

ZDROWIE

ORGAN TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO.

Prenumerata półroczna 1000 mk.

Pojedynczy numer 200 mk.

Redakcja: ulica Marszałkowska № 41. — Telefon 115-11.

Administracja: Warszawa, ulica Długa № 16. Telefon 191-60.

I-mu Zjazdowi Pedjatrów Polskich

numer ten poświęcają

Towarzystwo Hygieniczne Warszawskie

i

Redakcja „Zdrowia“.

Apteka K. WENDY

istniejąca od czasów elektorów saskich

Warszawa, Krakowskie Przedmieście 45

poleca:

Chemikalja — Nowe leki — Barwniki — Odczynniki
Płyny mianowane — Surowice — Szczepionki ludzkie
i zwierzęce, wyrobu krajowego i zagranicznego.

Przyjmuje

wszelkie analizy techniczne i fizjologiczne.

Bezwłoczna wysyłka na prowincję.



Wyroby własne,

na które zwracamy szczególniejszą uwagę PP. Lekarzy:

Neofosfatyna „Wenda“ — znakomita mączka odżywcza dla niemowląt i dzieci, starców i rekonwalescentów. Sposób użycia przy każdym pudelku.

Proliferyna „Wenda“ — czekoladki z zawartością stabilizowanego i odwołanego, a jednak wolnego fosforu w dawce po 0,0005 gr. Pudełko zawiera 30 pastylek, które stosuje się w dawce dla dzieci — raz dziennie.

Dermolan „Wenda“ — idealny podkład do maści, biały, łatwo wchłaniający się, bezwonny, niejelczący.

Ung. hydrarg. c. dermolano „Wenda“ — zawiera 33 $\frac{1}{3}$ %, rtęci specjalnie oczyszczonej.

Dermaton „Wenda“ — oczyszczony dziedziec w stanie gęstym i płynnym, używany przy egzemach.

Balsam mentolowo-salicylowy — środek znieczulający, usuwający bóle reumatyczne, neuralgiczne i t. p.

Na żądanie PP. Lekarzy wysyłamy próbki gratis.

ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,
POŚWIĘCONY HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Od Redakcji.

Po raz pierwszy witamy Zjazd Pedjatrów Polskich. Po raz pierwszy w niepodległej zjednoczonej Polsce zabiorą głos zbiorowy Ci, do których należy zdrowie przyszłości narodu — dzisiejszego najmłodszego pokolenia, które zrodzone zostało w bardzo ciężkich warunkach ekonomicznych całego kraju, w latach okropnych walk zarówno Polski ujarzmionej, jak niepodległej.

Ogrom pracy stoi przed każdym pedjatrą polskim: musi on być nie tylko lekarzem dzieci chorych, ale i higienistą dla dzieci zdrowych, przewodnikiem i doradcą dla matek, współtwórcą potężnego ruchu wychowawczego, jaki teraz nowopowstająca państwowość nasza przeżywa. A chociaż na każdym z nas, zwłaszcza jako na lekarzu, ciąży dziś obowiązek pracy społecznej, to jednak chyba w żadnej specjalności medycyny nie uwydatnia się ten obowiązek tak jaskrawo, jak na lekarzach-pedjatrach. Rozumieją też to oni doskonale. Jak widać z załączonego programu Zjazdu, strona społeczna uwzględniona została jaknajszerzej, obejmuje bowiem zagadnienia niesłychanie doniosłe dla eugeniki każdego narodu. Nie wątpimy też ani na chwilę, że umiejętne ujęcie tych zagadnień i systematyczna praca nad ich rozwojem w ciągu następnych zjazdów, przyczyni się nie mało nie tylko do rozwoju pedjatrii, jako nauki, ale rozwiąże cały szereg ważnych spraw społecznych z korzyścią dla zdrowia fizycznego i duchowego młodej Polski.

Z wiarą i nadzieją, że tak napewno będzie, przesyłamy Zjazdowi gorące życzenia owocnej w wyniki i pomyślniej pracy.

I Zjazd Pedjatrów Polskich

8, 9 i 10 września 1922 r.

PROGRAM SZCZEGÓŁOWY.

Pierwszy dzień Zjazdu 8 września 1922 r.

O godz. 9-ej rano posiedzenie w Szpitalu Karola i Marji (Leszno 136).

Zagajenie.

Wybór przewodniczących.

W. Jasiński. Rzut oka na rozwój pedjatrii polskiej. (Referat nie nadesłany).

R. Stankiewicz. (Warszawa) **Konstytucja a dyfterja.** Konstytucja a odporność ustroju na choroby zakaźne. Chorobowość i śmiertelność w błonicy w zależności od skaz ustrojowych. Odporność dziecka na czynniki zakaźne w zależności od wieku. Czy konstytucja dziecka jest czynnikiem uspasabiającym do błonicy? Dotychczasowe poglądy na tę sprawę. Odporność względem błonicy nabyta i wrodzona. Skłonność do zachorzenia na błonię i wpływ skaz ustrojowych na przebieg błonicy. Chorobowość i śmiertelność w błonicy a limfatyzm i krzywica.

W. Puławski (Radziejów). **O reiniekcji surowicy przeciwbłoniczej na zasadzie spostrzeżeń własnych w ciągu lat 27 (1895 — 1922).** Reiniekcją w ścisłym znaczeniu nazywam iniekcję, dokonaną po upływie 8 tygodni od poprzedzającej iniekcji. Wcześniejsze są tylko dodatkowemi, pomocniczemi w jednym okresie leczniczym. Zakłócenia spraw biochemicznych we krwi dochodzą do normy w 8 tygodni po iniekcji. Spostrzeżenia krytyczne, choćby mniej liczne, mają zawsze dwojakie znaczenie: 1) praktyczno-lecznicze, dostępne wszędzie dla każdego lekarza-praktyka, i 2) naukowoteoretyczne, wymagające badań serologicznych. Przed wojną zebrałem 68 spostrzeżeń: od wybuchu wojny — 31, razem 99, co stanowi około 9% wszystkich moich przypadków, leczonych surowicą swoistą od roku 1895. Reiniekcje dokonywane były w odstępach czasu od 6 miesięcy do 13½ lat. Niektóre przypadki, prócz pierwotnego okresu leczniczego, były reiniektowane dwukrotnie, nawet trzykrotnie, przeważnie zaś jednorazowo.

Otrzymane wyniki: 1) W 99 przypadkach reiniekcji, leczonych razem, 286 zastrzykiwaniami oddzielnymi dawek surowicy końskiej, nie było przypadku śmierci ani innych niezwykłych objawów uczulenia w postaci wstrząsu anafilaktycznego. 2) Objawy posurowicze, o ile

występowały, były identycznie takie same, jak po zastrzyknięciach pierwotnych. Brak odczynu natęclmiastowego lub przyspieszonego; brak jakiegś odrębnej swoistości odczynu in loco injectionis. 2) Przebieg choroby i okresu ozdrowienia wogóle łżejszy i prędszy. Uczulenie ustroju jako pozytywne czynnik leczniczy sam przez się i spotęgowanie współczynne wrodzonego miana przeciwjadowego swoistego w poszczególnych przypadkach. Genjalny aforyzm, jaki o anafilaksji wygłosił niegdyś serolog Charles Richet, twórca wyrazu: „anafilaksja“, zachował dotąd całą swoją siłę i aktualność.

J. Truskowski (Piotrków). O etjologii płonicy. Poglądy na etjologję płonicy ulegają ciągłym zmianom, ponieważ praktyka wskazuje, że płonica nie zawsze wykazuje jednakowe objawy i często brakuje w płonicy najwyraźniejszego dla choroby wysypkowej objawu, mianowicie wysypki, podczas gdy zawsze u chorych na płonicę stwierdzamy anginę. Opierając się na anginie, jako na stałym objawie, *Szontagh* uważa płonicę za anginę, a w wysypce widzi tylko nadczułość i usposobienie do wysypek ustroju dziecięcego, reagującego silnie na toksyny nie tylko bakteryjne, ale np. na oparzenia. Sprowadzeniem wszystkiego do nadczułości zerwał *Szontagh* z teorią streptokokkową, która rzeczywiście stoi na kruchych podstawach, ale degradując paciorkowca zamiast x dał y, t. j. nadczułość i usposobienie. Gdyby każda angina wywoływała u dzieci płonicę, — to nie byłoby wogóle anginy u dzieci, tylko zawsze płonica, a jednak w życiu widzimy co innego. Trudności rozpoznawcze pomiędzy „anginami niepłoniczemi“ i „anginami płoniczemi“ polegają na niemożliwości klinicznego odróżnienia pierwszych od drugich i na nieznanomości zarazka, co uniemożliwia rozpoznanie mikroskopowe. Własne spostrzeżenia upoważniają mnie do wniosku: 1) że istnieje swoisty zarazek płonicy i że musi on być bardzo żywotny i zmienny w swojej złośliwości, 2) musi trafiać do ustroju drogą egzogenną i dopiero następnie umiejscawia się w migdałkach, powodując stałe anginę płoniczą — i bardzo często wysypkę. Badanie świeżej wydzieliny usznej przy otitis media scalatinosa doprowadziły mnie do wniosku, że zarazkiem płonicy są prawdopodobnie małe dwoinki bez otoczki. Hodowle zastrzyknięte królikom pod skórę wywoływały ogólne niedomaganie i zaczerwienienie skóry w kierunku naczyń chłonnych z następczem łuszczeniem skóry na miejscach zaczerwienienia. Jak odrę charakteryzuje conjunctivitis i nieżyt błon śluzowych, a błonicę — angina dyphteritica, tak płonicę charakteryzuje angina płonicza. Czy ją wywołują streptokokki, czy dwoinki, czy jakie inne drobnoustroje, to przyszłość wykaże; w każdym razie płonica to swoista angina płonicza, bez której niema ani płonicy ani wysypki płoniczej.

S. Łyskawiński (Warszawa). W sprawie retrospektywnej djagnostyki płonicy. Trudności rozpoznawcze w płonicy. Prawdopo-

pobieżność zakażenia dopomaga w rozpoznawaniu podejrzanych przypadków, lecz nabiera większej wartości tylko wówczas, gdy jesteśmy w stanie stwierdzić objawy właściwe dla płonicy lub wykryć nowe przypadki zakażenia w tem samym środowisku. Opieranie się na wynikach oceny klinicznych i epidemiologicznych właściwości późniejszego przebiegu przypadków, nasuwające wątpliwości rozpoznawcze w pierwszym okresie ich rozwoju, stanowi właśnie zadanie retrospektywnej diagnostyki płonicy. Wartość rozpoznawcza następczego przebiegu klinicznego choroby. Wartość rozpoznawcza poszczególnych objawów płonicy i następczych powikłań oraz charakterystycznych zmian w zachowaniu się błony śluzowej języka. Łuszczenie się skóry nie jest bynajmniej objawem stałym (*Biegański, Feer* i własne spostrzeżenia), które również może występować przy wysypkach infekcyjnych i toksycznych (np. po zatruciu rtęcią — według *Feer'a*). Wartość rozpoznawcza charakterystycznych zmian na śluzówce jamy ustno-gardzielowej oraz w szczególności języka (*Lesage*). Doniosłość rozpoznawcza zmian śluzówki poprzedzających język „malinowy“ i następczych zmian śluzówki. Wahania okresu zmian śluzówki w kierunku przedłużenia i skrócenia zwłaszcza okresu t. zw. języka „malinowego“: język ażurowy, opalizujący. Zachowanie się moczu pod względem zabarwienia i jego znaczenie w retrospektywnej diagnostyce płonicy. Badanie *Lesage'a*. Autor na licznych materiale płoniczym w szpitalu im. Karola i Marii po przejściu okresu gorączkowego stwierdzał zielonkawe zabarwienie moczu, zmieniające swój odcień w zależności od tego, czy mocz był przezroczysty czy mętny. O ile w dalszym przebiegu cierpienia nie występowały powikłania gorączkowe, zielonkawe zabarwienie uryny utrzymywało się bez zmiany do samego końca pobytu dziecka w szpitalu, przyczem niejednokrotnie trwało dłużej, niż inne objawy cierpienia (np. łuszczenie). O ile występowały gorączkowe powikłania, mocz zmieniał zielonkawą barwę na mniej lub bardziej wyraźnie żółtawą, względnie mahoniową, odzyskując odcień zielonkawy z chwilą ustąpienia powyższego stanu. W przebiegu ostrego płoniczego zapalenia nerek mocz, rzecz oczywista, przybierał swoisty mniej lub bardziej brązowy wygląd; po przejściu jednak ostrego okresu zielonkawe zabarwienie występowało z powrotem nawet w obecności białka, przytem bez względu na mniej lub bardziej posunięty okres trwania choroby. Znaczenie powyższego szczegółu i objawów ze strony języka w profilaktyce płonicy. Znaczenie linii paznociowych *Feer'a*. Znaczenie t. zw. odczynu stłumienia wysypki płoniczej, podanego przez *Schultza-Charltona*.

M. Biehler (Warszawa). O szczepieniach ochronnych przeciw-płoniczych i o przebiegu płonicy u dzieci szczepionych. Stosuje szczepionki przeciw-płonicze od roku 1913. Ogółem szczepiłam osób 1298 w tem dzieci 1265, dorosłych 33. Szczepione były przeważnie osoby, których nie można było odosobnić. Zastrzykiwałam dzieciom do

lat 5-ciu za pierwszym razem po 0,05—0,10 cm³, starszym dzieciom i dorosłym po 0,10 — 0,20 — 0,25. Za drugim razem dawki podwajałam, za trzecim zastrzykiwałam tyle co za drugim. Zastrzykiwania robione były co 3 dni. Z osób szczepionych zachorowało 18, t. j. 0,71% całej liczby szczepionych; pozostałe są zdrowe, są w stałym kontakcie ze mną. Szczepienie, acz nie obojętne (wywołuje niekiedy odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia, obrzmienia i t. p. niekiedy ogólny — ból głowy, dreszcze i t. p.) szkodliwe nie jest: ani powikłań, ani zmian ubocznych nie stwierdziłam. Szczepionka stosowana w przebiegu ciężkiej płonicy wpływa bardzo często dodatnio na przebieg choroby, działa zatem leczniczo. Przebieg choroby, o ile na płonice zachorowują dzieci szczepione, jest zawsze łagodny, nawet gdy choroba wybucha wśród objawów alarmujących. Zalecam wobec tego jaknajszersze rozpowszechnianie szczepień przeciwploniczych, opierając się zarówno na doświadczeniu własnem, jakoteż i na danych z piśmiennictwa.

Celichowska i Wł. Szenajch (Warszawa). **Działalność oddziału obserwacyjnego Szpitala im. Karola i Marji od 8 XI. 1913 do 1 I. 1921 r.** Krótki opis urządzenia i prowadzenia oddziału pod względem pielęgniarskim i lekarskim. Ruch chorych (1200) i potrójny cel oddziału: 1) jako właściwego oddziału obserwacyjnego, 2) jako oddziału zapasowego, 3) jako oddziału izolacyjnego. Omówienie przypadków zakażeń wewnątrzoddziałowych. Wnioski: 1) w każdym szpitalu dziecięcym winien być urządzony oddział obserwacyjny, 2) wyniki oddziału zależą głównie od personelu, 3) urządzenie podobne do opisanego jest w zupełności wystarczające do zabezpieczenia chorych od zakażeń wewnątrzoddziałowych, 4) wobec powyższych 3-ch zadań oddziału obserwacyjnego ilość łóżek obecna (5) w stosunku do ogólnej liczby łóżek jest niewystarczająca, mianowicie powinno być mniej więcej 20 łóżek oddziału obserwacyjnego na 100 łóżek szpitalnych.

O 1-szej zwiedzanie Szpitala im. Karola i Marji.

O 4-tej posiedzenie w Towarzystwie Lekarskiem (Niecała 7).

Szczawińska (Warszawa). **Zasadnicze postulaty żywienia niemowląt.** Ustalony szereg postulatów, dotyczących żywienia niemowląt, którym ciągle jeszcze operujemy, wymaga rewizji wobec nowych warunków życia i nagromadzonego materiału klinicznego i naukowego. Wychodząc z założenia, że fakty są jedynymi rzeczowymi dokumentami, mam zamiar poddać krytyce fakty zaczerpnięte z kliniki chorób niemow-

ląt i z bakterjologii ich przewodu pokarmowego, niektóre postulaty, dotyczące żywienia dzieci tego wieku. W tem oświetleniu wobec 3000 blisko obserwacji, zebranych przezemnie tak ze stanu fizjologicznych jak patologicznych niemowląt, wypadnie mi zachwiać najbardziej zasadnicze jak: 1) trawienie normalne niemowląt ma miejsce przy karmieniu wyłącznem piersią, 2) mleko matki jest najlepszem pokarmem dla normalnego rozwoju dziecka, 3) ilościowe określenie środków odżywczych opierać należy na kalorycznych potrzebach ustroju.

S. Progulski (Lwów). System odżywienia według Pirquet'a (referat nie nadesłany).

H. Frenklowa (Łódź). Rola głodzenia w patologii chorego i zdrowego niemowlęcia. 1) Znaczenie niedożywiania w djetetyce zdrowego niemowlęcia. Głód mineralny, węglowodanowy, białkowy, tłuszczowy. Różne objawy chorobowe, występujące jako skutek głodzenia: biegunki, wymioty, obrzęki i t. d. 2) głodzenie w stanach patologicznych, w zaburzeniach odżywiania, chorobach przewodu pokarmowego, chorobach zakaźnych niemowlęcia. 3) Zasady racjonalnego odżywiania zdrowego niemowlęcia i racjonalnej djetetyki w stanach chorobowych.

M. Michałowicz (Warszawa) Odżywianie niemowląt o zmniejszonej tolerancji. Tolerancja niemowlęcia względem pożywienia jest cechą czysto indywidualną. Granice tolerancji zależą od ustrojowej sprawności niemowlęcia i od prawidłowego jego odżywiania. Nieprawidłowe chowanie i odżywianie niemowląt, stosowane w ostatnich dziesięcioleciach przez mieszkańców miast i osad, osłabiło w znacznym stopniu tolerancję niemowląt względem pokarmów. Obecnie po zastosowaniu najnowszych zdobyczy higieny i djetetyki wieku niemowlęcego lekarz współczesny unika całego szeregu błędów i nie spotyka obrazów chorobowych, znanych starszym pokoleniom lekarzy. Stąd zradza się mimowoli niedoceniwanie środków ostrożności, jakie należy zachować w stosunku do niemowląt, obciążonych wadami ustrojowymi. Ufność w zdolności terapeutyczne pryska w chwili, gdy lekarz nieobznajmiony z nauką tolerancji staje wobec niemowlęcia z osłabioną odpornością. *Przykłady:* nietolerancja względem poszczególnych składników pokarmu niemowlęcego: białka, cukru, soli, nietolerancja względem mleka krowiego i kobiecego jako całości. *Wniosek:* przystępując do zapisania diety niemowlęciu, musimy uświadomić sobie dokładnie jego przypuszczalne granice tolerancji względem zapisywanego pokarmu.

T. Mogilnicki (Łódź). Djetetyka chorób zakaźnych u dzieci (referat nie nadesłany).

W. Jasński (Lwów). O uzupełniających składnikach pożywienia. (Referat nie nadesłany).

Drugi dzień Zjazdu 9 września 1922 r.

O 9-tej w Klinice chorób dziecięcych. (Litewska 16).

Stef. Rudzki (Warszawa). Gruźlica w wieku dojrzewania.

Autor opiera się na 850 własnych spostrzeżeniach gruźlicy, u młodzieży w wieku 10 — 18 lat. Podług płci było 250 chłopców i 600 dziewcząt, w tej liczbie od 10 — 15 lat 81 chłopców i 142 dziewczynek, od 15 do 18 lat włącznie 169 chłopców i 458 dziewcząt. Co do umiejscowienia choroby — w 560 przypadkach występowała na pierwszy plan gruźlica płuc, w 192 przypadkach — gruczołów, w 48 — opłucnej, w 27 — otrzewnej, w 12 — jelit, wreszcie w 11 — opon mózgowych.

Wnioski autora są następujące:

- 1) w wieku dojrzewania najczęściej po raz pierwszy występuje reaktywacja gruźlicy;
- 2) dzieci tego typu, zwłaszcza dziewczęta, dojrzewają wcześniej od przeciętnej normy;
- 3) u dzieci 10 — 15 lat przeważa gruźlica gruczołów, po 15 roku gruźlica płuc;
- 4) gruźlica płuc zaczyna się zazwyczaj od wnęki i u młodszych dzieci idzie częściej ku dołowi, u starszych zaś ku górze;
- 5) blednica, zespół asteniczny, białkomocz okresowy, płasawica spotyka się u dzieci najczęściej takiego typu;
- 6) wśród chorób, sprzyjających reaktywacji gruźlicy w wieku dojrzewania, najważniejszym jest późne przebycie odry;
- 7) przebieg gruźlicy do lat 15 bywa naogół dobrotliwy, po 15 roku śmiertelność znacznie się wzmacza;
- 8) w szkołach musi być obowiązkowe badanie systematyczne dzieci w kierunku gruźlicy;
- 9) stwierdzenie czynnej gruźlicy u młodzieży dojrzewającej wymaga leczenia, opartego na ogólnych zasadach higieniczno — djetetycznych, z uwzględnieniem możliwości dalszego uczenia się.

K. Jonscher (Warszawa). O gruźliczym zapaleniu opon mózgowych i rdzeniowych u dzieci. W powstawaniu gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych odgrywa rolę cały szereg najróżnorodniejszych czynników: pora roku — nasilenie przypada przeważnie na wiosnę, uzależnianie jego od tak zwanych szkodliwości zimowych nie jest wystarczające; wiek — znaczne wahania w poszczególnych zestawieniach statystycznych; uraz — wyjątkowo tylko odgrywa pewną rolę; osłabienie ustroju — przez przebycie jakiejś choroby zakaźnej — najczęściej odry — przyczem okres dwumiesięczny po odrze jest najniebezpieczniejszy. Od zwykłego przejściowego podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu jakiegokolwiek choroby zakaźnej mamy wszystkie stopnie kliniczne i anatomiczne aż do gruźliczego zapalenia opon w zwykłym znaczeniu tego słowa. Na-

leży tylko pamiętać, że te stany przejściowego zajęcia opon powstają najczęściej, ale nie wyłącznie na tle gruźliczem. Do klasycznego opisu klinicznego gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych można dodać tylko drobne szczegóły, uwypuklić pewne objawy. Duże znaczenie posiadają niektóre objawy oponowe Brudzińskiego, gdyż pozwalają na wczesne rozpoznawanie nawet nieznacznych spraw oponowych, co jest ważne ze względów leczniczych. Opis kilku przypadków niezwykłych, sprawiających trudności rozpoznawcze.

1) J. M. Judt (Warszawa) Rentgenografja gruźlicy wieku wczesnego.

2) J. M. Judt (Warszawa). Badania rentgenologiczne i kliniczne nad t. zw. stwardnieniem pierwotnem w płucu. Badania porównawcze rentgenologiczno-sekcyjne stworzyły podstawę dla ścisłych rozpoznań gruźlicy u dzieci. W pracy niniejszej rozpatrzone będą jej główne odmiany: 1) gruźlica gruczołów odskrzelowych, 2) t. zw. stwardnienia pierwotne, 3) gruźlica prosówkowa, 4) zapalenie płuc gruźliczo-serowate, 5) gruźlica przywnękowa i t. zw. trójkąty Racha, Słuki, Eislera. Gruźlica gruczołów przyoskrzelowych rozpoznawana bywała często — bez dostatecznych podstaw rzutowych. Oznaki pewnie — to zserowacenie, zwapnienie, wydatne przemiany włókniste, nacieczenie w otaczającej tkance mięszoj płuca, a przedewszystkiem t. zw. stwardnienia pierwotne. Dziś możemy także rozpoznawać gruczoły powiększone w rozwidleniu tchawicy i przytchawicowe górne. T. zw. stwardnienia pierwotne, jak dowodzą między innymi systematyczne nasze badania nad młodzieżą szkolną obu płci (400 dzieci), należą do zjawisk spotykanych często. Same tylko prześwietlenia uwidaczniają około 7% tych stwardnień, a na kliszach znajdujemy odsetkę większą (około 15%). (Wykonywana była i reakcja tuberkulinowa). Zasada Parrota (loi des adenopathies similaires) znajduje ilustrację swoją w rzutach rentgenowskich. Gruźlica prosówkowa. Jej podobieństwo w rzutach cieniowych do drobnoogniskowej postaci zapalenia płuc nieżyłowego i do niektórych odmian białaczki rzekomej. Zapalenie płuc gruźliczo-serowate a nacieczenia zrazikowe, nieżytowe rozległe. Rozpoznawanie różniczkowe. Trójkąty Słuki, Racha, Eislera, jako objawy gruźlicy, budzą powątpiewanie. Zbyt mało jest w tym względzie faktycznego sekcyjnego materiału. Wystawa odnośnych zdjęć.

Nowiński (Bydgoszcz.) O skazie wysiękowej i jej znaczeniu w patologji dziecięcej. Spostrzeżenia nad skazą wysiękową przeprowadzałem w Kijowie od 1910 r. do 1918 r. Ogólna ilość badanych dzieci 563. Z tej liczby 127 pochodziły z najbiedniejszych warstw społeczeństwa, a 436 z praktyki prywatnej, przeważnie ze sfery inteligencji. Prawie wszystkie te dzieci były pod obserwacją od paru miesięcy do kilku lat. Wśród dzieci z przytułku odsetek obarczonych

skazą wysiękową wynosił około 20%, wśród dzieci z praktyki prywatnej około 55%. Wszystkie dzieci obarczone skazą wysiękową podzieliliśmy na dwa typy: typ dzieci tłustych — limfatycznych i typ dzieci chudych — neuroartretycznych. U dzieci młodych przeważał typ I-szy (około 65%), u dzieci starszych — typ drugi (około 82%). Język geograficzny obserwowałem w 46%. Wszystkie inne objawy o tyle tylko nabierają cech charakterystycznych, o ile występują w pewnym zespole i kolejności i odznaczają się uporczywością i skłonnością do nawrotu. Wpływ skazy wysiękowej na stan dzieci był bardzo znaczny. Szereg chorób, opisywanych zwykle jako samoistne stany chorobowe, występuje tak często u dzieci obarczonych skazą wysiękową, że niepodobna nie uznać zależności ich od skazy. Z chorób zakaźnych najwybitniejszy wpływ skazy wysiękowej obserwowałem przy błonicy i przy pierwotnej błonicy nosa. Około 75% dzieci zapadających na błonicę były obarczone skazą wysiękową, a przypadki pierwotnej błonicy nosa spotykałem tylko u dzieci obarczonych skazą. Na lżejszy lub cięższy przebieg skazy wysiękowej ogromne znaczenie miał system żywienia dziecka jak co do ilości, tak i co do jakości pokarmu. W końcowym okresie wojny ustąpiło przekarmianie i, gdy odżywianie zbliżyło się do naturalnego (witaminy?), objawy skazy wysiękowej występowały o wiele łagodniej, niż przed wojną. Wnioski: 1) określenie „skaza wysiękowa“ przyjęte w terminologii polskiej, nie zupełnie odpowiada temu, co należy rozumieć pod nazwą „diathesis exsudativa“ i dlatego winno być zastąpione innem, lepiej uplastyczniającem istotę tego stanu chorobowego. 2) Zboczenie w konstytucji, opisywane pod nazwami „limfatyzm“, „artretyzm“, „status thymico-lymphaticus“ i t. d., odnosi się do gruczołów, stawów, zmian krwi i ma znaczenie co do objawów i zabiegów leczniczych, jako część do całości. 3) Skaza wysiękowa, należąc do bardzo częstych zboczeń konstytucji dziecka, już tem samem odgrywa znaczną rolę w patologii dziecięcej i dlatego powinna być zawsze uwzględniana przy badaniu dziecka. 4) Istota skazy wysiękowej nie jest jeszcze dokładnie zbadaną. Zależy ona jednak najprawdopodobniej od zboczeń w przemianie materji z powodu wrodzonej nieprawidłowości w trawieniu i przyswajaniu kiszkiowem i komórkiowem. Stąd lżejsze lub cięższe jej przejawy stoją w pewnym związku z jedną strony z wrodzoną nieprawidłowością, z drugiej z systemem odżywiania. Wobec nowszych zdobyczy naukowych, uwzględniających znaczenie dodatkowych składników pożywienia (witaminów), i wobec zależności objawów skazy wysiękowej od systemu żywienia sprawa stosunku skazy do odżywiania oczekuje dalszych badań.

B. Szulczewski (Poznań) O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci Zakażenie gruźlicą odbywa się bardzo rzadko przez łożysko, zwykle dopiero po narodzeniu się niemowlęcia. Głównem niebezpieczeństwem dla dziecka jest obecność suchotnika w rodzinie, a główną

bramą dla drobnoustrojów gruźliczych u dzieci narządy oddechowe. Dzieci karmione sztucznie są mało odporne, również dzieci, cierpiące na skazę wysiekową. Gruźlica przewodu pokarmowego jest u dziecka zwykle objawem wtórnym. Do doświadczalnego wywołania gruźlicy jelit u zwierząt potrzeba wiele większych ilości drobnoustrojów, aniżeli do zakażenia ich drogą oddechową. Pierwotna gruźlica jelit u dziecka spotyka się bardzo rzadko, skóra dziecka odgrywa też nieraz rolę (akt obrzezania). Klinika początkowych objawów gruźlicy dziecięcej: zmiana usposobienia, spadek wagi, niedostateczne łaknienie, bóle głowy, wachanie ciepłoty, obraz krwi, zachowanie się barwika krwi, liczba krwinek czerwonych i białych, kaszel, rżenia, świsty i gwizdy, przedłużony i zaostrozony wydech, objaw D'Espine'a. Metoda szczepienia tuberkuliną Pirqueta. Jak tłumaczyć szybkie względnie wolne wytwarzanie odczynu Pirqueta? Różnica między nieswoistym podrażnieniem skóry a odczynem biologicznym. Modyfikacje odczynu Pirqueta. Powody, dlaczego odczyn Pirqueta staje się ujemny w przypadkach ciężkiej gruźlicy, a przedewszystkiem w przypadkach gruźlicy prosówkowej. Odczyn Pirqueta podczas innych chorób zakaźnych: podczas odry, koklusu i błonicy. Modyfikacja tuberkuliny podana przez Moro. Doświadczenia własne z powyższą tuberkuliną. Radiografia jako środek rozpoznawczy w stosunku do pierwszych objawów gruźlicy u dzieci. Konieczna dokładna znajomość techniki. Zmienność w zależności od tego, czy posługujemy się lampą twardą czy miękką. Znaczenie zserowacenia, zwapnienia lub kawernizacji dla radiografji płuc. Warnki uchwycenia zmian tych na kliszy. Niesłuszny zarzut czyniony radiografji, że obraz gruczołów powiększonych na kliszy nie zawsze odpowiada wielkością i charakterem swym obrazowi gruczołów na stole sekcyjnym. Znaczenie prześwietlania i obserwowania klatki piersiowej na ekranie radiograficznym w najrozmaitszych przekrojach.

G. Drozdowicz (Warszawa). Promienie Roentgena i ultrafioletowe jako czynniki lecznicze w gruźlicy dzieci. 1) Wzajemne uzupełnianie się promieni Roentgena i ultrafioletowych przy walce z gruźlicą. Miejscowe działanie promieni X — ogólne promienie fioletowe. 2) Elektywność działania promieni X przy naświetlaniu ognisk gruźliczych — nekrobioza komórek swoiście chorych a podrażnienie, tkanek zdrowych otaczających. Spostrzeżenia kliniczne przy stosowaniu promieni X w sprawach gruźliczych kości, stawów, gruczołów chłonnych i błon surowicznych. 3) Teoretyczne uzasadnienie leczniczych właściwości promieni ultrafioletowych (lampa kwarcowa). Zestawienie promieni ultrafioletowych ze światłem słonecznym pod względem fizykalnym i leczniczym. Teorja *Wagnera* autotuberkulinizacji powstającej wskutek przeniesienia jadu z głębi ustroju do rozszerzonych rumieniowo naczyń skórnych. Pogląd *Strahlmana* na pośrednio bakterjობójcze działanie promieni ultrafioletowych. Fotoaktywność krwi naświet-

żlanej promieniami ultrafioletowemi (*Jesionek, Schläpfer*) jako czynnik leczniczy. Ogólne krzepiące i uspokajające działanie promieni ultrafioletowych. Spostrzeżenia kliniczne po stosowaniu promieni ultrafioletowych w różnych postaciach gruźlicy, — a zwłaszcza w gruźlicy kości, otrzewnej i przy ropiejących gruczolach chłonnych.

Fr. Cieszyński (Warszawa). **Proteinoterapia gruźlicy u dzieci.** Ponieważ leczenie swoiste czyli parazytotropowe gruźlicy zawiodło, a leczenie djetetyczne i symptomatyczne na ogół nie wystarcza, zabrano się do leczenia nie swoistego czyli działającego na podniecenie ustroju do walki z zarazkami. Wśród tych metod leczenia ergotropowego, jak słońce naturalne i sztuczne, powietrze, klimat górski i morski i t. d., proteinoterapia zaczęła wywalczać sobie prawo istnienia. Metoda ta opiera się na doświadczeniu *Abderhaldena*, że organizm zwierzęcy w odpowiedzi na pozatrzewiowe wprowadzenie obcych ciał białkowatych wytwarza zączy, których zadaniem jest te obce ciała rozpuścić i pozbawić ich obcych właściwości. Leczenie ciałami białkowymi gruźlicy zwłaszcza u dzieci jest jeszcze w stadium doświadczeń. Zaczęłem stosować białko pozatrzewiowo u dzieci z gruźlicą płuc i częściowo kiszek w Szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie od dwóch lat i mam dotychczas 25 przypadków. Mała ilość doświadczeń pochodzi ztąd, że wybierano tylko takie przypadki, których leczenie poprzednie djetetyczne, poprzednie ogólnie wzmacniające oraz objawowe lekarstwami i okładami nie odniosło skutku, tak iż przy zastosowaniu białka pozatrzewiowo miałem warunki krytycznej oceny wartości leczniczej zastosowanej proteinoterapii. Zastrzykiwałem białko domięśniowo przeważnie w dawkach od 0,5—2 cm., stopniując wyjątkowo do 5—7 cm. Wyniki dotychczasowych doświadczeń są następujące: z 18 przypadków leczonych Lactosteril (Mag. Klawe) 6 wykazało wyraźną poprawę, 6 pozostało bez zmiany, a 6 pogarszało się nadal; z 7 przypadków, leczonych normalną surowicą końską — dwa poprawiły się znacznie, a pięć skończyło śmiertelnie. Dotychczasowe doświadczenia pozwalają tylko na wniosek, że białko stosowane pozatrzewiowo w gruźlicy u dzieci może spowodować poprawę u osobników ze średnimi zmianami swoistymi, jeżeli ustrój zdolny jest na podniecie nieswoistą odpowiedzieć zmobilizowaniem wszystkich sił odpornych, a w przypadkach dalej posuniętych przez ciągłe podniecenie do oporu, zatrzymać na pewien okres czasu dalszy rozwój sprawy swoistej.

O 1-szej zwiedzanie Kliniki Chorób Dziecięcych.

O 4-tej posiedzenie w Towarzystwie Lekarskiem (Niecała 7).

S. Kramsztyk (Warszawa). **Eugenika a pedjatria i nowe poglądy na konstytucje.** Ideje eugeniki zaczynają przenikać i do ścisłych umysłów klinicytów (*Czerny*), którzy uważają, że śmiertelność wśród

niemowląt jest przejawem doboru, dotyka bowiem przeważnie osobniki upośledzone pod względem ustrojowym. Pojawiły się nawet prace starających się udowodnić tę tezę (*Eliasberg*), przeciwnicy jednak takiego postawienia zagadnienia dostarczają odwrotnych dowodów (*Langstein, Putzig*). Czy można już w pierwszym okresie życia określić zdolność życiową noworodka oraz jego wartość rasową? Nie posiadamy dotychczas żadnych ścisłych danych, na których opiera się pojęcie „słabego dziecka”. Właściwie ściśle biorąc, można tu odnieść dzieci przedwcześnie urodzone (*Ylppö*). Stajemy tutaj przed zagadnieniem, że dzieci normalnie urodzone mogą wykazywać obecność oznak tej czy owej skazy, tej czy owej skłonności chorobowej. Teoria o wszelkich zewnętrznych oznakach upośledzenia i zwyrodnienia ustroju została w ostatnim czasie poddana nader ostrej krytyce; t. zw. cechy zwyrodnienia są uważane obecnie za anomalję ustroju. Rozwój nauki o konstytucji pociąga za sobą coraz to większe uwzględnienie pierwiastka konstytucyjnego w nauce o zaburzeniach. Znaczenie pierwiastka konstytucyjnego w pedjatrji było podkreślone już brzed laty kilkunastu (*Czerny, Pfaundler*), ale dopiero teraz czynnik ustrojowy stosowanym być może w daleko szerszym i głębszym zakresie. Dla współczesnego badacza pojęcie konstytucji wybiega poza zakres patologji ogólnej i wkracza całkowicie do biologji; pod konstytucją rozumiemy dzisiaj raczej swoistą kombinację cech rozwojowych. *Kraus* wprowadza pojęcie konstytucji fizjologicznej, od której możliwe są odchylenia zarówno w stronę ujemną jak i dodatnią. *Tandler* pod pojęciem „konstytucji” rozumie nic innego, jak tylko warjanty indywidualne, właściwości morfologiczne i czynnościowe nowego osobnika, pozostałe po odjęciu cech gatunkowych i rasowych. *Martius*, starając się wszechstronnie oprzeć naukę o konstytucji, uwzględnia szeroko badanie czynnościowe poszczególnych organów; wykazuje on, że pojęcie normy jest wogóle czemś sztucznem. Zastosowanie nowych tych rozumowań do nauki o zaburzeniach odżywiania u niemowląt rozszerza znacznie nasze widnokreśli. Zarówno reagowanie „paradoksalne” pewnej kategorii dzieci na pokarm kobiecy, którego przyczyny starano się objaśnić szeregiem hipotez, jak i uważane za objaw upośledzenia organicznego nieznoszenie przez dzieci pokarmu sztucznego muszą być zupełnie inaczej rozpatrywane w świetle obecnych badań nad konstytucją. W śmiertelności niemowląt niezmiernie ważną rolę odgrywają czynniki zewnętrzne; upośledzone ustrojowo dzieci mogą pozostawać przy życiu, a ginąć mogą dzieci nie obciążone, o ile podlegają złym warunkom zewnętrznym. Konstytucja przedstawia sobą zespół możliwości rozwojowych, których cel określanym jest przez wpływy czynników zewnętrznych. Stopniowe przenoszenie się jednej odznaki na pewną grupę osobników, w końcu na całą rasę może uczynić oznakę ustrojową oznaką rasy. Powolne, ale stałe oddziaływanie pewnych czynników może w ten sposób wytwarzać pewną już ustrojowo-

wą właściwość osobnika, która przez dziedziczenie staje się właściwością rasową. Aczkolwiek niepodobna odrzucić ogromnego znaczenia czynników zewnętrznych, których regulowanie należy do higieny właściwej, to jednakże, wraz z coraz to szerszym uwzględnieniem biologicznie ujętego pojęcia konstytucji, należy dużo raczej przyznać rzecznikom higieny rasy, wskazującym wciąż na „samoczyszczanie się prądu życia“ przez zanikanie silnie upośledzonych jednostek.

M. Gromski (Warszawa). Organizacja opieki społecznej nad niemowlętami. (Referat nie nadesłany).

W. Szczawińska (Warszawa). Znaczenie Puerikultury dla rozwoju niemowląt. Autorka przedstawia wyniki hodowli niemowląt w Instytucji „Kropki Mleka“ m. Warszawy, założonej w 1914 r. Technika wychowawcza Instytucji przedstawia się następująco: 1) Dzieci są wychowywane we własnej rodzinie, przeważnie przez własne matki. 2) Instytucja opiekuje się dziećmi przez pierwsze 2 lata. 3) W przychodni Instytucji odbywa się kontrola rozwoju dzieci pod kierunkiem lekarza — pedjatriy; udziela się porad higienicznych matkom z zakresu wychowania dzieci; wyznacza się ilościowe dawki dzienne środków odżywczych dla każdego dziecka według jego potrzeb indywidualnych; udziela się porad leczniczych dzieciom chorym; wydaje się niektóre lekarstwa. 4) W „Kropki Mleka“ wydaje się mleko pasteryzowane w porcjach jednorazowych, powtórzonych tyle razy, ile tylko wymagają potrzeby dziecka dla prawidłowego jego rozwoju na wypadek upośledzonego karmienia piersią lub przy jego zupełnym braku. Mleko w żadnej innej postaci dzieciom podawane nie bywa. Dla karmiących matek Instytucja wydaje mleko skondensowane, a nawet mleko świeże w ilości pół litra na dobę, dla dzieci produkty mączne na zupeł. Wyniki tej techniki streścimy na tem miejscu u średniej wagi dzieci dla głównych miesięcy przez dwa lata życia: 4-ro tyg. dziecko waży 3900 gr., 24-tyg. — 6540 gr., 52-tyg. — 8930 gr., 80-tyg. — 9900 gr., 104 tyg. — 10664 gr. Jeśli zważywszy, że powyższe wyniki otrzymane zostały u dzieci biednej ludności stolicy, żyjącej w upośledzonych warunkach higienicznych w latach strasznej wojny, musimy przyznać doniosłe znaczenie Puerikultury na rozwój ustrojów dziecięcych. Szczegółowe wyniki techniki wychowawczej i leczniczej Instytucji na rozwój jej wychowawców zostaną przedstawione na Zjeździe oraz w monografii.

H. Goldszmidt (Warszawa). Zadanie lekarza w internacie. Internat nie jest wyzyskany jako teren klinicznych badań nad dzieckiem, jego życiem i rozwojem. Szpital dał zrozumienie nagłych i głęboko sięgających zmian chorobowych ustroju, internat pozwolił ustalić drobne odchylenia. W przyszłym fachowym wykształceniu lekarza internat stać będzie obok kliniki, jako równorzędna wartość. Kierownikiem internatu był teolog, filozof, filolog, będzie nim lekarz.

Br. Szulczewski (Poznań). Rola Pedjatrij w dziedzinie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka. A) *Niemowlę*. Już w tym okresie należy unikać błędów w wychowaniu. Niemowlęcia nie należy uważać za przedmiot zabawek. Przeciwwskazane jest zbyt wczesne rozbudzanie jego sfery zmysłowej. Zwracać uwagę na błędy, popełniane przedewszystkiem przez rodziców, starszych względem dzieci pierworodnych i przeciwdziałanie teroryzowaniu rodziców przez niemowlę. Powrót do przyrody w postaci przebywania na świeżem powietrzu przeciwdziała rozwojowi nerwowości. B) *Dziecko w wieku przedszkolnym*: przeciwdziałanie lęklivosti u dziecka, okazywanie mu prawdziwej miłości a mimo to utrzymanie rygoru w całej pełni. Wychowanie dziecka w ten sposób, by od zarania swej młodości nauczyło się panować nad sobą i kształciło swą wolę. Tego obowiązku zaniebdywać nie należy nawet wobec dziecka chorego. Nauczanie jednocześnie tylko jednego języka. W tym bowiem wieku, kiedy dziecko zaczyna mówić i niezliczone do otoczenia swego stawia pytania i liczne tworzy sobie pojęcia przedmiotów go otaczających, grozi mu przeciążenie. Wstrzemięźliwość w stosunku do pochwał i kar, zwłaszcza niesłusznie wymierzonych, by nie wytworzyć wrogiego stosunku dziecka do wychowawcy. Konieczność utrzymywania stałego kontaktu z dzieckiem, które we wszystkich sprawach winno udawać się do swych rodziców, jako do przyjaciół szczerze mu oddanych. Stosowanie zabaw i gier ruchowych, Zajęcie dziecka zabawką, pobudzającą je do myślenia, jak klocki. Zaleca się wspólne wychowywanie kilku rodzin zaprzyjaźnionych celem przeciwdziałania samolubstwu, zwalczania tchórzostwa, podnoszenia odwagi, wytwarzania zdrowej ambicji przy grach i zabawach. We właściwym czasie należy zapoznać dziecko z książką ładnie ilustrowaną. Zabawki dziecięce winny być estetyczne i budzić w dziecku poczucie piękna. Nad drobniejszemi dolegliwościami dziecka należy przechodzić do porządku dziennego, by nie wytwarzać hypochondryków. C) *W wieku szkolnym*. Ustawodawstwo polskie, wedle którego wiek szkolny rozpoczyna się dopiero z 7 rokiem, należy powitać jako postęp. Nie ulega wątpliwości, że cały szereg zarzutów stawianych dzieciom w szkole nie odnosi się do nich, a raczej do rodziców. Niesłuszne również jest twierdzenie, że wskutek uczęszczania do szkoły wytwarza się u dzieci nerwowość. Cierpienie to wytwarza się u dzieci obciążonych dziedzicznie, u dzieci nie wychowywanych właściwie w domu rodzicielskim. Na tle nerwowym zjawiają się niejednokrotnie u dzieci w wieku szkolnym nerwice w postaci zaburzeń mowy, np. jąkanie się, to znów ogólnych kurczów, lęku nocnego, moczenia nocnego lub dziennego, niemożności stania i chodzenia i t. p. Cierpienia te są często bardzo wdzięcznemi obiektami dla psychoterapii. U innych znów dzieci aberacje uczuć płciowych dają powód do wkroczenia pedjatrij. Tu drobna przyczyna wywołać może skutek poważny, krócej lub dłużej trwający. Niejedno-

krotnie też nauczyciele popełniają błędy, rozwijając zbyttnio pamięć, z uszczerbkiem kształcenia myślenia i sfery uczucia. Zadaniem pedjatri pamiętać o kształceniu wszystkich sfer umysłowych. Tylko w ten sposób bowiem osiągnąć można harmonję wszystkich sił cielesnych i umysłowych dziecka w myśl zasady: w zdrowem ciele zdrowy duch.

J. Joteyko (Warszawa). Rola psychologa w zakresie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka. Wprowadzenie lekarza do szkół było faktem dużej doniosłości, rozszerzającym znacznie zakres szkoły, która przez kształcenie i wychowywanie dzieci, czuwać nadto powinna nad ich zdrowiem, ile że wiek szkolny jest okresem rozwoju fizycznego dziecka. Po kwestji zdrowia przyszła kolej na inną ważną sprawę: zrozumiano, że to samo co dla zdrowia dziecka, dokonać należy i dla jego strony psychicznej. Opieka nad psychicznym rozwojem dziecka staje przed nami z równą koniecznością. W Londynie w r. 1913—14 stworzono urząd psychologa szkolnego, albowiem ani nauczyciel, ani lekarz szkolny roli tej podjąć się nie może. Praca psychologa szkolnego polega na wpływaniu, aby nauka w szkołach była zgodna z rozwojem umysłowym i z indywidualnością dzieci, aby unikano przeciążenia umysłowego, na badaniach psychologicznych nad dziećmi, na zachęcaniu do nich personelu nauczycielskiego. Naczelnym psychologiem szkolnym mianowany został znany psycholog *Cyryl Bart*. W Niemczech od wielu lat *W. Stern* domaga się stworzenia podobnego urzędu. W ostatnich latach inne jeszcze wielkiej wagi zagadnienia stanęły na porządku dziennym: z jednej strony, selekcja psychologiczna uczniów w szkole według rodzaju ich zdolności, a) zapewniająca zastosowanie najstosowniejszych metod nauczania dla danych grup uczniów, b) eliminująca ze szkoły średniej jednostki o poziomie umysłowym niedostatecznym, c) czyniąca segregację uczniów na wszystkich szczeblach nauczania zarówno ogólnego jak i zawodowego, zarówno dla dzieci normalnych jak i anormalnych i nadnormalnych; z drugiej zaś, potrzeby doboru zawodowego, opartego na uzdolnieniach, co wymaga psychologicznego poznania uczniów, a choć ten ostatni problemat w zupełności w szkole rozstrzygnąć się nie może i wymaga specjalnych laboratorjów psychotechnicznych, to jednak współpraca szkoły jest tu niezbędna. Od pomyślnego rozstrzygnięcia powyższych zagadnień zależeć będzie w znacznej mierze umysłowa odbudowa krajów po wojnie i, co za tem idzie, pomnożenie wytwórczości na wszystkich polach. Dlatego domagamy się stworzenia w Polsce urzędu psychologa szkolnego. Problemat ten trudny jest do rozwinięcia w naszym kraju z braku prawie zupełnego psychologów eksperymentalnych. Aby zaradzić temu brakowi należałoby we wszystkich uniwersytetach stworzyć katedry psychologii doświadczalnej, zarówno na wydziałach filozoficznych, jak i lekarskich. Że ani nauczyciel, ani lekarz szkolny nie może być owym psychologiem szkolnym, jest rzeczą jasną. Urząd ten, wobec wymagań, jakie stwarza no-

woczesna psychologia, zaabsorbować powinien wszystkie jego wysiłki, wymaga zupełnego oddania się tej sprawie i niestannego śledzenia za postępani psychologów. Gdyby nim miał być lekarz, co by mogło być pożyteczne, to bez prawa praktyki lekarskiej. Psycholog szkolny powinien mieć dyplom z ukończenia uniwersytetu i z kursów uzupełniających, oparty na psychologii doświadczalnej, psychopatologii, psychotechnice, pedagogice i dydaktyce. W szkole powinien nawiązać ścisły kontakt z nauczycielami i lekarzem szkolnym.

O 8-ej wiecz. Wieczera towarzyska.

Trzeci dzień Zjazdu 10 września. Od 10-tej r. zwiedzanie instytucji miejskich i społecznych opiekujących się dziećmi w Warszawie.

Hygiena a Pedjatrja.

Żadna dyscyplina naukowa nie może wyodrębnić się i zerwać nici, łączące ją z dyscyplinami współkrotnymi i współrzednymi; zwłaszcza nie może tego uczynić dyscyplina naukowa poświęcona zagadnieniom w znacznej mierze praktycznym. Hygiena i Pedjatrja należą właśnie do tej grupy nauk.

Hygiena, czyli nauka o zdrowiu, bada przyczyny zmniejszenia zdrowotności rodzaju ludzkiego i szuka dróg najkrótszych i najbardziej celowych dla zapewnienia człowiekowi idealnego zdrowia fizycznego i psychicznego. W tych swoich dążeniach nauka o higienie napotyka raz po raz sprawy, których poprzednie zbadanie jest niezbędne, a które leżą już poza obrębem higieny, w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Pedjatrja jest nauką nie tylko o chorobach dziecka, lecz także nauką o fizjologicznych normalnych potrzebach wieku dziecięcego. Pedjatrja dąży do tego, by poznać tajniki fizjologii i patologji młodego ustroju i zapewnić społeczeństwu największą ilość zdrowych fizycznie, zrównoważonych duchowo członków społeczeństwa.

Pod tym względem dążenia higieny i pedjatrji spotykają się w równoległej płaszczyźnie. Pedjatrja bada zagadnienia, związane z prawidłowym rozwojem dziecka, i wyniki swych badań podaje do wiadomości sferom higienistów. Hygiena zgłębia sprawy zdrowotnego życia

ustroju ludzkiego i otrzymane przez siebie wyniki ogłasza kołom zainteresowanych pedjatrów.

Hygiena i pedjatria mają wiele zagadnień wspólnych, potrzeba współpracy nasuwa się w tych warunkach jako konieczność nieunikniona i logicznie umotywowana.

Pod znakiem tej współpracy Redakcja „Zdrowia“ udzieliła gościnie łamów swego pisma pedjatom Polskim, przystępującym do rozszerzenia i pogłębienia swej działalności w Nowej Niepodległej Polsce.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego Pierwszego Zjazdu Pedjatrów Polskich składam Szanownej Redakcji wyrazy głębokiej wdzięczności.

Miecz. Michałowicz

Przewodzący Komitetu Organizacyjnego I-go Zjazdu Pedjatrów Polskich.

Rzut oka na stan opieki nad dziećmi w Polsce i najpilniejsze w tej dziedzinie potrzeby.

Zobrazowanie całokształtu opieki nad dziećmi w Polsce przedstawia problem niezmiernie trudny. Brak dokładnej rejestracji, brak danych statystycznych, wreszcie niemożność zdobycia niezbędnych danych sprawozdawczych z doby powojennej, pozwala jedynie na bardzo pobieżny rzut oka, który wszakże wskazuje rozległą samorzną pracę społeczeństwa w niezmiernie trudnych warunkach przeżywanej niedoli.

O opiece obowiązkowej oczywiście niema tu mowy, gdyż rządy zaborcze tamowały pracę, tłumiąc wszelkie przejawy życia, zmierzające do odrodzenia naródowego.

Samorządów Polska była pozbawiona, pozostawała więc jedynie praca uciśnionego społeczeństwa mozolna, ofiarna, bez jutra.

Opieka nad dziećmi, zapoczątkowana w Polsce przez stowarzyszenia zakonne i gminy wyznaniowe, miała wyłącznie charakter dobroczynny, nieunormowany ustawowo i daleki od współczesnych pojęć o opiece społecznej. Sieć towarzystw dobroczynności w miastach

i ośrodkach większych skupień ludności była jednakże istotnym zrębem, na którym opierała się praca w tej dziedzinie.

Najstarsze Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności, założone w 1828 roku, powołało do życia 54 instytucje, mające za zadanie opiekę nad ubogimi dziećmi w wieku przedszkolnym. Dzieci tych objęto w swych zakładach 36645.

Kolegium Zboru Ewangelicko-Augsburskiego zapoczątkowało swą pracę w dziedzinie opieki nad dziećmi w 1853 roku i powołało do życia 6 instytucji, opiekujących się 9731 dziećmi.

Warszawska gmina starozakonnych rozpoczęła akcję w 1879 roku, organizując 11 instytucji dla 1305 dzieci.

Poza stolicą w latach 1889 — 1909 rozwijają swą działalność na terenie b. Kongresówki zakłady opiekuńcze przy Towarzystwach Dobroczynności i Wydziałach Dobroczynności publicznej Magistratów — w Częstochowie (2640), w Łodzi (40391), w Kielcach (1350), w Radomiu (582), w Lublinie (2083). W innych miastach b. Kongresówki skala opieki jest bardzo niska. Polska w dziejowym swym pochodzie, ilekroć przeżywała choćby przejawy wolności, zawsze zaznaczyła się intensywną pracą społeczno-wychowawczą. W roku 1905 widzimy znamienne odruchy społeczeństwa w kierunku opieki nad młodą pokoleciem. Zainicjonowane przez ś. p. Dr. Stanisława Markiewicza i sędziego Aleksandra Moldenhawera Towarzystwo „Przyjaciół dzieci“, wobec sprzeciwu władz najeżdżyczych nie zostało zalegalizowane. Dopiero później ówczesny Komitet Sienkiewiczowski dał impuls do powołania do życia na podstawie zalegalizowanego statutu Towarzystwa opieki nad dziećmi.

Towarzystwo to zapoczątkowało w 1907 r. swą działalność utworzeniem 40 instytucji, rozciągających opiekę nad 12878 dziećmi. Posiadając sprawną organizację tak zwanych opiekunów okręgowych i domowych, Towarzystwo zakładało prowincjonalne gniazda opieki nad dziećmi, utrzymujące żłobki, ochronki i szkółki początkowe. Na specjalną uwagę zasługuje otwarty przez Towarzystwo „Dom Opieki“ z internatem i pogotowie opiekuńcze dla dzieci opuszczonych. W tymże czasie powstało Towarzystwo Przytulisk Niedoli Dziecięcej, tworząc na krańcach miasta Warszawy sieć przytułków dla bezdomnych dzieci (5 przytułków dla 800 bezdomnych dzieci) i organizując rozdawnictwo posiłków. Wyłom w kierunku koszarowego wychowania stworzyło To-

warzystwo gniazd sierocych. Towarzystwo wzorowane na systemie angielskim (Cottage System) bierze pod okieję zupełne sieroty i wychowuje je w sztucznych rodzinach, tak zwanych gniazdach. W gnieździe przebywa przeciętnie 15 dzieci, w tej liczbie 12 sierot. Po wyjściu z gniazd sieroty kształcą się zawodowo. Gniazd takich istnieje 6. Liczba wychowawców łącznie z bursą sięga 150.

Planową pracę w dziedzinie opieki nad dziećmi, zapoczątkowała w 1915 r. Rada Główna Opiekuńcza. W dziedzinie higieniczno-lekarskiej opieki nad dziećmi, poza rozległą propagandą tak zwanych lotnych kursów dla matek, powołano do życia 80 „Kropli Mleka“ z poradnikami dla matek i 8 przytułków położniczych. W dziedzinie wychowawczej Rada Główna Opiekuńcza założyła lub objęła w zarząd 1309 schronisk, burs, ochron i szkół początkowych, w których rozto czono opiekę nad 67.433 dziećmi.

W roku 1916 ogólno-krajowa kwesta („Ratujcie Dzieci“) przyczyniła się do powołania „Komisji ratowania dzieci“, centralizującej całokształt opieki nad dziećmi w Warszawie. Podstawowa praca komisji polegała na tworzeniu przy radach okręgowych miasta Warszawy żłobków, ułatwiających matkom zarobek poza domem i rozciążających odpowiednią opiekę nad ich dziećmi. W różnych okresach czasu powołano do życia 23 żłobki na 1665 dzieci.

Komisja ratowania dzieci poza prowadzeniem żłobków subsydjowała szereg zakładów opiekuńczych, pracujących pod egidą „Komisji ratowania dzieci“. Nawiązując kontakt z Amerykańskim Czerwonym Krzyżem, Komisja ratowania dzieci dostarczała zakładom opiekuńczym poważne ilości bielizny, obuwia, odzieży i mydła. Jednocześnie Komisja ratowania dzieci zajęła się rozdawnictwem mleka zgęszczonego i ryżu, częściowo z daru Rockefellera, częściowo z zakupionego przez Magistrat m. Warszawy w Szwajcarii. Rozdawnictwo to obejmowało 593.525 dzieci. Po przejściowej akcji Komitetu Obywatelskiego i Komitetu pomocy dla rodzin rezerwistów, wzmożoną działalność rozwinęły miasta i organizacje społeczne. Wśród szeregu instytucji, rozwijających swą pożyteczną działalność na terenie stolicy b. Kongresówki, podkreślić należy zapoczątkowaną w roku 1915 akcję „Kola Pracy Kobiet“ (12 zakładów dla 816 dzieci), Towarzystwa Rodziny Marji (4 zakłady, 697 dzieci), Towarzystwo opieki nad niemowlętami (10 kół, 3000 dzieci), Towarzystwa Kropli Mleka w Warszawie (450 dzieci).

Akcją kolonji letnich zajmuje się 139 instytucji, z Warsz. Tow. Kolonji letnich na czele, wysyłając na kolonje i półkolonje przeciętnie około 50000 dzieci corocznie.

Ożywioną działalność w dziedzinie opieki nad dziećmi na terenie Małopolski rozwinęły w 1914 r. Komitet Książęco-Biskupi, Zachodnio-Galicyjskie Towarzystwo Opieki nad dziećmi w Krakowie, prowadząc stacje opieki nad dziećmi z poradniami dla matek, krople mleka i żłobki, oraz opiekę otwartą domową. Opieka ta obejmuje 21530 dzieci.

We Lwowie żywą działalność prowadzi Wschodnio-Galicyjskie Towarzystwo Opieki nad dziećmi i młodzieżą, utrzymując 9 instytucji dla 1886 dzieci.

W szeregu instytucji, działających na terenie Małopolski wypa-dnie wymienić: Towarzystwo Opieki Szpitalnej w Krakowie, Zakład Dzieciątka Jezus dla podrzutków, Zakład Św. Józefa dla sierot, Dom Rodzinny im. T. Kościuszki, Schroniska K. B. K., Zakład im. ks. Siemaszki, Komitet opieki nad domem Sierocym w Białym Prądniku, Zakład dla dzieci jagliczych w Witkowicach, Zakład dla Sierot SS. Nazaretanek w Wadowicach, Zakład Wychowawczy „Powściągliwość i Praca“ w Pawlikowicach, Zakład Ks. Salezjanów w Oświęcimiu, Zakłady Wychowawcze dla Sierot w Łobzowie i Przeworsku, Zakład dla moralnie zaniedbanych dziewcząt w Łągowicach.

Pozatem widzimy całą sieć ochron i schronisk w Myślenicach, Nowym-Sączu, Tarnowie, Wieliczce, Dębicy, Rzeszowie, Jasle, Dukli, Żywcu, Gorlicach, i t. d. Liczba dzieci w tych poszczególnych zakładach waha się od 40—250. Zaznaczyć wreszcie należy działalność miejskiego zakładu dla niemowląt we Lwowie, Domu Sierot NMPanny we Lwowie, Przytułku Brata Alberta, Zakładu SS. Miłosierdzia, Zakładu Rodziny Sierocej, oraz szeregu schronisk np. w Rohatynie, Drohowyżu (fundacja Skarbkowska) i inne.

W b. Dzielnicy Pruskiej na wyróżnienie zasługują: Tow. Stella w Poznaniu, Katolickie Towarzystwo Opieki nad dziećmi w Poznaniu, Pomorskie Tow. Opieki nad dziećmi w Toruniu, Tow. opieki nad dziećmi w Bydgoszczy, oraz szereg zakładów, poświęconych opiece nad dziećmi, jak to: stacje opieki nad dziećmi, schroniska, żłobki, bursy i t. d. Działalność w dziedzinie opieki nad dziećmi na Kresach intensywnie przez rządy zaborcze tłumiona, przedstawia się niestety bardzo ubogo. Instytucje opiekuńcze w Wileńszczyźnie obejmują zaledwie około 2000

dzieci, inne województwa kresowe jeszcze bardziej są upośledzone, posiadając nieliczne placówki, wegetujące, bez wyraźnego planu i należytego zabezpieczenia finansowego. Taki na ogół był stan w dziedzinie opieki nad dziećmi, gdy wybuchła wojna. Społeczeństwo, rozumiejąc grożące dzieciom niebezpieczeństwo, spotęgowane warunkami chwili, podjęło energiczną akcję, mającą na celu w pierwszym rzędzie pomoc doraźną.

Rząd od pierwszej chwili rozpoczęcia pracy nad odrodzeniem Niepodległej Polski, nawiązał twórczą nić tradycji z pracą Komisji Edukacyjnej, powołując do życia obok Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia Publicznego, będącego wyrazem współczesnych pojęć o obowiązkach Państwa.

W maju 1917 roku, gdy instytucje opiekuńcze znalazły się w krytycznym położeniu i wiele istniejących zakładów zaczęto likwidować, rząd zajął się sprawą opieki nad dziećmi. Istniejący w Ministerstwie Zdrowia Publicznego referat higieny socjalnej dziecka opracował plan działalności i, otrzymawszy pierwszą pomoc ze strony skarbu w wysokości 700.000 mk., rozpoczął pracę. Referat ten, przekształcony później na Wydział Opieki Państwowej nad dzieckiem i matką, od stycznia 1919 roku zreorganizowany został jako Departament Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą, zakreślając sobie racjonalne ujęcie całokształtu pracy według następujących działów:

- 1) Organizowanie opieki nad dziećmi i matkami w Polsce.
- 2) Wykonywanie dozoru i kontroli nad instytucjami i towarzystwami opieki.
- 3) Prowadzenie instytucji i działów opieki, mających znaczenie ogólnokrajowe.

Rozumie się, że ten wielki zakres działalności można wykonać dopiero w ciągu wielu lat w sprzyjających warunkach. Przez ubiegłe lata można tylko było zapoczątkować pracę w poszczególnych działach, a mianowicie zbadano stan pomocy akuszerskiej w b. Kongresówce, wykazując co następuje: Przeciętny stosunek liczby akuserek do ludności wynosi 1 : 3933 i waha się od 1 : 1460 w Warszawie i 1 : 2975 w Łodzi, do 1 : 18300 w powiecie Przasnyskim, w 14 powiatach (32,5%) — 1 akuszerka na 5 tysięcy ludności, w 23 powiatach (53,5%) — 1 akuszerka na 5 — 10 tys. ludności, wreszcie w 6 powiatach (14%) — 1 akuszerka na 10 do 18 tysięcy. W stosunku do powierz-

chni przypada przeciętnie na jedną położną 61,7 wiorst kw.; stosunek ten w poszczególnych powiatach waha się do 1.13,5 wiorst kw. w powiecie Będzińskim, do 1.174,6 wiorst kw. w pow. Makowskim, 1,237,4 w. kw. w Ostrołęckim, 1 na 409,3 wiorst kw. w pow. Przasnyskim.

Dla porównania, przytoczymy, że w Niemczech 1 akuszerka przypada przeciętnie na 20,8 kilometrów kwadratowych, w ks. Badeńskim na 8,2 klm., w Hesji na 7,8 klm.

Zbadano śmiertelność dzieci na zasadzie danych z 30 powiatów b. Kongresówki. Różnorodne dane wykazują, w niektórych miejscowościach śmiertelność dochodzącą do 30‰.

Gorzej przedstawia się sprawa śmiertelności dzieci nieślubnych, która według statystyki Polskiego Tow. Pedjatrycznego przedstawia się jak następuje:

W roku 1913	46, 0‰
„ 1914	59, 2‰
„ 1915	79, 9‰
„ 1916	62, 3‰
„ 1917	38, 7‰
„ 1918	41, 5‰
„ 1919	42, 3‰

Przyczyną tej wielkiej śmiertelności dzieci jest brak należytej zorganizowanej opieki nad dziećmi i matkami.

Departament opieki nad dziećmi opracował i wydał szereg instrukcji, planów organizacji i linii wytycznych, dotyczących urządzenia i prowadzenia zakładów opiekuńczych. Dalej Departament udzielał rad i wskazówek władzom państwowym, samorządowym, stowarzyszeniom i osobom prywatnym w sprawach, dotyczących opieki nad dziećmi i matkami, pobudzając siły społeczne do należytej organizacji opieki, udzielając pomocy materialnej przy należytem wprowadzeniu rejestracji, dozoru i kontroli. W zakresie prawno-administracyjnym opracowano projekty ustaw „O urzędach opieki nad dziećmi i młodzieżą“ i „O opiece zawodowej“. Niestety ustawy te nie ujrzały dotąd światła dziennego wskutek sporów kompetencyjnych ministerstw. Fundamentem prawnym w dziedzinie opieki nad dziećmi jest artykuł 103 konstytucji z dnia 17 marca 1921 roku, który głosi:

„Dzieci bez dostatecznej opieki rodzicielskiej, zaniedbane pod względem wychowawczym, mają prawo do opieki i pomocy Państwa w zakresie oznaczonym ustawą.

Odjęcie rodzicom władzy nad dziećmi może nastąpić tylko w drodze orzeczenia sądowego. Osobne ustawy normują opiekę macierzyńską. Praca zarobkowa dzieci niżej lat 15-tu, praca nocna kobiet i robotników młodocianych w gałęziach przemysłu, szkodliwych dla ich zdrowia, jest zakazana. Stałe zatrudnienie pracą zarobkową dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest zakazane“.

W dziale zarządzeń administracyjnych, dotyczących opieki nad dziećmi, wymienić należy rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 25 sierpnia 1920 roku w przedmiocie tworzenia powiatowych komisji higieniczno-lekarskich opieki nad dziećmi. Zadaniem komisji jest:

- 1) Organizowanie na terenie swojej działalności opieki nad ubogimi kobietami ciężarnymi i należytej pomocy położniczej.
- 2) Organizowanie opieki nad niemowlętami.
- 3) Współdziałanie w sprawach dotyczących zapewnienia przytułku dla sierot, podrzutków i wogóle dzieci opuszczonych.
- 4) Organizowanie opieki nad dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym pod względem higieniczno-lekarskim.
- 5) Organizowanie opieki nad dziećmi niedorozwiniętymi, upośledzonymi i choremi.
- 6) Popieranie działalności władz komunalnych w przeprowadzeniu opieki nad dziećmi, oraz popieranie wszelkich usiłowań organizacji prywatnych, zmierzających ku sprawowaniu opieki nad dziećmi.
- 7) Rozciąganie dozoru nad wszystkimi zakładami opiekuńczymi pod względem higieniczno-lekarskim, oraz dążenie do uzgodnienia i ujednostajnienia działalności wszystkich instytucji opiekuńczych.
- 8) Popularyzacja wiedzy higienicznej i propaganda zadań opieki nad dziećmi drogą odczytów, wydawnictw periodycznych, broszur, pogadanek i t. p.
- 9) Zbieranie funduszków na potrzeby opieki.
- 10) Badanie warunków, w jakich dzieci żyją, oraz zbieranie danych statystycznych z działalności poszczególnych instytucji opiekuńczych.
- 11) Rejestracja dzieci nieślubnych, opuszczonych, podrzutków, dzieci umysłowo oraz fizycznie upośledzonych.

Powiatowe Komisje Hyg.-Lek. opieki nad dziećmi w liczbie 73 prowadzą swą akcję pod przewodnictwem lekarzy powiatowych, koordynując pracę Samorządów i miejscowego społeczeństwa.

W dziedzinie prawno-społecznej opieki nad dziećmi Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało dekret z dnia 19 lutego 1920 r. o tworzeniu pogotowi opiekuńczych dla dzieci bezdomnych. Kierownictwo pogotowi należy do rad, wyłonionych przez samorząd. W dniu 7 lutego 1920 roku dekret Naczelnika Państwa powołał do życia organizacje sądów dla nieletnich w Warszawie, Łodzi i Lublinie. W dniu 26 lipca 1920 r. Minister Sprawiedliwości ogłosił przepisy wykonawcze, dotyczące urzędowania sądów oraz trybu rozpoznawania spraw. Dziedzina opieki nad dziećmi nie jest, niestety, ustawowo umormowana. Przytoczone powyżej rozporządzenie i dekrety uważać należy jedynie jako fragmenty. (Zasadnicza Ustawa o opiece społecznej jest dotąd przez Sejm nieuchwalona).

Ustawa o kasach chorych, wyłączając ze świadczeń (art. 35) matki dzieci nieślubnych, przyczyniła wielką szkodę Państwu.

Organizacja pomocy położniczej w Polsce przedstawia się bardzo smutnie. Na terenie Rzeczypospolitej posiadamy oprócz klinik uniwersyteckich 56 zakładów dla rodzących, 4 szkoły dla położnych, brak natomiast opieki nad matkami w okresie ciąży. W dziedzinie planowej opieki nad niemowlętami posiadamy 107 paradni dla matek z kroplami mleka, powołanych w przeważającej mierze przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego przy współdziałaniu Amerykańskiego Czerwonego Krzyża.

Odczuwać się daje dotkliwy brak zakładów zamkniętych dla osesków pozbawionych matki i naturalnego pokarmu. Dom wychowawczy im. Ks. Boduena przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie istniejący od 1736 r. jest niestety jedyną bodaj składnicą niemowląt na terenie Państwa. Nadmierne przepełnienie (na 150 miejsc 320 dzieci), brak dostatecznej liczby karmicielki, jest powodem wielkiej śmiertelności (36%) niemowląt. Dom dla podrzutków w Wilnie jest w bardziej jeszcze opłakanych warunkach (śmiertelność przeszło 86%). O drobniejszych schroniskach dla niemowląt w innych miastach mówić nie warto.

W zupełnem zaniedbaniu jest sprawa nad dziećmi choremi, kalekami i nienormalnemi. Poza klinikami przy katedrach pedjatrycznych na uniwersytetach, posiadamy 8 szpitali dla dzieci z ogólną liczbą 675

łóżek, tu jednakże brak w wielu szpitalach oddziałów przeznaczonych dla niemowląt. Istnieją dwa zakłady dla dzieci niedorozwiniętych, 2 zakłady dla dzieci jagliczych, zupełny brak zakładów dla kalek. Dalej zastraszającym jest fakt szerzenia się gruźlicy wśród dzieci. W niektórych połaciach kraju (Zagłębie Dąbrowskie) odsetek dzieci gruźliczych od 6 do 14 lat notowano 44%—90%.

Brak w kraju dostatecznej liczby uzdrowisk dla dzieci gruźliczych, skrofulicznych i krzywiczych. Posiadamy 8 schronisk dla dzieci gruźliczych na 420 łóżek, 4 kolonje lecznicze dla dzieci zożwotych (Busk, Ciechocinek, Rąbka, Rymanów).

Celem zkoordinowania prac rządu, organów samorządowych i społeczeństwa w dziedzinie zapewnienia dzieciom i młodzieży możliwości korzystania z kolonji letnich i półkolonji utworzone zostały:

a) przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego Rada Tymczasowa do spraw kolonji letnich,

b) przy władzach administracyjnych II instancji Wojewódzkie Komisje do spraw kolonji letnich dla dzieci i młodzieży (w m. St. Warszawie przy Komisarjacie Rządu).

Zadaniem Komisji jest:

1) współdziałanie w organizowaniu na terenie swej działalności kolonji letnich, półkolonji, a w szczególności otoczenia opieką kolonji leczniczych, istniejących na terenie województwa,

2) rozciąganie dozoru nad prawidłową działalnością kolonji letnich oraz dążenie do uzgodnienia ich akcji,

3) popieranie działalności władz komunalnych i organizacji społecznych w przeprowadzeniu planowej akcji kolonji letnich,

4) propaganda zadań i znaczenia kolonji letnich,

5) rozdział sum dla poszczególnych kolonji.

W ubiegłym roku dzięki wydatnej pomocy Ministerstwa Zdrowia Publicznego zorganizowano 20 kolonji leczniczych, 151 kolonji wycieczkowych, 27 półkolonji, nielicząc rozległej akcji ogrodów im. Rana, Parku Jordana, obozów harcerskich i t. d. Opieka zakładowa zamknięta, najliczniej w Polsce reprezentowana, wymaga daleko idących reform zarówno pod względem wychowawczym, jak higieniczno-lekarskim.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego zorganizowało stały dozór higieniczno-lekarski w zakładach, wprowadzając należyłą segregację dzieci. Również Ministerstwo Zdrowia wprowadziło dozór higieniczno-lekarski

w szkołach, wreszcie powołało do życia przy Ministerstwie Radę do spraw wychowania fizycznego i kultury cielesnej i przystąpiło do akcji w tej dziedzinie, rozpoczynając narazie od subsydjowania związków i stowarzyszeń sportowych. W wielkiem zaniedbaniu jest opieka nad dziećmi opuszczonemi, występniemi i krzywdzonemi. Zakłady poprawcze w Studzieńcu i Puszczy, mimo nareszcie przeprowadzonych reform, nie rozwiązują problemu w tej dziedzinie. Brak przepisów ustawodawczych najdotkliwiej daje się tu we znaki.

W ostatnich latach żywą działalnością zaznaczyły się na terenie Polski cudzoziemskie misje, a mianowicie:

Amerykański Wydział Ratunkowy (Misja Herberta Hoovera), Amerykański Czerwony Krzyż, Misja Metodystów, Stowarzyszenie Przyjaciół (Kwakrów), Brytyjski Komitet Pomocy Polsce, Y. M. C. A., Y. W. C. A. i żydowski komitet rozdzielnicy J. D. C.

Najwybitniejszą działalność zaznaczył Amerykański Czerwony Krzyż i Misja Hoovera. Akcja dożywiania dzieci, prowadzona za pośrednictwem Polsko-Amerykańskiego Komitetu dzieciom, dożywiła w momencie najwyższego rozwoju około 1.300.000 dzieci. W akcji tej w olbrzymiej mierze partycypował Rząd Polski łożąc z górą 30.000.000.000 Mk. (trzydzieści miliardów marek). Amerykański Czerwony Krzyż wespół z powołanemi przez Rząd Polski powiatowemi komisjami higieniczno-lekarskiej opieki nad dziećmi zorganizował 80 stacji opieki nad dziećmi i 18 kropli mleka prowadząc łącznie z organizacjami samorządowemi w Warszawie i Krakowie kursy dla opiekunek zdrowia.

Działalność Amerykańskiego Czerwonego Krzyża połączoną została z działalnością Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom, którego akcja dożywiania dzieci w zmniejszonej skali (dla 250.000) dzieci jest nadal na rachunek Rządu Polskiego kontynuowana. W związku z tą akcją Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Departament Opieki Społecznej) opracowało projekt ustawy o dożywianiu dzieci. Projekt ten przewiduje obowiązek gmin miejskich i wiejskich do dostarczania niezbędnych środków żywności dla dożywiania dzieci. Według projektu korzystać mogą z prawa dożywiania dzieci do lat 15, zakwalifikowane do tego przez organy, powołane do sprawowania opieki społecznej na obszarze gminy miejskiej lub wiejskiej. Dożywianie składać się ma z 1 posiłku dziennie, stanowiącego $\frac{1}{3}$ część pożywienia, niezbędnego dla przeciętnego normalnego dziecka w wieku do lat

15-u. Dożywianie dzieci ma być prowadzone bezpośrednio przez organy samorządowe gmin miejskich lub wiejskich, a jeżeli te nie wywiązują się należycie z tego obowiązku, przez instytucję ogólnokrajową, upoważnioną przez Rząd do prowadzenia tej akcji.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Departament Opieki Społecznej) opracowało projekt ustawy o zakładaniu sierocińców wojewódzkich dla sierot wojennych i innych, dla półsierot i dla dzieci, zakwalifikowanych do tego przez specjalną komisję, powołaną z ramienia samorządu wojewódzkiego. Koszty organizowania tych sierocińców ponosi państwo przez przydzielenie odpowiednich gruntów z budynkami i przez współdziałanie państwa w stosunku 50-procentowym z samorządami wojewódzkimi w urządzaniu sierocińców. Koszta utrzymania dzieci w sierocińcach pokrywane być mają odnośnie do sierot i półsierot wojennych z rent inwalidzkich emerytalnych, przysługujących tym sierotom na podstawie ustaw odnośnie do sierot i półsierot innych i do dzieci opuszczonych — w połowie przez gminę przynależności i samorząd powiatowy; odnośnie do dzieci nieślubnych — z alimentów, przez rząd przyznanych, a uzupełnionych przez państwo, a w braku alimentów przez państwo w całości. Samorządy powiatowe i gminne wydatki na ten cel służyć mające pokrywają z podatków, do których nakładania i pobierania osobnemi ustawami mają być uprawnione. Nadzór nad sierocińcami w obrębie województwa wykonywa organ wojewódzki do spraw opieki społecznej.

Z powyższego krótkiego opisu wynika, że społeczeństwo w dniach wojny zrobiło wiele w zakresie opieki nad dziećmi; lecz oczywiście nie mogło dokonać pracy, która winna być wykonana w ciągu szeregu lat, tembardziej, iż podczas wojny wysunęło się na czoło wszystkich zadań społecznych (szczególnie w miastach i ośrodkach fabrycznych) jedno naczelné zadanie: ratowanie ludzkości od nędzy i głodu.

Tem się tłumaczy jednostronny charakter opieki wojennej nad dziećmi; największą zwrócono uwagę na odżywianie dzieci, a w nikłej mierze na wychowanie, na które jednak należy zwrócić uwagę, chcąc dzieci usunąć od złych wpływów ulicy, od żebractwa, od włóczęgostwa.

Wadą dotychczasowej opieki jest jej jednostronność. Rozwija się głównie dział ochron, schronisk, kuchni dziecięcych; inne zaś działy, zwłaszcza te, które wymagają kierownictwa lekarskiego i pracy wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego, są dopiero w zaczątku. Dalej

pod względem terytorjalnym panuje zupełna nierównomierność. W większości gmin wiejskich widzimy zupełny brak instytucji opiekuńczych. Największą wadą dotychczasowej opieki nad dziećmi jest jej charakter wyłącznie dobroczynny; pierwiastek społeczno-hygieniczny i społeczno-wychowawczy nie jest w niej należycie uwzględniony. Opieka społeczna nad dziećmi winna mieć różne względy na celu, a mianowicie: higieniczno-lekarski, prawno-społeczny, wychowawczy, wreszcie dobroczynny. Opieką higieniczno-lekarską winny być otoczone przedewszystkiem te dzieci, które tej opieki najbardziej potrzebują, niemowlęta, dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, dzieci chore, dzieci ułomne, kaleki i dzieci niedorozwinięte. Ze względów społeczno - prawnych i wychowawczych przedewszystkiem powinny podlegać opiece dzieci opuszczone: sieroty, dzieci nieślubne, dzieci oddane na wyżywienie i wychowanie obcym ludziom, dzieci pozostające bez opieki matki, zmuszonej pracować poza domem, dzieci krzywdzone, wyzyskiwane i występne. Wreszcie ze względów dobroczynnych podlegają opiece społecznej dzieci rodziców ubogich.

Aby braki te usunąć potrzeba:

- 1) środków materialnych,
- 2) wykwalifikowanego personelu,
- 3) organizacji.

Dopóki najważniejsze działy opieki nie będą się opierały na stałych, chociażby skromnych budżetach, dopóty nie może być mowy o powszechnym rozwoju opieki wogóle i o należytem prowadzeniu poszczególnych instytucji i zakładów.

Najważniejszym warunkiem należytego prowadzenia opieki nad dziećmi jest wykwalifikowany personel. Chcąc przeprowadzić w Polsce należytą opiekę nad dziećmi, należy natychmiast przystąpić do przygotowania odpowiedniego personelu dla wszelkiego rodzaju zakładów i instytucji opiekuńczych. Wreszcie warunkiem należytego rozwoju opieki nad dziećmi jest jej organizacja. Bez organizacji i, co za tem idzie, bez dozoru i kontroli nie można uniknąć ani rozdrobnienia i jednostronnego charakteru opieki, ani wad w prowadzeniu i urządzaniu poszczególnych zakładów i instytucji, ani też wydawania bez potrzeby wielkich środków pieniężnych.

Wiele pracy przed nami, ale „per aspera ad astra“.

Bronisław Krakowski.

Wydział Hygieniczno-Lekarski Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom (P. A. K. P. D.).

Ostatni rok pobytu w Polsce Misji Amerykańskiego Czerwonego Krzyża różnił się od lat poprzednich przede wszystkim pod względem charakteru i zakresu jej pracy. O ile okres pierwszy działalności Misji nosił głównie cechę filantropji, pomocy doraźnej, o tyle miesiące ostatnie poświęcone były pracy wyraźnie już z góry nakreślonej, skoordynowanej i celowej. Od rozdawnictwa, często bardzo bez dokładnej kontroli, od pomocy w naturze lub gotówce, szczodrej ręką udzielanej instytucjom najrozmaitszych typów, zwrócono się do tego działu pracy społeczno-filantropijnej, który w dzisiejszej dobie na całej prawie kuli ziemskiej na coraz trwalszych i coraz bardziej zrozumiałych i szerszych opierać się zaczyna podstawach. Dział ten — to opieka społeczna nad niemowlętami.

Wszystkie narody, które wojna światowa w ten lub inny sposób wytrąciła z równowagi dobrobytu ekonomicznego, w trosce o swoją przyszłość słusznie zupełnie rozpoczęły swą odbudowę od podstaw. Podstawą każdego państwa jest zdrowy obywatel, a zdrowym być może tylko ten, którego dzieciństwo, już od najpierwszych dni począwszy, otoczone jest racjonalną i umiejętną opieką. Na pomysły rozwój noworodka wpływają dalej i te warunki, w jakich znajduje się on jeszcze przed urodzeniem; stąd wynika potrzeba roztoczenia tej samej racjonalnej opieki nad kobietą ciężarną.

Amerykański Czerwony Krzyż, korzystając z dużego doświadczenia odpowiednich instytucji amerykańskich, przy współdziałaniu kilku lekarzy polaków rozpoczął w Polsce organizację opieki nad matką i dzieckiem na szeroko pomyślaną skalę. Dotąd tylko w nielicznych miastach posiadaliśmy instytucje prywatne, które mimo ciężkich warunków materialnych z pożytkiem, chociaż w mniejszym znacznie zakresie, do tych samych celów dążyły. Przejęcie pracy i dalsza jej organizacja po opuszczeniu Polski przez Misję Amerykańskiego Krzyża przypadła w udziale Wydziałowi H. - L. P. A. K. P. D. Najtrudniejsza i najwięcej zazwyczaj hamująca wszelkie poczynania sprawa pieniężna na razie, dzięki Amerykanom, którzy pozostawili pewien fundusz, jaki przy oszczędnym traktowaniu wystarczy na 5 — 6 lat, została przez to pomyślnie rozwiązana. Funduszem tym rozporządza Wydział Hygieniczno-Lekarski P. A. K. P. D. z obowiązkiem zdławiania sprawy z jego użytkowania Radzie Nadzorczej Instytucji.

W ogólnym zarysie zakres działania Wydziału obejmuje organizację całego szeregu instytucji, które w ten lub inny sposób dążą do realizowania zagadnień opieki nad matką i dzieckiem, przyczem opieka

ta ma charakter wyłącznie opieki otwartej; instytucje „zamknięte“ nie są objęte programem działalności Wydziału.

Ideją przewodnią organizacji jest decentralizacja pracy. Centrala warszawska jest organem koordynującym działalność instytucji, nadającym im pewien z góry opracowany celowy kierunek, możliwie, przy uwzględnieniu warunków lokalnych, jednolity dla całej Polski; zarządzanie jednak instytucjami pozostaje w zupełności w rękach organizacji prywatnych: samorządów miejskich, wiejskich lub instytucji filantropijnych. Takie ujęcie działalności ma na celu zainteresowanie właściwych czynników sprawami opieki nad dzieckiem, wciągnięcie ich do pracy samodzielnej, co w przyszłości, po ewentualnem wyczerpaniu się funduszków, da możność kontynuowania pracy już bez finansowej pomocy Centrali ¹⁾).

Poza warszawskim biurem centralnem, w którem skupia się cała praca organizacyjna, Wydział rozporządza całym szeregiem pracowników, których zadaniem z jednej strony jest kontrola nad instytucjami, z drugiej — pomoc przy ich organizowaniu, względnie ich funkcjonowaniu.

Do tej kategorii pracowników należy 5-ciu lekarzy inspektorów ²⁾ i 70 pielęgniarek. Praca inspektorów polega na zwiedzaniu instytucji (w ciągu miesiąca inspektor powinien zwiedzić wszystkie oddane mu do kontroli instytucje), stwierdzaniu na miejscu ich działalności, zdawaniu sprawy z objazdów w Centrali podczas miesięcznych konferencji.

Te konferencje miesięczne w biurze warszawskim są może jedną z najpożyteczniejszych i nawięcej celowych prac Centrali, dają bowiem obraz akcji w całej Polsce, dają możność, że się tak wyrażę, z lotu ptaka przyrzeć się jednocześnie wszystkim instytucjom, stwierdzić braki i niedomogi, naprawić błędy, skoordynować i ujednostajnić pracę wszystkich.

Pielęgniarki w liczbie 70, porozrzucone po całej Polsce, pracują w instytucjach, a kierunek ich pracy nadaje Sekcja Pielęgniarstwa Wydziału. Są one tym najwięcej ważkim elementem, na którym w istocie opiera się przyszłość organizacji. Śmiało można powiedzieć, że bez dobrej pielęgniarki nie można nawet wyobrazić sobie istnienia dobrze funkcjonującej Stacji Opieki. Powiedzielibym, że w wielu wypadkach znaczenie jej jest pierwszorzędnej wartości, tem bardziej, że wobec braku odpowiednio przygotowanych fachowych sił lekarskich, rola lekarza schodzi na plan drugi. Stąd Centrala chwilowo z braku więk-

¹⁾ Wydział Hygjeniczno-lekarski PAKPD. dąży w swym programie do tego, aby stworzyć własne fundusze, które pozwolą w przyszłości na prowadzenie akcji już bez oglądania się na pieniądze Amerykanów.

²⁾ Podział na Inspektoraty lekarskie jest następujący: 1) Województwa Warszawskie, Poznańskie, Pomorskie, Łódzkie, 2) Kieleckie, Krakowskie, Śląskie, 3) Lubelskie, Lwowskie, Stanisławowskie, 4) Tarnopolskie, Wołyńskie, 5) Poleskie, Białostockie, Nowogródzkie, Wileńskie.

szej liczby pielęgniarek powstrzymuje się od organizowania nowych instytucji, dążąc wzamian do rozszerzania i utrwalania zakresu pracy poszczególnych już istniejących.

Instytucje, o których wyżej mowa, dzielą się na 2 grupy: jedne z nich, to właściwe Stacje opieki nad niemowlętami, drugie, pomocnicze, to Przychodnie dla dzieci chorych. Z braku miejsca nie mogę przedstawić obrazu Stacji Opieki (odsyłam czytelnika do pracy Dr. Szejnacha)¹⁾ zaznaczyć jednak muszę, że wszelkimi siłami dążymy do zreformowania dotychczasowych stacji, które dotąd działalność swoją opierały głównie na rozdawnictwie mleka lub pomocy materialnej dla dziecka i matki. Stan taki nie może trwać nadal; musimy zapomnieć, że kiedyś Stacje były tylko pijalniami mleka i lecznicami dla niemowląt. Mam to przekonanie, że z czasem rozdawnictwo mleka w Stacji zostanie zupełnie zaniechane, że Stacja, dążąc do realizowania tych najpierwszorzędniejszych zadań, stanie się tem, czem być powinna, t. j. instytucją racjonalnie zrozumianej propagandy Hygieny i Zdrowia. Wszelkie rozdawnictwo to tylko małym necessarium, którego wcześniej czy później będziemy musieli się wyrzec. I w tem właśnie tkwi ten wielki brak, jaki daje się zauważyć ze strony lekarzy kierowników stacji przy zwiedzaniu tych instytucji. Wiele czasu poświęca się dziecku na jego wazenie, kontrolowanie stanu fizycznego, przepisywanie pożywienia, a zato nie poświęca się, za nielicznymi tylko wyjątkami, choćby jednej tylko godziny na właściwą propagandę higieniczną. Wielką przeszkodę, pod względem uregulowania tej ostatniej sprawy, stanowi brak zupełnie wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego z jednej strony, z drugiej zaś, niestety, brak dobrej woli ze strony lekarzy. Lekarz kierownik stacji powinien sobie przedewszystkiem uświadomić, że praca jego, jaką daje instytucji, jest pracą społeczną, która obowiązuje każdego dobrego obywatela i, jako taka, nie może być dzisiaj opłacana wedle jej wartości²⁾.

W obecnej chwili Centrala posiada w swoim zawiadywaniu 73 Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem i 159 Ambulatorjów. W stacjach jest zapisanych około 20,000 dzieci do lat dwóch, około 3,000 kobiet ciężarnych; w ambulatorjach dziecięciowo daje się pomoc 22,000 dzieci miesięcznie. Prócz tego w pewnym związku z Centralą znajdują się niektóre instytucje dla dzieci gruźlicznych. Stosunek swój do wszystkich tych instytucji Wydział opiera na dostarczonej im pomocy pieniężnej i w naturze, żądając wzamian zachowania pewnej linii w kierownictwie stacji, zgodnie z opracowaniami w biurze warszawskim i przesy-

¹⁾ Linje wytyczne urządzenia i prowadzenia Stacji Opieki nad dziećmi, Dr. W. L. Szejnach. Warszawa 1918.

²⁾ W najbliższym czasie pozwolę sobie na łamach Zdrowia przedstawić nowoczesną Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem.

lanami poszczególnym instytucjom dyrektywami. Przy repartycji zasobów pieniężnych Centrala kieruje się nie tylko ilością mieszkańców danej miejscowości, nie tylko ilością dzieci zapisanych w Stacji lub ilością udzielonych w Ambulatorjach porad, lecz przede wszystkim zwraca uwagę na intensywność działalności propagandystycznej.

W łączności z tą ostatnią gałęzią pracy Wydział Hygieniczno-lekarski posiada w swem łonie Sekcję Propagandy Hygieny, zadaniem której jest dostarczanie stosownej literatury, obrazów, pomocy do odczytów i pogadań.

W roku bieżącym zamierzamy zorganizować Ruchomą Wystawę Hygieny Niemowlęcia, podczas której korzystając z łaskawie obiecaney pomocy Min. Zdr. Publ. i Wydziału Hygieny M. O. P. urządzić, będziemy w licznych miastach szereg odczytów dla rodziców i dla dzieci. W chwili obecnej nasz prelegent wraz z kinematografem i odpowiedniami przezroczami już od 2 miesięcy jest stale czynny na Wystawie Ruchomej, która na parostatkach i barkach płynie od Krakowa do Gdańska, zatrzymując się w nadbrzeżnych miastach i miasteczkach. Program pracy Sekcji Propagandy Hygieny zostanie wkrótce szczegółowo opracowany przy współdziałaniu referenta Wydziału Hygieny Ministerstwa Oświecenia p. Dr. Kopczyńskiego, przedstawiciela Zdrowia Ministerstwa Zdrowia p. Dr. Trenknera i przedstawiciela Polskiego Czerwonego Krzyża.

Praca nasza, prowadzona na razie w kierunku nie ilościowym a jakościowym, mamy nadzieję, wyda pożądane rezultaty i wzbudzi w społeczeństwie przekonanie jej potrzeby i jej wartości. Bez tej pomocy ze strony społeczeństwa i bez jego dobrej woli zdziałany bardzo niewiele. Będziemy się starali informować wszystkich zainteresowanych o postępie naszych prac, o naszych zamierzeniach na przyszłość, i jesteśmy gotowi przyjmować ze strony społeczeństwa wszelką krytykę i uwagi odnoszące się do naszej działalności. Tą drogą stworzymy ścisłą łączność między Wydziałem Hygieniczno-lekarskim i społeczeństwem, co w przyszłości przyczynić się może tylko do ułatwienia nam naszych zadań.

Dr. M. Gromski.

Klinika Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego

Dyrektor Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz.

W SPRAWIE OPIEKI NAD NOWORODKAMI W ZAKŁADACH POŁOŻNICZYCH

podała Marta Erlichówna, starszy asystent Kliniki.

Opieka nad noworodkami znajdowała się do niedawna wyłącznie w rękach lekarzy chorób dziecięcych. Wyłom pod tym względem uczy-

niła wiedeńska klinika ginekologiczna, gdzie dział noworodków prowadzi znany pedjatra profesor Schick. W innych klinikach zagranicznych istnieje już tendencja do porozumiewania się z pedjatrą w sprawach, dotyczących noworodków, niektórzy zaś ginekolodzy (Jaschke) poświęcają się specjalnie nauce o noworodkach. W Warszawie klinika ginekologiczna wzywa asystentów kliniki pedjatrycznej kolejno według dyżurów do chorych noworodków. Jest to pierwszy początek kontaktu pomiędzy obydwoma klinikami, który należy powitać z radością. Naogół jednak sprawa noworodków postawiona jest u nas źle, a winę przypisać należy zarówno pedjatom, jak i ginekologom.

Instytucje dziecięce, które niezmiernie dużo zdziałały w ostatnich latach w kierunku opieki nad niemowlętami, dziećmi drobnymi i wieku szkolnego, o noworodkach nie myślą prawie wcale, znikomą też rolę odgrywają noworodki w kształceniu lekarzy wogóle, a nawet lekarzy chorób dziecięcych.

Lekarze chorób kobiecych całą swą wiedzę i pracę doskonalenia się muszą z konieczności poświęcać przede wszystkim matce; w stosunku do dziecka wielką ich zasługą jest zwalczanie kryminalnych poronień, stwierdzanie na podstawie badań klinicznych, że pewne kategorie kobiet z cierpieniami przewlekłymi mogą rodzić bez szkody dla siebie i dziecka, przez co zwiększa się znakomicie liczba urodzeń. To jednak nie jest wystarczające: niedość, by się dziecko urodziło, trzeba je utrzymać przy życiu i przy zdrowiu; trzeba zmniejszyć odsetek śmiertelności i chorobowości w pierwszych tygodniach życia i do tego zadania powinni ginekolodzy gorąco dopominać się pomocy pedjatrów (według Szenajcha w Warszawie na 100 zgonów wśród niemowląt przypada 23,8% dzieci w pierwszych tygodniach życia).

Tak jak dziś rzeczy stoją, opieka nad noworodkami znajduje się przeważnie w rękach akuszerok, nie posiadających odpowiedniego przygotowania, wskutek czego w większości zakładów położniczych popełnia się szereg błędów, z których kilka dla przykładu zacytuje:

- 1) noworodki leżą razem z matkami w przepelnionych dusznych salach;
- 2) nie są zachowane dość surowo zasady aseptyki przy karmieniu, kąpeli, przewijaniu, przez co szerzą się zakażenia, jak pęcherzyca, czeractwo, pleśniawki i inne;
- 3) nie zwraca się dostatecznej uwagi na konieczność podawania płynów obojętnych noworodkom, które jeszcze nie ssą wcale lub bardzo mało, wskutek czego widzujemy też często dzieci, które poprostu wysychają, zwłaszcza w porze upałów;
- 4) istnieje tendencja do dokarmiania mlekiem lub śmietanką, gdzie intensywne starania w większości przypadków zmusiłyby dziecko do ssania, a pierś do wyrabiania pokarmu;

5) stosuje się lęga manę środki czyszczące, zwłaszcza proszek troisty, tam gdzie należy tylko uregulować odżywianie;

6) pozostawia do życzenia technika ratowania wcześniaków i t. d.

Wszystko wyżej powiedziane pragnę zreasumować w następujących dezyderatach:

1) W zakładach położniczych powinny istnieć oddzielne sale dla noworodków.

2) Noworodki powinny znajdować się pod opieką wykwalifikowanych pielęgniarek, względnie akuszerok, wykształconych specjalnie w tym kierunku.

3) Pożądane byłoby wysłać kilka akuszerok lub pielęgniarek na praktykę do wzorowo prowadzonego oddziału noworodków.

4) Sale noworodków powinny być prowadzone przez pedjatę, względnie wykwalifikowanego w tym kierunku ginekologa.

5) W szkołach akuszeryjnych o noworodkach wykładać ma pedjatrę.

6) W klinice ginekologicznej odbywać się powinny dla lekarzy i studentów kursy o noworodkach, prowadzone przez pedjatę.

7) W wykształceniu pedjatrów należy położyć nacisk, jakiego dotąd brak, na naukę o higienie, djetetyce i chorobach noworodków.

W końcu ośmielam się wyrazić życzenie, by sprawa ta została wspólnie omówiona i opracowana przez ginekologów i pedjatrów.

Towarzystwo Opieki nad niemowlętami w Warszawie.

Liczba dzieci zmarłych w wieku do lat pięciu w stosunku do ogólnej liczby zgonów w Warszawie wyniosła w roku 1915-ym z górą 42%, a na prowincji dochodziła miejscami do 60%! Rzucono hasło ratowania dzieci, do pracy stanęły w pierwszym rzędzie kobiety, usiłowania ich jednak trafiały na każdym kroku na trudności, podówczas istotnie ogromne. Celem ułatwienia sobie współpracy zorganizowały się w jedną całość i w taki sposób dnia 12-go czerwca 1916 roku powstało T-wo Opieki nad niemowlętami.

Już wtedy T-wo rozporządzało dziesięcioma dzielnicowymi Kołami Opieki, w których wydawano każdemu dziecku litr zupy pożywnej lub kaszki na mleku na dobę, prócz tego słabszym—pół kwarty mleka, wreszcie niemowlętom — sterylizowano mleko w butelkach. Matki wzamian za okazywaną im pomoc musiały raz w miesiąc przedstawiać swe dzieci w Kołach Opieki, gdzie kontrolowano lich wagę oraz stan zdrowia, w razie potrzeby kierowano do lekarza.

Z czasem, kiedy na skutek stopniowej poprawy warunków życiowych dożywianie straciło pierwotne znaczenie, pomyślano o reorganizacji T-wa. W myśl tego w połowie 1918 roku zaczęto kolejno zamykać Koła Dzielnicowe i wzamian za to otwierać Stacje Opieki otwartej nad niemowlętami, w ścisłym słowa tego znaczeniu. Reorganizację przeprowadzono powoli, bez wstrząśnięć, i zakończono w roku 1919.

Dzięki poparciu ze strony miasta (Sekcja tanich kuchni), Komisji Ratowania Dzieci, Min. Zdrowia Publ., Pol.-Amer. Komitetu Pomocy Dzieciom i wreszcie ostatnio Amerykańskiego Czerwonego Krzyża T-wo przetrwało najcięższy czas wojny i mogło działalność swoją ugruntować.

Obecnie T-wo prowadzi pięć prawidłowych Stacji Opieki na krańcach miasta i własną Kuchnię Mleczną, która dostarcza do Stacji mleko pełne oraz w mieszankach z kleikiem, sterylizowane w buteleczkach. Stacje mają za zadanie zwalczanie zawsze dużej jeszcze u nas śmiertelności niemowląt przez popieranie karmienia naturalnego i ułatwianie matkom spełniania obowiązków, wypływających z ich macierzyństwa. W tym celu Stacje pouczają matki, jak mają karmić i pielęgnować swe dzieci, w razie potrzeby świadczą im pomoc w naturze oraz w gotówce, sprawują ścisłą kontrolę rozwoju i stanu zdrowia swych wychowañców i otaczają ich systematyczną opieką domową.

Kierownikiem Stacji, jej duszą jest lekarz, to też od niego głównie, od jego umiejętności i taktu zależy, jak dużo pożytku Stacja przynosi. Obok lekarza pracuje w Stacji Opiekunka Główna, której zadaniem jest dbać o to, aby tam nigdy na niczem nie zbywało; ona rozumieniem postępowaniem swoim zacierza różnice, nieraz ogromne, pomiędzy wymaganiami lekarza, a zrozumieniem matki, ona zachęca zniechęcone, utwierdza w wierze niewierzące. Wreszcie w każdej Stacji jest czynną 1 lub 2 pielęgniarki, to zn. opiekunki zdrowia, które pomagają lekarzom w ich pracy i odwiedzają dzieci po domach.

Każda Stacja ma pod opieką dwieście niemowląt. Dzieci są dwa razy na miesiąc przynoszone do Stacji, ważone, badane przez lekarzy, którzy udzielają matkom porad dietetyczno-hygienicznych, a 1—2 razy na miesiąc odwiedzane w domu rodzinnym, gdzie pielęgniarki sprawdzają na miejscu, w jakich warunkach dzieci pozostają i jak dalece matki spełniają zlecenia lekarskie.

Wszystkie dzieci są szczepione przeciw ospie.

Dla zobrazowania działalności T-wa nadmienię, że w latach 1920—21-ym udzielono dzieciom 17.649 porad slacyjnych, a równocześnie odwiedziono je w domu 12.434 razy, co świadczy, że Stacje ogółem skontrolowały swoich wychowañców 30.083 razy.

W tym czasie Kuchnia Mleczna wyprodukowała i dostarczyła dzieciom 557.796 buteleczek mleka.

Śmiertelność dzieci slacyjnych wyniosła w dwóch latach ubiegłych 7%. Odsetka niska jak na stosunki Warszawskie, tak niska, że bezpośrednio dowodzi dużej korzyści opieki slacyjnej. W stosunku do pochodzenia zmarło dzieci ślubnych 6.6%, a nieślubnych 13%. Jeżeli wziąć pod uwagę, że dzieci nieślubne w warunkach zwykłych prawie dosłownie wymierają (ginie ich blisko 80%), odsetka powyższa raz jeszcze zaświadczy o dużym pożytku i konieczności opieki społecznej nad dzieckiem.

Dr. T. Kopeć.

Zdrowie publiczne a wybory do nowego Sejmu.

Każdy, kto pilnie przyglądał się działalności naszych ciał prawodawczych, musiał zwrócić uwagę na obojętność ich na sprawy, dotyczące zdrowia publicznego. W liczbie posłów znajdowało się wprawdzie kilku lekarzy-obywateli, miłujących zdrowie publiczne, ale musieli się oni liczyć z wpływami partji, do której należeli, i myśleć przede wszystkim o jej zwycięstwach politycznych; zaś w Komisji zdrowia publicznego niektórzy z nich ukazywali się nie stale i to na krótko. Chociaż przez długi czas brał udział w Komisji w charakterze rzeczoznawcy dr. Polak, prezes Tow. Hyg., oraz wybrano dorywczo również innych rzeczoznawców, ale mieli oni jedynie głos doradczy, którego często wcale nawet nie uwzględniano. Faktycznie więc rozstrzygali sprawy członkowie Komisji, a często głosowali w kwestjach sanitarnych ludzie nawet bez specjalnego wykształcenia. W plenum Sejmu zachowywano się obojętnie podczas referowania najważniejszych spraw sanitarnych; ustawy przechodziły w postaci wadliwej, tak iż trzeba je będzie przerabiać!

Wybory do nowego Sejmu odbędą się w odmiennych warunkach — dziś granice Polski są ustalone, dziś państwo nasze składa się na zachodzie z wielkich obszarów o wysokiej kulturze higienicznej, którą obowiązani jesteśmy utrzymać i rozwijać, oraz zaniedbanych w najwyższym stopniu kresów wschodnich. Kresy te należy uzdrowotnić i spoić z Polską nie tylko zapomocą mądrości i sprawiedliwości politycznej, ale również zapomocą podniesienia higieny, kultury i oświaty.

Z powyższego przeto jasnym się staje, że społeczeństwo przy wyborach winno z obowiązku patriotycznego podnieść z wielką mocą na całej przestrzeni Polski hasło zdrowia ludu wybierając do Sejmu ludzi, dokładnie obznajmionych z higieną społeczną.

Zarząd Główny Warsz. Tow. Hyg. na posiedzeniu w dn. 17. VII r. b. na redaktora miesięcznika „Zdrowie“ obrał d-ra med. St. Sterling-Okuniewskiego, który czynność tę przyjął i od września objął redakcję.

Ze względu na brak miejsca sprawy bieżące odłożone zostały do numeru następnego.

Redaktor: Dr. Stefan Sterling-Okuniewski.

Wydawca: Mr. Farm. F. Herod, Długa 16. Tel. 191-60.

Konto czekowe P. K. O. № 947.

Adrenasol Spiess

Solutio Adrenalini 1 : 1000 Flakon 20 grm.

Digitol Spiess

Essentia Digitalis titrata ad us. intern. Flakon 15 grm.

Digitrat Spiess

Tabulettae Fol. Digitalis titrat. — Rurka 20 tabletek po 0,1 grm. każda.

Mesotol Spiess

Aether salicylatus. Stosowany wzamian Mesotanum. Flakon 25 grm.

**Phosphit Pulvis
Capsulae**

Organiczny związek fosforu, otrzymany z nasion oleistych, używany przy gruźlicy, niedokrwistości, cierpieniach nerwowych, wyczerpaniu fizycznym i umysłowym i t. p. Siołek 10 grm. proszku; Pudełko 30 kapsulek.

Testosan Spiess

Extra t. Testiculorum glycerinat. Preparat szeroko stosowany wzamian Spermium ad us. intern. Flakon 20 cm.³

Warszawskie Tow. Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi

DAWNIEJ

„ZJEDNOCZENI APTEKARZE” i

„LUDWIK SPIESS i SYN”

w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16.

Karol Schopper i Ska Sp. z o.p.
 Bielsko Filja Warszawa
 ul. Marszałkowska 9b

KARLSBADSKA SÓL **MÜHLBRUNN**

Marjenbadzka, Kissigen Rakoczy, wody gorzkie
 Apenta, Franciszka Józefa, Hunyadi i wszeikie przetw. źródlane

Dra Sedlitzky ego

**KAPIELE LECZNICZE
 W DOMU**



Kąpiele kwasowęglowe marki
„Cordis“ i kombinowane
 z siarką, z żelazem, z ekstr.
 sosn., z aromat. ziołami i
 z terpentyną.

Kąpiele: siarczane, solanko-
 we, iglicowe, żelazne i jo-
 dowo-bromowe.

Lug słony do kąpieł so-
 lankowych.

„Abietin“ fluoryzujący do-
 datek do kąpieł iglicow.

Wyciąg iglicowy do kąpieł
 przeciw reumatyzmowi i
 chorobom nerwów w flasz.

Sól jodowa z Zabločia
 przeciw machitis i skrotu-
 losie.

Sztuczna sól borowinowa.

Karol Schopper i S-ka

Sp. z o. p.

BIELSKO

Fabryka i hurtowy skład artykułów chem.-farm.
 Hurtowa sprzedaż wszelkich naturalnych wód
 mineralnych i przetworów źródłanych.

Filia: Warszawa, Marszałkowska 96. Tel. 166-11.