

# OPIEKA NAD DZIECKIEM

CZASOPISMO, POŚWIĘCONE OCHRONIE MACIERZYŃ-  
STWA, OPIECE NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ.

---

---

Rok III. Wrzesień-Październik 1925 r. № 5.

---

---

Dr. M. Gromski.

## Walka ze śmiertelnością niemowląt i unifikacja statystyki śmiertelności dziecięcej na kongresie do spraw dziecka w Genewie (sierpień 1925 r.)

Poza fizjologją, patologją i terapią dziecka istnieje jeszcze tak nieprzebrana dziedzina spraw odnoszących się do jego życia, w pierwszym rzędzie do życia jego wśród całego społeczeństwa, że kongres, który obraduje pod nagłówkiem, „kongresu dla spraw dziecka“, z natury rzeczy poruszyć musi nieskończoną ilość najróżnorodniejszych tematów. Utrudnia to w wysokim stopniu referentowi jego zadanie i zmusza do zaznaczenia tych tylko momentów, które w szeregu wygłoszonych referatów, wypowiedzianych przemówień i dyskusyjnych zdań wysuwają na czoło zagadnienia o pierwszorzędnej wartości i znaczeniu.

Technika posiedzeń zjazdowych pozwoliła mi być bezpośrednim uczestnikiem tylko 1-ej sekcji: sekcji higieny i medycyny; o niej więc będę tutaj mówił.

Poruszono 5 zasadniczych tematów:

1. Porównanie metod zwalczania śmiertelności dziecka w czasie ciąży, po urodzeniu i w ciągu pierwszego roku życia.
2. Racjonalne odżywianie niemowlęcia, dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym.
3. Leczenie dziecka słońcem.
4. Zapobieganie ułomności i kalectwu wśród dzieci.
5. Unifikacja statystyki śmiertelności niemowląt.

Postaram się w streszczeniu przedstawić zasadnicze linje wytyczne każdego z pięciu powyższych tematów.

Podstawą dla wyliczenia środków, ograniczających śmier-

telność niemowląt jest poznanie przyczyn tej śmiertelności. Jeżeli mowa o przyczynach przedwczesnej śmiertelności dzieci, to doświadczenie uczy, że wszelkie środki, których celem jest polepszenie warunków życia w najwcześniejszym dzieciństwie jaknajbardziej dobroczynny wpływ wywierają na dalszy rozwój dziecka i, że jak to n. p. widzimy w niektórych kantonach szwajcarskich, najniższą śmiertelność wśród niemowląt spostrzegamy tam, gdzie komisje poborowe znajdują w przeważającym odsetku ludzi zdrowych i silnych. Zorganizowanie higieny i profilaktyki od najwcześniejszej chwili, t. j. od chwili, w której jajko ulega zapłodnieniu, nie tylko zabezpiecza urodzenie dziecka wogóle: stanowi o narodzinach dziecka zdrowego, dobrze rozwiniętego, które w przyszłości przeobrazi się również w zdrowego i silnego człowieka.

Z kwestją tych najpierwszych środków zasadniczych, zabezpieczających śmiertelność przedporodową (poronienia i porody przedwczesne) i śmierć w czasie lub zaraz po porodzie, łączy się kwestja wychowania przedmałżeńskiego zarówno mężczyzny jak i kobiety, zatem sprawa eugeniki.

Od początków 19 wieku jesteśmy świadkami objawu paradoksalnego: podczas, gdy, z jednej strony, ludność całego świata do końca tego wieku wzrosła w dwójnasób z 600 milionów do 1550 (w roku 1921 już 1820 milionów), liczba urodzeń zmniejsza się z roku na rok (we Włoszech z 37,6 na 31,9 na 1000 mieszkańców, w Anglii z 35,2 na 22,4 — od 1861 do 1921 r.). Wytlomaczyć można ten objaw paradoksalny tylko w ten sposób, że śmiertelność ogólna zmniejszyła się w stopniu znacznie większym aniżeli liczba urodzeń, stąd powstaje ta przewyżka, która w rezultacie daje zwiększenie się liczby ludności. Kwestja ilościowa jednak jest stokroć mniej ważną od kwestji jakościowej ludności świata. Przytaczam niektóre liczby: w Anglii w 1912 r. na 1000 rekrutów uznano za niezdolnych przeszło 22,3% w 1918 — 67%. Na 1000 Belgów przypada 1 ślepy lub głuchoniemy, 3 umysłowo chorych, 12 gruźlików, 20 niedorozwiniętych umysłowo, 75 syfilityków, 300 obarczonych kalectwem czyniącym ich niezdolnymi do służby wojskowej. W Niemczech na 1000 mieszkańców przypada 4 idiotów, 1,5 epileptyków, 2 alkoholików, 0,6 ślepych, 0,3 głuchoniemych, 2,6 kalek, 5 gruźlików czynnych. We Włoszech w 1922 roku statystyka stwierdza 28,000 ślepych, 27,000 głuchoniemych, 500,000 ułomnych chronicznych, 45,000 gruźlików, 56,000 umysłowo chorych, 500,000 słabowitych z powodu przebytych cierpień, 36,000 więźniów.

Wiele państw wydają na ten, że się tak wyrażę, balast uczy Ameryka, gdzie w 1921 r. wydano na instytucje dobroczynne 125 m. d., na zakłady dla umysłowo chorych 12 m. d.

Zarówno z wyżej przytoczonymi, straconymi dla ludzkości

osobnikami, ginie człowiek w zaraniu swego życia płodowego, najczęściej z tych samych powodów, które są przyczyną i liczb powyższych: zakażenia i zatrucia przewlekłe rodziców — alkoholizm i syfilis; pozatem, jeżeli mowa o śmiertelności w życiu jeszcze płodowym lub w najwcześniejszym dzieciństwie (2 pierwsze tygodnie życia), przyczyn dopatrywać się należy w ostrych sprawach chorobowych matki. Francja, według prof. Pinard, traci rocznie 35,000 płodów lub dzieci w pierwszych godzinach życia. Przyczyny śmierci w pierwszych (15) dniach życia noworodka są przeważnie identyczne z przyczynami śmierci płodu i stanowią gros śmierci w 1-ym roku życia. Będę o tem mówił przy temacie 5-ym.

Wreszcie na wysokość liczby śmiertelności niemowląt najmłodszych i na t. zw. zdolność porodową (Gebärtätigkeit) danego kraju wpływa również śmiertelność porodowa matek. Jak podaje n. p. dr. Moore z Huddersfield, na 100 śmierci rodzących przypada z powodu:

- drgawek porodowych — 22%,
- niestosunków wymiarowych miednicy — 18%,
- krwotoków — 24%,
- pulmonary apoplexy — 10%,
- ectopic gestation — 5%,
- innych przyczyn — 7%.

Wszystkie przytoczone wyżej liczby świadczą o tem, że eugenika jest dotąd jeszcze ignorowana nie tylko przez szerokie masy, lecz i przez tych, na których leży obowiązek jej propagowania. Jeżeli chcemy walczyć ze śmiertelnością niemowląt, należy walkę tę rozpocząć jeszcze zanim nastąpiło porznięcie płodu. Zaświadczenia lekarskie, na mocy których zezwala się na małżeństwo istnieją od 1922 r. w Danji. W innych krajach jedynie szeroko ujęta propaganda walczy z najczęstszą przyczyną poronień, przedwczesnych porodów i wczesną śmiercią niemowląt — z syfilisem. (Couvellaire w Klinice Baudelocque'a stwierdza, że trzecia część śmierci płodu jest spowodowana syfilisem). Amerykańska Liga narodowa, zwalczająca niebezpieczeństwo weneryczne spowodowała wydanie prawnego obowiązku zgłaszania chorób wenerycznych i organizację specjalnych przychodni leczniczych. W Chicago w ciągu ostatnich 5 lat leczono w tych przychodniach 750 tys. ludności. Jeżeli mowa o innych przyczynach śmierci płodu lub wczesnej śmierci niemowlęcia, to liczby ogólne wykazują, że przecięciowo na 1 milion urodzin 50,000 dzieci lub płodów ginie podczas ciąży lub w pierwszych dniach życia.

Poza syfilisem toxemia ciężarnych jest jedną z ważkich przyczyn. Należy jednak zaznaczyć, że śmierci noworodka w czasie porodu, zgodnie z opinią znanych akuszerów, w większości przypadków da się uniknąć.

Do tej samej grupy przyczynowej śmierci należy włączyć i śmierć noworodka w pierwszych 15-tu, względnie, jak chcą inni, 30-tu dniach życia.

Przecięciowo na 100 zmarłych w pierwszym roku życia przypada:

12 do 14 śmierci przed 5-tym dniem,

30 — 35 śmierci przed 30-ym dniem,

50 — 60 śmierci przed 90-tym dniem,

(według Gullon i Guilhand).

Wallich z Klinki Baudelocqua odróżnia trzy grupy przyczyn śmierci noworodka: akuszerskie, lekarskie i społeczne. Te pierwsze stanowią 25%, drugie 75% i do nich należy t. zw. słabość wrodzona, zaburzenia w odżywianiu, choroby zakaźne; przytem największa liczba ofiar z powodu tych trzech grup przypada na t. zw. dzieci nieślubne i dzieci rodzin rozwiedzionych.

O liczbach dotyczących śmiertelności wczesnej i przedurodzeniowej mówić będę w dalszym ciągu. Kilka słów poświęcę obecnemu stanowi śmiertelności niemowląt, aby w dalszym ciągu przejść do tematów, które poruszyły sprawę walki ze śmiertelnością dzieci wogóle.

Stwierdza się w ciągu ostatnich 50 lat znaczną poprawę w tej dziedzinie: spadek śmiertelności w Skandynawji z 11% (Szwecja) i 9,6% (Norwegja) w 1881 r. do 6,4%, wzgl. 6,3%; z 26,5% do 8,16% (1885 — 1919) w Ameryce, a z 10% na 5,12% (1880 — 1924) w N. Yorku, co jest tembardziej dobitne, iż liczba niemowląt w tem mieście wzrosła z 36,000 na 145,000; z 15,4% (1861 — 1870) w Anglii do 7,5% w 1924; z 19% (1880) w Holandji na 5,12 w 1924 r., z 19,2% (1871 — 75) w Finlandji na 9,5% (1921 — 25); z 12,9% (1903) w Danji na 9% w 1922 (7,8% w Kopenhadze) i t. d.; przypomnieć wreszcie należy i N. Zelandję z jej wyjątkowo niską śmiertelnością niemowląt, wynoszącą zaledwie 4,5%.

Według przyczyn przypadki śmierci niemowląt podzielić można na następujące 4 rubryki:

słabość wrodzona 35%,

zaburzenia żołądkowo-kiszkowe 35%,

schorzenia dróg oddechowych 15%,

inne choroby 15%.

Z przyczynowości śmiertelności niemowląt wynikają wskazania do jej zwalczania.

Wspomniałem już o wskazaniach eugeniki, o poradniach eugenicznych, nawet o obowiązującym w Danji przedstawianiu świadectw lekarskich przy zawieraniu małżeństwa. Wraz z ulepszeniem systemu wyszkolenia akuserek zmniejsza się również liczba porodowej śmiertelności niemowląt. Tak zwana słabość wrodzona i poród przedwczesny są najczęściej wyni-

kiem niedostatecznej opieki nad ciężarną. Opieka dotychczasowa jest niewystarczająca. Prawo Paul Straussa (8 tygodni odpoczynku na okres porodu) jest przestarzałe; żądania prof. Pinard'a dotyczące zakazu pracy w fabrykach kobietom ciężarnym, karmiącym lub przed 6-ciu miesiącami po porodzie nie zostały dotąd uwzględnione.

Zaburzenia w odżywianiu i choroby żołądkowo-kiszkowe stwierdzają raz jeszcze, że formuła klasyczna Theophile Russelama i dziś jeszcze ma pierwszorzędną wagę; możnaby ją sparafrazować: oddzielanie niemowlęcia od matki, jego opuszczenie stanowi istotne przestępstwo, częściej spowodowane jednak winą ojca nie znajdującego swych obowiązków, aniżeli winą matki, a może najwięcej—winę samego społeczeństwa, nie umiejącego otoczyć dostateczną opieką świętości macierzyństwa.

Jednak naogół stwierdza się istotny postęp w opiece nad niemowlęciem, w opiece, której głównym celem jest dostarczenie odpowiedniego pod względem jakości i ilości pożywienia i kontroli nad jego rozwojem. Jeżeli chodzi o pożywienie, nie można pominąć danych Biura Higjeny Międzynarodowej fundacji Rockefellera: w N. Yorku % śmiertelności niemowląt z powodu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych spadł od 1885 do 1919 z 85 na 15%, gdy liczba Stacyj Opieki zwiększyła się z 4 na 88 (latem 8 Stacyj więcej). Niestety kontrola produkcji mleka w wielu krajach jest jeszcze zupełnie niewystarczająca.

Znaczenie Stacyj opieki jest tak już ustalone, że zatrzymywać się nad niem nie będę; przytoczę tylko zdanie p. Weill-Halle, który twierdzi, że należy Stacje oddzielić od klinik, szpitali i ambulatorjów: przedewszystkiem należą one do medycyny zapobiegawczej, a ze względu na kontakt niemowlęcia z chorem dzieckiem łączenie tych dwóch instytucyj jest również niepożądane.

Liczba Stacyj jednak powinna być dla nas przedmiotem interesującym. Belgja posiada ich 993, Austrja 110, w jednej tylko Kopenhadze 9,991 dzieci znajduje się pod opieką Stacyj, N. York posiada ich nieco tylko mniej niż cała Polska.

Bardzo zresztą pożyteczny typ Stacji Opieki nad Matką i Niemowlęciem, gdzie udziela się jej rad i wskazówek, wydaje mleko, czyni różne świadczenia, zaczyna się przeobrażać w instytucję o znacznie szerszym i pełniejszym zakresie, działającą w porozumieniu z władzami miejskimi, z jej urządzeniami, organizacjami higjenicznymi, korzystającą z jej fachowego personelu pielęgniarskiego i t. d.

Kierownicy lekarscy takiej Stacji są to ludzie z coraz większym wykształceniem i rutyną; opieka domowa pozwala na jaknajściślejszy kontakt lekarza z rodziną. Jaknajlepiej przygotowany personel pielęgniarski, kontrola mleka i baczeń

na prawidłowe odżywianie niemowlęcia pozwalają na celową i wartościową akcję. Niemowlęta podlegające opiece podzielić można na dwie grupy: jedna to te, które na skutek prawa Russela, pozostają w rodzinie i są pod kontrolą fachowego personelu, druga — to dzieci opuszczone, umieszczane w rodzinach obcych, zgrupowanych dookoła ośrodka opieki. Ten ostatni rodzaj opieki nad dzieckiem opuszczonym daje znakomite rezultaty.

Debaty nad kwestją śmiertelności niemowląt zakończono uchwaleniem następujących wniosków:

W celu zmniejszenia liczby urodzeń martwych, śmiertelności niemowląt i chorobowości dzieci najmłodszych Kongres uważa za niezbędne:

I. Jaknajszerzej propagować zasady puerikultury przez:

1. właściwe, odpowiednio do wieku nauczanie jej w szkołach niższych, średnich i wyższych;
2. organizację jaknajwiększej sieci przychodni i poradni eugenicznych dla przyszłych matek i kobiet ciężarnych;
3. rozwój Stacji Opieki nad Niemowlętami prowadzonych według naukowo opracowanego systemu.

II. Ponieważ rozwój normalny dziecka możliwy jest przede wszystkim w ognisku domowym, zatem:

1. instytucje wykonywujące opiekę nad dzieckiem nie powinny zasadniczo odłączać jego od matki, a ta ostatnia karmić je winna własną piersią (wyjątek stanowią wskazania lekarskie);
2. system ten jest możliwy przy dostatecznej liczbie wyszkolonego personelu: lekarzy, pielęgniarek, akuserek;
3. matka karmiąca własną piersią powinna pod względem materialnym znaleźć jaknajwydatniejszą pomoc społeczeństwa.

III. Należy we wszystkich krajach i wszędzie, gdzie się da, ogłaszać przyczyny śmierci wczesnej niemowląt (alkoholizm rodziców, choroby weneryczne) i sposoby zapobiegania

IV. Należy dostarczyć społeczeństwu odpowiedniej i wystarczającej ilości mleka dla niemowląt i zorganizować prawną kontrolę nad przemysłem mleczarskim.

V. Przy katedrach uniwersyteckich należy stworzyć katedry pueri-kultury i opieki społecznej.

#### Unifikacja statystyki.

Programem Kongresu genewskiego objęto również niezmiernie ważną sprawę międzynarodowej unifikacji statystyki śmiertelności niemowląt. Wszystkie referaty w tej materji stwierdzają, że dotychczasowy system statystyki śmiertelności niemowląt, jeżeli chodzi o znaczenie jego dla celów międzynarodowych, jest bezwzględnie niewystarczający; przytem definicje takich naprzykład pojęć, jak poronienie, poród niez-

wy i żywy i t. p. również nie są ujednostajnione, w różnych państwach n. p. obowiązuje różny termin zgłaszania urodzeń, i jeżeli dziecko umrze przed tym terminem, może być zarejestrowane jako urodzone żywo i zmarłe po porodzie, lub jako urodzone martwo. Jeżeli n. p. w mieście o 40,000 mieszkańców urodzi się w roku 1000 żywych i 40 noworodków martwych, a liczba śmierci wszystkich wyniosła 500, w czym 100 niemowląt, i jeżeli z tych 40 martwych zmarło przed oboowiązującym terminem zgłoszenia ich urodzin 15, to wówczas zmienia się i liczby dotyczące całego ruchu ludnościowego: w razie zarejestrowania tych 40 jako martwo urodzone n. p. okaże się, że na 100 porodów urodziło się martwych 3,9, zaś w razie zarejestrowania tylko 25 martwo urodzonych liczba ta zmieni się na 2,4. Odpowiednio zmieniają się i liczby urodzeń żywych w stosunku do 1000 ludności, liczby zmarłych i t. d.

Jeżeli weźmiemy Stany Zjednoczone Ameryki, gdzie rodzi się około 2,500,000 rocznie, umiera w pierwszych 4-ch tygodniach życia 100,000, w pierwszym roku życia 190,000, a rodzi się martwo 100,000, to przy tego rodzaju niejasno postawionej sprawie błędy, jeżeli chodzi o porównawczą statystykę międzynarodową, mogą być bardzo znaczne.

Definicje dotyczące wszystkich spraw należących do tego tematu, wydała do rozpatrzenia wszystkich krajów w dn. 1-go kwietnia r. b. specjalna komisja przy Lidze Narodów.

Życie płodu dzieli się na 3 okresy: przedurodzeniowy (prenatal stage) urodzeniowy (intranatal) i pourodzeniowy (postnatal); ten ostatni okres jest to okres rozmaitej długości — od chwili ukończenia się porodu (głowa, tułów i kończyny dziecka są poza ciałem matki) do pierwszego oddechu. Odróżnia się życie łożyskowe, zależne od oddychania łożyskowego (płód) i pozałożyskowe, zależne od oddychania płucnego (noworodek). Życie łożyskowe kończy się wraz z pierwszym oddechem.

Płód zrodzony przed końcem 28 tygodnia życia, o długości ciała poniżej 35 cm. jest płodem poronionym. Z pojęciem tem łączy się pojęcie zdolności płodu do życia samodzielnego (viabilité). Powyższa definicja poronienia nie oznacza bynajmniej, by płód zrodzony wcześniej lub krótszy nie mógł być zdolny do życia, oznacza tylko, że w razie, gdy jest urodzony martwo, powinien dostać się nie do rubryki martwych urodzeń, lecz do rubryki poronień. I to wymaga uzupełnień w statystykach niektórych krajów, nie jest on bowiem wszędzie jednakowy: w Szwajcarii n. p. wynosi 24, w Japonji 16 tygodni.

Stąd konsekwentnie wypływa termin porodów martwych: terminem tym określamy płód urodzony jako „zdolny do życia“ (a więc po 28 tygodniu ciąży), u którego nie przyszło do pierwszego oddechu. Śmierć płodu określa się z chwilą, gdy przestaje bić serce, jednak do rubryki martwych urodzeń do-

stanie się i ten noworodek, który umarł po urodzeniu i, chociaż serce w nim biło, nie wystąpiły jednak oddechy.

Poronienia i porody martwe są bardzo ważnym zagadnieniem ze stanowiska społecznego; przede wszystkim dla ich wprost olbrzymich liczb. Np. według obliczeń Wolfa w 1921 roku na 1,560,447 urodzeń żywych przypada 195,000 poronień, 50,974 urodzeń martwych. Można obliczyć, jak wszystkie dane statystyczne odnośnie ruchu ludnościowego i zdolności porodowej (Gebährfähigkeit) danego kraju będą fałszywe, jeżeli nie uwzględnimy liczby poronień, która, jak n. p. widzimy w Niemczech, wynosi 4 razy więcej aniżeli t. zw. urodzenia martwe, a te znowu stanowią 3 do 4 $\frac{1}{2}$ % porodów żywych. Należy wejrzeć w przyczyny poronień i martwych porodów, a przyczyny te ustalić można tylko na zasadzie szczegółowej i dokładnej statystyki. W tym celu należałoby przy przypadkach poronień oznaczać czas trwania ciąży, przyczynę poronienia, stan cywilny matki, stan jej zdrowia i przodków, jej wiek, zawód rodziców, miesiąc kalendarzowy poronienia i płęć płodu. Te same uwagi należy uczynić co do rejestracji przypadków urodzeń martwych.

Jeżeli chodzi o śmiertelność niemowląt, należy odróżnić tak zw. śmiertelność wczesną (Frühsterblichkeit) w ciągu pierwszych 2-ch względnie 4-ch tygodni życia i późniejszą — do końca 1-go roku. Obydwa te okresy względem śmiertelności są przyczynowo różne od siebie; wymagają zatem innego stosunku, jeżeli chodzi o zwalczanie tej śmiertelności.

Liczba dzieci umierających w ciągu pierwszego tygodnia życia stanowi olbrzymi odsetek całej śmiertelności w ciągu pierwszego roku życia. W Prusach w 1920 roku zmarło w stosunku do wszystkich zmarłych w pierwszych 15-tu dniach życia: w pierwszym dniu życia 24,5%, w drugim 13,0%, w trzecim — 7,6%; w stosunku do wszystkich zmarłych w pierwszym roku życia zmarło w pierwszych 9 dniach życia 17,1%, w pierwszych siedmiu dniach życia 22%. Jak widzimy liczby śmiertelności w tym okresie życia są znacznie większe aniżeli w ciągu reszty okresów pierwszego roku.

Należy stwierdzić, że o ile dotychczasowa opieka nad niemowlęciem dała wprost nadszpiegowane wyniki, to jednak wyniki te odnoszą się głównie do zmniejszenia śmiertelności niemowląt przeważnie w okresie późniejszym — począwszy od końca 2-go miesiąca życia, natomiast śmiertelność w tym najwcześniejszym okresie niewiele się zmieniła. Ten stan przypisać należy jedynie głębszemu wnikięciu w przyczyny śmiertelności okresu późniejszego i w skuteczną z nimi walkę: ustalenie racjonalnego sposobu żywienia niemowlęcia, zmniejszenie przypadków zachorowań na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, zwłaszcza w porze letniej. Natomiast przyczyny naj-

wcześniejszej śmiertelności nie są dotychczas zupełnie dokładnie ustalone. Tak zwana niezdolność do życia (*Lebenschwäche*) podawana jest jako przyczyna śmierci w 90% przypadków. W Niemczech wynosi ona 78% na 100 zmarłych w ciągu pierwszych 7-miu dni. Termin ten nie jest jednak ścisły, nie nam bowiem nie mówi i przy bliższym rozpatrzeniu da się jeszcze rozłożyć na 3 następujące czynniki (Niemcy 1922-23 rok): wpływ ataku porodowego — 9,3%, poród przedwczesny 71,4%, wrodzona słabość 19,3%; pozatem należy stwierdzić, że i pośród tych 19,3% znajdują się błędne rozpoznania. Oczywiście jest zatem, że ta najwcześniejsza śmiertelność w przeważającej liczbie przypadków zależną jest od porodów przedwczesnych i walka z nią może być jedynie oparta na zmniejszeniu liczby porodów przedwczesnych i śmierci z powodu samego aktu porodowego. Analiza tej śmiertelności wymaga: 1) rejestracji zmarłych według czasu trwania ciąży, 2) według przyczyny śmierci, 3) według wieku i płci zmarłego, 4) sposobu odżywiania, 5) zawodu obojga rodziców, 6) stanu zdrowia ich przodków, 7) liczby porządkowej porodu, 8) miejsca zamieszkania rodziców (wieś, miasto, okręg przemysłowy), 9) porodów wielorakich, 10) wieku rodziców, 11) stanu cywilnego matki.

Walka z nią oprzeć się musi na higieniczno-lekarskiej opiece nad kobietą ciężarną i dzieckiem zaraz po jego urodzeniu i, jak to już wyżej zaznaczyłem, na jaknajszerszym zrealizowaniu potrzeb eugeniki przez zakładanie poradni eugenicznych i przychodni dla kobiet ciężarnych. Wyniki tego rodzaju opieki zmniejszają w znacznym stopniu zarówno śmiertelność samych matek podczas porodu, jak spadek wczesnej śmiertelności niemowląt. Wspomniany już dr. Moore w 1916 roku zainaugurował w okręgu sanitarnym County Borough of Huddersfield dobrowolne zgłaszanie ciąży. W ciągu 9-ciu lat t. j. do r. b. w okręgu tym zanotowano 16,007 urodzeń ze śmiertelnością porodową matek 0,501%; z wyżej wymienionej liczby ciężarnych 4,936 znajdowało się pod stałą opieką, 11,071 — poza opieką. Liczba śmierci matek w tej pierwszej grupie wyniosła — 0,259, w grupie 2-iej 0,618. W New Yorku w ostatnich latach wczesna śmiertelność niemowląt w Stacjach Opieki wynosi 2,6% gdy w całym mieście liczba ta równą jest 3,6%.

Jak widzimy, cały ciężar opieki społecznej i higieniczno-lekarskiej przenosi się w ostatnich czasach z wieku niemowlęcego na kobietę ciężarną i na tych, którzy w przyszłości mają dać życie nowemu pokoleniu.

W sprawie unifikacji statystyki Kongres uchwalił następujące wnioski: I. Kongres aprobuje inicjatywę Komitetu higieny Ligi Narodów w sprawie unifikacji statystyki śmiertelności przedurodzeniowej, porodowej i niemowlęcej, zwłaszcza w sprawie ujednostajnienia definicji urodzeń martwych; kongres zwraca się z prośbą do wszystkich krajów, o wypowiedzenie się co do propozycji powyższego Komitetu na wymieniony temat. II. Kongres zwraca się z prośbą do Ligi Narodów o użycie swych wpływów w tych krajach, w których dotychczas nie wprowadzono obowiązkowej rejestracji urodzeń, a-żeby w czasie możliwie najkrótszym sprawa powyższa była pomyślnie załatwiona.

---

Br. Krakowski.

## Na marginesie Deklaracji Genewskiej.

Z inicjatywy niestrudzonej działaczki na polu opieki nad dziećmi w Anglii Miss Eveline Jobb w dniu 23 lutego ubiegłego roku Rada Generalna Związku Pomocy Dzieciom „Union internationale de secours aux enfants“ uchwaliła t. zw. Deklarację Genewską formułującą w 5 artykułach obowiązki ludzkości wobec dziecka. Każda idea humanitarna, każda myśl zmierzająca do podniesienia poziomu sprawiedliwości i etyki znajduje zawsze w Polsce szczerzy i rzetelny oddźwięk to też społeczeństwo polskie zgłosiło swój akces i podpisało deklarację. Hasło „Ratujmy dzieci“ rozlega się po całym świecie potężnym echem. W dn. 6 stycznia 1920 r. wyłoniono z łona Międzynarodowego Czerwonego Krzyża w Genewie Komitet pomocy dzieciom w Bernie i Tow. Funduszu Ratowania Dzieci „Save the Children Fund“ w Londynie, Międzynarodowy Związek Pomocy Dzieciom, który jak świadczy, powyższa deklaracja rozwinął działalność nie tylko w kierunku niesienia pomocy materialnej, ale również podjął pracę mającą na celu ugruntowanie zasad prawa i moralności. Godzimy się najzupełniej ze słusznością obaw Miss Jobb wyrażonych na kongresie w Budapeszcie, że sanacja skarbu i system oszczędnościowy mogą podciąć fundamenta racjonalnej organizacji opieki, ale wierzymy jednocześnie w tężyznę polskiego narodu i dziejową naszą tradycję. Jeśli poziom opieki społecznej w Polsce w pewnych działach stoi niżej niż na Zachodzie, to wina w tem jedynie wiekowej naszej niewoli, która wstrzymała normalny rozwój życia narodu.

Kiedy jednak coraz częściej powołują się na Zjazdy i organizacje społeczne na deklarację Genewską a nieraz słyszymy zdania, że cudzoziemskie misje humanitarne zapoczątkowały w Polsce w okresie wojny światowej opiekę nad dzieckiem, warto przytoczyć kilka dat historycznych. Prof. Okolski przytacza w swych wykładach trzy okresy historii dobroczynności w Polsce. Pierwszy, kiedy dobroczynność była wyłącznie w rękach duchowieństwa do końca XV wieku (1496) drugi od końca XV do końca XVIII w. (1768 r.) kiedy już władze państwowe wdrażają bezpośrednią akcję, trzeci, kiedy władze państwowe dążą do utworzenia organów wykonawczych i kontrolujących. Główną rolę w dziejach dobroczynności w Polsce odegrały Zgromadzenia zakonne. Pierwszy zakon Benedyktynów w Tyńcu pod Krakowem sprowadzony do Polski przez Bolesława Chrobrego prowadził akcje oświatową i dobroczynną. Dalej zakon maltański przy klasztorach w Poznaniu i Kaliszu założył szereg przytułków. Zakon Kanoników Św. Ducha zakłada szpitale w 1244 r. i oddaje pod nadzór rajcom m. Krakowa. Już w XV w. w szpitalu Kanoników w Krakowie istniały oddziały wychowawcze dla podrzutków. Przy kościele św. Benona w Warszawie istniał przytułek dla sierot obojga płci wraz z warsztatami wychowawczymi. W 1754 r. ks. Gabriel Baudouin wybudował szpital dla podrzutków przy placu Wareckim w Warszawie. Od XVI w. zaczęły pojawiać się po wsiach przytułki i zakłady wychowawcze dla dzieci opuszczonych. Stany Rzeczypospolitej zatwierdzały fundacje prywatne i przedsięwzięły środki w zwalczaniu żebractwa i włóczęgostwa. Początek trzeciego okresu przypada na panowanie Stanisława Poniatowskiego — władze państwowe dążą do ustanowienia organów opieki i odpowiednich przepisów. W 1768 roku były ustanowione komisje „boni ordinis“, które mając za zadanie podźwignięcie miast wdrażały planowość, nadzór i kontrolę w dziedzinie dobroczynności publicznej. W 1775 ustanowiono centralny organ dla zawiadywania dobroczynnością. W czasie Sejmu Czteroletniego były ustanowione Wojewódzkie Komisje dla wdrożenia nadzoru nad działalnością zakładów opiekuńczych. Jak Polska pojmowała opiekę nad dzieckiem świadczy testament Komisji Edukacji Narodowej, która już w wieku XVIII w swych ustawach powiada „Czerstwość, moc zmysłów i sił od pierwszego wychowania w niemowlęctwie od sposobu życia w młodzieńczym wieku niechybnie zawisły“. Jędrzej Śniadecki przed stu zgorą laty rzuca hasło „Społeczność winna hodować i układać ludzi według swych potrzeb i celu, do którego zmierza, a zatem wychowanie młodzieży powinna opisać prawami“. Poczynając od reform Konarskiego poprzez ustawy Wielopolskiego, aż do ofiarnej akcji Jordana i współczesnego harcerstwa ciągnie się

nić, dążąca do wskrzeszenia tężyzny przyszłych pokoleń w myśl zasad Staszica, Kołłątaja i Piramowicza. Fundacje Skarbka, ks. Lubomiskich, ks. Markiewicza świadczą o wielkiej ofiarności społeczeństwa polskiego na cele opieki nad dziećmi. W dobie przedwojennej widzimy szereg fundacji j. n. Raua, Szlenkierów, Glezmera, zmierzających do podniesienia poziomu opieki nad dziećmi. Dwieście czterdzieści pięć instytucyj z Radą Główną Opiekuńczą na czele sprawowało w ciężkich warunkach prześladowań i niewoli pracę oświatowo-opiekuńczą. Z chwilą wskrzeszenia państwa Polskiego nawiązując przerwana nić szczytnej tradycji Komisji Edukacyjnej, Polska zagwarantowała konstytucyjne prawa dziecka w dziedzinie opieki moralnej, wychowawczej i materialnej. Bowiem art. 103 Konstytucji z dnia 17 marca 1921 r. głosi:

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

Odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem może nastąpić tylko w drodze orzeczenia sądowego.

Osobne ustawy normują opiekę macierzyństwa.

Praca zarobkowa dzieci niżej lat 15-tu, praca nocna kobiet i robotników młodocianych w gałęziach przemysłu, szkodliwych dla ich zdrowia, jest zakazana.

Stałe zatrudnianie pracą zarobkową dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest zakazane“.

Szereg szczegółowych ustaw i rozporządzeń normuje opiekę nad dziećmi i młodzieżą. Opieka nad dziećmi obejmuje zgórą 4.000 zakładów i 85.000 dzieci w tej liczbie 920 zakładów zamkniętych na 46.000 dzieci. Możemy więc śmiało powiedzieć, że los dziecka, jego moralny i fizyczny rozwój stanowią i stanowi jedną z największych trosk państwa i społeczeństwa, i że tradycja pracy społeczno-humanitarnej w Polsce w zestawieniu z innymi państwami bynajmniej nie przedstawia się ujemnie.

---

Dr. J. Bogdanowicz.

## Opieka higieniczna nad matką, dzieckiem i młodzieżą w Anglii.

Rozpoczęta w 1921 r. doroczna wymiana międzynarodowa lekarzy, pracujących w zakresie higieny społecznej — oparta finansowo o fundację Rockfellera, a kierowana przez

Ligę Narodów — umożliwiła mi w tym roku (1925) wzięcie udziału w zbadaniu wraz z 14 kolegami z innych krajów Europy — organizacji higieny społecznej w Anglii. Po raz już trzeci zjeżdżali się lekarze podziwiać wspaniałe wyniki osiągnięte tam na polu zdrowia publicznego. Uczestnik pierwszej wycieczki do Anglii, dr. Brunon Nowakowski podał w zeszycie 3 — 4 „Medycyny Doświadczalnej i Społecznej“ z 1923 r. doskonałe, treściwe sprawozdanie z całokształtu wrażeń i obserwacyj, pod tytułem: „Z dziedziny zdrowia publicznego w Anglii“. Nie chcąc więc powtarzać dokonanej już pracy — ograniczę się do rozwinięcia bardziej szczegółowego działu opieki nad matką, dzieckiem i młodzieżą w Anglii.

### OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM DO LAT 5.

Na czele wydziału czy sekcji higieny macierzyństwa i dziecka (do lat 5) przy Ministerstwie Zdrowia stoi starszy lekarz—urzędnik, pani Janet M. Campbell D. B. E. M. D. S. mając do pomocy 9 współtowarzyszek — 4 lekarzy (kobiety) i 5 pielęgniarek — inspektorek. Zadaniem sekcji jest „obniżenie śmiertelności kobiet, związanej z macierzyństwem, opieka nad matką i dzieckiem w czasie porodu i opieka nad niemowlęciem oraz dzieckiem do lat 5-ciu“. Opieka nad matką i dzieckiem rozwinęła się specjalnie z chwilą powstania Ministerstwa Zdrowia w 1912, jednakże te wyniki, jakie ono osiągnęło, zawdzięczać należy gorącemu poparciu udzielonemu mu przez społeczeństwo, a zwłaszcza przez samorządy — realizujące już od szeregu lat te same postulaty, które potem wysunęło, ujednostajniło i na szerszą skalę przeprowadziło Ministerstwo Zdrowia. Angielski obywatel rozumie nie tylko, że „zdrowie można kupić“ — ale, że je „warto kupić“ bo towar ten „opłaca się“.

Jakże więc „kupuje się zdrowie w Anglii“?

### OPIEKA NAD MATKĄ.

Jednym z najtrudniejszych zagadnień w dziedzinie zdrowia publicznego w Anglii — okazało się zagadnienie obniżenia śmiertelności matek przy porodzie. Statystyka stwierdza, wprawdzie, że odsetek matek umierających na zakażenie przy położeniu (sepsis) stale, choć powoli się zmniejsza, ogólny jednak odsetek pozostaje ciągle wysoki i nie wykazuje wyraźnej poprawy.

## STATYSTYKA ŚMIERTELNOŚCI MATEK PRZY PORODZIE.

Lata	Liczba urodzeń na 1000	Liczba ogólna śmiertelności na 1000	Liczba śmiertelności niemowląt na 1000	Śmiertelność matek przy porodzie.			
				Liczba śmiertelności	Liczba śmiertelności na 1000 por.		
					Sepsis	Inne przyczyny	Ogólna liczba śmiertelności
1900	28,7	18,2	154	4,455	2,18	2,63	4,81
1901	28,5	16,9	151	4,394	2,24	2,49	4,73
1902	28,5	16,3	133	4,205	2,13	2,34	4,47
1903	28,5	15,5	132	3,857	1,76	2,31	4,07
1904	28,0	16,3	145	3,667	1,75	2,13	3,88
1905	27,3	15,3	128	3,905	1,87	2,33	4,20
1906	27,2	15,5	132	3,757	1,75	2,27	4,02
1907	26,5	15,1	118	3,520	1,60	2,23	3,83
1908	26,7	14,8	120	3,361	1,48	2,09	3,57
1909	25,8	14,6	109	3,379	1,56	2,14	3,70
1910	25,1	13,5	105	3,191	1,42	2,14	3,56
1911	24,3	14,6	130	3,236	1,52	2,15	3,67
1912	23,9	13,3	95	3,299	1,47	2,31	3,78
1913	24,1	13,8	108	3,271	1,34	2,37	3,71
1914	23,8	14,0	105	3,469	1,63	2,32	3,95
1915	21,9	15,7	110	3,210	1,56	2,38	3,94
1916	20,9	14,4	91	3,038	1,47	2,40	3,87
1917	17,8	14,4	96	2,446	1,39	2,27	3,66
1918	17,7	17,6	97	2,353	1,35	2,20	3,55
1919	18,5	13,7	89	2,852	1,76	2,36	4,12
1920	2,55	12,4	80	3,942	1,87	2,25	4,12
1921	22,4	12,1	83	3,145	1,46	2,25	3,71
1922	20,4	12,8	77	2,971	1,46	2,35	3,81
1923	19,7	11,6	69	2,892	1,30	2,52	3,82

Anglja — mając lepsze wyniki niż Szkocja, Szwajcaria, Hiszpanja i Francja — gorsze ma od Niemiec, Norwegji, Włoch, Szwecji, Holandji i Danji.

## STATYSTYKA ŚMIERTELNOŚCI MATEK PRZY PORODZIE.

(za rok 1913).

Kraj:	Liczba śmiertelności na 1000:
Szkocja	5,70
Hiszpanja	5,27
Szwajcaria	5,21
Francja	4,78
Anglja i Walja	3,94
Niemcy	3,48
Norwegja	2,90
Włochy	2,42
Holandja	2,29
Danja	2,31 (za r. 1921).

Dr. J. Campbell w pracy swojej „o śmiertelności wśród matek przy porodzie“ stwierdza, że corocznie 700,000 matek w Anglji i Walji daje życie dziecku, a wśród nich 3000 umiera

w czasie porodu, znaczna liczba ulega mniej lub więcej ciężkim obrażeniom; macierzyństwo — jest trzecią z rzędu (co do częstości) przyczyną śmierci wśród kobiet (po gruźlicy i chorobach serca), wśród kobiet zaś zamężnych między 15 a 45 r. życia — kto wie, czy nie najpierwszą.

Szukając przyczyn, które mogą powodować stan powyższy, dr. J. Campbell, opierając się na nadsyłanych corocznie sprawozdaniach — przez lekarzy samorządowych zdrowia — dochodzi do następujących wniosków:

Przyczyną wysokiej śmiertelności wśród matek przy porodzie jest:

1-o niedostateczna opieka pielęgniarsko-lekarska wynikająca z braku odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu, zwłaszcza w okręgach wiejskich i z niedostatecznego przygotowania fachowego personelu już istniejącego;

2-o brak odpowiedniej liczby klinik, domów dla położnych, domów dla matek ciężarnych i t. p.;

3-o stosowania sztucznych poronień — dające 10% ogólnej liczby przypadków śmierci przy porodzie;

4-o choroby weneryczne i krzywica;

wreszcie:

5-o ogólne warunki społeczne — jak to praca kobiet zamężnych (których pracuje co prawda tylko 13,7% ogółu kobiet; zajętych w przemyśle; ogólna liczba 2 miliony) warunki mieszkaniowe i i t. p.

Walka z temi brakami prowadzona jest oddawna, ostatnio jednak Ministerstwo Zdrowia zwróciło się z szeregiem okólników o specjalne zainteresowanie się tą sprawą przez samorządy. Postarano się przede wszystkim o zwiększenie liczby akuserek — których w Anglii jest jednak już tyle (przyuszczalnie koło 12,000, w samych gminach wiejskich 7,700), że odbierają przeciętnie 58% porodów.

#### STATYSTYKA.

Akuszerki odebrały porodów w 1919 —	57%	ogólnej	liczby
„ „ „ 1920 —	54%	„	„
„ „ „ 1921 —	53%	„	„
„ „ „ 1922 —	58%	„	„

a w niektórych miejscowościach do 90%. Następnie zwrócono uwagę na ich wykształcenie, przedłużając czas studjów do 6 miesięcy dla wykwalifikowanej pielęgniarki, a do 12 miesięcy dla zwykłej kandydatki. Osoba, ta w czasie studjów, które odbywać się muszą w zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia zakładzie, czy szpitalu (zakładów takich istnieje zgórą 80) musi przyjąć conajmniej 20 porodów, z tych część w domach prywatnych. W zakresie studjów teoretycznych u-

względnioną zostaje kwestja karmienia niemowlęcia (postulat karmienia dziecka przez matkę), opieki nad niem w pierwszych dniach życia, opieki nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym, opieki nad matką ciężarną przed i po porodzie. Po otrzymaniu dyplomu — akuszerka nie pozostaje bez kontroli. Spełnia ją lekarz—kobieta, jako inspektor przy Urzędzie zdrowia. Pozatem, co jakiś czas urządzone są specjalne kursy dokształcające. Na czas tych kursów akuszerki otrzymują pomoc pieniężną zarówno ze strony Państwa, jak i samorządów. Samorzady też i Państwo subwencjonują kandydatki na akuszerki dając po 20 f. (500 zł) na osobę.

Akuszerka pozostaje w stałej styczności z lekarzem praktykiem, obowiązana jest bowiem we wszystkich wątpliwych przypadkach wezwać lekarza, którego koszt pokrywa (o ile nie stać na to pacjenta). Urząd Zdrowia, płacąc za pomoc przy porodzie — 2 gwineje (55 zł.).

Akuszerka obowiązana jest meldować w Urzędzie Zdrowia o każdym zetknięciu z chorobą zakaźną, przyczem w razie konieczności izolacji — otrzymuje ona wynagrodzenie za straconą przez ten czas praktykę.

Nietylko jednak postarano się o podniesienie poziomu fachowego pielęgniarek; okazało się, że studja uniwersyteckie zbyt pobieżnie traktują położnictwo i ginekologję, i że przeciętny lekarz posiada bardzo małe przygotowanie w tych działach medycyny. Rozszerzono więc studja, przyjmąwszy następującą zasadę:

1) Rozpoczęcie kursu akuszerji zależne jest od ukończenia przedtem med. wewnętrznej i chirurgji;

2) Studja teoretyczne i praktyczne na oddziale położniczym trwać muszą przynajmniej 3 miesiące; w czasie zajęć praktycznych student musi odebrać przynajmniej 20 porodów.

W czasie rozpatrywania metod walki ze śmiertelnością matek przy porodzie, na pierwszy plan wysunęła się potrzeba większej liczby stacji opieki nad ciężarnymi. Stacje te miały za zadanie, poza propagandą zasad higieny macierzyństwa — zawczasu ustalić liczbę tych przypadków, które nadawały się do specjalnej opieki i do odbywania porodu na oddziałach klinicznych. Stacji takich w 1923 r. istniało 564, nie cieszą się one jednak jeszcze taką popularnością i zaufaniem, jak stacje opieki nad niemowlętami.

Dalszym ciągiem opieki nad matką było zabezpieczenie dostatecznej liczby łóżek szpitalnych dla odbywania porodów, zwłaszcza dla tych matek, którym warunki domowe, albo stan zdrowia nie pozwalały na odbywanie porodu w domu. W 1923 r. było ogółem, prócz pewnej liczby łóżek przy szpitalach ogólnych — 118 zakładów dla położnych z 1442 łózkami. Przeszło przez nie 17167 pacjentek (76 przp. śmierci 4,5%). Do-

W tych jest zbyt mało i niezawsze są one dobrze urządzone. Dla ułatwienia budowania zakładów odpowiednich, zwłaszcza dla gmin wiejskich, wydało Min. Zdrowia broszurę z planami budynków, obliczonych na 20 łóżek (dla zwykłych domów położniczych) i na 50 łóżek (dla domów położn. dla specjalnych przypadków) z kosztorysem i instrukcjami.

W celu rozciągnięcia dostatecznej opieki nad matką w porodzie i dla umożliwienia jej nierozdzielania się z dzieckiem (o ile matka, zwłaszcza dziecka nieślubnego, pracuje zarobkowo) — powstały w Anglii specjalne domy dla matek-rekonwalescentek. Było ich w 1923 r. 103 i dały one opiekę 1395 matkom : 1316 dzieciom na czas 6 miesięcy każdej.

Specjalna pomoc zorganizowana została dla matek, które z powodu porodu i położu nie mogły zajmować się domem. Tym posyłano do domu odpowiednio przygotowane kobiety — pomocnice. Kobieta wreszcie zapisana w Tow. Ubezpieczeniowym — otrzymywała przy porodzie 50 zł., a o ile i mąż był ubezpieczony drugie 50 zł.

Oto główny szemat opieki nad macierzyństwem, nieobejmujący przytem całej akcji ubocznej, jak dokarmiania matek, nauki szycia, przygotowywania wyprawek, walki z nędzą mieszkaniową, chorobami wenerycznymi, krzywicą i t. p.

Opiekując się matką — opiekuje się społeczeństwo i dzieckiem, które urodzi, z chwilą zaś urodzenia walczy z matką o prawo dziecka do życia i swobodnego rozwoju. Ta akcja w Anglii stanowi specjalnie chlubną kartę. Wystarczy porównać śmiertelność wśród dzieci za 20 lat ubiegłych, żeby się przekonać jak wielki krok zrobiony został ku lepszemu (patrz tablica Nr. 1). Co na to wpłynęło? Oto w pierwszym rządzie doskonale zorganizowana gęsta sieć stacyj opiekuńczych nad dzieckiem (Health centers) wynosząca zgórą 2000 stacyj z personelem pomocniczym 3587 kobiet, Stacje te cieszą się takim zaufaniem matek, że zapisanych jest do nich rocznie conajmniej 40% dzieci od 0 — 1 roku i dzienny „obrót“ takiej stacji wynosi 40 — 60 dzieci.

Stacja opiekuje się dzieckiem prawie od chwili urodzenia; zwykle też pielęgniarka ze Stacji przychodzi matce z pomocą dopiero wtedy — gdy odchodzi akuszerka. Pomoc zaś rozciąga się do 5 roku życia, kiedy dziecko zaczyna korzystać z opieki lekarza szkolnego.

Stacje są ośrodkami, około których skupia się cała akcja higienicznego nadzoru na dzieckiem małym, a pośrednio nad matką; są one i poradnią w zawiłych kwestjach odżywiania, ubierania, trybu życia i wychowania dziecka, są szkołą dla matek zwłaszcza przychodzących z pierwszym dzieckiem; są biurem informacyjnym — kierującym matkę do odpowiednich instytucyj czy zakładów specjalnych leczniczych; są roz-

dzielnią bezpłatnych (lub po cenach ulgowych) porcyj mleka lekarstw, ubranek i t. p., są wreszcie ośrodkiem życia towarzyskiego, są swego rodzaju „klubem matek“ — gdyż odbywają się tu odczyty, wykłady (np. nauka krawiectwa, gotowania) koncerty, zabawy i t. p.

Nie cały ten zakres pracy wykonywany jest przez właściwy personel stacji — lekarza i 2 pielęgniarki — lecz dział „dobroczynności“ jak również kierowanie stroną wychowawczo-towarzystką — objęte są przez specjalny Komitet złożony z 6 — 8 wolontariuszek. Dział ten niejednokrotnie znakomicie bywa prowadzony. Z 2 pielęgniarek, pracujących przy stacji jedna pomaga lekarzowi, przy przyjmowaniu dzieci, kierując do lekarza przy większej liczbie tylko najbardziej potrzebujące — druga zajmuje się wywiadami. Na tę stronę akcji opiekuńczej kładą anglicy szczególny nacisk — wymagając od wizytatora specjalnego taktu i zdolności. W dużej mierze od jego mniej lub więcej owocnej pracy zależy rozwój Stacji, przyczem zwłaszcza chodzi tu o zachęcenie matki przy pierwszym wywiadzie do zapisania się do Stacji.

Stacja łączy się zwykle ze Stacją opieki nad ciężarnehm i przychodnią — lecznicą dla dzieci.

Podobnie jak dba Min. Zdrowia o poziom fachowego wykształcenia akuszerok — tak dba i o personel Stacji opieki nad dzieckiem — żądając tu jeszcze wyższego cenzusu.

Obecnie dyplom „urzędnika zdrowia“ czy „wizytatorki zdrowia“ (Health visitor) może być wydany tylko przez upoważnioną do tego przez M. Zdr. instytucję. Instytucje te (w niewielkiej liczbie) urządzają corocznie egzaminy. Jedną z głównych jest Królewski Instytut Higjenu. Do egzaminu może przystąpić kandydatka gdy ma dyplom akuszerki, 2-letnią praktykę pielęgniarki w szpitalu i ukończone specjalne kursy dla „urzędników zdrowia“. Nie wymagane jest ukończenie szkoły średniej.

Odpowiednio do trudności w uzyskaniu stopnia owej „wizytatorki zdrowia“ — wysoką jest też pensja — wynosząca 400 — 600 złotych miesięcznie (pensja akuszerki samorządowej wynosi 240 — 300 zł.).

Stacja Opieki — ma tę opiekę roztaczać nietylko nad dziećmi do roku ale aż do 5 lat. To ostatnie zadanie spełniane jest znacznie gorzej — przyczem wina tu leży po stronie matek — nie uważających za potrzebne przyprowadzać dzieci starsze — i na personelu — który kładzie na to zbyt mały nacisk. Na znaczenie tej opieki musiało ponownie w 1924 r. zwrócić uwagę Min. Zdrowia — wskazując, że wskutek jej zaniedbania — ogromny procent dzieci chorych wchodzi rok rocznie do szkół. Wiele zaś defektów mogłaby Stacja zawczasu zauważyć i ewentualnie usunąć.

Do współpracy w walce o zdrowie dziecka między 2 — 5 rokiem życia stanęło ostatnio Min. Oświaty (Board of Education) organizując liczne „przedszkola“ o typie t. zw. „ogród-ków dziecięcych“ (Kindergarten) z dobrze zorganizowaną pomocą pielęgniarsko-higjeniczną.

Wyraźnie odrębne stanowisko — jakkolwiek ściśle związane z opieką nad dzieckiem — zajmuje sprawa dobrego mleka.

Rozporządzenie w sprawie mleka żąda od sprzedającego wydawania mleka o zawartości przynajmniej 3% tłuszczu i 12% części stałych.

Dla zagwarantowania jednak wartościowego mleka, wolnego od gruźlicy i czysto zebranego — wydawane są za pewną opłatą patenty na 4 typy mleka, przyczem mleko wyższego gatunku może być sprzedawane drożej.

Typy te są:

1. Certified Milk — musi być otrzymane od krów, które były wszystkie badane przez weterynarza i miały robioną próbę z tuberkuliną. Badanie przez weterynarza i testy tuberkuliną muszą być powtarzane co 6 miesięcy. Każda nowa krowa musi być natychmiast zbadaną; mleko musi być butelkowane na miejscu i w 1 cm.<sup>3</sup> nie może zawierać więcej nad 30,000 bakteryj oraz wykazywać brak coli-bakterji w 0,1 cm.<sup>3</sup>.

2. Stopień A (Grade A) — mleko musi odpowiadać tym samym warunkom co i „certified milk“ tylko, że nie powinno zawierać więcej nad 200,000/bakt. w 1 cm.<sup>3</sup> i nie zawierać coli-bakt. w 0,01 cm.<sup>3</sup>.

3. Stopień A mleka (Grade A milk). Krowy mogą nie być sprawdzane tuberkuliną — wizyta weterynarza musi następować co 3 miesiące.

4. Mleko pasteryzowane (pierwsze 2 gatunki nie są pasteryzowane tylko typ 3-ci.).

Statystyka wydawanych świadectw na mleko.

	Producenci: „certified“	Sprzedawcy mleka: grade A.
1920	9—11	10—8
1921	23—15	49—11
1922	41—22	170—17
1923	55—46	598—118

W Anglii i Walji spotyka się bardzo niewielką liczbę zakładów półotwartych czy zamkniętych dla małych dzieci. Zwłaszcza otwartą walkę toczy Min. Zdr. z zakładami zamkniętymi, wychodząc z założenia, że dziecko bezwzględnie powinno być zostawione rodzicom, w razach zaś wyjątkowych (sieroctwo, dziecko — podrzutek i t. p.) powierzone na wychowanie przybranym rodzicom. Rezultatem tej polityki jest

fakt istnienia tylko 5 żłobków zamkniętych z liczbą ogólną 62 dzieci na całą Anglję. Domów zaś dla sierot, dzieci nieślubnych lub opuszczonych — 31 z liczbą dzieci 792. Zakładów półotwartych było więcej — w 1923 r. 110 z liczbą miejsc 3624. W tych ostatnich przyjmowanie dzieci odbywało się za opłatą 1 złotego dziennie.

Stosunkowo słabo rozwinięta jest opieka szpitalna nad matką i dzieckiem — pozwolę sobie przytoczyć organizację tej ostatniej w cyfrowych danych — w gminie miejskiej i wiejskiej.

### Miasto Leeds (Yorkshire).

Sprawozdanie za rok 1923 wykazuje:

Liczba mieszkańców 460.000.

Śmiertelność ogółu ludności 12,7 (za ostatnie 10-letnie — 15,7)

Liczba urodzin 18,5 „ „ 20,8

Liczba małżeństw 16,2 „ „ 17,9

Śmiertelność niemowlęca 8,9 „ „ 12,1

Przyrost natur. ludn. 2700 „ „ 2300

Było praktyk. akuszerok 90 „ „

udzieliły one pomocy w 4217 przypadkach (47,4% ogółu urod.)

weszyły lekarza w 259 „ miasto zapłaciło

lekarzom 6.500 zł.

Stacji dla ciężarnych było 13 udzielono porad 1031 kob.

Wizytatorek zdrowia 33 zrobiły wywiadów 47654 „

Stacyę opieki było 18 liczba dzieci w opiece 5412 „

w tem niemowląt do

1 roku 4041

(47% urodzonych w tym roku).

Przychodni (ambulatorjów dla dzieci było 14 udzieliły one porad 28.000 przypadków.

Wydano darmo porcji mleka 44.368

„ po niższej cenie 25.550

„ po pełnej cenie 4.551

---

Ogółem 74.469

Koszt rozdanego mleka 150.000 zł.

Miasto utrzymywało 1 żłobek półotw. z liczbą dzieci 86

„ „ 1 żłobek zamkn. z liczbą dzieci 90

„ „ 1 dom zdrowia dla dzieci na 100 miejsc

„ „ 1 „ „ „ matek „ 98 ..

łóżek dla ciężarnych matek — 75.

Liczba łóżek szpitalnych dla dzieci z gruźlicą płuc 54 m.

Z gruźlicą kostną 20 m.

W sanatorjum 50 m.

dla chorych zakaźnych 450 m.

Szpital dla niemowląt 50 m.



## Gmina wiejska West-Riding.

Dane statystyczne za rok 1923.

Ludność — 1.506.600

Liczba śmiertelności ogółem 12,2 za ostatnie lat 10 — 14,1

„ „ niemowląt 8,1 „ „10,2

Liczba urodzin 20,6 za ostatnie lat 10—22,6

„ akuszerok 580 ( 1912 — 1100!)

przyjęły porodów 15,106.

wzwana przez nie pomoc lekarska przy porodach 2661 wyp.  
koszt 35.000

Stacyj opieki — 65, przeciętna frekwencja dziennie 35 dzieci  
Wizytatorek (H. O.) 161

wywiadów zrobiono 230.000

mleka dostarczone na sumę 5.500 zł.

domów dla matek — 5 — liczba miejsc 91.

### Higjena szkolna.

Od 5 roku życia dziecko przechodzi do szkoły pod opiekę lekarzy szkolnych i higienistek i pozostaje tam do 14 roku. W ciągu tego czasu lekarz bada je zasadniczo 3-krotnie.

- 1) przy wejściu do szkoły,
- 2) między 8 a 9 rokiem życia,
- 3) po ukończeniu lat 12-tu.

Pozatem podlegają zbadaniu dzieci skierowane do badania przez rodziców, nauczyciela czy higienistkę.

W szkole średniej badanie odbywa się:

- 1) nowostępujących, o ile w ostatnim roku nie byli badani w szkole powszechnej.
- 2) dzieci między 12 — 13 rokiem życia,
- 3) młodzież po ukończeniu lat 15.

Przy badaniu przez lekarza — wszelkie dane dotyczące dziecka, jego warunków codziennych, mieszkaniowych i t. p. oraz historję przebiegu chorób za lata ubiegłe — notuje nauczyciel. On też lub higienistka wpisuje pomiary wzrostu i wagi. Obwód klatki piersiowej — wpisuje lekarz. Karty zdrowia znajdują się w Urzędzie higieny szkolnej i są przesyłane na dzień badania do szkoły — poczem znowu wracają do Urzędu Higieny Szkolnej, która też opracowuje wszelkie statystyczne dane oraz orjentuje się w wydajności pracy lekarzy, potrzebach dzieci, dokonanych zabiegach i t. p.

Działalność lekarza szkolnego w szkole ogranicza się głównie do roli segregatora dzieci na materiał zdrowy i chory (chore dzieci t. zn. dzieci z defektami takimi jak wady i choroby oczu, wady i choroby słuchu, wymowy, choroby skórne, niedorozwój umysłowy, krzywica, gruźlica gruczołowa

lub formy początkowe płucnej) otrzymują odpowiednie zaświadczenie do rodziców, wskazujące na braki dziecka i radzące natychmiastowe rozpoczęcie leczenia albo przez lekarza domowego albo w klinice szkolnej.

Po 6 tygodniach higienistka sprawdza czy rodzice zastosowali się do wskazówek — o ile nie, wysyła powtórne zaświadczenie ewentualnie wzywa się rodziców do szkoły. W zwyczaju też jest badanie dzieci w obecności rodziców — w niektórych szkołach dochodzące do 90% badanych dzieci.

Przymus zastosowania się do wskazówki lekarza stosowany jest tylko w chorobach zakaźnych skórnych oraz przy stwierdzeniu brudnych włosów lub ciała. Klinik szkolne są w Anglii doskonale zorganizowane i prowadzone na bardzo szeroką skalę. Specjalnie rozwinięta jest pomoc dentystyczna. Ambicją Wydziału higieny szkolnej Ministerstwa Zdrowia jest aby każde dziecko kończące szkołę, wychodziło z uporządkowanymi zębami.

Z danych statystycznych wynika, że w r. 1923,

1) było zbadanych dzieci co do stanu zębów	1.587.250
2) stwierdzono braki u.....	1.077.774 (67.9%)
3) leczono dz. ....	618.491
4) klinik szkolnych dentystycznych było	694
5) pracowników dentystów .....	469
6) przeciętnie dentysta dokonywał rocznie ekstrakcji . . . . .	4535
plombowań .....	1716

Ze względu na wielki wpływ diety na stan zębów u dzieci, prowadzona jest intensywna propaganda na rzecz higienicznego, właściwego odżywiania. Prócz tego równie intensywnie pracują inne kliniki.

Z innych też danych statystycznych z 1923r. wynika:

1) liczba dzieci zbadanych wyniosła	1.754.919
2) powtórnie zbad. (w celach spec.)	739.390
3) w szkołach pracowało	1.761 lekarzy
4)                   "                  "	4.277 pielęgniarek
5) do klinik odesłano (nie licząc dzieci posłanych do klinik dentystycznych	19,4% ogółu zbadanych
6) w szkołach średnich zbadano	132.000

Na wysiłek ten Wydziału higieny szkolnej potrzebne były specjalne fundusze, to też budżet Higjeny Szkolnej wynosił zaostatnie lata 1921-22, 1922-23 i 23-4 kolejno 333 milj. złotych 348 mil. zł. 307 milj. zł. Wyniki jednak wykazały, że pieniądze nie poszły na marne. Okazało się, że:

1) liczba dzieci brudnych (włosy, skóra) spadała z 27,2% na 18,1% dla dzieci m. Londynu,

- 2) dzieci wymagających leczenia (1918 r.) — z 44% na (1923 r.) 36,7%,
- 3) dzieci niedożywianych (1913 r.) — z 12,8 na (1923 r.) 5,9%,
- 4) dzieci z pow. gruczołami (1921 r.) — z 16,5% na (1923 r.) 11,0%,
- 5) opuszczających szkołę z zepsutymi zębami (1912 r.) 10% na (1923 r.) 2,7%.

W zapale jednak leczniczym stosowano czasem w Anglii na szeroką skalę takie zabiegi, jak np. wycinanie wyrostków adenoidalnych i migdałów — co nieumiejętnie wykonane, okazało się często niebezpiecznym, np. w 1923 lekarze szkolni dokonali 47.000 operacji wycięcia migdałów przy czem zdarzyła się dość znaczna liczba przypadków śmiertelnych i w rezultacie Ministerstwo Zdrowia musiało wydać okólnik przestrzegający przed stosowaniem nazbyt *l a r g a m a n u* powyższych zabiegów.

Duży udział bierze lekarz szkolny i higienistka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

#### Śmiertelność dzieci na choroby zakaźne

w wieku od lat 5 — 15 (w stosunku do miliona żyjących)

	1901—10	1911—20
gruźlica	628	600
dyfteryt	325	309
szkarlatyna	172	88
reumatyzm	78	72
koklusz	39	32
tyfus brzuszny	65	22
influenca	28	203

#### Śmiertelność na choroby zakaźne w stosunku do 1.000 przypadków teje choroby.

	1911	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Tyfus brzuszny	174	191	182	194	197	188	203	206	160	171	158	191
Ospa naturalna	78	73	87	62	144	107	429	32	82	114	16	28
Szkarlatyna	18,1	18,6	16,1	17,2	18,2	17,8	15,0	20,0	14,7	12,0	9,5	12,7
Dyfteryt	103	96	88	99	109	103	103	109	90	81	72	78

Szkoła broni się przed rozszerzaniem chorób zakaźnych na terenie szkoły drogą możliwie szybkiego eliminowania chorych i dopilnowania, aby dzieci po chorobie nie wracały zbyt wcześnie do szkoły Zupełnie pominiętym został zwyczaj zamykania szkół, w razie większej liczby przypadków chorób zakaźnych, w tej samej szkole czy klasie; zamknięta może być szkoła tylko na wyraźne życzenie władz sanitarnych.

Naogół walka z szerzeniem się chorób zakaźnych ułat-

wiona jest przez doskonale zorganizowany system zawiadania (płatne) oraz statystykę i przez bardzo gęstą sieć szpitali dla chorób zakaźnych. Specjalnie dużo łóżek zarejestrowanych jest na 4 choroby zakaźne: ospę naturalną, tyfus brzuszny, dyfteryt i szkarlatynę. Ta ostatnia ma przebieg wyjątkowo łagodny w Anglii i zaczyna być nieco lekceważona.

### Wychowanie fizyczne.

Nietylko Wydział Higieny Szkolnej — ale całe społeczeństwo bierze gorący udział w wychowaniu fizycznym młodzieży. Regulamin szkolny przewiduje 100 minut tygodniowo ćwiczeń cielesnych na klasy, liczba ta jednak przeważnie jest przekraczana — przyczem poza gimnastyką właściwą — stosowane są liczne gry i zabawy, a ostatnio bardzo popularnymi stały się tańce ludowe.

Anglja skarży się, że niema „narodowego“ systemu ćwiczeń cielesnych — tak, jak to ma miejsce w Szwecji i Niemczech, uważa zaś, że system ten musi pozostawać w zgodzie z miejscowymi warunkami, zwyczajami, klimatem, typem budowy ciała oraz w harmonii z ustalonymi pojęciami i charakterem narodowym oraz podstawą przyjętą w stosunku do ćwiczeń, gier, sportów. We wszystkich ćwiczeniach przyjęty jest system „drużynowy“ dla rozbudzenia zdrowej ambicji i przyzwyczajenia do działania w gromadzie.

Zastosowanie gier, zabaw i sportów dla młodzieży tembardziej było ułatwiane, choćby w godzinach pozaszkolnych — że Anglja rozporządza wielką liczbą placów, urządzonych specjalnie dla ćwiczeń. Tak np. m. Leeds miało:

#### Liczba placów do sportów i zabaw w m. Leeds (1925 r.).

Placów tenisowych	125
Placów dla krokieta	32
„ „ futbolu	58
„ „ innych	54

Razem placów 269

Wychowanie fizyczne stoi w ścisłym związku ze stanem odżywiania dzieci. Ponieważ stan odżywiania dzieci w szkołach okazał się względnie złym — rozpoczęto masowe dożywianie, przeważnie w formie drugiego śniadania (luncheon) w szkole. Śniadania te wydawane były za możliwie niską oplatą (naogół dzieci pokrywały do 10% pełnych kosztów).

### Liczba dzieci dożywianych, liczba wydanych porcji i przeciętne koszty.

rok.	Liczba dzieci.	Liczba porcji.	Przeciętny koszt porcji. (w groszach pol.).
1913—4	156.531	14.5	24
14—5	422.401	29.5	24
15—6	118.114	9.9	41
16—7	65.301	5.7	54
17—8	60.633	6.5	52
18—9	63.742	5.6	60
19—20	75.013	6.3	70
20—1	148.081	10.4	67
21—2	592.518	60.6	39
22—3	149.676	17,1	39
23—4	103.231	10.9	

### Szkolnictwo specjalne.

Analogicznym zjawiskiem do rozwoju wielkiej liczby klinik szkolnych — jest wspaniały rozwój szkolnictwa specjalnego (lecniczego) w Anglii.

Przedewszystkiem od paru lat zaledwie rozpoczęta propaganda na korzyść szkół na otwartem powietrzu dała już pozytywne wyniki. W 1924 r. istniało już 60 szkół tego rodzaju — w tem 20 z internatami a 40 przychodnich — z ogólną liczbą miejsc 4690.

Chcąc zapobiec bezkrytycznemu wysyłaniu dzieci normalnych do szkół na otwartem powietrzu — Ministerstwo Zdrowia opracowało wskazówki jakie dzieci kwalifikują się tutaj.

A więc należą tu dzieci:

- 1) niedożywione, anemiczne, krzywice,
- 2) z powiększonymi gruczołami,
- 3) ozdowieńcy po chorobach zakaźnych,
- 4) ozdowieńcy po zabiegach operacyjnych,
- 5) dzieci nerwowe,
- 6) dzieci ułomne (niektóre kategorje),
- 7) dzieci krótkowzroczne i z pewnymi schorzeniami

oczu.

Niedopuszczalnym jest posyłanie do szkół na wolnem powietrzu dzieci ze skłonnością do cierpień stawowych.

W opracowanej instrukcji dla tych szkół uznano za najbardziej pożądane tworzenie zakładów na 120 — 150 miejsc na terenie mniejszym niż 2 akry, o dobrych warunkach klimatycznych; koszta budowy obliczone zostały na 1.000 zł. od miejsca — koszty nauki w szkole przychodniej na 625 — 780 zł. rocznie od ucznia

Zabezpieczona również została nauka w zakładach specjalnych dla innych typów dzieci, jak to gruźliczych, kalekich, ociemniałych, głuchych, niemych i t. p. Następujące są dane za rok 1923 (przyczem dane te nie są ścisłe, dając raczej liczby niższe).

### Liczba dzieci, objętych opieką specjalną.

	Liczba dzieci w szkoł. innych		bez	ogółem	
	w zakł. specjal.	powszech. instytut.	opieki		
Ślepotą zupełną	1632	50	44	231	1957
częściową	1554	1619	24	247	3444
głuchotą zupełną	3390	228	52	256	3926
głuchotą częściową	484	982	8	91	1565
umysł niedorozw.	14670	11170	665	2773	29278
epileptycy	531	376	155	11532	2594
gruźlica płuc aktywna	1005	—	162	3321	4488
„ zamknięta	1976	6139	203	1941	10259
gruźlica in. narz.	1364	2051	1274	2453	7142
dzieci wątłe	9017	36515	763	3063	49358
dzieci ułomne	6207	22282	1833	4269	34591
	41830	81412	5183	20177	148602

### Liczba zakładów szkół specjalnych.

	przychodnie	zamknięte	razem.
Dla ślepych	46	27	73
Dla głuchych	29	20	49
Umysł. niedorozw.	176	21	197
Szkoły na otwartem powietrzu	40	20	60
Szkoły dla ułomnych	59	13	72
Szkoły szpitale	2	35	37
„ sanatorja	7	31	38
„ dla chor. ocznych	—	2	2
„ dla epileptyków	—	6	6

Szkolnictwo specjalne nie zaspakaja wszystkich potrzeb, nasuwa się więc konieczność rozbudowy, przeciwko czemu (a zwłaszcza nadmiernej rozbudowie) przemawiają 2 względy:

1 Przenoszenie dziecka ze szkoły zwykłej do specjalnej — nie zawsze pozostaje z korzyścią dla wychowawca; odbijając się ujemnie na psychice dziecka, odczuwającego wyraźnie wtedy pewną swą niższość, odrębność, wydzielenie z gromady dzieci „normalnych“. Próby utrzymania tych dzieci w szkołach zwykłych przy możliwym uwzględnieniu ich braków dały podobno bardzo dobre wyniki.



fabryce czy w górnictwie w wieku do lat 16 jest ubezpieczona na wypadek choroby i korzysta z tych samych praw co każdy członek danych towarzystw.

Praca zarobkowa młodzieży do lat 14 — ograniczona jest całym szeregiem praw, przyczem poszczególne samorządy mogą obostrzać rozporządzenia aż do zupełnego zakazania wszelkiej pracy zarobkowej do lat 14

Po tym wieku — przyjęcie pracy w fabrykach, górnictwie czy innej — uzależnione jest od świadectwa lekarza — upoważnionego do tego przez Ministerstwo Zdrowia. W myśl jednak ostatnich rozporządzeń lekarz ten (certyfing surgeon) musi się wpieryw zapoznać z kartą zdrowia szkolną kandydata.

Jako ostatni akt opieki higienicznej nad młodzieżą przy przejściu jej do doskonałości jest zapoznanie jej z zagadnieniami życia płciowego, etyką suksualną, a u młodzieży żeńskiej i z obowiązkami macierzyństwa. Wszystkie te 3 sprawy uważane są za ściśle związane z higieną młodzieży i stanowią konieczne ogniwo całokształtu opieki nad matką, dzieckiem i młodzieżą, są bowiem związane z przygotowaniem przyszłych rodziców i rozpoczęciem opieki nad ewentualnem przyszłym pokoleniem. Dwa pierwsze zagadnienia były wszechstronnie rozpatrywane przez opinię publiczną i sfery pedagogiczne. Chodziło tu zwłaszcza o przeniesienie tych spraw na teren szkoły. Ostatecznie jednak zdecydowano — że kwestja uświadczenia płciowego powinna być zostawiona rodzicom — szkoła zaś interwenjować może tylko w wypadkach wyjątkowych i to indywidualnie.

Trzecie zagadnienie: przygotowanie dziewcząt do obowiązków macierzyństwa prawie we wszystkich szkołach zostało rozwiązane w ten sposób, że przy stacjach opieki otworzono kursy specjalne dla starszych dziewcząt, prowadzone przez fachową pielęgniarkę.

---

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach opieka lekarsko-higieniczna w Anglii nad macierzyństwem, dzieckiem i młodzieżą. Naturalnie zagadnienie to wiąże się tak ściśle z tylu innymi zagadnieniami społecznymi, ekonomicznymi i t. p., że rozwinięcie szersze zmusiłoby mnie do dania całokształtu życia publicznego w Anglii, co byłoby zbyt szerokiem i trudnem zagadnieniem. To było przyczyną, że w referacie niniejszym nie znalazły uwzględnienia szerszego — ani walka z chorobami zakaźnymi, ani walka z gruźlicą, czy chorobami wenerycznymi czy wreszcie zagadnieniem domów mieszkalnych i t. p.

Tu przecież chciałbym dodać parę osobistych uwag — wrażeń, jakie nasuwają się obserwatorowi przy zetknięciu z pracą na polu higieny w Anglii; chciałbym się przytem zastrzec, że uwagi te nie mają pretensji do nieomylnych sądów — trudno bowiem oceniać te sprawy bez głębszego wżycia się w psychikę i zbiorowe życie kraju.

„Wer den Dichter will werstehen...“

Zastrzeżenia te nasunęły mi się dlatego, że miałem sposobność zapoznania się w Anglii ze sprawozdaniem z Polski — referatem wygłoszonym publicznie na zjeździe działaczy w zakresie opieki niemowlęcej — przyczem przedstawicielka jednej z misji zagranicznych w Polsce podała, że w Polsce matki nie myją dzieci i nie uznają zaraźliwości chorób zakaźnych — ponieważ to sprzeciwia się idei mesjanizmu.

Wracając więc do swych wrażeń muszę zaznaczyć po dziw, jaki bez wyjątku wykazywali wszyscy lekarze — kole dzy z tegorocznej wymiany lekarzy — na widok dokonanej pracy, jej programu, sprawności, doskonałej organizacji i..... wyników. W kraju, w którym 80% ludności mieszka w miastach — musi zadziwić obniżenie śmiertelności niemowląt do 6,9%, musi zdumiewać liczba stacyj opieki dochodząca do idealnych liczb 1 na 16.000 ludności — 400 niemowląt i 2000 dzieci od 0—5 lat; olbrzymia liczba dokonywanych latami w szkołach zabiegów leczniczych. Praca ta wszędzie jest oparta o wielką miłość dziecka i świadomość pożytku z dokonywanej pracy. Codziennym dowodem troskliwości angielskiej o dzieci — jest policjant, zatrzymujący ruch uliczny — aby matka z dzieckiem w wózku spokojnie mogła przejść na drugą stronę — lub choćby umieszczone na ulicach napisy: Szkoła: proszę jechać wolno i uważnie.

Wielki udział — może zasadniczy w całokształcie pracy w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem — odgrywa kobieta, lekarz czy pielęgniarka — zajmując stanowiska od najniższych do najwyższych, zwłaszcza liczby kwalifikowanych pielęgniarek zadecydowała o powodzeniu akcji.

Skarżymy się nieraz w Polsce na „papierową robotę“ na niepotrzebne wypełnianie statystyk i sprawozdań, jednakże w Anglii ze statystyką spotykamy się na każdym kroku, a liczba różnych sprawozdań, druków, kartek ulotnych — jest niezwykle wielka — jednak cały ten materiał jest sumiennie zebrany i jeszcze sumienniej opracowany, i nic nie jest bez wykorzystania skierowane ad acta.

Wreszcie obcokrajowiec stwierdza niesłychane wyrobienie w pracy społecznej wśród członków różnych Rad i Komitetów samorządowych oraz wielostronność i fachowość wykształcenia, które pozwala członkom tych Komitetów brać czynny i wartościowy udział we wszelkiego rodzaju pracach.

Wielkie pieniądze (budżet Ministerstwa Zdrowia wynosi na rok 1925 pół miljarde złotych; w Ministerstwie pracuje 4.000 urzędników) idą na dział higieny publicznej, wydatkowane zarówno przez Państwo jak i przez samorządy — lecz nie pieniędzmi, a ludźmi stoi ten dział w Anglii, ludźmi, o których poeta angielski Oliver Wendell Holmes mówi:

„Potrzeba nam ludzi; ludzi, którzy mają silne przekonania i wolę; których nie gubi chęć władzy, ludzi nieprzekupnych, ludzi honorowych, o czystych sercach i myśli, ludzi wiary i pracowitych rąk“.

Dr. W. Piotrowska.

## Kilka uwag o nadzorze lekarskim w szkołach.

Na łamach „Opieki nad Dzieckiem“ poruszoną została sprawa nadzoru lekarskiego w szkołach. Poruszenie tej sprawy nie wyszło z grona lekarzy szkolnych; dla wyświelenia myśli, wypowiedzianych przez dr. Nowińskiego, nie zabrali głosu, ci co w codziennej pracy stykają się z wymaganiami, jakie stawia samo życie pracy lekarza w szkole. Być może, że głosy takie przyczyniłyby się w większej mierze do oświelenia faktów, niż ukazanie nadzoru lekarskiego przez pryzmat wzrastającej ilości lekarzy szkolnych i okólników ministerjalnych. Dr. Nowińskiemu chodziło o faktyczną wydajność społeczną nadzoru lekarskiego w jego obecnym ukształtowaniu. Punktem wyjścia dla ocenienia tej wydajności musi być jakieś kryterjum ogólne.

Takiem kryterjum w dobie obecnej musi być wydajność społeczna pracy w stosunku do zatraconego kapitału, i jej możliwości rozwojowe w związku z ogólnym rozwojem życia polskiego i tendencjami tego rozwoju.

W świetle tego kryterjum rozpatrzyć należy istniejącą obecnie organizację nadzoru lekarskiego w szkołach. A rozpatrzenie to jest tem pilniejsze, że życie polskie wychodzi z fazy prowizorium, gruntuje się. Obowiązkowe nauczanie, skupiające dzieci na lat 7, pozwala, przy prawidłowym ujęciu nadzoru lekarskiego, wnikać bliżej w warunki życia, pracy, wychowania dziecka najszerzych warstw; a skupiając i organizując wokół szkoły rodziców (Opieki szkolne, Rady szkolne), stwarza warunki dla szukania dróg rozwiązania szeregu zadań praktycznych z dziedziny opieki nad dzieckiem, nie drogą dobroczynności, zbiórek ulicznych lub akcji państwowej, na którą państwo nie stać, lecz drogą bardziej demokratyczną, wychowawczo cenną, drogą świadomej samopomocy zainteresowanych w tej opiece obywateli.

Na tę drogę będziemy musieli wkroczyć prędzej czy później. I dziś już kładą się nikłe jeszcze podwaliny tej szerokiej akcji interwencji społeczeństwa w sprawie wychowania dziecka.

To, co najbardziej uderza w organizacji opieki lekarskiej w szkołach, to jej nieujednostajnienie.

Szkoły powszechne są upośledzone. Przypada w nich 24 godziny tygodniowo pracy lekarskiej na 1500—2000 dzieci, w szkołach średnich 16 i pół godzin tygodniowych na 300—400—500 dzieci. W szkołach prywatnych obowiązują te same normy, co w szkole państwowej, jakkolwiek praktycznie nie wszędzie istnieją. Nadzór lekarski w szkołach jest jednym z ogniw ogólnej organizacji sanitarnej państwa i ogniwem pomocniczym w jego akcji wychowawczej. Niezrozumiałem jest uprzywilejowanie szkół średnich, gdyż ani z punktu widzenia sanitarnego, ani wychowawczego, szkoła średnia nie wymaga tej wzmożonej opieki. Skupia ona dzieci ze środowisk materialnie i kulturalnie zasobniejszych, a więc tem samym postawionych w lepsze warunki zdrowotne. Jeżeli z punktu widzenia wydajności społecznej rozpatrywać będziemy tę sprawę, to jasnym jest, że bardziej wydajnym jest zbadanie pewnej ilości dzieci ze szkoły powszechnej, gdyż tu wykrywa lekarz więcej odchyień od normy, niż wśród tejże ilości dzieci szkoły średniej. Uprzywilejowanie to mogłoby być zrozumiałem na mocy dużych możliwości rozwojowych pracy lekarskiej w kształtowaniu podstaw zdrowotnych nauczania i wychowania w szkole średniej. Moment ten jednak odpada jak o tem świadczy życie samo. Na ukształtowanie programów nadzór lekarski wywiera wpływ bardzo nieznaczny, a raczej nie wywiera go wcale. Świadczy o tem wciąż powracająca i nie wyświetlona sprawa przepracowania dzieci, świadczy o tem skasowanie wykładu higienicznego w szkole średniej, a zastąpienie go pogadankami dorywczymi. Przyczyny odpadania tego momentu należy szukać głębiej.

Leży ona w luźnym związku lekarzy, ze szkołą jako fachowców, w braku dostatecznego przygotowania tych lekarzy, jako lekarzy szkolnych i pedagogów. Liczba lekarzy szkolnych według specjalności rzuciłaby ciekawe światło na myśl tu poruszoną; wskazałaby ona, że w zespole lekarzy szkolnych mamy reprezentowane wszystkie gałęzie medyczne od ginekologii do medycyny sanitarnej włącznie. Jest to brak nieskończenie poważny i płodny w skutki. Dla usunięcia go uczyniono bardzo mało, a to co uczyniono — to dorywczo. Przyjrzyjmy się jak w treści pracy jest uprzywilejowaną szkoła średnia. Regulamin dla lekarzy szkół średnich, co do treści, nie wykracza poza takiż regulamin dla lekarzy szkół powszechnych. Ta sama troska o stan higieniczny lokalu, o wychowanie fizyczne, (nadzór nad wykonywaniem przez nauczycielstwo przepisanych godzin gim-

nastyki, wycieczek), obowiązkowe badanie dzieci, — tu, występują znaczne różnice. W szkole państwowej, dziecko zdrowe winno być badane 2 razy w ciągu roku, w szkole powszechnej raz na dwa lata.

Celowość pod względem wydajności społecznej tego powtórnego badania dzieci zdrowych jest bardzo problematyczną. Dzieci potrzebujące ściślejszej opieki lekarskiej są wyeliminowane przy pierwszym badaniu, dzieci zaś zdrowe nie zyskują nic na tem; czy zyskuje nauka, znajomość nasza rozwoju dziecka, wątpić należy. Tracą być może przez to dzieci wyeliminowane dla ściślejszej opieki, gdyż lekarz przez fakt badania powtórnego dzieci zdrowych traci czas, który mógłby im poświęcić. Wydajność tego powtórnego badania staje się jeszcze bardziej problematyczna, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że pewien odsetek dzieci szkół średnich ma opiekę lekarską poza szkołą. Stosunek badań lekarskich w szkole ludowej, do takichże badań w szkole średniej jest jak 1:4. W środowisku, które napewno czterokrotnie przewyższa pod względem kulturalnym środowisko dzieci szkół powszechnych, wypada 4-krotnie większa opieka lekarska. I to wówczas, gdy powstające Kasy chorych, mogące zapewnić dziecku szerokich warstw opiekę i pomoc lekarską, nie są przez nie rozumnie wykorzystywane, z braku elementarnego zrozumienia zagadnień zdrowia i lecznictwa.

Wkraczamy w dziedzinę propagandy higieny, jednej z ról lekarza w szkole. Obejmuje ona kształcenie higieniczne dzieci i rodziców. Propaganda higieny w szkołach idzie dwiema drogami.

Pogadanki dorywcze na tematy z higieny dla dzieci, także dla rodziców. Wskazówki udzielane poszczególnym rodzicom z racji odchyień w zdrowiu dziecka. Zarówno dzieciom, jak rodzicom pogadanki, dają mniej niż wskazówki praktyczne w wypadkach konkretnych i stosowanie higieny na terenie szkoły i w domu. Tymczasem na tę stronę propagandy kładzie się nacisk zbyt mały.

Dzieci nawet w szkołach państwowych, nie są badane w obecności rodziców, brak ten na terenie szkoły państwowej usuwa w pewnej mierze kwestjonariusz w sprawie warunków domowych uczniów. Na terenie szkół powszechnych brak ten istnieje w całej pełni, w niektórych tylko usunięty zostaje samorzutnie przez lekarzy, dążących do pogłębienia swej pracy. Odbywają oni pierwsze badanie dziecka w obecności rodziców. Usus ten winienby stać się obowiązującym dla wszystkich lekarzy, a rejestrowanie danych o życiu dzieci, powinno być jak najbardziej ułatwione.

Nad tą stroną działalności lekarskiej w szkole winny rozciągnąć kontrolę skuteczną instytucje kierujące, jest to bowiem najwydajniejsza forma propagandy i, jedynie przyuczyć

nicze szeroki ogół do korzystania w całej pełni z pracy i wiedzy lekarza szkolnego, jako doradcy w wychowaniu młodzieży. Materjały w ten sposób zdobyte staną się punktem wyjścia szeregu instytucyj wychowawczych, pomocniczych, które w przyszłości otoczyć winny tę podwalinę polskiego życia, jaką jest szkoła powszechna.

Gdybym czyniła dalej owe zestawienia pracy lekarza w obu typach szkół, to nawet w dziedzinie profilaktyki chorób zakaźnych odnalazłabym przywilej szkoły średniej. Każde dziecko, które 3 dni było nieobecne, winno się stawić do lekarza przed wejściem do klasy. Tak jest w szkole średniej; a w szkole powszechnej mozolnie zdobywać trzeba wiadomości o nieobecnych, o chorych, bo nie utarł się jeszcze zwyczaj donoszenia o przyczynach nieobecności dziecka, bo niema komu chodzić i dowiadywać się, a jedna higienistka wszystkim nieobecnościom nie podola. A dzieci nie przychodzą z tak różnych powodów: brak butów, palta, choroba rodziców, ich nieobecność piastowanie dzieci i t. d.

Lecz nie o szczegóły chodzi. Profilaktyka chorób zakaźnych na terenie szkoły powszechnej, to sprawa ważna, do omówienia specjalnego się nadająca. Poza nieujednostajnieniem nadzoru lekarskiego w szkole, za objawy symptomatyczne, że nie wszystko w tej dziedzinie jest, jak być powinno, uważać należy pewien lekko sceptyczny, wstrzemięźliwy stosunek sfer nauczycielskich do opieki lekarskiej w szkole, i pewne nurtujące niezadowolone wśród samych lekarzy szkolnych. Oba te objawy narzucają się świadomości, jako wrażenia, na które składa się szereg drobnych, ale znamiennych faktów.

Nauczycielstwo nie odnosi się sceptycznie do samej idei nadzoru lekarskiego, czy jest jednak zadowolone z praktycznej realizacji tej idei na terenie szkoły, pozostaje pod znakiem zapytania.

Nie mając dostatecznie obiektywnego materiału dla głębszej analizy tego objawu, zwracam nań tylko uwagę.

Materiał obiektywny dla wyświetlenia go, zdobyty być może przez ankietę, ogłoszoną w pismach nauczycielstwa obu typów szkół. Ankieta taka dałaby cenny materiał dla ujęcia zarówno dodatnich jak i ujemnych stron istniejącego nadzoru lekarskiego. Dla samych lekarzy mogłaby być cennym materiałem poznania radziei pokładanych przez nauczycielstwo w lekarzach, oraz tych wymagań, jakie ono stawia opiece lekarskiej w szkole. W środowiskach zaś nauczycielskich obudziłoby żywsze zainteresowanie pracą lekarza w szkole i głębsze zrozumienie samej instytucji nadzoru lekarskiego.

Co do samych lekarzy, to na niezadowolenie, nurtujące w ich środowisku składa się cały szereg przyczyn.

Nie wchodząc w analizę tego zjawiska, szkicuję tylko jego tło ogólne.

Dla lekarzy szkół średnich jest to może pytanie wydatno-

ści społecznej pracy, dla lekarzy szkół powszechnych w bardzo wielu wypadkach—zupełna bezsilność, w zmienieniu szeregu zjawisk ujemnych na terenie szkoły, nie mówię już o lokalach, rozkładzie pracy (szkoły popołudniowe), nie odpowiadających wymaganiom higieny, lecz — o sprawach drobnych, a elementarnych, o które ciągle, a często bezskutecznie kołatać trzeba. Tempo przekształcania tych braków jest nieskończenie powolne, a lekarze nie biorą w niem czynnego udziału.

Kontrola instytucyj kierowniczych nie głęboka, raczej formalna, mało dająca dla podniesienia pracy, personel pomocniczy mało wyrobiony, nauczycielstwo obojętne, bo pochłonięte swemi zadaniami. Brak źródeł wnoszących inicjatywę i ducha.

Oto tło ogólne na którym wyrasta owo niezadowolenie. A wynik — bierność zespołu lekarzy szkolnych, nieznaczny, nieodpowiedni do ważności społecznej terenu pracy i ilości pracowników, wynik prac zbiorowych tego zespołu.

Wysłałam z pewnego kryterjum wydajności społecznej i możliwości rozwojowych pewnej instytucji. Do kryterjum tego powracam. Na pytanie, co uczyniłoby należało dla zwiększenia wydajności pracy lekarskiej w szkołach, dla dania jej większych możliwości rozwojowych, jako odpowiedź nasuwa się: pierwszym warunkiem tego wzmożenia jest ujednostajnienie opieki lekarskiej w szkołach. Jeżeli państwo posiada pewien ograniczony fundusz na tę opiekę, i pewną ograniczoną ilość rozporządzalnych, a odpowiednich pracowników, to opieka ta winna być równomiernie rozciągnięta na wszystkie szkoły.

Nie typ szkoły, a pewna ilość dzieci, pewna liczba optimum, uwarunkowana zdobytem już doświadczeniem i środowiskiem kulturalnem dzieci, a dająca rękojmię największej, możliwej dziś wydajności winna leżeć w podstawie organizacji.

Ujednostajnienie opieki lekarskiej w szkołach zniszczy przywilej szkoły średniej, lecz kosztem tego przywileju zwiększyć się winna wydajność pracy lekarza w szkole powszechnej. Zmniejszy się ilość lekarzy, szkolnych, lecz będą oni mogli być lepiej wynagradzani, co zwiększy możliwości rozwojowe ich pracy. Te możliwości wzmóc należy przez odpowiedni dobór pracowników i ułatwienie zdobycia odpowiedniego do danej pracy fachowego przygotowania.

To ostatnie jest tembardziej pilne, że wraz ze wzrostem ilościowym szkół, wzrastać będzie ilość lekarzy szkolnych, jak to wykazuje dr. Koczyński. Ogólnie obowiązujące jednorazowe roczne badania wszystkiej dziatwy i, wzmożenie bezpośredniego kontaktu lekarza szkolnego z masą rodzicielską wzmogą wydajność jego pracy.

Oto wnioski, które nasuwają wywody poprzednie. Zaznaczam, że materiału do uwag poprzednich i wniosków wysnutych dostarczyła mi obserwacja funkcjonowania nadzoru lekarskiego na terenie Warszawy.

Dr. J. Małyńcz.

## Tezy wychowania publicznego.

Chcąc dać możność wypowiedzenia się każdemu, kto w sprawie opieki nad dzieckiem ma coś istotnego do powiedzenia, zamieszczamy poniższy artykuł, z zastrzeżeniem, że nie ze wszystkimi twierdzeniami autora możemy się zgodzić.

R e d a k c j a .

Czem jest dziecko — my nie wiemy, a jak wnosić można z dotychczasowych badań — byłby to przedmiot nieograniczonych możliwości.

Na świat przychodzi dziecko z zaczątkiem wszelkich skłonności — w zapłodnionej komórce mieszają się wszystkie dane rozwoju fizycznego, bo, nawet, jak twierdzi nauka — i określona ilość atomów na przyszłe pokolenia — w tym atomie ukryta jak również myśl przyszłej istoty żywej — myśl minionych i przyszłych pokoleń. Myśl ta w miarę wzrostu ustroju kształtuje się. Zagadnieniem wychowania jest stworzyć najlepsze warunki rozwoju jednostki i kształtowania jej myśli. W rzeczywistości jest inaczej. Około 40% dzieci na terenie samej Warszawy pada ofiarą nieznanomości tych warunków już w pierwszych latach życia, a te które wyżyją zawdzięczają swe życie nie metodom wychowawczym, a raczej żyją wbrew tym metodom.

W pierwszym roku życia dają się zauważyć przejawy rozwoju umysłowego dziecka; dziecko pragnie poznawać — rozróżniać przedmioty, barwy, rodzą się upodobania, rozwijają się nałogi. W miarę rozwoju fizycznego postępuje rozwój umysłowy dziecka i zaczyna się tragedia walki dziecka o prawa do życia z wychowawcą, który to życie stara się zniszczyć, wypaczyć w tej świętej naiwności, że tem uszczęśliwia dziecko.

Najcięższym chyba katorgom życie umysłowe dziecka bywa poddawane w szkole, którą to nie bez słuszności Witkiewicz nazywa największym wrogiem dziecka, a Ellen Key piętnuje nawet mianem morderstwa dusz. Ta tragedia walki trwa aż do wieku dojrzałości, z której dziecko jeśli i wychodzi zwycięsko, to w każdym razie z bardzo nadszarpanymi siłami, co się ujemnie odzywa w jego przyszłym życiu.

Sprawa wychowania dziecka od najdawniejszych czasów zaprzęta umysły pedagogów i bywa rozstrzygana w mniej lub więcej szczęśliwy sposób, zależnie od postępów czynionych w poznaniu duszy dziecka.

I tak Rousseau twierdzi, że ustrój dziecka jak najmniej się nadaje do urabiania, a jeżeli to ma miejsce, to dzieje się wbrew naturalnemu rozwojowi. Gdyby przyjąć tę tezę — to cała tajemnica wychowania polegałaby na

tem, żeby nie wychowywać (Ellen Key. Stulecie Dziecka).

Przy normalnych warunkach instynkt macierzyński byłby najlepszą szkołą wychowania jak najlepszym odżywianiem niemowlęcia bezspornie jest pokarm matki. Ponieważ żyjemy jednak w warunkach ustroju kapitalistycznego, w warunkach wysoce nienormalnych, w których walka o byt obala życie rodzinne — przeto i reguły życia normalnego często zawodzą jak zawodzi pokarm matki, jak zawodzi instynkt macierzyński i narówni ze sztucznym odżywianiem sztuczne wychowanie — wychowanie publiczne staje się niezbędnym surogatem wychowania rodzinnego od najmłodszych lat życia dziecka.

Wychowanie publiczne z braku metod wychowawczych, odpowiednio wyszkolonego personelu z bardzo nielicznymi wyjątkami daje rezultaty bierne jeśli nie ujemne. Właściwym wychowawcą staje się środowisko i życie.

Jakość tego wychowania jest przypadkowa i zależna od tych obu czynników — środowiska, które wpływa na nasze wychowanie dodatnio lub ujemnie — i życia, które samo wychowanie wypacza, hamuje lub też przyspiesza i rozwija talenty twórcze.

Zadaniem wychowawców jest zbliżenie dziecka do otoczenia, a to daje się osiągnąć w miarę poznania dziecka czyli całe zagadnienie wychowania sprowadza się do dozowania umiejętności i intelektualnej obserwacji, a cały wysiłek wychowawczy do umiejętności wytworzenia środowiska, któreby wywierało odpowiedni wpływ na dziecko. Do tego jednak trzeba światłych wychowawców, których u nas brak, a których wytworzeniem społeczeństwo winno co rychlej się zająć, gdyż od tego zależą i przyszłość dziecka i przyszłość kultury naszej.

Trzy są zasadnicze typy zakładów wychowawczych. Zakład wychowawczy zamknięty, często położony w dali od osiedli ludzkich i do pewnego stopnia izolowany od przypadkowości wpływów otoczenia, stwarza podłoże wychowania negatywne, w którym wpływy przypadkowości otoczenia jak złe tak i dobre są znacznie osłabione — w tych warunkach wychowanie znajduje jedyne prawie oparcie w kierownictwie zakładu i jego personelu wychowawczym.

Indyferentne lub złe kierownictwo, zły personel wychowawczy, brak metod wychowawczych — rozwój dziecka wypacza, zabija w niem wszelką indywidualność i, jak poucza doświadczenie, wszelkie złe skłonności dziecka w takim zakładzie jaknajbujniej wykwitają. W porównaniu z takim zakładem wychowawczym rysztołk miejski daje znacznie lepsze

warunki rozwoju i lepsze rezultaty, ze względu na większą obfitość wrażeń, samodzielność i doświadczenie, chociaż nieraz drogo okupione.

W normalnych warunkach tenże zakład zamknięty może się stać nieograniczonym polem do badań nad dzieckiem, które prócz efektów wychowawczych mogą wzbogacić naukę całym szeregiem cennych spostrzeżeń.

Inny znowu charakter ma zakład półotwarty, z którego dzieci chodzą do szkół publicznych. Taki zakład winien być współpracować ze szkołą, a jest właściwie korektą i dopełnieniem tych szkół. W takim zakładzie dzieci podlegają wpływowi środowiska a więc płyną pod żaglami, w którym dmie życie. Kierownictwo zakładu ma tu inne zadanie niż w zakładzie zamkniętym. Jest ono sternikiem, a personel wychowawczy — załogą statku, jeśli wolno użyć tego porównania. Zadanie w porównaniu z zakładem zamkniętym znacznie ułatwione. Tam panuje cisza w przyrodzie, a środowisko trzeba dopiero wytworzyć.

Zakłady otwarte, jak ogniska, kluby, w których dzieci przebywają przez określoną tylko ilość godzin mają charakter zbliżony do poprzedniego typu zakładów — tylko, że funkcje wychowawcze są bardziej ograniczone.

Ze względu jednak, na odrębny charakter tych trzech typów zakładów system wychowawczy winien być do potrzeb miejscowych przystosowany.

Wychowanie dziecka rozpada się na trzy pozornie odrębne elementy, które składają się na całość. Idąc utartym szlakiem, dzielimy je na wychowanie fizyczne, moralne i umysłowe, który to podział ze względów praktycznych da się sprowadzić do wychowania fizycznego, społecznego i szkolenia.

Rozwój fizyczny dziecka, jak wiadomo, jest podstawą wychowania umysłowego, a poniekąd i moralnego — podobnie jak charłactwo pociąga za sobą niedorozwój umysłowy, a ten ostatni — przestępczość.

Wszystko to, co nam dobrze robi lub sprzyja współzyciu z otoczeniem nazywamy moralnością, jak to, co nam szkodzi lub temu współzyciu przeszkadza nazywamy niemoralnym.

Moralność zawiera w sobie element społeczny i dlatego ujęcie rozwoju moralności w wychowaniu społecznym znajduje zupełne usprawiedliwienie.

Przechodząc do rozwoju umysłowego, zobaczymy, że droga do tego rozwoju prowadzi przez szkolenie. Od najmłodszych lat pomagamy, właściwie mówiąc, szkoleniu zmysłów dziecka, podobnie szkolimy spotrzegawczość, szkolimy wszystkie funkcje psychiczne do najwyższych — szkolimy w sztuce pisanie, czytania, rysunków, rachowania.

szkolimy wreszcie przystosowując je do tego czy innego zawodu. Od tego pierwiastka bierze początek szkoła i to określa nie najlepiej oddaje pojęcie o które nam chodzi, gdy rozwoju umysłowy, jak kwiat u rośliny wieńczy zabiegi wychowania i odpowiada ściśle okresom rozwoju fizycznego dziecka.

Wobec często spotykanych nieporozumień należy zaznaczyć, że między wychowaniem fizycznym, a lecnictwem zachodzi ta różnica, że wychowanie fizyczne ma na celu stworzenie warunków sprzyjających rozwojowi fizycznemu, lecnictwo zaś jest pomocą doraźną, gdy zostaje naruszona równowaga fizyczna jednostki przez zaniedbanie tych warunków, przez dziedziczenie, zanieśnienie zarazy z zewnątrz lub jakiego wypadku.

Do zadań wychowania fizycznego należą również ćwiczenia fizyczne w postaci gimnastyki, gier i zabaw.

Warunkami normalnego rozwoju fizycznego są: regularny tryb życia, dostateczne i racjonalne odżywianie, czystość powietrza, czystość ciała, ubrania, pościeli, wreszcie czystość i higieniczne urządzenie zakładu i higiena pracy — są to wszystko warunki, bez których normalny rozwój fizyczny dziecka jest nie do pomyślenia.

Dla kontroli rozwoju fizycznego służą pomiary antropometryczne, waga, perjodyczne oględziny.

Wychowanie społeczne polega na podporządkowaniu interesów jednostki interesom ogółu, obejmuje całokształt zagadnienia obyczajowości, kształcenie charakteru, woli uczucia, wyrobienia zdolności panowania nad sobą, inicjatywy, pomysłowości, poczucia piękna, wyobraźni, samodzielności, odwagi etc. A to się osiąga drogą pogadek, samorządu, skautingu, przy pomocy muzyki, śpiewu, gier, zabaw, rzemiosł etc. — jak również przy pomocy odpowiednich ćwiczeń.

Szkolenie jako czynnik rozwojowy znajdowałoby swój odpowiednik fizyczny w gimnastyce, tańcu rytmicznym, sportach, zabawach etc. W zakresie umysłowym — w szkoleniu zmysłów, szkoleniu funkcji psychicznych, poczynając od najprostszych do bardziej złożonych i najwyższych. W ten sposób powstałby aparat do przyjęcia i przetwarzania wrażeń świata otaczającego, co posłużyłoby za przygotowanie do podjęcia studjów naukowych.

Środkami pomocniczymi byłyby badania psychometryczne, selekcja i wskaźnik rozwoju fizycznego, z którym równolegle winna postępować praca umysłowa, a nawet raczej temu wskaźnikowi należałoby ją podporządkować.

Warunki życia wymagają jednak pewnych umiejętności, a w zorganizowanym nowoczesnym społeczeństwie istnieje

ściśly podział pracy — przyczem walka o byt wymaga współzawodnictwa, z którego silny wychodzi zwycięzca.

Przy wyborze zawodu uzdolnienie dziecka winno być decydującem, a ujawnienie tych zdolności i rozwijanie winno być jednym z głównych zadań wychowania, zarazem służyć powinno za podstawę wychowania zawodowego.

Szkoła powszechna jest tem minimum wiedzy, które dziecko winno osiągnąć. W jaki sposób wiedza przechodzi do umysłowości dziecka — o tem mówi metodyka nauczania. Zwrócić należałoby jednak uwagę, że nauczanie to winno być ściśle przystosowane do tak zwanej siły umysłowej dziecka, gdyż wszelkie przeładowanie, spotykane w dzisiejszej szkole jest nie celowe, a raczej szkodliwe, ponieważ zniechęca dziecko do poznania wiedzy, niszcząc przytem aparat umysłowy.

Zagadnienia religijne, oparte na żywocie wiecznym należą do dziedziny nauk, która wybiega dalego poza pojemność umysłowości dorosłego człowieka i dla dziecka zupełnie jest niedostępna.

Zaznajomienie z ujawnionemi prawami natury opartemi na naukach przyrodniczych, dałoby konkretne podstawy do dalszych dociekań nad nieznanemi prawami i posłużyłoby za wstęp do nauczania historii religji i wierzeń.

Dziecko należy pouczyć, że na świecie znacznie więcej jest rzeczy nieznanych niż znanych, że potowłaśnie służy nauka, ażeby tę zasłonę nieznanego uchylała. Takie postawienie sprawy może być tylko zachętą do studjów, do pracy naukowej. Miałoby to jeszcze i te doniosłą korzyść, że uczyłoby skromności i powagi myślowej wobec ogromu rzeczy nieznanych.

---

O. Wiszniewska.

## Mea Culpa.

Dziecko nieposłuszne. Nie słucha rodziców, nauczycieli, wychowawców. Perswazje, nagany, kary nie skutkują. Jak na to poradzić? Co począć z nieposłusznem dzieckiem? Czy jest lekarstwo na nieposłuszeństwo? I jakie?

Jest to lapidarne streszczenie skarg ogromnej liczby rodziców i wychowawców. Ale wpiertw nim szukać lekarstwa na nieposłuszeństwo musimy dobrze rozważyć czy jest ono w isto-

cie chorobą. Musimy zadać sobie pytanie, czy posłuszeństwo jest cnotą, a nieposłuszeństwo wadą. Wreszcie musimy uprzytomnić sobie, co to jest właściwie posłuszeństwo.

Ujmując rzecz prosto i jasno, musimy przyznać, że posłuszeństwo jest zaparciem się własnej woli, własnej inicjatywy, celem podporządkowania swych słów i czynów obcej woli. A więc zaparcie się swego „ja“. A więc zatuszowanie indywidualności, inaczej wyrzeczenie się jej, zredukowanie do zera.

I ten środek zabijania żywej jaskrawej indywidualności, środek fabrykacji zer mamy uważać za cnotę? Sądzę, że odpowiedź na to jest zbytyczna.

Ale posłuszeństwo, jako ćwiczenie woli jest doskonałym środkiem. Wyrzec się dobrowolnie, zupełnie świadomie tego, czego się pragnie, do czego cała nasza istota rwie się, dla tego, że t a k p o t r z e b a, wymaga strasznego wysiłku woli i, o ile taki wysiłek będzie się stale powtarzał, wola stopniowo nabierze takiej mocy, że człowiek będzie panem siebie, a więc człowiekiem w najszlachetniejszym znaczeniu tego słowa.

Lecz o ile świadome podporządkowanie swej woli bądź woli innej osobistości, bądź woli ogółu, jest wartościowym czynnikiem wychowania, o tyle ujemny czynnik stanowi bierność posłuszeństwa, bezmyślne zastosowanie się do wszystkich zarządzeń osoby „której należy słuchać“. Dzieci zawsze posłuszne, te słodkie pociechy matek i wychowawców, posiadają tchórzliwe dusze i leniwe umysły, brak im odwagi na protest choćby najślabszy i nie chce się im rozważać po co i dla czego mają to lub owo uczynić; dla nich dosyć, że tego wymagają rodzice lub wychowawcy, im dogodniej, spokojniej ze swoją biernością i swojej osoby nie sfatygują i pozostaną pociechą rodziców lub szkoły. Ale z tych „pociech“ społeczeństwo i Ojczyzna nigdy nie będą mieli pociechy, bo nigdy z nich nie będzie prawdziwych obywateli kraju, a wyrobi się tylko materiał na szary bezbarwny tłum, który bezmyślnie pójdzie za wodzem spotkanym na swej drodze. Wodzowie zaś powstaną z szeregów zakał szkół i rodzin, z szeregów dzieci nieposłusznych, bo indywidualnych, na których tak się uskarżają niezaradni rodzice i wychowawcy.

Tu wyczuwam okropny wybuch oburzenia w szeregach udręczonych przez nieposłuszne dzieci ich życiodawców i wychowawców. Zdaje się, że zdaleka słyszę szmer protestów: „Więc niewolno wymagać od dziecka posłuszeństwa, a należy pozwolić mu na całkowite rozpasanie, trzeba tolerować wszelką swawolę i samowolę, czy mamy zaszczepiać dzieciom anarchistyczne instynkta?“

Ależ nie, nie, bynajmniej! Pomiedzy anarchizmem, rozpasaniem, swawolą, samowolą etc., a biernym posłuszeństwem unicestwiającem indywidualność jest tak rozległa przestrzeń,

że na niej można założyć rządne i wspaniałe królestwo świadomej rozsądnej karności.

Dzieci naogół lubią ład i porządek i chętnie poddają się rygorowi, który im je zapewnia, więc o ile spotykamy u dzieci objawy niekarności, natrafiamy na nieposłuszeństwo o charakterze despotycznym, to winniśmy, skrzętnie zbadać swe sumienie celem wykrycia, jaki błąd pedagogiczny popełniliśmy, bo stanowczo błąd będzie tkwił w naszym postępowaniu nie zaś w psychologii dziecka, która zwykle jest bardzo jasną i logiczną.

Gdybyśmy naprzykład zażądali od dziecka, żeby nam zdjęło z nieba księżyc, a to dziecko (naturalnie w wieku szkolnym), odpowiedziało nam, że nie może tego uczynić, bo od księżycy dzieli go ogromna międzyplanetarna przestrzeń i księżyc jest planetą wobec rozmiaru, którego dziecko jest okruszynką, prochem,—nie oburzaliśmy się na nieposłuszeństwo i krnąbrność dziecka, lecz odwrotnie, przyznaliśmy, że jest rozsądne i logiczne. Dłaczegóż w takim razie gdy dorośli w innej dziedzinie żądają od dziecka również nierozsądnej i niezgodnej z prawami natury rzeczy, naprz. cały dzień zachowywać się cicho, nie biegać i nie krzyczeć, to czynny protest dziecka mianują nieposłuszeństwem, a tłumaczenia, że nie może zawsze być cicho, kwalifikują jak krnąbrność?

Wszak dziecko w obydwu wypadkach jednakowo pozostaje w zgodzie z logiką i z prawami natury.

Każdy rozumie, że nie wszyscy ludzie posiadają jednakową fizyczną siłę i ciężar, który dla jednego będzie łatwy do udźwignięcia, drugiemu nie da się poruszyć z miejsca. A czemuż wychowawcy i rodzice nie chcą często zrozumieć, że tak samo intelektualne i moralne siły nie są podzielone wśród ludzi równymi dawkami? Brak tego zrozumienia częstokroć powoduje nadmierne wymagania względem dzieci słabiej uposażonych intelektualnie lub dotkniętych niedorozwojem jakiej władzy umysłowej (naprz. dziecko nie jest w stanie skupić uwagi na nieco dłuższy czas). I otóż w życiu spotykamy takie fakty, że dziecko nie wydąga nauczyć się lekcji, bo dla niego jest za trudna, za dużo ma do nauczenia się, za mało ma czasu na wykonanie tego, ponieważ jest słabo uzdolnione i potrzebuje podług swych sił łatwiejszego zadania lub więcej czasu do wykonania go; ale dorośli z tem się nie liczą i wymagają od słabszego dziecka, żeby narówni ze zdolniejszymi współtowarzyszami podołało zadaniu. „Inni mogą, to i ty powinieneś“ rozumują. Dziecko stara się, wyteża wszystkie siły, ale to na nic. Więc logicznie rozumiejąc, że skoro najwyższy wysiłek nie osiąga celu, to lepiej nie zadawać sobie zupełnie trudu, dziecko przestaje odrabiać lekcje, za co natychmiast zalicza się do kategorii leniwych i nieposłusznych. A jeżeli znów względem

dziecka, które niepotrafi dłuższy czas skupić uwagi, zamiast stosować odpowiednie ćwiczenie i pewną tolerancję, zaczniemy stosować kary lub nagany, to dziecko zdenerwuje się i straci możliwość skupienia uwagi, choćby na jedną chwilę, a więc znowu trafi na czarną listę niekarnych dzieci.

Wracając do przykładu, że dorośli często nielogicznie żądają od dzieci, wbrew prawom natury, ażeby zawsze zachowywały się cicho, przekonamy się, że o ile od dziecka wymagają spokojnego zachowania li tylko w określonym miejscu lub o oznaczonej porze (naprz. w klasie, na ulicy, na spacerze, podczas lekcji, póki młodsze rodzeństwo śpi lub starsze odrabia lekcję, czy tatuś pracuje i t. p.), to jest bardzo łatwo to osiągnąć w danym miejscu, o takiej, a takiej porze, skoro w innym czasie i w innym miejscu dziecko ma prawo wyładować nadmiar energii, wyhasać się, wykrzyżeć. Lecz żadne zakazy i kary nie stłumią w dziecku przemożnego głosu natury i kto wymaga od dzieci rzeczy niewykonalnych, przekraczających ich siły, rzeczy przeciwnych naturze, ten sam uczy dzieci nieposłuszeństwa.

Stąd wynika, że pierwszą zasadą osiągnięcia karności dzieci jest, by wymagania dorosłych były zawsze zgodne z prawami natury, zastosowane do sił fizycznych, moralnych i intelektualnych dziecka, słowem wykonalne.

Drugą zaś zasadą jest sprawiedliwość i stanowczość wymagań. Nie wolno wymagać od jednego dziecka więcej niż od drugiego, jednemu, zabraniać tego na co się pozwala innemu, jednego karać za to, co zwykle innemu puszcza się płazem. Tak samo niewolno uzależniać swych zakazów, rozkazów i nagan od nastroju, „nerwów“ i t. p. Co jednemu jest wzbronione, powinno być wzbronione wszystkim, a co jest uważane za złe, nie może być tolerowane w chwilach świetnego humoru, tak samo niedopuszczalne jest sfukać, ukarać lub obrazić dziecko za niewinną zabawę tylko dlatego, że mamusia lub nauczyciel szwankują na zdrowiu, czy mieli osobiste przykrości. W oczach dziecka co jest złe, jest takie zawsze i dla wszystkich. Kto tego nie uwzględnia sieje nieposłuszeństwo.

Gdy mowa o sprawiedliwości, to też trzeba uważać, ażeby nie postępować z dziećmi według zasady „czyń tak, jak ja ci każę, ale nie czyń tego, co ja czynię“. A niestety z tym błędem spotykamy się na każdym kroku. Naprz. ojciec prawi piękne kazanie o prawdomówności, potępia jaskrawo kłamstwo, a gdy zawita nieprzyjemny gość lub wierzyciel, to przy dzieciach każe powiedzieć, że go niema w domu. Matka słowami uczy dzieci powściągliwości, panowania nad sobą, a sama jest popędliwą

i zupełnie nie umie panować nad sobą, gdy cośkolwiek stanie się nie podług jej myśli.

Obserwowaliśmy taki przykład w zakładzie wychowawczym: nowy wychowawca skarży się, że nie może sobie dać rady z chłopcami, są niekarni, rozhukani, arogancko zachowują się względem wychowawcy, wykręcają się od dyżurów, są niesumienni, bo gdy się im każe co robić, to robią tylko póty, póki się stoi im nad karkiem. Wymienił imiona chłopców — byli to chłopcy dotąd przykładni, najinteligentniejsi, najwięcej karni, sumienni, grzeczni w obejściu. Wydawało się to dziwnem. Należało zbadać sprawę. Otóż skrupulatna obserwacja dała takie wyniki: wychowawca miał rację, oskarżając chłopców, ale sam wychowawca popełniał te same błędy, dyżury swe spędzał przeważnie u siebie w pokoju, a nie przy dzieciach, nie wykonywał szeregu powierzonych mu funkcji, potrafił przy dzieciach niegrzecznie odburknąć zwierzchnikowi i też pracował przy dzieciach tylko póki go obserwowano, a kiedy oddalał się zwierzchnik i on ulatniał się jak kamfora. Tu zupełnie namacalnie dał się odczuć zły wpływ rozbieżności słowa i czynu, demoralizujący najlepsze dzieci. Chłopcy nie mieli odwagi powiedzieć wychowawcy: „skoro pan, dorosły człowiek, nie masz dość siły woli, by wykonywać wbrew życzeniu, to coś powinien wykonać, to nie masz prawa wymagać tego od nas — dzieci“. To też mówiły mu tylko czynem. Stąd wynika, że trzecią zasadą przy dążeniu do karności jest, by każde wymaganie było poparte przykładem, w każdym zaś razie, by słowo szło w parze z czynem.

A czwartą zasadą jest zrozumienie przez dzieci celowości wszystkich zakazów i nakazów dorosłych. Niektórzy uważają, że dość dziecku powiedzieć „musisz to zrobić lub owego nie czynić, bo ja ci każę, czy zabraniam“ i grzeczne, rozsądne dziecko powinno to wykonać, a chęć dziecka zrozumieć „po co“ lub „dlaczego“ ma tak postąpić, traktują jako krnąbrność, niewłaściwie mędrkowanie, ubliżające powadze dorosłych. A nie chcą zrozumieć, że odwrotnie powaga dorosłego obniża się właśnie wtedy, gdy dziecko nie rozumie żądania jego, a przez to uważa je za bezsensowne, niesprawiedliwe lub niemądre. Gdy otrzymywane zakazy lub nakazy są zrozumiałe dla dziecka, ono zawsze znajdzie w sobie dość mocy na wysiłek, wymagający zwalczania swego lenistwa, swych upodobań sprzecznych z wymaganą od niego czynnością, swych przyzwyczajzeń lub nawet nałogów, lecz gdy mu brak tego zrozumienia, ulegnie zniecheceniu, nie potrafi rozkazać sobie robić to, czego mu się nie chce, bo w głębi duszy będzie uważało, że jest to zgoła niepotrzebne.

Dziecko posłusznie przerobi nudne gimnastyczne ćwicze-

nia, skoro rozumie, że czyni to dla wzmocnienia swych mięskół, dla swego zdrowia; bez protestu pójdzie wcześniej spać, o ile wie, że inaczej trudno mu będzie dość wcześniej wstać, by zdążyć na lekcje; chętnie się zachowuje spokojnie w szkole, bo rozumie, że inaczej nie mogła by się odbyć lekcja, ale pójsć wcześniej do łóżka, kiedy najwięcej chce się bawić, siedzieć cicho, gdy cała istota rwie się do ruchu, pragnie krzyku, śmiechu, zabawy, tylko dlatego, że tak mu kázano! O, niema głupich! Zrozumienie celu nadaje czynności sens, ożywia ją, daje bodźca do uczynienia wysiłku, a brak celu lub brak zrozumienia, obzwiązują wole, wywołują niechęć, znużenie.

Istnieje anegdotka, tej treści: do jakiegoś miasta na prowincji był zaproszony dla wygłoszenia odczytu znany mówca z Warszawy, który kazał zapłacić sobie bajeczne honorarium. Gdy prelegent powracał doróżką do hotelu, doróżkarz zaczął użalać się na niesprawiedliwość losu i ludzi, mówiąc, że ciężko pracując od rana do nocy przez cały miesiąc ledwie potrafi tyle zarobić, co jego pasażer w przeciągu 2 marnych godzin za nikomu niepotrzebne klepanie językiem.

— Bo klepanie językiem jest najcięższą na świecie pracą—zazartował pasażer.

— Akurat — oburzył się doróżkarz — ja tam będę 4 godziny klepał bez ustanku, niechno tylko pan mi odda dziesiątą część tego co dziś zarobił. Wielka mi tam praca w cieple, w wygodzie klep—klep językiem. Można pół doby klepać.

— Wiesz co przyjacielu—zapronował prelegent — oddam ci cały swój dzisiejszy zarobek, o ile potrafisz, siedząc w fotelu, w ciepłym pokoju przez półgodziny powtarzać bezustanku: „klep—klep“. Dam ci przedtem dla zwilżenia gardła herbaty z arakiem i po ukończeniu próby przepłóciesz tem gardło. Co zgoda?

Doróżkarz chętnie się zgodził. W hotelu konia oddali pod opiekę służby, doróżkarz rozparł się w wygodnym fotelu, uraczył się mieszanką araku z herbatą i mając przed sobą duży zegar rozpoczął swoje „klep“, „klep“, „klep“... Klepał 5 minut, dziesięć, kwadrans, pot kroplisty wystąpił mu na czole, oczy zmętniały, nareszcie po 20 minutach przerwał klepanie, zaklął i wyznał, że nietylko jego praca, lecz nawet praca jego klaczy są łatwiejsze od pracy prelegenta.

— A widzisz — powiedział ten, — tyś nie potrafił pół godziny bezmyślnie klepać językiem, a ja muszę jeszcze słowa dobierać i starać się, by ludziom ciekawie było mnie słuchać.

Prelegent oszukał doróżkarza, bo o ile łatwym jest długo mówić, wypowiadając swe myśli, o tyle trudnym, nużącym i nudnym jest bezmyślnie powtarzanie „klep—klep“.

Tak samo oszukują dzieci, wymagając bezmyślnego posłuszeństwa, które jest takież nudnym klepaniem doróżkarza.

A świadome spełnianie swych obowiązków, dobrowolne dążenie do udoskonalenia się, do uspołecznienia jest łatwą i szlachetną pracą prelegenta. Harcerstwo, gdzie wszystko jest zbudowane na samowychowaniu, gdzie młodzież z otwartymi oczami dąży do wyższych celów, może nam służyć przykładem jakie świetne wyniki karności osiąga się tam, gdzie jest świadomość swych czynów i ich celów. A odwrotnie, gdy zmuszamy dziecko z zawiązanymi oczami iść na pasku, to biedna dziecina z początku stara się być posłuszna (klep—klep, klep—klep...), aż nareszcie znużona, zrozpaczona, wpada w pasję, przerywa swe klepanie i już niema posłuszeństwa, niema karności, niema nawet poczucia swej winy... a jest tylko bunt.

Oprócz tych czterech szerokich gościńców, wskazanych wyżej, jest jeszcze mnóstwo drobnych ścieżek i ścieżynek, które dorośli prowadzą dzieci do nieposłuszeństwa, do niekarności, do buntu. Obserwujmy życie i szczerze zdajmy sobie sprawę ze swych spostrzeżeń, a przekonamy się, że w 90 wypadkach na sto niekarność dzieci (10 przypada na dzieci chore i nienormalne), wina jest po stronie rodziców, wychowawców lub nauczycieli. Więc o ile w rodzinie, szkole czy zakładzie wychowawczym, uskarżają się na nieposłuszeństwo dzieci, to dorośli powinni uczynić ścisły rachunek sumienia i ze skrucłą bijąc się w piersi wołać: „mea culpa, mea maxima culpa!”

## Kronika krajowa.

### Walka z jaglicą.

Dnia 25 września odbyło się w Min. Pracy i Op. Społ. posiedzenie w sprawie zwalczania jaglicy wśród dzieci i młodzieży. W posiedzeniu tem pod przewodnictwem nac. wydz. opieki nad dziećmi i młodzieżą p. B. Krakowskiego, brali udział także przedstawiciele Gen. Dyr. Zdrowia, Min. W. R. i O. P. oraz Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego. Województwo poleskie wymaga w chwili obecnej jaknajszybszej akcji ratunkowej. Na 1218 dzieci (w zakładach zamkniętych) zbadanych przez dr. Rusiecką, zarejestrowano 838 dzieci chorych na oczy. Jeżeli dodać jeszcze 189 dzieci będących na kuracji w różnych zakładach dla dzieci jagliczych, otrzymamy liczbę 1027 dzieci chorych, na ogólną liczbę 1407 dzieci, czyli 73%. Co do szerzenia się epidemii wogóle, a głównie między dziatwą szkolną, to danych dokładnych dotąd niema, stan jednak musi być groźny, sądząc z wyników badania przeprowadzonego przez dr. Rusiecką w kolonji letniej Donaczewie, gdzie były przyjmowane dzieci ze szkół powszechnych, zakwalifikowane jako zdrowe, a gdzie badanie wykazało 67% dzieci zarażonych jaglicą.

Nacz. Lewicki proponuje taki plan akcji: Całokształt akcji ujmując w swoje ręce Poleski Urząd Wojewódzki, tworząc komisję do spraw walki

z jaglicą, w skład której wchodzi przedstawiciele wojewódzkiego wydziału pracy i opieki, Urzędu Zdrowia i Kuratorium Szkolnego. Komisja ta ma być organem kierującym: stroną wykonawczą obejmieznaczony przez komisję Komisarz specjalny. Dr. Rusicka obiecała objąć ogólną inspekcję. Opiekę nad dziećmi żydowskimi komisja będzie wykonywała za pośrednictwem Centralnego Towarzystwa Opieki nad sierotami żydowskimi.

Dr. Babicki zwrócił uwagę obecnych na to, że w całokształcie walki z jaglicą wśród dzieci i młodzieży niesłuchanie ważną rolę odgrywa, obok strony leczniczej, również i strona wychowawcza — gdyż dziecko jaglicze łatwo ulega specjalnemu wypaczeniu charakteru, które wobec przewlekłości kuracji zagraża poważnie jego rozwojowi moralnemu. Wobec powyższego przewodniczący wniósł projekt napisania specjalnej instrukcji, któraby ułatwiła wychowawcom pracującym w zakładzie dla dzieci jagliczych ich zadanie.

## Kronika zagraniczna.

### ESTONJA.

#### Działalność Czerwonego Krzyża od r. 1919 — 1925.

W „Bulletin de l'Union Intern. de Secours aux Enfants“ znajdujemy wyciąg dotyczący opieki nad dziećmi ze sprawozdania przesłanego tej organizacji przez Czerwony Krzyż Estoński.

Cz. K. E. zorganizował dla dzieci przytułki, kolonje letnie, sanatorja i t. d. oraz Sekcję Czerwonego Krzyża Młodzieży.

W pierwszej linii Cz. K. zajął się sierotami wojennymi, grupując je w przytułkach i sierocińcach, stworzonych przez siebie i w części subwencjonowanych przez Min. Pracy i Opieki Społecznej. W przytułkach funkcjonują szkoły elementarne. Wszystkie dzieci bez wyjątku otrzymują tam naukę pod kierownictwem doświadczonych nauczycielek. Dzieci mało uzdolnione uczą się rzemiosł, a dzieci najzdolniejsze przyjmowane są do internatu w Tellinnie, należącego do Cz. K.

W 4 przytułkach 200 dzieci otrzymuje, poza nauką, wychowanie rodzinne. Przytułki mieszczą się w dawnych prywatnych pałacach, ofiarowanych Cz. Krzyżowi lub przezeń zakupionych. Położone są nad brzegiem morza lub w okolicach lesistych, otoczone wspaniałymi parkami z małowniczymi stawami i strumieniami. Przy każdym przytułku znajduje się ogród warzywny i owocowy, ziemia orna oraz boisko.

Kolonja letnia w Tabasalu składa się z 7 domów: przeznaczona jest dla dzieci słabowitych i anemicznych, które w dwóch grupach (po 120) spędzają tam wakacje letnie.

### NIEMCY.

#### Nowa ustawa o opiece społecznej.

Nowa ustawa, która weszła w życie z dn. 1 stycznia r. 1925 toruje drogę opiece społecznej, która odpowiada więcej aktualnym pojęciom o tem, na czem polegają zadania tej opieki.

Jedną z podstawowych zasad tej ustawy stanowi to, że opieka obiera za punkt wyjścia odrębności każdego poszczególnego wypadku.

Oto kilka punktów dotyczących rodziny i dzieci.

Opieka powinna zabezpieczyć „minimum egzystencji“ i w tym celu powinna brać pod uwagę przyczyny nędzy. Powinna działać w ten sposób, ażeby zapobiegać przekształcaniu się nędzy chwilowej w nędzę stałą.

Ustawa ta ma moc działania w stosunku do młodocianych (o ile nie spełnia tego ustawa obejmująca opiekę nad młodzieżą) w celu zapobiegania wszelkim anomaljom natury fizycznej, umysłowej lub moralnej. Obejmuje wypadki słabości fizycznej, o ile nie ma się do czynienia ze zdecydowanym kalectwem. Może przenieść dziecko ze środowiska dlań nieodpowiedniego. We wszystkich tych wypadkach udzielona pomoc powinna być stała i celowa.

Ustawa określa jaki wypadek wymaga pomocy: a więc jest to położenie człowieka, który własnymi siłami i środkami nie może zdobyć minimum egzystencji dla siebie i swoich bliskich.

„Minimum egzystencji“ określa się w sposób następujący: utrzymanie, mieszkanie, odżywianie, odzież, opieka w chorobie aż do zupełnego wyzdrowienia i powrotu do pracy, opieka podczas ciąży i porodu, wykształcenie i nauka rzemiosła, kształcenie niewidomych, głuchoniemych, kalek i wreszcie — koszta pogrzebu.

W kwestji dotyczącej matek, ustawa ta, nie zabraniając im pracy poza domem, wymaga jednakże, ażeby praca ta była podporządkowana zadaniom domowym matek, a więc w pierwszym rzędzie wychowaniu dzieci.

### Mieszkania dla rodzin gruźliczych.

Miasto Durlach pod Karlsruhe, na prośbę „ognisk przeciwgruźliczych“ udzieliło oddzielnych mieszkań rodzinom, w których kilku członków cierpi na gruźlicę. „Ogniska przeciwgruźlicze“ istnieją tam dopiero od roku, a dziś już 19 rodzin gruźliczych posiada oddzielne pokoje lub mieszkania.

Taki sam przydział oddzielnych mieszkań dla gruźlików projektuje magistrat m. Karlsruhe.

### Statystyka narodzeń i śmiertelności.

W r. 1923 stopa urodzeń w Niemczech wynosiła 21,6 na 1000 mieszkańców w stosunku do — 23,6 w roku 1922 i — 27,7 w roku 1913. Urodzeń żywych było o 35,000 mniej niż w r. 1922. Procent śmiertelności z powodu gruźlicy był wyższy, zwłaszcza wśród dzieci, a śmiertelność matek wdówjasób większa niż w r. 1922.

## BELGJA.

### Film p. t. „Przyszła mateczka“.

Staraniem „Oeuvre Nationale de l'Enfance“ odbył się w Brukseli pokaz propagandowego filmu p. t. „Przyszła mateczka“. Pokaz ten miał charakter bardzo uroczysty. Rozpoczęła go pogadanka dr. Couvelaire z Paryża, który wyraził się, między innymi, że film ten „jest najlepszą szkołą jak produkować, konserwować i ulepszać rodzaj ludzki“. Film, którego twórcą jest dr. Devraigne, lekarz naczelny paryskiego szpitala Lariboisière, składa się z 7 części, ułożonych w formie wykładu i osnutych na następującej fabule: Margot, trzynastoletnia dziewczynka, córka farmerów, z okazji narodzin swej małej siostrzyczki, znajduje praktyczne zastosowanie dla swych wiadomości z dziedziny puerikultury, zaczerpniętych od doktora na stacji dla niemowląt i od nauczycielki w szkole powszechnej. Dziewczynka ta nie tylko umie zachęcić matkę do swoich me-

tot wychowawczych i zainteresować nimi ojca, ale nawet walczyć ze starą „matką Mabu“, wiejską znachorką, która dotąd była we wsi jedynym autorytetem, a w końcu zostaje „nawrócona“ przez swoją młodziutką przeciwniczkę. Te dwie postacie, symbolizujące przeszłość i przyszłość, przesady i naukę — ożywiają skromny scenariusz, który poza nimi wypełniają jeszcze inne osoby, zyskujące sympatję widza, jak lekarz i nauczycielka. Walka metod naukowych z przesadami, które zostają obalone „na oczach widzów“ tworzy obrazy o wielkiem znaczeniu wychowawczem. Każda z 7 lekcji ma swoje motto, ujmujące w jedno lapidarne zdanie każde z podstawowych wskazań opieki nad niemowlętami.

## FRANCJA.

### Biblioteka dla dzieci i młodzieży.

W „Pro Juventute“ (Nr. 7, 1925) znajdujemy interesujący opis pierwszej biblioteki dziecięcej, jaka została niedawno założona w Paryżu z funduszków amerykańskich. Nosi ona miłą nazwę „L'heure joyeuse“ i znajduje się w dzielnicy łacińskiej. Dyrektorka biblioteki, aczkolwiek zawodowa bibliotekarka, przygotowywała się przez 3 lata do swego nowego stanowiska, gdyż niełatwo jest zadowolić młodocianych czytelników, których wiek (od lat 7 — 17) ma wymagania tak różne od wymagań osób dorosłych.

Wokół stołów przykrytych higienicznie szklanymi blatami i udekorowanych wazonami z zielenią i kwiatami kilkadziesiąt krzeseł czeka na swych gości, o ile ci ostatni nie wolą siedzieć na ławach pod oknami. Ażeby być przyjętym do biblioteki nie są wymagane żadne formalności. Najlepiej jeżeli dzieci zapisywane są tam przez rodziców, ale podpis starszego brata lub siostry też wystarcza. Natomiast zaleca się usilnie nie odwiedzać biblioteki wtedy, kiedy w domu panuje zakaźna choroba, wymaga się zawsze mycia rąk przy wejściu i surowo zakazuje ślinienia palca przy przewracaniu kartek.

Na półkach biblioteki stoi 2000 tomów: pozostawiano im pstre okładki, które otrzymały „przy narodzinach“, tak, że każdy wybiera sobie książkę sam, zachęcony jej barwnymi kolorami, lub pociągającym tytułem. Najczęściej jedna z pań dozoruujących przychodzi dziecku z pomocą w razie jeżeli decyzja jest zbyt trudna. Przecież niełatwo uniknąć zawodu: czasem przygody nie są dość fantastyczne, czasem znów tekst jest za poważny! A jednak w szafach znajduje się wszystko: czarodziejskie baśnie i katalog marek pocztowych, dzieła sportowe i „Chata wuja Toma“, podróże i Anatol France, a nawet Schiller i Goethe. Niema nic miłszego jak te dzieciaki, stąpające na koniuszczkach palców ażeby nie zakłócić spokoju i, po oddaniu swej legitymacji i wyborze książki — zagębione w lekturze, której nie mogą przerwać nawet krzyki dzieci, bawących się na podwórzu sąsiedniej szkoły.

Powodzenie tej instytucji zaznaczyło się od pierwszego dnia. W ciągu 2 tygodni pojawiło się 1500 czytelników. Fakt to chyba dosyć przekonujący, że biblioteka ta daje wiele radości dzieciom, a także i matkom.

## STANY ZJEDNOCZONE.

### Szpital rodzinny dla gruźliczych.

Nowy typ instytucji został stworzony w New Yorku przez J. Kingsbury, prezesa Towarzystwa Polepszenia Bytu Biedaków (Association for Improving The Condition of the Poor). Dotychczas, skoro w jakiejś ro-

dzinie został stwierdzony wypadek gruźlicy, chorego umieszczano w sanatorjum, a w celu uniknięcia przeniesienia zarazka, dzieci chorego umieszczano w preventorjum. W rezultacie stwarzało to nienormalne życie zarówno dla chorego jak i dla jego rodziny.

W r. 1912 J. Kingsbury powziął myśl założenia szpitala (home-hospital), który przyjmował by chorego gruźlika wraz z jego rodziną, i pielęgnując pacjenta, troszczył się jednocześnie o jego otoczenie i zapobiegał roznoszeniu zarazka. W tym samym roku szpital został otwarty, a w r. 1916 — rozszerzony. Dzisiaj mieści sto rodzin t. j. około 500 osób.

Szpital ten jest tak urządzony, że zapewnia choremu zarówno jak jego rodzinie maximum powietrza, światła, bieżącej wody i t. p. U siebie, mimo przepisów lekarza, nikt nie będzie spał przy otwartych oknach, bo niema dostatecznej ilości ciepłych kołder; tak samo — nie będzie się odżywiać zdrowo i higienicznie, skoro zwykły posiłek, który spożywał dotąd, jest tańszy. W szpitalu dla rodzin te trudności są przewyżczone.

Jednakże i tu niełatwo udaje się personelowi lekarskiemu i pielęgnarskiemu wymóc na rodzinie chorego, ażeby ściśle przestrzegala zasad higieny w celu uniknięcia zarażenia się i zapewnienia choremu tak potrzebnego mu spokoju. Każdy nowo przybywający otrzymuje szczegółowe instrukcje, dotyczące życia w tym szpitalu, który wychowując całe rodziny w poszanowaniu zasad higieny, tworzy dzieło naprawdę trwałe. Po wyjściu ze zwykłego szpitala, chory często ma zamiar po powrocie do domu prowadzić zdrowy tryb życia, jednakże stoi temu na przeszkodzie rodzina, która go nie rozumie. W „szpitalu rodzinnym“ wszyscy zostają uświadomieni o konieczności i pożytku higieny osobistej i ogólnej.

„Home-hospital“ otwiera swe podwoje rodzinom, dla których bieda jest takim samym problemem jak choroba, przyczem pierwszeństwo mają te rodziny, które zdradzają chęć poddania się zasadom higieny i przepisom obowiązującym w szpitalu. Wartość tego systemu leczenia występuje najjaskrawiej wtedy, kiedy osobą chorą jest matka rodziny, gdyż pierwszym argumentem, który wysuwa zwykle przeciw leczeniu się jest niemożność opuszczenia, nawet na czas krótki, domu i dzieci.

Koszty utrzymania „home-hospital“ nie przewyższają kosztów utrzymania sanatorjum i preventorjum. Szpital rodzinny jest instytucją przeczności społecznej w najszerszym znaczeniu tego słowa, instytucją, która umiała przystosować się do instyktowej potrzeby chorego — pozostawania wśród swoich najbliższych.

### Higiena szkolna.

Biuletyn miesięczny Departamentu Zdrowia w Stanie New-Haven z miesiąca marca r. b. ogłasza program higieny szkolnej opracowany przez Depart. Wychowania. Oto główne punkty:

Zaszczepić dziecku zasady zdrowego życia.

Ochroniać zdrowie fizyczne i moralne dziecka, stwarzając mu środowisko odpowiadające najnowszym zasadom higieny.

Zapoznawać się z pozaszkolnym życiem dziecka i w razie odnalezienia defektów fizycznych, które mogłyby opóźnić jego rozwój lub być przeszkodą w nauce — informować o nich rodziców i zachęcić ich do zaradzenia złemu.

Przedsięwziąć w szkole środki zapobiegawcze przeciwko szerzeniu się chorób zaraźliwych.

Dać dziecku dokładne pojęcie o higienie osobistej, wdrożyć je do zdrowych przyzwyczajeń, zaznajomić z funkcjami organizmu i objaśnić znaczenie i doniosłość higienicznego życia.

Zasady te bezwzględnie zostaną przyjęte prędko w kraju, którego społeczeństwo uważa, że każde dziecko ma równe prawa do 3 rzeczy: zdrowia, bez troski i wykształcenia. Największym postępem, jakie w ciągu ostatnich kilku lat poczyniły powszechne szkoły amerykańskie jest zrozumienie obowiązków szkoły w stosunku do gminy, narodu i przyszłego człowieka — dziecka. Przez kształcenie ciała i umysłu szkoła przygotowuje dziecko do zajęcia miejsca wśród społeczeństwa z najlepszymi gwarancjami, że spełni ono dobrze swój obowiązek obywatela, rodziny i pracownika.

### PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Dr. Eugenjusz Piasecki, prof. Uniwersytetu Poznańskiego: *Dzieje wychowania fizycznego*. I tom „Biblioteki wychowania fizycznego i sportu“. Lwów, Ossolineum, 1925, str. XII.252, w 8-ce, z licznymi ilustracjami.

Pierwsza książka tej treści w Polsce a jedna z bardzo niewiele w literaturze światowej. W sześciu jej rozdziałach omawiane są kolejno: geneza i rozwój wychowania fizycznego w świecie zwierzęcym, u człowieka pierwotnego i w wielkich cywilizacjach starożytnego Wschodu; wychowanie fizyczne w Grecji starożytnej, Rzym, kościół chrześcijański, wieki średnie i czasy nowożytne do końca XVIII w.; zagranicą i w Polsce; nowoczesne systemy i metody wychowania fizycznego; rozwój ich w ciągu XIX w. zagranicą; ogólne metody wychowawcze XIX i XX w.; higjena szkolna; postępy wychowania fizycznego zagranicą w bieżącym ćwierćwieczu, ogólne reformy wychowawcze; higjena szkolna i wychowanie fizyczne w Polsce XIX i XX w.; rzut oka w przyszłość.

Genezę wychowania fizycznego autor oświetla w znacznej mierze wynikami własnych badań porównawczych nad zabawami ruchowymi. W dziedzinie prahistorji i dziejów dawnych stuleci, zrywa z dyktantyzmem dotychczasowych dzieł tego rodzaju, korzystając z pomocy całego szeregu uczonych specjalistów. W ten sposób udało mu się między innymi usunąć legendy o rzekomo wysokim poziomie wychowania fizycznego na Wschodzie starożytnym (Egipt, Indje, Persja, Chiny), co tem wyżej stawia zasługi Hellady. Nowością jest też traktowanie wieków średnich w sposób odpowiadający dzisiejszemu stanowi nauki, daleki od lekceważenia ich roli w dziejach tego działu wychowania, (opracowywanych dotąd przeważnie przez protestantów uprzedzonych do tej epoki).

Czasy nowożytne, zwłaszcza zaś dzieje XIX i XX w., dały autorowi sposobność skorzystania ze znajomości całej bezmała literatury światowej przedmiotu, wspomaganej licznymi podróżami zagranicę. Wszystkie ważniejsze etapy rozwoju śledził u samych źródeł. Jak z góry można było spodziewać się, że wzorów zagranicznych szczególną uwagę poświęcono krajom skandynawskim i anglosaskim. Nadto oczywiście, Polska jest przedmiotem najbardziej szczegółowego opisu. Rzecz doprowadzono do chwili bieżącej, dając krytyczny przegląd najnowszych zdobyczy naukowych i metodycznych (Lindhard, Bukh, Björkstern i in).

Po każdym rozdziale następuje obfity wykaz literatury, pozwalający czytelnikowi zgłębianie przedmiotu. Dokładny skorowidz przedmiotów i nazwisk ułatwia korzystanie z dzieła. Pokaźna ilość (do 80) ilustracyj przyczynia się do objaśnienia i ożywienia tekstu, jak również do podniesienia wyglądu zewnętrznego książki, który czyni zaszczyt wydawnictwu.

Z przedmowy wydawców dowiadujemy się, że zainaugurowana tą książką „Biblioteka wychowania fizycznego i sportu“ przyniesie nam kolejno cały szereg dzieł tak naukowych jak praktycznych z tej dziedziny.

Sądząc z pierwszego tomu, musimy spodziewać się rzeczy wysokiej wartości, które przyczynią się walnie do rozszerzenia i pogłębienia pracy w dziale wychowania, posiadającym niezmierną doniosłość narodową i państwową.

Dzieło to winno się znaleźć w rękę każdego wychowawcy fizycznego, lekarza szkolnego i sportowego, a nadto w szkole, armji, czy w stowarzyszeniu, będzie pożyteczną lekturą dla całego oświeconego ogółu.

**Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Warszawa, 1925 r. str. 46. Jednodniówka.**

„Towarzystwo Przyjaciół Dzieci“ wydało jednodniówkę, z której dochód przeznaczony jest na zasilenie funduszu na budowę szpitala dla dzieci żydowskich. Książeczka ta zawiera, obok krótkiego sprawozdania z dziewięcioletniej działalności Towarzystwa, szereg artykułów, odzwierciedlających fizyczne i moralne potrzeby dziecka oraz obowiązki jakie względem dziecka ciąży na państwie, społeczeństwie, rodzicach i wychowawcach. Autorzy, znani działacze na polu opieki nad dzieckiem z J. Korczakiem na czele, ujęli zagadnienia te w popularną, żywą formę obrazków opartych na faktach wziętych z życia i własnej praktyki. Forma ta nie tylko najlepiej uplastycznia niedolę dziecka, lecz najsilniej przemawia do wyobraźni szerokich warstw czytelników, dla których książeczka jest przeznaczona.

Jednodniówkę uzupełniają fotografie różnorodnych instytucji, pozostających pod zarządem „Towarzystwa Przyjaciół Dzieci“.

## Przegląd czasopism.

**ZDROWIE** — Warszawa, 1925 r. Nr. 7 — 8.

Dr. St. Kościuszkowa: **Bezwodnik kwasu węglowego rozpuszczony w wodzie, i jego znaczenie higieniczne.** — Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

**WYCHOWANIE PRZEDSZKOLNE** — Warszawa, 1925 r. Nr. 8—9.

Kozakowska: **Przedszkole polskie i wzory zagraniczne.** — Dr. Jurjewiczówna: **Ratownictwo w przedszkolu.** — J. Gażyńska: **Rolnictwo a przedszkole.** — Część metodyczna.

**WYCHOWANIE FIZYCZNE** — Poznań, 1925 r. Nr. 3 — 4.

K. Jonscher: **O przeciążeniu młodzieży szkolnej.** — Dr. Szuman: **Jak lekarze szkolni mogą przeciwdziałać przeciążeniu uczniów nauką szkolną.** — Doc. dr. T. Jaroszyński: **Rola psychologa w wychowaniu fizycznym.** — Dr. E. Piasecki: **Wychowanie fizyczne w szkołach akademickich.** — Ppułk. Osmólski: **Poradnie sportowe.** — F. Fidziński: **Koła sportowe młodzieży szkolnej.**

**CZYN MŁODZIEŻY** — Warszawa, wrzesień r. 1925;

zawiera artykuły z dziedziny wychowania, z zagadnień o szkole i książce oraz sprawozdania z działalności Warsz. Komisji Oddział. Kół Młodzieży Polsk. Czerw. Krzyża.

**SZKOŁA SPECJALNA** — Warszawa, r. 1925 Nr. 4.

Grzegorzewska: **W stuletnią rocznicę Braille'a.** — Sterling: **Badania nad gruźlicą tarczową dzieci warszawskich.** — Korczak: **Dzieci występe w wieku przedszkolnym.** Komorowski: **Sądy dla nieletnich w Polsce.** — Wawrzynowski: **Szkolnictwo specjalne w Austrii.**

**ZEITSCHRIFT FÜR KINDERSCHUTZ, FAMILIEN — UND BERUFSSORGE** — Wien, XVII Jahrg. Nr. 7

E. Teuber: Die Freizeitbeschäftigung der schulentlassenen männlichen Jugend. — Dr. E. Finger: Fürsorge für Geschlechtskranke.

**ZEITSCHRIFT FÜR SCHULGESUNDHEITSPFLEGE UND SOZIALE HYGIENE** — Leipzig, 1925, Nr. 7, 8.

Dr. G. Hirsch: Gibt es eine Schulkurzsuchtigkeit? — Dr. Hommelsheim: Ein Sparbuch für Erholungskuren. — Dr. Birnbaum: Die psychisch Abnormen in ihrer Bedeutung für die soziale Fürsorge. — Dr. Oschmann: Die gesundheitlichen Aufgaben der Jugendämter. — Dr. H. Kollwitz: Hygienische Volksbelehrung durch das Bild. — Dr. Meyer — Houselle: Sportärztliches in der schulärztlichen Sprechstunde. — Dr. Marcuse: Die Unfruchtbarmachung der Minderwertigen. — Dr. L. Schmidt: Der Unterricht in Gesundheitstursorge auf den sozialen Frauenschulen. **La MEDECINE SCOLAIRE** — Paris, 1925, Nr. 7, 8, 9, 10.

Dr. Kopczyński: Les moyens employés dans les écoles polonaises pour combattre le surmenage intellectuel. — Dr. Netter: A propos d'une epidemie de diphterie de quartier et de sa repercussion sur les écoles. **L'ENFANT** — Paris, 32 année, 1925 Nr. 276, 277.

Henri Rollet: La protection de l'enfance et la Société des Nations. — Médéric: La jeunesse dans la Société du Moyen-Age. — M. Käufer: L'enfance polonaise à Paris. — Dr. Scriber: Le lait sec ou lait en poure. M. Martin: La culture physique et les excès des sports. — Abbé Sabatier: Les relations du Collège et de la Famille dans les Internats.

**ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE** — Bruxelles, 1925 Nr. 9.

Dr. Brouha: — Du rôle et du fonctionnement des consultations prénatales. — Dr. Watrin: Conseils aux futures mères.

**BULLETIN INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE** — Bruxelles, 1925 Nr. 39, 40.

**PRO JUVENTUTE** Zürich, 1925 Nr. 9, 10.

J. Plaget: Le developpement de la pensée de l'enfant. — Ch. Lue: Kleinkinderpflege u. Fürsorge auf dem Lande. — A. Müller: De la cooperation des peuples à l'œuvre de protection de l'enfance. — P. Solima: L'education del fanciullo per la pace.

**BULLETIN DE L'UNION INTERNATIONALE DE SECOURS AUX ENFANTS** — Genève; 1925, Nr. 14, 15, 16, 17, 18.

**THE WORLD'S HEALTH** — Paris, vol. VI. 1925 Nr. 7, 8, 9, 10.

G. Schreiber: Medical examinations before marriage. — Dr. C. Milne: Street sanitation and disease — Captaine Reutershold: The aerial ambulance in Sveden. — J. Brown: A moderne child crusade.

**NATIONALE HEALTH** — London, vol. XVII. Nr. 189, 190.

Dr. Frazer: Propaganda as a nesenary adjunct to public health work. — H. Cooper: Health visiting.