
Czasopismo Lekarskie

Endemia tyfusu brzuszego w Chorzelach, gub. Płockiej.

Podał Dr. Fr. Mieczynski

W ciągu 8-letniej mej praktyki lekarskiej w Chorzelach, osadzie liczącej 4000 mieszkańców, rok rocznie obserwuję pewną ilość przypadków tyfusu brzuszego.

Tablica liczby przypadków tyfusu brzuszego, a w roku 1903 brzuszego i plamistego, tak się przedstawia (p. str. 296).

Zarejestrowałem tu tylko, spostrzegane w samej osadzie, przypadki durzycy tyfusowej; pomiąłem zupełnie cały szereg gorączek tyfoidalnych i stanów gastrycznych, które spotykałem podczas epidemii, a które należą zapewne do t. zw. typhus laevisimus.

W przytoczonej tablicy uderza, że zaledwie kilka miesięcy roku bywa wolnych od zachorowań; bywały lata np. 1899 i 1900, w których tylko po jednym miesiącu było wolnym od tyfusu.

Nie można też zauważyć jakiejś określonej jego zależności od pór roku; może nieco częstszy bywa na wiosnę i w jesieni. Faktem zaś niewątpliwym jest, że endemia tyfusu w Chorzelach coraz większe przybiera rozmiary.

O przebiegu klinicznym tego cierpienia takich kilka uogólnień udało mi się zrobić:

1) Najczęstsze są postaci mniej niż średniego natężenia, trwające 12—14 (najczęściej)—18 dni; formy zaś tyfusu o typie krzywej Wunderlicha trafiają się rzadko, po kilka zaledwie do roku; przebiegają bardzo ciężko i kończą się śmiercią.

Może jest to wynikiem pewnej immunizacji mieszkańców dzięki stałemu od lat wielu grasowaniu tu tyfusu; od poprzednika swego, kol. Przygodzkiego, słyszałem, że i on obserwował tu stale epidemie tyfusu.

2) Choroba zaczyna się zazwyczaj nagle od dreszczu i go-

Od Lipca 1895 r. do Lipca 1903 r.

	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1903
T Y F U S B R Z U S Z N Y .										Tyfus plamisty
Styczeń		4	3	0	0	9	0	5	18	2
Luty		1	2	2	7	11	0	1	16	0
Marzec		0	0	3	9	17	0	0	36	9
Kwiecień		0	0	0	11	8	0	0	33	10
Maj		0	3	0	5	6	1	2	11	3
Czerwiec		0	0	3	7	9	0	6	2	0
Lipiec	0	0	0	1	4	3	2	4		
Sierpień	0	3	3	0	3	2	5	12		
Wrzesień	2	4	4	0	10	3	15	3		
Październik	5	4	3	4	15	1	19	4		
Listopad	1	2	0	3	17	1	6	4		
Grudzień	3	3	2	2	18	0	6	11		
Razem	11	21	20	18	106	70	54	52	116	24

rączki, sięgającej 39°—40°—41°, która o typie prawie stałym, z małemi zwolnieniami, przebiega do krytycznego końca, z potami.

3) Więcej niż w połowie przypadków obfita wysypka występuje w kilkanaście godzin, do 2-ch—3-ch dni, od wystąpienia gorączki, umiejscawiając się głównie na kończynach, mniej na tułowiu. Wysypka na kończynach o nieprawidłowych zarysach przypomina drobne różowe vibices; na tułowiu przybiera postać rash'u, szczególnie u dzieci, gdzie przypomina szkarlatynę; po 1—2 dniach, czasem już po kilkunastu godzinach, ginie. W drugiej, mniej licznej ilości przypadków, przebiega bez wysypki; czasami tylko w 2-m tygodniu, gdzie-niegdzie zauważyć można różyczkę.

Ze nie jest to tyfus wysypkowy, świadczy fakt szybkiego ustępowania tej wysypki, która nigdy nie przybiera postaci *)).

4) Ze strony narządów trawienia występowały: język nieco suchy, obłożony, słabo wyrażone wzdęcie brzucha, bolesność i burczenia w prawym dole biodrowym, częste zaparcia; śledziona zazwyczaj powiększona dość wyraźnie, bolesna. Objawy mózgowo słabo wyrażone; rzadko dochodziło do zupełnej utraty świadomości.

Recydywy obserwowałem 3 razy.

Ciekawe widywałem przykłady immunizacji po przebytych raz tyfusie. W rodzinie L. chorował w 1900 r. 14-letni syn; gdy w r. 1902 chorowało pięcioro innych dzieci, obecny w domu pierwszy niedomagał tylko, bez gorączki, w przeciągu tygodnia, uskarżając się na osłabienie, brak apetytu i objawy niestrawności. Siódme dziecko, najstarszy brat tejże rodziny, był wówczas w Królewcu; podczas epidemii tegorocznej on jeden chorował na tyfus, gdy reszta rodzeństwa pozostała zdrową pomimo, iż i trzy sąsiednie domy nawiedzono były przez epidemię.

Z powikłań odnotowałem 3 razy parotitis, (z nich 2—obustronne), 2 periostitis mandibulae z martwicą proces. alveolaris, kilka razy zapalenie nerek i zapalenie opon mózgowych.

W przeciągu siedmiu lat ubiegłych zdarzały się 2 do 3-ch do roku przypadki tyfusu wysypkowego o przebiegu ciężkim. W roku 1903 obserwowałem jednocześnie z epidemią lekkiego tyfusu brzuszno 24 przypadki tyfusu plamistego. Zaznaczenia godną jest ta okoliczność, że w jednej rodzinie S.—trzy osoby chorowały na tyfus wysypkowy, dwie—na brzuszny; u pierwszych wysypka wystąpiła w końcu tygodnia i trwała do końca choroby około 10-u dni, przybierając brunatny i sinawy odcienie (jeden z nich śmiertelnie zakończony); u ostatnich 2-ch wystąpił obfity rash, 27-o dnia choroby i znikł po 2-ch dniach; przebieg dalszy zdra-

*) Biogański widywał rodzaj rashu w końcu tygodnia tyfusu, szybko ginącego w formach tyfusu o dłuższym przebiegu; w poronnych nie wspomina wcale o wysypkach. Eichhorst wspomina o nieznacznej wysypce i w poronnych formach tyfusu.

dzał już objawy tyfusu brzuszego: gdy u ostatnich gorączka opadła w 2 tygodnie, pierwsi chorowali po 3 tygodnie; oprócz matki, która umarła 87-o dnia choroby. To samo zauważyłem w rodzinie M., gdzie siostra przeszła wyraźny tyfus brzuszny, brat wysypkowy, prawie jednocześnie; w rodzinie J.: matka plamisty, córka brzuszny tyfus przeszła.

Epidemię tę dorywczo obserwowali jeszcze koledzy. Rajkowski, Hirschfeld, Gołyniec i Elgyanowski.

Co do śmiertelności, to odpowiednie cyfry notowałem w roku ostatnim; na 116 przypadków tyfusu brzuszego było 8 zejść śmiertelnych co wynosi 6,9%; na 24 wysypkowego—5 osób umarło, co równa się 20,8%. Jeżeli wziąć pod uwagę że wiele osób chorowało lekko, nie zasięgając porad, odsetka jest właściwie niższa.

W latach ubiegłych nie przekraczała śmiertelność 2—3 przypadków rocznie.

Co się tyczy leczenia, to ograniczało się ono do ścisłej płynnej diety i zabiegów wodoleczniczych, wycierania octem aromatycznym kilka razy dziennie, zawijania w koce. Ze środków farmaceutycznych podawałem w zaraniu choroby kalomel, olej rącznikowy, następnie odwar chinu z kwasem solnym; rzadko, przy wielkiej pobudliwości systemu nerwowego, na noc: Lactophenini 0,75—1,0, która uspakajała chorych. Przy osłabieniu działalności serca zastrzykiwania roztworu coffeini natrobenz. 2,0 : 10,0. Kamforę zarzuciłem prawie zupełnie, albowiem chorzy obawiali się jej ze względu na nieprzyjemne uczucie palenia, jakie wywołuje. (Żydzi patrzą na ten środek ze strachem od czasu ostatniej epidemii cholery i stosowanie tego środka napotyka zawsze na opór ze strony otoczenia).



Kilka słów w sprawie wyboru mamek.

Podał Dr. **Bohdan Korybut—Daszkiewicz** (Warszawa).

Ordynator Warszawskiego Domu Wychowawczego Ks. Beaudotina.

Według przemówienia na posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lekarskiego 26/V 1903 r.

Ideą, z punktu widzenia lekarskiego i społecznego, jest karmienie niemowlęcia piersią matczyną. Wszakże zdarzają się przeszkody ze strony zdrowia matki, które upoważniają nas, a ponieważ zmuszają do szukania innego sposobu żywienia niemo-

włącia. Jeśli matka dziecięcia swego karmić nie może, co powinno być rozstrzygnięte tylko przez sumiennego i surowego w tym kierunku lekarza, a nigdy przez samą matkę, lub jej otoczenie, pozostaje wybór mamki.

O tym przedmiocie chciałem słów parę powiedzieć.

Przedewszystkiem powtórzyć raz jeszcze muszę, że o tem, czy matka nie ma karmić swego dziecka, tylko lekarz ma prawo decydować, a i lekarzowi nie wolno być zbyt pobłażliwym w tym kierunku. Za ciężkie wykroczenie uważać winniśmy to lekkomyślne, a na nieszczęście tak powszechne zwalnianie matek od karmienia swych dzieci.

Wyboru mamki dokonać może tylko obeznany z odpowiednim badaniem lekarz; wybór mamki do rzeczy łatwych nienależy, wymaga on bowiem i odpowiednich wiadomości i doświadczenia, nie tylko lekarskiego, ale i życiowego; na wywiady nic tu liczyć nie można; nauczone bowiem przez faktorki, lub faktorów, mamki, najczęściej na pytania, dotyczące przebytych przez nie chorób lub stanu zdrowia ich rodziców, rodziny dają odpowiedzi zmyślane.

Zdarza się, że dziecko przedstawione jest dzieckiem „okazowym,” przez dowcipną faktorkę podstawionem; wtedy trzeba umieć określić wiek dziecka.

Ogólnie panującą zasadą jest to, by wybierać mamkę odpowiadającą co do wieku, budowy fizycznej, temperamentu, czasu porodu et c. matce dziecka, dla którego mamki poszukujemy. W zasadzie niepodobna nie zgodzić się na to, zdaje się, w zupełności słuszne wymaganie. Ztąd zapewne wynikło i to przekonanie, że najlepszą jest mamka „ze świeżym pokarmem;“ wydaje się to nawet tak koniecznem, iż w działach ogłoszeniowych tylko o tych mamkach ze „świeżym pokarmem“ czytamy. Zapewne, że najczęściej poszukiwane są mamki dla świeżo urodzonych niemowląt.

To poszukiwanie mamek ze świeżym pokarmem wydaje się tak naturalnem, iż głos przeciwny tej zasadzie brzmi dziwnie. Co do mnie jednak, to zajmuję wprost odmienne stanowisko w tej sprawie; nie poszukuję takiej, ze świeżym pokarmem mamki i tylko absolutna niemożność znalezienia kandydatki z dzieckiem starszem, przynajmniej dwumiesięcznem, zmusza mnie do zakwalifikowania matki młodszego dziecięcia.

Głównym powodem takiego postępowania jest niemożność rozpoznania u młodszego dziecka przymiotu dziedzicznego, którego najpierwsze objawy zaledwie ku końcowi 2-go miesiąca życia dziecka pokazywać się zwykły. Obfity materyał Warszawskiego Domu Wychowawczego przekonał mnie, że nieraz dziecko parę lub kilka tygodniowe, napozór najzdrowiej wyglądające, ku końcowi 2-go, lub też 3-go miesiąca zaczyna dostawać wyraźnych objawów przymiotu dziedzicznego.

Tylko absolutna pewność, na podstawie innych danych zdobyta, że mamka niema przymiotu, że ojciec jej dziecka również

go nie przechodził, mogła by, zdaniem mojem, upoważniać do kwalifikowania z zupełnym spokojem na kandydatkę mamki z młodszym pokarmem; że jednak, przynajmniej w warunkach, w jakich my, lekarze miast większych, się znajdujemy, nietylko nie może być mowy o tej pewności, ale nawet o przybliżonym prawdopodobieństwie w tym kierunku, należało by z tego punktu widzenia zupełnie unikać mamek z młodszym, niż 2-u miesięczny pokarm. I to nie obroni od możliwych omyłek, ale sprowadzi je przynajmniej do możliwego minimum.

Zapewne, że większość mamek rekrutuje się z rzędu kobiet, a przeważnie dziewcząt ubogich, oczekujących możności otrzymania odpowiedniego miejsca, odpowiednich środków do zarobkowania. Wobec tego może nieludzkim jest moje wymaganie, pozbawiające całe setki biednych kandydatek na mamki, możności zarobkowania przez 2 miesiące. Ze stanowiska lekarskiego musimy jednak uznać słuszność zasady, że „salus aegroti suprema lex esto.“

Że przypadki zakażenia dziecka, karmionego przez mamkę chorą na przymiot, nie należą do białych kruków, wiemy o tem dobrze; że, z drugiej strony, matka dziecka, mającego przymiot wrodzony, w rzadkich tylko przypadkach, sama może być zdrową, jest to przekonaniem najpoważniejszych syfilidologów; wobec tego, pozwalając na karmienie niemowlęcia zdrowego kobiecie, której dziecko ma poważne szanse dowieść we właściwym czasie, że ma przymiot wrodzony, zbyt wiele ryzykujemy.

Nastęrcza się jednak pytanie, czy zbyt wielka różnica w okresie poporodowym między matką i mamką nie wpływa szkodliwie na samo karmione niemowlę?

Zapewne, że należy się starać o to, by te różnice zbyt wielkimi nie były.

W każdym jednak razie, moje osobiste doświadczenie przekonało mnie, że różnica 2—3, a nawet 4-0 miesięczne między pokarmem matki i mamki nie mają, najczęściej, wpływu na tak zwane znoszenie pokarmu przez dziecko i na wartość odżywcza mleka.

Przechodząc do innych nastęrczających się zagadnień przy wyborze mamki, słów kilka powiem o praktykowanym dziś dosyć szeroko określaniu wieku pokarmu, na podstawie odczynu Dra Umikowá, polegającego na tem, że do 5 ctm. sześciennych mleka kobiecego dolewamy 2,5 ctm. sześć. 10% wodnego amoniaku; ogrzewając tę mieszaninę do 60°C. otrzymujemy fioletowo-różowe zabarwienie.

Sądząc po natężeniu zabarwienia, które według Umikowa staje się tem wyraźniejsze, im starszy jest pokarm, można by sądzić o wieku pokarmu.

Badania, dokonane między innymi i w Warszawskim Domu Wychowawczym przez kol. J. Brudzińskiego, wcale niepotwierdziły ścisłości metody Umikowá.

Teraz słów parę o sposobie badania mamek. Nie powinno

się, mojem zdaniem, wybierając w charakterze mamki kobiety, której dziecka, dla jakichkolwiek powodów, nie można zbadać. Dobrze rozwinięte, zdrowo wyglądające dziecko mamki jest bodaj najlepszym dowodem, że matka jego ma dane na dobrą mamkę. Najmniejsze podejrzenie przymiotu lub gruźlicy u dziecka mamki powinno powstrzymać nas od wyboru jego matki w charakterze karmicielki.

Co się tyczy objawów przymiotu, przypomnę tu kilka objawów mniej znanych. Do tych objawów należą: 1) błyszczące, z nacieczeniami, podeszewki, lub piętki u dziecka, w szczególności zaś małe guzikowate nacieczenia na stronie podeszwowej palców; 2) błyszcząca, nacieczona skóra pośladków. Objawy te nabierają znaczenia, jeśli mimo zachorowania czystości, użycia kilku kąpieli, ewentualnie zastosowania takich środków, jak np. ciasto cynkowe (pasta Zinci), nie zmniejszają się, nie giną, a w dodatku przez przyłączenie się innych drobniejszych, niezawsze mających charakter objawu swoistego, jak n. p. uparta sapka (coryza), rhagades oris, paronychia lub seborrhoea superciliarum nabierają pewnej wielopostaciowości.

Wobec bardzo rozpowszechnionej choroby angielskiej nie możemy być zbyt surowymi i wykreślić z rzędu kandydatek matki dzieci rachitycznych; tylko wysokie stopnie angielskiej choroby u dzieci stanowią przeciwwskazanie do wyboru ich matek w charakterze mamek.

Ja przynajmniej, trzymam się tej zasady, że o ile mam wybierać mamkę dla dziecka mocno rachitycznego, staram się dla niego znaleźć mamkę, której dziecko nie ma objawów angielskiej choroby; po zatem unikam mamek, których dzieci mają n. p. znaczne rozmięczenie kości potylicowych (craniotabes), lub znaczne powiększenie wątroby i śledziony; te ostatnie objawy zdarzają się i przy przymocie dziedzicznym, o czym miałem sposobność przekonania się w przykry sposób; mianowicie — w Domu Wychowawczym jedna z mamek została zarażona przymotem przez dziecko, które, przy wcale niezłym ogólnym wyglądzie, miało tylko bardzo nieznacznie połyskujące podeszewki i dość dużą twardą wątrobę; mamka, karmiąca to dziecko, dostała pierwotnego wrzodu przymiotowego na lewej brodawce z następczymi typowymi objawami wtórnymi, a na sekcji dziecka, zmarłego przy objawach follikularnego kataru kiszki, znalazłem (prócz rozpoznanego za życia: enteritis follicularis) - hepatitis gummosa syphilitica.

Jeśli dziecko okaże się zdrowem, przystępuję do badania mamki. Zaczynam od danych anamnestycznych, na które zresztą, zbyt wiele liczyć nie można; umiejętne jednak skierowanie pytań daje możność powzięcia pewnych podejrzeń co do gruźlicy rodziny.

Wolę przyjąć w charakterze mamki matkę 2-go lub 3-go dziecka, niżli pierwiastkę, ponieważ pierwsze mają mniej szans stracenia pokarmu, posiadają brodawki miękkie, lepiej rozwinięte, a trudniej ulegające naderwaniu. Matki po 2-im lub większej liczbie dzieci mają pewne doświadczenie w obchodzeniu z niemowlęciem. Wolę mamkę, pochodzącą ze wsi, (byle nie z okolic fabrycznych

i, posiadających duże ilości wojska—ze względu na większe prawdopodobieństwo przymiotu), niżli z miasta; za lepszą kandydatkę uważam wdowę lub mężatkę, niżli pannę.

Wywiady dają niekiedy możność stwierdzenia padaczki, lub alkoholizmu; naturalnie, że w takim razie przerywam dalsze jej badanie. Wysokie stopnie hysterii, o ile tylko uda się ją wykryć, powinny także stanowić przeciwskazanie do zalecenia mamki. Staram się, dalej, dowiedzieć, czy badana nie miewa peryodów w czasie karmienia. Jeśli stwierdzić mi się uda, że tak jest, stanowi to minus dla kandydatki. Albowiem często się zdarza, że peryod karmiącej wywołuje niestrawność u ssawca.

Tylko jednak w razie zbyt wyraźnych i poważnych objawów niestrawności u dzieci w czasie peryodów ich karmicielek, szczególnie, jeśli się peryody częściej, niżli w zwykłym okresie powtarzają, radzę zmianę mamki.

Za najlepszy wiek kandydatek uważam lata między 20 a 30-stoma, w każdym jednak razie wolę mamkę raczej 40-letnią niżli 17-18-oletnią. Wokresie między 20 — 30 laty mamek pokarm ma zawierać najwięcej cukru, a mniej tłuszczu i kazeiny, u starszych nieco mamek spotykamy w pokarmie mniej jeszcze tłuszczu, ale więcej kazeiny, cukru, i soli; mleko kobiet niemających lat 20 jest gęstsze, zawierać ma mniej wody i cukru, ale najwięcej za to tłuszczu, soli i kazeiny. Te dane, zdaniem mojem, ważnego znaczenia praktycznego w stosunku do pojedynczych karmicielek nie mają. Na skład chemiczny pokarmu składa się daleko więcej czynników; obok wieku kobiety grają tu rolę i rodzaj pożywienia, warunki życiowe, wahania czysto indywidualne, i wiele innych; jeśli oddają pierwszeństwo kandydatkom, mającym 20 — 30 lat, to dlatego tylko, że to jest okres bodaj największych sił fizycznych, największego zdrowia kobiety, a co najważniejsze dlatego, iż empirycznie wiemy, że najczęściej na dobry wybór trafiamy w tym wieku naszych kandydatek.

Na kolor włosów mamek nie zwracam nigdy uwagi. Jeśli zwracam uwagę na włosy, to ze względu na *pediculi capitis*, które często znajdujemy u naszych kandydatek.

Dla dokładnego zbadania mamki żądam zawsze rozebrania się do koszuli; o ile możliwe, badam za dnia

Objawy skórne, pozwalające na rozpoznanie przymiotu, między innymi i *leucoderma syphiliticum*, zgrubienia przymiotowe na kośćcu — szczególnie na *tibiae* — lub gruzlica skóry, stawów, kości etc, stanowią przeciwskazanie do wyboru danej kobiety w charakterze mamki; przy badaniu skóry ważnemi są jej części na pograniczu włosów na głowie (z powodu *corona Veneris*), stan samych włosów (wyłysienia syfilityczne, lub też alopecia areata, która może być pasożytniczego pochodzenia), skóra na podszwach i dłoniach (*psoriasis syphilitica*).

Przy badaniu stanu gruczołów chłonnych zwracam szczególną uwagę na gruczoły: łokciowe, potylicowe (duże i niebolesne przy *polyadenitis syphilitica*), pachwinowe (*lues genitalium*), pod-

pachowe (*ulcus induratum mammae?*); dalej, zwracam uwagę na blizny, na to, czy nie są przyrośnięte do kośćca. Kobiety, mających na miejscach uwłosionych, lub też na niepokrytej włosami skórze, parchy (*favus*) nie przyjmuję w charakterze mamek; natomiast o istnieniu *herpes tonsurans* ostrzegam tylko przyszłych chlebobawców, zalecając środki dla usunięcia cierpienia. Ślady po przebytych cierpieniach kości lub stawów, nasuwające podejrzenie gruźlicy, stanowią bezwzględne przeciwwskazanie do wyboru mamki. Ważnym jest badanie stanu oczu, gdzie nieraz istnieją jedynie objawy przymiotu, jak n. p. *paralysis accomodationis syphilitica*, *iritis* et *keratitis luetica*, *ptosis paralytica luetica* etc.

Następnie, badam stan nozdrzy i nosa (*ozaena cum kakosmia objectiva*, *perforatio septi narium* etc.), warg (*papulae et fissurae syphiliticae*), jamy ustnej i gardzieli (*scorbutus*, *perforatio palati duri*, *neoplasmata*, *dentes Hutchinsonii*, *angina luetica et tuberculosa*, *plaques syphilitiques*, *indurationes primitivae syphiliticae labiorum*, *linguae* etc., *angina diphteritica* etc.) łącznie z krtanią (*laryngitides syphilificae et tuberculosae*). Wobec kilkakrotnych wzmianek, szczególnie w literaturze francuskiej, o szkodliwości jakoby pokarmu mamek, posiadających wole (struma) samo, lub też chorobę Based'owa, mimo to, że sam o tem nie miałem sposobności się przekonać, staram się unikać podejrzanych w tym kierunku osobników.

Ważnem jest badanie stanu sutek i brodawek, tak co do ich budowy, jak i różnych oznak istniejących, lub przebytych chorób. Powinniśmy oddawać pierwszeństwo sutkom niezbyt wielkim z wyraźną budową gruczołową, bez nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej; przyczem pożądanymi są sutki o skórze cienkiej, z wyraźnymi żyłami. Zwracamy uwagę na to, czy brodawki są dobrze rozwinięte, czy są dość podatne, i czy nie posiadają pęknięć, nadżerek, lub owrzodzeń.

O ilości pokarmu przy badaniu sędzimy po tem, czy przy naciskaniu wytryska on wieloma strumieniami i dość łatwo. Ten zabieg trzeba umieć wykonywać; widywałem, że mamka nie umiała zastrzyknąć sobie pokarmu; gra tu rolę nie tylko nie umiejętność ujęcia sutki, ale i czynnik psychiczny. Jestem bowiem tego zdania, że istnieje związek między stanem nerwowym badanej kandydatki i możliwością wystrzyknięcia w danej chwili z piersi pokarmu. Nieraz po ujęciu sutki w odpowiedni sposób w celu wystrzyknięcia pokarmu, mogłem otrzymać zaledwie parę kropli, wtedy, kiedy po uspokojeniu się badanej ponowiona próba dawała wynik dodatni.

W czasie badania sutek każe nastrzyknąć do czystego naczynia możliwie dużą ilość pokarmu z obu sutek (mniej więcej około 2-u łyżek stołowych) do badania. Skonczywszy z pierwszą częścią badania, przechodzę do przekonania się o stanie płuc, serca i innych narządów wewnętrznych.

Kończę zaś na bardzo szczegółowem badaniu narządów rodných, szczególnie zaś ich części zewnętrznych, gdzie zdarzają się poważne cierpienia, stanowiące bezwzględne przeciwwskazania

do wyboru danej kandydatki; tu zwrócić wypada mi uwagę, że nieraz okazuje się potrzebnem badanie dwuręczne dla określenia, czy przypadkiem dana kandydatka nie jest w ciąży.

Badanie wziernikiem również wykonywać by należało, choćby ze względu na możność istnienia pierwotnych owrzodzeń przymiotowych części pochwowej macicy. Zbyt często spotykamy się, na nieszczęście, z objawami trypra u badanych kandydatek, by uważać go za bezwzględne przeciwwskazanie do wyboru mamki; jednakże, przy silnie rozwiniętem cierpieniu, z obfitą wydzieliną, zapaleniem gruczołów Bartholiniego etc, należy stanowczo mamkę usunąć; przy słabszem nasileniu objawów mówię zwykle przyszłym chlebodawcom, że dana kandydatka ma „silne i ostre upławy,“ mogące przy nie zachowaniu zaleconych ostrożności wywołać chorobę oczu u dziecka karmionego; że — w braku innych kandydatek, nie uważam tego cierpienia za bezwzględne przeciwwskazanie do wyboru danej mamki. Rzadko zdarza się konieczność zbadania moczu kandydatki dla wykluczenia zapalenia nerek lub moczówki cukrowej.

Ukończywszy w ten sposób badanie kandydatki, przechodzę do zbadania drobnowidzowego pokarmu, nie zapominając o tem, by przed zrobieniem odpowiedniego preparatu skłócić dobrze mleko. Zbyt wiele temu badaniu znaczenia przypisywać, zdaniem mojem, nie należy, na wynik jego bowiem wpływa wiele niezależnych od wartości samego pokarmu przyczyn.

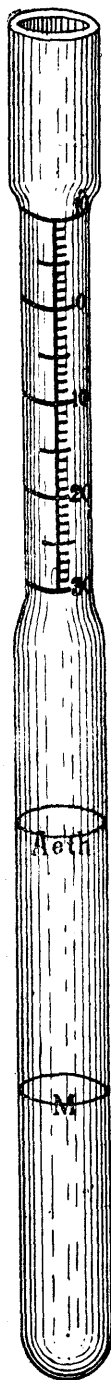
Jeżeli weźmiemy kroplę większą do badania, na polu widzenia zobaczymy bardzo gęsto leżące kulki tłuszczowe, coby świadczyło o tem, że pokarm dość tłuszczu zawiera; preparat z kropli mniejszej zrobiony i badany w cieńszej warstwie, daje obraz pod drobnowidzem odwrotny; wskutek tego należałoby używać do badania specjalnie urządzonych szkiełek przedmiotowych z zagłębieniem, tak, by grubość preparatu była jednakowa; i wtedy jednak, jak sądzę, wartość badania pod drobnowidzem pokarmu da się tylko sprowadzić do jego znaczenia w celu wykrywania istnienia ciał siarowych, krwinek, ciałek ropnych, lub zmian patologicznych w samych kulkach. Dla potwierdzenia tego, co powiedziałem o niewielkiem znaczeniu badania drobnowidzowego pokarmu i wnioskowania ztąd o ilości, zawartego w nim tłuszczu, zauważyć mogę, że czasami, sądząc z obrazu drobnowidzowego, mogłem się spodziewać dużej ilości tłuszczu, a próba chemiczna na ilość tłuszczu (przyrząd Marchand-Conrada) nie potwierdziła tego przypuszczenia i vice versa. Co się tyczy budowy samych kulek, to zwykliśmy uważać za najlepszy pokarm, składający się z kulek średniej wielkości; natomiast za ujemne oznaki uważamy dużą ilość drobnych jak pyłek kuleczek tłuszczowych, lub też kul dużych, najczęściej spotykanych w pokarmach kobiet starszych, lub bardzo otyłych. Jednak i wielkość kulek tłuszczowych, jak mnie doświadczenie przekonywa, nie posiada decydującego znaczenia.

Nieco ważniejszym jest badanie chemiczne na zawartość tłuszczu, którego nigdy nie zaniedbuję wykonać; w tym celu posłu-

guje się najprostszym i tanim przyrządem, tak zwanym laktobutyrometrem Marchand-Conrada.

Jest to przyrząd tani i nieskomplikowany, składa się bowiem ze szklanego cylinderka, podzielonego na 3 części, z których każda mieści 5 centymetrów sześciennych; górna, zwężona część cylindra, zawiera podziałkę. Samo wykonanie próby odbywa się w sposób następujący: do podziałki, oznaczonej literą M. nalewamy uprzednio dobrze zmieszane mleko, i, dodawszy jedną kroplę ługu sodowego (liquor natrii caustici officinalis), zawartość cylinderka mieszamy bardzo dokładnie; następnie nalewamy aż do podziałki, oznaczonej literami Aeth. czystego eteru siarczanego i przez kilka minut doskonale kłócimy mieszaninę, zatknąwszy otwór cylinderka koreczkiem, lub palcem. Kiedy płyn straci już barwę mleczną, dolewamy do podziałki, najwyżej umieszczonej, czystego 86 — 90% alkoholu i powtarzamy procedurę dokładnego wymieszania znajdujących się w cylindrze płynów, w ciągu 1 — 2 minut, poczem wstawiamy cylinder pionowo, lub lekko pochyłony, do naczynia z wodą o T. 35 — 40° R.; teraz możemy obserwować, jak wkrótce zaczynają się ukazywać małe kuleczki tłuszczowe, płynące w kierunku ku najwyższym warstwom mieszaniny. Tłuszcz więc zbiera się w górnej części cylinderka, a ilość jego określamy na podstawie zajętych przez warstwę tłuszczową podziałek w górnej części cylindra. Dla procentowego obliczenia tłuszczu w badanym mleku, zanotawszy ilość drobnych podziałek zajętych przez warstwę tłuszczową, mnożymy ją przez 0,2 i dodajemy 1,5. Jeżeli n. p. tłuszczu zebrało się 8 podziałek to, podstawivszy cyfrę tę w formułką: $n \times 0,2 + 1,5$, otrzymamy: $8 \times 0,2 + 1,5 = 3,1\%$ tłuszczu. Dla otrzymania dobrych wyników trzeba przy dokonywaniu pomienionej próby zachować pewne ostrożności, a mianowicie: ługu używanego dla zobojętnienia kwasu mlecznego i rozpuszczenia sernikowej powłoki kulek tłuszczowych nienależy wlewać więcej, niż jedną kroplę, bo nadmiar jego ścina białko mleka, które może pociągnąć za sobą część tłuszczu na dno naczynia.

Cała wyżej opisana próba tłuszczowa oparta jest, według Papiewskiego („O karmienie niemowląt“ Odczyty kliniczne 1895 roku) na następujących faktach: małe ilości ługu żrącego nie zmydlają tłuszczów w mleku zawartych w obecności białka i cukru mlecznego; tłuszcz mleka rozpuszcza się dobrze w eterze nawet w obecności wody; tłuszcz mleka słabo rozpuszcza się w mieszaninie równych części eteru, wysokoku i wodnego rozczyntu cukru mlecznego, lub sernika, lecz za to wypływa na jej powierzchnię. Próba ta, mimo swej niedokładności, jest



aż nadto wystarczająca dla celów praktycznych, a że przyrząd Marchand-Conrada jest tani, więc też sędzę, że powinien go posiadać każdy lekarz, któremu wypada wybierać mamki.

Wiadomo, że średnia ilość tłuszczu w mleku kobiecym zawarta wynosi około 3,5c. Wahania zaś w jedną i drugą stronę są bardzo duże, bo od 1% do 6% i więcej, o czym niejednokrotnie przekonać się sam mogłem. Za najlepsze poczytuję mleko, pod względem zawartości tłuszczu zbliżone do średniego, a więc posiadające około 5,5%; staram się unikać wyboru mamek, których pokarm posiada mniej niż 2,5% lub też przy nienormalnie zwiększonej ilości tłuszczu (6½%—7%), co może powodować u dziecka tak zwane tłuszczowe rozwolnienie (Fettdiarrhoe).

Zaznaczyć mi jednak wypada, że i to badanie na zawartość tłuszczu, mimo usterki samej metody, posiada tylko względne znaczenie wobec tego, że niewątpliwie po za innymi warunkami, od których ilość tłuszczu w pokarmie zależy, ma znaczenie w tym kierunku i rodzaj pożywienia; niejednokrotnie odpowiednie zmiany w odżywianiu karmicielki mogą wpłynąć na ilość tłuszczu w mleku.

Ale też spostrzegamy czasem po paru tygodniach w pokarmie, który okazał się nader tłustym, zmniejszenie się ilości tłuszczu, nawet bez wyraźnych powodów.

W każdym jednak razie, samo badanie w tym kierunku ma swoje znaczenie, i jako takie dokonywane być winno przy wyborze każdej mamki. Za mniej ważne uważam badanie przy pomocy czułych papierków lakmusowych pokarmu w kierunku jego odczynu, który w normalnych warunkach bywa zasadowym.

Ponieważ ciężar właściwy mleka waha się w granicach między 1025 i 1035, określałam go nieraz laktodensimetrem Conrada; to badanie zbyt wielkiego znaczenia praktycznego, zdaniem mojem, nie posiada.

Zdobywszy potrzebne mi dane, t. j. po zbadaniu dziecka mamki, stanu zdrowia jej samej i przypuszczalnej ilości, jako też wartości jej pokarmu, wyrokuję o wyborze mamki; nigdy jednak nie mam tej absolutnej pewności, że dziecko, dla którego wyboru mamki dokonałem, będzie jej pokarm znosić zupełnie dobrze. Przedewszystkiem winną tu będzie, w razie istotnego nieznoszenia pokarmu mamki, indywidualność samego przyszłego jej pupila; widywałem bowiem takie przypadki, gdzie n. p. jedno dziecko dostawało silnych zaburzeń niestrawnościowych, ssąc pokarm pewnej mamki, a taż sama mamka była bardzo dobra dla drugiego ssawca, tegoż wieku.

Rzeczą jest prawdopodobną, że fermenty zawarte w mleku stanowią tu o tej różnej jego strawności; albowiem, jak o tem nowe badania uczą, mleko zawiera w sobie fermenty trawienne w różnych ilościach.

Być może, że możność analizy mleka i pod tym względem da nam w przyszłości sposób poznania niezrozumiałej nieraz nietolerancyi ssawca dla mleka, chemicznie i morfologicznie dobrego.



Szpitalnictwo w Zagłębiu Dąbrowskiem.

Napisał Dr. M. Żołędziowski (Dąbrowa-Górnicza).

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lekarsk. Częstochowskiego w dniu 20 Czerwca 1903 r.

Nie ma chyba w całym Królestwie Polskiem zakątka ziemi tak gęsto zaludnionego, jak Zagłębie Dąbrowskie, a jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że jedyną niemal podstawą bytu tutejszej ludności jest przemysł, który życia, ani zdrowia pracujących nie oszczędza, to łatwo sobie wyobrazić, jak znaczna jest ilość zachorowań, a co za tem idzie i wypadków śmiertelnych. Jeżeli przeto gdzie, to w Zagłębiu pomoc lekarska powinna być nie fikcyjna, ale ze wszech miar racjonalna; a za taką uważam w pierwszym rzędzie leczenie chorych w specjalnie do tego urządzonych zakładach, t. j. szpitalach; tę więc stronę pomocy lekarskiej postanowiłem dziś Sz. Panom przedstawić. Dla łatwiejszego zorientowania się, jak dużej przestrzeni dotyczy ta pomoc lekarska, o której zamierzam mówić, muszę nadmienić, że w Zagłębiu Dąbrowskim włączyłem przemysł z całego powiatu Będzińskiego, który zatrudnia około 70000 robotników. W całym Zagłębiu mamy 8 szpitali fabrycznych i jeden powiatowy; ponieważ szpitale te pod bardzo wielu względami różnią się między sobą, przeto, chcąc panom przedstawić możliwie dokładnie obraz szpitalnictwa naszego, muszę opisać każdy szpital oddzielnie, korzystając z danych łaskawie mi dostarczonych przez ordynatorów szpitali.

1). **Szpital Sosnowieckiego Towarzystwa kopalni węgla i zakładów hutniczych w Pogoni** zbudowany w 1859 r. a przbudowany zupełnie w 1894 kosztem 10000 rub. licząc w to urządzenie wewnętrzne. Szpital składa się z 10 sal, z których trzy mają po 457,8 metrów sześć. objętości, dwie po 220,5; trzy po 50,7 i dwie po 64,5, czyli objętość wszystkich sal ma 2095,5 metr. sześć. Najwyższa dzienna ilość chorych bywa 73, najniższa 43; przeciętna dzienna około 58; to znaczy, że na każdego chorego przy zapelnionym szpitalu przypada około 28 m. sześć. powietrza. Ogrzewanie szpitala odbywa się zapomocą zwykłych pieców, oświetlenie naftowe, przewietrzanie zaś za pomocą kanałów przeprowadzonych wewnątrz ścian budynku.

Najczęściej korzystają ze szpitala chorzy chirurgiczni; utrzymanie chorego dziennie kosztuje 1 r. 45 kop.; szpital utrzymany jest na koszt Towarzystwa Sosnowieckiego; mogą korzystać ze szpitala robotnicy, ich żony i dzieci, i trzeba dodać, że robotnicy zapisują się do szpitala chętnie. Urzędnicy Towarzystwa Sosnowieckiego ze szpitala korzystać nie mogą.

Przy szpitalu istnieje oddział dla zakaźnych i własna apteka. Administracją i służbę szpitala stanowią: 1 lekarz, 3 siostry miłosierdzia, 2 felczerów i 12 posługaczy różnego rodzaju. Położenie szpitala ze wszech miar odpowiada warunkom higienicznym.

II). **Szpital Towarzystwa przemysłowo-górniczego Hr. Renarda w Sielcu** zbudowany około 1865 r.; w 1872 r. dobudowano jeszcze dwa skrzydła; koszt zarówno pierwszej, jak i drugiej budowli niewiadomy. Cały szpital składa się z 14 sal, z których 10 ma po 87 metrów sześciennych, 3 po 59 m. sz. i jedna sala 31 m. sz. objętości, czyli objętość całego szpitala równa się 1078 m. sz. Ponieważ szpital zbudowany jest na 60 łózek, przeto przy pełnym szpitalu na jednego chorego powinno przypadać około 17 metr. sz. powietrza; w rzeczywistości jednak jest gorzej, gdyż najwyższa liczba chorych dzienna bywa 75, a w tedy na jednego chorego przypada 11½ m. sz.; średnio jednak należy przyjąć 19 met. na jednego chorego, gdyż przeciętna ilość chorych dzienna bywa 55. Ogrzewa się szpital za pomocą zwykłych pieców, oświetla za pomocą lamp naftowych, a przewietrza za pomocą drzwi i okien. Ze szpitala korzystają przeważnie chirurgiczni chorzy; mają prawo zapisywać się do szpitala w pierwszym rzędzie robotnicy, żony ich i dzieci do lat 14, następnie wdowy po robotnikach, emeryci i dzieci ich do lat 14; wreszcie urzędnicy Towarzystwa i ich rodziny. Do tegoż szpitala przyjmowani są również chorzy z okolicznych fabryk a mianowicie: 1) Przędzalnia Dietl'a 2) Przędzalnia Schön'a 3) Walcownia Milowiecka, 4) Huta „Puszkina“ 5) Huta Hulczyńskiego 6) Szklarnia Sosnowiecka i wreszcie 7) Kolej Warszawsko-Wiedeńska. Wszystkie te fabryki własnych szpitali nie mają i obsługiwane są przez jednego *t. zw. głównego lekarza* i trzech pomocników. Szpital utrzymany jest na koszt Towarzystwa. Oddziału dla zakaźnych nie posiada. Służba szpitalna składa się z dwóch lekarzy, jednego felczera starszego, trzech dozorców, jednej dozorczyńi i jej pomocnicy, jednego urzędnika biurowego i dwóch stróżów. Zapisują się do szpitala chorzy niechętnie; położenie szpitala pod względem higienicznym nie złe.

III). **Szpital Towarzystwa „Huta Bankowa“** w Dąbrowie Górniczej zbudowany w 1896 r. na 40 łózek, kosztem 54000 rub. (bez wewnętrznego urządzenia). Szpital składa się z trzech sal po 446 metr. sześć. objętości każda, dwóch sal po 220 met. i jednej 65 metr. czyli razem 1843 metr. sześć. Oprócz tego jest oddział dla zakaźnych składający się z dwóch sal, każda po 65 metr. i pomieszczony jest w oddzielnym budynku.

Ponieważ najwyższa liczba chorych dzienna bywa 34, a przeciętna 16, przeto przy pełnym szpitalu na każdego chorego przypada 54 met. sześć. powietrza, a przy średniej liczbie chorych — po 115 m. Ogrzewanie szpitala — za pomocą zwykłych pieców, przewietrzanie za pomocą kanałów przeprowadzonych w ścianach, oświetlenie naftowe. Korzystają ze szpitala prawie w równej ilości wewnątrzni, jak i chirurgiczni chorzy, mają zaś prawo korzy-

stania ze szpitala obok robotników ich rodziny, a mianowicie żony, dzieci do lat 16-u, i rodzice, o ile są na utrzymaniu robotnika, a nawet i dalsi krewni, tylko już za specjalnem pozwoleniem dyrekcji towarzystwa; toż samo dotyczy i urzędników towarzystwa, którzy mogą być się leczyć w szpitalu tylko za pozwoleniem dyrekcji. Utrzymanie jednego chorego dziennie wynosi około 45 kop. Administracyę i służbę szpitala stanowią: jeden lekarz, jeden felczer, cztery siostry miłosierdzia i dziesięć osób niższej służby. Robotnicy chętnie zapisują się do szpitala. Położenie szpitala pod względem higienicznym dobre, tylko dojazd do niego pozostawia wiele do życzenia.

IV) **Szpital Tow. Francusko-Włoskiego** kopalń węgla w Dąbrowie Górniczej zbudowany w 1872 r. na 20 łóżek, składa się z 6 sal, z których jedna ma objętości 189 metr. sześć. dwie po 61,2, dwie po 52, i jedna 36 metr. sześć. czyli razem sale przeznaczone dla chorych mają objętości 451 metr. sześć. Ponieważ najwyższa liczba chorych dzienna bywa 14, a przeciętna 10, przeto przy pełnym szpitalu na jednego chorego przypada 32 metry sześć. powietrza, a przy średnio napełnionym szpitalu 45 m. Żywnienie jednego chorego dziennie kosztuje 45 kop. Ze szpitala mają prawo korzystać robotnicy i ich rodziny najbliższe, rodzice, o ile mieszkają przy robotnikach i są na ich utrzymaniu i urzędnicy z rodzinami. Szpital utrzymany jest na koszt kopalni. Administracya i służba szpitalna składa się: z jednego lekarza, dwóch felczerów, intendenci i 4 osób niższej służby.

Ogrzewanie szpitala odbywa się za pomocą zwykłych pieców, oświetlenie naftowe, przewietrzanie w dwóch większych salach za pomocą rur przeprowadzonych w jednej ścianie, gdzie powietrze nagrzewa się za pomocą lamp naftowych, a inne mniejsze sale przewietrzają się za pomocą drzwi i okien. Położenie szpitala pod względem higienicznym dobre, oddziału dla zakaźnych nie ma. Robotnicy dosyć chętnie zapisują się do szpitala.

V). **Szpital Towarzystwa kopalń węgla „Saturn.”** pod Czelaźnią zbudowany w 1899 r. na trzydziści łóżek kosztem 6000 rb. Szpital składa się z siedmiu sal przeznaczonych dla chorych, których objętość w metrach sześć. przedstawia się jak następuje: 97,86; 82,35; 161,12; 92,22; 88,99; 122,27; i 118,61; razem 863,44 metr. sześć.

Ponieważ najwyższa liczba chorych dzienna bywa 30, a przeciętna 18, przeto przy pełnym szpitalu na każdego chorego przypada 28,78 m. sześć. a przy średnio napełnionym szpitalu 47,96 m. Przy szpitalu jest oddział dla zakaźnych. Co do rodzaju chorych, to jak widać z dwuch lat ostatnich prawie po równej ilości bywa wewnętrznych i chirurgicznych. Administracya i służba szpitala składa się z jednego lekarza, jednego felczera, dwóch sióstr miłosierdzia i odpowiedniej ilości posługaczy. Ze szpitala mogą korzystać obok robotników ich żony, dzieci do lat 15 włącznie, rodzice robotników, o ile są na ich utrzymaniu, oprócz tego urzędnicy i ich rodziny. Szpital ntrzymywany jest kosztem Towarzy-

stwa. Ogrzewanie szpitala dokonowuje się za pomocą pieców zwykłych, a wentylacja za pomocą kanałów w ścianach. Położenie szpitala pod względem higienicznym odpowiada wymaganiom nauki.

VI) Szpital „Akecyjnego Towarzystwa Zawiercie“ zbudowany został w 1882 r. na 25 łózek; koszta budowy niewiadome. Szpital składa się z 4 sal dla chorych, z których dwie mają objętości po 123 metry sześć, z dwóch zaś pozostałych jedna 119, a druga 157 m. s., czyli całe pomieszczenie dla chorych ma objętości 524 m. s. Oprócz tego jest sala operacyjna, kancelarya, pokój kąpielowy, mieszkanie dla służby, kuchnia i pralnia. Najwyższa liczba chorych dzienna bywa 27, przeciętna 19; przy zapelnionym przeto szpitalu na jednego chorego przypada 19,4 metra sześć. powietrza, a przy średniem napełnieniu 28,6; żywienie chorego dziennie kosztuje 30 kop. Najwięcej korzystają ze szpitala chirurgiczni i kawalerowie obłożnie chorzy. Mają prawo korzystania ze szpitala obok robotników, ich żony, małoletnie dzieci i rodzice, o ile są na utrzymaniu robotników, pozatem urzędnicy i ich rodziny. Administracya i służba szpitala składa się z jednego lekarza, jednego felczera, gospodyni i czworga osób niższej służby. Szpital utrzymuje się na koszt Towarzystwa; oddziału dla zakaźnych nie ma, a jest tylko barak dla ospowatych. Oświetlenie za pomocą zwykłych lamp naftowych. wentylacja naturalna za pomocą drzwi i okien. Ustępy i wanny pozostawiają wiele do życzenia. Położenie szpitala pod względem higienicznym znośne. Wogóle chorzy zapisują się do szpitala chętnie, ci zaś którzy odmawiają wstąpienia, przytaczają jako powody: brzydzenie się jedzeniem, bielizną, obawa przed umarłymi i t. d.

VII). Szpital Warszawskiego Towarzystwa kopalń węgla w Niemcach, zbudowany w 1893 r. na 24 łóżka kosztem 38000 rubli, z czego 5000 rb. przypada na urządzenie wewnętrzne. Szpital składa się z 9 sal dla chorych, z których jedna ma objętości 144,4 metr. sześć, trzy sale po 99 m. cztery po 53,35 i jedna t. z. sala jadalna 151,4 m. Oprócz tego sala operacyjna, gabinet dla lekarza, kancelarya, dwie łazienki i pokój dla służby. Ogrzewanie szpitala za pomocą zwykłych pieców, oświetlenie zapomocą lamp naftowych, które są ulokowane w kanałach wentylacyjnych, przeprowadzonych wewnątrz ścian; w miejscach, gdzie są ulokowane lampy, kanały są oddzielone od sal za pomocą szyb kolorowych, tak że sale oświetlane są światłem kolorowem. Objętość całego pomieszczenia dla chorych zajmuje 296,75 metr. sześć; ponieważ przeciętna ilość chorych dzienna bywa 13 (najwyższej liczby dziennej nie wiem), przeto na każdego chorego przypada po 22,8 m. sz.. Utrzymanie jednego chorego dziennie kosztuje około 2 rubli; najczęściej bywa chorych wewnętrznych. Ze szpitala mogą korzystać tylko robotnicy; rodziny ich najbliższe, jak również urzędnicy ze szpitala korzystać nie mogą; robotnicy chętnie się zapisują do szpitala. Administracya i służba lekarska składa się z jednego lekarza, dwóch felczerów i 3 posługaczy; położenie szpitala pod

względem higienicznym b. dobre. Oddziału dla zakaźnych nie ma; kuchnia i pralnia pomieszczone są w suterynach szpitala; utrzymany jest szpital na koszt Towarzystwa.

VIII). **Szpital Akcyjnego Towarzystwa „Huta Katarzyna“** w Sielcu zbudowany został w 1899 r. na 24 łóżka kosztem podobno około 100000 rub.; składa się z jedenastu sal przeznaczonych dla chorych, których objętość w metrach sześć. przedstawia się jak następuje: 470; 216; 80; 60; 48; 40; 36; dwie sale po 64 i dwie po 25 metr. sześć., czyli całe pomieszczenie dla chorych ma objętości 1128 metr. sześć. Najwyższa liczba chorych dzienna bywa 17, przeciętna zaś 10; nie można obliczyć ilości powietrza przypadającej na jednego chorego, bo zapewne zawsze kilka sal stoi pustkami. Utrzymanie jednego chorego dziennie kosztuje $2\frac{1}{2}$ rubla. Najczęściej korzystają ze szpitala ciężko chorzy z wewnętrznymi chorobami, a następnie chirurgiczni. Ze szpitala mogą korzystać tylko robotnicy; nawet najbliższe rodziny robotników, jak również urzędnicy nie są przyjmowani; najbliższe rodziny robotników, jeżeli zachodzi gwałtowna potrzeba, posyłani bywają do szpitala Tow. Sosnowickiego w Pogoni. Przy szpitalu istnieje oddział dla zakaźnych. Administracja i służba szpitala składa się z jednego lekarza, dwóch felczerów, jednego dozorczy i dwóch posługaczy. Ogrzewanie szpitala zapomocą nagrzanego powietrza (centralne), oświetlenie elektryczne, przewietrzanie zapomocą kanałów umieszczonych wewnątrz ścian budynku. Chorzy zapisują się do szpitala niechętnie; najwięcej korzystają ze szpitala tak zwani bezdomni, to jest kwaternicy; położenie szpitala pod względem higienicznym dobre; szpital utrzymywany na koszt Towarzystwa. W końcu dodać winienem, że wszystkie szpitale zaopatrzone są w mniej lub więcej dogodne ubikacje, jako to: sale operacyjne, sale opatrunkowe, ustępy z systemem wywozowym i t. d.

Podsumowawszy tedy łóżka we wszystkich szpitalach, dowiemy się, że cały przemysł w Zagłębiu Dąbrowskim posiada 295 łóżek, a ponieważ zaludnia około 65000 robotników, przeto jedno łóżko przypada na 240 robotników, nie licząc w to nawet najbliższych rodzin robotniczych, jako to żon i dzieci; bo jeżeli włączymy do obowiązkowego leczenia żony i dzieci, a sądzę, że nie możemy inaczej postąpić, to należy liczbę tę przynajmniej potroić, przyjmując, że każdy robotnik ma żonę i jedno dziecko, czyli jedno łóżko przypadnie na 642 dusze. Liczba ta nie będzie przesadzona, bo jakkolwiek między robotnikami są kawalerowie, to mamy natomiast robotników, którzy mają po 3-oje i 4-ro a nawet 5-oro i 6-oro dzieci. Jeżeli przeto w ucywilizowanych społeczeństwach przyjęto uważać za wystarczające jedno łóżko na 100 mieszkańców, to nasze Zagłębie jest b. dalekie od srodkowo-europejskiego ideału. Przyczyna tego jest bardzo jasna; przed chwilą bowiem Panowie słyszeli, że sześć fabryk a mianowicie: 1) Dytla 2) Schöna w Sosnowcu, 3) Walcownia w Miłowicach, 4) Huta „Puszkina“

5) Huta Hulczyńskiego 6) Huta Szklana Sosnowicka, które zatrudniają przeszło 6000 robotników, czyli obowiązane są dać pomoc lekarską około 20000 dusz, korzystają ze szpitala Towarzystwa Sieleckiego, który w tej formie, w jakiej jest dziś, zaledwie swoim pracującym może dać znośny przytułek. Jeżeli do tego dodamy kolej Warszawsko-Wiedeńską, która na stacyach w obrębie powiatu Będzińskiego zatrudnia parę tysięcy samych robotników, korzysta z tegoż samego szpitala Tow. Sieleckiego lub też powiatowego w Będzinie, i wiele jeszcze innych poważnych fabryk i kopalni, które jak pasożyty korzystają z sąsiednich szpitali, to dosyć smutny stan szpitalnictwa naszego pod względem ilościowym przedstawia nam się b. jasno. Niestety, niewiele więcej dobrego mogą powiedzieć i o jakościowym jego stanie. Na zapytanie moje przesłane do wszystkich ordynatorów szpitali w Zagłębiu i sformułowane w ten sposób: „Jakie, zdaniem Sz. Kolegi, są braki i pożądane były by ulepszenia w szpitalu?“ otrzymałem tylko trzy jasne odpowiedzi; jedna—że należy szpital zupełnie przerobić, i dwie—że należy szpital zupełnie zburzyć, i na to miejsce postawić nowy; inni koledzy albo pomineli to pytanie milczeniem, albo zbyli je ogólnikami. Z powyższego jednak opisanego każdego szpitala już możemy wywnioskować, że zaledwie połowa naszych szpitali odpowiada swemu zadaniu, reszta zaś powinna być zastąpiona nowymi.

Sądze, że wyrażam tym sposobem zdanie kolegów ordynatorów, którzy opinii swojej dla różnych względów jasno nie wypowiedzieli. Postarajmy się umotywić ten wniosek. Dla racjonalnego leczenia chorych potrzebne są przedewszystkiem dobre pożywienie i dobre powietrze. Co się tyczy pożywienia, to w tym kierunku żadnemu z przytoczonych wyżej szpitali poważnego zarzutu zrobić nie można, bo w żadnym pożywienie chorego nie kosztuje mniej niż 40 kop., a tylko w jednym 30. Tu uważam za właściwe dać pewne wyjaśnienie. W rozesłanym przeze mnie kwestyonaryuszu podano w jednym szpitalu utrzymanie chorego na kilkadziesiąt kop a w innych nawet 2 r. 50 kop.; wypływa to ztąd, że niektórzy koledzy zrozumieli, że tu chodzi tylko o samo pożywienie chorego, inni zaś włączyli w to i koszt utrzymania szpitala, to znaczy administracyi, służby szpitalnej, budynków i t. d. Gorzej przedstawia się kwestya powietrza, nie mamy bowiem ani jednego szpitala z Zagłębiu w którym by przewietrzanie dokonywało się bezustannie w ciągu całej doby, jak to jest obecnie w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. W paru nowszych szpitalach zwrócono na to uwagę, ale kanały, które są w ścianach, zaledwie w części odpowiadają swemu zadaniu, gdyż działanie ich zależne jest od różnicy w ciepłocie powietrza, jakie jest na salach i w kanałach, od ruchu powietrza zewnętrznego i wielu innych czynników. Jeżeli dodamy do tego oświetlenie natowe, jakie jest prawie we wszystkich szpitalach, które w znacznym stopniu zatrąwa powietrze, to przyjdziemy do wniosku, że wentylacya nawet w nowych naszych szpitalach pozostawia wiele do życzenia. A cóż możemy powiedzieć o tych starszych—szpitalach, które są przewietrzane za pomocą drzwi i okien, i w któ-

rych na jednego chorego przypada około 10 metrów sześć powietrza; chyba tylko należy im życzyć jaknajprędszego i lekkiego skonu i powstania na ich miejsce szpitali racjonalnych. Pozostaje jeszcze jedna słaba strona naszego szpitalnictwa, bodaj czy nie najprzykrzejsza. Dotąd nie ma u nas normalnej ustawy, która by wyraźnie określała, komu przemysłowiec obowiązany jest dać pomoc lekarską i dla tego każdy z nich w swój specjalny i jemu tylko właściwy sposób pojmuje swoje obowiązki. I tak, jedna fabryka lub kopalnia daje pomoc lekarską robotnikom, ich żonom, dzieciom, emerytom i nawet dzieciom emerytów, nie kępując lekarza, gdy ten uważa za właściwe kogokolwiek z wymienionych członków rodziny robotnika przyjąć do szpitala; a druga fabryka oprócz robotników, ich żon i dzieci nie pozwala lekarzowi przyjmować do szpitala innych członków rodzin robotniczych; a są i takie instytucje przemysłowe, które zobowiązują lekarza do leczenia robotników i ich rodzin, a do szpitala pozwalają przyjmować tylko robotników. Trzeba jednak niektórym zakładom oddać sprawiedliwość, że są miłosiernejsze, gdyż w wyjątkowych wypadkach, jeżeli lekarz uważa za niezbędne przyjąć jakiegoś członka rodziny robotniczej do szpitala, to może to uskutecznić, ale nie inaczej, jak za pozwoleniem pana dyrektora, czyli innemi słowy nie lekarz, a pan dyrektor decyduje, czy dany chory kwalifikuje się do leczenia szpitalnego. Są to śmieszne, ale zarazem przykre anomalie, które z wprowadzeniem normalnej ustawy będą zapewne usunięte.

Z przytoczonych tylko co danych widzą Sz. Panowie, że jakkolwiek szpitalnictwo w Zagłębiu Dąbrowskiem nie jest w najgorszym stanie, to jednak bardzo dużo mu brakuje do doskonałości, a obecnie nadeszła pora, ażeby braki te wypełnić.

Od niedawna wieś Sosnowice—zamieniono na miasto; w granicach miasta jest już około 100000 mieszkańców, a przy tem jest kilku fabrykantów, którzy zatrudniają kilka tysięcy ludzi, a nie mają własnych szpitali. Przed 13-tu mniej więcej laty powstał w łonie tutejszych fabrykantów projekt wybudowania wspólnego szpitala, niestety, jak wiele innych projektów, przepadł, ale dziś za to w jaknajkrótszym czasie powinien być wykonany.

Mojem zdaniem, było by najwłaściwiej i najpraktyczniej, ażeby fabrykanci porozumieli się z miastem i wspólnemi siłami wybudowali szpital, który by odpowiadał wszelkim wymaganiom nauki.

Szpital powinien mieć przynajmniej pięć specjalnych oddziałów: chirurgiczny, wewnętrzny, ginekologiczno-akuszerski, oczny i oddział dla zakaźnych chorych; każdy z tych oddziałów powinien mieć lekarza specjalistę dobrze wyszkolonego w swej specjalności; jednym słowem, szpital taki powinien być zbudowany na wzór przynajmniej szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Oby to życzenie moje ze wszech miar słuszne i konieczne jaknajprędzej w czyn się zamieniło!



Lekarze szkolni na prowincyi.

Podał Dr. Stanisław Kopezyński (z Warszawy).

Na zjeździe higienistów w Warszawie rozbiegano sprawę popularyzacji higieny wśród szerszego ogółu. Naszem zdaniem, niedoceniono i nie podkreślono wyraźnie jednego punktu, a mianowicie, że pracę w tym kierunku należy podjąć u podstaw. A tą podstawą są pokolenia dorastające, są dzieci. Umysł człowieka dojrzałego, a zwłaszcza starszego, pod względem wykonywania pewnych czynności życia codziennego przedstawia do pewnego stopnia masę inertną, bezwładną, którą nagiąć do zaprowadzenia zmian w trybie życia jest rzeczą bardzo trudną; trudniej jeszcze zachęcić do podobnych zmian osoby z kulturą niższą, drobne mieszczaństwo, lub lud, gdzie w grę wchodzi motyw, że „nasi ojcowie oddawna tak czynili.“ Tymczasem dzieci, z natury swej organizacyi psychicznej, przedstawiają pod tym względem materiał nadzwyczaj podatny. Zdolność do naśladownictwa, spełnianie rozkazów i poleceń osób starszych, zwłaszcza lubianych i szanowanych przez dzieci, jest cechą właściwą umysłowi dziecięcemu. Ja np. osobiście, nie wątpię, że zdołam prędey 100 dzieci w okresie życia szkolnego wciągnąć do mycia się i do zmiany bielizny przed nocą, aniżeli przyzwyczaić do tej czynności człowieka dorosłego, który np. przez lat 40 swego życia nigdy tego nie robił. Niedość na tem: przez szkołę i przez uczęszczającą do nich młodzież oddziaływać możemy pośrednio i na ich rodziców, na bliższe i dalsze otoczenie, słowem, na szersze warstwy społeczeństwa. Boć niejeden ojciec i niejedna matka, widząc, jak ich dziecko spełnia z polecenia lekarza szkolnego ten lub ów zwyczaj higieniczny, sami za przykładem tym pójdą.

Lekarze na Zachodzie doniosłość tej kwestyi oddawna ocenili. Zwłaszcza ruch w tym kierunku powstał w drugiej połowie zeszłego stulecia i najwybitniejsi higieniści całą swą uwagę zwrócili na szkołę, jako na najważniejszy środek propagowania idei higienicznych. Powstały związki dla opiekowania się zdrowiem młodzieży, zainicyowano wśród niej stowarzyszenia wstrzemięźliwości od alkoholu, powstał szereg czasopism, zajmujących się zwłaszcza higieną szkolną, w Niemczech „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege,“ z dodatkiem „Schularzt,“ „Gesunde Jugend“ i inne. W wymienionych dopiero co czasopismach w ciągu ostatnich lat bez przerwy poruszana jest ze wszystkich stron sprawa lekarzy szkolnych. W naszej prasie temat ten rozbiegaliśmy wielokrotnie (patrz „Przegl. pedagogiczny“ 1900 № 7 i 8, „Zdrowie“

1901 № 5 i 6, „Czasopismo Lekarskie“ 1902 № 9 i 10, „Encyklopedia Wychowawcza“ T. VI. „Lekarz szkolny“). W artykułach wymienionych rozpatrywaliśmy obszernie stanowisko i zadanie lekarza szkolnego, dowodziliśmy, jaką rolę spełniać on powinien odnośnie do 3-ch działów higieny szkolnej: higieny budynków i pomieszczeń szkolnych, higieny nauczania i higieny indywidualnej młodzieży szkolnej. Na tem miejscu chcemy poruszyć tę sprawę ze stanowiska nieco ciaśniejszego i zaznaczyć, co lekarz na prowincyi w szkołach miejskich i ludowych zdziałać dla higieny może.

Zrazu jednak z pewną przykrością wypowiadam obawę, że u nas wiele zrobić nie będzie można z tego względu, iż do skromnych bardzo budżetów dla szkół miejskich i wiejskich odnośnie władze nie zechcą wstawić wydatków na lekarzy szkolnych, a zasadniczo rzecz biorąc, tylko pracy opłacanej można stawiać pewne określone wymagania. Niemcy jednak swym praktycznym rozumem ocenili doniosłość tej sprawy, bo zaprowadzili u siebie prawie wszędzie lekarzy szkolnych dla szkół ludowych miejskich, a w wielu okolicach i dla szkół ludowych wiejskich. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że z polecenia ministryum oświaty stanowisko i zakres działania lekarzy szkolnych gimnazyalnych, którzy dotychczas na swe miejsca zapatrywali się jako na do niczego nieobowiązujące synekury, znacznie podniesiono i rozszerzono, miejmy nadzieję, że i szkoły niższe z czasem tych względów dostąpią, a wszelkie propozycje lekarzy co do dozorowania w wielu u młodzieży warunków zdrowotnych przez wyższe władze nauczania mile witane będą.

W tej chwili jednak musimy jedynie liczyć na dobrą wolę kolegów lekarzy, przede wszystkim zaś lekarzy miejskich i powiatowych. Mając powierzony sobie dozór higieniczny nad warunkami zdrowia miast i wsi, zdaje nam się, mają oni wszelkie prawo do kontrolowania higieny przede wszystkim w instytucjach publicznych, a więc i w szkołach.

Lekarz miejski mógłby, zdaniem naszym, przede wszystkim zbadać warunki higieniczne gmachu szkolnego, ewentualnie lokalu wynajętego pod szkołę, a w razie jego nieodpowiedności w umotywowanem podaniu do zarządu miejskiego zaznaczyć potrzebę jego zmiany. W ostatnich czasach tu i owdzie po miasteczkach budują nowe gmachy szkolne; lekarz miejski powinien wziąć udział w naradach nad wyborem miejsca pod szkołę, uwzględnić otoczenie, grunt, a przy robieniu planów przez budowniczego czynić te lub inne uwagi higienicznie. Dzisiaj architektura budynków szkolnych doszła do dużej doskonałości; istnieją opracowane szczegółowo wzory dla gmachów wielkich, urządzonych pod względem higienicznym wprost idealnie, i dla prostych szkół miejskich lub ludowych. Opisy te znaleźć można w każdym podręczniku higieny szkolnej, wreszcie dla wystawy higieniczno-dyda-

ktycznej, jaką urządzono z powodu zjazdu higienistów w r. b. w Warszawie, opracowany został plan szkoły jednoklasowej i Sekcyja wychowawcza W. T. H. chętnie nimi służyć będzie. Dalej, lekarz miejski mógłby zwracać uwagę na należyte przewietrzanie i oczyszczanie pomieszczeń szkolnych, mógłby wraz z nauczycielem umówić się co do tego, ażeby np. podczas przerw między lekcyami wszyscy uczniowie opuszczali klasę, a okna w niej były otwierane, chyba że nadzwyczajna niepogoda na to nie pozwoli; ażeby ze względu na łatwość przenoszenia się chorób zakaźnych przez szkołę podłoga w niej była zamiatana na mokro i była myta gruntownie wodą z sodą przynajmniej raz na miesiąc; ażeby okna były codziennie wycierane i wolne od wilgoci i kurzu przepuszczaly możliwie większą ilość światła; ażeby w rogach klasy stały spłuwaczki i t. p. W sprawie konstrukcyi ławek szkolnych lekarz miejski mógłby służyć informacyami, zaczerpniętymi choćby z czas. „Zdrowie“, w którym nieraz o tem pisano. Na wspomnianej wyżej wystawie przedstawiono między innymi prosty i tani system ławek dwusiedzeniowych z ruchomemi blatami i siedzeniami.

W higienie nauczania lekarz miejski nie wiele zdziałać może. Zato w dziale trzecim, higienie indywidualnej młodzieży szkolnej, lekarz miejski ma przed sobą szerokie pole do działania.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że do lekarza szkolnego nie należy wcale leczenia uczniów, a jedynie kontrola nad ich stanem fizycznym. Otóż, najpierw byłoby rzeczą bardzo pożądaną zbadać stan fizyczny dzieci. W pracach higienicznych powołujemy się na statystyki niemieckie, szwedzkie, duńskie i t. p., więc dlaczegóż nie moglibyśmy stworzyć statystyki rodzimej, z uwzględnieniem warunków miejscowych. Przy odrobinie dobrej woli wcale o to nie trudno.

Do badań mógłby służyć pokój nauczyciela, ewentualnie klasa podczas dwugodzinnej pauzy. Z przyrządów wystarczą: waga (najlepiej systemu Fairbanks'a, podziałki wyrażone w kilogramach), drążek z podziałkami centymetrowymi, lub znaki odpowiednie na ścianie, miara centymetrowa i tablica Snellena. Pożądanem byłoby uwzględnić przy badaniu następujące punkty: 1) wiek, 2) wzrost, 3) waga, 4) ogólne odżywianie, 5) obwód klatki piersiowej, 6) stan narządów wewnętrznych (serce, płuca, przepukliny), 7) wzrok i stan oczu, 8) słuch i stan uszu, 9) stan kręgosłupa, 10) stan jamy ustnej (zęby, wymowa), 11) czystość skóry, 12) uwagi. Po zbadaniu siły wzroku przez polecenie odczytywania z danej odległości różnych rzędów tablic Snellena, należy zwrócić uwagę na stan powiek i odwróciwszy je, stwierdzić, czy dziecko nie ma jaglicy. Siłę słuchu można zbadać polecając chłopcu z odległości 5—6 łokci powtarzać szeptem wymawiane do niego wyrazy lub liczby.

Podobne badanie, trwające przy pewnej wprawie dla każde-

go ucznia około 10 minut, oprócz tego, że dostarcza materiału statystycznego, pozwoli lekarzowi zwrócić uwagę dziecka na różne braki, np. na brud ciała, na obecność przepukliny, na jaglicę, na wadliwe trzymanie się i t. p. Dzieci na czynione im uwagi są bardzo wrażliwe i starają się, by np. na powtórna, nagane co do braku czystości ciała nie zasłużyć. Z dziećmi podejrzanymi o samogwałt lekarz miałby mieć na osobności odpowiednią rozmowę.

W szkołach średnich w większych miastach, gdzie lekarz ma do czynienia zwykle z rodzicami o wyższej nieco kulturze, sam w drodze listownych uwag daje rodzicom rady i wskazówki co do zauważonych u dziecka braków, a w razie potrzeby kieruje je do specjalisty. W Niemczech nawet w szkołach ludowych zarząd szkoły po zbadaniu dziecka przez lekarza szkolnego przesyła rodzicom blankiet, w którym zawiadamia ich, że „w interesie szkoły i dziecka leży, by spostrzeżone u niego takie a takie braki zostały w możliwie krótkim czasie usunięte.“ U nas niestety zbyt dużo jest jeszcze analfabetów, by podobne zawiadomienia można było w szkołach ludowych rozsyłać. Lekarz miejski mógłby jednak w razie zauważenia jakiejś wady polecić chłopcu, by z rodzicami przyszedł do niego do domu.

Badania swe, których wyniki byłyby zapisywane na oddzielnych dla każdego chłopca arkuszach, lekarz powtarzałby przy końcu roku szkolnego. Przypuściwszy szkołę miejską, złożoną z 200 uczniów, podobne badanie zajęłoby lekarzowi do 3-ch tygodni czasu, licząc z godziny dziennie. W ciągu roku lekarz mógłby choć raz w tygodniu, przytem w różne dni, odwiedzać szkołę i choć pół godziny w niej przebyć; przez ten czas mógłby skontrolować u kilkunastu uczniów czystość ciała, już to polecając im pokazać ręce i nogi, a w razie potrzeby wywołując ich dla szczegółowych oględzin do pokoju nauczycielskiego. Dalej lekarz podczas takiej wizyty mógłby wciąż przypominać dzieciom o najważniejszych przepisach higienicznych, o myciu rąk przed jedzeniem i po jedzeniu, o myciu się zrana i na noc, o zmianie bielizny, o płukaniu ust, o powolnem żuciu pokarmów, o prostem trzymaniu się, o śnie i t. p.; motywując podawane przepisy zasadniczymi wiadomościami z dziedziny anatomii i fizjologii. Udzielając pochwały uczniom pod względem czystości ciała wzorowym i zastydżając brudnych, lekarz mógłby wytworzyć wśród nich szlachetną w tym kierunku emulację. A że można tego dopiąć, o tem śmiało, na mocy własnego doświadczenia, zapewnić kolegów mogę.

Lekarz miejski, od którego w pewnej mierze zależy urządzenie kąpieli czy łaźni w danem mieście, mógłby wpływać na regularne uczęszczanie do niej młodzieży szkolnej.

W szkołach ludowych, wiejskich przynajmniej, działalność le-

karza szkolnego będzie niezbyt szeroka, niemniej jednak doniosła. Naszem zdaniem, dla szkół najbliższych przy danem mieście powiatowem tej czynności mógłby się podjąć lekarz powiatowy, dla innych—koledzy lekarze z najbliższej osady lub miasteczka, z którymi lekarz powiatowy mógłby się porozumiewać.

Jak to już wspominałem, przy budowie szkół ludowych wiejskich głos lekarza powiatowego, obeznanego z wzorami i typami szkół ludowych miejskich gdzieindziej, a choćby z typem, zalecanym przez Warszawskie Towarzystwo Hygieniczne, powinien być rozstrzygający. Badania dzieci szczegółowego po wsiach trudno mi od lekarzy żądać. Niemniej jednak wyżej wspomniani lekarze mogliby mieć najpierw ogólny dozór higieniczny nad szkołą. Nie zapominajmy, że wpływ szkoły pod tym względem na dzieci jest olbrzymi. Dziecko, widząc w szkole czystość podłogi, sprzętów, okien, widząc jak nauczyciel dba o przewietrzanie izby szkolnej, zaczyna uświadamiać sobie ważność tych rzeczy, nabiera zamiłowania do czystości i to zamiłowanie bezwiednie przenosi na swoje otoczenie.

Lekarz, odwiedzając co pewien czas daną szkołkę ludową, mógłby pewnego razu obejrzeć np., czy dzieci nie są dotknięte jaglicą, innym razem - czy nie mają przepuklin, a przede wszystkim mógłby kontrolować czystość dzieci, udzielać pochwały czystym i strofować brudne; dalej, mógłby pogawędzić z niemi o ważniejszych zwyczajach higienicznych, a może być pewien, że dziecko niejedną jego radę spełniać będzie i choć ojciec np. myć się będzie, biorąc do ust wodę i polewając nią ręce, a następnie myjąc twarz, syn, który słyszy od doktora w szkole, że tak się myć nie należy, z pewnością będzie używał miski. Ojciec i matka o niejednym więc przepisie higienicznym dowiedzą się od dzieci swoich, a sam wstyd przed niemi zmusi rodziców do zmiany obyczajów.

Popularyzowanie wiadomości higienicznych w książkach i broszurach posiada znaczenie doniosłe, daleko jednak donioślejsze znaczenie posiada wytworzenie zwyczajów czyli nałogów higienicznych, a szkoły zarówno średnie, jak i najniższe, z prawidłowo funkcjonującą w nich instytucją lekarzy szkolnych przedstawiają po temu pole najodpowiedniejsze i nie wątpimy, że z młodzieży szkolnej rekrutować się będą najgorliwsi pionierzy praktycznego szerzenia zasad higieny w społeczeństwie.



Krytyka i bibliografia.

W. Weresajew. Spowiedź lekarza. Z upoważnienia autora spolszczył Roman Gutowski. Warszawa, r. 1902.

Edmund Biernacki. Istota i granice wiedzy lekarskiej. Z przedmową Juljana Ochorowicza. Warszawa, r. 1909.

Dwóch naraz tłumaczy *) znalazły rozgłosne „Notatki lekarza“ (Записки Врача), w języku polskim wydane pod nieścistym nagłówkiem: „Spowiedź lekarza.“ Utwór Weresajewa, namiętnie czytany przez publiczność został z bezwzględnym uznaniem przyjęty przez krytykę literacką, spotkał się z podzieloną opinią sfer lekarskich. Gdy większość lekarzy prawie od czci odsądzała autora za przesadę, według ich zdania, w przedstawianiu ujemnych stron wykonawstwa lekarskiego, przesadę szkodliwą dla zawodu lekarskiego, a więc — pośrednio — i dla publiczności; mniejszość — z uznaniem wyrażała się o mężkiem wystąpieniu autora, który, nie licząc się ze względami *savoir-vivre*'u stanowego, odsłonił braki w ukształceniu lekarza otrzymującego dyplom, więc prawo leczenia; uprzytomnił wątpliwości, dręczące umysł i sumienie myślącego lekarza z powodu niedoskonałości naszej wiedzy i sztuki; zesumował krzywdy niekiedy wyrządzane choremu z powodu omyłek lekarskich, — jednym słowem skreślił, z wielkim pisarskim talentem, nadzieje i rozczarowania człowieka, który z wiarą w potęgę nauki przystąpił do studyów lekarskich i do praktyki, natknął się zaś i tu i tam na zbyt wiele wątpliwości i udręczeń moralnych przy próbie praktycznego zastosowania nabytej wiedzy.

Dzieło Weresajewa cieszy się ogromną poczytnością wśród publiczności inteligentnej. Na to powodzenie wiele powodów się złożyło. Publiczność wogóle chętnie czytuje utwory, odsłaniające tajemnice zawodowe; kwestye zaś, w dziele Weresajewa omawiane, były szerszej publiczności zgoła nieznaną; dzieło Weresajewa było promieniem jaskrawo oświetlającym mnóstwo faktów, przed publicznością zwykle w tajemnicy utrzymywanych, a dotyczących spraw dla niej najważniejszych, bo zdrowia.

Większość lekarzy łatwo i trwale oswoiło się z wieloma zasadami postępowania lekarskiego, które nasuwały im pewne wątpliwości moralne ongi, w początkach ich praktyki; ta większość zawrzała oburzeniem po przeczytaniu dzieła poddającego krytyce wątpliwe lub zgoła niewłaściwe strony postępowania lekarskiego. Rzecz dziwna, że ci sami lekarze, ludzie na ogół o szerszych poglądach

*) Drugie tłumaczenie wydane zostało w Lwowie.

społecznych, którzy pochwalą urzędnika, odsłaniającego ujemne strony biurokracji, ci sami lekarze są nadmiernie, więc niesprawiedliwie, wrażliwi na krytykę stanu lekarskiego.

Praca Weresajewa, usiłująca wskazać na braki naszego zawodu, nie jest bynajmniej utworem renegata, siłającego się oczernić *quand-même* swą wiarę dawniejszą; nie! jest to utwór człowieka może przeczulonego, ale szlachetnego, miłującego społeczeństwo i zawód lekarski, bolejącego nad wadami lekarzy i nad niedoskonałością medycyny, od której publiczność, zgoła w tym względzie nieuświadomiona, stale żąda rzeczy niemożliwych, oskarżając zwykle lekarza za winy—medycyny.

Według mego zdania, prawie całe dzieło Weresajewa nie tylko jest ciekawe, lecz nawet pożyteczne dla publiczności nielokarskiej; lekarze zaś, nie znajdując w niem naogół nic nowego, z korzyścią przeczytać je mogą; pobudzi ono ich bowiem do zastanowienia się nad wieloma takimi kwestyami, które uważać zwykłe za rozwiązane.

Krytycy lekarscy zarzucają autorowi, że dzieło jego będzie bronią dla tak licznych nieprzyjaciół stanu lekarskiego, w rodzaju homeopatów, natur-arztów i innych sektantów, siejących—dla własnego interesu.—niewiarę w skuteczność medycyny.

Na ten zarzut odpowiedzieć należy słowami autora, który we wstępie powiada, że: albo medycyna na wiarę niezasługuje—szalbierstwem było by przeto tumanienie publiczności; albo też, że istnieją pewne wady usuwalne, lecz nie usunięte — przeto próby usunięcia owych braków tylko korzyść lekarzom i społeczeństwu przynieść mogą.

Zarzucają mu, dalej, niejednolitość wykładu, sprzeczności: w jednym miejscu potępia autor medycynę, w drugim odzywa się o zawodzie lekarskim z największym uznaniem. Te braki zależą jednak od charakteru tego utworu. Autor spisuje przecież swe *w r a z e n i a*, a każdy przyzna, że lekarz przeżywa różne chwile: chwile dumy i zadowolenia z wiedzy lekarskiej i swej sztuki, gdy udaje mu się pomóc cierpiącemu; i chwile przygnębienia, może rozpaczy, kiedy nasze chęci najlepsze i wysiłki rozbijają się o niemoc naszych środków.

Ten sam Weresajew, gdyby był prawnikiem, wydałby jakieś „Zapiski prawnika,“ gdzie by opisywał rozterkę duchową między marzeniem o zawodzie adwokata lub sędziego, a praktycznym wykonawstwem zawodu adwokata, który czasem broni szalbierzy, i zawodu sędziego, sprawującego swój szczytny urząd z obojętnością automatu. Weresajew — jako człowiek krytyczny i bardzo wiele wymagający od ludzi i wiedzy, znalazłby niewątpliwie pole do krytyki i refleksyi we wszystkich gałęziach wiedzy ludzkiej i służby społecznej.

Był lekarzem, więc bolał nad niedoskonałością sztuki i wiedzy lekarskiej. Przedmiotem działalności lekarskiej jest człowiek, jest zdrowie; krzywda przez niestosowne postępowanie lekarskie

wyrządzona jest często niepowetowana, a w każdym razie częściej uda się naprawić błędy popełniane w innych dziedzinach działalności ludzkiej, aniżeli w zakresie postępowania lekarskiego; bardzo za tem słuszne jest żądanie autora, aby lekarze przystępowali do praktyki uzbrojeni w większy, niż dotychczas, zasób wiedzy praktycznej: system kształcenia lekarzy obecnie panujący karmi nasz umysł przeważnie teorią. Nie jest to żądanie nowe, ale sprawa jest tak pierwszorzędnej wagi, tak dalece obchodzi ogół, obchodzi w s z y s t k i c h, że jej wytoczenie na forum przez utalentowane pióro—równie na dobro autora musi być zapisane.

Niewłaściwą, zabarwioną niekrytycznym pesymizmem, nazwać natomiast można rozpacz autora z powodu bezsilności medycyny wobec wielu cierpień, wobec jej niezajomości wielu spraw biologicznych; ależ we wszystkich dziedzinach wiedzy wiele jest jeszcze zagadnień nierozstrzygniętych; biologia i medycyna nie stanowią tu wcale wyjątku.

Takim bezkrytycznym pesymizmem zabarwione są też niektóre przykłady przez W. przytoczone. Tak np. przypadek uszkodzenia podczas operacji kiszki, otoczonej licznymi zrostami, który spowodował śmierć chorej, nasuwa autorowi pytanie, czy ów lekarz—winowajca ma prawo moralne zajmowania się nadal praktyką lekarską. Autor rozstrzyga to pytanie przecząco!

Wiele miejsca poświęca autor rozprawom o ofiarach takich operacji, których technika nie jest wyrobiona. Zapomina autor o tem malum necessarium, że większość ważniejszych zdobyczy wiedzy okupiona bywa ofiarami.

Ogromne wrażenie wśród publiczności wywołał rozdział, w którym autor opisuje doświadczenia, nad chorymi—bez ich wiedzy i czasem ze szkodą dla ich zdrowia—czynione. Jest to czarna karta medycyny, zawsze godna napiętnowania, ale też przez wszystkich prawie znakomitych lekarzy oddawna potępiona; jeśli autor ponownie tę sprawę wytacza, nie dzieje się przez to krzywda nikomu, zarzucić jednak autorowi należy, że nie uwydatnił, jak dalece takie postępowanie jest przez najlepszych przedstawicieli medycyny osądzone.

Niewiadome przyczyny powstawania wielu chorób, sprzeczności w poglądach na działanie pewnych środków leczniczych, wywołują rozpacz autora i wykrzykniki o jakiejś niższości wiedzy lekarskiej w porównaniu z innymi działami wiedzy. Czyż jednak chemik wie, dla czego fosfor łączy się z tlenem łatwo, srebro zaś trudno; dla czego woda przy zerze zamarza, alkohol zaś nieamarza przy tej temperaturze; czy geolog wie dokładnie, w jaki sposób powstaje nafta lub źródła wód mineralnych i t. d.—czy te lub inne kwestye, dotychczas nierozstrzygnięte, upoważniają chemika lub geologa do potępiania swej nauki czy, wreszcie i w pedagogii, filozofii lub prawodawstwie nie zmieniają się naukowe poglądy? To też te ustępy książki W. tchną niemłą i niesprawiedliwą przesadą.

Z namiętną krytyką ze strony lekarzy spotkał się rozdział „Notatek,” w którym autor powstaje przeciw sekcyom, bez zgody rodziny zmarłego, w szpitalach dokonywanym; lekarze uważają takie wystąpienie autora za hołdowanie przesądom: sekcyja bowiem krzywdy nikomu żadnej nie przynosi; jeden z krytyków posunął się nawet do obelgi, pomawiając autora o denuncyację, ponieważ autor wypowiedział zdanie, że prawo w Cesarstwie (u nas, zresztą, obowiązują w tym względzie inne przepisy) pozwala na dokonywanie sekcyi w celach naukowych tylko w klinikach, nie zaś— w szpitalach ogólnych. Gdy ktoś uświadamia ludzi mniej oświeconych, praw swych nieświadomych, a przeto często poniewieranych, nazywa się to czynem obywatelskim; gdy zaś ktoś inny przypomniał części społeczeństwa o pewnej kategorii nadużyć przez lekarzy na niej spełnianych (nadużyciem bowiem należy nazwać czyn, na prawie nie oparty, wbrew woli czyjejs na kimś spełniany), do czekać się może nazwy . . . denuncyanta! Wszyscy uznajemy doniosłość sekcyi dla wiedzy lekarskiej, jednak nie przestane—w ślad za autorem—uważać za niesprawiedliwość krzyczącą, gdy tę ofiarę lub ten obowiązek w imię nauki ponosić będzie tylko pewna część społeczeństwa, zmuszona najczęściej przez nędzę do leczenia się w szpitalach. Obowiązki, ciężące na wszystkich sferach społeczeństwa, mogą być niekiedy przykre i uciążliwe, lecz nie wywołują rozgoryczenia; wszelkie zaś prawa wyjątkowe, obciążające pewne tylko klasy społeczeństwa, choćby w imię najszczytniejszych idei, za krzywdzące uważać należy. Dopóki przeto ulegać nie będą sekcyi wszyscy zmarli, jak to ma miejsce w przypadkach sądowych, sekowanie zmarłych w szpitalach bez zgody—za życia wyrażonej — zmarłego lub wbrew woli rodziny zmarłego— za niesprawiedliwość uważać należy.

Że cywilizacyja współczesna pociąga za sobą pewne wydelikacenie ustroju naszego, a co z tego wypływa—mniejszą odporność, nieulega wątpliwości; jednak za wielką przesadę uważać należy twierdzenie autora, jakoby ściśle stosowanie się do wymagań higieny powodowało osłabienie ustroju człowieka. Autor powiada, że higiena zabrania ciężkiej pracy na chłodzie w zimie, może to bowiem spowodować zaziębienie. Dla czegoż jednak, pyta się autor, nie przeziebia się kawka, śpiąca w zimnem powietrzu jesiennem, dla czego nie zaziębia się jelen w szalonym pędzie przebiegający tundrę przy 30° mrozu. Przykłady takie zaimponować mogą ludziom chyba bardzo mało inteligentnym. Czyż autor wątpi, że temperatura dla jelenia nie niebezpieczna dla kawki zabójczą będzie; dla czego autor nie przytoczył, że tygrys, jaskółka zimna nie znoszą, róża na mrozie uwiednie. Samojed znosi temperaturę taką, jaka dla włocho nader przykra będzie.

Kilka ostatnich rozdziałów swej książki poświęca autor stosunkom publiczności do lekarzy; barwnie maluje wyczerpującą nerwy działalność lekarską, przypisywanie winy lekarzom w przypadkach zgoła od nich niezależnych, nagłe zmiany w zachowywa-

niu się otoczenia chorego względem lekarza, od bezgranicznej, często nieuzasadnionej, wdzięczności do bezwzględnej gburowatości; wyzyskiwanie pracy lekarskiej przez instytucje społeczne i jednostki prywatne; wykazuje niesłusność przepisu prawnego, zmuszającego lekarza do stawienia się na wezwanie chorego, często dotkniętego jakimś błahem cierpieniem i t. d.

Poruszyliśmy tylko ważniejsze kwestye w tem dziele rozstrząsane, zmuszeni zaś jesteśmy pominąć mnóstwo innych, godnych zastanowienia.

Można nawet z większością poglądów autora się nie zgodzić, przyznać jednak trzeba, że autor odpowiedniemi oświetleniami mnóstwa faktów z życia lekarskiego zachęca do zastanowienia się nad sprawami, które uważaliśmy za rozwiązane. To też nawet ci, którzy całą książkę, uważają za szkodliwą, przyznać muszą, że się z niej jednak czegoś nauczyli.

Co zaś do publiczności, to nie sędzę, by przeczytanie nawet przesadnie na czarno zabarwionych ustępów, nawet zgoła fałszywych — pozbawiło medycynę, choćby jednego ze zwolenników: chory zawsze do lekarza się zwróci, szczególnie chory z tej sfery, która dziełko Weresajewa czytała. Natomiast po przeczytaniu tego dziełka nie będzie tak często winił niedoskonałości swego lekarza, ale — niedoskonałość medycyny. Taki stan uważam za lepszy, bo bliższy prawdy.

Pamiętajmy przy tem, ile W. poświęca miejsca opisowi ofiar i poświęceń lekarskich, ile niesprawiedliwości społeczeństwa w stosunku do lekarzy! Poczytność dzieła W. przyczyni się do spopularyzowania tych prawd, które dotąd tylko w kołach lekarskich były znane.

Tłumaczenie p. Gutowskiego na język polski jest udatne i staranne, tak, że chwilami zapomina się, że czyta się przekład.

Piśmiennictwo polskie posiada dzieło oryginalne, zajmujące się tematem bardzo blizkim treści dzieła Weresajewa; mówię tu o dziele Edm. Biernackiego, którego tytuł w nagłówku przytoczyliśmy, wydanem nakładem Bibl. dzieł wyborowych. Dzieło Weresajewa wywarło najróżnorodniejsze komentarze ze strony krytyki i publiczności; nad pracą Biernackiego ogół za prędko przeszedł do porządku dziennego, w piśmiennictwie zaś lekarskiem nie spotkała się ta praca z dokładniejszą krytyką.

Praca Biernackiego zaszczycona została przedmową Ochorowicza, która — co prawda — ma związek zbyt luźny z dziełem Biernackiego; wypowiada w niej Ochorowicz poglądy, zgoła niezgodne z poglądami przez Biernackiego wypowiedzianymi; to też dzieło, o którym mowa, śmiało mogło by się obejść bez słów polecających Ochorowicza, którego poglądy na sprawy lekarskie, cechują się może pewną oryginalnością, niestety na żadnych podstawach naukowych nie opartą.

Myślą przewodnią pracy Biernackiego jest chęć przekonania publiczności nielekarskiej, dla której dzieło jest przeznaczone, o wartości samoleczniczych sił naszego ustroju w walce z chorobami. Wyzdrowienie chorego nie jest zasługą lekarza, medycyna bowiem nieposiada żadnych środków swoistych przeciw chorobom, oprócz bardzo nielicznej ilości środków, w rodzaju rtęci i jodu przy przymiocie, chininy przy zimnicy i niewielu innych. W krótkim rysie historycznym najróżnorodniejszych poglądów na choroby i leczenie, autor wylicza te błędne drogi, po których kroczyły umysły lekarskie, zanim doszły do świadomości, że większość chorób ma zejście pomyślne dzięki samoobronie ustroju, że różne środki lekarskie, którym ongi lekarze przypisywali znaczenie uzdrawiające, odgrywały najwyższą rolę środków usuwających lub łagodzących pojedyncze objawy chorobowe. Na poparcie powyższego twierdzenia autor przytacza działanie mnóstwa środków i rękoczynów przy leczeniu chorych stosowanych, wykazując, że mają one najczęściej znaczenie środków objawowych, nie posiadają zaś własności, specjalnie na daną chorobę wpływających; dość szczegółowo omawia też autor znaczenie momentu psychicznego, jako czynnika uzdrawiającego w wielu cierpieniach na tle czynnościowym.

Ponieważ nieposiadamy żadnych środków swoistych przeciwko tyfusowi, zapaleniu mózgu lub zapaleniu płuc, przeto niezawsze doniosłe znaczenie dla leczenia ma — zdaniem — B. prawidłowe i wczesne rozpoznanie. Jeżeli dla leczenia rozpoznanie nie jest często konieczne, ma ono doniosłe znaczenie z punktu widzenia przagnozy i ze względu na otoczenie chorego. Autor zastrzega się, że choć często najlepsza dyagnoza dla leczenia żadnego znaczenia nie ma, w wielu jednak przypadkach prawidłowe rozpoznanie może stanowić o życiu chorego (rozpoznanie przymiotu mózgu, ropni okołonerwowych lub mózgowych).

Wobec niedoskonałości leczenia autor odmawia nazwy wiedzy leczeniu; tylko nauka o chorobach, rozwijająca się na podstawie ogólnych zasad wiedzy przyrodniczo-biologicznej, na nazwę wiedzy, podług autora, zasługuje.

Rozpoznanie chorób i leczenie chorych wymaga znajomości różnych manipulacji, w rodzaju opukiwania i osłuchiwania chorego, różnych rękoczynów chirurgicznych, masażu i t. d.; tu więc wchodzi w grę element sztuki. Autor wypowiada zdanie, że wykonawstwo lekarskie ma więcej pokrewieństwa z czynnościami rzemieślniczymi, niż ze sztuką, wyrażając się (str. 108) tak: „ostatecznie w zakresie sztuki lekarskiej chyba nie wiele więcej potrzeba talentu, niż do dobrego wyheblowania deski, do dobrego zrobienia . . . pończochy.“ Przy rozpoznawaniu zaś chorób gra już, według autora, pewną rolę twórczość; jeżeli przeto pod względem zdolności rozpoznawania chorób lekarze różnią się między sobą, te różnice stają się bardzo niewielkie, gdy chodzi o leczenie; jednymi i tymi samymi środkami leczniczymi rozporządzają wszy-

scy lekarze. Że zaufanie do lekarza, t. j. moment psychiczny, pewna aureola, otaczająca lekarza, odgrywają niepoślednią rolę w sztuce leczenia—nie ulega wątpliwości. Autor dużo miejsca poświęca kwestyi powodzenia lekarskiego, które najczęściej, według autora, zdobywa się nie wiedzą, ale innymi, nic wspólnego z wiedzą nie mającymi, środkami. W końcu autor tłumaczy powstawanie różnych sekt lekarskich w rodzaju homeopatii, baunszeidyzmu, metody Kneipa i t. d. i wykazuje ich szkodliwość.

Tak przedstawia się w głównych zarysach treść dzieła d-ra Biernackiego.

Przyznać muszę, że ta praca wcale korzystnego wrażenia nie robi; czytelnik z medycyną nieobeznany, a dla tych sfer to dziełko jest przeznaczone, musiał otrzymać zgoła fałszywe pojęcie o środkach, którymi rozporządzają lekarze w celu uzdrowienia chorego. Twierdzenie autora o bezsilności wiedzy leczniczej jest jednostronne i grzeszy prawie tendencyjnością. Czyż autor zapomniał o rezultatach, osiągniętych przez chirurgię (o czem tylko mimochodem autor wspomina), okulistykę, akuszerję, ginekologię i t. d.? Autor ograniczył się do wyników otrzymywanych przy leczeniu chorób wewnętrznych, zapominając o innych działach medycyny; wręcz więc fałszywie informuje czytelnika.

Może mi odpowiedzieć autor, że za pomocą zabiegów chirurgicznych, ginekologicznych i t. d. nie leczymy, ściśle mówiąc, chorób, narządy bowiem nie zawsze po odpowiednich zabiegach wracają do stanu normalnego; lecz zaprzeczyć trudno, że za ich pomocą uzdrawiamy chorego, co jest głównym celem postępowania lekarskiego. Z powodu ograniczenia się do jednego tylko działu medycyny, autor wypowiada i w dalszem rozumowaniu fałszywe poglądy. Twierdzenie, że pod względem umiejętności rozpoznawczych lekarze różnią się, wszyscy zaś rozporządzają jednakowym arsenałem leczniczym, jest znów nieściśle. Jeżeli pod wyrazem arsenał leczniczy zechcemy pojmować przepisywanie recept, to autor ma niejaką słusność, chociaż i tu wybór środka i sposób zastosowania grają tak wielką rolę, jak i jego jakość, a zależą od indywidualności lekarza; jednak dziś zapisywanie recept odgrywa rolę wogóle małą przy leczeniu chorych, przeważnie zaś zalecamy środki dyetetyczne i stosujemy odpowiednie rękocyny. Umiejętność zastosowania odpowiednich zabiegów nie jest udziałem wszystkich lekarzy, a wśród stosujących je nie wszyscy celują równą wprawą. Twierdzenie autora, że w zakresie sztuki lekarskiej niewiele więcej potrzeba talentu, niż do dobrego wyheblowania deski, do dobrego zrobienia pończochy—grzeszy co najmniej . . . nierozważą. Jeżeli autor zapomniał o różnicy choćby w czasie, potrzebnej do wyuczenia się zabiegów lekarskich, mógł przynajmniej zwrócić uwagę na to, że heblowanie deski i robienie pończochy zawsze odbywa się identycznie, zabiegi zaś np. chirurgiczne, nawet najwięcej typowe, wymagają prawie zawsze pewnych odmian, za-

leżnych od indywidualności chorego i talentu, wiedzy, wprawy operującego.

Nie można odmówić prawdy opisom sposobów, jakimi wielu lekarzy zdobywa uznanie publiczności; jest prawdą niezawodną, że wielu lekarzy b sumiennych i ukształconych nie ma powodzenia, gdy natomiast szarlatani cieszą się często sławą powag lekarskich; lecz i w danym przypadku autor wziął pars pro toto: jeżeli bowiem różnymi sposobikami można zdobyć sobie praktykę w jednych gałęziach medycyny, natomiast w innych o to bardzo trudno. Wogóle zaś autor w pracy swej, poruszającej mnóstwo zagadnień lekarskich, niezmiernie dla publiczności ciekawych, jednostronnie je oświetlił, co może być tolerowane w broszurce agitacyjnej, nie zaś w dziele, mającem charakter popularno-naukowy.

To też, jeśli obie prace tu rozbieżane z sobą zestawilem, to uczynilem to jedynie w celu przypomnienia, że i w polskiej literaturze wystąpił lekarz przed forum ogółu, odsłaniając braki współczesnej medycyny, jako nauki i sztuki. Gdy jednak Weresajew uczynił to jako człowiek bolejący z przyczyny niedoskonałości naszej, Biernacki uczynił to zbyt „trzeźwo“, zbyt oschle.

Powodzenie i rozgłos książki Weresajewa w znacznym stopniu przypisać należy wielkiemu talentowi literackiemu, z jakim została napisana; w Biernackim znać tylko erudyte, uczonego; literatura nie ma zupełnie.

Józef Saks.



Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński,
A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 1 Августа 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.