciwnych wytycznych fachowych. Ten stan rzeczy pogarszała jeszcze ta okoliczność, że kwestja zwalczania jaglicy tak, jak również wszystkie inne sprawy sanitarne, nie jest ona zcentralizowana w jednym urzędzie, ale wchodzi w zakres kompetencji różnych ministerstw, z których każde wydaje na własną rękę zarządzenia, które nie zawsze pozostawały w zgodzie z zamierzeniami Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, jak organu, odpowiedzialnego za ogólną politykę sanitarną.

Z tych to względów ówczesny Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Dr. Czesław Wroczyński wystąpił z inicjatywą zwołania specjalnej konferencji dla omówienia zagadnienie jaglicy z kompetentnymi fachowcami i przedstawicielami poszczególnych ministerstw, zainteresowanych sprawą zwalczania jaglicy.

Konferencja taka odbyła się w dniu 14 grudnia 1924 pod przewodnictwem D-ra Czesława Wroczyńskiego, Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia w Witkowicach pod Krakowem w siedzibie Uniwersyteckiego Zakładu leczniczego dla chorych jaglicy. W obradach konferencji wzięli udział:

1. Dr. Majewski Kazimierz, Profesor okulistyki Uniw. Jagiellońskiego.
2. Dr. Bednarski Adam, prof. okulistyki Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.
3. Dr. Szymański Julian, prof. okulistyki Uniw. Stefana Batorego w Wilnie.
4. Dr. Kapuściński Witold, prof. okulistyki Uniw. Poznańskiego.
5. Dr. Noiszewski Kazimierz, prof. okulistyki Uniw. Warszawskiego.
6. Dr. Godlewski Emil, prof. biologji Uniw. Jagiellońskiego kurator zakładu dla dzieci jagliczych w Witkowicach senator.
7. Krakowski Bronisław, Naczelnik Wydziału opieki nad dzieckiem i młodzieżą Min. Pracy i Opieki Społecznej jako delegat tegoż Ministerstwa.

8. Dr. Palester Henryk, Naczelnik Wydziału walki z chorobami zakaźnymi Min. Spraw Wewnętrznych, jako delegat tegoż Ministerstwa.
9. Dr. Chodorowski, podpułkownik, delegat Ministerstwa Spraw Wojskowych.
10. Dr. Zachert Marjan, ordynator szpitala jagliczego w Witkowicach i st. asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
11. i 12. Dr. Trószczyńska Jadwiga i Dr. Kułakowska Marja, asystentki kliniki okulistycznej prof. Majewskiego w Krakowie.
13. Dr. Momidłowski, Naczelnik Wydziału Zdrowia Woj. Krakowskiego.

Przedmiotem rozważań konferencji były dwa następujące zagadnienia:

- a) uzgodnienie poglądów na istotę jaglicy i ustanowienie kryteriów praktycznych jej rozpoznawania, któreby były podstawą dla wszelkich zarządzeń, wydawanych w tym zakresie przez władze sanitarne, i
- b) omówienie ogólnych zasad i planu zwalczania jaglicy w kraju, oraz uzgodnienie współdziałania poszczególnych Ministerstw w tym zakresie.

Sprawa uzgodnienia poglądów na istotę jaglicy, oraz ustanowienia praktycznych kryteriów rozpoznawczych była przedmiotem oddzielnych porad profesorów okulistyki, którzy przedłożyli konferencji kompletną opinię swoją, sformułowaną przez prof. K. Majewskiego.\*

W głównych zarysach opinia ta orzekła, że:

1. Rozpoznanie jaglicy przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej o tej chorobie musi się opierać wyłącznie na bezpośrednim stwierdzeniu objawów klinicznych, właściwych temu schorzeniu, o których, jako najbardziej istotne, zaliczyć należy: ziarna jaglicze, łuszkę jagliczą i blizny po jaglicze.

2. Dla postawienia wczesnego rozpoznania jaglicy należy znać za wystarczające stwierdzenie na spojówce typowych ziarn jagliczych.

\*) Zobacz index: Konferencja Krakowska.

3. Odróżnienie ziarn jagliczych od innych tworów grudliwych, występujących na spojówce, jest najistotniejszą czynnością diagnostyczną, której lekarz winien poświęcić szczególniejszą uwagę (w tezach szczegółowo są omówione cechy różniczkowe ziarn jagliczych).

W ten sposób opinia profesorów okulistyki ustaliła wytyczne na których należy opierać rozpoznanie jaglicy, a tem samem stał stworzony fundament dla podjęcia jednolitej akcji wykonywania chorych na jaglicę, która to czynność była dotychczas niezwykle utrudniona z powodu stosowania przez poszczególnych lekarzy różnych kryterjów rozpoznawczych.

Mając już za sobą taki dorobek, konferencja przystąpiła do omówienia zasad i planu walki z jaglicą, oraz sposobu zrealizowania go przez poszczególne kompetentne czynniki. Co do zasad walki z jaglicą, to zgodzono się że należy stosować tutaj krewne metody, jak przy zwalczaniu innych chorób zakaźnych t. j. wyszukiwać ogniska choroby, leczyć i ewentualnie izolować chorych, oraz zapobiegać szerzeniu się choroby przez odpowiednie zarządzenia sanitarne i pouczanie ludności.

Ze względu na naturę choroby, która najłatwiej się szerzy w zwartych środowiskach, jak w zakładach opiekuńczych wychowawczych, szkołach, więzieniach, koszarach i t. p., postanowiono przede wszystkim rozpocząć planową akcję na tych zorganizowanych terenach, a następnie dopiero rozszerzyć ją na ogólną ludność.

Szczegółowy plan zwalczania jaglicy na terenie zakładów opiekuńczych zamkniętych, w których to instytucjach jaglica najczęściej występowała w ostatnich czasach ze wzmożonym nasileniem, został przedstawiony przez D-ra M. Zacherta i po wyczerpującej dyskusji przez konferencję zaaprobowany. Wytyczne tego planu były następujące:

1. dokonanie powszechnego badania oczu przez okulistów w wszystkich dzieci w zakładach opiekuńczych;
2. wyodrębnienie dzieci, dotkniętych jaglicą z zakładów ogólnych i umieszczenie w specjalnych zakładach leczniczego typu, jak zakład witkowicki;



3 ustanowienie stałego nadzoru sanitarnego nad zakładami opiekuńczymi i dziećmi, przyjmowanymi do tych zakładów, oraz świdamianie kierowników, wychowawców i opiekunów o istocie przyczynach szerzenia się jaglicy.

Przeprowadzenie powyższego planu akcji zwalczania jaglicy na terenie zakładów opiekuńczych podejmuje Generalna Dyrekcja Łuźby Zdrowia przy współdziale Ministerstwa Pracy i Opieki poiecznej. Uniwersyteckie kliniki okulistyczne zobowiązują się dostarczyć potrzebnych sił fachowych, oraz sprawować ogólny nadzór fachowy nad całą akcją.

Na drugim planie rozpatrywano sprawę zwalczania jaglicy w szkołach. Uznano, że dzieci, dotknięte jaglicą sącząca, do szkół nie powinny i dla takich dzieci po większych miastach winno się tworzyć specjalne oddziały szkolne; zaś dzieci z jaglicą niebezpieczną mogą być dopuszczane do szkół, winny być jednak pod stałą opieką lekarską, oraz siedzieć na oddzielnych ławkach.

Sprawa jaglicy w wojsku okazała się nieaktualna, wobec tego, że w czasie pokoju do wojska chorzy na jaglicę nie są przyjmowani zaś wojskowość posiada swój aparat sanitarny, którego zadaniem z zadań jest także zapobieganie szerzeniu się jaglicy wśród żołnierzy. Pozostaje tylko sprawa uzgodnienia postępowania z sanitariatem cywilnym co do osób, zwolnionych z wojska z powodu jaglicy, oraz poborowych, dotkniętych jaglicą. Uznano, że tę sprawę można jedynie racjonalnie rozwiązać w związku z całokształtem akcji zwalczania jaglicy wśród ogółu ludności. Podstawą dla rozwinięcia tej akcji ogólnej mogą być jedynie liczby po kraju rozsiane specjalne przychodnie przeciwjaglicze, których zadaniem winno być:

1. wyszukiwanie i rejestrowanie chorych na jaglicę;
2. kwalifikowanie do leczenia szpitalnego, bądź też leczenia bezpłatnie w przychodni;
3. propaganda przeciwjaglicza wśród ludności.

W związku z zamierzonym tworzeniem przychodni przeciwjagliczych i zakładów leczniczych dla jagliczych rozważano sprawę przygotowania odpowiedniego personelu, zwłaszcza lekarskiego.

Ze względu na brak oftalmologów uznano za wystarczającą powoływać na tego rodzaju stanowiska lekarzy, którzy przejdą 4—6 miesięczne kursy trachomatologii przy jednej z klinik uniwersyteckich.

W ten sposób na konferencji krakowskiej zagadnienie zwalczania jaglicy zostało wyczerpująco omówione i ramowy plan państwowej akcji zwalczania tej społecznej choroby został uzgodniony z fachowcami i kompetentnymi czynnikami. Od tej chwili zaczyna się też w miarę zdobywanych środków realizowanie stopniowe tego planu.

Dzięki usilnym staraniom Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia D-ra Wroczyńskiego w 1925 roku udało się uzyskać cele walki z jaglicą z budżetu państwowego 251.655 zł., a z Budżetu Reform sanitarnych (fundusz Rockefellera) 6.500 zł. Taki budżet pozwolił już przynajmniej w pewnych kierunkach akcję przeciw jaglicy należycie rozwinąć. W myśl ustanowionych powyżej zasad prowadzono też przede wszystkim akcję zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych, którą rozpoczęto od przeprowadzenia badania oczu u wszystkich dzieci zakładowych.\*

W celu nadania jednolitego fachowego kierownictwa całej akcji zwalczania jaglicy w kraju zostaje pod koniec 1925 roku ustanowiony w Gen. Spr. Sł. Zdr. oddzielny referat walki z jaglicą, kierownictwo powierzone zostaje lekarzowi-okuliście, któremu jednocześnie zostaje zlecony nadzór nad działalnością wszystkich instytucyj do walki z jaglicą w Polsce.

W ten sposób akcja zwalczania jaglicy pozyskała stały organ wykonawczo-nadzorczy przy centralnych władzach sanitarnych.

---

\*)Okólnik Nr. Z. Z. 120/27 Nr. 35 z 25. I. 27 w sprawie przeglądu w zakładach opiekuńczych.

Dr. M. Regelman

## Rozwój pracy towarzystw eugenicznych w krajach Europy i Ameryki. \*)

Pod nazwą „Eugenika“ zostały na dziedzinę ludzką rozszerzone wyniki prac Mendla o hodowli roślin i zwierząt.

Eugenikę stworzył prąd ewolucjonistyczny. Głębsze spostrzeżenia doprowadziły Galtona do wniosku, że w społeczeństwie współczesnym z zawrotną szybkością zmniejsza się odsetek ludzi zdolnych, co może grozić cywilizacji katastrofą. Bowierny postęp powszechny wymaga dzisiaj ogromnego napięcia sił wórczych ludzkości, oraz szybkiego, a umiejętnego ich wyzyskania, gdyż wymagania, które życie współczesne stawia człowiekowi, rosną w sposób niesłychanie szybki.

Zanik uzdolnień wśród ludzi jest następstwem, jak mówi Galton, coraz gorszego dobierania się małżeństw. Zadaniem eugeniki będzie właśnie usunięcie czynników, fatalnie oddziałujących w tym kierunku i zwiększenie odsetka ludzi zdolnych, dalej ułatwienie tymże zajęcia odpowiednich stanowisk i wyboty pracy zawodowej.

Wiara w powszechny rozwój wypływa choćby z definicji eugeniki, sformułowanej przez Galtona:

„Eugenika jest to nauka, zajmująca się wszystkimi wpływami, które mogą poprawić, oraz rozwinąć, w kierunku dla społeczeństwa najkorzystniejszym, wrodzone właściwości rasy“.

Niezaprzeczalny indywidualizm Galtona polega na tem, że w pismach swoich, a zwłaszcza w „*hereditary genius*“ wysunął eugenice na plan pierwszy „wrodzone właściwości rasy“. „*Genius*“ w ujęciu Galtona dziedziczny, jest od środowiska niezależny, nie tworzy go ono. Genialny człowiek w najgorszych warunkach wybija się, pokonywując trudności zewnętrzne.

Celem eugeniki, wedle jej twórcy, jest wytworzenie takich warunków, któreby umożliwiły większe, aniżeli dotychczas rozdanie się elementów społecznie wartościowych. Społecznie wartościowe elementy zaś — to ludzie silni i zdrowi fizycznie,

\*) Według referatu wygłoszonego na zjeździe lekarskim w Tozu 1928 roku.



oraz wyposażeni w zdolności umysłowe. Zwiększenie liczby tych ludzi w społeczeństwie — oto główne zagadnienie i cel teoretyczno-naukowych wysiłków eugeniki. Cel ten, wedle Galtona, da się wtedy skutecznie, jeżeli stworzymy takie warunki życiowe, w których ludzie zdolniejsi będą mogli w młodszym wieku wstępować w związki małżeńskie i zakładać liczne rodziny.

Wynikiem ruchu eugenicznego było założenie w roku 1907 w Londynie specjalnego instytutu p. n. „*Eugenics Laboratory*” dla naukowego badania zagadnień eugenicznych, oraz gromadzenia obserwacji i materiałów naukowych. Jedną z pierwszych prac Galtona z dziedziny eugeniki było zbadanie stanu zdrowia i uzdolnień 300 najwybitniejszych rodów angielskich, oraz odtworzenie drzew genealogicznych, ilustrujących ich stan fizyczny i umysłowy. Instytut ten prowadzony przez Pearsona, dał podstawę pracy całemu szeregowi socjologów, antropologów i lekarzy pracujących na polu eugeniki.

W roku 1908 powstaje w Londynie „Towarzystwo Wychowania Eugenicznego”, mające na celu rozpowszechnienie wśród społeczeństwa zasad higieny rasowej i zwrócenie uwagi szerokiego ogółu na narodowe znaczenie eugeniki.

Dzięki środkom, wskazanym przez Galtona, powstała również na Uniwersytecie Londyńskim katedra eugeniki wraz z pracownią dla badań poświęconych tej gałęzi wiedzy.

Ale daleko szybciej rozpowszechniła się nauka eugeniki w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Tam, w roku 1914-tym 44 wyższe zakłady naukowe miały już w programach swych wykłady poświęcone zagadnieniom eugenicznym, a w roku 1916 liczba takich szkół wyższych przekraczała setkę. Instytut podobny do „*Eugenics Laboratory*” istnieje w Ameryce pod kierunkiem Davenport'a (w New-Yorku). Rozwinął się tam poważny ruch naukowy, zajmujący się badaniami dziedziczenia rozmaitych objawów patologicznych i zagadnienia eugeniczne stały się stosunkowo dość popularne.

W stanie Nowy-York istnieje urzędowe biuro eugeniczne dla rozpowszechniania wiadomości z tej dziedziny. Nic też dziwnego że szereg stanów amerykańskich zdołał wprowadzić do swych konstytucyj stanowych szereg przepisów natury eugenicznej, jak zakazy zawierania małżeństw, stosowane względem osób obarcz

nych dziedzicznymi chorobami, oraz przymusowe wyjąłowanie, celem uniemożliwienia tym osobom pozostawienia po sobie potomstwa.

Następnym co do rozmiarów i intensywności ruchu eugenicznego krajem są Niemcy. Najpoważniejszymi pracownikami w dziedzinie teoretycznej są uczeni Grotjahn, Plötz, Schallmayer, Lenz i Baur. Niemcy wprowadzili dla eugeniki nazwę „Rassenhygiene”. W eugenice niemieckiej odgrywa bardzo ważną rolę obok badań nad dziedzicznością i konstytucją, pierwiastek rasowy. W eugenice niemieckiej zwraca się również pilną uwagę na rezultaty genetyki, oraz na najogólniejsze wyniki współczesnej biologii. Ponadto eugeniści niemieccy bardzo stanowczo i precyzyjnie odgraniczają zakres eugeniki od zakresu higieny społecznej.

W Niemczech istnieje przy Psychjatrycznym Instytucie w Monachjum oddział badań nad dziedzicznością, kierowany przez P. Rüdina, lecz, niestety, nie posiada wszystkich środków, które są niezbędne dla wykonywania różnorodnych badań tak doniosłej wagi. Rada wydziałów lekarskich uniwersytetów niemieckich zażądała w roku 1921 wprowadzenia planowych wykładów o dziedziczności i nauki o rasie na semestrach przedklinicznych, dla semestrów zaś klinicznych wykładów o patologii dziedzicznej i eugenice. W 1922 roku została zaprowadzona w Berlinie katedra dziedziczności przy Instytucie Anatomiczno-Biologicznym i wykładowcą został Poll.

Poza powyższymi państwami, eugenika rozwija się w wielu innych krajach, jak Szwecja, Holandia, a ostatnio po przewrocie bolszewickim i w Rosji. W roku 1922 Szwedzi utworzyli państwowy Instytut Biologii Rasy, kierownikiem którego jest P. Lundborg. W Rosji istnieje Towarzystwo Eugeniczne, które wydaje periodyczny miesięcznik, poświęcony pracom naukowym z tej dziedziny.

Towarzystwa Eugeniczne Ameryki i Europy utworzyły Związek Międzynarodowy Organizacji Eugenicznych, który odbywa zjazdy co pewien okres czasu.

W Polsce istnieje od roku 1917 „Polskie Towarzystwo walki ze Zwyródnieniem Rasy”, które w roku 1922 przyjęło nazwę T-wa Eugenicznego. *Polskie Towarzystwo Eugeniczne* stoi zasadniczo na tem samym naukowym i społecznym stanowisku, co analogicz-

ne towarzystwa w krajach Zachodu. Przystosowując się jedna do potrzeb kraju, zajmuje się stopniowo zagadnieniami najbardziej aktualnymi. W pierwszych latach istnienia najbaczniejszą uwagę poświęcono zwalczaniu chorób wenerycznych i sprawi wyludnienia. Obecnie na plan pierwszy wystąpiła kwestja poradni eugenicznej, poradni sportowej, oraz wyboru zawodu. Nie schodzi z porządku dziennego kwestja małżeństwa i doboru, jaki na tej drodze może dokonać. Towarzystwo Eugeniczne pracuje wydatnie w kilku sekcjach, prowadzi czynną propagandę wśród młodzieży, emigrantów, robotników; wydaje pismo „Zagadnienia rasy“, oraz liczne broszury. Poza tem towarzystwem, które ma filje na prowincji, ruch eugeniczny w Polsce jest jeszcze niemiernie słaby. Brak nam oryginalnej, jako też tłumaczonej literatury eugenicznej, brak zrozumienia wagi zagadnień eugenicznych wśród społeczeństwa.

---

Galton stworzył plan pracy dla eugeniki, który podaje w krótkim schemacie.

Główne zagadnienia są wedle niego następujące:

- 1) Możliwość przewidywania cech potomstwa z danych o rodzicach i dalszych przodkach opierać się musi na:
  - a) wykazach biograficznych wybitnie zdolnych rodzin nowszych czasów;
  - b) biografji rodzin, które jako całość stoją wyraźnie tak do zdrowia, jako też psychicznych i fizycznych właściwości poniżej przeciętnego poziomu społeczeństwa; w wykazach tych winni znaleźć się chorzy, przestępcy, oraz pensjonarze zakładów;
  - c) statystyce rozrodczości poszczególnych klas społecznych
- 2) Zagadnienia natury prawnospołecznej:
  - a) wpojenie w społeczeństwo przekonania, że zbrodniarz nałogowych należy odosobnić, a to celem uniemożliwienia im pozostawienia potomstwa;
  - b) rozpatrzenie sprawy, czy udzielanie pomocy umysłowej chorym i umożliwianie im zawierania małżeństw, oraz wychowania podobnego do rodziców potomstwa, nie wymaga zastrzeżeń.



3) Warunki działające na zmniejszenie lub zwiększenie ilości małżeństw.

4) Badanie praw dziedziczności.

5) Propagandowa działalność eugenistów.

6) Twórca eugeniki dąży wreszcie do instytucji świadectw eugenistycznych dla takich celów, jak ubezpieczenie życiowe, służba wojskowa, praca zawodowa i t. p.

Pracę Galtona w Anglii prowadzą w dalszym ciągu Pearson, który uważa następujące zasadnicze tezy za podstawę eugeniki: 1) rodzaj ludzki podlega zjawisku zmienności, t.j. wykazuje szereg rozmaitych warjacji; 2) warjacje te bez względu na to czy są pożąpane, czy nie, dziedziczą się; i 3) podlegają one działaniu doboru.

Dobór działający wśród ludzi można podzielić na dobór biologiczny, oraz dobór społeczny.

Wedle Lenza, o doborze biologicznym mówimy wtedy, jeżeli jednostki, wykazujące różnicę w dziedziczeniu, nie pozostawiają równej ilości potomstwa. O selekcji mamy prawo sądzić wówczas, gdy wymieranie nie odbywa się bezplanowo, lecz w ten sposób, że pewne ściśle określone elementy np. pewne typy antropologiczne pozostawiają w danych warunkach stale mniejszą ilość potomstwa. przyczyną wymierania jest zawsze jakaś dziedziczna wada konstytucyjna, względnie niemożność dostosowania się do warunków. Należy podkreślić, że o wyniku biologicznych procesów selekcyjnych decyduje nie śmierć jednostki, lecz liczba jej potomstwa. Intensywność doboru biologicznego jest tem silniejsza, im większa jest przeciętna liczba potomków i im krótszy jest okres czasu, dzielący powstanie następujących po sobie pokoleń.

Wyliczenia Galtona wyświetlają tę sprawę dokładnie:

Jeżeli w grupie społecznej A, każda para pozostawia po sobie do dalszego rozmnażania się troje dzieci, grupa zaś B czworo, (przyczem pokolenia w obu grupach wzrastają co 33 lata) to przy równej początkowej wielkości procentowej obu grup, skład owego społeczeństwa będzie się kształtował w następujący sposób:

	A	B
po 0 latach	50%	50%
„ 100 „	28%	72%
„ 300 „	7%	93%

Jeżeli obie grupy pozostawiają po sobie po 4 dzieci lecz w grupie B nowe pokolenia wyrastają zamiast co 33, a co 25 lat, to ustosunkowanie się obu grup będzie wyglądało w sposób następujący:

	A	B
po 0 latach	50%	50%
„ 100 „	33%	67%
„ 300 „	11%	89%

Jeżeli zaś przyjmiemy, że grupa B obok większej ilości dzieci odznacza się i tem, że, zamiast co 33 lata wyrastają w niej nowe pokolenia co 25 lat, to ustosunkowanie będzie się tak kształtowało:

	A	B
po 0 latach	50%	50%
„ 100 „	17,5%	82,5%
„ 300 „	0,9%	99,1%

Te teoretyczne wyliczenia tłumaczyć mogą wymieranie ludzi o nielicznym potomstwie. Dotyczy to najczęściej ludzi zdolniejszych, którzy w późnym wieku zakładają ognisko rodzinne i pozostawiają po sobie nieliczne potomstwo.

Procesy selekcyjne, jak widzimy, mogą być społecznie korzystne lub szkodliwe. Jeśli wynikiem procesów selekcyjnych jak w przypadku powyższym, będzie zwiększanie się ilości elementów, społecznie mniej wartościowych, jak np. grupy B, będziemy mieli do czynienia z selekcją szkodliwą, zwaną kontraselekcją.

Oczywiście, że w życiu obok selekcyjnego istnieje także wymieranie nieselekcyjne, n. p. powodowane przez katastrofy i t. p. P e a r s o n twierdzi na podstawie pewnych obliczeń, że 55 do 75% przypadków śmierci — to przypadki selekcyjne.

Eugeniści, pragnąc ująć w normy racjonalne rozmnażanie się ludności, podkreślają, iż dla powstrzymania wymierania ludności potrzeba, aby na rodzinę przypadło 4 żywych dzieci ewentualnie troje, wychowanych powyżej lat 5-ciu.

Jeśli rozpatrywać zagadnienie ludności pod względem przyrostu w różnych stanach społecznych, to podkreślić należy, że im wyższa klasa społeczna i jej stan kultury, tem mniejsza przyrost

ciężna liczba potomstwa. Prócz tego, w sferze wyższej społecznie wiek zawarcia małżeństwa i posiadania potomstwa jest późniejszy. Wobec tego zaś, że mniejsza liczba dzieci czyni łatwiejszem ich wychowanie, a co zatem idzie również ułatwia rodzicom w następstwie otrzymanie dla nich odpowiedniej pozycji socjalnej, zauważono w ostatnich latach wzmoczoną tendencję do ograniczenia ilości potomków.

Bertillo n stwierdził w roku 1911, że na rodzinę wybitnych francuzów, z których bałał 445, przypadało przeciętnie 1,2 dzieci. Cattell zaś wykazał na 1000 małżeństw wśród uczonych amerykańskich i wynalazców, przeciętną ilość potomków 1,5. Webb przytacza statystykę, na mocy której liczba potomstwa u angielskich pracowników unysłowych wynosi 1,5, u robotników 5. Przeprowadzona przez Kacprzaka w Państwowej Szkole Higjeny, ankieta wśród lekarzy polskich, których liczba wynosi 7.398, w tem 4.398 żonatyh i 355 zamężnych, a 1.773 kawalerów i 332 panny, wykazała, że: na jedną rodzinę lekarza dietnego przypada przeciętnie 2,06 dzieci, na jedną rodzinę lekarki 1,45 dzieci; poza tem żonatyh bezdietnych lekarzy jest 1.339 i lekarek 163.

Po wojnie zauważyć się daje obniżenie liczby urodzin prawie we wszystkich warstwach społecznych.

Różnice w ilości potomstwa w różnych warstwach społecznych, jak również zmniejszenie się ilości porodów po wojnie, awidoczni następująca tablica.

**Liczba noworodków żywych w Warszawie przed i po wojnie  
(1907 — 1913, 1919 — 1926) na 1.000 mieszkańców.**

	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Okręgi bogatych i intel.	26,28	28,88	27,1	24,50	23,12	21,50	21,70	21,43	23,20	16,98	18,22	17,71	16,42	16,59	16,00
Śred. mieszcz. i intel.	23,55	28,27	28,34	26,62	25,31	24,10	22,60	20,68	21,45	17,45	17,62	18,66	16,31	16,57	16,63
Niezamożne	30,48	32,40	34,82	32,39	30,26	29,45	31,12	29,83	32,84	21,81	23,57	24,62	24,93	24,17	22,21
Proletariat								47,92	38,28	34,20	37,29	38,93	35,57	36,69	32,05



Nawet proletarijat, który przed wojną rozradzał się dosyć znacznie, po wojnie zbliżył się do innych warstw, jak to widzimy w statystykach nie tylko narodów, które brały udział w walkach, lecz i w krajach neutralnych. W Zurychu na jedną rodzinę fabrykantów, wielkich kupców, lub zawodów wyzwolonych przypada 2,13 dzieci, a u robotników 2,24, podczas kiedy dawniej sfery zamożniejsze miały przeciętnie 3, a sfery robotnicze 5 dzieci.

Najszybciej rozmnaża się ludność na wsi. Natomiast uprzemysłowienie i rozrost miast pociąga za sobą emigrację ludności wiejskiej do miast, tak, że n. p. 2/3 ludności wiejskiej w Niemczech mieszka w miastach, jednocześnie z tem, płodność spada o połowę.

Ruch feministyczny, samodzielna praca kobiet, zarówno ją i ich kształcenie się w uniwersytetach, obejmowanie stanowisk urzędniczych, nauczycielskich i t. p. zmusza do przesunięcia okresu zamążpójścia lub całkiem go usuwa. W przypadkach zaś, kiedy związek małżeński zostaje zawarty, istnieje tendencja ograniczania liczby dzieci do minimum, lub nawet do całkowitego powstrzymania się od płodzenia. W Ameryce około 50% studjujących kobiet nie wychodzi zamąż, 33% z pośród zamężnych jest bezdzietnych, z pozostałych 67% zamężnych posiada przeciętnie od 1 do 2 dzieci.

Według obliczeń Theilhabera, ludność żydowska Berlina ma bardzo mało potomków, ponieważ 1/4 dorosłej ludności pozostaje poza małżeństwem, 1/4 zaś, wchodząc w związki małżeńskie nie ma dzieci. Wśród pozostałej ludności dziecięcej 2/3 rodzin ma po jednym, lub dwoje dzieci, a tylko 1/3 liczniejsze gromadki dochodzące do 4 dzieci na rodzinę. Są to prawie wyłącznie robotnicy żydowscy, rzadziej rzemieślnicy, a prawie nigdy ludzie z akademickim wykształceniem. Zjawisko spadku urodzeń, wybitnie zaznaczyło się wśród ludności żydowskiej w Czechach i Morawach, gdzie stopa urodzeń wśród żydów w roku 1911 spada poniżej 13‰.

*Liczba noworodków żywych w Warszawie.*

	1923	1924	1925	1926
Chrześc.	18006	16510	18262	16629
Żyd.	4133	4148	4463	5026

Przeciętnie na 1000 mieszkańców:

u chrześc. . . . 23,7 dzieci  
u żyd. . . . 16,3 „

*Liczba małżeństw w Warszawie.*

	1923	1924	1925	1925
Chrześc.	7823	6532	6861	6111
Żyd.	2236	1315	1280	1412

Ludność w roku 1926:

chrześc. . . . 701.157  
żyd. . . . 313.669

*Wiek zawieranych małżeństw w Warszawie.*

	U chrześcijan		U żydów	
	Wiek żony	Wiek męża	Wiek żony	Wiek męża
1920 r.	25,0	29,2	27,0	28,8
1921 r.	24,6	28,3	26,0	28,7
1922 r.	24,5	27,8	26,4	28,8
1923 r.	24,1	27,1	26,0	28,1
1924 r.	24,3	27,0	26,5	28,6
1925 r.	24,3	27,1	26,8	28,5

Jak z tej statystyki wynika, Żydzi wstępują w związki małżeńskie w późniejszym wieku, niż ludność chrześcijańska. Wiadome jest, że mężczyzna dochodzi do maksimum swojej płodności w 25 roku życia i okres ten trwa do 30 roku życia. Małżeństwa, których mąż ma mniej niż lat 30, rzadziej bywają bezdzietne, aniżeli takie, w których mąż ma powyżej lat 30.

*Urodzenia z uwzględnieniem wieku średniego matki.*

	Wiek średni matki	Wiek średni matki
	u chrześcijan	u żydów
1920 r.	28,8	29,8
1921 r.	28,3	30,8
1922 r.	28,2	30,4
1923 r.	28,2	29,6
1924 r.	28,0	30,0
1925 r.	27,0	30,7

Większość lekarzy twierdzi, że najlepszy okres dla pierwszego urodzenia przypada na czas między 18 — 25 rokiem życia kobiety; jak z tej statystyki wynika, wiek średni matki żydowskiej rodzicielki jest późniejszy, niż przeciętny wiek matki chrześcijańskiej.

Wobec zmniejszenia się porodów, należałoby wprowadzić do prawodawstwa ustawy, zabezpieczające rodziny liczne, posiadające ponad troje dzieci, oraz wzajemne ubezpieczenie rodzin licznych kosztem opodatkowania rodzin bezdzietnych i kawalerów. *Lenz* wyraża obawę, że po wprowadzeniu tej ustawy, liczniesze rozmnażanie nadal odbywać się będzie w sferach niższych, mniej kulturalnych i że samo to prawo nie wystarczy dla uregulowania sprawy w sensie eugenicznym. Należałoby wyróżnić w tej ustawie ludzi mniej i więcej wartościowych. Niemieccy eugeniści żądają również zmiany ustawy o podatku spadkowym w imię idei eugenicznej, a mianowicie: by opodatkowywać jedynie rodziny o jednym dziecku, 50% — rodziny z 2 dzieci, a zupełnie zwalniać od podatku spadkowego rodziny mając 3 i 4 dzieci. *Lenz* proponuje, by dzieci nieślubne nie posiadały praw majątkowych narówni z dziećmi ślubnymi, jak to się praktykuje w Finlandji i Norwegji. *Wernic* jest zdania, że dzieci nieślubne bynajmniej nie mogą być zawsze kwalifikowane do rzędu mniej wartościowych. Matki ich powinny na wychowanie i utrzymanie, wedle niego, dostawać od rządu zapomogę w wysokości zwykłych alimentów, wypłacanych przez ojca. Zapomogi dla rodzin licznych powinny być udzielane wedle *Darwina*, prezesa Londyńskiego Towarzystwa Eugenicznego, wartościowym szczególnie pod względem eugenicznym jednostkom. Subsydja na dzieci, udzielane przez rząd winny być wypłacane proporcjonalnie do zarobków rodziców. Uwalnianie od podatków, ewentualnie stosowanie ulg powinno być, wedle niego, stosowane do pomienionej kategorii rodzin.

Jak powyżej podkreśliłem, pierwszorzędnym postulatem naukowym eugeniki jest zgłębienie czynników, wpływających na kształtowanie się dziedziczności u potomstwa. Są niemi sprawy, związane z doborem naturalnym, a przedewszystkiem jego najważniejszymi działaniami: *doborem małżeńskim, czyli płciowym, oraz doborem zawodowym, czyli uzdolnień.*

Aby osiągnąć ten cel, niezbędne jest spopularyzowanie wśród inteligencji racjonalnego rozwinięcia zasad doboru małżeń-



skiego. Należy uświadomić młodzież, że nietylko ładna twarz, lecz odpowiedni dobór pod względem moralnym, umysłowym i fizycznym jest podstawą szczęścia rodziny i powodzenia życiowego potomstwa. Należy uświadomić społeczeństwo o niebezpieczeństwie, jakie grozi rasie wskutek chorób dziedzicznych. Przede wszystkim dotyczy to spopularyzowania tych zboceń organizmu, które wpływają najfatalniej na potomstwo — choroby weneryczne i alkohol, wreszcie te, które przekazywane są dziedzicznie (obłąd dziedziczny, wyczerpanie alkoholiczne, spaczenie, zбочenie intelektualne, zbrodnie dziedziczne i t.p.), oraz zwrócenie uwagi na te czynniki, które chociaż nie są bezpośrednio przekazywane zaraz po urodzeniu potomstwa, jednakże mogą się dzięki wrodzonej konstytucji, łatwo potomstwu przekazać (np. gruźlica).

Prawodawstwo małżeńskie wymaga specjalnej uwagi ze strony eugenistów. Darwin pomija sprawy uregulowane w Anglii, a gdzieindziej zaniedbane, jak to sprawę rozwodu, lecz uważa, że do otrzymania prawa wstąpienia w związki małżeńskie niezbędne jest wprowadzenie świadectw przedślubnych obustronnych. Powinny one stwierdzić nietylko stan zdrowia, przebyte choroby umysłowe, brak chorób dziedzicznych, stan zdrowia w poprzednim małżeństwie, o ile było zawarte, zdolność do płodzenia, a oprócz tego i stanu moralny jednostek, — lecz powinny również stwierdzić, że osobnik nie był karany, albo też wymienić kary za popełnione i wyraźnie określone przestępstwa. Udzielanie ślubu osobom chorym umysłowo (pomimo stwierdzenia tego świadectwem przedślubnym) pociąga za sobą odpowiedzialność sądową.

W Ameryce istniejące od roku 1910 T-wo „*Eugenics Record Office*“ posiada duży materiał o rodzinach zdolnych i mniej wartościowych, opracowuje nawet drzewa genealogiczne uzdolnionych rodzin. Na mocy tych materiałów w jednym ze Stanów Ameryki specjalne biuro udziela porad przedślubnych.

W 24 stanach Ameryki Północnej prawo wstąpienia w związki małżeńskie jest zabronione chorym umysłowym, niedorozwiniętym i idiotom. W 9-iu innych stanach Ameryki ograniczenie do wstąpienia w związki małżeńskie jest bardziej rozległe, obejmuje i epilepsję, choroby weneryczne, alkoholizm, nałogowych przestępców, gruźlicę. Strony zainteresowane obowiązane są złożyć zeznanie w obecności urzędnika stanu cywilnego, lub strony trzeciej, iż nie

są chorzy. Przekroczenie tego prawa karane jest 1.000 dolarów lub więzieniem trzyletniem.

W 3-ch stanach Ameryki są wymagane świadectwa przedślubne.

W Polsce również zapoczątkowano myśl wprowadzenia takich świadectw.

Gorący ich zwolennik, Wesołowski, na Zjeździe Eugenistów Polskich w roku 1920 referował projekt wprowadzenia dla wszystkich obowiązkowych przedślubnych badań lekarskich, łącznie z przewidywaną przez niego ustawą prawa, uzależniającego możliwość zawierania związków małżeńskich od wyników takiego badania.

W ostatnich latach wydano w Szwecji prawo ograniczenia związków małżeńskich dla chorych umysłowych, niedorozwiniętych, epileptyków i chorych wenerycznie.

W Niemczech Monachijski Związek Lekarzy zaproponował wyszkolenie specjalnych lekarzy — doradców w sprawach małżeńskich, którzy obeznani z zagadnieniami eugenicznymi mogliby zainteresowanym wydawać świadectwa przedślubne, niezbędne dla władzy cywilnej. W roku 1916 Berlińskie T-wo Eugeniczne wyraziło mniemanie, iż należałoby wprowadzić obowiązkowe zaświadczenie lekarskie przedślubne, jednakże bez mocy prawnej zakazu małżeństwa. Hirsch jest za wprowadzeniem zeznań narzeczonych co do przebytych chorób. Lenz jest zdania, że świadectwa przedślubne miałyby rację bytu i odnosiłyby należyty skutek, gdyby wprowadzono obowiązkowe meldowanie o każdym przypadku choroby wenerycznej i ciężkiej umysłowej. W Niemczech wprowadzono w 1920 roku rozporządzenie, mocą którego władze cywilne wzywają narzeczonych do wypełnienia ankiety, tyczącej się ich zdrowia. Według Lenza, eugeniści powinni dążyć do wprowadzenia lekarzy-doradców w sprawach małżeńskich. Jeśli strony zainteresowane nie zadowolniają się orzeczeniem takiego doradcy, mogą zwrócić się do instancji apelacyjnej, składającej się z lekarzy specjalistów.

By nie pozwolić osobnikom mniej wartościowym przekazywać swych cech potomstwu, Darwin proponuje zastosowanie *segregacji lub wyjąłowania*.

Segregacja dotyczyć ma ludzi niedorozwiniętych umysłowo; mogliby oni być trzymani w zakładach zamkniętych z uwzględnieniem podziału płci. Zamknięcie to dotyczyłoby przestępców nałogowych, alkoholików i włóczęgów. Mogłoby zamknięcie to w pierwszym okresie być tymczasowe, w razie jednak braku poprawy zamienić się na stałe.

Wyjąłowanie może mieć miejsce w stosunku do osób obarczonych cierpieniami dziedzicznymi, nieuleczalnymi, które przekazać mogą potomstwu. Szczególniej dotyczy to chorób umysłowych lub innych, czyniących osobników inwalidami, niezdolnymi do pracy. Wyjąłowanie może dotyczyć i moralnie upośledzonych oraz przestępców — za ich zgodą, a umysłowo-chorych za zgodą rodziców lub opiekunów. Państwo mogłoby posiadać ograniczone w poszczególnych przypadkach prawo przymusu.

W roku 1907 w stanie Indjana w Ameryce po pomyślnych wynikach operacji *Sharp's* a zostało wprowadzone prawo o vasectomji dla jednostek mniej wartościowych. Stopniowo prawo to uzyskało obywatelstwo i w innych stanach, tak, że w roku 1920-ym już 15 stanów kwestję tę uregulowało.

W krajach Europy do dzisiejszego dnia niema ustaw regulujących tę sprawę. Niemieckie T-wo Eugeniczne żądało w roku 1914 wprowadzenia tej ustawy dla tych mniej wartościowych jednostek, o których w ten sposób zaopiniuje specjalna rada lekarska. W 1922 roku T-wo to wypowiedziało się przeciwko wprowadzeniu przymusowej sterylizacji w chwili obecnej, aprobując ją jedynie w przypadku zgody mniej wartościowych osobników, ewentualnie ich opiekunów. Niemieckiemu eugeniście *Hirsch'o* wi zawdzięczać należy opracowanie dokładne wskazań eugenicznych, przerwania dotyczących ciąży i uzyskanie uznania tych wskazań przez cały szereg niemieckich eugenistów. W roku 1920 Naukowa Rada Eugeniczna przy Pruskim Ministerstwie Opieki Społecznej zasadniczo wypowiedziała się za uznaniem tych wskazań eugenicznych.

Wernie uważa, że długo jeszcze potrwa, nim tendencje Londyńskiego T-wa, jak i amerykańskich eugenistów dadzą się wcielić w życie. Okres poznawania uzdolnień ludzkich, wedle niego, jest wszędzie, a również i w Anglii w stanie zapoczątkowania, przygotowawczym — i trudno na zasadzie dzisiejszych da-



nych zarysować granicę pomiędzy typem powyżej i typem poniżej średniej wartości. Segregacja płciowa typów umysłowo i moralnie zwyrodniałych przemawia bardziej do przekonania polskich eugenistów, z zastrzeżeniem, że typy te powinny być poddane w odpowiednich zakładach długiej obserwacji. Wyjaławianie zaś, wedle polskich eugenistów, dotyczyć może wyłącznie ludzi pod względem umysłowym i moralnym upośledzonych, u których akty zbrodnicze łączą się z reprodukcją potomstwa.

W walce ze zwyrodnieniem nie mniejszą uwagę i troskę o przyszłe pokolenia poświęcają towarzystwa eugeniczne chorobom wenerycznym, które z jednej strony zmniejszają płodność osobnika, a z drugiej strony pozostawiają częstokroć ślady nieusuwalne na potomku, czyniąc z niego nieszczęśliwego osobnika, niezdolnego do pracy, będącego ciężarem dla społeczeństwa.

W walce z chorobami wenerycznymi w krajach Europy i Ameryki niema jednolitości. Na niskim poziomie stoi walka z chor. wener. w *Portugalji*, ponieważ społeczeństwo tam nie jest uświadomione o grozie tych chorób. Rzeczywistą walkę z chor. wener., nie licząc reglamentacji, rozpoczął dopiero w 1902 roku Thomas de Mello Breyner i to pod wpływem francuskiego profesora Fourniera. Breyner zaczął swą pracę przez uświadamianie społeczeństwa, organizując odczyty, wydając broszury i pisma popularne; następnie zorganizował kursy wenerologii dla lekarzy i studentów. Trzeba nadmienić, że dopiero w roku 1918, w 3-ech uniwersytetach portugalskich utworzono katedry chorób wenerycznych.

W *Belgji* w ostatnich czasach Liga Narodowa do Walki z Niebezpieczeństwem Wenerycznym zastanawiała się nad koniecznością rewizji systemu reglamentacyjnego i nadzoru nad prostytucją. *Hiszpanja*, jak i *Francja* są zwolenniczkami reglamentacji. W obu tych krajach jest cały szereg przychodni, bądź to utrzymywanych przez rząd, bądź też przez instytucje prywatne, lub Czerwony Krzyż. W *Szwajcarii* zarysowuje się dążenie do przymusowego leczenia chorób wenerycznych. Nadmienić należy, że reglamentacja w Szwajcarii nie istnieje.

W *Ameryce* w roku 1917 wszystkie stany powołały do życia Biura Przeciwweneryczne, zadaniem których było:

1) szerzenie na szeroką skalę propagandy przeciwwenerycznej

- 2) zgłaszanie przypadków chorób wenerycznych do władz sanitarno-administracyjnych;
- 3) stosowanie przymusowego leczenia;
- 4) wyszukiwanie źródła zarazy;
- 5) otwieranie bezpłatnych przychodni przeciwwenerycznych;
- 6) zamknięcie domów nierządu.

W pewnych stanach wprowadzono ustawy o przymusowym leczeniu chorób wenerycznych w zakładach zamkniętych.

Ponieważ znaczna liczba chorób leczy się w przychodniach nieregularnie i niedostatecznie, przeto wprowadzono „Follow up system“, a mianowicie: specjalny pielęgniarz wywiadowca zbiera wiadomości o stanie rodzinnym chorego, przestrzega go o konieczności dokładnego leczenia, poucza o ostrożnościach, jakie należy zachować, by nie narażać członków rodziny i otoczenia.

W Niemczech dopiero w październiku 1927 roku wprowadzono ustawę o przymusowym zgłaszaniu chorób wenerycznych, gdy Duńczycy już w roku 1906, a Szwedzi w roku 1918 przepisy takie przestrzegali. W Niemczech weszło w życie prawo, że osoba zarażająca, ewentualnie wstępująca w związki małżeńskie w stanie zaraźliwym jest karana. Obok tych ustaw Lenz żąda szerokiej i rozległej propagandy, wprowadzenia do średnich i wyższych szkół specjalnych wykładów, włączonych do ogólnej higieny.

W Polsce w roku 1916 Polskie Towarzystwo Eugeniczne opracowało pierwszy projekt ustawy w sprawie zwalczania chorób wenerycznych na podłożu abolicjonistycznym z przymusowym leczeniem.

Przy poradach przedślubnych należy mieć na uwadze nie tylko stan fizyczny i umysłowy obu stron, lecz i stopień pokrewieństwa.

Większość badaczy jest zdania, iż pokrewieństwo małżonków wywołuje u dzieci podłoże odpowiednie dla skaz, a nawet ciężkich chorób. Inni zaś, przeciwstawiają się temu zdaniu, lub czynią pewne zastrzeżenia. Pokrewieństwo małżonków ma wpływ na ukształtowanie się potomstwa przedewszystkiem, a może i wyłącznie, dzięki prawom dziedziczenia. Niektórzy zaś twierdzą, iż brak obcej krwi sam przez się wprowadza ujemne skutki u potomstwa.

Montegazza, Kohl, Weitz, Devay wykazują, iż 10—18% spokrewnionych małżeństw pozostaje bezpłodnymi. Darwin, Bourgeois, Howe podają przeciwną statystykę. Lenz z pracy swej z roku 1923 podaje, że gdy jakaś ustępująca cecha często się powtarza, unikać należy małżeństw pokrewnych, a nawet z tej samejokolicy. Radzi on wtedy związki bardziej odległe, a nawet z różnych ras, lecz nie o zbyt dużych różnicach rasowych.

Condolle przekonał się, że jeśli rodzice posiadają dużą różnicę barwy oczu lub innej cechy, nie występują szkodliwości dla potomstwa w rodzaju bezpłodności itp. Stilling i Laqueur są skłonni uważać za przyczynę wysoko posuniętej krótkowzroczności również pokrewieństwo małżonków. Sachs uważa, że ślepotą wraz z idjotyzmem występuje jedynie u żydów, u których małżeństwa pokrewne bywają częstsze. Stwierdzono, że ślepotą w  $\frac{1}{3}$  część przypadków występuje u osobników, których rodzice są spokrewnieni. Boudin podaje, że 28,35% wszystkich głuchych powstało z rodziców pokrewnych sobie. Ze zdaniem tym jednak nie wszyscy zgadzają się; angielska statystyka wykazuje 5%.

Boudin na poparcie swoich poglądów przytacza względnie częstsze przypadki głuchoty wśród żydów i murzynów, u których małżeństwa wśród krewnych zawierane są częściej. Stieda podaje, że ze zwiększeniem się małżeństw pokrewnych w pewnym departamencie Francji, ilość schorzeń cielesnych i duchowych zwiększyła się. Według Darwina małżeństwa pokrewne występują częściej u arystokracji np. w Anglii u arystokratów — 45,0% w średniej klasie — 35,0%.

Co się tyczy chorób umysłowych, jako następstw małżeństw pomiędzy krewnymi, to Mayet podaje taką statystykę: zwykłe zaburzenia umysłowe przeciętnie występują w 31,7%, wśród krewnych w 69,0%; objawy porażenia przeciętnie w 47,6% a wśród krewnych — 46,5%; padaczka przeciętnie w 25,6%, wśród krewnych w 53,2%; idjoci — 28,7%, wśród krewnych — 43%.

Lenz jest zdania, iż małżeństwa między krewnymi mogą być szkodliwe jedynie wtedy, jeżeli jakaś cecha ustępująca panuje w ich rodzinie, czyli całe niebezpieczeństwo widzi on w sumowaniu się cech ujemnych, gdyż stopień prawdopodobieństwa wystąpienia tej cechy jest większy, niż w małżeństwach pomiędzy obcymi osobnikami. Gumpłowicz stwierdza, iż dążenie do



zachowania czystości rasy u ludzi wyraziło się najwybitniej w związkach domów panujących, czego wynikiem było zwyrodnienie tych rodów i olbrzymia odsetka obłąkanych, jak to miało miejsce wśród Habsburgów hiszpańskich i wielu in.; z drugiej zaś strony przytacza on pochodzenie wybitnych ludzi plemion germańskich, jak Goethego, Kanta i in., którzy byli mieszancami. W świetle prawodawstwa kwestja pokrewieństwa małżonków przedstawia się w sposób następujący: w Rosji było zabronione małżeństwo aż do 7-go stopnia według prawa kanonicznego; w Niemczech zabraniają małżeństw w linii zstępującej i wstępującej przyrodnim braciom i siostram; w Anglii, Francji, Włoszech, Holandji i Rumunji zabronione są związki aż do 4-go stopnia.

Omówiwszy pokrewieństwo, czyli związki krwi na podstawie pojęcia istnienia wzajemnej zależności rodowej, oraz własności antropologicznych, nie mogę ominąć wyników współczesnych badań biochemji, która opracowała podział rodzaju ludzkiego, może mniej szczegółowy, bo oparty na jednej cesze t. j. biochemicznych właściwościach krwi.

Podług Landsteinerja, surowica człowieka nigdy nie aglutynuje krwinek własnych, ani im podobnych, zawsze jednak zlepia krwinki o cechach odmiennych. Badania jego wyróżniły u człowieka 4 grupy serologiczne:

	Anty—A			
Surowica zawiera aglut.		Anty—B	Anty—A	O
	Anty—B			
Krwinki o cechach	O	A	B	AB

Badania Dungereana i Hirszfelda wprowadziły sprawę izoprzeciwnia w sferę zagadnień konstytucyjnych. Badając rodziny zdołali oni stwierdzić, iż własności izoaglutynacyjne krwi są dziedziczne, przytem grupa A i B są dominujące, grupa O jest ustępująca, a grupa AB nie jest wcale elementem dziedzicznym, lecz reprezentuje zarówno właściwości grupy tak A jak i B. Jeżeli jedno z rodziców należy do grupy AB, cechy te mogą dziedziczyć się wspólnie, dzieci więc będą posiadały cechy AB, lub też niezależnie t. zn. jedno dziecko będzie posiadało cechę A, inne cechę B. Dziedziczy się zatem nie przynależność grupową, lecz cechy serologiczne A i B, które są jednostkami dziedzicznymi uwarunkowanymi konstytucyjnie.

Grupa A występuje w największej ilości w Zachodniej i Północnej Europie (ponad 40%), podczas kiedy narody, pochodzące z Azji i Afryki, mają A mniej niż 30%. Przeciwnie zaś grupa B jest w największej ilości w Azji i Afryce. Narody żyjące pomiędzy Północo-Zachodem i Południowo - Wschodem wykazują coraz większy odsetek grupy B i coraz mniejszy odsetek grupy A. Grupa B jest najmniej liczna u anglików — 10%, a podnosi się równomiernie z zachodu na wschód, dochodząc u hindusów do 60%. Narody żyjące na rubieży Azji, Europy i Afryki, a więc Turcy, Arabowie, Rosjanie i Żydzi są typem pośrednim zarówno w stosunku do wielkości grupy A, jak do B.

Żydzi zamieszkujący Polskę różnią się od żydów hiszpańskich, mają bowiem więcej osobników grupy A i mniej B, niż ci ostatni, i w tym samym kierunku odchylają się od słowiańskiej ludności polskiej.

	A	B	AB	O
Żydzi polscy	41%	17,4%	8,1%	33%
Żydzi hiszp.	33%	23,2%	5%	38,8%

Mydlarski i Halberówna zbadali zależność między strukturą biochemiczną krwi i typami antropologicznymi.

Narazie stwierdzić można, że u typu antropologicznego północno-europejskiego i typu alpejskiego jest stosunkowo silnie reprezentowana krew grupy A, krew zaś B spotykamy najprawdopodobniej u typów subnordycznego i praesłowiańskiego.

Są to narazie wyniki niebardzo pewne, wymagają jeszcze sprawdzenia, opracowania; stwierdzić jednak należy już fakt, że to konstytucyjne ujęcie izoprzeciwciał i cech przez nie charakteryzowanych zbliża serologję do antropologii i do genetyki. Nawiązanie dziedziczenia własności izoaglutynacyjnych do zjawisk konstytucyjnych, stwarza podstawy do szerokich badań nad dziedziczeniem usposobienia do niektórych chorób w związku z grupą krwi.

Nieliczne jeszcze dotychczasowe badania prowadzone w tym kierunku zdają się dowodzić, że przynależność danego osobnika do tej lub innej grupy serologicznej może mieć pośrednio wpływ na jego stan odpornościowy. Ostatnie badania Hirszfeldów z Brokmanem nad wrażliwością na błonicę wykazują, że przy-

należność do pewnej grupy serologicznej danego osobnika może mieć w pewnych warunkach wielkie znaczenie dla jego stanu odpornościowego, gdyż zdolność wytwarzania antytoksyn dyfterycznych dziedziczy się wspólnie z grupą serologiczną. Jeżeli jeden rodzic posiada grupę A i jest wrażliwy na błonicę, drugi zaś należy do grupy O i jest na błonicę niewrażliwy, to dzieci należące do grupy rodzica wrażliwego są zwykle wrażliwe, dzieci zaś należące do grupy rodzica niewrażliwego, są przeważnie niewrażliwe. Oczywiście, że niewrażliwe mają prawdopodobnie większe szanse wyżycia, niż wrażliwe.

Badania te stwierdzają, że poszczególne elementy serologiczne wykazują także różnice selekcyjne. Autorzy podają, że w Europie środkowej osobnicy ciemniejsi łatwiej przechodzą zimnicę, niż osobnicy o mniejszej ilości pigmentu. O ile nie wchodzi tutaj w grę wtórny wpływ insolacji, to najprawdopodobniejsze byłoby przypuszczenie, że typy ciemniejsze, pochodzące z południa stały się drogą doboru mniej wrażliwe na zimnicę, często tam panującą, i że ta własność nawet w wielu pokoleniach pozostała sprzężona z zabarwieniem skóry.

Niezmiernie ciekawych danych dostarczyły badania Amsełówny i Halberówny, które stwierdziły, że w przypadkach kiły leczonej, odczyn Wassermana najprędzej zanika u osobników grupy krwi O, najpóźniej zaś grupy A B. Gdyby objaw ten można było utożsamić z szybszą i lepszą wyleczalnością kiły, to mielibyśmy do czynienia z momentem selekcyjnym wielkiej wagi. Straszynski stwierdził, że na świerzb osobnicy należący do grupy A zapadają rzadko, podczas gdy w przypadkach gruźlicy skóry, a poniekąd i łuszczycy, grupa A okazała się najmniej odporna. Prawdopodobnie też, jak tego dowodzą badania uczonych duńskich i rosyjskich, należy się liczyć z nierówną odpornością grup serologicznych na raka, gruźlicę i malarję.

Wszystkie powyżej przytoczone przykłady czynią możliwą nierówną wartość selekcyjną poszczególnych typów serologicznych; możliwe, że w niedalekiej przyszłości drogą tych badań będzie można wytłumaczyć sobie częstość spotykanych pewnych cierpień u różnych ras.

---



Przechodząc do omawiania doboru zawodów, jako drugiego celu eugeniki, zaznaczyć należy, że chodzi tu o badanie uzdolnień tak fizycznych, jak umysłowych, jak również i całej indywidualności "danych osobników.

Dotyczyć to będzie zarówno uczniów, jak i kandydatów, szukających dla siebie odpowiednich zawodów. Należy postawić postulat, by dzieci w szkołach były badane zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym i to przez odpowiednio przygotowanych lekarzy szkolnych lub specjalistów psychologów. Nie należy zadowolnić się metodą ankiet masowych i szablonowych, lecz badać uczniów pojedynczo. Tutaj wskazane byłoby stosowanie różnych testów dla poznawania usposobień i zdolności, przede wszystkim uczniów, wyróżniających się pod względem dodatnim lub ujemnym.

Następstwem tych badań, dokonanych przynajmniej raz do roku, powinno być: 1) ułatwienie wyższego kształcenia bardziej uzdolnionym dzieciom, które ze względów finansowych nie mogłyby tego dokonać; 2) przeciwnie, kończący szkoły średnie, a niemający zdolności odpowiednich, uczniowie i uczennice powinni być powstrzymywani od wyboru zawodu, nieodpowiadającego ich umysłowi i siłom; skierowywanie tych ostatnich do zajęć praktycznych, do których wykazują większe uzdolnienie, byłoby wielce pożyteczne; 3) dążenie do najdoskonalszego wyzyskania uzdolnień ludzkich, prowadzić powinno do tworzenia specjalnych oddziałów i klas dla dzieci zdolnych z natury i mniej zdolnych; 4) uwzględnienie poszczególnych uzdolnień będzie prowadziło do różnorodności typów szkolnych; nie jest bowiem niezbędne szczegółowe zgłębienie całego balastu szkolnego odnośnie do przedmiotów, do których dzieci nie mają żadnych uzdolnień i wystarczyłby kurs skrócony z tej dziedziny.

Należy wykształcić cały zastęp nauczycieli i propagatorów w tej gałęzi dla zaznajomienia z zagadnieniami eugeniki jak najszerszej sfery inteligencji. Należy wprowadzić wykłady eugeniki do seminarjów nauczycielskich, oraz wyższych zakładów naukowych.

Co się tyczy wyboru zawodu po ukończeniu szkół, to należy liczyć się z faktem, że we wszystkich zawodach tak u pracowników fizycznych, jak i umysłowych, wydajność pracy i owoce jej

będą tem większe, im odpowiedniejszy człowiek pod względem zdolności będzie stał na odpowiednim stanowisku. Zrozumieli to amerykanie i niemcy, u których badania uzdolnień i psychotechniczne są wykonywane na szeroką skalę już od roku 1916. W Warszawie dotąd posiadamy zaledwie małą pracownię w instytucie pedagogicznym, psychotechniczną pracownię Magistratu, oraz katedrę w politechnice poświęconą teorji organizacji pracy.

Żaden z zawodów intelektualnych do dziś dnia nie został dostatecznie opracowany z punktu psychotechnicznego. Natomiast ponad wszystkim, mówiąc ogólnie, dominuje zasada, że najodpowiedniejszy jest wybór tego zawodu, do którego kandydat ma zamiłowanie. Droga, którą obrało sobie Polskie T-wo Eugeniczne, dla ułatwienia właściwego wyboru zawodu, różni się od metod laboratoryjnych. Podjęło ono zadanie uświadamiania młodzieży i ich opiekunów co do istoty zawodów, którym w przyszłości mają się poświęcić. Poznanie zakresu pracy w poszczególnych zawodach ułatwia zorjentowanie się, czy w tym kierunku znajdą kandydaci zadowolenie moralne i zamiłowanie.

---

Dr. A. Maciesza.

## Z historii działalności sanitarno-lekarskiej m. Płocka\*).

Do powitań tu wygłoszonych proszę pozwolić dołączyć głos przedstawiciela najstarszej instytucji lekarskiej na terenie województwa (poza Warszawą), istniejącej od roku 1872, Tow. Lekarskiego Płockiego.

W imieniu tej instytucji witam Zjazd najserdeczniej i wyrażam żywą radość i wdzięczność z powodu wyboru Płocka jako pierwszego miejsca Zjazdu poza Warszawą.

Bezpośrednie, stopniowe poznanie terenu województwa przez wszystkich uczestników spotęguje znacznie owocność zjazdów.

Poza tem będzie to miało i inne znaczenie. Każdy zakątek prowincji posiada swoje odrębne wartości. Poznanie tych wartości i wczucie się w nie staje się często impulsem i bodźcem do czynów i pracy, a nawet stać się może czasem poezją życia prowincjonalnego. Trzeba tylko te wartości ujawniać. Z tego względu postaram się chociaż w kilku słowach odtworzyć niektóre piękne tradycje sanitarno-lekarskie Płocka, świadczące o jego dawnej kulturze.

Kazimierz Wielki, obdarowując hojnie przywilejami m. Płock, jedno z najpiękniejszych miast Polski, zapewnił mu warunki sanitarnego rozwoju przez obdarowanie 60 łanami gruntów podmiejskich w r. 1361.

Aleksandra, księżna mazowiecka, siostra Jagiełły, mater pauperum et orphanorum, jak notuje kronika, funduje w r. 1405 szpital św. Trójcy, który przetrwał do obecnych czasów, zawdzięczając obdarowaniu 9 włókami gruntów. Był to pierwszy szpital na Mazowszu. Najstarszy szpital warszawski św. Duchy ufundowany został w kikanaście lat później.

W XV-tym też wieku kanclerz Racibor z Golejewa czyni zapis na odbudowę łaźni, aby scholarze i ubodzy mogli korzystać z niej raz na 2 tygodnie bezpłatnie.

---

\*) Powitanie Zjazdu Lekarzy Powiatowych Wojew. Warszawskiego w Płocku przez Prezosa Tow. Lekarskiego Płockiego d-ra Al. Macieszę.



Pod koniec XV-go wieku rządził diecezją Płocką biskup Piotr z Chodkowa (pod Bodzanowem), dr. medycyny i profesor uniwersytetu bolońskiego, plebejusz, który wystawił szpital św. Ducha w Pułtusk, oraz napisał 2 dzieła lekarskie.

W wieku XVI-ym kapituła płocka, zważając na brak lekarzy w Płocku, powołuje stale do swojego grona kanoników doktorów medycyny. Niektórzy z nich byli następnie lekarzami nadwornymi królów.

Jeden z kanoników doktorów płockich Wawrzyniec Wszerecz pozostawił bardzo ciekawy opis Płocka pod względem sanitarno-lekarskim.

W tymże wieku Płock zdobywa się na urządzenie wodociągu na podstawie pozwolenia króla Olbrachta z r. 1498. Wodę doprowadzano rurami z Brzeźnicy. Wodociąg ten wybudował burmistrz Płocka, Jan Alantsee, aptekarz. W owym też czasie Płock już posiadał bruki.

W wiekach XVII i XVIII kapituła płocka chociaż nie obsadza prawie kanonij lekarzami, utrzymuje i opłaca lekarzy, którzy niosą pomoc lekarską duchowieństwu, oraz mieszkańcom miasta i okolic.

W końcu XVIII w. Michał książę Poniatowski, biskup płocki, znakomity administrator, zasłużony organizator szkolnictwa i dobroczynności publicznej, reorganizuje szpital św. Trójcy, sprowadza siostry miłosierdzia św. Wincentego a Paulo i pobudza społeczeństwo do ofiar na ten cel. Biskup Gadomski czyni największy zapis, wynoszący 100.000 zł. Biskup Krzysztof Szembek obdarza szpitala po wieczne czasy prawem wycięcia drzewa na potrzeby szpitala z lasów majątku Popłacin, należących wtedy do stołowych dóbr biskupich. Obecnie nasz rząd wykupuje to prawo wzmian za folwark Górki, co da możliwość szpitalowi wzniesienia nowoczesnych budynków.

Pierwsza organizacja sanitarna państwowa w postaci Collegium Medicum et Sanitatis z Kreis — fizykami i Kreis-chirurgami wprowadzona zostaje w Płocku za czasów pruskich. Od r. 1808 mamy fizyków departamentowych i wojewódzkich, oraz lekarzy powiatowych. Wielu z nich pozostawia chlubną pamięć w dziejach Płocka i Mazowsza. Podczas powstania listopadowego dr. F. Lubelski zorganizował i wzorowo prowadził duży lazaret,

który oddał znaczne usługi wojsku polskiemu, cywilnej ludności, a nawet rannym wojska nieprzyjacielskiego.

Naczelnny lekarz armji K. Kaczkowski wyjednał mu za to złoty krzyż zasługi, a Paskiewicz, ujęty dobrem obchodzeniem się z jeńcami moskiewskimi, przysłał mu 500 dukatów jako nagrodę. Dr. Lubelski pieniędzy nie przyjął i kazał powiedzieć: „W tem co robię, widzę tylko spełnienie mojego obowiązku, a pensja, którą od mego Rządu pobieram, wystarcza mi aż nadto na zaspokojenie moich potrzeb.

Pomocnik Lubelskiego w pracy szpitalnej dr. Stanisław Siennicki, wychowaniec uniwersytetu wileńskiego z czasów Mickiewicza, a więc czasów filomatów i filaretów, pozostawił po sobie najchlubniejszą pamięć, która pozostała dotąd w szerokich nawet masach ogółu. Przy zwiedzaniu katedry proszę zwrócić uwagę na tablicę poświęconą jego pamięci, umieszczoną naprzeciw ambony. Tam odczytać można zaszczytny napis: s. p. Stanisławowi Siennickiemu sztablekarzowi i inspektorowi lekarskiemu gub. płockiej ur. 10 listopada 1801, um. 31 paźdz. 1866 za lat 39 szlachetnej pracy i poświęcenia wdzięczne serca mieszkańców Płocka wszystkich wyznań i okolicy pamiątkę tę stawiają. Pracował on w czasach szczególnie ciężkich, bo podczas lat kłęski (1845 — 1855), kiedy w Polsce panowały olbrzymie epidemie cholery i tyfusu plamistego oraz były duże nieurodzaje.

Współpracownikiem d-ra Siennickiego był dr. Wł. Tyrchowski, którego następnie powołano do Warszawy na katedrę położnictwa. Jego praca „O epidemjach cholerycznych w Płocku“ przedstawia dużą wartość jeszcze i obecnie.

Uporządkowanie Płocka pod względem sanitarnym, przeprowadzone za czasów Królestwa Kongresowego, stanowi zasługę prezesa Komisji Wojewódzkiej Florjana Kobylńskiego, generała wojsk napoleońskich. Urządzono wtedy wjazd dogodny od Wisły, otoczono miasto alejami, zabrukowano krańce miasta i założono ogród poddominikański. Przez wdzięczność nazwano skwer, który znajduje się naprzeciwko starostwa „Florjańskim“.

Po powstaniu styczniowym, gdy cokolwiek zmniejszyły się represje, powstaje w r. 1872 ognisko polskiej myśli sanitarnej w postaci Tow. Lekarskiego Płockiego, założonego przez d-ra Marcina Erlicha, cenionego bardzo przez kolegów i społeczeń-

stwo lekarza. Pod Jego długoletnim przewodnictwem Towarzystwo zespalało lekarzy z całego prawie Mazowsza Płockiego i przyczyniało się przez swych członków do polepszenia warunków zdrowotnych. Świadczą o tem głosy lekarzy na łamach miejscowego pisma „Korespondent Płocki“, który wychodził od r. 1876 do r. 1888.

Szeroko omawiane i dyskutowane sprawy wodociągów i ase-nizacji miasta doprowadzono do realizacji w r. 1892, przez udzielenie koncesji na budowę wodociągów.

Wodociągi stały się wielką zdobyczą zdrowotną i kulturalną Płocka, którą pochłubić się mogły załedwie parę miast w Kongresówce. Następstwem zaprowadzenia wodociągów było skanalizowanie miasta.

Drugą zdobyczą była pracownia chemiczno-bakterjologiczna miejska, która pracuje z wielkim pożytkiem od przeszło 30 lat. Drugi okres działalności Tow. Lekarskiego, od r. 1899 pod przewodnictwem d-ra A. Zaleskiego, zaznacza się żywym udziałem jego członków w reorganizacji szpitala św. Trójcy, inicjatywą i współplacą higieniczną przez zorganizowanie kolonij leczniczych, prowadzonych dotąd przez 30 lat, a także udziałem w pracach Tow. Higienicznego Warszawskiego.

Wielką zasługę ś. p. d-ra Zaleskiego było zorganizowanie oddziału chirurgicznego, postawienie lecznictwa na współczesnym poziomie i obronienie fundacji od zagłady.

Praca lekarzy płockich w ostatnim 25-leciu była zwrócona w kierunku higieny szkolnej i opieki nad dzieckiem, jak świadczą roczniki Zdrowia i Wychowania Fizycznego, organizacja opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach, budownictwo szkolne, kąpielisko i stacja opieki nad dziećmi.

Płock jest miastem uczącej się młodzieży. Przeszło 5.000 uczęszcza do szkół w Płocku, czyli 1/6 część mieszkańców.

Rosjanie przez 100 lat rządów swoich nie pobudowali ani jednej szkoły. Społeczeństwo płockie zdobyło się na pobudowanie lub przystosowanie 6 gmachów szkolnych w mieście, a sejmik płocki — na całkowite pobudowanie 2 szkół rolniczych pod Płockiem. W okresie 10-lecia niepodległości pobudowano wspomniane 2 szkoły rolnicze, oraz wzniesiono pierwszy specjalny gmach szkoły powszechnej w Płocku.



Wątpliwej wagi są też poglądy medyczne, jak np., że płyny w czasie jedzenia pobudzają apetyt i ustalają trawienie, że wszystkie ostre potrawy działają szkodliwie na serce (str. 65) i inne.

Są także pewne usterki językowe, (świądź, szczerńiała, bomble), niepolskie zwroty, np.: w Palestynie przyjmuje się zdanie (str. 164), zobaczyć się wkrótce zagrożonemi trądem (str. 179), można przyjąć u niego trąd (str. 188) i inne.

Tem nie mniej praca ks. Trzeciaka zawiera bardzo dużo ciekawego materiału. Czytelnik interesujący się kwestją, nawet nie podzielający poglądów autora, może znaleźć wiele danych, na podstawie których może wyprowadzić własne wnioski. Ks. Trzeciak zna Palestynę i ze studjów nad literaturą przedmiotu i z własnych podróży, tak samo jest szczegółowo obznajmiony z trądem, załącza opisy choroby i fotografie, które mogą zainteresować nawet niespecjalistę. Autor nie ogranicza się do roztrząsania Biblii, lecz pisze i o współczesnych warunkach i poglądach na istotę trądu, jego symptomatologje, rozpowszechnienie, leczenie itd. Z tych względów książka D-ra St. Trzeciaka zasługuje na uwagę.

M. K.

## KRONIKA

### **W sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności.**

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że pismo okólne z dnia 17. X 1928 Nr. Z. H. 4796/28 w sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności, obejmujące najbardziej zasadnicze postulaty higieny, obowiązujące mające przy sprzedaży artykułów żywności, spotyka się w instancji niższej, względnie w zarządach gminnych z interpretacją, która daje często powód do niezadowolenia szerszych mas z zarządzeń, wydawanych na podstawie tego pisma. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje wyjaśnienia, dotyczące meritum niektórych punktów tego pisma okólnego.

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

ad 2. Postanowienia tego punktu, zwłaszcza dotyczące odosobnienia sklepów od mieszkania, winny być w granicach możliwie dostępnych utrzymane, jako jeden z najważniejszych postulatów higieny. Przepis ten, jako zasadniczy, obowiązuje zdawna i nie wprowadza nic nowego. O ile trudności lokalne nie pozwalają na absolutne odosobnienie sklepu od mieszkania przez zamurowanie istniejących drzwi, należy, by te drzwi były chociażby tak szczelnie zastawione z jednej, jak i drugiej strony, by uniemożliwiona była bezpośrednia komunikacja z jednego do drugiego.

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

ad 6. Przepisy p. 6 winny być w zasadzie utrzymane, jednak przysługuje Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi) prawo według swego uznania i odpowiednio do warunków, w jakich odbywa się sprzedaż artykułów, o których mowa w ust. 1 p. 6 (a więc np. w sklepach spółdzielni lub innych, urządzonych zadawalająco pod względem wymogów higieny) czynić indywidualnie

odstępstwa, które to odstępstwa są w zupełności usankcjonowane wyrazem „z reguły“, podanym w pierwszym zdaniu p. 6.

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

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

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

Pismo okólne z dnia 17. X. 1928, Nr. Z. H. 4796/38 ma za zadanie przygotowanie i zaznajomienie się z terenem, który w niedługim czasie objęty będzie przepisami, opartymi na podstawie ustawowej i regulującymi w szczególności sprzedaż i urządzenie sklepów z artykułami żywności. Szczerze ramy pisma okólnego nie pozwoliły na rozwinięcie tez w niem podanych i należało się ograniczyć jedynie do wykreślenia wytycznych w kwestjach zasadniczych i palących. Jednak właściwe, umiejętne rozwinięcie tych tez ma przy wykonawstwie zarządzeń ważne znaczenie i na tę stronę sprawy zwraca się specjalną uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza).

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

**Dr. Adamski.**

### **W sprawie uporządkowania hoteli.**

Nawiązując do okólnika Nr. 48, rozсланego za Nr. O. J. 86/15 z dnia 25 lutego 1929 roku, w sprawie wycieczek po kraju, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zwrócenie specjalnej uwagi na uporządkowanie hoteli w tych miastach, które są wyznaczone dla ruchu wycieczkowego w związku z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu.



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

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

**Dr. Piestrzyński.**

### **W sprawie ustawy o chorobach wenerycznych.**

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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

---

**T R E Ś Ć :**

Od Redakcji.—Antoni Gryzina-Lasek: Zagadnienie odkażania końcowego.—  
Dr. Zachert Marjan: Przyczynki do historii organizacji walki z jaglicą w Polsce.—  
Dr. M. Regelman: Rozwój pracy Tow. eugenicznych w krajach Europy i Ameryki.—  
Dr. A. Maciesza: Z historii działalności sanitarno-lekarskiej miasta Płocka.  
**Przegląd Bibliograficzny:** Ks. Dr. St. Trzeciak. Klimat i choroby w Palestynie w czasach Chrystusa Pana. **Kronika:** W sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności.— W sprawie uporządkowania hoteli.— W sprawie ustawy o chorobach wenerycznych.

**S O M M A I R E :**

Antoni Gryzina-Lasek: Sur la désinfection finale.  
Dr. Marjan Zachert: La campagne contre le trachôme en Pologne.  
Dr. M. Regelman: Associations eugeniques en Europe et aux Etats-Unis.  
Dr. A. Maciesza: Aperçu historique sur les activités médico-sanitaires à Plock.  
Comptes - rendus. — Bibliographie. — Chronique.

---

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

---

Redaktor: MARCIN KACPRZAK

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

---

**CENY OGŁOSZEŃ W MIESIĘCZNIKU „Z D R O W I E”.**

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

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



---

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

# H I G J E N A

**Dr. KAZIMIERZA KARAFFA - KORBUTTA**

**Profesora Uniwersytetu Wileńskiego**

Żądać we wszystkich księgarniach

Skład Główny

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE

KAROWA 31.

**Cena 5 Złotych**

---

# BIOCALCOL — KLAWE

preparat odżywczo-leczniczy, zawierający sole wapnia z naturalnymi kwasami roślinnymi, oraz najważniejsze dopełniające czynniki pokarmowe czyli witaminy w postaci skoncentrowanej.

# BIOCALCOL — KLAWE

jest znakomitym środkiem leczniczym i zapobiegawczym w krzywicy czyli t. zw. chorobie angielskiej, we wszelkich postaciach gruźlicy dziecięcej, w t. zw. skrofułach, w zaburzeniach odżywiania niemowląt.

# BIOCALCOL — KLAWE

jest doskonałym środkiem dyjetetycznym dla matek podczas ciąży i karmienia.

---

Towarzystwo Przemysłu  
Chemiczno-Farmaceutycznego d. Magister KLAWE S. A. WARSZAWA

# LIBOPHAN

Sól litowa kwasu boro - fenyl - chinolino - karbonowego.

Wewnętrzny środek, stosowany przy skazie moczanowej  
ostrej i chronicznej.

Rurka zawiera 20 tabletek po 0,5 g.

Słoiki zaw. po 10 g. i 25 g. proszku.

---

---

# MESOLAMENT

Unguentum Mesotoli cum Mentholo.

Wybitny środek zewnętrzny o przyjemnym zapachu  
PRZECIWREUMATYCZNY i PRZECIWNEURALGICZNY

Tuba zawiera 25 g. maści.

---

PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN

SP. AKC.

WARSZAWA