

P
T
F

366

366

Prof. Dr. Med. ALFRED SOKOŁOWSKI

CHOROBY PROLETARJATU

WYKŁADY Z DZIEDZINY MEDYCZYNY SPOŁECZNEJ, WYPOWIEDZIANE
NA WOLNEJ WSZECHNICY POLSKIEJ W ROKU AKADEMICKIM 1917/18

L'homme n'a pas d'ennemis plus redoutables que la maladie et qu'est-ce que la misère sinon une maladie continuelle.

Montesquieu.



NAKŁAD GEBETHNERA I WOLFFA
WARSZAWA ◻ ◻ ◻ LUBLIN ◻ ◻ ◻ ŁÓDŹ
KRAKÓW ◻ ◻ ◻ G. GEBETHNER I SPÓŁKA

Połączone Biblioteki WFIS UW, IFIS PAN i PTF

T.366



2900036800000

WorldCat

<http://rcin.org.pl/ifis>

Prof. Dr. Med. ALFRED SOKOŁOWSKI

CHOROBY PROLETARJATU

366

WYKŁADY Z DZIEDZINY MEDYCYNY SPOŁECZNEJ, WYPOWIEDZIANE
NA WOLNEJ WSZECHNICY POLSKIEJ W ROKU AKADEMICKIM 1917/18.

L'homme n'a pas d'ennemis plus redoutables que la maladie et qu'est-ce que la misère sinon une maladie continuelle.

Montesquieu.



NAKŁAD GEBETHNERA I WOLFFA
WARSZAWA ◻ ◻ ◻ LUBLIN ◻ ◻ ◻ ŁÓDŹ .
KRAKÓW ◻ ◻ ◻ G. GEBETHNER I SPÓŁKA

nr. inv. 4366

PRACE Prof. D-ra Med. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO


	Mk. f.
Klimat przymorski, kąpiele i podróże morskie	— 50
Przyczynę do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego	— —
Wielkie klęski społeczne (ospa, choroby tyfusowe, dżuma, grypa, cholera, choroby zakaźne właściwe wiekowi dziecięcemu, suchoty płucne, choroby weneryczne, alkoholizm) i walka z niemi	6 —
Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych:	
Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli	10 —
„ II. Choroby płuc.	15 —
„ III cz. I. Choroby opłucnej i śródpiersia oraz cz. II. Suchoty płucne.	20 —

W zbiorze „Odczytów klinicznych”, wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej”, wyszły następujące prace Prof. D-ra Med. Alfreda Sokołowskiego:

- Serja II. Nr. 13. Skryte postacie suchot płucnych.
„ V. Nr. 53. Leczenie klimatyczne suchot płucnych.
„ VI. Nr. 62. O bólu gardła.
„ X. Nr. 113 i 114. O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych.
„ XI. Nr. 128. Alkohol w etiologii i terapii chorób dróg oddechowych.
„ XV. Nr. 176. Rozpoznawanie i leczenie ostrego wysiękowego zapalenia opłucnej.
„ XVII. Nr. 194. Znaczenie lecznicze klimatu południowego ze szczególnym uwzględnieniem Algieru.
„ XVIII. Nr. 210. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej.
„ XIX. Nr. 217 i 218. O wskazówkach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych (razem z D-rem Fr. Kijewskim).
„ XX. Nr. 237. Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych.
„ XXI. Nr. 241. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.

Cena zeszytu pojedynczego serji I—XVIII 75 fen.,
od serji XIX — 1 Mk

4-124012


<http://Acin.org.pl/His>

TREŚĆ.

	Str.
WYKŁAD I. Wysoka śmiertelność i chorobowość wśród biednych klas społeczeństwa. Dane statystyczne na Zachodzie i u nas. Określenie pojęcia proletariatu	1
WYKŁAD II. Praca, zawód i ich wpływ na chorobowość i śmiertelność. Praca i zmęczenie jako przyczyny chorobowości, szczególnie ich omówienie. Szkodliwy wpływ ciężkiej pracy zawodowej na organizm kobiet i dzieci	12
WYKŁAD III. Szkodliwość niektórych zawodów dla zdrowia pracowników. Choroby ściśle związane z niektórymi zawodami. Statystyczne dane o przeciętnej długości życia i chorobowości w różnych zawodach. Niedostateczne dane w tej kwestji w stosunku do naszego społeczeństwa	30
WYKŁAD IV. Wpływ złego mieszkania na rozwój śmiertelności i chorobowości klas proletariackich. Ważność tej kwestji we wszystkich krajach Europy. Dane statystyczne. Cechy złych mieszkań: wilgoć, mała przestrzeń, skupienie mieszkańców i t. d. Choroby, wywoływane przez szkodliwe czynniki mieszkaniowe. Dane w tej kwestji, dotyczące naszych miast i miasteczek	51
WYKŁAD V. Mieszkania włościan polskich, przegląd literatury przedmiotu. Ujemne strony mieszkań ubogiej polskiej ludności wiejskiej, oraz ubogiej małomiasteczkowej ludności żydowskiej. Czynniki szkodliwe dla zdrowia w tych mieszkaniach. Choroby, związane ze złymi mieszkaniem	74
WYKŁAD VI. Wpływ niedostatecznego odżywiania i złej przemiany materji. Główne rodzaje pokarmów i ich wartość odżywcza. Normy żywienia ubogiej ludności w różnych krajach Europy. Wpływ lat głodowych i obecnej wojny na stan zdrowia ludności.	90

WYKŁAD VII. Żywienie się ubogich klas ludności u nas. Przegląd literatury przedmiotu. Żywienie się klas robotniczych, ludu wiejskiego i małomiasteczkowych Żydów. Wpływ ujemny na zdrowie niedostatecznego odżywiania się naszych klas proletarjackich	Str. 106
WYKŁAD VIII. Jak się ubiera uboga nasza ludność. Czy i o ile ta ludność, szczególnie wiejska, pod wpływem niekorzystnych warunków higienicznych ulega zwyrodnieniu fizycznemu w porównaniu z innymi narodami Europy?	117
WYKŁAD IX. Środki zapobiegawcze w walce z wysoką śmiertelnością i chorobowością polskich klas proletarjackich. Konieczność rychłego utworzenia przymusowych kas ubezpieczenia na wypadek choroby i śmierci i ubezpieczenia starości dla wszystkich ubogich klas pracujących	124
WYKŁAD X. Główne klęski chorobowe, będące udziałem ubogich klas naszej ludności. Wielka śmiertelność i chorobowość dzieci. Suchoty płucne i zasadnicze środki państwowo-społeczne zapobiegania im	135

SPROSTOWANIE.

Str. 96, wiersz 3 od dołu:

zamiast: włóknika ma być: drzewnika.

SPIS AUTORÓW.

- Abderhalden 91, 93, 97, 98.
Abel 56.
Adamski 52, 56, 58, 66.
Alvater 97.
Barlow 105.
Bertillon 4.
Biegański 6, 10.
Blum 84.
Boecks 104.
Brodziński 107.
Bryant 97.
Brzeziński 107.
Bukowska 87.
Chełchowski 6, 10, 47, 52, 56, 60,
75, 109, 116.
Ciemniewski 52, 54, 58, 03.
Conrad 101.
Curschmann 27, 44.
Cybulski 108, 109.
Czajkowski 10, 43, 44.
Czekanowski 120, 121.
Dębiński 56, 66.
Dietl 135.
Dieudonné 105.
Dobrzyński 52, 132.
Drabczyk 107.
Duciaux 141.
Flügge 58, 86.
Forster 80.
Friedberg 21.
Funk 5, 105, 115.
Głębiński 9.
Grabski Wład. 7, 48, 74.
Grotjahn 5, 11, 52.
Hammel 40.
Hirszfeld 99, 102.
Hoff 105.
Janiszewski 67, 132.
Jacob 77, 85.
Kaczkowski 108.
Koelsch 12, 23, 24.
Kürsteiner 24.
Kopeć 115.
Körösy 2, 53.
Koskowski 6, 10, 57, 60, 70, 71, 72,
73, 78, 112.
Kozieradzki 120, 121.
Kozłowski 109, 110, 134,
Kraszewski 108.
König 96.
Krupp 101.
Kumaniecki 7, 74.
Krzywicki 120.
Krzyżanowski 7, 74.
Lafargue 34.
Lalin 112.
Lidmanowski 109, 118.
Lipschütz 106.
Maciesza 10, 47, 120.
Meyer 109.
Miklaszewski 120, 122.
Mombert 113.

Moser 11, 12.
Montesquieu 2.
Mosse 6, 52, 124.
Noorden 93.
Nussbaum 13.
Ogle 17.
Peltyn 10, 107, 109.
Polak 6, 52.
Posadowsky 51.
Prausnitz 88.
Prinzing 5, 25, 29, 36, 84.
Reklewski 108.
Rechenberg 101.
Richter 92, 94.
Rietschel 60, 88.
Rietz 106.
Rogójski 132.
Rondel 124.
Rosenfeld 3.
Rubner 61, 79, 93, 101.
Rutkowski 6, 10, 47, 75, 109.
Serkowski 6, 102, 104, 113, 120, 122,
123, 137, 138.
Schuler Burckhard 20.
Skalski 115.
Sombart 8, 9.
Sokołowski 1, 75, 140, 142.
Strasburger 7, 78, 132.
Sterling 63, 67.
Suligowski 52, 132.
Światłowski 10.
Światecki 19.
Syrokomla 108.
Szczepanowski 108.
Szenajch 6, 52, 63, 67, 69, 87,
113, 114, 139, 140.
Tchórznicki 134.
Teleky 5, 11, 12, 25, 36, 40.
Tołwiński 120.
Tugendreich 6.
Tuliszkowski 75, 132.
Turnau 142.
Voit 96.
Weinberg 40.
Wasercug 10.
Waśniewski 10, 46, 111, 112.
Wernicke 52, 63, 84, 88.
Wścieklica 120.
Zahn 124, 130.
Załęski 6.
Zawadzki J. 00.
Zdziarski 109.
Ziemssen 41.

OD AUTORA.

Wielce przychylne przyjęcie przez fachową i ogólną krytykę pierwszej części moich wykładów z dziedziny medycyny społecznej, ogłoszonych w roku ubiegłym (1917) pod tytułem: „Wielkie klęski społeczne”, zachęciło mię do ogłoszenia następnej części moich wykładów, t. j. „O chorobach proletariatu”. Sprawa to niesłychanie ważna szczególnie u nas, w epoce odbudowy naszego państwa.

Ta praca moja zajmuje się zwięźle stanem aktualnym tej sprawy w Europie Zachodniej z uwzględnieniem danych, aczkolwiek bardzo skąpych, odnoszących się do naszego społeczeństwa. Mam niepłonną nadzieję, że praca moja zostanie odczuta przez serca tych wszystkich szlachetnych jednostek, które, miłując nasz kraj ojczysty, widzą w poprawie warunków zdrowotnych i ekonomicznych naszych najbiedniejszych warstw podstawowe warunki wzmocnienia sił całego narodu w kierunku pomyślnego rozwoju i rozkwitu naszej odradzającej się ojczyzny.

Prof. D-r A. Sokołowski.

30 listopada 1918 r

WYKŁAD I.

Wysoka śmiertelność i chorobowość wśród biednych klas społeczeństwa.— Dane statystyczne na Zachodzie i u nas. — Określenie pojęcia proletariatu.

W moich zeszłorocznych wykładach z dziedziny medycyny społecznej ¹⁾ opisałem szczegółowo szereg chorób zakaźnych ostrych i chronicznych, starając się wykazać ich doniosłość dla społeczeństw, klęski wywołane przez nie, oraz wskazać środki społeczne i ogólnopaństwowe, za pomocą których można zwalczać z korzyścią te wielkie klęski, trapiące szczególnie nasze społeczeństwo od tyłu wieków. Przy rozbiórce szczegółowym odrębnych chorób zwracałem uwagę słuchaczy, na podstawie danych statystycznych, zaczerpniętych za granicą i u nas, że choroby te rozwijają się i wywołują największe spustoszenia pośród ludności biednej nie tylko miast wielkich, lecz i wsi, osad, że niektóre z nich, jak np. suchoty płucne, szerzą się w tak wysokich odsetkach pośród biednych w porównaniu z klasą zamożną, że z wielką słuszością od dawien dawna nazwano je „chorobą proletariatu“. Wykazałem również, że powyższe choroby nie tylko grasują najczęściej pośród biednej ludności, lecz przybierają u niej dłuższy i bardziej złośliwy przebieg, aniżeli nieraz w tejże samej miejscowości i w danym okresie czasu u ludności zamożnej

¹⁾ Dr. Alfred Sokołowski: „Wielkie klęski społeczne i walka z niemi“ (Warszawa, 1917).

I tak np., niewinne pozornie i powszechnie znane cierpienie, jakim jest odra, przebiega najczęściej tak łagodnie w dobrych warunkach społecznych, że dziecko nieraz już po kilku dniach, najwyżej po tygodniu wchodzi w okres zdrowienia; tymczasem taż sama odra wśród nędzy i biedy, w mieszkaniach ciasnych i brudnych, przebiega długo i ciężko. Powstają liczne powikłania, choroba kończy się często fatalnie lub trwa całe tygodnie, a nieraz miesiące, zanim biedne dziecko odzyska zdrowie, a nawet i w tym ostatnim razie przez wiele z rzędu lat lub nieraz całe życie pozostaje u niego wielka wrażliwość na zaziębienia, katary i t. p. Spostrzegamy to samo w szkarlatynie, tyfusie i innych ostrych chorobach zakaźnych. Najtypowiej jednakże ujawniają się powyższe właściwości w przebiegu gruźlicy płucnej, szczególnie u dzieci, a tak znana powszechnie i pospolita choroba, zwana skrofułami, która jest niczem innym, jak poczynającą się gruźlicą, w zamożniejszych klasach pod wpływem dobrych higienicznych warunków przebiega łagodnie, i dziecko podrośszy, zazwyczaj w ciągu lat kilku traci powiększone gruczoły, bladeść i osłabienie, rozwijając się w dalszym ciągu normalnie. Przeciwnie u dzieci biednych rodziców, szczególnie zaludniających mieszkania suterenowe wielkich miast, taż sama choroba przebiega ciężko: gruczoły trwają lata całe, powiększając się stopniowo, dziecko marnieje widocznie, a większość dziatwy tej kategorii po upływie kilku miesięcy umiera, lub kończy fatalnie na rozwijającą się w dalszym ciągu gruźlicę kiszek lub dróg oddechowych. Słusznie też, sądzę, należy nam zastanowić się bliżej i rozpatrzyć szczegółowo te wszystkie warunki bytowania biednej klasy proletariackiej, które powodują już nietylko częstość powstawania chorób zakaźnych, ale i złośliwy ich przebieg. Słusznie bowiem powiedział wielki francuski myśliciel, Montesquieu: „L'homme n'a pas d'ennemis plus redoutables que la maladie et qu'est ce que la misère sinon une maladie continuelle“.

Sądzę, że nie będzie rzeczą zbyteczną zilustrować to, co wyżej powiedziano, kilkoma danymi statystycznymi, zaczerpniętymi ze sprawozdań tych miast zagranicznych, w których tej kategorii statystyki dokładnie są układane. I tak Kőrösy ułożył dla Budapesztu następującą ciekawą tablicę, wykazującą wpływ śmiertelności w stosunku do zamożności mieszkańców:

Przyczyna zejścia śmiertelnego	Wiek	Zamożni	Klasa średnia	Kl. biedna
Wszystkie choroby razem w procentowej ilości .	0 — 5 lat	0,34	11,04	88,62
	Ponad 51 .	1,19	15,04	83,77
	Razem	0,77	13,07	81,16
Z tej liczby na choroby zakaźne ,	0 — 5 lat	0,63	15,37	84,00
	Ponad 51 .	0,67	14,08	85,25
	Razem	0,64	14,89	84,47
Inne choroby niezakaźnej natury	0 — 5 lat	0,29	10,22	89,49
	Ponad 51 .	1,25	15,14	83,61
	Razem	0,79	12,81	86,40

Rosenfeld podał dla Wiednia następującą tablicę, wykazującą śmiertelność wskutek główniejszych chorób zakaźnych, podzieliwszy miasto na IV główne grupy, zależnie od stanu zamożności mieszkańców:

Z 10 000 osób, zamieszkujących dany okrąg miasta, umarło w odpowiednim wieku, w okresie od roku 1891 do 1900, rocznie przeciętnie:

	Na odrę	Na szkarlatynę	Na koklusz	Na gruźl. płuc
OKRĄG I (Ludność przeważnie zamożna)	8,01	9,62	2,55	14,15
OKRĄG II (Średniozamożna)	28,16—39,3	7,78—10,17	4,74— 9,26	24,23—32,03
OKRĄG III (Średniozamożna)	47,69—74,96	8,23—11,03	4,39—13,98	45,68—56,72
OKRĄG IV (Przeważnie biedna)	73,37	13,47	6, 6	53,31

Wielce dokładne dane podane zostały dla Niemiec w ogromnej statystyce Towarzystwa Ubezpieczeń na życie w Gotha (1829—1878); z ogromnej tablicy podaję tutaj tylko niektóre ważniejsze dane:

		W latach 15 — 50	W latach 51 — 90	Wogóle
Śmiertelność wogóle ubezpieczonych mężczyzn, w stosunku do 100, jako przypuszczalnej liczby śmiertelności:	a) Przy ubezpieczeniu do 3000 marek . . .	109,7	102,8	104,8
	b) na mk. 3000 do 6000	98,0	97,4	97,6
	c) ponad 6000 . . .	90,7	101,6	98,6
Umarło z suchot	Przy ubezpieczeniu do 3000 marek . . .	134,8	128,2	131,8
	od 3000 do 6000 mk.	93,0	97,9	95,2
	ponad 6000 mk. . .	65,6	65,7	65,6
Z ostrych chorób dróg oddechowych	do 3000 mk.	192,2	120,2	122,2
	od 3000 do 6000 mk.	93,8	92,6	92,8
	ponad 6000 mk. . .	72,1	87,1	84,2

Z wysoce drobiazgowej i nadzwyczaj szczegółowej statystyki profesora Bertillona z Paryża wyjmujemy następujące dane, obliczone w stosunku 100 tysięcy mieszkańców i dla każdego wieku oddzielnie obrachowane. Dzieli on mieszkańców na 3 kategorie: zamożnych, średniozamożnych i biednych.

	Zamożni	Średniozamożni	Biedni
Ogólna liczba zmarłych w latach od 1896 do 1905	73	107	196
Z tej liczby zmarło z powodu gruźlicy do 5 roku życia	4,0	28	52
między 5 a 15	5,3	4,5	12
„ 15 a 30	1,8	10	32
„ 30 a 60	5,8	15	43

	Zamożni	Średniozamożni	Biedni
Umarło z chorób zakaźnych:			
do 5 roku życia	12	17	29
między 5 a 15	2,6	8,9	11,9
„ 15 a 30	3,5	3,0	11,0
„ 30 a 60	4,0	3,7	6,9

Wreszcie dla miasta Wrocławia podajemy ciekawą statystykę (Neef) śmiertelności z gruźlicy, wykazującą wzrost tejże śmiertelności w miarę zmniejszającego się rocznego dochodu biednej klasy ludności. I tak przy przeciętnym dochodzie umarło w stosunku 10 tysięcy żyjących:

przy przeciętnym dochodzie rocznym mniej 300	marek, osób 36,1
„ „ „ „ „ 300 — 400	„ „ 37,8
„ „ „ „ „ 400 — 500	„ „ 31,4
„ „ „ „ „ 500 — 600	„ „ 28,7
„ „ „ „ „ 600 — 700	„ „ 31,8
„ „ „ „ „ 700 — 800	„ „ 25,6
„ „ „ „ „ 800 — 900	„ „ 25,6
„ „ „ „ „ ponad 900	„ „ 21,7

Niezwykle ciekawe dane ogłoszone zostały w 1911 r. przez Funka, na podstawie szczegółowej statystyki m. Bremy, z której podajemy następujące najważniejsze szczegóły. I tak z liczby 10 tysięcy żyjących umarło wogóle w klasie zamożnej osób 73, średniozamożnej 107, biednej 196. Ze szczegółowego podziału na lata notujemy niezwykle charakterystyczne dane, że z liczby dzieci zmarłych w wieku od 1 do 5 roku należało do klasy zamożnej 28, średniej 92, a biednej aż 248, przy ogólnej śmiertelności 156, przeciętnej dla tegoż wieku („Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen der Stadt Bremen“).

Nie będę tu przytaczał innych, wielce ciekawych tablic statystycznych w danej kwestji, znajdzie je bliżej interesujący się tą sprawą czytelnik w oddzielnych pracach Prinzinga (Prinzing: Handbuch der medizinischen Statistik, 1900); Grotjahna (Grotjahn: Kaup. Handwörterbuch der Sozial-Hygiene, 1912); Telekyego (Teleky: Vorlesungen über soziale Medizin, 1914); Mos-

sego (Mosse und Tugendreich: Krankheit und soziale Lage, 1913). W tej ostatniej, bardzo obszernej zbiorowej monografii zestawiona jest wszechświatowa literatura tej kwestji.

O ile prace autorów zagranicznych, a głównie Zachodu Europy, podają nam szczegółowe dane statystyczne w tej doniosłej kwestji społecznej, to z żalem wyznać musimy, że w naszej literaturze niestety posiadamy zaledwie drobne przyczynki, z których na szczególną uwagę zasługuje tablica, opracowana przez dr. Polaka na podstawie ankiety mieszkaniowej m. Warszawy w r. 1891, opartej na wielkim materiale, który wykazuje śmiertelność z chorób zakaźnych w stosunku do skupienia (ilości osób, zamieszkałych w jednej izbie), a tem samem zamożności, co wykazuje następująca tablica.

Warszawa była podzielona na 3 grupy, zależne od skupienia mieszkańców w jednym pokoju. Śmiertelność oznaczona w stosunku do 10 tysięcy mieszkańców:

	Skupiona liczba osób w jednym pokoju, przeciętnie	Ospa	Szkarlatyna	Tyfus brzuszny	Błonica
Grupa I	1,49	1,5	4,8	2,4	6,4
„ II	1,77	2,7	7,1	2,7	9,3
„ III	2,77	4,7	9,2	3,3	12,5

Inne prace naszych autorów były pomieszczane przeważnie w czasopismach lekarskich (głównie w „Zdrowiu“) w ciągu ubiegłych kilku dziesiątków lat; do ważniejszych w tej kwestji naszych danych należą prace: dr. Polaka, Chełchowskiego, Ciemnińskiego, Załęskiego, Biegańskiego, Serkowskiego, Koskowskiego, Rutkowskiego, Szenajcha i innych, o których szczegółowo wspomnieć mi wypadnie w następnych wykładach. Dodać tu tylko mogę na nasze usprawiedliwienie, że prace statystyczne tej kategorii możliwe są jedynie w tych krajach i społeczeństwach, w których, z inicjatywy i przy odpowiednim poparciu władz państwowych lub miejskich, urządzone są odpowiednie biura statystyczne, opracowujące drobiazgowo dane ze

wszystkich ważniejszych objawów życia społecznego, gdzie przytem istnieją normalnie urządzone opodatkowania ludności, a przede wszystkim podatek dochodowy, jako też kasy chorych i zabezpieczenie ludności biednej na starość i t. p. wysoce ważne instytucje, które przede wszystkim dostarczyć mogą potrzebnego materiału statystycznego. Jak zaś wiadomo, u nas w kraju, za czasów rządów rosyjskich instytucje o powyższym typie wcale nie istniały, lub też zawdzięczały swój byt inicjatywie prywatnej (np. Kasy chorych). Biuro zaś statystyczne systematycznie prowadzone było jedynie w Warszawie i opracowywało przede wszystkim statystykę śmiertelności, urodzeń i zaślubin, nie poruszając innych wysoce ważnych dziedzin życia społecznego. Dopiero w ciągu kilku lat ostatnich, dzięki poparciu Kasy Mianowskiego, wydał p. Wł. Grabski Rocznik statystyczny Królestwa Polskiego, tom I w roku 1913, a t. II w 1914, w roku zaś 1916 wydał p. Strasburger tom III Rocznika; w tych bardzo cennych pracach znajdują się przyczynki statystyczne, dotyczące też sprawy, poruszanej przez nas. Również cenne dane, i to odnoszące się do wszystkich dzielnic polskich, znajdujemy w wydanej w roku 1915 w Krakowie pracy pp. Krzyżanowskiego i Kumanieckiego p. t. „Statystyka Polski“, z których to prac podamy wyjątki w odpowiednich miejscach.

Jeśli, jak to wyżej było powiedziano, mamy rozpatrzeć choroby, właściwe ogromnej części społeczeństwa, zwanej od wieków „proletarjatem“, to może i słusznie uczynię, jeżeli przede wszystkim omówię określenie tego pojęcia, jak ono dzisiaj jest rozumiane przez współczesnych socjologów; w starożytności bowiem proletariuszem nazywany był ubogi mieszkaniec Rzymu, nie posiadający żadnego majątku i nie należący do żadnej klasy, wolny od poboru wojskowego i wszelkich podatków. (Słownik języka polskiego, tom IV.) Pojęcie to zmieniło się dziś znacznie. Wprawdzie i dziś proletariusze nie posiadają żadnego majątku, lecz za to od służby wojskowej, a nawet w pewnych ich kategoriach od podatków państwowych bynajmniej nie są wolni, a nazwa proletariatu odnosi się nie tak do wogóle biednych oso-

bników (pauperyzm), jak do pewnej kategorii pracowników, których następującymi słowy określa słynny socjolog i ekonomista Sombart (W. Sombart: „Proletariat“, 1907 r.): „Proletariatem nazywamy tę klasę społeczną w naszym nowożytnym ustroju, która składa się z najemnych, pozbawionych własności robotników, a więc z tej części ludności, która, nie posiadając środków do samodzielnego bytu gospodarczego, jest zmuszona, na podstawie kontraktu wolnego najmu, oddawać czasowo za opłatą swoją siłę roboczą kapitalistycznemu przedsiębiorcy“. Określenie to jest trafne z punktu widzenia obchodzącej nas kwestji, gdyż zaburzenia chorobowe, które rozpatryć zamierzamy, odnoszą się właśnie do tej kategorii ludzi (przedewszystkiem np. choroby zawodowe), a nie do określonej grupy nędzarzy, którzy z różnorodnych względów popadli w stan pauperyzmu (żebracy, pijacy, włóczęgi i t. p. indywidua), nazwane przez Niemców „Lumpenproletariat“. Stąd też proletariat w sensie wyżej omówionym dzieli się na bardzo liczne kategorie: proletariat wiejski, przemysłowy, fabryczny, handlowy, a nawet inteligencji, o którym oddzielnie później wspomnimy. Ilość osobników tej kategorii, t. j. robotników, zatrudnionych w większych lub mniejszych przedsiębiorstwach, jest różnorodna, zależnie od kraju, respective rozwoju jego przemysłu i handlu. Sombart oblicza ich dla Niemiec około $3\frac{1}{2}$ miliona, którzy razem z rodzinami tworzą około 20% ogólnej liczby ludności tego kraju. Stan rzeczy, jak mówi dalej Sombart, przedstawi się inaczej, jeśli do proletariatu typowego doliczymy proletariat, pojęty w szerszym znaczeniu tego wyrazu—całą masę ludzi nie posiadających nic, którzy, nie mając żadnego kapitału, zależni są zupełnie od innych, lub będąc niby właścicielami wiejskich gospodarstw lub warsztatów, wiodą nędzną egzystencję proletariacką.

Tak przeprowadzone obliczenie obejmie bardzo szerokie warstwy społeczne (włącznie z rodzinami), a więc: oprócz rzemieślników i wyrobników miejskich lub wiejskich, służbę domową, drobnych urzędników, oficjalistów, subjektów handlowych i t. p.; wówczas okaże się, że przeszło 67%, to jest $\frac{2}{3}$ ogółu ludności niemieckiej zaliczyć należy do klasy proletariackiej. To ściśle obliczenie na podstawie dokładnej statystyki niemieckiej znajduje potwierdzenie w statystyce podatku dochodowego, opłacanego przez ludność w Prusach, wyżej bowiem wymieniona liczba 67%,

t. j. 35 milionów, stanowi kategorię osób, mających dochodu mniej niż 900 marek rocznie, a zatem nie płacących podatku. Wedle Sombarta, ten sam mniej więcej stosunek wypada i w innych krajach Europy Zachodniej. Zapewne, dla nas ważne byłoby pytanie: jak się przedstawiają kwestje powyższe dla naszego kraju? Otóż co się tyczy Królestwa, to absolutnie żadnych danych statystycznych pod tym względem nie mamy, gdyż podatek dochodowy u nas nie istniał; jedyne dane, i to nie ściśle, mamy o ilości robotników fabrycznych w Królestwie, których liczba podług Grabskiego wynosiła w roku 1911 i 1912, w średnim i większym przemyśle Królestwa, prawie 350 tysięcy, t. j. zaledwie $\frac{1}{30}$ część ludności. Naturalnie o ilości rodzin tychże robotników nie mamy najmniejszych danych. Ludność fabryczna zamieszkiwała przeważnie wielkie miasta i osady fabryczne, całkowita zaś ilość ludności w miastach wynosiła 23%, a na wsiach i w osadach wiejskich 76%, z czego naturalnie większość stanowiła klasę pracowników i wyrobników rolnych, bez bliższego określenia danego procentu. Nieco lepsze dane posiadamy dla Galicji, w której podług Głębińskiego (dr. Stanisław Głębiński: „Wykład ekonomiki społecznej“ 1913 r., stronic 566) osób opodatkowanych wraz z członkami rodzin było zaledwie 4,33%, podczas gdy w Wielkiem Księstwie Poznańskiem, wedle pruskiej statystyki, w roku 1911 było opodatkowanych, z dochodem rocznym ponad 900 marek, osób 149 tysięcy, razem zaś w Wielkiem Księstwie Poznańskiem, Prusach Zachodnich i okręgu Opolskim było opodatkowanych 469 tysięcy ojców rodzin na sumę 1103 miliony marek. a więc nierównie więcej niż w Galicji (363 miliony koron) pomimo mniejszej ludności. Liczby powyższe, z pewnem dość wielkiem prawdopodobieństwem, wnosić pozwalają, że liczba ludności proletarjackiej na terenach polskich, a szczególnie w Galicji, nie może być mniejsza od liczby, podanej przez Sombarta dla Niemiec (67%). Więc i u nas, podobnie jak i na Zachodzie, socjologowie i filozofowie, jak powiada Sombart, mają coraz większy interes badać ten świat proletariatu. Ja zaś osobiście dodałbym, że nie mniejszy interes, a kto wie czy nawet nie większy mają i lekarze, którzy z natury zajęcia swego, stykając się z blizka wśród ciężkich chwil z tą olbrzymią falangą chorych proletarjuszów, mogą i powinni dorzucić, o ile są w możności, przyczynki do tej niezwy-

kle ważnej w dobie obecnej sprawy społecznej. Dokładne bowiem zbadanie warunków życia i pracy tej wielkiej klasy robotniczej i wniknięcie nie tylko w stan fizyczny i duchowy proletariusza, a szczególnie—co nas obchodzi najbardziej—nie tylko jakości, lecz i częstości zapadań na różnorodne choroby, porównywanie statystyczne częstości zapadnięć w odrębnych gałęziach pracy, tak w miastach jak na wsiach, niewątpliwie pozwoli w przyszłości wysnuć środki zaradcze, wzmocnić odporność pracowników, zmniejszyć ich chorobowość i śmiertelność za pomocą odpowiednich środków, co stanowić będzie w przyszłości pole niezwykle wdzięczne dla medycyny społecznej. I urządzono też to w Europie Zachodniej w znacznej mierze, gdzie kwestja pracy proletariatu, szczególnie fabrycznego w wielkich miastach i osadach fabrycznych, została w ciągu ubiegłych kilku dziesiątków lat zbadana gruntownie i na jej podstawie zostały wydane odpowiednie przepisy prawodawcze, które poprawiły pod każdym względem i w wysokim stopniu dolę robotników, czego wymowne świadectwa dają tamtejsze statystyki (zmniejszenie śmiertelności, zwiększenie długowieczności, wzrost dobrobytu i t. p.). U nas niestety otwarcie powiedzieć można, że prawie nie mamy prac w tym kierunku, z wyjątkiem bowiem rosyjskiej pracy Światłowskiego, zbyt przestarzałej, a przytem tendencyjnej: „O bycie robotnika fabrycznego w Królestwie“, oraz skądinąd wybornej pracy Waśniewskiego („Byt i warunki pracy robotników w przemyśle cukrowniczym Królestwa Polskiego“, opracował B. Waśniewski 1911 r.), ale traktującej tylko pewną kategorię robotników, inne prace w tej materji, jako to: Biegańskiego, Czajkowskiego, Wascercuga i innych, stanowią tylko drobne przyczynki do powyższej kwestji. Wiele już więcej prac posiadamy w sprawie bytu i warunków życia biednej naszej ludności włościańskiej i małomiasteczkowej. Prace w tym kierunku Chełchowskiego, Rutkowskiego, Pelty, Koskowskiego, Macieszy i innych stanowią cenne przyczynki, ale na ich podstawie bynajmniej nie możemy zbudować nawet szkicowo nakreślonego całości kształtu tej sprawy, braknie bowiem ścisłych danych statystycznych; będzie to więc ważna robota naszych lekarzy prowincjonalnych w przyszłości. Chcąc skreślić program tej przyszłej pracy, należy szczegółowo rozpatrzyć w zarysie to wszystko, co w tej kwestji zrobiono na Zachodzie; zadanie to ogromne,

a zakres wykładów niniejszych pozwala mi jedynie uczynić to w zwięzłym zarysie, przyczem dane opierać się będą na najnowszej literaturze zagranicznej, już wzmiankowanej wyżej, wśród której prace encyklopedyczne Mosera, Teleky'ego i Grothjana, stanowić będą najważniejsze źródła. Naturalnie obowiązkiem moim będzie zwrócić uwagę w odpowiednich miejscach i na nasze przyczynki.

WYKŁAD II.

Praca i zmęczenie jako przyczyna chorobotwórcza.

Praca, zawód i ich wpływ na chorobowość i śmiertelność. Praca i zmęczenie jako przyczyny chorobowości, szczegółowe ich omówienie. Szkodliwy wpływ ciężkiej zawodowej pracy na organizm kobiet i dzieci.

Dr. Fr. Koelsch (l. c. u Mosera) autor wybornej pracy, traktującej sprawę wpływu zawodu na śmiertelność i zachorowywanie, powiada we wstępie, że wpływ ten jest o wiele znaczniejszy, aniżeli zwykle dotychczas sądzono, im bliżej bowiem wnikać będziemy w tę sprawę, tem łatwiej dojdziemy do wniosku, że ciężka praca, przemęczenie profesjonalne, niewłaściwa pozycja ciała i miejsce pracy odgrywają niepoślednią rolę jako czynniki szkodliwe, wywołujące choroby zawodowe, które, jak słusznie dowodzi Teleky (l. c.), aczkolwiek najczęściej występują u pracowników, zatrudnionych w danym zawodzie, jednakże zjawiać się mogą i u robotników, nie pracujących w tym samym zawodzie, ale nie tak często i nie z tą samą prawidłowością.

Stąd też wynikają niezwykle trudności w ocenianiu, czy istotnie dana profesja była przyczyną sama przez się pewnych stanów chorobowych, czy nie odgrywały tutaj roli inne współrzędne wpływy; tak np. nadmierne wyczerpanie przy danej pracy może zależeć od tego, że osobniki, zajmujące się nią, były wątpliwe już uprzednio, przed wstąpieniem do danego zajęcia, wiadomo bowiem, że np. do tak zwanych zajęć lekkich, np.

szewctwo, krawiectwo, bywają oddawani chłopcy wątli, najczęściej już od urodzenia rachityczni, nie dziw przeto, że większość ich nabywa z czasem pewnych zbroczeń klatki piersiowej i kręgosłupa i że duży ich procent ulega chorobom i śmiertelności. Odwrotnie znowu do zajęć, wymagających znacznej siły fizycznej, np. rzeźnictwo, mularstwo, przyjmowani bywają jedynie zupełnie zdrowi i dobrze rozwinięci młodzieńcy, stąd też już a priori powiedzieć można, że chorobowość i śmiertelność w tej kategorii zajęć powinny być mniejsze. Naturalnie, wchodzi tu jeszcze w grę wiele innych różnorodnych czynników, np. praca w danym rzemiośle na wsi lub w wielkim mieście, ilość godzin pracy, wysokość zarobku, umożliwiającą lepsze lub gorsze odżywianie, alkoholizm i t. p. czynniki, które powinny być wzięte krytycznie, a wnioski opierać się mogą na szerokiej statystyce, analizującej wszystkie powyższe czynniki.

Praca fizyczna zależy nie tylko od sprawności organizmu, a przede wszystkim jego siły mięśniowej, lecz i od impulsu woli i energii, z jaką ją dany osobnik wykonywa, przewyciężając jednocześnie stopniowo wzmagające się uczucie zmęczenia; stąd też każda praca wymaga nie tylko pewnej wprawy, ale i energii, pewnego rytmu, przy którym występować powinny pewne skurcze mięśni i odpowiednie pauzy, z unikaniem niepotrzebnych ruchów dodatkowych. Wprawny więc robotnik będzie pracował celowo, jeśli rozwinię odpowiednią energję przy najmniejszej utracie sił. Ta jednakże celowa praca, przypominająca rytmem pracę maszynową, jest wprawdzie bardzo produkcyjna, ale jednocześnie zużywa szybko nie tylko energję mięśniową, lecz i nerwową, wywołując zmęczenie i wyczerpanie, następstwem czego będzie, że dalsza praca staje się coraz mniej produkcyjną, a dany osobnik nie tylko zaczyna słabnąć, ręce jego drżeć, twarz czerwieni się, lecz jednocześnie występuje, podobnie jak przy przepracowaniu umysłowem, wyczerpanie narządów nerwowych, a z niem ogólne osłabienie całego organizmu. To wyczerpanie wskutek przepracowania występuje tylko wyjątkowo doraźnie, lub też po upływie dni kilku, najczęściej zaś, zależnie od indywidualności

pracownika, ujawnia się dopiero po tygodniach, miesiącach, a często nawet i latach; a więc występuje stopniowo upadek ogólnego odżywiania, chudnienie, utrata łąknienia, niedokrwistość, osłabienie mięśnia sercowego (brak tchu, szybkie wyczerpywanie się), dalej zmniejszona odporność na zatrucia, choroby zakaźne, w sferze zaś nerwowej nadmierna wrażliwość na bodźce zewnętrzne (światło, dźwięk), bezsenność i ogólnie podniesiona wrażliwość nerwowa¹⁾. Czas, w jakim występuje u pracowników szereg powyższych objawów, jest wielce różny, zależy to od wieku, stanu, odżywiania ogólnego, energii życiowej i bezwarunkowo pewnego psychicznego nastroju. Nie ulega bowiem najmniejszej wątpliwości, że nastrój o charakterze przygnębiającym wpływa w wysokim stopniu na szybki rozwój wyczerpania i znużenia, o czym wielokrotnie mogłem się przekonać osobiście w czasie wojny obecnej, przybywali bowiem do mnie, do szpitala, robotnicy z okopów, ludzie młodzi i zdrowi, przywykli do ciężkiej pracy (włóścianie), którzy nieraz po kilku tygodniach—jak sami się wyrażali—niezbyt ciężkiej pracy, przy względnie dobrem odżywianiu, tracili siły, apetyt, doświadczeni drżenia nóg i rąk, ogólnego osłabienia, tak, że odwożono ich do szpitala, gdzie nie wykrywałem u nich żadnych absolutnie zbroczeń w organach, jedynie wyczerpanie ogólne. Niektórzy z nich w zmienionych warunkach szybko przychodzili do zdrowia, dla innych jednak potrzeba było wielu tygodni, a nieraz miesięcy, aby bardzo powoli odzyskali normalny stan zdrowia, a u większości z nich pozostawała nadmierna wrażliwość nerwowa, spowodowana temi strasznymi wrażeniami, wśród których pracowali w okopach (raptowne oderwanie od rodziny, bezustanny huk dział, niepewność jutra, obca, szorstka komenda i t. p.). Wspominam już tylko nawiasowo, że wielu pracowników tej kategorii przybywało do szpitala nie tylko z objawami przemęczenia, lecz z ciężkimi chorobami zakaźnymi (zapalenie płuc, tyfus, influenza i t. p.). Nie tylko w takich wyjątkowo tragicznych czasach, lecz i w normalnej porze poucza doświadczenie, że u pracownika, znajdującego się pod wpływem przygnębiających okoliczności (choroba lub śmierć w rodzinie, ciężkie troski materialne i t. p.), występują

¹⁾ Patrz w tym kierunku ciekawą pracę H. Nussbauma: „Zarys patologii pracy mięśniowej. Pisma z dziedziny nauk lekarskich“. 1913, str. 326.

objawy szybkiego przemęczenia, nawet u uprzednio zdrowych osobników, co bardzo charakterystycznie opowiadała trzydziesto-kilkoletnia włościanka, zasięgająca mojej porady w czasie obecnej wojny: „Byłam kobietą niesłychanie mocną i okrutnie łasą na robotę, bo ciężko pracować musiałam na małym kawałku gruntu, jako rezerwistka, pozostała z czworgiem drobnych dzieci, i szło wszystko jako tako, dopóki mi Niemcy nie zabrali ostatniej krowy. Płacz dzieci przy wyprowadzaniu karmicielki, obawa przed głodem tak mię strasznie przejęły, że przestałam jeść i słabłam w robocie coraz bardziej, doszłam wreszcie do tego, że nie mogę wcale pracować, pomimo, że uprzednio od rana do zmroku przez cały rok na roli bez wytchnienia pracowałam“. Ten moment psychiczny stanowił niejako wybuch wyczerpania organizmu, przygotowanego długotrwałą wyczerpującą pracą przy zachowanej psychicznej energii. Obok wstrząsów psychicznych, jednym z ważnych czynników, powodujących szybkie wyczerpanie pracowników, jest praca nocna, gdyż sen, ten najistotniejszy regulator, podczas którego wydzielają się z organizmu tak zwane produkty zmęczenia (Ermüdungsstoffe), wywiera wpływ dobroczynny, a przez to wywołuje owo uczucie świeżości, które odczuwa każdy zmęczony pracownik po dobrym wyspaniu się, o ile na sen poświęcone są godziny nocne; przeciwnie zaś u pracowników, którzy mogą tylko w dzień sypiać, zwykle istnieją w ich warunkach życiowych różne okoliczności, sprawiające, że odpoczynek ten nie jest to samo, co normalny sen nocny (hałas uliczny, mocne światło dzienne, gwar otoczenia, ciasne mieszkanie i t. p.). Stąd też u pewnej kategorii pracowników (maszyniści, telegrafici, robotnicy w cukrowniach i t. p.) spostrzegamy bardzo często objawy przemęczenia, a głównie zdenerwowania, przy stosunkowo nawet nieciężkiej i niedługiej pracy nocnej. Dlatego też prawodawstwa wielu krajów zaleciły, o ile można, ograniczenie służby i roboty w nocy, co w wysokim stopniu wpłynęło na zdrowie tej licznej rzeszy pracowników. Ja osobiście spostrzegałem u mnie w szpitalu i w praktyce prywatnej powyższe objawy, i to nieraz w formie ciężkiej, u konduktorów kolejowych, u których przemęczenie wywoływały nietylko bezsenne noce (kilka razy w tygodniu), związany z życiem tej klasy pracowników niepokój, pośpiech, a często także nadużycie napojów spirytusowych. Ilość godzin dziennej pra-

cy w danej fabryce lub zajęciu wpływa również w wysokim stopniu nie tylko na zdrowotność, lecz i na przeciętną długość życia robotnika, o czym pouczają dokładne statystyki fabryk angielskich, wedle których, w pierwszej ćwierci XIX wieku, z robotników w fabrykach bawełnianych, pracujących przeciętnie 14 do 18 godzin dziennie, wymierało 9 generacji w tym przeciągu czasu, w jakim umierały tylko 3 pokolenia pracowników fabryk nie bawełnianych, a przeciętny okres zdolności do pracy robotnika fabrycznego wynosił podówczas w Liverpoolu zaledwie lat 15. Ilość zachorowań w fabrykach soli alkalicznych w Nordwich spadła do połowy od czasu skrócenia dnia roboczego z 12 godzin na 8. W zachodnim Kumberlandzie, po podobnej redukcji godzin pracy, zauważono toż samo. W szwajcarskich tkalniach, po zmniejszeniu ilości godzin pracy na 11, zmniejszyła się chorobowość o 25%. To samo zjawisko dało się zauważyć i pod względem śmiertelności. I tak, w kopalniach węgla w okręgu Yorkshire, po redukcji godzin pracy z 12 na 8, stopniowo w tymże stosunku spadała śmiertelność. Wreszcie w wielkich fabrykach budowy maszyn, po skróceniu w roku 1872 dnia roboczego do godzin 9, w ciągu następujących lat 17 wzrastało stopniowo przeciętne życie robotnika z lat $38\frac{1}{4}$ na $48\frac{1}{4}$.

Oprócz wpływu nadmiernie wyętej pracy na objawy ogólnego wyczerpania, a pośrednio i skrócenia życia robotnika, występują jeszcze wielce różnorodne zaburzenia w rozmaitych organach ciała ludzkiego, zależnie od rodzaju pracy. I tak: u wyętających głos swój nadmiernie (śpiewacy, mówcy, wydmuchujący szkło i t. p.) występują zaburzenia krtani, rozdęcie płuc; zaburzenia wzroku, a przede wszystkim krótkowzroczność—u zecerów, litografów, hafciarek; zaburzenia dróg oddechowych w zajęciach, połączonych z pyłem i kurzem—u robotników w kopalniach węgla, tokarzy, stolarzy, nożowników i t. p. Robotnicy, pracujący w pozycji stojącej, doświadczają różnorodnych zmian w mięśniach, żyłach i ścięgnach nóg. Odwrotnie u pracujących w pozycji siedzącej i zgiętej występują zboczenia w klatce piersiowej i kręgosłupie (szewcy, krawcy, rymarze i t. p.). U osobników, przy pracy których następuje znaczne natężenie energii (maszyniści, telegrafici i t. p.), zjawia się osłabienie systemu nerwowego i szereg zjawisk neurastenicznych, które nie są bynajmniej chorobami właściwymi klasie zamożnej, przeciwnie spotykamy

je, i to często, u najbiedniejszych, przepracowanych robotników. Również zjawiać się mogą nawet pewne specjalne zaburzenia systemu nerwowego, zależne wprost od profesji; np. tak zw. kurcz palców spostrzegamy u pisarzy, szwaczek, telegrafistek, piszących na maszynie i t. p. Szczególnie szkodliwymi dla zdrowia robotników okazują się zajęcia w fabrykach, które potrzebują gazów szkodliwych (kwas siarczany, solny i t. p.), albo też gdzie do fabrykacji używane są trucizny metaliczne (rtęć, ołów, chrom, farby anilinowe i t. p.). Przy tej kategorii zajęć występują najróżnorodniejsze zaburzenia, z pomiędzy których o ważniejszych pomówimy niżej szczegółowo.

Nadmiernie wytężona robota, szczególnie w godzinach wieczornych, powoduje u wielu pracowników, zwłaszcza w fabrykach maszyn i kopalniach, zwiększenie się liczby wypadków urazowych; doświadczenie bowiem przekonywa, że robotnik przepracowany o wiele łatwiej ulega urazowi, aniżeli robotnik wypoczęty, co dowodnie stwierdzają fabryczne statystyki niemieckie. I tak: przy zajęciu robotnika przez 9 godzin dziennie liczba wypadków wynosiła 1%, przy 12-godzinnem — przeszło 6%. Najbardziej szkodliwymi okazują się zajęcia, przy których pracownicy pozostają przez dzień cały w przestrzeniach zamkniętych, zwłaszcza w pozycji zgiętej (tokarze, szlifierze, drukarze, tapicerzy i t. p.); na szkodliwość tę składa się szereg różnorodnych czynników, jak oto: zepsute powietrze w ciasnych, źle przewietrzanych warsztatach, pył roślinny lub metalowy, zawieszony w powietrzu i wdychany przez robotników, nadmierne gorąco lub nagłe zmiany temperatury (cukrownie), wreszcie możliwość zakażenia się wszelkimi pasorzytami, zagnieżdżonemi u chorych współpracowników (świerzba, gruźlica i t. p.). Jakoż statystyki wykazują, że praca na świeżem powietrzu jest o wiele zdrowsza, aniżeli praca w przestrzeniach zamkniętych, co się szczególnie uwydatnia w najczęstszej i najpospolitszej chorobie robotników — gruźlicy płuc, jako też w innych chorobach płucnych. Podług statystyki autora angielskiego Ogle, umiera (w wieku od 45 do 65 lat) pracujących:

P.I.F.

Z a j ę c i a		Suchoty	Inne choroby płuc	Razem
Na otwartem powietrzu	Rybacy	55	45	100
	Ogrodnicy	61	56	117
	Robotnicy wiejscy	62	79	141
W zamknię- tych prze- strzeniach	Sklepikarze	84	59	143
	Subjekci w składach sukna	152	65	217
	Krawcy	144	94	238
	Zecerzy	233	84	317

Na zakończenie niniejszego rozdziału wypada dodać, że kobiety i dzieci ulegają przepracowaniu daleko prędzej, aniżeli mężczyźni, nawet w zajęciach stosunkowo lekkich, gdy bowiem kobieta ma na ogół muskulaturę mniej rozwiniętą niż męczyzna, stąd też, nawet przy równej wadze ciała, wykonywa ona, podług danych autorów niemieckich, robotę zaledwie nieco większą, niż połowa pracy męczyzny odpowiedniej wagi (0,6 do 0,7). Dlatego u robotnic zwykle bardzo szybko, nawet przy nieznacznym przepracowaniu, występują objawy niedokrwistości, osłabienia ogólnego i wycieńczenia, tem bardziej, że kobiety, pracujące w fabrykach, po powrocie do domu zajmują się jeszcze dziećmi, gospodarstwem domowym i t. p. Nie należy przytem zapominać, że sprawność kobiety ulega jeszcze większym wahaniom w okresach menstruacji, a bardziej jeszcze w ciąży. W większym jeszcze stopniu odnosi się to do pracy dzieci, chociażby w najłżejszych zajęciach, zwłaszcza w przestrzeniach zamkniętych; praca bowiem systematyczna, trwająca długie godziny, przy wątłej dziecięcej muskulaturze, jest w okresie wzrastania pod każdym względem niehigieniczna i musi się bezwarunkowo odbić na rozwoju i zdrowiu dziecka. Dlatego prawodawstwa Europy Zachodniej z wielką słusnością ograniczają w wysokim stopniu pracę dzieci

pod względem wieku, liczby godzin, rodzaju pracy, a przede wszystkim zajęć wieczornych. Zdaniem mojem, przyszłe prawodawstwo nasze powinno dzieciom, przynajmniej do lat 16, stanowczo zabronić pracy fabrycznej, dopuszczając poniżej tego wieku pracę jedynie w lecie, i to na świeżem powietrzu.

Oprócz wyżej rozpatrzonych czynników ogólnych, działających szkodliwie na zdrowie pracujących, istnieją jeszcze w niektórych rodzajach zajęć czynniki specjalne, powodujące bądź to ogólne schorzenia, bądź cierpienia niektórych tylko organów; do takich czynników zaliczamy:

1) Wpływ sztucznego światła, w wysokim stopniu niekorzystnie działającego na narząd wzrokowy (osłabienie siły wzroku, krótkowzroczność, a nawet zanik nerwów wzrokowych), które to zaburzenia spotykamy u pracujących w elektrowniach, hutach szklanych, kuźniach, walcowniach żelaza lub miedzi i t. p. W ostatnich czasach zauważono cierpienia oczu u pracowników w laboratorjach rentgenowskich, u kierowników automobilów i t. d. Dodać tu należy, iż odpowiednie urządzenia ochraniające (zasłony, okulary i t. p.) mogą w wysokim stopniu osłabić owe szkodliwe czynniki.

2) Silny hałas, właściwy niektórym zajęciom (kowale, kolarze, puszkarze, młynarze), wpływa szkodliwie na organ słuchu przez osłabienie siły słuchowej, powoduje częściową, a nieraz całkowitą głuchotę.

3) Zimno i wilgoć, nadmierne gorąco, a szczególnie nagłe przejścia z wysokiej do niskiej temperatury (hutnicy, piekarze, giserzy, strycharze, rybacy, pracujący w lodowniach, cukrowniach i t. p.), bardzo sprzyjają usposobieniu do cierpień reumatycznych, do tak zwanych przeziębień, powodujących przewlekłe katary dróg oddechowych, do cierpień nerek (pracujący w suterenach i w gruncie błotnistym, robotnicy przy drenowaniu gruntu i t. p.).

4) Zaburzenia różnego rodzaju w narządzie słuchowym występują u pracowników, zatrudnionych w kesonach przy budowie mostów, u nas spotykane rzadko. Dr. Świątecki w r. 1907 opisał szereg tych zaburzeń, spostrzeganych u robotników w kesonach, przy budowie mostu Poniatowskiego w Warszawie.

5) Do najszkodliwszych czynników, a przytem nadzwyczajnie rozprzestrzenionych w różnych fabrykach i zajęciach, należy

bezsposornie kurz; szkodliwość jego dla zdrowia znana była dokładnie, określano nawet całe grupy chorób pod nazwą tak zwanych pylic, spowodowanych pyłem węglowym, wapiennym, metalowym lub organicznym (włosy, pył roślinny, mąka). Z biegiem czasu przekonano się, że w większości chorób tej kategorii współrzędnie z pyłem działają i inne szkodliwe czynniki, powodujące np. częstość gruźlicy u robotników, mających do czynienia z włosami ludzkimi (fryzjerzy) lub pyłem żelaznym (szlifirze). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pył rozmaitego pochodzenia (wapno, cement, farby anilinowe) działa szkodliwie na organizm robotników, a szczególnie na błony śluzowe dróg oddechowych, łącznicę oka, a nawet na skórę, zęby i inne organa; najbardziej zaś szkodliwie oddziałują pył na zdrowie pracujących w przestrzeniach zamkniętych, źle przewietrzanych, gdyż o ile np. górnicy, pracujący w pyłe węglowym, ale będący w ciągłym ruchu, zapadają stosunkowo rzadko na cięższe choroby dróg oddechowych, a przede wszystkim suchoty, o tyle często na tę chorobę zapadają szlifirze, tkacze, krawcy, tokarze i t. d., źle bowiem przewietrzanie płuc i katary dróg oddechowych usposabiają ich łatwo do zakażenia gruźlicą. Również wielce szkodliwy jest pył tytoniowy, który u robotników w fabrykach tytoniu nie tylko wywołuje objawy podrażnienia dróg oddechowych (katary), lecz jednocześnie, po dłuższym przebywaniu w fabrykach, zwłaszcza u kobiet, objawy ogólnego zatrucia nikotyną (ból głowy, mdłości, osłabienie i t. p.).

Oprócz szkodliwości, jakie na zdrowie robotników wywiera kurz, staje się on sam przez się w wielu razach czynnikiem bardzo szkodliwym, gdyż mogą się w nim znajdować wielce szkodliwe dla zdrowia drobnoustroje chorobotwórcze, jako to: karbunkul (u gałganiarzy), promienica, a przede wszystkim gruźlica; dalej paciorkowce i gronkowce, laseczniki ropy błękitnej, które wywołują różnorodne sprawy ropno-zapalne w organizmie ludzkim. Wogóle powiedzieć można, że zajęcia, połączone z kurzem, powodują znacznie większą chorobliwość niż zajęcia bez kurzu, co przedstawił na ogromnym materiale statystycznym lekarz szwajcarski Schuler-Burckhardt w następującej tabeli, która wykazuje, ilu na tysiąc pracowników tej kategorii chorowało w ciągu roku, a mianowicie:

Introligatorów	98
Tkaczy materiałów jedwabnych	205

Tkaczy wyrobów bawełnianych	235
Robotników w przędzalniach bawełny	288
Robotników w warsztatach mechanicznych	419
Tokarzy	427
Segregujących gałgany	479

6) Drobnoustroje chorobotwórcze, wywołujące choroby zakaźne ostre lub przewlekłe, występują bardzo często przy różnorodnych zajęciach, a niektóre z wywołanych przez nie ciężkich chorób, jak przekonywa doświadczenie, występują o wiele częściej w pewnych kategorjach zajęć; nie ulega przeto wątpliwości, że pewne rodzaje zajęcia usposabiają pracowników do częstszego zapadania na poszczególną chorobę zakaźną. Tak więc:

a) Ciężka, wysoce zakaźna choroba, zwana *karbunkułem*, najczęściej kończąca się śmiercią, występuje u robotników, mających do czynienia ze skórą lub z wnętrznościami padłych na tę chorobę zwierząt, a więc u garbarzy, szczotkarzy, sortowników wełny, owczarzy i t. p. Wedle statystyk angielskich, liczba zapadłych na karbunkuł robotników nie jest zbyt wielka, wynosi ona od 50 do 60 przypadków rocznie (w latach 1906 — 1910), ale za to prawie $\frac{1}{3}$ zapadłych umarła. W Niemczech w roku 1910 z 287 zapadłych umarło 39; największa liczba zakażeń dotyczyła tu robotników wiejskich, następnie szli garbarze, szczotkarze, krajacze skóry i t. p. Dla Królestwa Polskiego nie mamy żadnych danych, wynalazłem tylko, że w szpitalach warszawskich w roku 1809 znajdowało się na kuracji 18 chorych na karbunkuł, z których połowa zmarła; żadnych bliższych danych co do ich zajęcia sprawozdanie szpitalne nie przytacza. O ile sądzić mogę z własnego doświadczenia i zeznań kolegów, ciężkiet o cierpienie nie jest rzadkie u nas, a szczególnie na prowincji. Sam wiem dokładnie o dwóch lekarzach chirurgach, którzy zmarli na tę chorobę, zaraziwszy się przy operacji na chorych w szpitalu.

Przeróbka włośia, szczecin i pierza odbywa się na wielką skalę w Brodach w Galicji, gdzie podług Friedberga (Przegląd Weterynaryjny, 1910) zapada corocznie po kilkanaście osób na karbunkuł wskutek sortowania włośia. Były przypadki zawleczenia ospy przez pierze.

Szkodliwość tych zawodów polega na tem, że na narządy oddechowe, pokarmowe i wzrokowe szkodliwie działa sam pył,

powstający przy pracy, i że jednocześnie w tym pyłe znajdować się mogą nie tylko zarazki karbunkułowe, lecz i gruźlicze, tyfusowe i t. p., o ile w sortowniach niema dobrze urządzonej kamery.

b) Nosacizna (*malleus*), ciężka choroba zakaźna, występuje jako choroba zawodowa u woźniców, włościan i wogóle osób, mających styczność z końmi.

c) Tak zwana promienica (*actinomycosis*), choroba ciężka, powodująca ropienie kości, wywołana grzybkami, znajdującym się na roślinach trawiastych, zdarza się u robotników wiejskich i pastuchów. U nas występuje rzadko. Osobiście widziałem tylko kilka przypadków w szpitalu, u robotników wiejskich.

d) Tak zwaną chorobę tasiemcową (*soliter*), wywołaną przez dostanie się wągry z mięsa zakażonego, spotykamy przeważnie u rzeźników, kucharzy, kucharek i t. p., zajmujących się przyprawą lub przygotowaniem wyrobów mięsnych, szczególnie z trzody chlewnej. Z odmian tasiemca t. zw. tasiemiec samotny (*taenia solium*) znajduje się w mięsie wieprzowym, a tasiemiec szeroki w wołowym i rybiem. Wągry wyrastają w postaci tasiemców u ludzi, spożywających takie mięso. Dawniej, do roku 1880, choroby te były bardzo rozpowszechnione, obecnie spotyka się je coraz rzadziej wskutek dozoru w rzeźniach. Oczywiście niedbałe warunki sanitarne naszych podmiejskich i małomiasteczkowych rzeźni i brak należytego weterynaryjnego dozoru sprawiają, że choroby te panują szeroko nie tylko między rzeźnikami i kucharkami, ale i wśród ogółu ludności.

e) Ciężka choroba, zwana tęgoryjcową (*anchylostomiasis*), niezmiernie rozprzestrzeniona we Włoszech, Francji i Niemczech wśród górników, robotników w tunelach, cegielniach i t. p., wywołująca ciężkie objawy niedokrwistości i osłabienia, a spowodowana wtargnięciem do kanału pokarmowego robaczków, zwanych tęgoryjcami, występuje u nas, na szczęście, bardzo rzadko. Widziałem zaledwie jeden taki przypadek w Warszawie, u robotnika, przybyłego z Chin. Kilka przypadków spostrzegano też we wschodniej Galicji.

f) Do najważniejszych atoli chorób zaraźliwych przewlekłych należy bezspornie gruźlica, przeważnie płucna (suchoty), która tak ściśle jest związana z życiem pewnej kategorii pracowników fabrycznych, że słusznie nazwano ją chorobą proletariatu. W wykładach swych zesłorocznych („Wielkie klęski społeczne“)

rozpatrzyłem szczegółowo istotę szerzenia się i znaczenie społeczne tej, szczególnie u nas, wielkiej klęski. Nie posiadamy danych, któreby ściśle określały odsetkę zapadania pracowników różnych zawodów u nas, jedynie tylko z doświadczenia w szpitalach warszawskich wiadomo, że najwięcej bywa suchotników między robotnikami, pracującymi w warsztatach ciasnych, źle przewietrzanych, w atmosferze zakurzonej, a więc u krawców, szwaców, tapicerów, szwaczek, tokarzy, ślusarzy i t. p. Za granicą również podobne statystyki nie są ściśle, dotyczą bądźto miast, bądź tylko pojedynczych grup ludności fabrycznej lub wyrobniczej; jedynie w Bawarii, Szwajcarii i Anglii dokonano ścisłych obliczeń i zestawień śmiertelności z suchot, obliczone dla całego kraju z uwzględnieniem zajęcia. Z tej niezwykle ciekawej i bardzo pouczającej pracy Koelischa, rządowego lekarza fabrycznego w Monachium, podajemy poniższe dane. Tak w roku 1908 z liczby tysiąca osób żyjących zmarło na gruźlicę:

1) Oficerów	0,58	15) Ślusarzy	6,09
2) Gospodarzy wiejskich	1,82	16) Kelnerów	7,45
3) Księży	1,84	17) Młynarzy	4,69
4) Lekarzy	1,92	18) Murarzy	10,23
5) Aptekarzy	2,26	19) Murarzy tynkujących	7,28
6) Dziennikarzy	2,21	20) Robotników drzewn.	10,06
7) Piwowarów	3,25	21) Kominiarzy	13,37
8) Introligatorów	3,62	22) Kamieniarzy	26,80
9) Ogrodników	3,37	23) Złotników	17,18
10) Górników	4,17	24) Wyrobników dzien-	
11) Zecerów	4,90	nych i robotników	
12) Krawców	4,94	bez określonego za-	
13) Kamaszników	5,46	jęcia	83,00
14) Tokarzy	5,19		

Z z a j ę ć k o b i e c y c h :

1) Włościanek	1,43	7) Diakonis	7,60
2) Handlarek	2,43	8) Szwaczek	6,48
3) Szczotkarek	2,41	9) Kwaciarek	6,66
4) Nauczycielek	1,55	10) Zakonnice	7,37
5) Kelnerka	1,60	11) Sług, kucharek	13,86
6) Praczek i prasowaczek	2,27	12) Wyrobnic dziennych	34,90

Wogóle wszystkie zajęcia męskie dawały razem śmiertelność z gruźlicy 3,07 na 1000 żyjących, gdy zajęcia kobiece 4,07. W tablicy Koelischa jest jeszcze zestawiona szczegółowa śmiertelność z uwzględnieniem wieku, jako też ogólna liczba pracujących w danej gałęzi. Liczby to wielce ciekawe, ale dla braku miejsca nie mogę ich tutaj przytaczać szczegółowo, wspomnę tylko, że statystyka ta oparta jest na ogromnej liczbie przypadków; tak np. kamieniarzy przeszło 10 242, lekarzy 5211, piekarzy 29 607, kelnerów 20 672, kelnerka 11 200, włościanek 867 902, rolników 67 1957, sług 27 150, szwaczek 25 157 i t. d. Stąd też i dane statystyczne, oparte na tak wielkim materiale, w kraju stosunkowo niewielkim, gdzie są zbierane ściśle, mają za sobą cechy wszelkiego prawdopodobieństwa, gdyż możliwe omyłki przy wielkich liczbach muszą być nieznaczne. To samo znamię ścisłości posiada statystyka szwajcarska, ogłoszona przez dr. Kürsteina z Bernu w pracy wielce ciekawej i ważnej, wydanej w roku 1917 pod tytułem: „La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Suisse“. Autor, opierając się również na materiale ogromnym, bo pochodzącym z całej Szwajcarii, podzielił wszystkich pracowników zawodowych na trzy kategorie, obliczając w każdej z nich mężczyzn w wieku lat 30 do 50 i wyprowadzając dla nich liczbę śmiertelności z suchot na 10 tysięcy żyjących zawodowców—z jednej strony, a z drugiej—oznaczając dla każdej grupy pracowników osobną liczbę śmiertelności w stosunku do 100, jako liczby podstawowej (Standartschwindsuchtssterblichkeit). Z obszernych tabel, których również nie mogę tutaj szczegółowo przytaczać, wyjmuję następujące dane za lata 1889 i 1900 (patrz tabelę na str. 25).

Dane te wykazują, jak częstość zakażenia suchotami zależy od zajęcia w warsztatach zamkniętych, od pracy, związanej z pyłem, nadmiernem gorącem, w pozycji siedzącej i zgiętej, oraz od sposobności do nadużycia napojów wysokowych, jak odwrotnie zajęcia, połączone z pracą na świeżem powietrzu i ruchem, zmniejszają usposobienie do suchot.

Mniej więcej podobne dane, acz nie na tak wielkim materiale oparte, wykazują statystyki pracowników w Berlinie, Wrocławiu i innych miastach niemieckich, w których uderza jednogłośnie podawany szczegół, że zajęcia przy sprzedaży spirytualjów odznaczają się wielką śmiertelnością; np. w Prusiech, przy przeciętnej

Grupa I.	Grupa II.	Grupa III.
Śmiertelność niżej 100	Zawody, w których śmiertelność waha się między 80 a 140	Śmiertelność powyżej 140
Księża 53	Robotnicy w fabrykach jedwabiu i bawełny . . . 81	Urzędnicy sądowi 147
Pracownicy w produkcji mlecznej. 55	Rękawicznicy, kapelusznicy, kuśnierze 82	Cieśle i robotnicy w hutach szklanych 151
Rolnicy hodujący bydło 52	Koszykarze 95	Zduni i robotnicy kafli 152
Pracownicy w fabrykach gipsu, cementu, asfaltu 62	Gisernie, fabryki maszyn 99	Robotnicy w fabryce zegarów . 163
Nauczyciele, wychowawcy, służba szkolna . . . 65	Lekarze i służba sanitarna . . . 101	Robotnicy w browarze 167
Pracownicy na kolejach, szosach . 65	Fabryki tytoniu 109	Introligatorzy 175
Gałąź budowlana . 66	Piekarze, szewcy. 111	Fryzjerzy, golarze 178
Pracownicy przy wapnie i cegle 68	Krawcy 118	Zecerzy 186
W kamieniołomach i kopalniach soli 73	Urzędnicy pocztowi i telefoniczni 122	Służba hotelowa . 198
Urzędnicy w bankach i innych biurach 77	Robotnicy przy wyrobach metalowych i srebrnych 127	Kamieniarze . . . 313

śmiertelności 16,1%, umierało kelnerów 52,6. Takie same spostrzeżenia poczyniono i w Anglii (173 w stosunku do 100, jako podstawowej liczby śmiertelności). Innych statystyk śmiertelności z gruźlicy, szczególnie zestawionych w ostatnich czasach w Anglii i Niemczech przez kasy chorych, nie podaję; przypominają one w ogólnych zarysach statystyki, przytoczone wyżej, a bliżej interesujących się tą kwestją odsyłam do prac Prinzinga i Telekyego

(l. c.). Nadmieniam tylko na zakończenie, że istnieją pewne zawody, w których suchoty występują stosunkowo rzadziej; do tej kategorii zaliczają autorowie robotników przy wypalaniu gipsu, garbowaniu skór i niektórych innych zajęciach. Spostrzeżenia te jednak, lubo podane przez wiarogodnych autorów, nie są dostatecznie wyjaśnione ze stanowiska naukowego i wymagają dalszych spostrzeżeń na większym materiale.

g) Do wybitnych szkodliwości dla zdrowia robotników zaliczyć należy fabryki, w których są przerabiane istotne dla organizmu trucizny, jak oto: rtęć, ołów, fosfor, chrom, arsen i t. p. Trucizny te, przerabiane głównie w fabrykach wielkiego przemysłu chemicznego w Anglii i Niemczech, wywierają wpływ chorobotwórczy bądź to wprost przez wdychanie gazów trujących i wchłanianie ich następcze do krwi (kwas arsenawy, solny, pary rtęci, fosforu, chromu i t. p.), bądź przez wdychanie pyłu np. ołowianego, bądź też działając pośrednio przez skórę rąk, z czego powstają głębokie wrzody, próchnienie kości i t. p. Najczęstszą atoli przyczyną zatruc w owym przemyśle jest pył ołowiany, w fabrykach bowiem tej kategorii (stereotypnie) znajdowano w powietrzu, na wysokości ust robotnika, 2,5 do 9 miligramów ołowiu na 100 litrów powietrza, ilość ogromną, jaką przy oddychaniu wchłania robotnik. Temi drogami powstają u pracowników ciężkie choroby nieuleczalne, tak zwane charłactwo rtęciowe, ołowiane i t. p., a jednocześnie robotnicy tej kategorii są bardzo usposobieni do zapadania na różne zwykłe, a przedewszystkiem zakaźne choroby, częściej, niż pracujący w innych kategoriach fabryk. Szkodliwy wpływ rzeczonych trucizn, a szczególnie ołowiu, znany był od wieków, dopiero jednak w ostatnich dziesiątkach lat zaczęto badać szczegółowo i poddawać bliższej, nawet urzędowej kontroli robotników, pracujących w różnorodnych tamtej kategorii fabrykach, przyczem okazało się, że mimo znacznych technicznych i higienicznych ulepszeń, dokonanych w Anglii w roku 1910 w fabrykach, mających do czynienia z ołowiem, zachorowało 505 robotników, z których zmarło 38; w fabrykach zaś, w których używane są rtęć i arsenik, w 1908 r. zachorowało 34, a zmarł 1. Oprócz tego zapadło w fabrykach 232 malarzy, z których 35 zmarło. W Niemczech notują autorowie dużą liczbę przypadków zatruc w fabrykach czysto chemicznych, mających do czynienia tak z produktami organicznymi (anilina, toluidyna, naftalina

i t. p.), jak z nieorganicznymi (chlor, chrom, ołów i t. p.). W roku 1910 zanotowano z urzędu w Niemczech, podług Curschmanna, 167 ciężkich przypadków zatruc w przemyśle chemicznym. My nie mamy w tym względzie żadnych danych, fabryk bowiem chemicznych przed wojną było u nas stosunkowo niewiele, przytem nie istniało prawo meldowania z urzędu tej kategorii chorych, pomieszczano ich bowiem w szpitalach ogólnych, gdzie zwykle figurowali jako dotknięci następstwami tych zatruc (choroby nerwowe i t. p.), najczęściej pochodzących od ołowiu.

Nie mogę się tu wdawać w bliższą charakterystykę różnorodnych chorób, będących w związku z truciznami fabrycznymi. tem bardziej, że, jak dopiero co wspomniałem, u naszych robotników spotykamy je rzadko; wspomnę więc tylko o najważniejszych, i to takich, które i u nas przytrafić się mogą. I tak: 1) w fabrykach zapalek, szczególnie źle urządzonych, występuje u robotników długo pracujących ciężkie cierpienie kości szczękowej; 2) w fabrykach, w których używają chromu (fabryki zapalek, tapet), występują owrzodzenia na rękach i nogach, trudne do zagojenia; 3) w fabrykach, mających do czynienia z przetworami rtęci, a głównie w fabrykach luster, występują owrzodzenia dziąseł, ślinotok, próchnienie i wypadanie zębów, a w dalszym rozwoju choroby upadek sił, drżenie rąk i nóg, czyli tak zwane charłactwo rtęciowe; 4) najczęściej jednak mamy do czynienia z zatruciem ołowianem u robotników, pracujących przy różnorodnych fabrykacjach, posiłkujących się ołowiem lub farbami, zawierającymi ołów, a więc: u malarzy, szczególnie tych, którzy malują na porcelanie, u zecerów, odlewaczy czcionek, w fabrykach wyrobów metalowych przy użyciu t. zw. bieli ołowianej (blejwasu), w fabrykach rur ołowianych i t. p.; zatrucia, występujące u tej kategorii robotników, są bardzo częste, a charakteryzują się ciężkimi zaburzeniami w kanale pokarmowym (tak zw. kolka ołowiana), a bardziej jeszcze wielce charakterystycznymi częściowymi porażeniami, przeważnie rąk i t. p. W lipskiej kasie chorych z liczby 100 tysięcy robotników różnej kategorii wykazano w ciągu roku przeszło 1200 chorych, wśród których najczęściej byli malarze (60,4%) i zecerzy (43%). Wogóle zaś, wedle sprawozdań tych kas, robotnicy, zapadający na chorobę ołowianą w różnych jej postaciach (kolki, reumatyzm, cierpienia nerek, oczu, porażenia i t. p.),

nie tylko pod względem częstości zapadnięć, lecz i zejść śmiertelnych znacznie przewyższają inne rodzaje zajęć.

Autorowie niemieccy notują częste a ciężkie zaburzenia, występujące u robotników, pracujących w fabrykach farb anilinowych i innych związków organicznych (niebieskie zabarwienie błon śluzowych, zawroty, zaburzenia nerwowe). U nas jednak, w licznych fabrykach chemicznych, lekarze dotychczas nie notowali tych chorób. Natomiast bliscy są nam i w przyszłości powinni być poddani szczegółowej obserwacji robotnicy, pracujący w fabrykach spirytusu i jego przetworów (gorzelnie, browary i t. d.), tudzież w zakładach, sprzedających spirytualja (szynki, piwiarnie i t. d.), szkodliwość bowiem alkoholu dla zdrowia pracowników występuje nie tylko wskutek łatwości i sposobności wewnętrznego użycia alkoholu, lecz nawet, jak to się dzieje w dystylarniach, przez wchłanianie alkoholu drogą oddychania. Szkodliwość tych zajęć jest znana powszechnie, a statystyki przyznają jednoznacznie, że robotnicy tej kategorii nie tylko nader często zapadają na różnorodne choroby, a przedewszystkiem dróg oddechowych, lecz wykazują niemal najwyższą śmiertelność. Na zakończenie rozdziału o różnorodnych czynnikach szkodliwych, oddziałujących na zdrowie robotników w fabrykach, należy pamiętać o tem, że wspomniane czynniki, jako przyczyny choroby, powinny być oceniane bardzo krytycznie, najczęściej bowiem istnieje cały szereg innych, współrzędnie działających szkodliwości, które mogą w wysokim stopniu zwiększyć wrażliwość osobnika na czynnik chorobotwórczy; tak np. ciasne i źle przewietrzane pomieszczenie fabryczne prędzej usposobi robotnika do zapadnięcia na merkurjalizm przy wyrobie luster, niż dobrze urządzone. W innych znowu razach suchoty występują jako objaw zakażenia lasecznikiem gruźliczym u kelnerów w ciasnej i dusznej piwiarni, nawet bez nadużycia alkoholu. Dlatego chcąc odpowiedzieć na pytanie: czy dane cierpienie u robotnika jest w ścisłym związku ze szkodliwością fabryczną? — powinni lekarze oceniać wszelkie inne wpływy szkodliwe, a nawet cały tryb życia robotnika, aby zbadawszy sumiennie przyczynę choroby, orzec, czy ona jest w ścisłej zależności od zajęcia o co właśnie chodzi w częstych dziś sprawach sądowych o indemnizację.

Wreszcie należy zaznaczyć, że szkodliwe czynniki fabryczne o wiele częściej i silniej wpływają na organizm kobiety, niż mężczy,

wywołując niedokrwistość i osłabienie; statystyki bowiem niemieckie wykazują, że śmiertelność kobiet w fabrykach przewyższa przynajmniej o 10% ogólną śmiertelność mężczyzn, co również ujawnia się przy badaniu zachorowań w oddzielnych zajęciach. Tak podług Prinzinga odsetka zachorowań krawców wynosi 56 u mężczyzn, a 61 u kobiet na 100, u introligatorów 60 i 80, u rękawiczników 71 i 91, w fabrykach ubrań 86 i 96, w fabrykach wyrobów włóknistych 80 i 92 i t. d. Jednocześnie praca w fabrykach powoduje u kobiet różnorodne zaburzenia w sferze płciowej, przedewszystkiem w dziedzinie miesiączkowania, co ujawnia się szczególnie u szyjących na maszynach lub prasowaczek; dalej nieuchronny wpływ wielu, zajęć zwłaszcza ciężkich odzywa się u kobiet w samodzielnem powstawaniu poronień i nienormalnym przebiegu porodów; tak w lipskiej kasie zjednoczonej określono, że liczba poronień u robotnic występuje w 1,7 przypadków ciąży, gdy u kobiet niezajętych w fabrykach wynosi 0,3%, a szczególnie często porody przedwczesne trafiają się u praczek, prasowaczek, robotnic przy fabrykacji metalu, a przedewszystkiem w fabrykach ołowiu.

WYKŁAD III.

Szkodliwość niektórych zawodów dla zdrowia pracowników. — Choroby ściśle związane z niektórymi zawodami. — Statystyczne dane o przeciętnej długości życia i chorobowości w różnych zawodach. — Niedostateczne dane w tej kwestji w stosunku do naszego społeczeństwa.

Po rozpatrzeniu główniejszych czynników, szkodliwie działających na zdrowie pracujących, nie bez interesu byłoby wykazanie, jaka jest przeciętna długowieczność w poszczególnych grupach zajęć, co umożliwiłoby ocenienie jednym rzutem oka bardziej lub mniej szkodliwego wpływu pewnego zajęcia. Naturalnie statystyka taka opierać się musi na wielkim materiale, odnosić się nie do pojedynczych miejscowości, lecz co najmniej do całego kraju. Otóż pod tym względem jedynie w Anglii i Szwajcarii zestawiono na drodze urzędowej wysoce ciekawą i wielce doniosłą pracę, w której nie tylko obliczono liczbę pracowników w danym zawodzie, lecz zestawiono śmiertelność mężczyzn w oddzielnych grupach co lat 5, w wieku od 15 do 65 lat, z wyprowadzeniem tak zw. podstawowej przeciętnej (Standart) liczby śmiertelności 100, jak to wykazuje następująca tabela.

Z a j ę c i e	Liczba zmarłych osobników w wieku od 25 do 65 lat	Śmiertelność przy wskaźniku 100
1) Duchowni	933	53
2) Rolnicy	23998	60
3) Nauczyciele	743	60
4) Strycharze	1166	74

Z a j ę c i e	Liczba zmar- łych osobni- ków w wieku od 25 do 65 lat	Śmiertelność przy wskaź- niku 100
5) Artysci	446	78
6) Kolarze	930	78
7) Adwokaci	660	82
8) Młynarze	653	84
9) Rybacy	651	85
10) Właściciele sklepów	10456	86
11) Robotnicy w papierniach	262	90
12) Kantorzyści	5028	91
13) Kowale	4097	91
14) Piekarze	2194	92
15) Szewcy	6007	92
16) Siodlarze	672	92
17) Ślusarze	575	92
18) Aptekarze, drogiści	547	93
19) Komisjonerzy	1539	96
20) Lekarze	740	97
21) Cieśle	3768	99
22) Murarze	9293	100
23) Powoźnicy	1159	104
24) Robotnicy przy kolejach	4111	104
25) Robotnicy wyrobów włóknistych	10220	105
26) Introligatorzy	315	106
27) Tokarze, bednarze	1062	109
28) Fryzjerzy	568	110
29) Drłkarze	1818	110
30) Rzeźnicy	2641	110
31) Malarze, szklarze	5759	112
32) Pilnikarze	1793	141
33) Piwowarzy	1327	143
34) Hutnicy szklani	535	149
35) Oberżyści, kelnerzy	7437	166
36) Garnarze	843	171

Mniej więcej podobne wyniki daje i statystyka szwajcarska za czas od 1879 do 1890 roku. Dla przykładu przytaczam z niej niektóre dane. Jest ona obliczona u mężczyzn w wieku od lat 15 do 70, pracujących w różnych zajęciach, przedstawiając z jednej strony śmiertelność w każdym zawodzie na tysiąc zmarłych, oraz podstawową liczbę śmiertelności pracowników w rozmaitym wieku i śmiertelność podstawową w wieku od 15 do 70 lat (w stosunku do 100, jako liczby podstawowej). Podług tej statystyki najniższą śmiertelność przedstawiają robotnicy kolejowi, jak to widać z poniższej tabelki:

Robotnicy kolejowi	78
Rolnicy	81
Farbiarze	95
Duchowni	99
Nauczyciele	100
Szewcy	110
Krawcy	120
Młynarze	120
Piwowarzy	129
Kelnerzy	139
Kamieniarze	162
Malarze	175

A najwyższą liczbę dają

Woźnice, ekspedytorowie	180
-----------------------------------	-----

Większe jeszcze stosunkowo wahania przedstawiają liczby, podane przez dolno-austryjacką kasę chorych za lata 1891 do 1895, co do śmiertelności mężczyzn w wieku od 15 do 60 lat; tutaj również najmniejszą śmiertelność (podstawową) wykazują:

Robotnicy kolejowi	70
------------------------------	----

Dalej idą:

Fabrykanci zapalek	90
Przemysł chemiczny	95
Drobnikupcy	95
Wyroby włókniste	106
Szewcy	109
Tokarze	110
Krawcy	115

Piekarze	119
Ślusarze	120
Piwowarzy	133
Obrabiający wyroby złote i srebrne	138
Garncarze i robotnicy w fabrykach porcelany	139
Rękawicznicy	155

Powyższe ciekawe dane statystyczne wykazują wprawdzie pewne, dość znaczne różnice pod względem podstawowej liczby śmiertelności w tych samych zawodach, różnica jednak polega na tem, że statystyka np. angielska rejestruje robotników bez ograniczenia wieku, szwajcarska do 70 lat, austriacka tylko do 60; przytem statystyka angielska i szwajcarska notuje zmarłego robotnika niezależnie od tego, czy w chwili śmierci był czynny w swoim zawodzie, czy nie, austriacka zaś kasa opiera swoje dane tylko na tych pracownikach, którzy do śmierci należeli do kasy. Nadto różnica w liczbie śmiertelności zależeć może jeszcze od dwu ważnych okoliczności, a mianowicie:

1) Do niektórych zajęć, przedstawiających według jednoznacznej opinii wysoką liczbę śmiertelności (krawcy, szewcy), od dawani bywają chłopcy już wątli lub nawet chorzy uprzednio; dlatego przy ocenianiu wysokiej szkodliwości tych zajęć i ta okoliczność powinna być wzięta pod uwagę.

2) Do pewnych zajęć, przedewszystkiem na kolei, a nawet w wielu fabrykach, robotnicy bywają uprzednio badani przez lekarzy, czy są zupełnie zdrowi; stąd też pracownicy tej kategorii są bardziej odporni na szkodliwość i wykazują mniejszą odsetkę śmiertelności; tak np. kolejarze w Anglii dają liczbę 78, w kasie austriackiej 70.

W każdym razie, mimo licznych usterek i nieuniknionych błędów, powyższe statystyki wykazują niechybnie, że są pewne kategorie zajęć (tokarstwo, garncarstwo, fryzjerstwo, kamieniarstwo, kelnarstwo), które we wszystkich krajach i w najróżnorodniejszych warunkach wysoce szkodliwie wpływają na zdrowie pracowników i przyczyniają się niechybnie do skrócenia ich życia, są więc zajęciami bardzo niezdrowymi. Odwrotnie znowu inne kategorie zajęć, jak: praca na roli, rybołówstwo, leśnictwo, nauczy-

cielstwo, kolejarstwo, stan duchowny — są zajęciami względnie zdrowymi i dają na ogół większą szansę długowieczności.

W przytoczonych statystykach wykazane zostały, obok zajęć fizycznych (rzemiosła i fabryki), także zajęcia umysłowe, będące zatrudnieniem tak zw. inteligencji, które pozornie ani do zajęć klasy robotniczej, ani proletariatu zaliczone byćby nie powinny. W istocie jednak, w dzisiejszych warunkach, owa praca umysłowa, np. lekarzy, nauczycieli i t. p., jest ściśle połączona z wysiłkami fizycznymi, często nawet bardzo znacznymi, jak np. wysiłki mowy u nauczycieli, wysiłki fizyczne u lekarzy, powodujące zmęczenie i wyczerpanie. U nauczycieli przytem i adwokatów praca zawodowa, często wykonywana w mieszkaniach dusznych, źle przewietrzanych, przepełnionych, przy jednoczesnym wysiłku mowy i pobudzeniu nerwowem — stawia ich bez zaprzeczenia w podobnie złych warunkach, w jakich się znajdują pracujący fizycznie w ciasnych i dusznych lokalach fabrycznych. Z drugiej znów strony wielki nadmiar inteligencji, szczególnie pochodzącej z biedniejszych warstw społeczeństwa, wytworzył w Europie Środkowej, jak również i u nas, w ciągu ostatnich kilku dziesiątków lat prawdziwy proletariąt umysłowy (lekarze, adwokaci, nauczyciele), zmuszony do niesłychanych wysiłków pracy umysłowej i fizycznej, aby mógł pokryć budżet swoich wydatków, zastosowanych do pewnych konwencjonalnych wymagań życia.

Wielu więc z nich, szczególnie w pierwszych latach swej praktyki zawodowej, zużywa niezwykle szybko swoje siły umysłowe i fizyczne, a zarabiając z powodu wielkiej konkurencji, zwłaszcza w wielkich miastach, stosunkowo mało, niewiele się różnią od zwykłych robotniczych proletariatuszów; stąd też spostrzegamy, że w statystykach śmiertelności, cytowanych wyżej, lekarze dają stosunkowo wysoką liczbę śmiertelności, stojąc na granicy śmiertelności przeciętnej (97 podług statystyki angielskiej). Na wzmiankowane ciężkie warunki pracy umysłowej dawno zwracali uwagę niektórzy autorowie, a szczególnie Lafargue („Praca umysłowa wobec maszyny“, 1890 r.), nazywając tej kategorii pracownika „najemnikiem inteligentnym“, podobnym do zwykłego robotnika. „Wielki bowiem przemysł kapitalistyczny rozdzielił czynności wytwórcze, stworzył dwa zastępy pracowników: proletariąt fizyczny i umysłowy, i zamiast zmniejszenia rozdziału między

nimi, powiększa go coraz bardziej: jednych napętnia coraz większą wiedzą, innych coraz silniej spycha do rzędu maszyny“.

Za prawdziwych proletariuszów umysłowych uważać należy, według mego zdania, i studentów naszych wyższych uczelni, w dowód czego pozwalam sobie przytoczyć następujące dane, zaczerpnięte z bardzo ciekawej pracy byłego studenta Uniwersytetu Warszawskiego ¹⁾, opartej na wynikach ankiety, zebranej wśród studentów tegoż Uniwersytetu w roku 1897: „Studentów, utrzymujących się wyłącznie ze swej pracy, było 31,66%, mających częściowo pomoc z domu—39,6%, a niepracujących na swe utrzymanie — 28,67%“... to znaczy, że „71,33% studentów musi poza nauką myśleć i o zdobyciu środków do życia. Średnio każdy student traci nie mniej 2 godzin dziennie na korepetycje. Przeciętny dochód miesięczny studenta wynosił 33,80 rubli, minimum 12, maximum 100. Z powyższych cyfr wynikają dwa fakty, godne zaznaczenia: pierwszy — że nie można wymagać od studenta, aby porządnie jadł, czysto się ubierał, często kąpał się i t. p., skoro nie ma odpowiednich środków do życia; drugi — to przeciążenie pracą umysłową, wywołane przez korepetycje i ciągłą walkę o byt“. Te trafne uwagi obok innych wielce ciekawych szczegółów, które dla braku miejsca pomijam, potwierdzają zdaje się, mój pogląd o proletariuszowskim położeniu naszych studentów. Od lat 20 stan ich ekonomiczny nie poprawił się bynajmniej, przeciwnie, wzmagająca się stale drożyzna i ogólna bieda w kraju pogorszyły stan ten jeszcze bardziej.

Wykazawszy szkodliwość różnorodnych zajęć dla zdrowia pracowników, należałoby jeszcze pokrótce rozważyć: 1) jaki jest procent zachorowań w poszczególnych zajęciach? co może poniekąd wskazać większą lub mniejszą szkodliwość pewnego zajęcia dla zdrowia pracownika; 2) do jakich chorób usposabiają pracowników różne zajęcia i w jakim stosunku jest ta częstość zapadania na pewną chorobę do zapadania na nią ogółu ludności?

Co do pierwszego pytania, to wykaz zachorowań (Morbidityt) w danem zajęciu jest rzeczą wielce ważną, nie może więc ono nigdy być normowane, jak to dawniej czyniono, jedynie na podstawie

¹⁾ Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu Warszawskiego w świetle cyfr („Zdrowie“, 1899 r.).

współczynnika śmiertelności, gdyż pojęcia chorobowości i śmiertelności nie idą równolegle, jakby to *à priori* sądzić należało, a na co słusznie zwrócił już uwagę Prinzing. Naturalnie wykazy chorobowości z uwzględnieniem zajęcia trafiały dawniej na nadzwyczajne trudności i stały się dopiero możliwe przy obowiązkowej organizacji kas chorych. Stąd też i w państwach, w których organizacja ta jest ściśle przeprowadzona (Anglja, Niemcy, Austrija, Szwajcarja), posiadamy dokładne dane, z których wynika np. ciekawy fakt, podany przez Prinzinga, że u krawców, których podstawowa śmiertelność jest bardzo wysoka, bo wynosząca 115, podstawowa chorobowość daje liczbę bardzo niską, bo tylko 56 na 100; siodlarze przy śmiertelności 118 mają chorobowość 58, natomiast kolejarze przy śmiertelności 70 mają chorobowość 142, a robotnicy w papierniach przy śmiertelności 84 przedstawiają chorobowość 130 i t. d. Dane te, na pozór paradoksalne, można wytłumaczyć tem, że krawcy, pomimo swego niezdrowego zajęcia, mogą pracować nawet długo, dopóki nie są obłożnie chorzy, i nawet nie zasięgają porady. Odwrotnie przy zajęciach ciężkich na powietrzu, przy zmiennej atmosferze (kolejarze, kowale i t. p.), lub przy pracy w atmosferze gorącej (cukrownie, browary), nawet lekko chory osobnik nie jest zdolny do pracy i natychmiast zasięga porady lekarskiej. Z tych też względów kasy chorych w Niemczech słusznie wprowadziły w sprawozdaniach swoich dwie kategorie chorych: częściowo zdolnych do pracy i zupełnie do niej niezdolnych. Na tej podstawie opracowane zostały różnorodne dane statystyczne, z których przytaczam jedynie ważniejsze, odsyłając interesujących się tą sprawą czytelników do prac Prinzinga, Telekyego i innych. Bardzo dokładne sprawozdanie o chorobowości podała kasa ubezpieczenia robotników mężczyzn w Austrii za lata 1891 do 1895, dzieląc pracowników na 4 kategorie, zależnie od wieku (od 15 do 60 lat), wyprowadzając dla każdej kategorii oddzielną liczbę śmiertelności w stosunku 100 zachorowań, połączonych z niezdolnością do pracy, i podając jednocześnie tak zwaną podstawową chorobowość dla całej grupy danych pracowników. Przytaczam tutaj bliżej tylko wyniki tej ostatniej rubryki, w której liczbą 100 oznaczono przypadki zachorowań wszystkich członków kasy, z czego wypadnie na:

Handlowców	46
Krawców	56

Szewców	58
Tokarzy	58
Introligatorów	58
Rzeźników	60
Złotników	63
Rękawiczników	68
Piekarzy i cukierników	71
Ślusarzy i kowali	73
Robotników w branży włóknistej	80
Garnarzy i robotników w fabrykach porcelany	86
Robotników budowlanych i przy cementcie	95
Robotników w fabrykach zapalek	101
Drukarzy	103
Robotników w fabrykach szklanych	121
Robotników w fabrykach wyrobów metalowych	137
Robotników kolejowych	142
Robotników pracujących w przemyśle chemicznym	170

Dla robotnic też sama kasa podała następujące dane:

1) Szwaczki, krawcowe	61
2) Introligatorki	80
3) Rękawiczniczki	91
4) Robotnice w cegielniach	91
5) Robotnice w branży włóknistej	92
6) Robotnice w fabrykach wyrobów z drzewa	93
7) " " ubrania	96
8) " " zapalek	102
9) " " porcelany	105
10) " " tytuniu	109

Porównując powyższe liczby zachorowań z liczbami śmiertelności pracownic, przekonujemy się, że rękawiczniczki i robotnice w gałęzi włóknistej, wykazujące bardzo wysoką liczbę śmiertelności, przedstawiają średnią chorobowość, natomiast wysoka śmiertelność idzie w parze z wysoką liczbą zachorowań robotnic w fabrykach wyrobów glinianych i tytoniowych. Podług sprawozdań kasy frankfurckiej, sklepowe wykazują bardzo wysoką liczbę zachorowań, odwrotnie sługi i kelnerki stosunkowo niską, prawdopodobnie wskutek lepszych warunków od-

żywiania. Zwrócono również powszechnie uwagę we wszystkich kasach, że kobiety zamężne mają więcej usposobienia do chorób, niż niezamężne, prawdopodobnie ze względu, iż pracują głównie przygodnie, i to w niezdrowych zajęciach (wyroby włókniste, tytuń, gałgany), które nie wymagają znacznego wyrobienia, jakie posiadają robotnice niezamężne, pracujące w różnych innych zajęciach, a jednocześnie kobiety zamężne pracują dodatkowo w domu, przy gospodarstwie i dzieciach. O szkodliwym wpływie pracy fabrycznej na kobiety, będące w ciąży, wspominałem już wyżej.

Naturalnie wszystkie powyższe wielce ciekawe dane odnoszą się do spostrzeżeń, dokonanych za granicą, mogą więc one być jedynie wskazówką dla nas na przyszłość, t. j. do chwili organizacji obowiązkowych i powszechnych kas chorych, dotychczasowe bowiem nasze dane są zbyt szczupłe i nieściśle, aby na ich podstawie można było wyprowadzić jakie wnioski.

Co do drugiego pytania: na jaki rodzaj chorób najczęściej zapadają pracownicy różnych zawodów?—trudno dać ścisłą na to odpowiedź, wchodzi tu bowiem w grę wielce różnorodne czynniki. Jedynie statystyka, oparta na wielkiej liczbie przypadków długo obserwowanych, i to w krajach o wyższej kulturze, gdzie istnieją obowiązkowe kasy chorych i gdzie ludność wogóle ma zaufanie do lekarzy, jedynie taka statystyka mogłaby rzucić pewne światło na tę ważną sprawę i pozwoliłaby wyprowadzić ważne wnioski nie tylko co do szkodliwości pewnego zajęcia w kierunku usposobienia organizmu do pewnych cierpień, lecz jednocześnie mogłaby służyć za bardzo ważną wskazówkę, do jakich zajęć może się kwalifikować osobnik np. wątlę, albo też na jakie zajęcie pracownik ma zmienić fach, przy którym często zapada na wiadomą chorobę; jeśli np. pracownik w zajęciu, połączonym z kurzem i siedzącym trybem życia, często zapada na katary dróg oddechowych, to należałoby mu poradzić, aby zawczasu zmienił swe zajęcie na takie, w którym, podług danych statystycznych, choroby te występują o wiele rzadziej. Na podstawie takiej statystyki lekarze w wielkich fabrykach, posiadających różne działy pracy, będą mogli przetranszkować pracownika z jednego działu do drugiego, nie czekając, aż zupełnie straci zdrowie i stanie się niezdolnym do pracy, gdy w innym, odpowiedniejszym dla niego dziale, może z korzyścią dla siebie i dla fabryki pracować. O tego rodzaju

pożytecznej opiece lekarzy fabrycznych nad zdrowiem robotników słyszałem od lekarzy w Liège w Belgji, gdzie robotników w wielkich tamtejszych fabrykach, o ile są dotknięci poczynającą się chorobą piersiową, na skutek opinji lekarza natychmiast przenoszą do odpowiedniejszych dla ich zdrowia oddziałów.

Ścisłych danych statystycznych, dotyczących tej sprawy u nas, jak dopiero co wspomniałem, nie posiadamy; jedynie w Anglji opracowano podobną statystykę, opartą na dużym materiale z dwóch lat (1891 — 1892), odnoszącym się jednak do zawodów pracy umysłowej; pozostałe zawody są podzielone na dwie grupy zasadnicze: pracujących w okręgach przemysłowych i pracujących w okręgach rolniczych. Ciekawą tę statystykę, opartą na danych urzędowych, podaję tu w całości.

Zmarło w różnych zawodach, przyjmując 100 za liczbę podstawową	C H O R O B Y											
	Gruźlica	Dróg oddechowych	Krążenia krwi	Trawienia	Moczopłciowe	R a k	Nerwowe	Alkoholizm	Samobójstwo	Wskutek wypadków	Różne inne choroby	S u m a
Duchowni	6,7	6,9	8,2	4,4	3,9	3,5	6,9	0,2	0,7	0,9	11,0	53,3
Adwokaci	11,6	8,9	11,8	8,5	4,8	6,0	10,4	1,2	1,8	2,2	14,9	82,1
Dependenci adwokatów	27,2	18,2	10,1	6,9	9,2	6,2	12,3	2,2	1,2	3,3	10,1	107,0
Lekarze	10,5	12,5	13,0	10,9	7,9	4,3	12,2	1,4	4,1	3,7	16,1	96,6
Nauczyciele	11,1	7,8	10,2	4,9	3,3	3,9	7,1	0,8	1,5	0,8	9,0	60,4
Artyści	14,6	13,3	9,6	7,2	4,6	4,2	9,2	1,1	1,3	1,3	11,4	77,8
Muzycy	32,2	19,4	19,1	7,4	5,8	4,6	11,1	2,9	2,3	3,4	13,2	121,4
Pozostała część pracującej ludności w Londynie	2,7	27,5	13,5	5,8	5,6	5,9	8,8	1,8	1,8	4,9	11,4	114,7
Takoż w okręgach przemysłowych	22,3	36,6	15,4	6,8	5,0	4,8	10,8	1,9	1,6	5,9	13,7	124,8
Takoż w okręgach szkolnych	13,5	11,3	9,3	4,7	3,2	4,0	6,3	0,7	1,2	4,4	9,9	68,7
Ludność całkowita	19,2	22,4	13,2	5,8	4,4	4,7	10,2	1,3	1,5	5,6	11,7	100,0

Rzut oka na powyższą tabelę uwidoczni bardzo ciekawe dane, i tak widzimy, że np. adwokaci, t. j. osobniki, żyjące i pracujące w dobrych warunkach, zapadają na gruźlicę niemal trzy razy rzadziej, niż ich personel biurowy, żyjący w warunkach o wiele gorszych. Ta sama kategoria pracowników i we wszystkich innych rubrykach chorób (z wyjątkiem organów trawienia, na które pryncypałowie, nadużywający jedzenia, zapadają o wiele częściej) wykazuje daleko większą liczbę zapadnięć i śmierci, tak, że ogólna ich śmiertelność wyraża się w stosunku 82:107. Lekarze zapadają na gruźlicę stosunkowo rzadziej, niż ogół ludności, za to częściej występuje u nich rozstrój nerwowy i samobójstwo. Śmiertelność lekarzy praktykujących na wsi, podług statystyki Weinberga w Wirtembergji, nie różni się wybitnie od śmiertelności lekarzy, pracujących w miastach, pomimo, że tamci mają na ogół cięższe niż w miastach warunki praktyki, a jako przyczyny śmierci występują przeważnie, obok chorób zakaźnych, cierpienia systematu krwionośnego i nerek, będące następstwem pracy zawodowej. Na gruźlicę zapadali lekarze wirtemberscy rzadziej w latach młodszych niż późniejszych, w porównaniu ze śmiertelnością w tej chorobie całej ludności. I tak w wieku od lat 25 do 34 zmarło lekarzy 36,5, z ogółu zaś ludności męskiej 37,8; od lat 35 do 44 zmarło lekarzy 20,9, a z ogółu ludności męskiej 41,9 na 10 tysięcy żyjących. Co się wreszcie tyczy lekarzy szpitalnych, to podług statystyki Hammela, zebranej w całej Austrii, śmiertelność ich na gruźlicę nie jest zbyt wysoka, albowiem u lekarzy naczelnych wyniosła 0,70% całego personelu, u asystentów — 0,27, u praktykantów na oddziałach wewnętrznych — 0,40, na chirurgicznych — 0,10, na specjalnych gruźliczych — 0,40% (Teleky). Co do nauczycieli, ci we wszystkich niemal rubrykach chorób, nie wyłączając gruźlicy, przedstawiają odsetki wielce korzystne; nawet w dziedzinie chorób nerwowych odsetka ich śmiertelności nie o wiele jest wyższa niż u duchownych, którzy pod względem zdrowotnym zajmują miejsce najkorzystniejsze. Toż samo powiedzieć można o rolnikach, którzy w porównaniu do zajęć przemysłowych wykazują nietylko śmiertelność mniejszą o połowę, co szczególnie uwydatnia się w chorobach ciężkich, jak gruźlica i cierpienia dróg oddechowych, ale i we wszystkich pozostałych rubrykach śmiertelność ich jest o wiele mniejsza.

Z rozmaitych innych zawodów, jak to już wyżej wzmiankowałem, nie posiadamy ścisłych danych statystycznych o częstości zapadań na różne choroby, omówimy je więc tylko ogólnikowo, opierając się na spostrzeżeniach, zdobytych przeważnie przez lekarzy, kasy chorych, różne instytucje zawodowe i t. p.

Tak więc lekarze, o których dopiero co była mowa, podług statystyki angielskiej najczęściej zapadają na choroby organów krążenia, choroby zakaźne, reumatyzmy i artrytazy, a na gruźlicę stosunkowo rzadziej. Podług moich własnych spostrzeżeń, z liczby przeszło 50 młodych lekarzy, którzy jako asystenci pracowali w moim oddziale szpitalnym w ciągu lat 30, zachorował na gruźlicę tylko jeden, który zresztą wyzdrowiał. Przeciwnie dozorcynie chorych, a przedewszystkiem katolickie siostry miłosierdzia, zapadają i umierają na gruźlicę niesłychanie często, przedstawiają bowiem 60 — 70 na 100 zejść śmiertelnych. W Prusiech podług Corneta, a w Bawarji podług Ziemssena (Monachium) połowa sióstr miłosierdzia umiera na suchoty. Toż samo smutne zjawisko spostrzegamy u szarytek warszawskich.

Według notatki, łaskawie mi udzielonej przez przełożoną Zgromadzenia sióstr miłosierdzia, z liczby około 670 sióstr stałych, pracujących jako szarytki w szpitalach warszawskich i prowincjonalnych, zmarło w ciągu lat ostatnich pięciu (1913 — 1917) ogółem 68 osób, w tem na suchoty 18, t. j. 30,7%.

Ze zmarłych w tej grupie było osób:

4	w	wieku	od	20	do	30	lat
9	"	"	"	30	"	40	"
3	"	"	"	40	"	50	"
1	"			lat		50	
1	"			"		64	

O niższej służbie naszych szpitali, pracującej w niezwykle złych warunkach pod względem mieszkania, odżywiania i zapłaty, nic bardziej pozytywnego powiedzieć nie mogę, gdyż zmienia się ona zbyt często z powodu tych niepomyślnych warunków bytu; wszelako zauważono, że w czasie pobytu w szpitalu bardzo jest skłonna do różnych chorób zakaźnych.

Wielka grupa pracowników handlowych (tak zwani u nas subjecki, jako też liczna, szczególnie w Niemczech i Anglii, rzesza komiwojażerów) pracuje wogóle w bardzo ciężkich

warunkach, na które składają się: pośpiech w zajęciu, wyteżona praca, zajęcie stojące, zaduch w sklepach, złe mieszkanie i odżywianie, a u komiwojażerów ciągłe i pośpieszne podróże w złych warunkach, nieregularny posiłek, nadto u większości związane z zajęciem nadużycie spirytualjów; wszystkie te warunki wywołują nader częste zapadania na różne cierpienia. Według wykazu berlińskiej kasy chorych, około 40% osób tej kategorii stale choruje, a wśród chorób przeważają cierpienia dróg oddechowych, wynoszące 20 do 30%, cierpienia zaś przewodu pokarmowego dają 7 — 11%. Według zaś sprawozdań kasy frankfurckiej, na 66% chorych było 55% niezdolnych do pracy.

Pracownicy wielkiej grupy ruchu (kolejarze, woźnice i t. p.) dają wysoką odsetkę zachorowań, szczególnie grupa woźniców i robotników portowych, z przewagą cierpień dróg oddechowych, spraw reumatycznych i cierpień, będących następstwem nadużycia trunków; natomiast robotnicy kolejowi, jak to już wyżej było powiedziano, przedstawiają stosunkowo niewielką odsetkę śmiertelności, z chorób zaś przeważają cierpienia reumatyczne, nerwowe i zaburzenia w trawieniu, a gruźlica zdarza się stosunkowo rzadko.

Telefonistki przeważnie cierpią na rozstrój nerwowy oraz zaburzenia słuchu, również wydarzają się między nimi wypadki nagłej śmierci wskutek przypadkowego porażenia prądem elektrycznym.

Robotnicy rolni, podług szczegółowych statystyk angielskich, niemieckich i szwajcarskich, jak to już wyżej wykazano, przedstawiają wogóle stosunkowo niską odsetkę śmiertelności; za wskaźnik tego może służyć gruźlica, która w różnych zajęciach na powietrzu dała w Anglii około 2% śmiertelności na 1000 (rolnicy 2,2, ogrodnicy 2,1, gdy na ogół ludności wynosi 3,1%), a w Bawarii (1908 r.) wynosiła 1,8% na 3,7% śmiertelności z tejże choroby u ogółu ludności. Z chorób, występujących u rolników, najczęstsze są cierpienia reumatyczne, żołądkowe i wypadkowe (urazy). Naturalnie częstość zapadań w tej klasie idzie w parze z rodzajem zajęcia, tak więc: zwyczajni robotnicy na ogół zapadają częściej niż drobni właściciele rolni, rzadziej zaś niż ogrodnicy, zapadający na gruźlicę dwa razy rzadziej niż ogół ludności, podobnie na cierpienia nerwowe, nawet na katary dróg oddechowych, częściej zaś na cierpienia reumatyczne.

Najsmutniej pod względem liczby zapadnięć przedstawia się, podług sprawozdań kas, klasa tak zwanych robotników przygodnych, czyli robotników do wszystkiego, u nas pospolicie zwanych wyrobnikami. Są to proletariusze *par excellence*, zapadają więc często i na wszystkie choroby, a przede wszystkim na gruźlicę w stopniu zastraszającym. W Bawarji np. umiera ich na tę chorobę 27 razy więcej niż innej ludności, również często na cierpienia serca, nerek i organów trawienia.

Przechodząc do zajęć, związanych z przygotowaniem produktów spożywczych, zauważyć trzeba, że z grupy tej najniższą śmiertelność przedstawiają młynarze, średnią — piekarze i rzeźnicy, a najwyższą — piwowarzy. Piekarze zapadają głównie na choroby dróg oddechowych, cierpienia reumatyczne i choroby skóry; rzeźnicy na cierpienia organów trawienia, tudzież serca z powodu przepracowania i nadużycia spirytualjów. Piwowarzy zapadają na cierpienia reumatyczne oraz choroby dróg oddechowych (52%); gruźlica również występuje u nich dość często (przeszło 30% zmarło w Monachium).

Kelnerzy i szynkarze wykazują ogromną śmiertelność, przede wszystkim z gruźlicy (2 razy więcej niż cała ludność Bawarji), dalej idą cierpienia organów trawienia, serca i nerek, jako następstwa nadużycia spirytualjów.

Górnictwo (węglowe, rud metalowych i t. p.) należy do zawodów względnie zdrowych. Górnicy w kopalniach węgla cierpią przeważnie na katary dróg oddechowych (t. zw. pylice węglowe); bliższe szczegóły o tej chorobie są podane w moim „Podręczniku chorób dróg oddechowych“ (tom II, rozdział „Pylice“). Gruźlica jest chorobą stosunkowo rzadziej przytrafiającą się, natomiast często występują różne cierpienia reumatyczne i zaburzenia wzrokowe. W Niemczech i Belgji choroba tęgoryjcową (anchylostomiasis), dalej różnorodne choroby chirurgiczne pochodzenia urazowego. Co do naszego górnictwa węglowego w Dąbrowie, Czajkowski, długoletni lekarz fabryczny tamże, oblicza, że z ogólnej liczby chorych górników, leczonych w szpitalu sosnowieckim, było 15 — 20% osób, dotkniętych katarem dróg oddechowych (rozedma płuc).

U robotników przemysłu metalowego (huty, fabryki), wskutek nadmiernego upału i zmian temperatury, występują cier-

pienia reumatyczne, żołądkowe, cierpienia mięśnia sercowego (następstwo wyteżonej pracy), jak również częste choroby chirurgiczne urazowe.

Najgorzej atoli na zdrowie robotników oddziaływa szlifiernictwo metalowe (nożownictwo). Tak w słynnych fabrykach w Solingen nad Renem z 1000 robotników zapadło w ciągu roku na gruźlicę 94, a na sto zmarłych z ogółu ludności tamże było szlifiery 72, t. j. dwa razy więcej niż śmiertelność ogólna ludności.

Toż samo powiedzieć można o robotnikach, pracujących w szlifierniach szkła. U nas Czajkowski obliczył, że około 7% robotników szklarni sosnowieckiej zapadało na suchoty, a szlifiery i robotnicy, zajęci przy mieleniu i mieszaniu materiałów, używanych do wytapiania szkła, dostarczali największą liczbę tych chorych.

Niemniej szkodliwym zawodem jest kamieniarstwo. Robotnicy tej kategorii, podług obliczeń lipskiej kasy chorych, dają najwyższy procent zapadań i zejść śmiertelnych, na 100 bowiem zmarłych kamieniarzy 54,5 umierało na gruźlicę, nadto zaś ogromna odsetka choruje na katary dróg oddechowych, reumatyzmy i cierpienia oczu. Kamieniarstwo przeto słusznie jest uważane za jedno z najszkodliwszych zajęć dla zdrowia i życia robotników.

Robotnicy, pracujący w fabrykach przemysłu chemicznego, zapadają najczęściej na choroby dróg oddechowych—16%, trawienia — 13%, reumatyczne — 8,8%, gruźlicę — 2,3% i t. p.) (Curschmann).

Pracownicy obszernego działu wyrobów włóknistych (*Textil-Industrie*), podług sprawozdania kas chorych, przedstawiają na ogół niezbyt wygórowaną liczbę śmiertelności; wynosi ona w Anglii 90 — 114 na 100 śmiertelności podstawowej. Częstość zachorowań wynosi 4 — 5 razy na robotnika, a rodzaj cierpień zależy od kategorii zajęcia: w tkalniach bawełny i u tkaczy przeważają katary dróg oddechowych, a cierpienia te dosięgają 70% wszystkich zachorowań; potem idą choroby trawienia, blednica, cierpienia nerwowe wskutek wyczerpującej pracy, hałasu fabrycznego i natężenia uwagi.

Krawiectwo jest zajęciem wogóle niezdrowem. Około połowy krawców cierpi na gruźlicę, dalej idzie niedokrwistość,

wrzody żołądka; chorobliwość jest jeszcze większa u tak zwanych chałupników z powodu złych warunków mieszkaniowych.

U szewców przeważają również cierpienia dróg oddechowych i gruźlica, dalej częste są cierpienia serca, a głównie wady zastawek (15% wszystkich zachorowań). Niemal u każdego występuje charakterystyczne dla szewców zapadnięcie klatki piersiowej w okolicy mostka; skłonni są również do cierpień skórnych i nerwowych.

Drukarze przedstawiają nietylko wysoką śmiertelność (około 160%), lecz jednocześnie są niezwykle skłonni do chorób, z których najczęstsza jest gruźlica (30 — 40% w Berlinie). Dalej idą cierpienia reumatyczne, nerwowe i zatrucia ołowiem.

W powyższym zestawieniu podałem jedynie najważniejsze zajęcia i główne dane statystyczne, osiągnięte przez kasy chorych na Zachodzie, a oparte na milionach pracowników, podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu w odpowiednich kasach państwowych, bądź zawodowych. Wyniki tych badań mają znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz i wysoce praktyczne, wskazują bowiem ilość i jakość czynników szkodliwych, odbijających się na zdrowiu i życiu robotników pewnej gałęzi przemysłu lub zajęcia. Dane te również dają wysoce ważną wskazówkę dla inspekcji fabrycznych co do tego, w jakim kierunku ulepszać należy higienę fabryczną, aby zmniejszać i unikać tych wielce szkodliwych wpływów na zdrowie i życie ludności. I rzeczywiście, przede wszystkim w Anglii surowy nadzór fabryczny i obowiązkowe zastosowanie ulepszeń w fabrykach wydało błogie owoce w postaci stopniowo zmniejszającej się śmiertelności i chorobowości, nawet w tych fabrykach, które powszechnie były uznawane za najniekorzystniejsze dla zdrowia pracowników (fabryki zapalek, przetworów chemicznych, ołowianych, szlifiernie i t. p.).

U nas niestety, jak to już wyżej wzmiankowałem, dla braku kas chorych zupełnie nie posiadamy ściślejszych danych o chorobowości a nawet śmiertelności, opartych na wielkiej liczbie przypadków, co jedynie stanowić może podstawę do badania omawianej sprawy. Wprawdzie w literaturze naszej w ciągu ostatnich lat 20 ukazywały się w czasopismach lekarskich, a przede wszystkim

kiem w „Zdrowiu“, różne przyczynki do tej kwestji, wszystkie one jednak przeważnie oparte są na danych ogólnikowych i traktują kwestję bardziej teoretycznie. Wszelako posiadamy jedyne, wielce gruntowne dzieło, dotyczące bytu i pracy robotników w przemyśle cukrowniczym Królestwa Polskiego, ogłoszone w roku 1911 przez B. Waśniewskiego; praca ta jest oparta na danych statystycznych, zebranych z całego Królestwa, i rzuca ponure światło na stan materialny i moralny robotników w tej gałęzi przemysłu, co zdaje się możnaby niestety zastosować z wielkiem prawdopodobieństwem do ogółu naszych robotników. Oddzielny rozdział poświęca autor higienie cukrownictwa, wykazując rażące pod tym względem braki w urządzeniach fabryk; zastanawia się również nad stanem zdrowia robotników, i aczkolwiek dane w tym dziale są niezbyt ściśle, jak słusznie uważa autor, dla braku porządnie zorganizowanej pomocy lekarskiej, niemniej przeto przytacza ciekawe fakty; tak więc zwraca uwagę na częstość chorób dróg oddechowych, na specyficzną chorobę cukrowników, t. j. wrzody na nogach; dalej stwierdza, że częstym i rozpowszechnionym objawem jest trwanie zębów i choroby jamy ustnej, wreszcie przytacza ciekawą statystykę uszkodzeń urazowych, z których najczęstsze są uszkodzenia kończyn górnych i dolnych, przepukliny, potłuczenia ogólne, poparzenia, uszkodzenia oczu i t. p. Na 2748 robotników, od których autor zebrał odpowiedzi, było poszkodowanych na zdrowiu 565, to jest 21,5%. Jeśli zaś weźmiemy pod uwagę liczbę poszwankowanych dwu- i trzykrotnie, wypada, że na każdym piątym robotniku, jak mówi autor, „fabryka wycisnęła niezatarty ślad w postaci mniej lub więcej ciężkich uszkodzeń na zdrowiu“. Wreszcie podaje ciekawą statystykę utraty zdolności do pracy u robotników, mianowicie:

10 — 30%	robotników na	62½%
30 — 50%	„ „	24½%
50 — 75%	„ „	7½%
75% i wyżej	„ „	5½%

Wogóle praca Waśniewskiego służyć może za wzór, w jaki sposób powinny być opracowywane kwestje, dotyczące bytu i zdrowia naszych robotników, a zadanie to będzie musiało być wysu-

nięte z chwilą, zapewne niedaleką, podjęcia przez rząd naszego kraju pilnej sprawy obowiązkowego ubezpieczenia robotników na wypadek choroby i śmierci.

Warunki bytu naszej ludności wiejskiej, a szczególnie owej wielomiljonowej rzeszy robotników wiejskich, t. zw. włościan bezrolnych (najemnicy, czeladź, parobcy wiejscy i t. p.), były, jak to już wyżej wzmiankowałem, przedmiotem licznych prac, wśród których nasi lekarze zajęli poczesne miejsce (Rutkowski, Chelchowski, Maciesza, W. Pułaski i wielu innych). Wszystkie te prace poruszają sprawę higieny ludu, a głównie jego mieszkań, żywienia i t. p., o czem jeszcze szczegółowo w następnych rozdziałach mówić będziemy; wszelako sprawa chorobowości ludu wiejskiego jest w nich traktowana na ogół zupełnie pobieżnie, zawierają one tylko przyczynki lub wrażenia osobiste autorów, nie oparte na jakichkolwiek liczbowych danych, i nie dziw, że takich danych być nie mogło, gdyż statystyka urzędowa, która tą sprawą zajmować się powinna, jak to już wspomniałem, była u nas prowadzona zgoła nienaukowo i niedbale, a częstokroć nawet tendencyjnie. Jedynie pod względem chorób zakaźnych w ciągu ostatniego dziesiątka lat istniały sprawozdania urzędowe; jeżeli jednak podane w nich liczby, dotyczące śmiertelności, mają przynajmniej cechę prawdopodobieństwa, to liczby, dotyczące zachorowań, są wprost mało wiarogodne, dostarczali ich bowiem, o ile odnoszą się do wsi, nie lekarze, lecz urzędy gminne, ich pisarze i wogóle osoby zupełnie niekompetentne. Przytem w statystykach tych, podawanych podług powiatów i gubernij, nie różniano ludności miasteczek i osad od ludności czysto wiejskiej, a dalej—niema wcale szczegółowych rubryk dla wieku i zajęcia, natomiast cechą wybitną, jak zwykle w statystykach rosyjskich, jest — wyznanie zmarłych lub chorych. Pomimo jednak tych rażących błędów, statystyka śmiertelności i zachorowań ludu wiejskiego u nas wskutek chorób zakaźnych daje nad wyraz smutne, wprost przerażające wrażenie, jeśli je porównamy z podobnemi liczbami, otrzymanemi na Zachodzie.

W wykładach zeszłorocznych (patrz rzecz moją p. t. „Wielkie klęski społeczne“) przytoczyłem szczegółowe dane, tutaj po-

zwolę sobie podać najbardziej bijące w oczy szczegóły. Tak więc, podług statystyki Grabskiego, zmarło w Królestwie w roku 1911 wskutek chorób zakaźnych 17 519 osób, t. j. 141,3 na sto tysięcy mieszkańców; w tej liczbie najwięcej zmarłych na szkarlatynę — 48,0%, na ospę — 28,9. W roku 1912 zmarło w Królestwie na ospę 18,5%, na błonicę 30,5, na szkarlatynę 30,5, na dur 9,9, na czerwonkę (dysenterję) 7,0; w samej tylko gubernji piotrkowskiej zmarło w tymże roku z ospy 38,7, z błonicy szkarlatynowej 39,2, z duru 19,0, z dysenterji 22,6. W Galicji, podług Janiszewskiego, zmarło w latach 1906 — 1910 z ospy 0,12, z błonicy 48,20, z szkarlatyny 12,2, z duru 31,2, z dysenterji 10,9.

Dla porównania zestawmy te fatalne cyfry z odpowiednią śmiertelnością za granicą, gdzie wynosiła:

w Niemczech w r. 1913 z ospy 0, z błonicy 18, ze szkarlatyny 9,0—3,0—0,2
w Anglii w r. 1912 . 0 . 12 . 5,6—2,0—1,0

Same jednakże liczby śmiertelności z chorób zakaźnych, aczkolwiek wielce smutne, stanowią tylko ogólną wskazówkę co do liczby chorych, zapadłych na cierpienia zakaźne. Dane bowiem w tym przedmiocie, zamieszczone w „Roczniku statystycznym“ Grabskiego, możnaby chyba odnieść tylko do głównych chorób zakaźnych, jak: szkarlatyny, ospy i tyfusu, co do których dane mogą być wiarogodniejsze, gdyż na meldowanie tych chorób zwracały władze sanitarne rosyjskie bacniejszą uwagę. Otóż podług danych, zebranych w rzeczonym roczniku, miało w Królestwie w roku 1911 zapaść na szkarlatynę 20 708 dzieci, na ospę 12 202, na dyfterję 11 158, na tyfusy wogóle około 20 tysięcy (w tej liczbie na tyfus brzuszny 14 743). Są to liczby wprost przerażające, i nie sądzę, żeby były przesadzone, raczej są nieścisłe, to jest mniejsze od rzeczywistych. Jeśli bowiem zestawimy liczbę zmarłych w Królestwie w tymże roku z powodu ciężkich chorób zakaźnych, wynoszącą 17 519, i jeśli tylko przypuszczimy, że liczba zmarłych wyniosła maksymalnie 20%, to otrzymamy liczbę 87 595 zapadłych u nas w jednym roku na owe ciężkie choroby zakaźne, pomijając już choroby zakaźne lżejszej natury (influenca, lekkie postacie dyfterytu i t. p.). Z tych fatalnych cyfr wnosić można przypuszczalnie, jak olbrzymia liczba zapadnięć na rzezone choroby dotyczy ludności wiejskiej, która u nas wynosi prawie 80%; z wykazów bowiem Grabskiego

wypada, że w roku 1909 z liczby 11 935 318 mieszkańców, stanowiących ogólną ludność Królestwa, zamieszkiwało w gminach 9 320 459, a w miastach 2 614 859 dusz.

Co do innych chorób, oprócz zakaźnych, niszczących nasz lud wiejski, procentowego ich stosunku i rodzajów, jak to już wzmiankowałem, zgoła żadnych danych nie posiadamy, istnieją tylko wzmianki i spostrzeżenia osobiste niektórych lekarzy prowincjonalnych. Tak oto powszechnie podają, że bardzo częstą chorobą wśród naszego ludu są suchoty płucne, o których dobry znawca patologii tegoż ludu, dr. W. Pułaski z Radziejowa, pisze: „Ciasnota, niechlujstwo, brak kąpieli, brak wentylacji, światła, wilgoć—oto charakterystyka większości mieszkań naszego ludu wiejskiego. Rozpowszechnione żoły i krzywica dają bardzo często, jako ostateczne skutki, wcześniej czy później gruźlicę, w mieszkaniach wilgotnych stają się zwykle podłożem dla złośliwych form gruźlicy, kończących się bezwarunkowo śmiercią“. Inni lekarze wspominają o częstych chorobach reumatycznych, zależnych od zimnych i wilgotnych mieszkań, o chorobach nerek, zaburzeniach w trawieniu z powodu złego odżywiania i nadużycia spirytualjów i t. p.

Co się tyczy mojego pod tym względem zdania, opartego na własnym, przeszło 30-letnim doświadczeniu w szpitalu, w którym rok rocznie przebywała spora liczba włościan z bliższych lub dalszych okolic kraju, to przeważnie widywałem choroby dróg oddechowych, wśród których przeważała gruźlica płuc, będąca najczęściej w ostatnich swych okresach; dalej — chroniczny reumatyzm stawów z powikłaniami sercowymi, rzadziej choroby mięśnia sercowego lub nerek (u pijaków); szczególnie w ostatnich latach widywałem również mniej lub więcej ciężkie postacie neurastenii. Żadnych liczbowych danych nie mogę przytoczyć, ani co do stosunku ludności wiejskiej do miejskiej, ani co do stosunku między oddzielnymi chorobami, gdyż, jak wiadomo, przy stałym wypełnieniu szpitali warszawskich dostanie się do nich chorego ze wsi zależało od przypadku lub protekcji; napróżno też szukalibyśmy podobnej rubryki w ogólnych wykazach szpitali warszawskich, z wyjątkiem ogólnikowej wzmianki, że z liczby ogólnej chorych, leczonych w szpitalach warszawskich, niemal połowa (51% w roku 1908, a 47,6% w 1909) pochodziła z prowincji. (Pa-

miętnik wydziału dobroczynności publicznej Magistratu miasta Warszawy za lata 1908 — 1909.)

Na zakończenie dodać wypada parę słów o pracownikach (robotnice w fabrykach, handlu, małych warsztatach, na roli i t. d.). Omawialiśmy już wyżej warunki pracy kobiet i szkodliwe czynniki, bardziej oddziaływające na nie, aniżeli na mężczyzn, przy czem podałem tabelkę statystyczną, ilustrującą chorobowość i zejścia śmiertelne kobiet za granicą w różnych zajęciach. U nas pod tym względem również nie mamy odpowiednich danych, jedynie co do pracownic warszawskich podał dr. Józef Zawadzki w roku 1902, w pracy p. t. „Warunki zdrowia i bytu pracownic warszawskich“ (miesięcznik *Zdrowie*), ogólnikowe, ale wielce ciekawe dane, które streścić można jak następuje: Dziewczęta rodzin biednych już od 12 roku życia idą do służby (niańki), nieco starsze wstępują jako robotnice do fabryk, lub pracują jako szwaczki, modniarki, hafciarki; wszystkie są źle płatne i wszystkie, oprócz sług, pracują w ciasnych i dusznych lokalach. Nawet sklepowe, kasjerki, buchalterki i nauczycielki nie mogą ze swojej pracy zebrać choćby małego kapitaliku na wypadek choroby, ani na zabezpieczenie starości. Dalej czytamy: „Dla poprawienia warunków higienicznych pracy kobiet należy zorganizować kontrolę nad zakładami, zatrudniającymi kobiety, opracować przepisy higieniczne dla każdego rodzaju zajęcia i ograniczyć liczbę godzin pracy małoletnich“.

Niestety, słuszne te żądania pozostały po dziś dzień w sferze pobożnych życzeń.

WYKŁAD IV.

Wpływ mieszkania na rozwój chorobowości i śmiertelności.

Wpływ złego mieszkania na rozwój chorobowości i śmiertelności klas proletariackich. — Ważność tej kwestji we wszystkich krajach Europy. — Dane statystyczne. — Cechy złych mieszkań: wilgoć, mała przestrzeń, skupienie mieszkańców i t. p. — Choroby, wywoływane przez szkodliwe czynniki mieszkaniowe. — Dane w tej kwestji, dotyczące naszych miast i miasteczek.

W wykładzie poprzednim wykazaliśmy, że jedną z ważniejszych przyczyn wzmożonej chorobowości klas biednych stanowi nadmierna praca fizyczna, jako też mniej lub więcej szkodliwy dla zdrowia rodzaj zajęcia; obecnie omówić należy jeden niemniej ważny czynnik, to jest nieodpowiednie mieszkanie. Sprawa mieszkaniowa stanowiła oddawna, a szczególnie od kilku dziesiątków lat, to jest od chwili wzmożonego w Europie i Ameryce Północnej rozwoju wielkiego przemysłu fabrycznego i nadmiernego wzrostu miast, jedno z najważniejszych niemal zagadnień społecznych, o którym z wielką słusnością powiedział wybitny ekonomista niemiecki, Posadowsky, że „rozwiązanie należyte sprawy mieszkaniowej będzie bezspornie rozwiązaniem jednego z najważniejszych zagadnień społecznych doby obecnej“. Dobre bowiem, zdrowe i tanie mieszkanie stworzy dla biednego pracownika odpowiedni ośrodek życia rodzinnego, podniesie jego nastrój duchowy, chroniąc go od życia poza domem, związanego przede wszystkim z szynkownią, a więc i z pijaństwem.

Już przed laty pięćdziesięciu znany ekonomista niemiecki, Engel, określił rolę złego mieszkania dla robotnika następującymi słowami: „Wszystkie możliwe pokusy i przynęty składają się na to, aby robotnika uczynić pijakiem. Robotnik zmęczony i wyczerpany przychodzi z zajęcia do domu, w którym nie znajduje nic ponad brud, wilgoć i brak wszelkiej wygody, a często swary domowe. Musi więc posiadać cokolwiek, co rozweseli smutną jego egzystencję, beznadziejną troskę o jutro, powodującą stały nastrój przygnębienia, wywołanego pracą wśród ciężkich warunków“. Bezsposornie wśród tych warunków złe mieszkanie odgrywa pierwszorzędną rolę. Sprawa mieszkaniowa nie tylko w dobie obecnej, lecz niemal od początków rozwoju kultury ludzkiej stanowiła ważne zadanie państwowe i prawodawcze, wspomina już bowiem o tem wielki prawodawca Mojżesz, omawiając ciężką chorobę, jaką podówczas był trąd, stawia ją w związku ze złemi, wilgotnymi mieszkaniami, które nakazuje spalić; w prawodawstwie zaś starożytnego Rzymu istniały dokładne przepisy co do budowy domów i usuwania wynikających ze złych mieszkań dla zdrowia szkodliwości. I w wiekach średnich sprawa mieszkaniowa była poważnie traktowana, szczególnie w prawie magdeburskiem, co się odbiło w Polsce na wydanych w różnych epokach t. zw. wilkierzach królewskich (patrz bardzo ciekawe dane w tej kwestji w pracy dr. J. Polaka p. t. „Higjena miast“ 1908 r.). Wszelako sprawy mieszkaniowej pod względem ogólnospołecznym nie możemy tu nawet pobieżnie poruszać, stanowi ona bowiem dzisiaj odrębną gałąź nauk społecznych, mającą bardzo obszerną literaturę, a interesujących się tą sprawą odsyłamy do właściwych monografij, wśród których odznacza się wybornem opracowaniem artykuł pod tytułem „Wohnung“, zamieszczony w Słowniku higieny społecznej Grotjahn'a (1912), dalej praca Wernickego w encyklopedji Mossego (1913); w obu tych pracach zamieszczony jest całkowity przegląd literatury przedmiotu. I u nas w ciągu ostatnich kilku dziesiątków lat sprawa mieszkaniowa żywo zajmowała lekarzy i ekonomistów, obok bowiem prac zasadniczych w tej kwestji, jak Suligowskiego, Polaka, Ciemnowskiego, istnieje cały szereg artykułów, zamieszczonych przeważnie w czasopiśmie „Zdrowie“, jak oto: Adamskiego, Chełchowskiego, Dobrzyńskiego, Szenajcha i innych. My zaś, wychodząc z naszego założenia, zajmiemy się sprawą mieszkaniową tylko pod wzglę-

dem jej wpływu na stan chorobowy ludności proletarjackiej. ze szczególnem uwzględnieniem naszego społeczeństwa. Aby zaś na wstępie uwydatnić znaczenie złego mieszkania, jako czynnika usposabiającego do chorób i śmiertelności, pozwolę sobie przytoczyć najważniejsze dane statystyczne, opierając się głównie na statystyce angielskiej, Anglicy bowiem najpierwsi zaczęli zbierać ścisłe dane w tym przedmiocie. W Anglii przedewszystkiem wykazano ścisły stosunek między śmiertelnością a rodzajem mieszkań, zbadany tak na dzielnicach Londynu, posiadających dobre, niezacieśnione mieszkania, jako też na dzielnicach ze złemi, mocno przeludnionemi mieszkaniami. Otóż w dzielnicy zdrowej i posiadającej mieszkania nieprzeludnione, t. j. w Hampstead, zmarło w r. 1902 ogółem 10,8 na tysiąc ludności, w dzielnicy zaś biednej, zwanej Southwark, zmarło 21,4⁰/₀₀, gdy średnia śmiertelność w całym Londynie wynosiła 17,2⁰/₀₀.

Analogiczny stosunek wyraził się w tychże dzielnicach w długości przeciętnej życia mieszkańców, a mianowicie:

w Londynie (ogół) w okresie lat 1891 — 1900 długość średnia życia wynosiła lat 40,98 u mężczyzn, u kobiet 45,33;
w Hampstead (ogół) w okresie lat 1897 — 1900 długość średnia życia wynosiła lat 50,80 u mężczyzn, u kobiet 56,56;
w Southwark (ogół) w okresie lat 1897 — 1900 długość średnia życia wynosiła lat 36,52 u mężczyzn, u kobiet 40,70.

Podobne spostrzeżenia poczyniono i w innych wielkich miastach europejskich, np. w Wiedniu, gdzie podług Korösyego, jak już wzmiankowaliśmy w poprzedzającym wykładzie, śmiertelność w dzielnicach zamożnych (II i IV), t. j. nieprzeludnionych, wynosiła 12,6 — 16,4 na 1000 zmarłych, gdy w dzielnicach gęsto zaludnionych (III i X), ze złemi mieszkaniami, śmiertelność wynosiła 24,6 — 26,0. Wybitna ta różnica śmiertelności jeszcze bardziej się ujawnia podług wieku, mianowicie między rokiem 15 a 30 różnice są jeszcze bardziej rażące. Mniej więcej podobny stosunek wykazały statystyki Paryża, Berlina i innych wielkich miast, jak to już wyszczególniono w wykładzie I.

My posiadamy stosowne dane jedynie dla Warszawy, a częściowo i Łodzi. Dla Warszawy wielce ciekawe dane opracował

M. Ciemniwski w wysoce ważnej i pouczającej pracy („O mieszkaniach biedniejszej ludności m. Warszawy na podstawie spisu mieszkańców z roku 1891“ (*Zdrowie*, 1894), opartej na dwóch spisach — z lat 1882 i 1891; dane te w dalszym ciągu roztrząsnemy szczegółowo. Autor nie podaje liczb śmiertelności ogólnej, lecz jedynie dotyczące śmiertelności z chorób zakaźnych, w zestawieniu wspólnem z doktorem Polakiem; z liczb tych wynika, że śmiertelność z chorób zakaźnych w okresie siedmioletnim (1886 — 1892) pozostawała w ścisłym stosunku do skupienia ludności w mieszkaniach, stąd też w okręgach zamożniejszych, a tem samem mających ludność mniej skupioną, śmiertelność była mniejsza. Aczkolwiek rozbiór bliższy liczb, podanych przez autora nie zupełnie odpowiada wywiedzionym przezeń wnioskom, gdyż niektóre okręgi (VII Wolski i XX Zaokopowy), mimo wielkiego skupienia ludności, miały nader małą śmiertelność z chorób zakaźnych, co autor, być może słusznie, tłumaczy tem, że są to okręgi pełne ogrodów, wśród których rozrzucone są domy mieszkalne, przy wielkiem skupieniu ludności w jednym domu. W dalszym ciągu autor, nie podając stosunku ogólnej śmiertelności do gęstości zaludnienia, twierdzi jednakże, zdaniem naszym bardzo słusznie, że dane, osiągnięte dla chorób zakaźnych, z wielkiem prawdopodobieństwem mogą być zastosowane i do śmiertelności z pozostałych chorób, co potwierdza szczegółowa statystyka wielkich miast Europy. Wykazawszy zjawisko, wszędzie w wielkich miastach spostrzegane, t. j. zależność śmiertelności od ciasnych i przeludnionych mieszkań, sądzę, że należałoby przedewszystkiem roztrząsnąć pytanie, czy winno tu jest tylko mieszkanie, czy też są jeszcze inne, współzależnie działające czynniki, a przedewszystkiem ten wielki moment przyczynowy, określony ogólną nazwą pauperyzmu.

Nie ulega wątpliwości, że, oprócz złego mieszkania, różnorodne czynniki, składające się na pauperyzm, jak: nędza, niedostateczne odżywianie się, zła, niedostatecznie chroniąca od zimna odzież, częstokroć nadużycia spirytualjów, obok przygnębiających wpływów moralnych, jak niepokój, zmartwienie, troska o niepewne jutro i t. p., mogą same przez się wywołać rozmaite zaburzenia chorobowe nie tylko u dorosłych, ale i u dzieci. U tych ostatnich występują ciężkie zaburzenia w trawieniu, spowodowane złem i niedostatecznym odżywianiem, różne choroby zapalne dróg od-

dechowych wskutek przeziębienia; znowu mężczyźni nabawiają się chorób nerek i serca wskutek nadużycia alkoholu, kobiety zaś ulegają cierpieniom nerwowym. Wśród tych wszystkich warunków złe mieszkanie stanowi jeden z wielu czynników ujemnych, i trudno ściśle ocenić, który z wymienionych czynników pauperyzmu odgrywa większą lub mniejszą rolę przyczynową. Istnieje jednak ogromna grupa chorób, obejmująca co najmniej czwartą część śmiertelnych zejść, t. j. grupa chorób zakaźnych, co do których nie ulega żadnej wątpliwości, że złe, przeludnione mieszkania nie tylko przyczyniają się do ich powstawania i szerzenia się, lecz że jednocześnie im gorsze jest mieszkanie, tem procent zejść śmiertelnych bywa większy wśród zamieszkującej je ludności. Jak to już wyżej wzmiankowałem, wszystkie sumiennie zbierane statystyki, i to we wszystkich krajach, stwierdzają ten fakt niezbitcie, a nadto są choroby zakaźne, jak np. najważniejsza z nich — gruźlica, tak ściśle związana ze złem mieszkaniem, że nazywają ją powszechnie chorobą mieszkaniową (Wohnungskrankheit), a z pośród chorób ostrych to samo powiedzieć można o tyfusie wysypkowym i szkarlatynie. I nie powinno nas to bynajmniej dziwić, jak to bowiem wykazaliśmy w wykładach zeszłorocznych o chorobach zakaźnych, swoiste drobnoustroje, właściwe tym chorobom, a przedewszystkiem gruźlicy, wydzielane przez chorych, najlepiej przechowują się w środowisku wilgoci, brudu, kurzu i zaduchu, a w mocno przeludnionem mieszkaniu zarazek z łatwością udziela się od chorego mieszkaniom zdrowym, a to wskutek zaniedbania, nieraz nawet z konieczności, elementarnych warunków higieny, a przedewszystkiem czystości; stąd też słusznie w ostatnich czasach nazwano gruźlicę chorobą proletariatu, ściśle związaną ze złem mieszkaniem i brudem, a tyfus wysypkowy — chorobą niechlujstwa, będącą synonimem biedy i nędzy ludzkiej.

Jeśli z tego stanowiska zapatrywać się będziemy na rolę mieszkania, to dojdziemy do bezspornego wniosku, że jest to sprawa pierwszorzędna nie tylko pod względem ogólnospołecznym, lecz i chorobotwórczym, a przeto, przy szczegółowem omawianiu tej kwestji, należy przedewszystkiem zbadać, jakie są warunki, wytwarzające szkodliwe dla zdrowia mieszkania, oraz jakie pod tym względem wyniki dały badania, przeprowadzone na Zachodzie i u nas. Jedną z najważniejszych szkodliwości złych mieszkań dla zdrowia jest bezspornie wilgoć, która nie tylko jest jednym

z najczęstszych zjawisk w starych, zapuszczonych domostwach suterrenach i poddaszach, lecz bywa spostrzegana i w budowlach nowych, wykonanych ze złego materiału, umieszczonych przy ulicach wąskich w pozbawionych słońca środowiskach wielkomiejskich. Podług Abła, szczegółowa ankieta mieszkaniowa, przeprowadzona w Bernie w Szwajcarji, w r. 1896, wykazała, że na ogół było 4% mieszkań wilgotnych w znacznym stopniu, a 1% mniej wilgotnych, czyli, że z ogólnej liczby pokoiów 5% było zawilgotnionych, zatem szkodliwych dla zdrowia; szczególnie okazały się wilgotnymi izby sypialne ubogiej ludności, a ich odsetka wynosiła przeszło 11. Te same mniej więcej wyniki dały ankiety mieszkaniowe, dokonane w Berlinie i innych wielkich miastach. Najfatalniejsze atoli wyniki dała ankieta mieszkaniowa, przeprowadzona w Warszawie w roku 1891, podług bowiem Ciemniewskiego, odsetka mieszkań z wyraźnymi śladami wilgoci, przeważnie wśród ludności biednej, wynosiła 27,6% na ogólną liczbę 24 810 mieszkań; z tej liczby było lokali o jednym pokoju mieszkalnym 31,6%. Największą odsetkę wilgotnych mieszkań spotykano w nisko położonych dzielnicach: łązienkowskiej (46,4%), południowej (37,3%) i nadwiślańskiej (36,8%); najmniej wilgotnych mieszkań znaleziono na Pradze (18%), pomimo, że większa jej część jest nisko położona. Najgorzej jednak przedstawiły się pod tym względem w Warszawie mieszkania stróżów domowych, owego najniezwyklejszego proletariatu naszej stolicy, podług bowiem ankiety Adamskiego (dr. Jan Adamski: „Stan sanitarny mieszkań stróżów w Warszawie“, 1915), z liczby 189 tych mieszkań — wprawdzie w jednej tylko dzielnicy staromiejskiej — okazało się, że mieszkań bardzo wilgotnych było 40%, mniej wilgotnych 32%, a suchych tylko 27%, pomimo, że z ogólnej liczby mieszkań stróżowskich tylko 6 mieściło się w suterrenach; najwięcej wilgotnych mieszkań znalazło się przy ulicach Konwiktorskiej, Ciasnej (gdzie jednocześnie wcale nie było pieców), Bonifratskiej i Nowiniarskiej. Częściowe ankiety mieszkań ludności biednej w Warszawie, dokonane przez Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze w latach 1909 — 1914, wykazały (Bolesław Dębiński: „Rola przychodni w ruchu przeciwgruźliczym i ich rozwój w Królestwie Polskiem“. *Gazeta Lekarska*), że z liczby 783 mieszkań było wilgotnych 182, t. j. 23%. W Lublinie Towarzystwo Przeciwgruźlicze wykazało $\frac{2}{3}$ wilgotnych mieszkań, a w Kaliszu około 40%.

Tak fatalnie przedstawia się stosunek wilgotnych mieszkań w Warszawie i niektórych większych miastach Królestwa.

Co się tyczy naszych miasteczek, zaludnionych przeważnie przez żydów, to jedyne źródło posiadamy w pracy Koskowskiego (Bronisław Koskowski: „Mieszkania żydów małomiasteczkowych“. *Zdrowie*, 1897). W niezwykle smutnym opisie stanu higienicznego miasteczka Łaszczowa, który następnie omówimy dokładniej, autor powiada, że z liczby 100 zbadanych izb wilgoć stałą znalazł tylko w 3 przypadkach, co nam się wydaje dziwnem po przeczytaniu barwnego opisu smutnego stanu higienicznego tychże mieszkań, gdyż na 100 mieszkań w 30 podłoga była napół zgniła, a w 15 wcale nie było podłogi. O silnem zawilgoceniu mieszkań naszego ludu wiejskiego nie mamy choćby przybliżonego pojęcia; wszelako autorowie, piszący w tej kwestji, stwierdzają jednoznacznie wilgoć, jako charakterystyczną cechę większości mieszkań naszego ludu wiejskiego (W. Pułaski).

Przyczyn wilgotności mieszkań nie mogę roztrząsać, wspomnę tylko, że zależy ona od wielce różnorodnych czynników, z jednej strony mających źródło w wilgotnym gruncie, na którym budowla została wzniesiona, a z drugiej — w technicznych wadach budowy, t. j. w wilgotnym materiale (kamień, cegła), źle urządzonej dachach, braku rynien, kanalizacji i t. p.); najczęstszą jednak przyczyną są zbyt cienkie mury i świeża cegła, co szczególnie uwydatnia się w Warszawie, przy gorączkowej budowie wielkich, na spekulację obliczonych domów. Wilgoć nieraz przez wiele lat utrzymuje się w cienkich ścianach, przeważnie szczytowych, a wywiązujący się chlorek wapna, jako mocno higroskopowy, pochłania z wilgotnego powietrza dużą ilość wody, wytwarzając wilgoć, ujawniającą się na ścianach w postaci plam, znikających najczęściej dopiero w lecie. Wilgoć powstawać może nawet w suchem ale ciasnym mieszkaniu, jeśli ono, przy znacznej liczbie zamieszkujących je osób, nie jest dostatecznie opalane i przewietrzane, gdyż wydychana para wodna, skraplając się, osiada na ścianach i tworzy wilgoć, tem bardziej, jeśli taka izba służy jednocześnie za kuchnię i pralnię. Szkodliwości te, wywołujące wilgoć, ujawniają się szczególnie w mieszkaniach suterennych i facjatakach, które nie mogą być należycie ogrzane w porze zimowej, co szczególnie spostrzega się w Warszawie, gdzie, jak wyżej powiedziano, jest mieszkań suterennych przeszło 6%

i niemal takąż liczba mieszkań na poddaszach (facjat). Wilgoć więc, tak częsty towarzysz małych mieszkań, bezspornie stanowi ważny czynnik chorobotwórczy, tem bardziej, że w takich mieszkaniach, szczególnie suterenowych, trwa ona niemal cały rok lub co najmniej przez zimę, kiedy braknie promieni słońca, owego zbawczego i niezbędnego czynnika biologicznego, o którym słusznie mówi przysłowie ludowe włoskie: „*Dove no entra il sole, entra il medico*“ (gdzie nie wstępuje słońce, tam wstępuje lekarz). I rzeczywiście, oddawna zauważono, że ludzie, zamieszkujący przez czas dłuższy lokale wilgotne, doświadczają bólów głowy, braku apetytu i ogólnego osłabienia, a cera ich staje się bladą, nieraz nawet ziemistą, co szczególnie uwydatnia się na osobnikach, które, jak np. drobne dzieci, przez całe tygodnie a nieraz i miesiące nie wychodzą na świeże powietrze. Mieszkania takie, po dłuższem w nich przebywaniu, wywołują uporczywe cierpienia reumatyczne, chroniczne cierpienia nerek i t. p. O częstoci rozwoju chorób zakaźnych w ciasnych i wilgotnych mieszkaniach mówiliśmy już wyżej, jak również i o częstem występowaniu skrofuiów i gruźlicy, o których to chorobach w dalszym ciągu obszerniej będzie mowa. Mieszkania wilgotne usposabiają również w wysokim stopniu do tak zwanych zaziębień, gdyż wilgoć, zawarta w powietrzu mieszkania, osłabia odporność skóry i błon śluzowych, szczególnie dróg oddechowych, wywołując skłonność do częstego zapadania na katary. Wilgoć w mieszkaniu sprzyja również szerzeniu się niektórych chorób zaraźliwych, a z nich przedewszystkiem gruźlicy i tyfusu, gdyż wydzieliny chorych, znajdujące się w brudnej bieliźnie, mogą długo przechowywać się w wilgotnej atmosferze, zarażając następnie zdrowych współmieszkańców. Wilgoć wpływa również na szybkie psucie się artykułów spożywczych, znajdujących się w mieszkaniu (mleko, mięso), i pośrednio przyczynia się do wywołania, szczególnie u dzieci, różnych, nieraz bardzo ciężkich, zaburzeń przewodu pokarmowego. Dawniej panujący pogląd, jakoby wilgoć w mieszkaniach sprzyjała rozmnażaniu się bakterij chorobotwórczych, jest, podług Flüggego, zupełnie nieuzasadniony, gdyż choroby zakaźne w ciasnych mieszkaniach szerzą dotknięci niemi chorzy.

W ścisłym związku z wilgocią postawić należy niedostateczną lub też nadmierną ciepłotę złych mieszkań, co również

wywiera wpływ ujemny na zdrowie mieszkańców. W naszym klimacie, często mającym długą i surową zimą, mocno wilgotną wiosnę i jesień, zapobiegać należy zimnu w mieszkaniach przez opalanie i dobre zaopatrzenie okien i drzwi. Otóż pod tym względem wszędzie, a szczególnie w środkowej Europie, małe mieszkania przedstawiają rażące braki, t. j. niedostateczną ochronę od zimna, przedewszystkiem złe piece (przeważnie żelazne), lub nawet zupełny brak tychże; stąd w porze zimowej ciepłota mieszkania bywa nieraz niewiele wyższa od ciepłoty powietrza zewnętrznego. Tak samo jest u nas, bo małe mieszkania nietylko mają złe piece, a częstokroć jedynie ognisko do gotowania służy za źródło ciepła, a nawet, jak to wykazała statystyka Ciemnowskiego, 65,9% mieszkań ubogiej ludności posiadało tylko sam trzon kuchenny (t. zw. komin), 3,2% miało tylko żelazny piec, a wreszcie 523 mieszkania, t. j. 1,2% wcale nie posiadało pieców. A w mieszkaniach stróżów w domach warszawskich, podług ankiety Adamskiego, na 189 mieszkań w 111 nie było wcale pieców ogrzewalnych. Stąd wynika jasno, że mieszkania te, do których przedewszystkiem zaliczyć należy sutereny i facjaty, podczas zimnych miesięcy przedstawiają fatalne warunki dla zdrowia, szczególnie drobnych dzieci i niemowląt, jako też osobników starych lub niedołążnych, które nie mogą opuszczać mieszkania podczas zimy, nieraz z powodu braku dość ciepłej odzieży. Zimno panuje nawet w mieszkaniach zaopatrzonych w piece, a zajmowanych przez uboższą ludność, a to z przyczyny nadmiernej drożyzny opału, co, jak wiadomo, dało się srodze we znaki ludności warszawskiej podczas obecnej wojny. Zimne mieszkanie z jednej strony powiększa wilgoć, przyczynia się więc do spotęgowania chorobotwórczego działania tejże na organizm ludzki, wywołując szereg zaburzeń, o których była mowa. Prócz tego niska temperatura może sama przez się, nawet bez współdziałania wilgoci, wywoływać szkodliwy wpływ na skórę, szczególnie u dzieci, powodując bardzo przykre cierpienie, zwane odmrożeniem, które, występując na rękach, uniemożliwia wykonywanie drobniejszych robót, jak pisanie, szycie i t. p.

Nie tylko w Warszawie, lecz jeszcze bardziej w naszych miasteczkach istnieją zimne mieszkania, na co skarżą się powszechnie nawet osoby, zajmujące lepsze lokale, drobne zaś mieszkania ludności uboższej są na ogół zimne z powodu wadliwych pieców,

na co zwrócił uwagę Koskowski w opisie mieszkań w Łaszczowie. Ale najgorzej dzieje się pod tym względem po wsiach, nawet w domach zamożniejszych, przede wszystkim zaś w chałupach. Chelchowski, który poświęcił tej sprawie ciekawe studjum („Temperatura izb wiejskich w zimie“. *Zdrowie*, 1905), badał w zimie temperaturę w 45 izbach 4-ch wiosek gubernji płockiej, przyczem okazało się, że ciepłota izb wahała się przeważnie między 10 a 12° Reaumura, a zdarzało się nieraz, że wynosiła tylko 5 do 7° R. Autor wnosi na podstawie tych badań, że wogóle wiejskie izby mają ciepłotę za niską, czego przyczyną są liche piece i niedostateczne opalanie, pochodzące z drożyzny drzewa, po wsiach przeważnie używanego na opał; obliczenia autora dowodzą, że taniej kosztowałoby opalanie węglem pieców, dobrze urządzonych. Nie należy zapominać, że te uwagi były pisane na lat 10 przed wojną, o ile więc gorzej dziać się musi podczas obecnej wojny.

Wszelako nie tylko zimne, lecz i zbyt gorące mieszkanie w porze letniej, zwłaszcza podczas upałów, wpływa nader ujemnie na zdrowie, gorąco bowiem w zacieśnionym pokoju wywołuje bezsenność, bóle głowy, brak apetytu, odbija się zaś to szczególnie na organizmie dziecięcym, a bardziej jeszcze na noworodkach, u których nadmierne gorąco wywołuje ciężkie rozstroje przewodu pokarmowego, zwane biegunką letnią, tem więcej, że młode istoty przebywają w tej dusznej atmosferze nie tylko nocami, lecz częstokroć całymi dniami, a staje się to dla nich jeszcze bardziej szkodliwym, jeśli z powodu przesądów nie otwiera się okien nie tylko w nocy, lecz nawet i w dzień. To nadmierne gorąco daje się we znaki uboższej ludności wielkich miast, zamieszkującej t. zw. facjaty i wogóle izby poddaszne; jakie zaś panują w takich mieszkaniach podczas lata fatalne warunki z powodu gorąca, opisał to dokładnie Rietschel, który w Berlinie badał w ciągu kilku tygodni, w czasie niezbyt gorącego lata (1910 r.) temperaturę mieszkań tej kategorii, przyczem okazało się, że w jednym z nich, gdzie jednocześnie gotowano strawę, temperatura powietrza przez kilka tygodni wynosiła stale nie niżej 24° Celsjusza, a nawet w niektóre dni podnosiła się do 36° C; podczas zaś gorącego lata w lipcu r. 1911 znajdował nawet temperaturę 38° C. Autor zauważył, że wogóle ciepłota mieszkań proletarjackich w lecie jest stale wyższa od ciepłoty zewnętrznej.

go powietrza; dlatego też, podobnie jak inni lekarze w czasie owego gorącego lata, spotykał u dzieci przedtem zdrowych drgawki i objawy udaru mózgowego (Hitzschlag), oraz niczem nie uмотywowane uporczywe rozwolnienia, częstokroć kończące się śmiercią.

Przepełnienie mieszkania, czyli skupienie w niem, a przede wszystkim w jednej izbie, większej liczby osób, stanowi jedną z najważniejszych szkodliwości dla zdrowia i życia ogromnej odsetki ubogiej ludności, zamieszkałej w wielkich i gęsto zaludnionych miastach. Za mieszkanie przepełnione, podług Rubnera, który poświęcił tej sprawie gruntowne studia, uważać należy takie, w którym dla jednej jednostki jest mniej niż 10 metrów sześciennych powietrza, a w całej izbie mniej niż 20 m³. W przestrzeniach bowiem o mniejszej zawartości powietrza przewietrzanie i usuwanie szkodliwych gazów, w nich powstałych, a będących następstwem zużycia powietrza, jest wprost niemożliwe; a przecież i te minimalne wymogi są niedostępne dla większości biedaków, gdyż, jak twierdzi przytoczony autor, przeszło 40% niemieckiej ludności mieszka w nadmiernie przepełnionych mieszkaniach, a zło stąd wynikające jest tem większe, że większa część domów, mających tak przepełnione mieszkania, znajduje się w dzielnicach ciasnych, mało słonecznych, przytem są zbudowane źle i niehigienicznie. Jeśli do tego dodamy zaduch w mieszkaniu, spowodowany gotowaniem, praniem, gnijącymi produktami spożywczeimi, kopącymi lampami i t. p., to będziemy mieli ponure obrazy, urągające najelementarniejszym wymogom nowoczesnej higieny. Człowiek, zwiedzający te nory, żyjący zdala od tych smutnych widoków, zadumać się musi i mimowoli zapytać: Azali w tak opłakanych warunkach możliwa jest egzystencja tych całych mas ludzkich? A przecież miliony ludzi nietylko żyją, lecz i pracują w podobnych warunkach, i to w państwach bogatych i wysoce kulturalnych, które w dziedzinie higieny uczyniły olbrzymie postępy. Tak np. w Niemczech statystyka wykazała w r. 1900, że w większych miastach odsetka mieszkań jednoizbowych stanowi większość, a liczba zamieszkujących je osób przewyższa połowę całej ludności; w miastach na pozór wysoce higienicznych, jak Berlin, Wrocław, Halle, Poznań — liczba ludności, mieszkającej więcej niż po 6 osób w jednym pokoju, wynosi niemal $\frac{1}{3}$ część ludności, jak to wykazuje następująca tabelka:

	Wrocław	Halla	Magdeburg	Poznań	Berlin	Gorlice	Barmen
‰ mieszkań jednoizbowych. . . .	47,53	47,68	50,53	50,93	50,38	53,11	61,83
‰ ludności, zajmującej mieszkania jednoizbowe . .	40,87	43,98	45,84	44,81	43,64	44,70	54,87
‰ ludności, mieszkającej więcej niż po 6 osób w jednym pokoju	14,73	20,30	16,57	20,07	11,74	7,02	22,35

Nie będziemy tu przytaczali różnych zajmujących szczegółów tej kwestji za granicą, które czytelnik znajdzie w wyżej wzmiankowanych dziełach; przytoczę tylko niektóre dane porównawcze, bardziej charakterystyczne. Tak w Berlinie, w roku 1900, wypadało na jedno mieszkanie jednopokojowe 3,41 mieszkańców, na dwupokojowe 4,25, na trzypokojowe 4,25, na czteropokojowe 4,62, na pięciopokojowe 5,08, na ośmio- (i więcej) pokojowe 6,45; w Anglii w roku 1901 na 1-pokojowe mieszkanie wypadło 2,02, na 2-pokojowe 3,28, na 3-pokojowe 4,08, na 4-pokojowe 4,48. W Anglii za przeludnione uważa się takie mieszkanie, gdzie w jednym pokoju mieszka więcej niż 2 osoby, w Niemczech — jeśli na jeden pokój wypada więcej niż 5 osób. W Berlinie na 100 mieszkań jednopokojowych, zamieszkałych przez więcej niż 6 osób, było 12‰, w Lipsku 13,3‰, we Frankfurcie nad Menem 8,3‰, a w Petersburgu aż 38,5‰! Na 100 zaś mieszkań dwupokojowych, mieszczących więcej niż 5 osób, było: w Berlinie 1‰, w Lipsku 2,4‰, we Frankfurcie 1‰, a w Petersburgu 14,5‰ mieszkań (Serkowski).

Nas muszą najbardziej interesować pod tym względem stosunki naszego kraju, w którym sprawa mieszkaniowa przedstawia się nie lepiej, niż na Zachodzie. Bliższe dane w tej sprawie odnoszą się tylko do kilku miast większych w Królestwie i Galicji; są one zebrane przez Ciemniewskiego, Sterlinga, Szenajcha — co do Królestwa, przez Janiszewskiego, Kumaniewskiego — co do Galicji, a przez Niemca Wernickego — dla Poznania i innych miast Księstwa. Sądzę, że nie będzie rzeczą zbyteczną przytoczyć tutaj niektóre szczegóły z tych prac. Otóż co do Warszawy podaje Ciemniewski w swojej wybornej monografii, że w roku 1891 było:

1) Mieszkań o 1 izbie	38 972	
Z pomiędzy nich w suterrenach	4 426	
" " na facjatach .	3 595	
Zatem mieszkań o jednej izbie, wyłączając mieszczące się w su- terenach i na facjatach	30 951	z ludnością 126 573.
2) Mieszkań suterrenowych wogóle	5 740	28 724.
3) Mieszkań na facjatach wogóle	5 221	26 636.
Razem mieszkań ubogiej ludności	41 912	z ludnością 181 933.

Ubogie lokale stanowiły 46,7% ogółu warszawskich lokali, a ludność ich — 41,1% ogółu ludności Warszawy. Jest to odsetka mniejsza od notowanej w roku 1882, a to dzięki znacznie zmniejszonej w roku 1891 liczbie lokali na facjatach. W mieszkaniach o jednej tylko izbie, bez kuchni i przedpokoju, zajmowanych przez najuboższą część ludności, mieściło się w roku 1891 162 959 osób, t. j. 36,8% ogółu ludności. Lokale te w ogólnej sumie 38 872, czyli 43,4% ogólnej liczby, były rozdzielone nierównomiernie pomiędzy poszczególne okręgi miasta. Największe nagromadzenie drobnych lokali było w okręgach: Okopowym, Karmelickim, Towarowym. Do okręgów, zamieszkałych prze-ważnie przez najuboższe warstwy ludności (więcej niż 70% lokali z jedną izbą), należały okręgi: Okopowy, Czerniakowski, Powązkowski, Wolski, Łazienkowski i Szmulowski. Z ogólnej liczby ludności (169 959), mieszkającej w lokalach jednopokojo-owych, 35,1% stanowiły dzieci do lat 15. Skupienie zaś ludności w jednym pokoju wynosiło we wszystkich okręgach: minimum

3,0 osoby, maximum 4,7 osoby. W suterrenach skupienie było niemal największe — 4,59, na łacjatakach — 4,47, na parterze — 4,13, na pierwszym piętrze — 4,20, na drugim — 3,90, na trzecim — 3,82, na czwartym — 3,27, na piątym — 2,56, na szóstym — 2,75. Stopień skupienia świadczy, że najbiedniejsza ludność zamieszkuje sutereny i łacjaty, a w pewnej części parter i pierwsze piętro. Większość tych jednoizbowych mieszkań, t. j. 65,9%, posiadała dla ogrzewania jedynie trzon kuchenny, 3,2% miało tylko żelazny piecyk, wreszcie 523 izby, czyli 1,3%, nie miały wcale pieców. Większość lokali jednoizbowych, mianowicie 73,6%, miała tylko jedno okno, 23,6% — dwa okna, a tylko 1,6% — trzy lub więcej okien. Natomiast 307 mieszkań, czyli 0,8%, nie posiadało wcale okien.

Wysokość lokali wynosiła w mieszkaniach jednoizbowych średnio 2,5 metra. Więcej niż 3 metry wysokości miało zaledwie 18,6% izb, natomiast 174 lokale miały wysokość nie przewyższającą 1,5 metra, to jest wysokość, przy której bez nachylenia się człowiek dobrego wzrostu nie może stać w pokoju. Co się tyczy powierzchni podłogi, to największa liczba pokoi, bo przeszło 60%, miała 10 do 12 m², 20% — do 40 m², 20,1% — 5 do 10 m², a niżej 5 m² było 626 lokali, t. j. 1,7%. Ta ostatnia kategoria zasługuje na bliższą uwagę, skoro bowiem, podług Ciemiewskiego, przeciętna ludność lokalu jednoizbowego wynosiła 4 mieszkańców, to zważywszy, że 5 metrów kw. stanowi minimum powierzchni, mogące przypadać na jednego mieszkańca, widzimy, że tego rodzaju izby urągają wszelkim pojęciom higieny mieszkań, tem bardziej, że już lokale o powierzchni nie większej nad 20 m² uważać należy za nadzwyczaj ciasne, a takich lokali liczono w Warszawie przeszło 29 tysięcy, czyli 79% ogólnej liczby mieszkań warszawskich, ludność zaś tych lokali dochodziła prawdopodobnie do 120 tysięcy. Objętość mieszkań, t. j. ilość powietrza na mieszkańca, oraz oświetlenie lokalu światłem dziennym przedstawiały się jak następuje:

	do 5 m ³ lokali	62 czyli	0,2%	liczby ogólnej	
od 5 — 10 m ³	"	467	"	1,3%	" "
" 10 — 20 m ³	"	4243	"	11,5%	" "
" 20 — 40 m ³	"	16894	"	45,9%	" "

od 40— 60 m ³	lokali	10038	czyli	27,3 ⁰ / ₀	liczby ogólnej
„ 60— 80 m ³	„	3248	„	8,8 ⁰ / ₀	„
„ 80—100 m ³	„	1882	„	5,1 ⁰ / ₀	„

Przyjmując, jak wyżej powiedziano, 40 m³ jako minimum objętości dla lokalu jednoizbowego przy skupieniu 4 osób w jednym pokoju, wypadnie, że około 90 tysięcy ludności mieszkało w warunkach, będących w rażącej sprzeczności z elementarnymi zasadami higieny mieszkań.

Oświetlenie tych mieszkań było również nader niedostateczne, gdyż średnio na lokal wypadło 1,27 okna, a największą liczbę stanowiły lokale jednookienne — 28 690, z dwoma oknami — 9194, a z trzema — zaledwie 625. Autor podaje także ciekawe dane co do tak zwanych sublokatorów, będących właściwością ubogich mieszkań, w których ciasnej przestrzeni zamieszkuje jednocześnie kilka rodzin. Wogóle lokali z sublokatorami było w Warszawie w roku 1891 przeszło 17 tysięcy, z pomiędzy których przeszło 11 tysięcy, t. j. 19,6% w lokalach o jednym pokoju mieszkalnym; największa ich odsetka była w dzielnicach Powiśla i Wolskiej, t. j. w najuboższych okręgach Warszawy. Wreszcie podaje autor liczbę izb sypialnych i łóżek, przypadających na pewną liczbę mieszkańców: wogóle wypadło na 100 mieszkańców 33,7 pokoiów, a raczej izb sypialnych, i 67,2 łóżek lub innych urządzeń do spania, zatem na trzech mieszkańców przypadała jedna sypialnia i 2 łóżka. Warunki te, na ogół niezbyt pomyślne, ulegały jeszcze wahaniom, zależnie od dzielnic miasta, mniej lub więcej zamożnych; tak w okręgu Placu Teatralnego wypadło 50,3 izb sypialnych na 100 mieszkańców, w Saskim — 48,8, w Ujazdowskim — 47,5, natomiast w Zaokopowym — 25,1, Okopowym — 26,8, Czerniakowskim — 27,4. Łóżek na 100 mieszkańców wypadło najwięcej w okręgach Saskim — 84,8 i Brackim — 81,4, najmniej zaś w okręgach: Zaokopowym — 56,3, Powązkowskim — 56,4 i Okopowym — 57,2. Tak fatalnie przedstawiało się w ogólnych zarysach skupienie ludności Warszawy w roku 1891. Czy sprawa ta uległa poprawie w ciągu ubiegłego ćwierćwiecza — wątpić należy, przeciwnie, snadniej przypuścićby można, że stosunki te uległy pogorszeniu,

gdyż, jak wiadomo, w ciągu tego czasu ludność szybko wzrosła, a jednocześnie niezdrowa i niczem niehamowana spekulacja budowlana, będąca przeważnie w rękach obcych (rosyjscy Żydzi), przyczyniła się do powstania całych setek istnych „drapaczy nieba“, o wąskich bez słońca podwórzach i małej ilości światła, w których urządzono drobne lokale, najczęściej jednoizbowe, oraz liczne sutereny i poddasza, przeznaczone dla całych setek, a nieraz tysięcy najbiedniejszego proletariatu.

Aczkolwiek od roku 1891 nie było w Warszawie ogólnej ankiety mieszkaniowej, to jednakże były dokonywane badania częściowe, które mogą poniekąd potwierdzić moje przypuszczenie, że sprawa mieszkaniowa nie uległa poprawie. Tak Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze w okresie lat 1909—1914 dokonało szczegółowej ankiety (opracowanej przez Dębińskiego) co do 797 mieszkań, w których przebywali chorzy, będący pod opieką tegoż Towarzystwa, z czego okazało się, że z owej liczby 797 mieszkań 570, t. j. 70%, było jednopokojowych, 24 suterren jednoizbowych, mieszkań dwupokojowych 173 (= 21%), trzy-pokojowych 25 (= 3%), czteropokojowych 4 (= 0,5%) i jedno pięciopokojowe. Podług wymiarów oznaczono pokoiów małych 56%, średnich 30% i większych 12%. W 778 lokalach mieszkało ogółem osób dorosłych i dzieci 4255, przeciętnie 4 do 5 na mieszkanie jednopokojowe. Były jednakże mieszkania, w których w jednym pokoju mieszkało nawet 12 do 15 osób; tak więc było aż 50 mieszkań jednopokojowych, w których mieszkało po 7 osób, 44 po 8, 25 po 9, 19 po 10, 6 po 11, 4 po 12, a nawet 2 po 15 osób. Liczba łóżek na rodzinę wynosiła: na 50% mieszkań dwa, na 27% trzy, na 10% jedno łóżko; liczba zaś osób, przypadających na jedno łóżko, wynosiła: na 39% wypadków po 2 osoby, na 51% po 3 do 4, więcej osób na przeszło 10%. Wogóle ankieta ta, lubo oparta na stosunkowo szczupłym materiale, wykazała, że najwięcej, bo przeszło 70%, jest w Warszawie mieszkań jednoizbowych.

Drugą, jeszcze bardziej specjalną, również na niewielkim materiale opartą ankietę ogłosił w r. 1916 Adamski p. t.: „Stan sanitarny mieszkań stróżów warszawskich“, o której wspominałem już wyżej. W ankiecie tej, opartej na zbadaniu 189 mieszkań, okazało się, że z tej liczby było zaledwie 6 mieszkań dwuizbo-

wych, a reszta jednoizbowe, fatalne pod względem higienicznym. Co zaś do zaludnienia, to:

50 (= 26%)	mieszkań	zajmowało	1—2 osób,
105 (= 57%)	"	"	3—5 "
34 (= 17%)	"	"	6 i więcej osób,

czyli na jedną izbę stróża wypadło przeciętnie 4,2 osób. Z wymiarów zaś mieszkań wypadło, że 62% rodzin stróżów w zbadanych lokalach zajmowało mieszkania zbyt ciasne, gdyż przeciętnie na osobę wypadło 7,7 metra sześć. powietrza. Rzecz szczególnie, że ankieta ta jest analogiczna z ankietą mieszkań stróżów krakowskich, dokonaną przez Janiszewskiego (*Zdrowie*, 1916 r.), z której okazało się, że 78,4% tych mieszkań nie nadaje się wogóle do zamieszkania, 76,3% jest przeludnionych, a 62,9% nie zawiera dostatecznej przestrzeni.

Inne miasta Królestwa nie ogłosiły ściślejszych ankiet mieszkaniowych, jedynie tylko dla Łodzi posiadamy dokładniejsze, lubo częściowe dane. Tak, podług Sterlinga (1903 r.), skupienie w domach łódzkich jest na ogół nadmierne, gdyż wynosiło na jedną posesję aż 102 mieszkańców, gdy w Warszawie liczba ta wynosiła 97, w Berlinie 34, w Londynie 8. Szczegółów co do skupienia ludności w całym mieście Łodzi nie posiadamy, wszelako dr. Szenajch ogłosił w r. 1914 szczegółowe wyniki w sprawie przeludnienia mieszkań jednoizbowych ubogiej ludności chrześcijańskiej i żydowskiej, tamże zamieszkałej. Z pracy tej, wysoce interesującej, przytaczamy następujące ważniejsze szczegóły. Otóż cały materiał badania obejmował 11 756 mieszkań chrześcijan i 2310 mieszkań Żydów, razem 14 066 mieszkań jednoizbowych. Materiał ten zebrany został z wywiadów matek, przybywających z choremi dziećmi do ambulatorjum szpitalnego; obejmował więc ludność najbiedniejszą, ale miał tę wadę, że materiał, służący za podstawę do tej ankiety, opierał się tylko na opowiadaniach matek chorych dzieci, możliwa więc jest przesada w kierunku ujemnym dla wzbudzenia politowania i t. p.; drugą, niemniej ważną niedokładność stanowi brak wymiaru mieszkań, przestrzeni, wiadomości o piecach i innych ważnych szczegółów, które mogłyby być dokładnie określone tylko przez członków komisji, jak to było w ankiecie warszawskiej, albo też

przez przygotowaną dozorczynię, jak to się odbywa stale przy badaniu mieszkań chorych, będących pod opieką Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Niemniej przeto wyniki, podane przez Szenajcha, zasługują na uwagę ze względu, że odnoszą się do znacznej liczby mieszkań (przeszło 14 000) i że uwzględniono w nich podział na mieszkania ludności chrześcijańskiej i żydowskiej. W mieszkaniach chrześcijan było razem 59 366 osób, w tej liczbie 44,9% dorosłych, a 55,1% dzieci, w mieszkaniach zaś Żydów było razem 12 532 osoby, w tej liczbie 39,0% dorosłych, a 61,0% dzieci; zatem dzieci chrześcijańskich było o 10,2% więcej niż dorosłych, dzieci zaś żydowskich więcej niż dorosłych o 22,0%. Najważniejsza kwestja, gęstość zaludnienia mieszkań, a właściwie izb łódzkiego proletariatu, ujęta została w następującej tabeli:

Liczba osób w 1 pokoju	Mieszkań chrześcijan		Mieszkań żydów	
	liczba	%	liczba	%
2	83	0,7	11	0,5
3	2 529	21,5	411	17,8
4	2 782	23,7	494	21,4
5	2 216	18,8	391	16,9
6	1 796	15,3	357	15,4
7	1 118	9,5	280	12,1
8	677	5,8	170	7,4
9	310	2,6	115	4,9
10	159	1,4	50	2,2
11	59	0,5	29	1,3
12	13	0,1	—	—
13	4	—	—	—
14	4	—	—	1
15	3	—	—	—
16	2	—	—	1
17	1	—	—	—

Wynika stąd, że wśród chrześcijan było 64,7% mieszkań, w których przebywało mniej niż 6 osób, a 35,3% mieszkań przeludnionych, wśród Żydów zaś było 56,0% mieszkań mniej zaludnionych, a 43,4% przeludnionych z sześciu i więcej osobami w każdej izbie. Z chrześcijan jedna połowa mieszkała w izbach mniej zaludnionych, a druga w przeludnionych; Żydów zaś 41,4% mieszkało w izbach mniej zaludnionych, a 58,6% w przeludnionych (6 i więcej osób w jednej izbie). Spostrzeżenie autora, że przeciętnie wśród chrześcijan mieszkało w jednej izbie 5 osób, a Żydów 5,4 — nie może, według mego zdania, doprowadzić do wniosku, do jakiego doszedł autor, że przeludnienie mieszkań wśród żydów jest częstsze niż u chrześcijan, albowiem mieszkań żydowskich, na których oparła się ankieta, było 5 razy mniej niż chrześcijańskich (11 756 chrześc., a 2310 żydowsk.), być więc może, iż przy równych liczbach stosunek okazałyby się innym, tem bardziej, że nie są podane dzielnice i wymiary mieszkań, więc i pod tym względem wypaśćby mogły pewne różnice; zgodziłbym się jedynie na wniosek autora, że gęstość zaludnienia mieszkań jednoizbowych proletariatu łódzkiego jest wogóle bardzo wielka i może współzawodniczyć z gęstością zaludnienia mieszkań ubogiej ludności Warszawy.

Drugą, niemniej ciekawą ankietę mieszkaniową dla proletariatu łódzkiego podaje Szenajch na podstawie danych, zebranych przez Łódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, a dane te odnoszą się do wielce ważnej kwestji, t. j. do liczby łóżek w stosunku do liczby mieszkańców, zajmujących jeden pokój. Otóż okazało się, że w tej ankiecie spostrzegano mieszkania jednoizbowe, zajmowane przez 5, 6, 7 osób, dla których było tylko jedno łóżko, a mieszkania z 7, 8 i 9 osobami a tylko dwoma łóżkami wcale nie należały do rzadkości; przytem stwierdzono, że tylko 8% mieszkań chrześcijan, a 10,1% mieszkań Żydów miało tyle łóżek, ile osób; 49,1% zaś mieszkań chrześcijan, a 41,8% Żydów miało 3, 4 a nawet 5 razy więcej osób niż łóżek. Z większych miast Polski wspomnimy Kraków, gdzie, podług Kumanieckiego, przeważają mieszkania jednopokojowe, stanowiące 65,6% ogólnej liczby mieszkań, a z tych izby jedynie z trzonem kuchennym 35%, co dowodzi nader nędznych warunków mieszkaniowych. Liczba mieszkań suterenowych czyni 4,87%, poddasznych 1,6%. Stwierdzono przytem nadmierne skupienie ubogiej ludności:

przeszło połowa izb jest zamieszkała przez 3—5 osób, a niemal $\frac{1}{4}$ część przez 6—10 osób; znaleziono nawet pewną liczbę izb, w których mieszkało 11—20 osób. Z jednopokojowych mieszkań 42% zamieszkiwane są przez 3—5 osób, prawie 33% przez 6—10, a 2% zaludnione są przez 11—20 osób.

Wśród większych miast polskich najlepiej stosunkowo przedstawia się kwestja mieszkań ubogiej ludności w Poznaniu, gdzie spis, dokonany w r. 1910, jak podaje E. Strasburger („Gospodarka naszych wielkich miast.“ Warszawa, 1913), wykazał, że przeciętne zaludnienie jednego domu wynosi 51,8, a jednego mieszkania 4,6 osób; w suterrenach znajduje się mieszkań 1021, t. j. 3,1%. W Warszawie na 100 mieszkań znajdowało się w suterrenach 6,2%, w Krakowie 4,8%, a w Poznaniu 3,1%. Z innych większych miast Królestwa jest tylko wiadomość o Kaliszu, podana w ankiecie Towarzystwa Przeciwgruźliczego, że tam istnieje 60% mieszkań jednoizbowych i że z tych mieszkań jest 60% wilgotnych. W Lublinie, gdzie zbadano 391 mieszkań ubogiej ludności, przypadło na jeden pokój przeciętnie 5,8 osób. Wszelako dane co do tych miast są zbyt ogólnikowe i skąpe, aby z nich wyprowadzić jakiegokolwiek ściślejsze wnioski. Można, jak myślę, twierdzić z pewnem prawdopodobieństwem, że w tych miastach stosunki mieszkaniowe przedstawiają się nie lepiej, niż w Warszawie lub Łodzi. Natomiast twierdzić można napewno, że ogół małych miasteczek naszego kraju, w których zamieszkuje przeszło 80% biednej, iście proletarjackiej ludności żydowskiej, ma mieszkania nie tylko nadmiernie przeludnione, ale znajdujące się w najohydniejszych warunkach higienicznych; wiedzą o tem dokładnie i wspominają jednozgodnie wszyscy prowincjonalni lekarze, praktykujący w naszych miasteczkach, bliższych jednakże danych nie mamy z wyjątkiem jedynej pod tym względem pracy Koskowskiego (op. cit.) z roku 1897, który następującymi słowami opisuje mieszkania żydowskie w Łaszczowie: „Z 89 domów 5 tylko jest murowanych, 3 murowane w połowie, reszta zaś drewniane, lichy budowane domki, często kilka pod jednym dachem, z licznymi przybudówkami. Typowe domy tak się przedstawiają: frontem stoją do rynku lub ulicy, oddzielony jeden od drugiego wąziutkim przesmykiem, „sutkami“ zwanym, szerokości $1\frac{1}{2}$ metra. Na te „sutki“ wychodzą często okna i, jeśli są, kloaki. Zwykle przesmyk taki przedstawia się jako

cuchnący śmietnik. Przez środek domu przechodzi sień, po jednej stronie której są mieszkania, po drugiej komórki i stajnie dla krów; koni i kóz“.

A dalej pisze: „Ustępów w domach prawie wcale niema, przeto dzieci, a nieraz nawet i starsi załatwiają swoje naturalne potrzeby w sieni lub pod ścianami domu na ulicy. Izby mieszkalne bywają najczęściej wspólne, mają po 2 lub 3 okna, w których niema lufcików. Wielkość okien bywa dwojaka: w nowych domach 115×60 cm, w starych 73×60 cm. Drzwi wychodzą zawsze do sieni“. Ze stu mieszkań, które autor szczegółowo zbadał, w 30 izbach podłoga była drewniana, napół zgniła, w 15 nie było wcale podłogi, tylko ubita ziemia. Co do wymiarów izb i skupienia mieszkańców, to na podstawie 100 zbadanych izb okazało się, że izba posiada przeciętnie wysokości 3,42 metra, szerokości 4,25, a długości 4,40, czyli przestrzeni, t. j. powietrza $45,25 \text{ m}^3$. W tych stu izbach liczba mieszkańców wynosiła wraz z dziećmi 605 osób (518 osób dorosłych, reszta dzieci). Średnio więc w izbie, oprócz dzieci, zamieszkuje 5 osób dorosłych, a z dziećmi 6. A ponieważ izba zawiera 45 m^3 przestrzeni, przeto na jednego osobnika dorosłego wypada 9 m^3 , czyli ilość mniejsza niż połowa minimalnie możliwej; że zaś izby pozbawione są wszelkiej wentylacji, a drzwi wychodzą zawsze do t. zw. sieni, gdzie powietrze jest niemożliwie zepsute, przeto wytwarza się atmosfera dusząca, w której kobiety i mężczyźni, siedzący bezustannie nad Talmudem, przebywają ciągle, zwłaszcza zimą. W nocy, gdy zgromadzą się wszyscy mieszkańcy, powietrze jest wprost duszące, na domiar złego żydzi zawsze palą lampę przez całą noc, z tego powodu powietrze przesyca się kopciem i zapachem nafty. W kilku izbach Koskowski analizował powietrze na zawartość dwutlenku węgla, a rezultat przeciętny wypadł $2,2\%$, gdy maximum tego gazu w mieszkaniach dopuszcza się $0,1\%$, czyli powietrze tych izb zawierało go 22 razy więcej (badanie robione było o godzinie 4 rano ¹⁾). W tej zaduchliwej atmosferze znajdowała się też

¹⁾ Podług najnowszych badań, maksymalna ilość bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) w powietrzu wynosić może $0,4\%$, a tlenku węgla (CO) tylko $0,2\%$, ale wartość tych liczb zależy od warunków czasu; tak

znaczna ilość siarkowodoru, na który powonienie silnie reagowało.

Koskowski badał również lokale tak zwanych „chederów“, t. j. szkółek żydowskich. Jest to zazwyczaj jedna ciasna izba, służąca do nauki i za mieszkanie dla nauczyciela; najczęściej mieściła się w najgorszych zaułkach miasteczka, gdyż nauczyciel, zwykle człowiek bardzo biedny, sam musi lokal opłacać. W izbach takich przebywało dzień cały po kilka lub nawet kilkanaścioro dzieci w wieku od lat 3 do 10. Powietrze, badane w tych szkołach, zawierało dwutlenku węgla przeciętnie 1,8%, to znaczy ogromną jego ilość. Autor stwierdza, że oprócz ciasnoty i skupienia w tych izbach, podłoga jest zwykle mokra, a w sieni błoto z gnijącymi odpadkami, pomyje zaś bywają wylewane przed samymi drzwiami mieszkań. W takich to fatalnych warunkach nietylko mieszka proletariąt żydowski, lecz jednocześnie w tych brudnych i ciasnych izbach wykonywają pracę krawcy, szewcy, stolarze i t. d. przy swoich warsztatach.

Ten ponury obraz, skreślony przed laty dwudziestu pięciu przez autora zupełnie wiarogodnego, nie grzeszy bynajmniej przesadą i w ogromnej większości, może nawet w zupełności, da się zastosować do mieszkań we wszystkich miasteczkach, a nawet miastach naszego kraju, zwłaszcza w pogranicznych z Królestwem częściach Litwy i Wołynia. W licznych swych wędrowniach po kraju, sam miałem wielokroć sposobność zwiedzać, jako lekarz, mieszkania żydowskie w miasteczkach; wszędzie, nawet u zamożniejszych mieszkańców, znajdowałem jak najgorsze warunki higieniczne z dwoma górującymi rysami charakterystycznymi: przepełnieniem mieszkań i zaduchem. Wprawdzie w ciągu ostatniego ćwierćwiecza stosunki mieszkaniowe w miasteczkach musiały ulec pewnej poprawie, lecz na ogół niewielkiej, w nowobudowanych bowiem domach z lepszymi warunkami higienicznymi mieszkają ludzie zamożniejsi, a olbrzymia większość zamieszkuje w dalszym ciągu fatalne lepianki,

więc objawy zatrucia bezwodnikiem CO_2 występują szybko przy 30⁰/₀₀ jego zawartości w powietrzu, po godzinie przy 8⁰/₀₀, a po dłuższym pobycie przy 1⁰/₀₀.

domy drewniane nawpół zbutwiałe, a charakter ogólny izby proletariatu żydowskiego przedstawia też same ujemne cechy, które tak dosadnie skreślił Koskowski. I nie dziw, że te urągające elementarnym wymogom higieny mieszkania są stałym źródłem ostrych i przewlekłych chorób zamieszkującej je ludności, że stanowią doskonałe podłoże dla rozwoju chorób zakaźnych przy zjawiającej się epidemji. Stąd też miasteczka nasze były zawsze upartymi ogniskami cholery, ospy, tyfusu brzuszego, stale panującej szkarlatyny, a w ciągu czterech lat ubiegłych (1914—17) obecnej wojny również ogniskami tyfusu plamistego, na który zapada głównie, bo prawie 80%, uboga ludność żydowska tychże miasteczek.

WYKŁAD V.

Mieszkania naszych włościan; przegląd literatury tego przedmiotu. Ujemne strony mieszkań ubogiej polskiej ludności wiejskiej, oraz ubogiej małomiasteczkowej ludności żydowskiej. Czynniki szkodliwe dla zdrowia w tych mieszkaniach. Choroby, związane ze ziemi mieszkaniami.

Skreśliliśmy powyżej smutny stan mieszkań w miastach i miasteczkach Królestwa, w których mieszka 33—36% (w okresie lat 1909—1913 podług Krzyżanowskiego) ogólnej ludności kraju, pozostała ogromna większość, t. j. przeszło $\frac{2}{3}$, czyli przeszło 9 milionów, z olbrzymią przewagą, bo 7 760 689 (w r. 1909 podług statystyki Grabskiego), rdzennej ludności polsko-katolickiej, mieszka we wsiach. Z tej to ogromnej liczby ludności wiejskiej przypadało na bezrolnych, czyli, jak ją określa Grabski, „ludność proletarjacką“ (*population prolétaire*) w latach 1891—1901 aż 1 200 333 osobników. Zapewne, że nędznych wyrobników rolnych, nie posiadających najmniejszej części ziemi, chociaż urodzili się na wsi i stale przebywają na roli, Grabski słusznie nazywa *par excellence* proletariuszami, sądzą jednak, że i ogromną większość tak zw. małorolnych posiadaczy ziemi należałoby z wielką słusnością zaliczyć do kategorii proletariuszów, jeśli zwrócimy uwagę, że w tychże latach na jednostkę ludności rolnej przypadało przeciętnie gruntu 2,12 morga, a w niektórych okolicach, np. w Kaliskiem, zaledwie 1,71 morga.

Ważną więc w wysokim stopniu jest rzeczą zbadanie bytu tej najliczniejszej ludności naszego kraju, a więc i jej warunków mieszkaniowych, słusznie bowiem powiedział wielki przyjaciel

naszego ludu, nieodżałowanej pamięci K. Chełchowski („Najpilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego“. *Zdrowie*, 1916): „Wszędzie lud nasz żyje pod grozą zepchnięcia go na niższe stanowisko jakiejś niższej rasy, jakichś podludzi, przeznaczonych do najniższych, najcięższych, najniebezpieczniejszych prac, a kraj nasz, wykarczowany, osuszony i użyźniony tysiącoletnią pracą naszego ludu, stanowi przedmiot pożądania dla innych“... a dalej, że lud nasz „jak gdyby godził się na swoją rolę podludzi i dźwigał ją bezradnie. Dość wspomnieć ciemnotę ludu, jego zabobony i przesady, niesłuchane niechlujstwo, skupienie się całej rodziny w jednej izbie nawet w zamożniejszych chatach, dobrze jeszcze, jeśli nie ze zwierzętami, mieszkanie w niektórych okolicach służby folwarcznej po dwie rodziny w jednej izbie, istniejące jeszcze tu i owdzie kurne chaty, sypianie po kilkoro w jednym łóżku, sypianie w ubraniu, robactwo w domu, brak wychodków, traktowanie brudu jako czynnika leczniczego. Dość wspomnieć wypływające z tego niechlujstwa niesłuchane szerzenie się chorób zakaźnych, ogromną w nich śmiertelność, panowanie i potworne rozrastanie się chorób, pokonanych już przez cywilizację, jak: ospa, coroczna sezonowa czerwonka, gorączka połogowa, świerzba, koklusz, płacenie znacznego haraczu śmierci wskutek samych wszy“... Ten ponury obraz warunków bytu, a tem samem i mieszkaniowych, skreślony piórem wielkiego znawcy ludu, służyć może za najlepszą ilustrację warunków mieszkaniowych naszego ludu wiejskiego. Liczne prace, ogłaszane w tej kwestji (W. Puławski, Rutkowski i inni), potwierdzają w zupełności przytoczone zdania Chełchowskiego. Atoli w żadnej z nich nie znajdujemy statystycznych wiadomości co do skupienia, wymiarów izb, liczby łóżek i t. d.; również ogólnikowo zaznaczają to nietylko lekarze, lecz i budowniczy, projektujący poprawę higienicznych warunków chaty wiejskiej. Stan mieszkań wiejskich scharakteryzował Józef Tuliszkowski, inżynier, we wstępie do swojej pracy p. t. „Budowle wiejskie zdrowe, ogniotrwałe i tanie“ (praca nagrodzona na konkursie imienia dr. Alfreda Sokołowskiego 1913 r.), mówiąc: „Źle u nas w kraju jeszcze mieszkają ludzie na wsi. Chałupy niskie, bez posad, często zapadnięte w ziemię, o ścianach wilgotnych, zimnych. Izdebki niewielkie, ledwo że oświetlone małymi okienkami, a powietrze w nich ciężkie i duszne, bo to nieraz i drób

się razem mieści, lub prosięta mają swój stały pobyt zimowy. Jeśli nawet jest jaka izba trochę lepsza i ochędźniejsza, to choć stoją w niej łózka o czystej pościeli i porządniejszy statek się znajdzie, służy ona jednak tylko do rzadkich przyjęć kmiotów i sąsiadów, a cała rodzina mieści się zazwyczaj w jednej ciasnej kuchni, gdzie pełno gryzącego swędu od gotującej się strawy, a opary od karmy wieprzowej unoszą się w powietrzu“.

Nie o wiele lepiej dzieje się w Galicji, gdzie, jak pisze Janiszewski („O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju“. *Zdrowie*, 1916), stosunki mieszkaniowe są fatalne, a własne badania autora, przeprowadzone w zimie 1899 r. w Olczy, przyśiołku Zakopanego, wykazały, że wypadło przeciętnie na jednego mieszkańca po 9,59 m³ powietrza; były izby, w których ilość powietrza wynosiła zaledwie 2,57 m³, przy 1,28 m³ na osobę; wszystkie izby mieszkalne były zarazem kuchniami, w których gotowano strawę dla ludzi i bydła; we wszystkich bez wyjątku izbach chowano drób, w bardzo wielu cielęta i owce; temperatura wahała się od 18 do 20° R; małe okienka były nadzwyczaj dokładnie uszczelnione i nie dawały się otwierać. Wobec tak złego stanu mieszkań u nas i wielkiego wpływu mieszkania na zdrowie ludzkie, należy przy mającej nastąpić odbudowie kraju zwrócić baczną uwagę na tę sprawę, a szczególnie na mieszkania ubogiej ludności.

Najlepsze stosunkowo mieszkania ludu wiejskiego, podobnie jak w miastach, znajdują się w Poznańskim, gdzie od kilku dziesiątków lat obowiązują szczegółowe przepisy budowlane, których wykonanie ściśle jest przestrzegane przez właściwe władze. Stąd też mieszkania ludności wiejskiej w Poznańskim i na Górnym Śląsku różnią się tak bardzo od mieszkań tej kategorii w Królestwie, że przybyli podczas obecnej wojny żołnierze, rodem z tamtych dzielnic, rozlokowani w naszych wiejskich chatkach w powiecie sochaczewskim, a nawet tak bliskim Warszawy powiecie błońskim, nie mogli się wstrzymać od zdziwienia, mówiąc: „Moi ludziska, jak wy tu kiepsko mieszkacie i jak możecie wytrzymać w tych brudnych chatkach waszych“.

Tak nad wyraz smutnie przedstawiają się warunki mieszkaniowe naszego ludu. A nie może być chyba dla nas pociechą ta okoliczność, że i u naszych sąsiadów, zarzucających nam tak często brak kultury, dzieje się wśród ludu wiejskiego w wielu

miejscach nie lepiej. W ciekawej pracy, opartej na obszernej ankiecie, ogłoszonej w 1911 r. przez profesora Uniwersytetu Berlińskiego, Jacoba („Die Tuberkulose und die hygienischen Missstände auf dem Lande“. Berlin, 1915), znajdujemy niemal identyczny opis cech ujemnych chaty włościańskiej w kulturalnej i zamożnej prowincji pruskiej, Hanowerze; zauważono tam ciasne pomieszczenia, szczególnie izb sypialnych, wspólne łóżka, wilgoć, zaduch, brak czystości w wychodku i t. p., tak, że na 3250 dokładnie zbadanych mieszkań 48% było takich, w których brakło najelementarniejszych warunków higienicznych.

Po skreśleniu fatalnych warunków mieszkaniowych, w jakich przebywa ogromna większość naszej ubogiej ludności, należy jeszcze pokrótce wyjaśnić, co w tych mieszkaniach stanowi owe szkodliwości i jaki wpływ ujemny wywierają one na zdrowie biedaków, zamieszkujących te prawdziwe nory. O wilgoci i jej ujemnym wpływie na organizm ludzki mówiliśmy już wyżej, jak również o wpływie zimnych lub nadmiernie gorących mieszkań; obydwa te wysoce szkodliwe, szczególnie dla organizmu dziecięcego, czynniki przytrafiają się nie tylko w małych, lecz i w większych mieszkaniach. Oprócz tego, mieszkania małe, przeważnie pojedyncze izby mocno przeludnione, jak to bywa w przeważnej części mieszkań naszego proletariatu nie tylko większych miast, lecz i miasteczek, a nawet w chatach wiejskich, odznaczają się odrębnymi szkodliwościami, ściśle związanymi z przepełnieniem mieszkania, a przez to niedostateczną ilością powietrza, niezbędnego do normalnego funkcjonowania ludzkiego organizmu. To zepsute powietrze o charakterystycznym zapachu, właściwym przepełnionym izdom, składa się z kilku szkodliwych składników, a przede wszystkim z nadmiaru bezwodnika kwasu węglowego (CO₂), gazu zabójczego dla organizmu ludzkiego, a który już w ilości 0,7% wywołuje duszność i objawy zatrucia, tudzież nie mniej szkodliwego tlenku węgla (CO). W mieszkaniach proletariatu jest zawsze, szczególnie w zimie, spora ilość tego szkodliwego gazu wskutek niedokładnie urządzonych pieców, a przede wszystkim piecyków żelaznych. Jak wielka ilość tego gazu (ponad dopuszczalną normę 0,4‰) oraz kwasu węglowego zwykła znajdować się w przepełnionych mieszkaniach,

przytoczyliśmy wyżej w badaniach Koskowskiego, odnoszących się do mieszkań proletariatu żydowskiego w Łaszczowie. Gaz ten, znajdujący się nawet w minimalnej ilości w mieszkalnym powietrzu, wywołuje bóle głowy, ogólne niedomaganie, objawiające się głównie po przebudzeniu zrana, a przy dłuższem przebywaniu w takiej atmosferze następuje chroniczne zatrucie krwi z objawami coraz bardziej wzmagającej się ogólnej niedokrwistości. Dalej wskutek źle urządzonych pieców, szczególnie tam, gdzie znajduje się tylko jedno ognisko do gotowania i ogrzewania mieszkania w zimie, powietrze takich mieszkań zawiera zawsze sporą ilość dymu, a gazy w nim zawarte (siarczany, siarkowy, azotowy i inne) wpływają szkodliwie na organizm, głównie przez podrażnienie dróg oddechowych. Niezależnie od powyższych gazów, powietrze, wydychane w nocy przez znaczną liczbę osobników, posiada dziwnie wstrętny odór, zawierając szkodliwe dla zdrowia czynniki, jeszcze bliżej nie zbadane. Doświadczenie tylko wskazuje, że powietrze takie wywołuje mdłości u osobników, przywykłych do oddychania powietrzem, nie tak strasznie zepsutem. Również powietrze przepelnionych izb zawiera dużą ilość wilgoci, powodując uczucie duszności, a jednocześnie, przez zwiększone promieniowanie ciepła wskutek wilgotności, mieszkańcy stają się bardziej wrażliwi na zimno, skarżą się na ziębnięcie nóg i rąk i łatwo ulegają zaziębieniom. Wszystkie te szkodliwe wpływy objawiają się głównie u tych osobników, które w zimie mało lub wcale nie wychodzą z mieszkania, jak oto: drobne dzieci, chorzy i starcy. Szkodliwy wpływ owych czynników tem bardziej występuje w takich mieszkaniach, które nie posiadają sztucznej wentylacji, albo przynajmniej lufców. Sposstrzega się to w wielkich miastach, szczególnie w mieszkaniach suterenowych, podwórzowych, w budynkach wielopiętrowych czyli t. zw. „drapaczach nieba“, i wszędzie tam, gdzie wskutek przesądu lub oszczędności szczelnie zamykają i zaklejają na zimę okna, nawet lufciki, aby powietrze ciepłe nie uciekało. Po wsiach, pomimo również fatalnych mieszkań, ciepła pora roku, a z nią dużo świeżego powietrza z pól i lasów, praca na wolnym powietrzu — wyrównywają szkodliwości zimowe. Ale ubodzy mieszkańcy wielkich miast nie cieszą się tem dobroczynnem działaniem wyrównawczem natury, gdyż podczas lata większość ich pracuje w przestrzeniach zamkniętych (fabryki), a w ich

ciasnych i przepelnionych mieszkaniach występuje druga ostateczność — szkodliwość nadmiernego upału.

Do szkodliwych czynników ciasnych mieszkań należy także zaliczyć kurz, w nich znajdujący się; przedostaje się on z ulic przepelnionych nim uboższych dzielnic miasta, wskutek nieczystego utrzymywania mieszkań i niedostatecznego oczyszczania tychże, gromadząc się głównie w mieszkaniach suterenowych i na niższych piętrach; najbardziej jednak gromadzi się w izbach, w których znajdują się drobne warsztaty, szczególnie takie, przy których powstaje kurz z materiałów, używanych przy robocie (krawiectwo, szewstwo, fryzjerstwo i t. d.).

Badania Rubnera wykazały, jak wielka ilość kurzu nagromadza się w tego rodzaju mieszkaniach; określił on, że ilość ta jest 700 razy większa od ilości kurzu na wolnem powietrzu. O szkodliwym działaniu kurzu na organizm ludzki mówiliśmy już obszernie w dziale pierwszym, omawiając szkodliwości fabryczne dla zdrowia robotników; tu tylko dodam, że przede wszystkim kurz, pochodzący z substancyj roślinnych i zwierzęcych (wyroby włókniste, włosy ludzkie), działa w sposób drażniący na drogi oddechowe, wywołując chroniczne katary, a przy dłuższem trwaniu tychże usposabia organizm do zakażenia się lasecznikami gruźliczemi, albowiem kurz, przepelniający ciasne, źle przewietrzane mieszkania, zawierać też może i drobnoustroje chorobotwórcze, a przede wszystkim paciorkowce i gronkowce, wywołujące różnorodne stany zapalne, dalej laseczniki ropy błękitnej, a nawet laseczniki i zarodniki tężca i laseczniki gruźlicze. W ciasnych i wilgotnych, źle przewietrzanych mieszkaniach mogą również znajdować się w kurzu, osiadłym na podłodze, szczególnie w kątach niewymiatanych — laseczniki tyfusu brzuszego, a prawdopodobnie i pasorzyty, właściwe innym chorobom zakaźnym (ospa, szkarlatyna, tyfus wysypkowy i t. d.), a dostające się do powietrza z kurzu mieszkań osób chorych, które przebyły choroby zakaźne, zajmując stale lub czasowo te mieszkania. Jak bowiem wiadomo, w niektórych chorobach zakaźnych, szczególnie w tyfusie brzuszny, osobniki, które przebyły tę chorobę, bywają jeszcze bardzo długo, nieraz przez całe tygodnie, a nawet miesiące, rozsadnikami drobnoustrojów chorobotwórczych, zawartych w wydzielinach chorych, a które w ciasnych i brudnych mieszkaniach łatwo się mogą nagromadzić (w brudnej bie-

liźnie, kurzu, nawet na powierzchni produktów spożywczych), szerząc wśród zdrowych mieszkańców tychże mieszkań tyfus brzuszny, który w tych warunkach najczęściej przybiera charakter epidemiczny, umiejscowiony w pewnych domach, a nawet mieszkaniach.

W ciasnych a przepełnionych i brudnych mieszkaniach choroby zakaźne mogą się również szerzyć drogą pośrednią, tj. przez znajdujące się zwykle w obfitości w tej kategorii mieszkań rozmaite owady, będące niemal stałymi współmieszkańcami takich mieszkań, mianowicie: muchy, komary, pchły, wszy, karaluchy i t. p. Rola tych owadów w przenoszeniu ciężkich chorób zakaźnych, a głównie tyfusu wysypkowego, została zbadana bardzo gruntownie, nawet doświadczalnie przez licznych uczonych, przy czym okazało się, że tyfus wysypkowy przenoszą wszy, w których organizmie rozwija się swoisty zarazek, który następnie przez ukąszenie dostaje się do krwi człowieka, powodując rozwój ciężkiej choroby. Stąd też tyfus plamisty oddawna określono jako chorobę, będącą udziałem brudnych i niekulturalnych narodów. Choroba ta bowiem grasowała stale na Wschodzie i w Rosji i jedynie od czasu do czasu wybuchała u nas, i to zawsze przenoszona z Rosji; w Europie zachodniej zaś była prawie nieznaną, niemal do ostatniej wojny.

Faktem jest niezbitym, że epidemia tej ciężkiej choroby, która od lat trzech panuje w kraju naszym niemal stale, szerzyła się przede wszystkim wśród żydowskiego proletariatu w miasteczkach, a tak samo w Warszawie była nią dotknięta przeważnie (około 90%) najbiedniejsza ludność żydowska, zajmująca najgorsze mieszkania w żydowskich dzielnicach, w których panuje nadzwyczajny brud, rojący się od pasorzytnych owadów, a przede wszystkim wszy. Z notatki, łaskawie mi udzielonej przez szefa urzędu zdrowia m. Warszawy, widać, że podczas grasowania epidemii tyfusu wysypkowego od d. 1 stycznia do d. 15 listopada r. 1917 zapadło w Warszawie z przedmieściami na tyfus wysypkowy ogółem **12 743** osób, mieszkających przeważnie w dzielnicach żydowskich; tak więc w okręgu ulicy Nowolipek zapadło osób 1683, w okręgu placu Broni i ulicy Dzikiej 1339, Nalewek, Gęsiej, Muranowskiej i sąsiednich (okrąg V) 3044, Krochmalnej, Wolskiej i Chłodnej 1425, czyli w czterech okręgach z ludnością przeważnie żydowską zapadło osób 7591,

co wynosi przeszło 60⁰/₀ wszystkich zasłabnięć w Warszawie; a jak wiadomo, w tych dzielnicach znajdują się najgorsze i najbardziej przeludnione mieszkania proletariatu żydowskiego. W przeciwieństwie do tego zanotowano, że w dzielnicach, mających mieszkania dobre, liczba zapadnięć, występujących również przeważnie wśród Żydów, była o wiele mniejsza; tak w okręgu IX (ulice: Piękna, Łazienkowska) zapadło tylko 215 osób, w okręgu XI (ulice: Polna i Mokotowska) — 151 osób, w okręgu Zamkowym 243, w okręgu XVI (ulice: Czerniakowska, Sielce, Mokotów) — 117; więcej znowu, bo 146 osób, w okręgu Powązkowskim, w którym, jak wiadomo, również znajdują się bardzo licze mieszkania.

Analogicznych spostrzeżeń co do mieszkań dokonano podczas epidemii tejże choroby w Warszawie w roku 1915.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa, w rozwoju wszelkich chorób zakaźnych (szkarlatyna, odra) różnorodne owady domowe, a przede wszystkim pchły, wszy i muchy, odgrywają ważną rolę, co do tyfusu jednak rola ich jako współczynnika nie jest dotychczas ściśle wyjaśniona; natomiast nie ulega najmniejszej wątpliwości, że komary, obficie gnieźdzące się w porze letniej w ciasnych mieszkaniach suterenowych, są bezpośrednią przyczyną zimnicy (malarji), która u człowieka rozwija się od ukąszenia komara, w którego przewodzie pokarmowym dojrzewa zarazek tej choroby. Liczny więc jest zastęp najróżnorodniejszych cierpień zakaźnych, tak ostrych jak i chronicznych, związanych ściśle z ciasnemi i niehigienicznymi mieszkaniami, cierpień, w których współdziała długi szereg innych szkodliwych momentów, składających się na całokształt tak zwanego pauperyzmu; dlatego często trudno orzec stanowczo, który z tych różnorodnych czynników stanowi istotną przyczynę choroby, gdyż to lub owo cierpienie, np. reumatyzm, może powstać tak wskutek wilgotnego mieszkania, jak wskutek pracy w zimnej atmosferze przy niedostatecznym ubraniu, przy jednoczesnym nadużyciu spirytualjów i t. p. Wszelako istnieje jedno, bardzo ciężkie i częste cierpienie, na które zapada przeważnie ludność proletariacka, tj. suchoty czyli gruźlica płucna, o której z wielkim prawdopodobieństwem można powiedzieć, że jest ściśle zwią-

zana z ciasnem, przeludnionem i niehigienicznym mieszkaniem; z wielką też słusnością wyrzekł słynny badacz niemiecki, Robert Koch, że suchoty płucne jest to choroba mieszkaniowa (Wohnungskrankheit) w najściślejszem tego wyrazu znaczeniu i że początek jej, najczęściej datujący się od wczesnego dzieciństwa, ma swoje źródło w zarażeniu w mieszkaniu, wśród rodziny, z której jeden członek jest dotknięty ciągnącą się nieraz od wielu lat przewlekłą gruźlicą płucną, a którego płwocina, obficie zrzucana na podłogę i podczas kaszlu rozpryskiwana w powietrzu, rozszerza laseczniki gruźlicze, przedostające się następnie do kurzu, osiadającego w kątach ciasnych, bezsłonecznych i nieprzewietrzanych mieszkań, skąd różnemi drogami dostają się do organizmu zdrowych współmieszkańców, a przedewszystkiem dzieci, wywołując u nich powoli tę fatalną chorobę. Sprawie tej w ciągu ostatniego ćwierćwiecza poświęcili liczni autorowie zagraniczni, przeważnie francuscy i niemieccy, gruntowne studia, oparte na wszechstronnych badaniach mieszkań i zestawieniach statystycznych, dotyczących śmiertelności z gruźlicy w związku z zakażeniem wewnątrz mieszkaniowem. Nie mogę tutaj nawet pobieżnie przytaczać licznych prac, wykonanych przeważnie na podstawie badań w Paryżu przez Marie-Davy'ego i Jauillerata, przez Biggsa w Nowym Jorku, przez Wernickego w Poznaniu, Romberga w Marburgu i wielu innych. Wspomnę tylko, że najciekawsze dane podaje Wernicke dla Poznania, w którym to mieście, liczącem w r. 1908 150 tysięcy mieszkańców, zmarło w ciągu lat 1901—1908 na suchoty płucne 2608 osób, co wynosi 10,2% ogólnej śmiertelności mieszkańców. Tych 2608 przypadków autor zbadał szczegółowo co do domów i mieszkań, w których zmarli owi suchotnicy, i okazało się, że były takie domy, w których zmarło aż do 21 suchotników i że z ogólnej liczby 2701 domów w 370 zmarło 1214 osób na suchoty, t. j. przeszło 50%. Były nawet domy, szczególnie w starych dzielnicach Poznania, w których w ciągu lat 19 umierało po 16—28, a nawet 49 osób na suchoty, zarazek więc istniał stale w tych domach i w ciągu całego szeregu lat porywał nowe ofiary. Nie podaję tu innych wysoce ciekawych szczegółów tej pracy znakomitego i wiarogodnego higienisty, przytoczę tylko jego spostrzeżenia, że mieszkania w owych zakażonych domach, obok ciasnoty, odznaczały się przedewszystkiem brakiem słońca,

tego najpotężniejszego, naturalnego niszczyciela zarazka gruźliczego.

W Paryżu z ogólnej liczby domów mieszkalnych (przeszło 80 tysięcy) znalazło się, podług Marie-Davy'ego, 4443 takich, w których w ciągu lat jedenastu zmarło na suchoty przeciętnie po 5—9 osób, a w 1820 domach po 10 i więcej osób, w 820 zaś domach, liczących przeszło sto tysięcy mieszkańców, zmarło w ciągu lat 11 na suchoty 11500 osób, t. j. 9,5 na tysiąc mieszkańców rocznie, co czyni prawie dwa razy większą śmiertelność z tej choroby, niż u ogółu mieszkańców (rocznie $4,5\text{‰}$). Mieszkania owe, przedstawiające wysoki procent śmiertelności z gruźlicy, miały tę wspólną cechę, że były mocno przeludnione i posiadały zupełnie niedostateczną ilość światła, cechę niezmiernie ważną, autorowie bowiem zauważyli ściśle niemal w tem związek, że wzrost śmiertelności ma się w stosunku odwrotnym do liczby okien w mieszkaniu. Podobne spostrzeżenia co do związku między śmiertelnością z gruźlicy a lichymi mieszkaniami, jak to już wzmiankowałem, spostrzegano i w wielu innych wielkich miastach; jakoż pod tym względem jest wielce pouczająca tabelka, podana w pracy Serkowskiego („Przyrost naturalny ludności“. Warszawa, 1917), która co do Paryża zawiera następujące dane:

DZIELNICA	Liczba mieszkań	Powierzchnia ogólna placów m ²	Pod zabudowaniami m ²	Powierzchnia podwórz i ogrodów m ²	Przeciętna śmiertelność na gruźlicę (13 na 1000)
I	1441	15 995	9 071	6 924	3,47
II	4212	18 175	14 801	3 374	9,66

Z tego uwidocznia się, że z dwóch dzielnic, niewiele różniących się pod względem powierzchni, w jednej było przeszło trzy razy więcej domów, niż w drugiej, i dwa razy mniej przestrzeni pod ogrodami i podwórzami, a w związku z tem pozostaje i śmiertelność z gruźlicy, t. j. była prawie trzy razy większa. Toż samo spostrzegano i w Petersburgu, gdzie w dzielnicach, w których przeciętnie zamieszkiwało jeden pokój 1,1 osób,

liczba śmiertelności z gruźlicy wyniosła przeciętnie 3 na tysiąc mieszkańców, a przy liczbie 1,5 osób na pokój śmiertelność wyniosła 4,5⁰/₁₀₀. Odwrotnie znowu wypada nadmienić i o fakcie pocieszającym, że w tych miastach, gdzie zbudowano lepsze mieszkania dla klasy biednej i poprawiono warunki higieniczne złych mieszkań (skasowano sutereny i t. p.), śmiertelność z suchot zmniejszyła się znacznie. Tak w dzielnicy robotniczej Gladbach pod Monachjum śmiertelność z suchot zmniejszyła się prawie o 50⁰/₁₀₀ (Blum), a toż samo dla Poznania podaje Wernicke. W Anglii, w której śmiertelność z suchot w ciągu ostatnich lat 45 spadła prawie o połowę, autorowie jednoznacznie twierdzą, że owa zmniejszona śmiertelność, idąca zresztą w parze ze spadkiem ogólnej śmiertelności, stoi w ścisłym związku z rozpoczęciem wielkich reform społecznych, a przede wszystkim ze zburzeniem całych wielkich a niezdrowych dzielnic w Londynie i Edynburgu i wytworzeniem nowych dzielnic zdrowych, pobudowaniem na wielką skalę zdrowych domów robotniczych i t. d. Do pewnego stopnia na zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy w mieszkaniach proletariatu mogła wpłynąć i ta okoliczność, że wskutek rozpoczętej przez państwo energicznej walki z gruźlicą, jak to się dzieje w Saksonji i innych krajach Rzeszy, jak również w Norwegji i Anglii, wiele mieszkań, w których przebywali suchotnicy, zostało gruntownie oczyszczonych, a chorzy ci, jako siewcy zarazy, są przymusowo umieszczani w sanatorjach na mocy obowiązującego prawa, surowo przestrzegane, zwłaszcza w Saksonji i Norwegji.

Co się tyczy natężenia gruźlicy we wsiach, w których, jak to już nadmieniliśmy, istnieją niemal wszędzie w Europie (z wyjątkiem Anglii) fatalne warunki mieszkaniowe, to przede wszystkim zauważyć należy, że np. w Niemczech, podług Prinzinga, śmiertelność z suchot we wsiach jest bardzo niewiele mniejsza niż w miastach (u mężczyzn wynosiła wogóle we wsiach 217, w miastach 293, a u kobiet we wsiach 203, w miastach 213 na sto tysięcy mieszkańców). Ten fakt nie powinien nas wcale dziwić, gdyż, jakżeśmy to już zaznaczyli, mieszkania ludności wiejskiej w wielu okolicach Niemiec są niemniej fatalne, jak u nas, dlatego i gruźlica najbardziej odbija się na kobietach, które w ciasnych mieszkaniach przebywają nieraz całymi dniami, bez wychodzenia na powietrze, szczególnie w porze zimowej.

Stąd też dr. Jacob we wzmiankowanej już pracy pisze, że w niektórych okręgach wiejskich w Niemczech (np w prowincji Hanowerskiej) śmiertelność z suchot wynosiła w roku 1907 30 do 35 na dziesięć tysięcy mieszkańców, czyli niemal podwójną liczbę śmiertelności, notowanej w Prusiech (14,46), więc też autor nawołuje wielkim głosem do gruntownej reformy w budowie i urządzeniu higienicznem chaty wiejskiej w Niemczech na wzór Anglii. Tak się przedstawia sprawa stosunku złych mieszkań do rozwoju gruźlicy na Zachodzie, na podstawie szczegółowych i wieloletnich prac licznych autorów. U nas niestety jakiegokolwiek ściślejsze dzieło w tej sprawie nie istnieje; tylko z ankiety mieszkaniowej, dokonanej przez Warszawskie, jak i Łódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze (o czem już wzmiankowano), mogliśmy nabrać pojęcia, że chorzy na gruźlicę płucną mieszkają głównie w ciasnych i mocno przeludnionych izbach, po większej części pojedynczych, w których liczba mieszkających razem z suchotnikiem osób wynosiła nietylko kilka, ale nawet kilkanaście. A takie lokale nie były znowu wyjątkiem gdyż z liczby 778 mieszkań, w których mieszkało razem 4255 osób, t. j. przeciętnie 4 — 5 osób, były to w przeważnej części izby pojedyncze, a w 79 podobnych izbach mieszkało po 4 osoby, w 84 po 5 osób, w 79 po 6 osób, w 50 po 7 osób, w 44 po 8 osób, w 9 po 25 osób, w 10 po 19 osób. Ten sam, nawet gorszy stosunek znaleziono w Łodzi, Lublinie i Kaliszu; na ogół w Łodzi 88% lokali, w których mieszkali suchotnicy, a w Warszawie 71% były mieszkaniem jednoizbowymi. Na podstawie spostrzeżeń, dokonanych za granicą, należy więc *a priori* przypuszczać, że i w naszych mocno zaludnionych wielkich centrach mieszkaniowych muszą być domy i mieszkania, w których suchoty występują stale w znacznym stosunku, gdyż warunki higieniczne tych mieszkań nie różnią się niczem, a być nawet może są wiele gorsze od podobnych mieszkań za granicą, a więc i tutaj istnieje obfite źródło szerzenia się gruźlicy wśród zdrowych osób, zamieszkałych wspólnie z suchotnikiem. To samo co o wielkich miastach, powiedzieć można i o wsiach polskich, z których wogóle jakichkolwiek ściślejszych danych statystycznych co do szerzenia się gruźlicy nie mamy, nie ulega jednak wątpliwości, że fatalne warunki mieszkań wiejskich w zupełności usprawiedliwiają zdanie W. Puławskiego z Radziejowa, że:

„Ciasnota, niechlujstwo, brak kąpeli, brak wentylacji, światła, wilgoć, charakteryzująca większość mieszkań naszego ludu wiejskiego — staje się podłożem rozwijającej się wcześniej lub później — gruźlicy“.

O ile badania stosunku gruźlicy do ciasnych mieszkań w wielkich miastach, z powodu częstych zmian mieszkań ludności i różnych innych okoliczności (niechęć do ankiet, wyjazdy na wieś, do szpitali i t. p.), dają się przeprowadzić z wielką trudnością, o tyle łatwo dałoby się to uskutecznić w małych miasteczkach, a bardziej jeszcze we wsiach, gdzie większość ludności zajmuje stale też same mieszkania, a lekarz ma możliwość i łatwość dostępu do mieszkań i możliwość kreślenia graficznego historii szerzenia się i rozwoju gruźlicy w pewnych domach i mieszkaniach. Byłaby to praca wdzięczna, która niechybnie przyczyniłaby się do wyjaśnienia i na naszym gruncie tego niezupełnie jeszcze ściśle na podstawie naukowej badanego problemu, gdyż, jak słusznie ostrzega znany higienista Flügge, pomyślnie działanie jasnych przestrzeni i czystego powietrza na nasz ustrój, ochotę do pracy i zdolność używania życia sprawdziło znaczną przesadę w ocenie higienicznego znaczenia tych warunków. I rzeczywiście, organizm ludzki ma dziwną i niezmiernie rozciągliwą właściwość przystosowania się do najgorszych warunków higienicznych, czego najlepszym dowodem jest rasa żydowska, która, jak wykazały moje badania (patrz szczegóły w mojej pracy: „Wielkie klęski społeczne“ — str. 226), potwierdzone następnie przez innych, zapada i umiera w Warszawie na gruźlicę stosunkowo rzadziej, aniżeli ludność chrześcijańska, pomimo, że warunki bytu, a przede wszystkim mieszkania proletariatu żydowskiego są o wiele gorsze od warunków, w jakich przebywa i mieszka proletariąt polski. I tak: procent śmiertelności suchotników w stosunku do ogólnej śmiertelności w Warszawie w roku 1900 wyniósł dla chrześcijan 11,5, dla Żydów — 9; w roku 1901 dla chrześcijan — 11⁰/₀; w roku 1903 dla chrześcijan — 13⁰/₀, a dla Żydów — 10⁰/₀. Z obliczeń zaś moich na podstawie 10 tysięcy przypadków (5000 chrześcijan i tyleż Żydów), wypadło, że z liczby 5000 chrześcijan dotkniętych było gruźlicą w różnych okresach choroby 40,26⁰/₀, z 5000 zaś Żydów — 35,48⁰/₀.

Ten na pozór paradoksalny fakt starałem się wytłumaczyć na podstawie przystosowania się ubogiej ludności żydowskiej, od wieków w miastach zamieszkałej, do złych warunków higienicznych przy współdziałaniu immunizacji, t. j. odporności na zarazek gruźlicy, z którym taż ludność stykała się od niepamiętnych czasów, w przeciwieństwie do proletariuszów ludności polskiej w Warszawie, która to ludność pochodzi przeważnie ze wsi, gdzie żyła w warunkach o wiele korzystniejszych pod względem powietrza i trybu życia. Sądzę, iż podobne tłumaczenie, mówiąc nawiasem, dałoby się zastosować i do notowanej w Warszawie w obecnym czasie epidemji tyfusu wysypkowego, w którym występuje o wiele mniejsza śmiertelność u żydów niż u chrześcijan, pomimo, iż ci zapadają na tyfus o wiele rzadziej.

Oprócz suchot płucnych, które, jak wyżej wykazano, łączą się tak ściśle ze złym mieszkaniem, istnieją jeszcze inne choroby, co do których badania nowoczesne wykazały, iż w ich rozwoju także wywiera wielki wpływ złe, a przede wszystkim przeludnione mieszkanie. Do tych chorób zaliczyć należy bardzo ciężką u małych dzieci i niezwykle często kończącą się śmiertelnie tak zwaną biegunkę letnią. Jak częsta jest ta choroba, tego najlepszym dowodem jest okoliczność, że, podług ścisłych obliczeń w Niemczech, z liczby 2 milionów dzieci, rodzących się w ciągu roku, około 400 tysięcy umiera w pierwszym roku życia, a najczęstszą przyczyną tych wypadków śmierci jest właśnie biegunka letnia. I u nas choroba ta również porywa wielką liczbę niemowląt; podług bowiem obliczeń dr. Bukowskiej (*Zdrowie*, 1916 r.), śmiertelność dzieci w wieku do 1½ roku wynosi 15 - 20%, przeciętnie 17%. W Łodzi, podług szczegółowych danych dr. Szenajcha, śmiertelność niemowląt wśród dzieci proletarjackich wynosi: u chrześcijan — 15,6%, u żydów — 10,9%; wprawdzie nie są oznaczone bliżej stosunki mieszkaniowe podanej wyżej ankiety mieszkaniowej dla Łodzi, wiemy jednak, jak fatalne stosunki mieszkaniowe tam panują. Nie mogąc bliżej roztrząsać tutaj przyczyn i warunków tej nadmiernej śmiertelności noworodków, spostrzeganej wszędzie od dawna, nadmienię tylko, że do ostatnich czasów autorowie przypisywali ją wadliwemu, a przede wszystkim sztuczному karmieniu noworodków i coraz bardziej zmniejszającemu się karmieniu

piersią matki. W ostatnich jednak czasach niemieccy autorowie, a głównie Rietschel („Sommersterblichkeit bei der Kinder, ein Wohnungsproblem“. Berlin, 1911. Cytata Wernickego), na podstawie badań bardzo szczegółowych w Berlinie, zwrócił uwagę, że biegunka letnia u dzieci panuje przeważnie w pewnych dzielnicach, domach, a nawet mieszkaniach o ludności mocno skupionej, wogóle wadliwych pod względem higienicznym, i że mieszkania o temperaturze nadmiernie wysokiej w porze letniej bywają u dzieci, stale przebywających w takich mieszkaniach, główną przyczyną zapadań, oraz, że nawet u dzieci, karmionych piersią matki, zjawia się również biegunka, jeśli podczas lata przebywają w podobnie przegrzanych mieszkaniach. Tegoż zdania jest i prof. Prausnitz, który powiada, że na śmiertelność noworodków, obok złego odżywiania i opieki, wpływa bezspornie i złe mieszkanie, oddziałujące niekorzystnie na zdrowie niemowląt wprost przez zepsucie powietrza nadmiernym nagraniem, a pośrednio przez rozkład mleka, służącego do sztucznego odżywiania, wreszcie przez niemożność dopilnowania odpowiedniej czystości dziecka wśród dusznej, parnej i gorącej atmosfery izby, w której ono najczęściej stale przebywa. A gorąco w tych mieszkaniach bywa niesłychane, jak to już wspominaliśmy za Rietschlem, który wykazał, że nieraz przez całe tygodnie w czasie skwarne lata temperatura nie spada tam poniżej 24° C, a nawet podnosi się do 36° C, albowiem fatalny przesąd, wszędzie wśród ludu panujący, nie pozwala otwierać okien, aby dziecko się nie przeziębiło, przyczem mimo upału szczelnie otulają samo dziecko. Że nadmierne ciepło wywołuje z łatwością zaburzenia kiszkowo-żołądkowe nawet u dorosłych, o tem pouczają doświadczenia, dokonane w klimacie gorącym.

Te dwie podstawowe choroby wśród klas biednych, tj. gruźlica płuc u dorosłych i biegunka letnia u dzieci, są poniekąd ściśle związane ze złymi mieszkaniem, a można pośrednio upatrywać ten związek i z powstawaniem chorób zakaźnych; są więc razem trzy wielkie grupy chorób, przyprawiających o śmierć olbrzymią liczbę proletariatu, tak między dorosłymi, jak i dziećmi. Sądzę, że na zakończenie słusznie powtórzę przytoczone na wstępie zdanie, że rozwiązanie sprawy mieszkań dla ubogiej ludności stanowi jedno z najważniejszych zadań społecznych i tem naglejsze, że, jak wiemy, złe mieszkanie przyczynia się

nietylko do powstawania ciężkich chorób, lecz jednocześnie wywiera wpływ szkodliwy na stronę duchową, stałe bowiem przebywanie w mieszkaniach przepelnionych, brudnych i zimnych znosi radość istnienia, wywołuje uczucie szarzyzny życia i chęć wydobycia się na zewnątrz, aby odurzać się, najczęściej w szynkowni, dla zapomnienia o smutnym i beznadziejnym jutrze.

WYKŁAD VI.

Wpływ niedostatecznego odżywiania i złej przemiany materji. Główne rodzaje pokarmów i ich wartość odżywcza. Normy żywienia ubogiej ludności w różnych krajach Europy. Wpływ lat głodowych i obecnej wojny na stan zdrowia ludności.

W poprzednich wykładach starałem się wykazać szkodliwy wpływ nadmiernej pracy, nieodpowiednich zajęć, a przede wszystkim złych mieszkań klasy biednej na rozwój i wzmożenie różnorodnych chorób.

Niezależnie od dopiero co wspomnianych szkodliwych czynników, również niepospolity wpływ na zdrowotność wywiera niedostateczne odżywianie. Organizm bowiem ludzki, szczególnie pracującego fizycznie człowieka, musi być należycie odżywiany, nie tylko aby pokryć normalne straty ustroju przez ciągłe zużywanie jego tkanek, lecz aby jednocześnie wyrównać normalną utratę ciepła organizmu i produkcję jego siły, potrzebnej do wykonywania pracy. Stąd też od dawien dawna różni badacze starali się określić bliżej potrzebną organizmowi, znajdującemu się w różnorodnych warunkach, ilość i jakość pokarmów. Niepodobna tutaj nawet pobieżnie streszczać licznych danych, które wytworzyła nowoczesna nauka w sprawie zapotrzebowań organizmu w kierunku odżywiania; ograniczyć się tu muszę do najogólniejszych, odsyłając po szczególności do podręczników higieny i fizjologii, tem bardziej, że doświadczenia, osiągnięte podczas ostatniej wojny w sprawie odżywiania ludności, zmieniły zasadniczo wiele poglądów na tę

kwestję, uważanych dawniej za podstawowe ¹⁾. Normy prawidłowego odżywiania są bardzo rozmaite, zależnie od wymogów kultury danego społeczeństwa, od klimatu, przyzwyczajenia i t. p. wielce różnorodnych czynników, wśród których stan ekonomiczny kraju, trudniejsze lub łatwiejsze nabycie materiałów spożywczych i t. d. odgrywa rolę niepoślednią. Stąd też wnioski, oparte na badaniach w jednym kraju, w którym np. materiały spożywcze lub nawet niektóre ich rodzaje (mięso) były drogie w porównaniu z innymi krajami (Niemcy, Anglja, Polska), z trudnością mogą być zastosowane do drugiego, jak to dotychczas czyniono powszechnie, porównywając np. wyniki odżywiania zdrowych żołnierzy bawarskich lub wybornie płatnych, dobrze się żywiących robotników angielskich z biednymi wyrobnikami polskimi. Dlatego też doświadczenie wojny obecnej wykazało, że biedny robotnik polski, stale niedostatecznie odżywiany przez całe szeregi pokoleń, znosi głód wojenny w zadziwiający sposób, żywiąc się i utrzymując swoją egzystencję tak małą ilością pokarmów, jaka, wedle panujących przed obecną wojną poglądów teoretycznych, powinna go była rychło doprowadzić do zupełnego wycieńczenia i upadku sił. To samo doświadczenie w czasie obecnej wojny uczyniono i w Niemczech.

A zatem liczby, uchodzące uprzednio za normę, ulec powinny poprawkom, i to dla każdego kraju oddzielnie, a niemal dla każdej oddzielnej klasy roboczej (miejskiej lub wiejskiej) powinna być w przyszłości opracowana odpowiednia norma minimalna, oparta na ścisłym badaniu, aby w przypadkach klęski głodowej odżywianie klas biednych za pomocą funduszy państwowych lub miejskich opierało się na danych właściwych każdemu narodowi, nie zaś zaczerpniętych z doświadczeń, czynionych w innym społeczeństwie, w którym istnieją zupełnie odrębne warunki żywienia, smaku i przygotowania potraw; tak np. kasza jaglana, ten wielce pożywny i ulubiony pokarm naszego ludu wiejskiego, jest prawie nieznaną w Niemczech i Francji, natomiast ryżu, potrawy tak pospolitej w tych krajach, lud nasz bardzo mało używa. Z tłuszczów oliwa jest u nas mało używana,

¹⁾ Szczegóły w tym przedmiocie znajdują się w wysoce ciekawej pracy E. Abderhaldena: „Die Grundlagen unserer Ernährung“ (Berlin, 1917).

natomiast w powszechnym są użyciu słonina i szmalc, które do czasów obecnej wojny były bardzo tanie w porównaniu z cenami tych artykułów w Niemczech. Różne jarzyny, ulubione jadalne niezamożnych klas we Francji, u nas zastępowane są kapustą, przyrządzaną na rozmaity sposób, a mało będącą w użyciu we Francji i Niemczech. Mięso, ze względu na jego dawniejszą tanią, spożywane było w miastach dość obficie nawet wśród klas biedniejszych, na wsiach zaś o wiele rzadziej, podobnie jak w krajach południowych, gdzie mięso, ze względu na jego drożyznę, jest przedmiotem zbytku.

W każdym jednak razie, pomimo rozmaitych wpływów indywidualnych, sprawę odżywiania rozważać należy na podstawie danych naukowych t. zw. przemiany materji, wykazującej szeregi zmian, którym podlegają ciała odżywcze, wprowadzone do ustroju, a zaczerpnięte przedewszystkiem ze świata roślinnego. Zmiany te są bardzo rozmaite, polegają zaś na rozkładzie pod wpływem fermentów na cząsteczki o coraz prostszym składzie, które po wydaleniu z ustroju idą znowu na pożytek roślin, jako ich pożywienie. Wydalone z ustroju związki azotowe podlegają dalszemu rozkładowi i w postaci azotanów i amonjaku są pochłaniane przez rośliny; tak więc bez przemiany materji w roślinach istnieć nie może przemiana materji u zwierząt. Jedne i drugie są ogniwem jednego i tego samego łańcucha, wytwarzając razem wieczyste krążenie materji (Richter). W naturze bowiem energia nie może powstać z niczego i ginąć bez śladu. Jeśli tedy energia słoneczna przyczynia się do wytworzenia substancyj organicznych, musi ona mieć gdziekolwiek ujście; wiemy dziś dokładnie, ile np. musi się wytworzyć energii dla otrzymania z kwasu węglowego i wody cząsteczki (molekuły) cukru, aby zaś tę cząsteczkę rozłożyć na kwas węglowy i wodę, znowu ta sama ilość energii musi się wytworzyć. Organiczne więc środki odżywcze są wytworami energii. Człowiek zużywa tlen, wdycha kwas węglowy i wydziela wodę; dwa pierwsze z tych ciał są pochodzenia organicznego. Tlen służy do spalania substancyj organicznych pochodzenia roślinnego, przyczem w ciele naszym wyzwala się energia słoneczna, która organizmowi dostarcza siły do pracy i stale utrzymuje ciepłotę jego na wysokości 37° C. W roślinie więc przy udziale energii słonecznej wytwarzają się substancje organiczne, które, spożyte przez or-

ganizm ludzki lub zwierzęcy, nie tylko służą do odbudowy komórek, stale się zużywających, lecz jednocześnie dostarczają materiału, z którego komórki wyzwalają energję, będącą dla organizmu źródłem pracy i ciepła (Emil Abderhalden). Nowe te pojęcia naukowe, nazwane przez Rubnera teorią energetyczną czyli Energetyką, stanowią podstawę nowoczesnej nauki o odżywianiu. Nie mogę tej teorii tutaj rozpatrywać bliżej, nadmienię więc tylko, że w sprawie odnowy ustrojowych związków organizmu różne ciała pokarmowe bynajmniej nie są równoznaczne, że np. części komórki zwierzęcej, wykonywające pracę, mogą być odnawiane tylko przez białko, gdyż ono z pośród wszystkich ciał pokarmowych zajmuje pod tym względem stanowisko pierwszorzędne; badanie zaś związków pokarmowych pod względem dynamicznym pozwala określać wytworzone ilości ciepła i energii, potrzebnych organizmowi. Miarę tę w praktyce oznacza się przez t. zw. kaloryję, tj. jednostkę ciepłikową czyli ciepłostkę, która wyraża ilość ciepła, potrzebnego do ogrzania jednego grama wody od 0 do 1° C.

Następnie na drodze ścisłych badań starano się określić, ile jednostek ciepłikowych potrzebuje organizm ludzki dla pokrycia swoich strat, oraz wytworzenia energii i ciepłika. Otóż badania szczegółowe wykazały, że pod tym względem zachodzą liczne wahania, zależne od wieku osobnika, wagi jego ciała, od spoczynku, bądź od więcej lub mniej natężonej pracy; tak więc, według Noordena, liczba kaloryj na 1 kilogram wagi ciała dorosłego człowieka wynosi:

w stanie spoczynku	30 — 34 kaloryj
„ „ lekkiej pracy	34 — 40 „
„ „ umiark. „	40 — 45 „
„ „ ciężkiej „	45 — 60 „

A zatem mężczyzna dorosły, przeciętnej wagi 70 kg, wymagałby dla zachowania równowagi: w spoczynku — około 2300 kaloryj, przy pracy bez wysiłku fizycznego — około 2630; robotnik pracujący bez wysiłku (służący, rzemieślnik i t. p.) potrzebuje około 3120 kaloryj, ludzie zużywający dużo siły fizycznej (jadący na rowerze, roznosiciele i t. p.) — około 3660, a wreszcie ciężko pracujący robotnicy (górnicy, cieśle, robotnicy rolni i t. p.) — około 5200 ciepłostek.

Te zapotrzebowania określonej liczby ciepłostek musi organizm ludzki pokryć zapomocą odżywiania, t. j. spożycia odpowiedniej ilości pokarmów, które na podstawie dokonanych badań podzielić można na dwie główne grupy:

1) Ciała organiczne, zawierające azot, do których wchodzi: a) związki białkowe pochodzenia zwierzęcego i roślinnego; b) substancje kleiste (glutenoidy); c) inne związki azotowe (substancje wyciągowe i t. p.); dalej ciała organiczne, nie zawierające azotu, do których należą: tłuszcze, węglowodany, wyskok i t. p.

2) Ciała nieorganiczne, składające się z wody i soli mineralnych.

Te dwie grupy pokarmowe w stosunku do wspomnianej już przemiany materji mogą być, według Richtera¹⁾, podzielone na następujące działy:

1) Substancje pokarmowe, służące do odnowy tkanek i do wytwarzania ciepła, a przeto będące też źródłami siły. Przedstawicielami tej grupy są ciała białkowe (roślinnego i zwierzęcego pochodzenia).

2) Ciała, stanowiące główne źródło siły, są to tłuszcze i węglowodany, służące też i do odnowy ustroju, o ile pozostają w nim w zapasie, z którego komórka czerpie dla siebie materiał odżywczy.

3) Ciała, służące tylko do utrzymania składu chemicznego ustroju, a temi są sole i woda. Nie są one źródłem siły, ponieważ, przechodząc przez ustrój, nie ulegają utlenieniu.

Otóż wyszczególnione tu różnorodne ciała pokarmowe, zostały szczegółowo zbadane zapomocą specjalnych narzędzi (kalorymetry), przyczem ściśle oznaczono liczbę ciepłostek, jakie każde z nich wytwarza przy spalaniu, liczby te zaś okazały się mniej więcej zgodnymi z temi danymi, jakie otrzymano przy badaniu zapomocą różnych metod fizjologicznych produkcji ciepła w organizmie po wprowadzeniu do niego pewnego pokarmu. I tak, okazało się, że:

¹⁾ Richter: „Przemiana materji i jej choroby” (przekład polski). (Warszawa, 1908.)

1 gram białka	wytwarza	4,1	ciepłostek (kaloryj)
1 „ tłuszczu	„	9,3	„ „
1 „ węglowodanów	„	4,1	„ „
1 „ alkoholu	„	7	„ „

Na tej podstawie łatwo już można skombinować, ile ciepłostek wytworzą spożyte pokarmy, istnieją bowiem szczegółowe tabele (Königa i innych), wykazujące skład chemiczny różnych pokarmów, z pomiędzy których przytaczamy najważniejsze:

	Woda	Związki białkowe	Tłuszcze	Węglowodany	Sole
Wołowina średnia	71,50	20,10	7,40	—	0,80
Cielęcina tłusta	72,31	18,88	7,41	0,07	1,33
Wieprzowina tłusta	47,50	14,50	37,30	—	0,70
Karp	77,91	18,56	1,85	—	1,28
Śledź solony	46,23	18,90	16,89	1,57	16,41
Groch	13,80	23,33	1,88	52,65	2,76
Mąka pszenna	12,63	10,68	1,13	74,74	0,52
„ żytnia	12,58	9,62	1,44	73,84	1,17
Kasza gryczana	14,80	13,31	2,66	66,04	1,76
„ perłowa	14,61	8,61	0,47	68,47	0,60
Ziemniaki	74,93	1,99	0,15	20,86	1,09
Marchew	86,77	1,18	0,24	9,06	1,03
Brokuć	88,88	1,39	0,18	7,39	0,74
Kapusta	90,11	1,83	0,18	6,05	1,18
Jabłka	84,37	0,40	0,70	12,13	0,42
Mleko krowie	—	3,4	3,6	4,8	—
Śmietana	—	3,7	25,7	3,5	—
Ser tłusty	—	27,2	30,4	2,5	—
Masło	—	0,9	83,1	0,5	—
Jaja	—	14,1	10,9	—	—

Na podstawie takich tabel można obliczyć, ile organizm wytwarza ciepła ze spożytych pokarmów; jeśli więc osobnik

spożył w ciągu doby po 100 g głównych ciał pokarmowych, to wypadnie:

100 g białka	= 100 . 4,1 =	410 ciepłostek
100 g tłuszczu	= 100 . 9,3 =	930 „
400 g węglowodanów	= 400 . 4,1 =	1640 „
Razem		2980 ciepłostek.

Nasuwa się tu pytanie, jakie są, ze względu na produkcję ciepłostek, ilości różnego rodzaju substancyj pokarmowych, potrzebne do normalnego odżywiania dorosłego zdrowego człowieka. Poglądy pod tym względem są rozmaite. Dawny postulat, uważany za zasadniczy, a oznaczony przez Voita, określa tę normę na 40 do 50 ciepłostek na kilogram wagi dorosłego człowieka, t. j. około 3000 ciepłostek na dobę, na którą to ilość miałyby się składać: 105 g strawnego białka, 56 g tłuszczu i 500 g węglowodanów. Inni autorowie wskazali większe lub mniejsze ilości, np. białka 100—125 g i więcej, zależnie od rodzaju pracy, klimatu, wieku i t. p. Szczegółów tych, jako zbyt specjalnych, podawać tu nie będę, nadmienię tylko, że teoretyczne te obliczenia ulegają licznym wahaniom, z których należy przede wszystkim uwzględnić stopień strawności pokarmów, może bowiem wypaść teoretycznie ilość pewnego pokarmu (np. ziemniaków, chleba razowego), jako dostateczna dla wytworzenia przez organizm koniecznej liczby ciepłostek, a tymczasem duża część białka, np. z chleba razowego lub węglowodanów (jak ziemniaki) wychodzi niestrawiona z organizmu, następuje więc w odżywianiu rzeczywisty deficyt. Z drugiej strony osobnik, np. pracujący na wolnym powietrzu, może wchłaniać daleko lepiej tę kategorię pokarmów, aniżeli osobnik miejski, prowadzący tryb życia siedzący. Stąd też w ostatnich czasach E. Abderhalden (l. c.) słusznie zwraca uwagę na kwestję strawności pokarmów roślinnych, szczególnie przy odżywianiu się ludności biednej wielkimi ilościami tychże, zawierającymi dużo drzewnika (celulozy), skutek czego znaczne ilości białka wydalane są razem z kałem, jako niestrawione, co częściowo zależy także nie tylko od włóknika, lecz i od złego przygotowania strawy, pokarmy roślinne bowiem muszą być drobno krajane, długo gotowane, a nawet dokładnie zżute (powolne jedzenie, dobre zęby i t. p.),

aby mogły być należycie strawione, czyli stanowić dla organizmu istotny pożytek. Ta kwestja wchłanianości pożywienia stała się w obecnych czasach wojennych zagadnieniem aktualnem i dała nawet powód do opracowania odpowiednich tabel, w których obliczono wchłanianość różnorodnych pokarmów ¹⁾, a z których wynika, że np.:

	białka	tłuszczu	węglowodanów
Z pokarmów zwierzęcych wchłania się	97,0%	96,0%	98,0%
Z pokarmów roślinnych	75%	70%	92%
Z pożywienia mieszanego przy większej zawartości mięsa .	91%	95%	97%
Toż samo z dodatkiem chleba żytniego	82%	92%	93%

Naturalnie i przy ocenie wchłanianości potraw na podstawie powyższych tabel trzeba zwracać baczną uwagę na indywidualność osobników, rodzaj zajęcia, wiek i t. p., gdyż wiadomo dobrze, że np. lud wiejski wybornie znosi przy pracy pokarmy roślinne, a nawet dobrze je wchłania; należy więc wszędzie unikać jednostronnego szablonu, opartego tylko na wyliczeniach teoretycznych, o czem przekonało doświadczenie z żywieniem w czasie obecnej wojny. I tak, cytowany już Abderhalden zwraca uwagę, że normy żywności, uznane jako minimalne zapotrzebowania organizmu w życiu codziennem klas biednych w Niemczech, już w czasach przedwojennych u większości robotników fabrycznych były w praktyce o wiele niższe; tak np.:

	białka	tłuszczu	węglowodanów	liczba ciepłotek
Robotnik przy pracy umiarkowanej spożywał dziennie. .	118	56	500	3091
Usługujący w sklepie	55	6	394	1898
Rodzina robotnika we Frankfurcie . . .	68	49	419	2424
Rodzina tkaczy w Saksjonji	65	49	485	2710 i t. d.

¹⁾ Tablice Königa, Alwatera i Bryanta, zamieszczone w pracy Serkowskiego pod tytułem „Metodyka badań sanitarnych“.

Powyższe liczby wskazują, że rodziny robotników, a nawet oni sami stale byli odżywiani niżej normy, a jednakże organizm ich mógł całe lata przystosowywać się do tej ograniczonej, niżej normy będącej ilości pożywienia, a tem samym i kaloryj, że nie tylko tamci mogli sprawnie wykonywać swoje zajęcia zawodowe, ale także i ci z robotników pracujących, którym do całkowitej normy żywienia brakło co najmniej $\frac{1}{3}$ części ciepłostek. Również oddzielne grupy pokarmów inaczej przedstawiają się w praktyce niż w teorii; tak białko, ów niezbędny i podstawowy pierwiastek, potrzebny do odbudowy tkanek, jako też do wytworzenia energii życiowej, owo sakramentalne minimum 120 g tegoż przedstawia się w żywieniu ogromnej większości ubogiej ludności jako ilość ogromnie zredukowana. Abderhalden twierdzi, że ilość białka może być nawet zredukowana bez szkody dla organizmu do 75 g, o ile spożywanie innych pokarmów, a przede wszystkim węglowodanów, nie ulegnie zmniejszeniu, a tem bardziej, gdy będzie zwiększone, gdyż ilość niezbędnego białka dla organizmu nie jest ilością stałą, jest ona bowiem zależna od właściwości osobnika, przyzwyczajenia i różnych innych okoliczności, o czym pouczyło nas wymownie doświadczenie ostatniej wojny. I tak w szpitalach warszawskich, gdzie z konieczności w ciągu ostatnich 2 lat porcje żywności nie tylko jakościowo, lecz i ilościowo stale były zmniejszane, wynosząc niespełna 2000 ciepłostek, czyli stanowiąc niemal djetę głodową, zauważono, że wielu chorych nie tylko się poprawiło, ale nawet przybywało im na wadze, uprzednio bowiem przez całe miesiące żywili się jeszcze gorzej, a pomimo to do ostatniej choroby normalnie wykonywali swoje, nieraz ciężkie obowiązki zawodowe (stróże dzienni, wyrobnicy, tragarze i t. p.). O tej niezwyklej właściwości organizmu ludzkiego przystosowywania się do różnych warunków życia, a przede wszystkim odżywiania się, należy pamiętać i nie żądać w chwilach klęsk głodowych normalnych ilości pożywienia, wskazanych przez teorię w latach dobrobytu.

Może nieco za dużo poświęciłem miejsca tym uwagom wstępnym, odnoszącym się do odżywiania wogóle, uważałem jednak, iż jest to rzecz ważna, gdyż bez niej słuchacz trudno się orjentuje w tej nawet dla lekarza dość zawiłej sprawie, na każdym bowiem kroku nastęrczać się mogą paradoksalne kwestje, w rodzaju np. takiej: „A jednak dlaczego, mimo niedostatecznego

ilościowo, a bardziej jeszcze jakościowo pożywienia, daleko odbiegającego od normy, całe masy ludzi biednych, jak np. u nas bezrolnych wyrobników lub małomiasteczkowego proletariatu żydowskiego, stale pędząc życie w stanie napół głodnym, rozmnażają się przecież normalnie, wykazując duży przyrost dzieci, a przeciętna śmiertelność ich niewiele jest większa, niż na Zachodzie, w krajach wysokiej kultury i dobrobytu“?

Przypatrzmy się obecnie jaki jest, a właściwie jaki był przed wojną sposób odżywiania się ludności biednej na Zachodzie, a przede wszystkim u nas. Otóż z pośród krajów Zachodu kraj nasz najbardziej jeszcze pod względem żywienia się proletariatu porównać można do ludności sąsiednich nam Niemiec, a to ze względu na warunki klimatyczne, mniej lub więcej zbliżony dobrobyt, zarobki, rodzaj strawy i t. p., a wcale już nie możemy czynić porównania z Francją, a tem bardziej z Anglią, gdzie warunki żywienia się i zarobki klas biednych w porównaniu z naszą ludnością różnią się ogromnie. W Niemczech kwestję żywienia się ludności ubogiej w ciągu ostatnich lat dwudziestu poddano bardzo szczegółowym i gruntownym badaniom na podstawie ankiety państwowej i prac różnych autorów¹⁾; badania te jednak napotykały wielkie trudności, gdyż ściśle wymogi nauki niełatwo było zastosować i przez dłuższy czas przeprowadzić u znacznej liczby osobników, aby wynik mógł doprowadzić do istotnych, nie powierzchownych tylko wniosków, jak to bywa przy obliczaniu ciepłostek według ilości spożytych pokarmów, na podstawie odpowiednich tablic, bez obliczania przemiany materji drogą metodycznego badania wydzielin. Pomimo to prace owe doprowadziły w Niemczech do wielu bardzo ważnych i ciekawych wniosków, z których najważniejsze tu streszczamy. Tak więc okazało się, że w Niemczech ludność biedna spożywa stosunkowo bardzo nieznaczne ilości białka i tłuszczów, żywiąc się przeważnie węglowodanami (głównie ziemniakami); podług bowiem ścisłego badania, przeprowadzonego przez Hirschfelda, wypadło, że w Berlinie uboga kobieta spożywała białka 67 g, tłuszczu 61, węglowodanów 340, co daje razem 2252 ciepłostki, ludność zaś robotnicza w Berlinie żywiła się przeważnie chlebem i ziemnia-

¹⁾ Bliższe szczegóły patrz: Grotjahn „Handwörterbuch der sozialen Hygiene“, w Encyklopedji Mosera artykuł „Krankheit und soziale Lage“ i t. d.

kami. Według Förstera, robotnik monachijski przeciętnie spożywał dziennie chleba 318 g ziemniaków — mięsa 231 g inny robotnik „ 506 g „ — „ 52 g robotnik w Berlinie „ 470 g „ 350 g „ 135 g uboga kobieta „ 350 g „ 430 g „ 63 g

Średnio zaś ciężko fizycznie pracująca ludność miejska w Berlinie spożywała dziennie chleba 300 — 500 g, ziemniaków 430 — 550 g, a mięsa 60 — 230 g.

To zgoła niedostateczne pod względem ilości i jakości odżywianie się ubogiej ludności miejskiej, a szczególnie rodzin obarczonych dziećmi, można wytłumaczyć z jednej strony stosunkowo małymi zarobkami, a z drugiej — stale wzrastającą przed wojną w Niemczech drożyzną artykułów spożywczych i mieszkań, co zmuszało robotników do wydawania przeszło połowy zarobków na środki spożywcze z uszczerbkiem innych koniecznych wydatków na potrzeby rodziny. Przedstawia to następująca tabela, ułożona przez ankietę żywnościową niemiecką:

	Roczny dochód Mk.	Wydatki na życie Mk.	Wydatki na odzież Mk.	Mieszkanie Mk.	Inne wydatki Mk.	Opat i światło Mk.
Rodzina z 2 — 4 osób .	1734	867	184	317	288	75
„ z 5 — 6 osób .	1902	1009	215	311	285	79
„ z 6 osób .	2066	1165	257	295	265	82

Z tabeli tej widzimy, jak wraz ze wzrostem rodziny wzrastają wydatki na pożywienie, a inne wydatki z konieczności muszą ulegać zmniejszeniu, nie idąc w parze ze zwiększonym dochodem, gdyż wydatki ogólne rodziny, złożonej z 6 osób, w porównaniu z rodziną, złożoną z 2 osób, wzrastają o 19%, gdy wydatki na żywność i odzież wzrosły o 39%, a natomiast wydatek na mieszkanie i inne wydatki wzrosły tylko o 7—8%. W rodzinach więc dietnych zwiększony wydatek na żywność, w porównaniu ze wzrostem wydatków na inne potrzeby,

wynosi 90%, to znaczy, że obok stale zmniejszających się wydatków na jakiegokolwiek wygody lub rozrywki, odżywianie musi stale i stopniowo zmniejszać się, rodziny zaś, mające wiele dzieci, żyją zwykle w warunkach niedostatecznego żywienia się, czyli w stanie półgłodnym. co naturalnie musi odbić się fatalnie na organizmie dziecięcym, który w okresie wzrostu powinien być dostatecznie odżywiany; w wyższym jeszcze stopniu występuje to w czasach drożenia artykułów spożywczych, np. na tak zwanym przednówku, gdy ubogi robotnik, nie mogący robić zapasów, jest zdany na łaskę i niełaskę przekupniów. W tych to okresach, jak słusznie powiada Rubner, żywienie mniej zamożnych klas ludności zbliża się do miary tak zwanego żywienia ubogich (Armenkost), t. j. ilości zupełnie niedostatecznej dla pokrycia normalnych potrzeb organizmu.

Na to niedostateczne odżywianie ubogiej ludności niemieckiej wpływa także niepomiarne duży wydatek na spirytusowe napoje (piwo, wódka i t. p.), który np. w Bawarii wynosił 10 a nawet 15% ogólnego zarobku, co szczególnie uwydatnia się w kategorii robotników, mających stosunkowo najniższe zarobki. Tak podług E. Conrada, przy zarobku 1200 do 1500 marek rocznie wydatek na spirytualja wynosił około 104 marek rocznie, gdy na żywność wynosił 627 mk.; przy zarobku zaś ponad 2000 mk. wydatki na spirytualja wynosiły 370 mk. rocznie. Nie lepiej dzieje się w Niemczech¹⁾ z odżywianiem drobnych rękodzielników, co opisał Rechenberg w szczegółowej pracy na podstawie badań odżywiania tkaczy w Saksonji, których całoroczne pożywienie składa się przeważnie z kartofli, chleba, bardzo niewielkiej ilości tłuszczów, lichej kawy, czasem śledzia, stosunkowo małej ilości wódki lub piwa; jadło przytem jest zazwyczaj źle przygotowane. Stąd też są oni stale niedożywiani, gdyż ciepłotki u nich wynoszą nie więcej, jak 2700. Mężczyzna waży przeciętnie 59 kg, kobieta 54 kg. Wyglądają blade, nędznie, a dzieci są przeważnie rachityczne, blade, gdyż nawet po powrocie ze szkoły muszą pomagać rodzicom przy warsztatach. Pomimo to

¹⁾ Zauważyć należy, że robotnicy fachowi w wielkich fabrykach są dobrze odżywiani, np. robotnicy w zakładach Kruppa spożywają białka 139, tłuszczów 113, węglowodanów 677, co razem daje 4400 ciepłotek. Naturalnie, są to jednakże wyjątki.

jednak ci nędzny żywot prowadzący tkacze i ich rodziny nie wykazywali wogóle zwiększonej śmiertelności nawet z gruźlicy, w porównaniu z przeciętną śmiertelnością całego Królestwa Sakskiego, co stanowi również znamienny dowód przystosowania się tej klasy ludności do lichych warunków odżywiania, w jakich stale pędzą życie.

Robotnicy wiejscy w Niemczech, a zwłaszcza w Prusiech, są na ogół lepiej odżywiani. Tak podług badań Hirschfelda, w Księstwie Poznańskim w roku 1902 robotnik wiejski przeciętnie spożywał dziennie: chleba 650 g, kartofli 800 g, mięsa lub ryby 70 g, mleka 500 g, białka więc razem wziętego 92 g. W Saksonji robotnik wiejski spożywał dziennie: chleba 700 g, kartofli 600 g, mięsa lub ryby 20 g, mleka 70 g, razem kaloryj białkowych 88 g. Odżywianie to było zupełnie dostateczne pod względem wymagań cieplikowych, stąd też i wygląd ogólny dorosłych i dzieci był na ogół dobry. W innych okolicach Niemiec, według badań różnych autorów, odżywianie ma być niedostateczne, a szczególnie braki polegają mają na niedostatecznym spożywaniu białka i mleka, które włościanie sprzedają do sąsiednich miasteczek, zostawiając sobie niewielką ilość mleka, którą przeważnie spożywają dzieci.

Co do odżywiania się ubogiej pracującej ludności w innych krajach, to z ciekawych danych, ogłoszonych w pracy Serkowskiego (l. c.), podajemy niektóre. I tak:

	Białka	Tłuszczu	Węglowodanów	Kaloryj
Szwedzcy robotnicy ciężko pracujący spożywają	127	114	355	3055
Rodziny robotników w Edinburgu	107	88	479	3300
Tkacze angielscy	151	43	620	3567
Robotnik rolny w Belgji	90	103	547	3575
„ fabryczny „	75	72	363	2483
„ rolny francuski	177	122	1025	6067
Robotnicy francuscy pracujący w winnicach	156	85	709	4339

	Białka	Tłuszczu	Węglowodanów	Kaloryj
Robotnicy fabryczni w gubernji Moskiewskiej	139	78	568	3630
Rybacy na Wołdze	303	70	462	3800
Kamieniarze w dokach kronstadtzkich	220	95	931	5602
Włościanie w gubernji Rjażańskiej (mężczyźni)	130	33	540	3068
Włościanie w okolicy Wenecji	117	64	619	2623
Robotnicy lżej pracujący (szewcy, stolarze) w Neapolu	76	37	395	2282
Japońscy subjekci sklepowi	56	6	395	1900
Drobni urzędnicy, kupcy	87	18	415	2250
Ciężko pracujący robotnicy w Stanach Zjednoczonych	182	337	812	7210
Rodziny rzemieślników w Ameryce Północnej	103	150	402	3446

Aczkolwiek powyższe dane wykazały wielką różnorodność w odżywianiu się w różnych krajach, nawet wśród ludności biednej, okazuje się jednak, że, biorąc na ogół, większość pracującej ludności w Europie, szczególnie w Niemczech i Włoszech, jest odżywiana niedostatecznie, co przedewszystkiem ma za przyczynę niewystarczające zarobki klas biedniejszych. W Niemczech bowiem 44% robotników zarabia mniej niż 1320 mk. rocznie, co nie wystarcza na ułożenie najskromniejszego budżetu, w którym naturalnie oszczędność osiąga się kosztem jedzenia. A lubo, jak to już wiemy, organizm ludzki może się przystosować do niedostatecznego odżywiania, tak, że jednostki mogą nawet pracować sprawnie i całe prowincje mogą nie dawać wysokich stopni śmiertelności, wszelako musi się to odbić na zdrowiu całej ludności, a przedewszystkiem dzieci. Stąd też znany jest powszechnie

fakt ogromnej śmiertelności niemowląt i dzieci klas biednych w porównaniu z klasami zamożniejszymi¹⁾, co szczególnie uwydatnia się w dobie klęskowej, jaką jest obecna wojna, a co wpłynąć może na zmniejszenie się wogóle przyrostu ludności w danym mieście, a nawet w kraju. Dalej znany jest również powszechnie fakt, o którym już była mowa, że wśród ludności biednej panują przede wszystkim skrofuły, będące u dzieci wyborem podłożem do rozwoju gruźlicy w latach młodzieńczych. Że wzmożona śmiertelność z gruźlicy w okresach złego odżywiania klas biednych ma z tem związek, dowodzą statystyki wzmożonej gruźlicy w czasie obecnej wojny, o czem również była już mowa. Dalej krzywica rachityczna występuje również bardzo często u dzieci klas biednych; podług Meyera, z liczby 298 dzieci biednych zaledwie 25% jest wolnych od tej choroby. Nie ulega także wątpliwości, że wzmagająca się śmiertelność z chorób zakaźnych w czasach głodowych pozostaje w ścisłym związku ze złem odżywianiem. wojna bowiem, jak to wykazało wiekowe doświadczenie, zawsze pociąga za sobą najróżnorodniejsze mory, których typem był spostrzegany w roku 1846 na Górnym Śląsku tyfus wysypkowy, zwany powszechnie głodowym²⁾. Nie ulega wątpliwości, że i dzieci, podobnie jak dorośli, przystosowują się do złych warunków żywienia; atoli dzieci mało odporne zazwyczaj wymierają, nie dosięgając piątego roku życia, a śmiertelność ich w miastach jest niemal 3 razy większa aniżeli dzieci klas zamożnych (statystyka berlińska Boecksa). Oprócz chorób pomienionych, będących w związku z niedostatecznym odżywianiem klas biednych w epokach klęskowych, a nawet w czasach normalnych, występują wśród tych klas choroby, zależne od spożywania złych, zafałszowanych artykułów spożywczych, które uboga ludność nabywa z potrzeby, dla ich pozornej taniości, a więc tak zwane choroby pseudo-tyfusowe, wywoływane spożyciem zgnitych ryb lub mięsa, choroby kanału pokarmowego (biegunki), spowodowane złem mlekiem, zepsutemi owocami i t. p. Wspomnieć tutaj

¹⁾ Wielce ciekawe szczegóły w tej kwestji znajdzie czytelnik w pracy St. Serkowskiego: „Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socjalnej“ (Warszawa, 1917).

²⁾ Patrz bliższe szczegóły w tej kwestji w mojej pracy: „Wielkie klęski społeczne“ (Warszawa, 1917).

również należy o chorobach panujących wśród warstw ubogich, a których powstawanie jeszcze nie jest należycie wyjaśnione, np. tak zwana choroba Barlowa u dzieci, beri-beri, a prawdopodobnie i puchliny głodowe, spostrzegane w obecnej wojnie, które to choroby, podług Funka, polegać mają na braku w materiałach spożywczych roślinnych pewnego pierwiastku odżywczego, t. zw. witaminy, której utrata pochodzić ma ze złego zmielenia i oczyszczenia ziarn zbożowych, a szczególnie ryżu. Być może, iż złe gatunki kartofli, które uboga ludność żywi się na przednówku, są również pozbawione tego pierwiastku odżywczego, ale być też może, iż owe choroby zależą od zmian, wywołanych przez bakterje (Dieudonné).

Wspomnieć wreszcie należy, że niedostateczne odżywianie klas biednych odbija się nietylko na ich wzmożonej śmiertelności i chorobowości w porównaniu z klasami zamożnymi, lecz jednocześnie i na pewnych ogólnych właściwościach fizycznych ich organizmu, a przede wszystkim na wadze i wzroście; tak Martin¹⁾ podaje następujące zestawienie co do wzrostu, który wynosił:

u studentów włoskich	przeciętnie 166,9 <i>cm</i> ,	u robotn. 164,4 <i>cm</i>
„ francuskich	„ 168,7 „	„ 164,4 „
„ angielskich	„ 172,4 „	„ 169,8 „
„ hiszpańskich	„ 163,9 „	„ 159,8 „

Jakie pod tym względem spostrzeżenia zrobiono u naszej ludności, wspomnimy poniżej. Co do wagi ciała, wspomnieliśmy już wyżej o stosunkowo małej wadze ciała tkaczy saskich. Niedostateczne odżywianie ubogich klas odbija się już na drobnych dzieciach pod postacią mniejszej przeciętnej wagi ich organizmów, co stale zauważyć można przy systematycznym ważeniu w domach sierot, przytułkach dla dzieci i szkołach elementarnych, przyczem okazuje się, że ta kategoria dzieci posiada najczęściej co najmniej o $\frac{1}{3}$ część wagi mniej, niż powinnyby posiadać dzieci normalnie odżywiane, a co najlepiej ilustruje następująca tabela, podana przez dr. Hoffa, a dotycząca dzieci w domu wychowawczym w Barmen (cyt. u Mosera):

¹⁾ Lehrbuch der Anthropologie, 1914.

Wiek dziecka w chwili przyjęcia do zakładu	C h ł o p c y		D z i e w c z ę t a	
	Przeciętna waga	Brak w po- równaniu z wagą normalną	Przeciętna waga w chw- li przyjęcia do zakładu	B r a k
1 — 1½ roku	7700 g	— 3150 g	7460 g	— 2890 g
1½ — 2 lat	9470 g	— 2630 g	8340 g	— 3270 g
2 — 3 lat	9390 g	— 4310 g	9440 g	— 3760 g

Również wybitne różnice wagi i wzrostu występują u dzieci uczących się, jeśli porównamy wagę dzieci szkół elementarnych, t. j. klasy biednej, z wagą dzieci, uczących się w gimnazjach, t. j. należących do klasy zamożniejszej, jak to wykazuje następująca tabela Rietza, oparta na badaniu 3000 dzieci w Berlinie ¹⁾:

Wiek dziecka	G i m n a z j a		Szkoly elementarne	
	Przeciętna długość ciała	W a g a	Przeciętna długość ciała	W a g a
6 lat	118,3 cm	22,3	113,6 cm	20,1
8 „	127,3 „	26,2	121,4 „	23,3
10 „	135,7 „	30,6	130,9 „	27,6
12 „	145,4 „	37,1	139,7 „	32,9
13 „	150,6 „	41,6	144,7 „	36,5

¹⁾ Cyt. u A. Lipschütza „Physiologie des Hungers“, 1915.

I w naszych szkołach, w Warszawie i na prowincji, rozpoczęte zostały od lat kilku, po zaprowadzeniu instytucji lekarzy szkolnych, podobne systematyczne badania, których ciekawe wyniki zostały ogłoszone przez dr. Drabczyka w piśmie *Ruch* za rok 1914, a przez Brzezińskiego i Peltyna w *Zdrowiu* za rok 1914 i innych, w których to pracach podane jest systematyczne badanie antropometryczne dzieci w wieku szkolnym; potrzeba będzie jednak wielu lat, aby mogły być opracowane odpowiednie wnioski, oparte na wielkiej liczbie przypadków ¹⁾.

¹⁾ Sprawozdanie sekcji higieny szkolnej m. Warszawy podaje ciekawe dane przyrostu rocznego i wagi dzieci szkół początkowych w Warszawie za rok szkolny 1915/16. Naturalnie, że wyniki roku wojny, t. j. roku złego odżywiania, mają tylko względną wartość i dopiero porównane z następnymi latami dać mogą odpowiedź na obchodzącą nas kwestję.

WYKŁAD VII.

Zywnienie się ubogich klas ludności u nas. — Przegląd literatury przedmiotu. —
Żywnienie się klas robotniczych, ludu wiejskiego i małomiasteczkowych Żydów. —
Wpływ ujemny na zdrowie niedostatecznego odżywiania się naszych klas
proletarjackich.

Obecnie przystępujemy do najbliższej nas obchodzącej sprawy, t. j. do omówienia, jakie było do czasu obecnej wojny odżywianie naszego ludu: czy ono było lepsze od żywienia się proletariatu na Zachodzie, czy gorsze, czy jest usprawiedliwione powszechne mniemanie, że polski robotnik, a przede wszystkim chłop, pod względem odżywiania był nadzwyczajnie upośledzony, i czy słuszne było orzeczenie niepospolitego naszego ekonomisty, Szczepanowskiego, który, opisując w nadzwyczaj ponurych barwach dolę galicyjskiego chłopca, twierdzi, że przeciętny Galicjanin „je za pół, a pracuje za ćwierć człowieka“. To samo podług wielu autorów odnosić się miało i do włościan innych dzielnic kraju naszego, szczególnie w Królestwie, gdzie w okresie pańszczyźnianym, a przeważnie między r. 1830 a 1860, panowała taka nędza, że ludność nawet się zmniejszała. Stąd też dolą ludu w tej epoce zajmowali się liczni nasi myśliciele, uczeni, poeci (Brodziński, Syrokomla, Kraszewski, Reklewski i wielu innych); prace ich jednak omawiały dolę ludu tylko ze stanowiska ogólnego, społecznego. Dopiero w ostatnim dwudziestoleciu ubiegłego wieku zajęto się bliżej sprawą odżywiania (Szczepanowski, Cybulski, Kaczkowski), a bardziej jeszcze w bieżącym dwudziestoleciu, i to już z uwzględnieniem wymogów nauki

(Chęłchowski, Peltyn, Rutkowski, Zdziarski, Lidmanowski, Kozłowski i inni)¹⁾. Z badań tych licznych autorów nie można jednak wyprowadzić ścisłych wniosków, gdyż są one pod wielu względami nieściśle, a przede wszystkim dlatego, że prawie wszyscy ci autorowie z wyjątkiem Kozłowskiego, który badał w nielicznych przypadkach istotną przemianę materji (*Zdrowie*, 1910), opierają się pod tym względem na obliczeniu jedynie ilości spożytych pokarmów, wyprowadzając na tej podstawie obliczenia ciepłostek, uwzględniają więc jedynie przychód brutto organizmu, nie uwzględniając strat (wydzielin), które przy pokarmie przeważnie roślinnym, jakim się głównie żywi ludność wiejska, dochodzą dość znacznych rozmiarów (20 do 30% i więcej). Dalej autorowie ci badania swe dokonywali na stosunkowo małej liczbie osobników, i to nie w całym kraju, lecz tylko w pewnych okolicach, więc i pod tym względem wnioski muszą być jednostronne i nieściśle. Zebrane przez naszych autorów dane wyrażają się w następujących obliczeniach żywienia i ciepłostek.

	Białka	Tłuszczu	Węglowodanów	Kaloryj
Podług Peltyna, włościanie Ziemi Warszawskiej i Lubelskiej spożywają przecięt.	105	50	655	3591
Podług Chęłchowskiego, służba dworska w Ciechanowskim w zimie spożywa	187,5	59	926	4812
Ciż sami w lecie	187	59	992	5394
Podług Zdziarskiego, parobcy dworscy	84,6	24,2	748	3641
Podług Rutkowskiego — ciż .	152	74	713	3237
Podług Cybulskiego — ciż .	123	29	764	3827
Podług Lidmanowskiego, spożywa średnio właściciel 15 morgów	—	—	—	5374
małorolni i parobcy . .	—	—	—	3192
wyrobnicy	—	—	—	2000

¹⁾ Ogłaszane w *Zdrowiu*, w latach 1897—1911.

Przyglądając się bliżej powyższej tabelce i biorąc pod uwagę liczbę kaloryj, sądzićby można, że nasz lud wiejski odżywia się względnie dobrze, a jednak wszyscy autorowie dawniejsi i najnowsi utrzymują jednoznacznie, że odżywianie naszego ludu jest upośledzone, że jest on błydy, słaby fizycznie i niewytrzymały — i tak jest w istocie. Lud nasz bowiem spożywa pokarm przeważnie roślinny (chleb, a głównie ziemniaki), trudnostrawny i źle przygotowany, w którym na ogół uderza niedostateczna ilość tłuszczów i bardzo szczupła ilość mięsa. Stanisław Kozłowski, wielki znawca ludu naszego, w swej cennej, wyżej wzmiankowanej pracy, wyprowadza na podstawie własnych i cudzych badań nad żywieniem naszego ludu szereg ważnych wniosków, z których podajemy następujące:

1) Nasz włościanin nie znajdował się nigdy w tak ciężkich warunkach nędzy i osobistej niedoli, jak jego współbracia na Zachodzie.

2) W pokarmie ludu, przeważnie roślinnym, znajdujemy brak pokarmów pochodzenia zwierzęcego i tłuszczów, a zawsze nadmiar wodanów węgla (ziemniaki).

3) Brak białka zwierzęcego i tłuszczu powstaje nie tylko wskutek braku mięsa, ale i niedostatecznej ilości nabiału.

4) Brak tych ostatnich pokarmów szczególnie jest dotkliwy dla dzieci, dla których rozwoju białko zwierzęce jest niezbędne.

5) Niedostateczne ilości białka powodują zapewne wielką śmiertelność u dzieci, niższą wagę, niższy wzrost dorosłego robotnika wiejskiego i opóźnienie rozwoju młodzieży w latach poborowych.

6) Pożywienie ludu przytem jest niezmiernie grube, trudnostrawne, monotonna przyrządzane i, aby dostarczyło koniecznej ilości pierwiastków odżywczych, musi być spożywane w ogromnej ilości.

7) Kartofli spożywa włościanin przeciętnie około 1½ kilo dziennie. Ubodzy jednakże, dla których kartofle stanowią podstawę pożywienia, spożywają ich nieraz o wiele więcej.

W celu poprawy niedostatecznego odżywiania autor uważa za konieczne:

1) zakładanie szkół kucharek wiejskich, któreby uczyły kobiety wiejskie lepszemu przyrządzenia potraw;

- 2) rozszerzenie wiedzy ogrodniczej, zakładanie hodowli ryb i tego wszystkiego, co by przysporzyło środków spożywczych;
- 3) wprowadzenie po wsiach nauki rękodziel;
- 4) ograniczenie tak częstych na wsiach postów, które przyczyniają się również do złego odżywiania ludu.

Jeśli wiadomości nasze, dotyczące odżywiania ludu wiejskiego, przedstawiają dość obfity materiał, to nad wyraz skąpe, niemal zupełnie niedostateczne wiadomości posiadamy o odżywianiu się niezamożnych klas ludności miejskiej, a przede wszystkim robotników; można tylko ogólnikowo powiedzieć, szczególnie na podstawie wykazów fabrycznych i opinii osób, zajmujących się dobroczynnością publiczną, że odżywianie tych klas przed wojną było, mówiąc ogólnie, niedostateczne pod względem ilości, jakości i sposobu przyrządzania strawy. Robotnik i wyrobnik miejski żywił się, podobnie jak jego współtowarzysz wiejski, przeważnie pokarmami roślinnymi, chlebem, kartoflami, niewielką ilością tłuszczów, słoniny, smalcu, nieco sera, małą ilością mięsa pośledniego gatunku i t. p.; strawę spożywał najczęściej zimną i źle przyrządzoną. Twierdzić jednak można napewno, że do chwili wybuchu obecnej wojny nasz robotnik, wyrobnik i rzemieślnik, z powodu taniości produktów spożywczych, żywił się względnie lepiej, niż ta sama kategoria pracowników na Zachodzie, lubo i u nas powszechne spożywanie kosztownej wódki czyniło stale znaczne uszczerbki i w tak szczupłym budżecie naszych pracowników.

W przedmiocie żywienia robotników posiadamy tylko ogólnikowe dane w skądinąd wybornej pracy Waśniewskiego: „Byt i warunki pracy robotników w przemyśle cukrowniczym Królestwa Polskiego“ (Warszawa, 1911). Zestawia w niej autor pewną liczbę budżetów domowych, w których podaje ilość spożywanych przez rodzinę pokarmów, z czego wypada, że ciż robotnicy, podobnie jak włościanie, wydawali najwięcej na chleb, np. w fabryce ciechanowskiej 21% ogólnego zarobku, na mięso 11%, na słoninę 1%, na mąkę 3,5%, na kaszę, ryż 2,8%, na cukier 2,2%, na kawę i herbatę 4%, na nabiał 4%; z ogólnej zaś sumy zarobku prawie 60% pochłaniała żywność. Ziemniaki stanowiły u większości robotników, podobnie jak u włościan, przeważny środek odżywczy. Wogóle autor twierdzi na podstawie bilansu, że stopa

życiowa robotników cukrowniczych stoi na bardzo niskim poziomie, cały bowiem niemal ich zarobek pochłaniają wydatki na utrzymanie. Dodam tu jeszcze, że rosyjski autor, Lalin (cyt. u Waśniewskiego), porównywając pożywienie robotników cukrowniczych w Królestwie, twierdzi, że żywienie się tychże robotników stoi na granicy norm głodowych i jest o wiele gorsze od żywienia się rosyjskich robotników cukrowniczych na Podolu.

W sprawie żywienia się naszej ludności małomiasteczkowej, której ogromną większość stanowią ubodzy Żydzi, posiadamy doskonałą pracę Br. Koskowskiego ¹⁾, opartą na dokładnym zbadaniu 120 osobników, mieszkających w miasteczkach byłej gubernji Lubelskiej: Łaszczowie, Tyszowcach i Komarowie, osobiście dokonaniem przez autora, oraz w kilkunastu miasteczkach Galicji przy pomocy ludzi dobrej woli, według jednakowego kwestjonariusza. Wyniki tych badań co do Galicji i Królestwa, jak pisze autor, były zadziwiająco zgodne, świadcząc o jednakowych warunkach życia ludności żydowskiej. Naturalnie i do badań K. zastosować można uwagę co do badań naszej ludności włościańskiej, że wyniki ich mają wartość naukową względną, jako oparte jedynie na bilansie przychodu organizmu, nie zaś na istotnej przemianie materji; w każdym razie dają one materiał wielce ciekawy, z którego podajemy następujące szczegóły.

Na wstępie autor stwierdza, że Żydzi żywią się niedostatecznie, lepiej jednak, niż ogólnie się mniema. Pokarmów przyjmują niezbyt wiele, ale za to pokarmy te są zwykle posilne. Podstawowym pokarmem Żydów jest mąka (chleb, kluski, makaron, kasza), a przytem każdy Żyd, choćby najbiedniejszy, jada w niewielkiej ilości mięso lub rybę; ziemniaków jedzą mniej niż uboga ludność chrześcijańska, obficie zaś różne jarzyny. Średnio zjada dorosły dziennie: 95 g mięsa, co wynosi rocznie u zamożniejszych 54 kg, u biedniejszych 28, średnio 34,6 kg, a zatem Żyd nasz stoi pod tym względem wyżej od mieszkańca Galicji (10 kg) i Węgier (24 kg), nie ustępuje zaś Francuzowi (34 kg) i Niemcowi (33 kg). Chleba wypada przeciętnie na jednego żyda około 320 g, zatem roczna konsumpcja wyniesie na głowę 76,6 kg, mąki 36,5 kg, kartofli 310 kg. Z przypraw najwięcej

¹⁾ Br. Koskowski: „Warunki higieniczne w małych osadach i sposób żywienia się ich mieszkańców, głównie Żydów“ (*Zdrowie*, 1908).

spożywają cebuli. Wódkę piją chętnie, ale mało. Z ogólnego rezultatu obliczeń wypadło spożycia dziennie:

u biedniejszych Żydów — ciał azotowych 99,0 g, tłuszczu 19,5 g, węglowodanów 516 g;

u rzemieślników — ciał azotowych 102 g, tłuszczu 18 g, węglowodanów 600 g.

To znaczy, że jedni i drudzy spożywają mniej, niż wynosi norma białka i tłuszczów, przeto pożywienie Żydów wogóle jest niedostateczne; Żyd biedniejszy, podług K., stale znajduje się w stanie półgłodnym, najgorzej zaś żywią się faktorzy, drobni kramarze i t. p. Wreszcie autor podaje, że jednocześnie dla porównania badał pożywienie polskiego wieśniaka, zamieszkałego w tej samej okolicy, we wsiach, położonych najbliżej miasteczek; w tym celu zbadał kilkadziesiąt rodzin, z czego wypadło, że osobnik dorosły spożywał dziennie: 99 g ciał azotowych, 26 g tłuszczu i 730 g węglowodanów; atoli wartość pokarmów, spożytych przez włościan, niewiele była lepsza niż u Żydów, którzy spożywają białka zwierzęcego 30% z ogólnej ilości białka, gdy włościanie 46%.

Takie to, stosunkowo skromne, dane posiadamy w sprawie odżywiania naszych warstw niezamożnych, mimo to jednak sądzę, że i z nich można wyprowadzić wniosek, iż proletarjat nasz, tak miejski, jak i wiejski, pod względem odżywiania pozostawiał nawet w czasach normalnych, przedwojennych bardzo wiele do życzenia, i jeśli proletariusz nasz przy taniości produktów spożywczych, przed wojną, może się żywić nieco lepiej, niż niezamożna ludność w Europie Zachodniej, to jednak normy te były niedostateczne, o czym przekonywają poniższe dane, dowodzące ogromnej śmiertelności dzieci wśród naszych klas proletarjackich¹⁾, słusznie bowiem twierdzi Mombert: „Wszędzie, gdzie panuje brak i nędza, gdzie ludzie żyją z dnia na dzień, gdzie wyłączona jest wszelka

¹⁾ Wysoce interesujące dane w tej kwestji podają w swych pracach: dr. Wł. S z e n a j c h: „Zasady organizacji opieki nad dziećmi“ (Warsz. 1917), oraz S. S e r k o w s k i: „Przyrost naturalny ludności“ (Warsz. 1917).

możliwość jakiegokolwiek poprawy bytu dla siebie i swoich, znika wszelki popęd do troskliwości o własną przyszłość, oraz o losy dzieci“.

Uderza więc u nas, przedewszystkiem w Warszawie i Łodzi, ogromna śmiertelność niemowląt i dzieci, i tak: w latach 1906 — 1910 w Warszawie na 100 żywo narodzonych dzieci zmarło w pierwszym roku życia 18,2%, w r. 1911 — 17,9%, w r. 1913 — 15,1%. Stosunkowo wysokie liczby te należy objaśnić złem odżywianiem, gdyż ogromna odsetka (przeszło 33%) niemowląt ginie wskutek chorób dróg pokarmowych, spowodowanych sztucznym karmieniem, najczęściej przy pomocy złego mleka i innych nieodpowiednich pokarmów. Że śmiertelność niemowląt idzie w parze ze złem karmieniem, tego najlepszym dowodem gwałtowny wzrost śmiertelności w epoce wojny, czyli z chwilą wzrastania drożyzny artykułów spożywczych; tak w roku 1915 śmiertelność wyniosła aż 25,6%, a zjawisko to wystąpiło również w wielkich miastach niemieckich. Że ta wielka śmiertelność niemowląt odbija się przedewszystkiem na dzieciach proletariatu, świadczą o tem dane statystyczne, wykazujące wielką różnicę w śmiertelności niemowląt, zrodzonych z matek ślubnych i nieślubnych, t. j. matek najbiedniejszych, najgorzej odżywiających swe dzieci; tak więc w Warszawie podług Szenajcha:

w r. 1901 na 100 niemowląt zmarło	ślubnych	18,4 %	nieślubnych	25,8 %
„ 1903 „ „ „ „	„	18,9 %	„	27,9 %
„ 1906 „ „ „ „	„	16,5 %	„	45,4 %
„ 1909 „ „ „ „	„	14,2 %	„	55,7 %
„ 1912 „ „ „ „	„	12,9 %	„	46,7 %
„ 1914 „ „ „ „	„	14,7 %	„	59,2 %
„ 1915 (wojna) „ „ „	„	20,8 %	„	79,9 %

O wiele jeszcze groźniejsze dane otrzymano w Łodzi, w której śmiertelność niemowląt wogóle wynosiła:

w roku 1910	19,5 $\frac{0}{0}$
„ 1912	20,1 $\frac{0}{0}$
„ 1914	20,0 $\frac{0}{0}$
„ 1915	21,67 $\frac{0}{0}$

A jak już wspominałem, przeszło trzecia część niemowląt ginie z powodu choroby dróg oddechowych i trawienia (biegunka latem,

katary żołądka, kaszel i t. p.); wprawdzie, jak to w poprzednim wykładzie wspomniałem, i złe mieszkania ludności proletarjackiej przyczyniają się do tego, w każdym razie najgłówniejszą przyczyną tego smutnego zjawiska, przyczyniającego się do wyludnienia kraju, jest niedostateczne odżywianie niemowląt ubogich rodziców. Ale i u dzieci starszych, t. j. będących w wieku szkolnym, panuje u nas wysoka śmiertelność, gdyż dzieci, zmarłe w Warszawie w wieku do lat 15, stanowiły podług urzędowej statystyki 47,8% wszystkich zmarłych w r. 1913, a w latach poprzednich, np. 1909, śmiertelność dzieci dosięgła niezwyklej liczby, bo 52,91% wszystkich zmarłych, a jeszcze większa okazała się w Łodzi, gdzie w latach 1912 i 1913, podług Skalskiego, liczba dzieci zmarłych do roku 15-go życia wynosiła przeszło 60% ogólnej liczby zmarłych. Że ta nadmierna śmiertelność dotyczy przeważnie dzieci proletarjackich, o tem dopiero co wspominaliśmy; że śmiertelność dzieci procentowo wzrasta w miarę zmniejszającej się zamożności rodziców, o tem przekonywa statystyka Funka z Bremy, gdzie na 10 tysięcy dzieci, zmarłych w wieku lat 1 — 5, było dzieci rodziców zamożnych 28, średnio zamożnych 92, biednych 262, a w przeludnionej starej dzielnicy robotniczej nawet 360.

Nie posiadamy u nas odpowiednich danych, znacznie jednak zwiększona śmiertelność dzieci w Łodzi w porównaniu z Warszawą zapewne da się objaśnić większą biedą ludności proletarjackiej w Łodzi, aniżeli w Warszawie. Że w sprawie tak wielkiej śmiertelności dzieci w wieku szkolnym niedostateczne odżywianie również odgrywa pierwszorzędną rolę, za tem przemawiają wykazy śmiertelności, które określają, że u dzieci do lat pięciu choroby żołądka i kiszek w 15% wypadków były przyczyną zejść śmiertelnych; że również w tym samym okresie życia dzieci proletarjackie często zapadają na cierpienia dróg pokarmowych, poucza statystyka Kopia ¹⁾, oparta na wielkim materiale dzieci ubogich rodziców, spostrzeganych w ambulatorjach szpitala dziecięcego Anny i Marji w Warszawie. z którego wypadła, że z liczby przeszło 20 tysięcy dzieci w wieku od 1 do 15 roku,

¹⁾ Dr. Kopeć: „Chorobowość wieku dziecięcego“. Księga pamiątkowa Wszechnicy Warszawskiej, 1916 rok

tamże leczonych w latach 1914/16, choroby narządów trawienia stanowiły przeszło 18%.

Że upośledzone odżywianie również odgrywa, chociaż pośrednio, rolę w wielkiej śmiertelności i zapadaniu klas biednych u nas na choroby zakaźne, osłabiając odporność organizmu, tego najlepszy dowód mamy w masowej śmiertelności z gruźlicy w Warszawie i całym kraju, o czym szczegółowo w poprzednim wykładzie była już mowa.

Że lata klęskowe, a przede wszystkim głodowe, w wysokim stopniu wpływały wszędzie, a szczególnie u nas, na rozwój częstych epidemij i przyczyniały się do wyludnienia, a przede wszystkim do wynędznienia klas uboższych, głównie wśród ludu wiejskiego, o tem szczegóły wyczytać można w pięknej pracy K. Chełchowskiego: „Klęskowe lata na ziemiach polskich“.

1) Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego, t. 112 z roku 1916.

W Y K Ł A D VIII.

Jak się ubiera uboga ludność nasza. — Czy i o ile ta ludność, szczególnie wiejska, pod wpływem niekorzystnych warunków higienicznych ulega zwyrodnieniu fizycznemu w porównaniu z innymi narodami Europy?

Kilka wyrazów wypada jeszcze poświęcić wpływowi niedostatecznej odzieży na chorobowość klas biednych. Sprawa to, według mego zdania, ważna, nie ulega bowiem wątpliwości, że w naszym klimacie, szczególnie w zimie i na wiosnę, człowiek biedny, pracujący np. na wolnym powietrzu (drwale, wyrobnicy uliczni, roznosiciele gazet, towarów, wędrowni kramarze i t. p.), a niedostatecznie przez odpowiednią odzież od zimna i wilgoci zabezpieczony, jest narażony na liczne cierpienia, poospolicie zwane zaziębieniem. Jako lekarz szpitalny, spostrzegam corocznie w zimie wielu pacjentów, szukających porady w szpitalu z powodu różnorodnych zaburzeń, szczególnie dróg oddechowych, którzy, jak się okazuje, nie byli należycie przez odpowiednią odzież zabezpieczeni od szkodliwego wpływu zimnej lub wietrznej, a bardziej jeszcze wilgotno-zimnej pogody. Biedny wyrobnik, szczególnie miejski, zwykle bywa u nas odziany nieodpowiednio do pory roku, nosi bowiem najczęściej odzież nabytą wypadkiem, otrzymaną w podarku, lub kupioną w handlach tandety, gdyż nawet w czasie normalnym odzież w najgorszym gatunku była stosunkowo droga, a nie istniały wcale związki, mogące dostarczać klasie niezamożnej, jak to się dzieje np. w Anglii, taniej i dobrej odzieży na wyplatę. Szkodliwy wpływ niedostatecznego ubrania ujawnił się w jaskrawy sposób w epoce szybkiego i nie-

pomiernego wzrostu cen odzieży, szczególnie zaś obuwia w ciągu obecnej wojny. Nie ulega wątpliwości, że nawet zarabiający nieźle wyrobnik, chodząc niemal boso i w zupełnie lekkiej odzieży, zapadał jedynie z tego powodu na mniej lub więcej poważne zaburzenia w organizmie. Sprawą tą wogóle u nas prawie wcale się nie zajmowano, a w naszej literaturze posiadamy, o ile się nie mylę, jedyną tylko pracę dr. Lidmanowskiego, w której poruszono pytanie: „Jak się ubiera nasz lud“ (*Zdrowie*, 1913), a która szczegółowo opisuje rodzaje ubiorów mężczyzn, kobiet i dzieci, materiały, z jakich ubiory są wyrabiane, oraz rozważa, o ile to ubranie odpowiada wymogom nowoczesnej higieny. Autor szczególnie poddaje krytyce sposób ubierania drobnych dzieci, których odzież jest niehigieniczna i nie chroni dziecka od nagłych zmian temperatury; barchan bowiem, który stanowi główny materiał odzieży dziecinnej, łatwo wsiąka wodę, toteż wystarczy, by dziecko przebyło chwilę na deszczu, a jest literalnie przemoczone, skąd wynikają przeziębienia, biegunki i t. p. Mężczyźni małorolni noszą odzież, zrobioną z materiału bawełnianego, zwykle ciemnego koloru; jest to zwykle jarmarczna tandeta, skrojona nieumiejętnie i zrobiona niedbale; odzież taka nie chroni od zimna i przemaka nadzwyczaj prędko. Mocne ściąganie spodni paskiem ujemnie wpływa na żołądek, wątrobę i t. d. Odzież zimowa — kozuch barani, nie pokryty niczem, zwykle po kilku latach traci swój włos, mało chroniąc od zimna. Kobiety biedniejsze noszą latem ubranie perkalowe, w zimie kładą na siebie po kilka kaftaników i barchanowych sukien, jedna na drugą, głównie zaś chroni je od zimna wełniana chustka; pończoch zwykle nie używają, chodzą przeważnie boso; obuwie niezgrabne, noszone tylko od parady (do kościoła), wzuwają wprost na gołe nogi. Służba folwarczna ubiera się mniej więcej tak samo, jak wieśniacy małorolni. Natomiast o wiele lepiej ubierają się robotnicy, wędrujący latem na roboty za granicę, a bardziej jeszcze ci, którzy powracają z Ameryki. Wogóle — konkluduje autor swoją ciekawą pracę — „higjena odzieży ludowej bardzo wiele pozostawia do życzenia; zamożniejsi wieśniacy ubierają się o tyle dostatnio, że przynajmniej od zmian temperatury i opadów atmosferycznych jako tako są zabezpieczeni, mniej zamożni jednak ubierają się tak, że odzież nie zabezpiecza ich od zimna w dostatecznym stopniu, a przytem ze względu na materiał, z jakiego

ta odzież jest zrobiona, i ze względu na jej czystość, ma ona szkodliwy wpływ na zdrowie wieśniaka“.

Praca ta, wielce pouczająca, powinna pobudzić naszych lekarzy prowincjonalnych do zbierania odpowiednich danych i z innych okolic kraju, co zestawione razem dałoby dopiero dokładne pojęcie o tym wielce zaniedbanym u nas dziale higieny ludowej.

W powyższych wykładach staraliśmy się szczegółowo zebrać te najgłówniejsze czynniki (nadmierna praca, szkodliwy zawód, złe zamieszkanie, niedostateczne odżywianie, a wreszcie odzież), które w różnorodny sposób szkodliwie oddziaływać mogą na zdrowie naszej ludności proletarjackiej, powodując bądź nadmierną jej śmiertelność, bądź wzmożoną chorobowość, związaną z temi szkodliwościami; opieraliśmy się, o ile było można, na danych, zaczerpniętych z naszego społeczeństwa, porównywając je z odpowiednimi doświadczeniami, osiągnięciami w Europie Zachodniej. Można by tu jeszcze omówić, jak to czynią autorowie zagraniczni, głównie niemieccy, wpływ ujemnych czynników życia ubogiej klasy ludności na rozwój samych chorób, pomijając objawy życia fizycznego, społecznego i duchowego tych klas, więc wzrost i rozwój fizyczny, zdolność wojskową, zatem wpływ na choroby umysłowe i niedorozwój, zbrodniczość (kryminaliści) i t. d.; rozbiór atoli tych wielce doniosłych spraw społecznych nie odpowiadałby z jednej strony zakreślonemu tutaj zgóry tematowi, a z drugiej — mamy dotychczas w powyższych dziedzinach stosunkowo mało swojskiego materiału, który dopiero przy szerokim rozwoju samodzielnego naszego życia narodowego można będzie powoli zbierać, aby w przyszłości posłużył do opracowania tych ważnych objawów społecznych życia i rozwoju naszych klas proletarjackich.

Na zakończenie więc tego, może i tak już zbyt obszernego działu, chcę pokrótce poruszyć jeszcze tylko jedną sprawę ogólnospołeczną, t. j. pytanie, czy i o ile nasza ludność biedna, szczególnie wiejska, żyjąc od wieków wśród bardzo niekorzystnych warunków higienicznych, ulega zwyrodnieniu fizycznemu, w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej i Wschodniej.

Sprawa ta, jako dotycząca bytu narodu polskiego, jest pierwszorzędną doniosłością, stąd zajmowali się nią różni nasi lekarze i socjologowie (L. Krzywicki, Wścieklica, Kozieradzki, Tołwiński, Miklaszewski, Maciesza, Serkowski), a w ostatnich czasach znany polski antropolog, Jan Czekanowski, zebrał całkowity materiał i oświetlił go krytycznie; uważam przeto za rzecz właściwą streścić w krótkości jego poglądy, tem bardziej, że ogłoszone one zostały w wydawnictwie mało dostępnem dla ogółu naszego¹⁾.

Na wstępie pisze Czekanowski: „Badania antropologiczne nad wzrostem popisowych pozwoliły stwierdzić fakt niezmiernego znaczenia pod względem społecznym, a mianowicie, że dodatnie warunki przyspieszają rozwój osobnika, gdy niekorzystne zwalniają jego tempo. I jakkolwiek we wzroście przejawiają się przedewszystkiem różnice rasowe, to jednakże wpływ zamożności w okresie rośnięcia jest tak duży, że na podstawie wahań wzrostu popisowych można wnioskować o zmianach, zachodzących w warunkach bytu grupy badanej. Uciekając się do jaskrawej analogji, możnaby powiedzieć, że pod względem wzrostu różne rasy podobne są do prętów metalowych o różnej długości; mogą one jednakże pod wpływem zamożności, podobnie jak pręty metalowe pod wpływem temperatury, ulegać wahaniom. Zupełnie tak samo, jak z wahań długości pręta możemy wnioskować o zmianach temperatury, możemy też z wahań wzrostu popisowych wnioskować o poprawie i pogorszeniu warunków bytu ludności“. Na wahania wzrostu popisowych zwrócił u nas pierwszy uwagę Wścieklica (r. 1888), występując rzeczowo przeciwko rozpaczliwej wywołanej stwierdzeniem niskiego wzrostu popisowych naszych, co identyfikowano podówczas ze zwyrodnieniem naszej ludności. Wścieklica stwierdził, że liczba osobników, nie osiągających minimalnego wzrostu 155,5 *cm*, zmniejszyła się w Kongresówce w ciągu lat dziesięciu (1874 — 1883). Co do zmian wzrostu ludności w okresie późniejszym, ogłoszonych przez Warszawski Komitet Statystyczny (r. 1906), Czekanowski ułożył tablicę dla wszystkich gubernij Królestwa, na podstawie około 40 tysięcy

¹⁾ Jan Czekanowski: „Przyczynki do bilansu społeczno-antropologicznego Królestwa Polskiego“ (Księga pamiątkowa ku czci Bolesława Orzechowicza, t. I. Lwów, 1916 r.).

przypadków, z której wynika, że w okresie lat 1874 — 1898 występuje stale zwiększenie się wzrostu popisowych w granicach 0,28 — 1,31 *cm*, przeciętnie 0,8. Na tej więc podstawie stwierdzić można poprawę warunków bytu ludności w Królestwie, czyli że bilans społeczno-antropologiczny ostatniej ćwierci wieku zeszłego stulecia jest w Królestwie Polskiem bardzo dodatni. Dalej autor rozbiera różnicę we wzroście popisowych w różnych powiatach Królestwa, przytaczając bardzo ciekawą tablicę dr. Kozieradzkiego dla powiatu miechowskiego, określającą wzrost popisowych tegoż powiatu w okresie lat 1874 — 1903, uwzględniając oddzielnie wzrost włościan, mieszczan, szlachty i Żydów. Tak więc przeciętny wzrost w ciągu tych lat wynosił:

u włościan	162,49 <i>cm</i>
u mieszczan	163,08 „
u szlachty	168,00 „
u Żydów	161,00 „

Liczba spostrzeżeń wyniosła:

u włościan	16 522
u mieszczan	1 464
u szlachty	108
u Żydów	778
Razem popisowych	18 902

Na podstawie tych wymiarów stwierdzić można, że wzrost Polaków, tak mieszczan, jak i włościan, podniósł się w przeciwieństwie do Żydów, których wzrost wykazuje zniżkę. W tablicy Kozieradzkiego, nie mniej ciekawej, rzuca się w oczy raptowne podniesienie się wzrostu włościan, średnio przeszło o centymetr, poczynając od roku 1886, co stale postępowało do r. 1903. Autor tłumaczy to wpływem reformy agrarnej, były to bowiem osobniki, urodzone po zniesieniu pańszczyzny, albo nawet poczęte w pierwszym roku nowych stosunków społeczno-agrarnych. Fakt ten zasługuje, podług Cz., na uwagę, jako wymowny przykład związku między procesami społecznymi a zjawiskami antropologicznymi.

W innych powiatach Królestwa spostrzegano zjawisko podobne. I tak: w powiecie kaliskim podnosi się stale miara wzro-

stu ludności polskiej, tak włościan, jak i mieszczan, w przeciwieństwie do Niemców i Żydów, których wzrost spada. We wszystkich badanych przypadkach występowały ostro różnice między Żydami a pozostałą ludnością; Żydzi wyróżniają się wzrostem najniższym i przyrost po 21 roku życia jest u nich najslabszy. Nie przytaczam tu innych ciekawych danych, zestawionych przez autora, podaję tylko jego wnioski ostateczne: „Przegląd całego naszego materiału pozwala nam wysnuć niezmiernie ważny wniosek, że rozwój ekonomiczno-społeczny nie obejmuje całego kraju równomiernie. Stwierdzając w całym kraju poprawę warunków bytu ludności, nie należy zamykać oczu na możliwość pewną względnego, jakkolwiek nieznacznego pogorszenia stosunku do elementów napływowych. We wszystkich trzech, dokładnie zbadanych powiatach mamy do czynienia z dodatnim bilansem ludności naszej. Jednakże w powiecie lubartowskim ludność napływowa ma wiele potężniejszy bilans dodatni od ludności rdzennej, gdy w powiatach kaliskim i miechowskim ludność napływowa zamyka okres badany bilansem ujemnym“.

Z innych naszych autorów W. Miklaszewski¹⁾, na podstawie własnych badań antropometrycznych różnych warstw ludności Królestwa, doszedł do mniej więcej podobnych wyników, jak wyżej wzmiankowani autorowie, t. j., że wzrost przeciętny uprzywilejowanych wynosi u mężczyzn 169,5 *cm*, wzrost zamożnych Żydów 163,5 *cm*. Rozwój pierwotnych jest gorszy pod względem wzrostu w niemowlęctwie i w ciągu całego życia. Polacy stanu szlacheckiego wykazują we wszystkich okresach życia wzrost wyższy od mieszczan i Żydów, oraz kobiet obu kategorii. Mieszczanie są o kilka centymetrów niżsi, Żydzi wykazują wzrost niższy od Polaków, Żydówki niższy od Polek. Polski proletariąt Warszawy wykazuje słaby rozwój cielesny, ale za to bezmiar odporności; wzrost jego jest dużo niższy, ale wskaźnik piersiowy bardzo dobry.

Z innej strony ujmuje rzecz Serkowski w swojej pracy: „O przyroście naturalnym ludności“. Sporządził on, na podstawie danych urzędowych o popisowych w Królestwie, tablicę, w któ-

¹⁾ W. Miklaszewski: „Rozwój cielesny klas uprzywilejowanych w Królestwie Polskim w świetle pomiarów antropometrycznych“. (Warszawa, 1914).

rej zestawiał procentowo liczbę zdatnych do wojska z liczby powołanych we wszystkich i każdej oddzielnie gubernjach Królestwa za lata 1911 i 1912; podzielił przytem Królestwo na dwa okręgi: przemysłowy i rolniczy, aby zbadać, czy pod względem zdatności do wojska zachodzi różnica między ludnością przemysłową a rolniczą. W zestawieniach tych jednak nie można się dopatrzeć większej różnicy, gdyż np. w okręgu *par excellence* fabrycznym, jakim jest piotrkowski, uznano za zdatnych do wojska w 1912 roku 547 z tysiąca powołanych, a w gubernji rolniczej płockiej 528 na 1000, w lubelskiej (rolniczej) — 598, a w kaliskiej (fabrycznej, przemysłowej) — 518.

Sądę, iż wszystkie przytoczone dane upoważniają nas do wyprowadzenia na ich podstawie wielce pocieszającego wniosku, mianowicie, że ludność polska nie ulega zwyrodnieniu, przeciwnie — rozwija się stopniowo fizycznie w miarę wzrostu dobrobytu, a nawet najbiedniejsze wśród niej klasy, mimo ciężkich warunków bytu i złych, w porównaniu z Zachodem, warunków higijicznych, akomodują się do nich, rozwijają fizycznie i wykazują do ostatniej wojny znaczne wzmózenie przyrostu naturalnego w porównaniu z krajami Zachodu, co szczegółowo wykazał w swej pracy Serkowski. Możemy więc z otuchą patrzeć na przyszłość naszego narodu, nie wątpiąc, że po ciężkiej wojnie i przy zmianie warunków na lepsze, nawet najbiedniejsze nasze klasy zaczną się stopniowo odradzać fizycznie i duchowo.

WYKŁAD IX.

Środki zapobiegawcze w walce z wysoką śmiertelnością i chorobowością polskich klas proletarjackich. -- Konieczność rychłego utworzenia przymusowych kas ubezpieczenia na wypadek choroby i śmierci i ubezpieczenia starości dla wszystkich ubogich klas pracujących.

W poprzednich wykładach staraliśmy się roztrząsać szczegółowo najważniejsze momenty przyczynowe, które, bądź to działając oddzielnie, bądź najczęściej łącznie, powodują owe wielkie klęski ludności proletarjackiej, t. j. wzmożoną jej śmiertelność i chorobowość w porównaniu z klasami zamożniejszymi, mieszkającymi i żyjącymi się lepiej i mniej ciężko pracującymi. Te momenty przyczynowe, które słusznie nazwać można społecznymi przyczynami chorób, jak to trafnie zauważył dr. Zahn, dyrektor Urzędu statystycznego w Monachjum ¹⁾, „rzucają szerokie cienie na naszą obecną kulturę, są one bowiem nie tylko źródłem nędzy całych setek tysięcy istnień, lecz zarazem tworzą poważną troskę o terażniejszość i przyszłość narodów. Dlatego też zwalczenie ich stało się jednym z najważniejszych zadań państwa. Ich przy-

¹⁾ Encyklopedia Mossego (str. 635), w której czytelnik znajdzie całości kształt środków państwowych w sprawie poprawy losu ubogiej ludności w Niemczech, ze szczegółową literaturą tego przedmiotu. W literaturze francuskiej godna jest uwagi praca G. Rondela: „La Protection des Faibles“ (Paryż, 1912).

gniatający wpływ na masy narodu okazał się już obecnie tak potężnym, że w niektórych krajach (Niemcy, Anglja, Austria) stanowisko państwa względem wielu z pomienionych przyczyn chorobowości uległo gruntownej zmianie“.

Ten zwrot opieki państwowej ku ochronie zdrowia mieszkańców wogóle, a klas biedniejszych w szczególności, rozwinął się w Europie z początkiem XIX wieku, t. j. z chwilą, gdy w Anglji wprowadzono obowiązkowy nakaz rejestracji zmarłych w całym państwie. Prace te, prowadzone sumiennie przez lat wiele, wykazały istotną śmiertelność i jej stosunek do klas biedniejszych, a powtórnie dowiodły, iż wzrost śmiertelności znajduje się w ścisłym związku z zaniedbaniem podstawowych przepisów higieny. Zaczęto więc przeprowadzać na drodze prawodawczej uzdrowotnienie całego kraju, co nastąpiło na wielką skalę dopiero w r. 1890, po ogłoszeniu uchwalonego przez parlament słynnego aktu, zwanego „Public Health London Act“, który stanowi podwalinę angielskich praw zdrowotnych i wzór, naśladowany przez prawodawstwa innych państw Europy i Ameryki. Nie mogę tu choćby pobieżnie roztrząsać tego wiekopomnego aktu, mającego na celu uzdrowotnienie miast i wsi; nadmienię tylko, że polega on na usuwaniu drogą prawodawczą wszystkich czynników szkodliwych dla zdrowia nie tylko całych grup, lecz nawet każdego osobnika. Prawo to wymaga między innymi, aby każda miejscowość zamieszkała miała dobrą wodę do picia, asenizowane ustępy, nakazuje zamykanie wilgotnych mieszkań, nadzór nad spożyczemi produktami, warsztatami pracy i t. p. Na podstawie tego aktu zaczęto w Anglji, głównie w wielkich miastach, burzyć kosztem państwa i gmin całe dzielnice niezdrowe, zakładać ogrody, place, budować domy dla robotników i t. p. Państwo i gminy wydały setki milionów funtów sterlingów na cele zdrowia publicznego, ale olbrzymi ten wydatek opłacił się sownie; w ciągu bowiem lat piętnastu (1875 — 1890) ogólna śmiertelność mieszkańców, a przedewszystkiem klasy biednej, spadła z 29 na 17 na 1000 mieszkańców, a śmiertelność z suchot, tej plagi proletariatu, spadła również z 24 na 17 na 10 000 mieszkańców.

Ten sam dobroczynny wpływ urzędzeń higieniczno-społecznych ujawnił się i w Niemczech, gdzie po wprowadzeniu od roku 1876 odpowiednich praw i powołaniu do życia Urzędu zdrowia publicznego (Reichsgesundheitsamt) i związanych z nim róż-

norodnych instytucyj higienicznych, a jednocześnie przymusowego ubezpieczenia wszystkich klas pracujących na wypadek śmierci, choroby i starości — śmiertelność spadła bardzo, bo do 16 a nawet 15 na 1000.

Toż samo okazało się i w innych państwach, jak: Belgja, Włochy, Francja i t. d., po wprowadzeniu praw sanitarnych, a wszędzie nauka odniosła triumf nad starą rutyną państwową, bardzo niechętną do większych wydatków na cele, uważane z razu za całkiem nieprodukcyjne; w wielu bowiem krajach zacofanych (Rosja, Hiszpanja, Turcja) do ostatnich czasów patrzono obojętnie na wielką śmiertelność wśród przeważnie biednej ludności, na marnienie tysięcy biedaków w źle urządzonych, niekontrolowanych fabrykach, na całe pokolenia nierozwiniętej fizycznie młodzieży, powoli ulegającej zwyrodnieniu, na dziesiątki tysięcy dzieci, mrących w wilgotnych mieszkaniach suterenowych przed wpływem pierwszego roku życia i t. p. Niestety, kraj nasz, a przedewszystkiem ubogie warstwy ludności były ofiarą grabieżczego i bezrozumnego rządu bez mała wiek cały, dziś więc, kiedy otwierają się dla nas widoki na budowanie własnego państwa, powinniśmy mieć na oku ugruntowanie w niem zasad higieny publicznej, dążąc do radykalnych reform na tem polu, aby chociaż powoli dorównać z czasem naszym sąsiadom z Zachodu; gdyż jedynie przez poprawę zdrowotnych warunków naszych biednych klas ludności możemy osiągnąć ich fizyczną i duchową sprawność, wzmóc ich dobrobyt, abyśmy wespół z narodami Zachodu mogli kroczyć drogą coraz bardziej rozwijającej się pracy kulturalnej.

Przedewszystkiem państwo nasze, mimo biedy i wyczerpania kraju, zając się musi organizacją służby zdrowia publicznego na modłę zachodnio-europejską, ale z uwzględnieniem warunków miejscowych. Stosownie do tego należałoby wprowadzać, choć powoli, zasadnicze reformy sanitarne, nie zadowolając się półśrodkami, z których wyniknącby mogło zacofanie w najżywotniejszych sprawach higienicznych na długie lata; lepiej więc będzie np., po wprowadzeniu prawa o obowiązkowej kanalizacji miast, zaczekać nieco z jej realizacją, aniżeli tymczasowo zastosować kanalizację wadliwą, mniej kosztowną, która w rezultacie kosztować będzie o wiele więcej, gdy z czasem trzeba ją będzie za-

stąpić systemem najlepszym. To samo powiedzieć można o budowie szpitali, domów dla robotników i t. p.

Wspomnieć tu muszę, że nasz rząd tymczasowy zajął się gorliwie od roku opracowaniem przyszłej sanitarnej organizacji kraju, a departament spraw wewnętrznych b. Tymczasowej Rady Stanu, przy współudziale grona specjalistów, opracował i ogłosił gruntowne „Przepisy tymczasowe o sprawie organizacji służby zdrowia w Królestwie Polskiem“. Przepisy te obejmują cały szereg zagadnień, odnoszących się do zdrowia publicznego, a więc: 1) higienę publiczną (walka z gruźlicą, chorobami wenerycznymi i t. d.); 2) organizację szpitalnictwa i zdrojowisk; 3) opiekę nad dziećmi i młodzieżą; 4) opiekę nad umysłowo chorymi; 5) higienę rzemiosł; 6) sprawy farmaceutyczne; 7) sprawy weterynaryjne; 8) opiekę nad ubogimi; 9) organizację statystyki i t. p.

Jednocześnie opracowano przepisy o organizacji państwowej służby zdrowia, t. j. zarządu cywilno-lekarskiego, a więc: organizację Rady Lekarskiej, przepisy obowiązujące dla lekarzy powiatowych i t. d. Opracowano również szczegółowo organizację dobroczynności publicznej, opieki nad dziećmi, nad ubogimi i t. d.

Reformy te bezspornie wpłynąć muszą na poprawę zdrowotnego stanu naszego kraju, a przede wszystkim klasy proletariackiej; aby jednak mogły być urzeczywistnione, nie zaś pozostały tylko teoretycznym postulatem, wymagać będą sum olbrzymich, całych dziesiątków milionów rocznie, który to wydatek Państwo Polskie będzie mogło ponieść tylko wtedy, jeśli, podobnie jak na Zachodzie, w możliwie najbliższym czasie będzie zorganizowane i wprowadzone w czyn przymusowe ubezpieczenie całej ludności, nie tylko na wypadek choroby lub kalectwa, lecz jednocześnie na zabezpieczenie starości (t. zw. renty dożywotnie), oraz pomoc rodzinom, których główni żywicieli zachorowali, znajdują się w szpitalach lub stali się niezdolnymi do pracy. Tę kategorię wielkich problemów społecznych podjęto już u nas ¹⁾ w projekcie b. Tymczasowej Ra-

¹⁾ Departament pracy Tymczasowej Rady Stanu: „Obowiązkowe ubezpieczenie chorych w Polsce niepodległej (projekt ustawy)* (Warszawa, 1917).

dy Stanu, opracowanym przez grono fachowców, który, będąc wzorowany na prawodawstwie zachodnio-europejskim, wprowadza jednocześnie pewne zmiany, zastosowane do naszego społeczeństwa. Pozwalam sobie z tego doniosłego projektu podać następujące najważniejsze wyjątki:

1) Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszyscy, utrzymujący się z płacy zarobkowej na zasadzie najmu, o ile pobierają nie więcej niż 3600 marek płacy rocznej. Ubezpieczeniu podlegają również osoby, czasowo zatrudnione u różnych pracodawców.

2) Kasy chorych udzielają swym członkom pomocy lekarskiej, zasiłków pieniężnych w chorobie i połogu, oraz zasiłków na kosztą pogrzebowe.

3) Zasiłek pieniężny wynosi 60% płacy ustawowej za czas niezdolności do pracy. Kasa chorych może za zgodą chorego udzielać pomocy lekarskiej w postaci leczenia szpitalnego. Kasa wypłacać będzie członkom, leczonym w szpitalu, zasiłek w wysokości 30% płacy ustawowej, o ile członkowie ci utrzymywali wyłącznie lub w przeważającej części ze swego zarobku jedną lub więcej osób.

4) Członkowie obowiązkowi ponoszą $\frac{3}{5}$ przypadającej na nich składki, ich pracodawcy zaś $\frac{2}{5}$. Członkowie dobrowolni wpłacają z własnych środków całość przypadającej na nich składki i wpisowe, określone przez statut.

5) Składki nie powinny przewyższać 5% pracy ustawowej i t. d.

Ten rodzaj obowiązkowego ubezpieczenia będzie u nas jedną z najkapitałniejszych reform, która niewątpliwie wpłynie na szybkie zmniejszenie chorobowości klas biednych, chory bowiem ubezpieczony znajdzie miejsce w szpitalu lub przytułku, a byt rodziny będzie zapewniony na czas choroby głównego żywiciela; tym sposobem choroba nie ulegnie zadawnieniu, nie przejdzie w stan przewlekły, a niezamożny chory, szczególnie dotknięty chorobą zakaźną, zostanie w porę usunięty z ciasnego i niezdrowego mieszkania, rodzina zaś jego będzie zabezpieczona od szerzenia się wśród niej choroby zakaźnej, co będzie miało wielkie znaczenie szczególnie dla dzieci. Naturalnie wymagać to będzie budowy wielu nowych szpitali i sanatoriów, które, podobnie jak w Niemczech, zakładać będą Towarzystwa ubezpieczeń ze swoich

funduszków rezerwowych, a w pierwszych latach, nim się uzbierają rezerwy, zapewne przy pomocy subsydjum państwowego.

Tak się przedstawia u nas w ogólnym zarysie sprawa reformy sanitarnej w kraju, jako podstawy uzdrowotnienia ludności proletarjackiej. W kierunku zapobiegawczym niezwykle ważną rolę odegrać będzie mogło nowo utworzone ministerjum pracy; dostarczanie bowiem pracy, a nie jałmużny klasom biednym stanowi jeden z najważniejszych postulatów społeczno-państwowych. W Austrii powstało dla podobnych zadań ministerjum opieki społecznej, rozpadające się na kilka sekcji, a mianowicie: opieki nad dziećmi i młodzieżą, opieki nad poszkodowanymi przez wojnę, ubezpieczenia społecznego i spraw opieki mieszkaniowej. Mają też być ustanowione przy temże ministerjum instytucje pośrednictwa pracy, ale nie w drodze tworzenia państwowych zakładów, lecz przez użycie w tym celu instytucyj społecznych, mających kontakt z życiem gospodarczem, przez współpracę władz autonomicznych i przez popieranie ich w tym kierunku przez państwo i t. d. Tego rodzaju rozumne urządzenia powinny być wzięte pod uwagę i w naszym ministerjum pracy.

Skreśliwszy w ogólnym jedynie zarysie udział państwa w opiece nad zdrowiem ubogiej ludności, wypada nam, chociaż również treściwie, wskazać środki zapobiegawcze przeciw głównym szkodliwościom dla zdrowia proletarjatu, wprzód już szczegółowo przez nas omówionym. A więc przedewszystkiem państwo powinno w drodze prawodawczej ochraniać ubogiego pracownika wogóle, a fabrycznego w szczególności, od nadmiernego wysiłku przy ciężkiej pracy. Zatem ograniczone być powinny godziny pracy, szczególnie nocnej, niezbędnej w niektórych gałęziach przemysłu; do pracy nocnej dopuszczani być mogą tylko robotnicy płci męskiej, młodzi i zdrowi; praca ta powinna ulegać zmianie kilkogodzinnej. Dalej należy wprowadzić obowiązkowy i ściśle dopilnowany odpoczynek niedzielny z bardzo małemi wyjątkami, odnoszącemi się do prac, które w dni świąteczne nie mogą ulegać przerwie. W handlu — subyekci, uczniowie i inny personel powinien mieć, oprócz wypoczynku niedzielnego, codziennie przynajmniej godziną przerwę południową. W Anglii np.

istnieje godny naśladowania zwyczaj, że większość sklepów w sobotę lub inny stały dzień w tygodniu, między godziną 2 a 3, zawiesza swoje czynności, aby dać personelowi możliwość załatwienia spraw osobistych, gdyż niedziela jest przeznaczona wyłącznie na odpoczynek i rozrywkę. Co do fabryk, to prawa, istniejące na Zachodzie, ściśle przepisują i przestrzegają z pomocą rządowych inspektorów, aby gmach fabryczny, sposób fabrykacji, a przede wszystkim pomieszczenia, w których pracują robotnicy, odpowiadały pod każdym względem wymogom higieny; dotyczy to szczególnie tych zawodów, które wpływają szkodliwie na zdrowie robotników (szlifiernictwo, kamieniarnictwo i t. p.), tudzież tych gałęzi pracy, jak np. górnictwo, które z natury zajęcia wybitnie narażają na szwank zdrowie, a nawet życie robotnika. Prawodawstwo tamże również ogranicza pracę dzieci i młodzieży, nie pozwalając im na branie udziału w ciężkich, niezdrowych zajęciach, a we wszystkich rodzajach pracy zabrania dzieciom pracy nocnej. To samo dotyczy kobiet, które do ciężkiej i nocnej pracy nie są dopuszczane, a jednocześnie prawo rozciąga specjalną opiekę (Anglija, Niemcy) nad kobietami ciężarnymi; tak np. prawo niemieckie nie pozwala zatrudniać kobiety pracą w fabryce w ciągu 2 tygodni przed porodem i 4 do 6 tygodni po porodzie; w okresie tym jednak pobiera ona od kas chorych normalny zarobek.

Nie ulega wątpliwości, że wymienione prawa mogą być ściśle wykonane tylko w tych krajach, gdzie istnieją urzędnicy państwowi, posiadający obywatelskie poczucie obowiązku względem swoich ubogich współbraci i gdzie prawidłowo funkcjonują instytucje, ubezpieczające robotników od choroby i nieszczęśliwych przypadków, a które, posiadając znaczne fundusze, mogą z nich czerpać środki na wynagrodzenie robotników poszkodowanych, na pensje dożywotnie, odpowiednie leczenie i t. d., nie krępując się względami ubocznymi. Jak wielce doniosłą pod tym względem odgrywają rolę kasy chorych, o tem przekonać może kilka zdumiewających liczb, zaczerpniętych ze sprawozdań najdawniejszych i najlepiej zorganizowanych kas ubezpieczeń w Niemczech (cyt. u Zahna). I tak: od roku 1885 do 1910, to jest w ciągu lat 25, kasy udzieliły pomocy w 85 milionów przypadków niezdolności do pracy. Za 1552 miliony dni choroby wypłacono straty, lub zapłacono za leczenie w odpowiednich zakła-

dach leczniczych. Ubezpieczonym kobietom ciężarnym i położnicom wypłacono w tym okresie czasu 70 milionów marek, lekarstwa i inne środki lecznicze kosztowały 1½ miljarda marek, a całość wydatków wyniosła około 4 miliardów marek. U nas, niestety, do ostatnich czasów istniało jedynie, i to tylko częściowo, ubezpieczenie robotników fabrycznych, lecz nie ich rodzin, na wypadek choroby i kalectwa, na podstawie rosyjskiego, bardzo niedostatecznego prawa fabrycznego. Dozór nad wykonywaniem przepisów powierzony był inspektorom rządowym, ludziom obcym, nie mającym nic wspólnego z naszym społeczeństwem; wykonywali więc oni nadzór bardzo niedbale lub tendencyjnie, mając na widoku najczęściej wywoływanie dysharmonji i nieporozumień między pracodawcami a pracownikami, skąd wynikały liczne spory, sprawy sądowe i t. d.

Rozpatrzyliśmy szczegółowo doniosłość wpływu sprawy mieszkaniowej na stan zdrowotny klasy proletarjackiej, jednocześnie wykazaliśmy bliżej różne czynniki, szkodliwe dla zdrowia ludności biednej, zamieszkałej w ciasnych i zupełnie nieodpowiednich mieszkaniach; zwracaliśmy przytem uwagę, w jak fatalnych warunkach mieszka nasza ludność biedna, nietylko w wielkich miastach, lecz i w miasteczkach, a nawet chatach wiejskich; wskazaliśmy również, że to wielkie zło istnieje nietylko u nas, lecz niemal w całej Europie, i że nawet w Niemczech, gdzie dokonano tylu wspaniałych reform sanitarnych w ciągu ostatnich lat trzydziestu, sprawa urządzenia odpowiednich mieszkań dla klasy biednej posunęła się naprzód stosunkowo mało, a tamtejsi ekonomiści i lekarze domagają się ciągle rozwiązania tego palącego problemu społecznego, tem bardziej, że stale wzrastająca cena nawet najlichszych mieszkań z konieczności zmusza klasy pracujące do stopniowego uszczuplania swego budżetu domowego, wynikiem czego jest coraz lichsze odżywianie się rodzin robotniczych, a szczególnie obarczonych licznymi dziećmi, przeto z żelazną konsekwencją musi następować upadek stanu ogólnego, a przedewszystkiem wzmożona śmiertelność i chorobowość dzieci. Analogiczne zjawisko spostrzegamy i u nas, gdyż jeszcze przed wojną ceny mieszkań w Warszawie i Łodzi, nawet drobnych i najgorszych, stale wzrastały do tego stopnia, że małe i złe mieszkanie w stosunku do jego rozmiarów kosztowało więcej, niż mieszkanie większe i urządzone higienicznie.

Sprawa reformy mieszkań jest kwestją bardziej natury ekonomicznej, niż lekarskiej, więc też na tem miejscu, zgodnie z założeniem, możemy ją omówić tylko bardzo ogólnie i treściwie, tem bardziej, że w naszej literaturze była ta sprawa pod względem ekonomicznym i lekarskim w ciągu ostatnich lat dwudziestu wielokrotnie poruszana przez naszych ekonomistów, architektów i lekarzy (Suligowski, Strasburger, Janiszewski, Dobrzyński, Rogójski, Tuliszkowski i wielu innych). Aby gruntowna reforma sprawy mieszkaniowej była skuteczna i zakreślona na właściwą skalę, t. j. aby objęła szerokie warstwy niezamożnej ludności, wymaga ona trzech kapitalnych warunków: 1) odpowiedniego szeroko zakreślonego prawodawstwa budowlanego, 2) olbrzymich kapitałów, które na ten cel musi przeznaczyć państwo, 3) szerokiego udziału społeczeństwa, które ze względu na dobro społeczne wytworzy, przy pomocy również dużych kapitałów, odpowiednie stowarzyszenia budowy tanich mieszkań, obliczonych na zysk minimalny.

Nie będę tu nawet w krótkości omawiał zasad prawa budowlanego, które ściśle wymagać będzie dla mieszkań, szczególnie małych, odpowiedniej ilości światła i powietrza, dobrych materiałów budowlanych, zakładania ferm, ogrodów, urządzania łatwej komunikacji ze środkiem miasta i t. p. Prawo to również powinno nakazywać perjodyczną rewizję mieszkań, szczególnie drobnych, stawiać surowe wymagania natychmiastowej poprawy zauważonych usterek (głównie w dziedzinie wodociągów i kanalizacji) i zamykać wszystkie mieszkania, szkodliwe pod względem higienicznym. Wszystkie jednak najlepiej ułożone przepisy staną się martwą literą, jeśli nie powstaną w dostatecznej liczbie zdrowe i tanie mieszkania, gdyż ubogi proletariusz, wyrugowany z jednego złego mieszkania, przeniesie się do jeszcze gorszej nory, albo, co jeszcze gorsza, wprowadzi się do szupłego mieszkania swoich krewnych lub sąsiadów, pogarszając i tak już złe warunki ich mieszkaniowe. Państwo więc i miasta powinny w swoich budżetach zamieszczać duże sumy na budowę drobnych i dobrych mieszkań, a jednocześnie miasta powinny mieć ułatwione, przez odpowiednie prawo, nabywanie, nawet drogą wywłaszczenia, pustych placów i przestrzeni podmiejskich, położonych zdrowo. Ułatwienie tworzenia prywatnych spółek budowlanych przez pożyczki amortyzacyjne, udostępnienie dla niezamoż-

nej ludności komunikacyj podmiejskich, zmniejszanie a nawet zwalnianie na szereg lat nowopowstałych domów z taniemi mieszkaniami od podatków państwowych i miejskich i t. p. — oto jedyna droga, na której, aczkolwiek bardzo powoli, da się rozwiązać ten fatalny węzeł gordyjski, jakim jest sprawa budowy na szeroko zakreśloną skalę tanich mieszkań, sprawa, która dotychczas tylko w Anglii została pomyślnie rozwiązana.

W tem dojrzałem społeczeństwie już od lat przeszło 30, t. j. od czasu wydania w r. 1890 prawa o mieszkaniach dla pracujących (Housing of working classes act), wzięto się odrazu do praktycznej realizacji tego ze wszech miar pożytecznego i humanitarnego prawa. Zaczęto nie od zamykania poszczególnych złych mieszkań, lecz od burzenia całych niezdrowych dzielnic w Londynie, Edinburgu i innych wielkich miastach, a na ich miejsce założono ogrody, skwery, place, pobudowano zdrowe domy dla robotników. Państwo i gminy wydały w ciągu lat piętnastu (1875 — 1890) na ten cel przeszło 100 milionów funtów (miliard rubli). Olbrzymi ten wydatek, ponoszony wyłącznie w interesie zdrowia publicznego, okazał się w skutkach niezmiernie dobroczynnym, w ciągu bowiem tego czasu ogólna śmiertelność w Londynie spadła prawie o połowę (z 29 na 17%), a jednocześnie rozwinęła się akcja prywatna w postaci towarzystw, w celu wykupu złych i budowy dobrych domów; towarzystwa te budują małe domki z ogródkami na wypłaty, domy dla niezamożnych wdów i sierot i t. p. Liczba tych towarzystw, które z biegiem czasu zaczęły nawet procentować, wzrastała stopniowo, tak, że w roku 1900 było ich w Anglii przeszło 3000, a każde z nich obracało olbrzymiami kapitałami, stanowiącemi miliony, a nieraz i dziesiątki milionów. Wkrótce potem sami robotnicy zaczęli zakładać podobne stowarzyszenia, które dawały im mieszkania na długoterminowe amortyzacje, i robotnik, po zapłaceniu pierwszej raty, stawał się odrazu właścicielem mieszkania. Tą tylko drogą, przy tak intensywnym udziale rządu i społeczeństwa, mogła powstać w Anglii ta nadzwyczajna reforma mieszkaniowa, która w zdumienie wprawia obcego przybysza, zwiedzającego całe te piękne dzielnice małych domków, otoczonych zielenią i kwieciami.

W Niemczech, jak już wzmiankowałem, również w ostatnich latach przed wojną, państwo i gminy zaczęły wydawać wielkie sumy na budowę tanich i zdrowych mieszkań. Najznaczniejszy

jednak udział w tem dziele biorą towarzystwa ubezpieczeń robotników, które w roku 1910 wydały 280 milionów marek na budowę domów dla robotników, a w Austrii w roku 1911 państwo wyasygnowało 25 milionów koron na podobne cele. W obu więc tych państwach, mimo narzekañ ekonomistów, reforma mieszkaniowa zaczęła się stopniowo rozwijać. To samo, acz na mniejszą skalę, uczyniono we Francji, Belgji i Szwajcarji. U nas, niestety, jak to już wiemy, sprawa mieszkaniowa dotychczas stoi jak najfatalniej, a mimo licznych projektów, artykułów, wydawnictw i t. p., na czyn szeroki, może nie zawsze z naszej winy, nie stać nas było; mimo jednak ucisku i braku inicjatywy, znaleźli się ludzie szlachetnego serca, którzy drogą osobistej ofiarności, aczkolwiek na małą skalę, dali początek tej pracy u podstaw. Mam tu na myśli fundację tanich mieszkań imienia małżonków Wawelbergów¹⁾, którzy w roku 1897, kosztem 300 tysięcy rubli, zbudowali w podmiejskiej okolicy Warszawy szereg domów o wybornej konstrukcji i doskonałym urządzeniu higienicznym, przeznaczonych na mieszkania dla ubogiej, przeważnie rzemieślniczej ludności miasta Warszawy. Mieszkań tych jest około 300, są one jedno- lub dwupokojowe, funkcjonują dotychczas prawidłowo i podobno wyłożony kapitał przynosi skromne odsetki.

Druga podobna instytucja powstała z inicjatywy księcia Tadeusza Lubomirskiego przy ulicy Czerniakowskiej, ale funkcjonowała nieprawidłowo i została zwinęta w roku 1875. O wiele lepiej rozwija się dom dla robotników, zbudowany przy ulicy Siennej z inicjatywy Stanisława Rotwanda, obejmujący niewielką liczbę, bo tylko 42 lokale²⁾. Oprócz pomienionych domów, specjalnie ufundowanych, istnieją jeszcze w kraju przy niektórych fabrykach (w Żyrardowie, Łodzi, Zawierciu), tudzież przy cukrowniach, mniej lub więcej dogodne domki, przeznaczone dla robotników, atoli liczba ich jest bardzo ograniczona.

Jeśli więc, przy odbudowie naszego państwa, rząd i społeczeństwo bezwarunkowo zająć się muszą kwestją mieszkań dla ubogiej ludności, to należy tę sprawę rozpocząć odrazu, i to na dużą skalę, a fundusze na ten cel, choćby drogą wielkich poży-

¹⁾ Szczegóły o tych domach w pracy Tchórznickiego (*Zdrowie*, 1890 r.).

²⁾ Inż. Kozłowski: „Domy dla robotników“ (*Zdrowie*, 1890).

czek dla miast, uzyskać i gwarantować, co jest tem bardziej możliwe, że z czasem ubezpieczenie powszechne klas roboczych z pewnością dostarczy odpowiednich kapitałów. Na sprawę mieszkań dla ubogiej ludności zapatrywać się bowiem należy jak na kwestję nietylko najważniejszą, lecz i najpilniejszą, i pod tym względem niema ofiar zawiśkich, na które zdobyć się powinny miasta. Wydatki bowiem poniesione w tym celu porównać można jedynie do wydawanych na cele oświaty publicznej, o których to wydatkach wielki nasz lekarz i społecznik, Dietl z Krakowa, powiedział na sejmie lwowskim w roku 1866: „Pieniądze, które wydacie na rzecz oświaty, nie są wydane, tylko pożyczone, bo oświata — to najrzetelniejszy dłużnik; oświata, która rodzi wolność, moralność i zamożność, wynagrodzi z lichwą pieniądz, na jej rzecz wypożyczony“.

WYKŁAD X.

Główne klęski chorobowe, będące udziałem ubogich klas naszej ludności. — Wielka śmiertelność i chorobowość dzieci. — Suchoty płucne i zasadnicze środki państwowo-społeczne zapobiegania im.

W wykładzie o odżywianiu wykazałem szczegółowo, że niedostateczne, na ogół biorąc, odżywianie się naszych klas biednych doprowadza do ogólnego osłabienia organizmu, czyniąc go podatnym do częstszych zapadań na różnego rodzaju cierpienia, a przedewszystkiem zakaźne, tak ostre, jak chroniczne. Doświadczenia, czynione wszędzie, a szczególnie u nas, w Warszawie, podczas obecnej wojny, najjaskrawiej wykazały słuszność tego poglądu. Ogromna bowiem większość mieszkańców Warszawy, będąc niedostatecznie odżywiana, i większość naszej ubogiej ludności, znajdując się w stanie niemal ciągłego głodu, stała się niesłychanie podatną na choroby ciężkie, na które zapadają masowo stale od kilku lat, a głównie na panujący stale od lat kilku tyfus wysypkowy i brzuszny, przedewszystkiem zaś na gruźlicę. Ten fatalny wpływ złego odżywiania stale się odbija w zwiększającej się szybko ogólnej śmiertelności mieszkańców Warszawy, która to śmiertelność przed wojną wynosiła około 20 na tysiąc żyjących, obecnie zaś (w roku 1917), podług urzędowych wykazów, dosięgła niezwykłej liczby, bo aż 50 na tysiąc, t. j. wzrosła dwa i pół raza, to znaczy, że z liczby stu mieszkańców umiera pięciu w ciągu roku, t. j. jeden na dwudziestu. Zapewne nie lepiej się dzieje w innych miastach i miasteczkach, jako też we wsiach całego kraju, gdzie stale wzmaga się drożyzna wskutek braku ar-

tykułów spożywczych, których większa część bywa rekwirowana i wywożona poza granice kraju. Nad wyraz więc paląca jest kwestja zaopatrzenia ogółu ludności, a przedewszystkiem klas niezamożnych, w dostateczną ilość żywności w czasie wojny, mocno bowiem zagraża niebezpieczeństwo wyludnienia kraju, a przedewszystkiem zmniejszenia się liczby dzieci, co w Warszawie w ciągu lat ostatnich stwierdzono stanowczo (Serkowski) O środkach, jakie rządy w sprawie aprowizacji stosują, o monopolach, kontroli sprzedaży produktów i t. p. nie mogę się rozwodzić, należą one bowiem do dziedziny ekonomji społecznej, a nie medycyny. Wszelako nietylko w czasie wojny, lecz i w okresie pokoju sprawa zaopatrzenia ludności biednej w tanie i zdrowe pożywienie ma ogromne znaczenie, zważywszy, że ludność wszystkich krajów Europy w ciągu ostatnich lat 40 stale i szybko wzrastała, więc też stale wzrastało zapotrzebowanie produktów spożywczych, tem bardziej, że na ogół w Europie, wskutek zwiększania się zarobków klas pracujących, sposób odżywiania się ich stawał się coraz lepszy, a dawną grubą, przeważnie roślinną strawę robotnik starał się urozmaicać, i słusznie, pokarmami mięsnymi; stąd w Europie, szczególnie Zachodniej, już przed wojną ceny nietylko mięsa, lecz i innych produktów stale i szybko wzrastały. Środki, jakie państwo powinno zastosować w celu zapobieżenia nadmiernemu wzrostowi cen produktów spożywczych, a z drugiej strony w celu dostarczenia ludności dostatecznej ilości tych produktów, stanowią bardzo ważny i trudny problemat czysto ekonomicznej natury, nie mogę więc tutaj tej sprawy nawet ogólnikowo poruszać, przekracza to bowiem temat niniejszych wykładów. Wspomnę tylko, że zadaniem władz państwowych, obok starań o zapewnienie ludności dostatecznej ilości produktów spożywczych, powinna być jeszcze ścisła kontrola nad temiż produktami, aby zwłaszcza biedni nie nabywali złej, szkodliwej dla zdrowia żywności. W tym celu u nas, podobnie jak na Zachodzie, powinny być zorganizowane w całym kraju specjalne stacje do badania produktów spożywczych, będące pod kierunkiem odpowiednich fachowców. Kontrola surowa dotyczyć powinna przedewszystkiem mleka, tego nieocenionego, niemal idealnego pożywienia dla dzieci, a które tak łatwo zafałszować można. Również kontrola weterynaryjna powinna być prowadzona w szlachtuzach całego kraju, aby nie było spożywane złe, za-

każone mięso, tak szkodliwe dla organizmu, bo wywoływać mogące ciężkie choroby (patyfusy, trychinozę i t. p.). W jaki sposób państwo, a przede wszystkim urzędy aprowizacyjne wypełnią po wojnie swoją, w kierunku aprowizacji kraju bardzo ważną misję, nie mogę się tutaj rozwodzić, wspomnę tylko, że główna uwaga powinna być zwrócona na dobrą i wzorową produkcję mleka ¹⁾, na zwiększenie w całym kraju produkcji jarzyn, wzmoczenie hodowli ryb, jako też pewnych pożywnych rodzajów mięsa (wieprzowe), a to przez popieranie i organizowanie stosownych spółek handlowych, wystaw perjodycznych, premje, odczyty popularne dla ludu, zachęcające do zwiększonej produkcji środków spożywczych i t. p. Ważne również zadanie stanowić będzie staranie się o to, aby jadło, które lud spożywa, było mniej jednostajne i lepiej przyrządzane; w tym celu należałoby przy niektórych szkołach ludowych i seminarjach utworzyć dla kobiet perjodyczne kursa kucharstwa, nawet po wojnie urządzać wzorowe kuchnie ludowe, kuchnie zbiorowe i t. p.

Wszystkie powyżej szczegółowo omówione przyczyny, szkodliwie oddziaływające na zdrowie klas ubogich naszego społeczeństwa, uwydatniają się jaskrawo w dwóch wielkich klęskach społecznych, trapiących przede wszystkim klasę proletariacką, któremi są: 1) wielka śmiertelność niemowląt i wogóle dzieci, 2) szeroko grasująca wśród nich gruźlica. Te dwie, wielce doniosłe sprawy muszą jeszcze pokrótce omówić z względniem środków zapobiegawczych.

Śmiertelność dzieci i niemowląt u nas, jak już szczegółowo było zaznaczone, dochodzi do niebywałych na Zachodzie rozmiarów; w Warszawie bowiem śmiertelność dzieci do lat piętnastu wynosi około 48% wszystkich zmarłych, a dzieci w wieku do lat pięciu przeszło 41%. W Łodzi stosunek procentowy zmarłych dzieci jest jeszcze gorszy. Zapewne to samo, a może i gorzej, dzieje się i wśród ubogiej ludności naszych miasteczek i wsi, o czym jednak dokładnych statystycznych danych nie posiadamy. Ta wielka klęska społeczna, dziesiątkująca dzieci, oddawna

¹⁾ Szczegóły w pracy Serkowskiego: „Mleko i mleczarstwo“ (wyd. 2-gie, 1917).

zwróciła u nas uwagę ludzi szlachetnych i dobrej woli, i w tym kierunku inicjatywa prywatna, szczególnie w Warszawie, stosunkowo dużo zrobiła, że wspomnę tu o tak wspaniałych instytucjach, jak Towarzystwo gniazd sierocych, Tow. opieki nad dziećmi, Instytut higieny dziecięcej imienia Lenwała, Tow. kropli mleka, Tow. kolonij letnich dla biednych dzieci, Tow. opieki nad matkami i t. p. Instytucje te jednak, jako prywatne, rozporządzają stosunkowo małymi środkami, a działalność ich ograniczała się przeważnie do opieki nad biednymi dziećmi Warszawy, gdy akcja ratunkowa powinna ogarnąć kraj cały i opierać się nietylko na działalności zrzeszeń społecznych, lecz i na szerokim udziale finansowym państwa, oraz instytucyj gminnych i samorządnych, jak to od kilku dziesiątków lat dzieje się na Zachodzie, a przedewszystkiem we Francji. Program ogólnej opieki i zasad organizacji opieki nad dziećmi jest bardzo rozległy, nie mogę tutaj nad nim się rozwodzić i odsyłam interesujących się tą doniosłą sprawą do wybornej pracy dr. Wł. Szenajcha ¹⁾; nadmieniam więc tylko, że opieka ta powinna ogarnąć: 1) niemowlęta, 2) dzieci w wieku przedszkolnym, 3) dzieci w wieku szkolnym, 4) młodzież w wieku pozaszkolnym, 5) dzieci szczególnie zagrożone (opuszczone, zaniedbane, żebrzące, występne i t. p.), 6) dzieci chore, 7) dzieci ułomne i kaleki, wrzescie dzieci niedorozwinięte (idiotyczne, ślepe, głuchonieme).

Wszystkie te organizacje powinny odpowiadać następującym warunkom:

1) Powinny mieć charakter społeczno-higieniczny i społeczno-wychowawczy.

2) Powinny obejmować dzieci różnego wieku, nietylko w miastach i miasteczkach, lecz i we wsiach.

3) Organizacja nie powinna być rozdrobniona, przeciwnie—wszelkie zakłady muszą działać w stałym z sobą kontakcie i wszystkie powinny pozostawać pod zwierzchnim dozorem i kontrolą.

4) Najważniejszy dział opieki powinien opierać się na ściśle preliminowanych, stałych budżetach i mieć zapewnioną do-

¹⁾ Dr. Wł. Szenajch: „Zasady organizacji opieki nad dziećmi“ (Warszawa, 1917).

stateczną liczbę pracowników, tak dobrowolnych, jak i wykwalifikowanych zawodowo.

Zasady, któremi kierować się należy przy organizacji opieki, dr. Szenajch określa, jak następuje: „Opieka nad dziećmi należy do rodziców, przede wszystkim do matki; tylko w tych przypadkach, gdy: 1) matki nie wiedzą, jak opiekować się dzieckiem, 2) nie mogą lub nie chcą otoczyć go należytą opieką, lub wreszcie 3) gdy dzieci są pozbawione rodziców — opiekę nad dziećmi obejmuje społeczeństwo. Ogólną przytem zasadą być powinno: „Nie odbierać matki dziecku“.

Ten wielki program społecznej opieki nad dziećmi wymaga całokształtu najróżnorodniejszych instytucyj, jak oto: żłobki, rozdawnictwo mleka, opieka i instytucje dla kobiet ciężarnych i rodzących, domy wychowawcze, sanatorja dla chorych dzieci i wiele podobnych, co u nas może być urzeczywistnione tylko przy pomocy państwa, pod kierunkiem centralnej instytucji dobroczynności publicznej. Początek podobnej organizacji dla m. Warszawy, o szeroko zakreślonym programie, opracował w ostatnich czasach wydział dobroczynności publicznej, istniejący przy Magistracie miasta Warszawy.

Co się tyczy środków przeciw szerzeniu się u nas gruźlicy, słusznie nazwanej „chorobą proletarjacką“, to skreśliłem obszerny program walki z tą chorobą w wykładach zeszłorocznych¹⁾; odsyłam więc interesujących się tą ważną sprawą do cytowanej pracy, a tutaj pragnę tylko w krótkości wskazać najważniejsze wytyczne w tej walce, omawiane przeze mnie na Zjeździe higjениstów polskich, w czerwcu 1917 r., w odczycie p. t. „Odbudowa kraju a walka z gruźlicą“.

Dwa podstawowe postulaty: dobra szkoła i higjениczna chata włościańska, jako też walka z alkoholizmem, będą tą pewną, acz powolną drogą, która po wielu latach usilnej pracy doprowadzi do zrealizowania trzeciego podstawowego czynnika w walce z gruźlicą, t. j. do podniesienia poziomu dobrobytu

¹⁾ Dr. med. Alfred Sokołowski: „Wielkie klęski społeczne. Walka z niemi“. (Warszawa, 1917).

klas biednych, a przede wszystkim ludu wiejskiego, czemu w wysokim stopniu pomagać i współdziałać będą autonomiczne urządzenia państwowe przez zakładanie kas ubezpieczenia od chorób i starości, opieki nad dziećmi i t. p. instytucyj samopomocy, których wynikiem będzie niechybnie podniesienie ogólnego poziomu kultury i dobrobytu kraju.

Na zakończenie więc raz jeszcze powtarzam: podstawą walki z gruźlicą u nas w kraju, a przede wszystkim na wsi, będzie oświata ludu.

Jednocześnie atoli z tą wielką pracą u podstaw, walka z gruźlicą wymaga również uwzględnienia istniejącego już zła, t. j. wielkiej liczby suchotników, mieszkających w licznych izbach po wsiach i miasteczkach pospołu ze zdrowymi, gdyż oni, szczególnie będący w dalej rozwiniętych okresach choroby, przyczyniają się do szerzenia tej strasznej plagi.

W jakim więc kierunku powinna się rozwijać na wsiach akcja przeciwgruźlicza? Pomijam tu wszelkie, powszechnie znane przepisy higieniczne, zarówno odnoszące się do unieszkodliwienia płwociny gruźliczej wogóle, jako też do stosunków suchotnika ze zdrowymi osobnikami, przepisy które przy złych mieszkaniach stają się martwą literą, gdyż, jak słusznie powiedział Duclaux: „Walka z suchotami — to nie walka z gruźlicą płwociną, jeno z chorym na gruźlicę człowiekiem“; jedynym przeto i poniekąd radykalnym środkiem byłoby wydanie prawa, już w niektórych krajach (Saksonja, Norwegja) istniejącego, o obowiązkowym umieszczaniu suchotników z otwartą gruźlicą w odpowiednich lecznicach lub przytułkach.

W Niemczech przed 20 laty sądzono, że najskuteczniejszą bronią w walce z gruźlicą jest radykalne leczenie początków tego cierpienia w specjalnych sanatorjach ludowych. Do tej walki zabrano się energicznie i istotnie dokonano rzeczy zdumiewających: w ciągu lat kilkunastu pobudowano 115 sanatorjów ludowych na 15 tysięcy łóżek, kosztem 220 milionów marek; Wyniki zrazu wydawały się doskonałe: statystyki sanatoryjne wykazywały około 80% wyleczeń, a śmiertelność z gruźlicy spadała ze stosunku 22 : 10 000 na 15 : 10 000. Z biegiem jednak czasu okazało się, że u owych wyleczonych średnia długość życia nie przekracza 10 lat dla chorych z pierwszego okresu, 5 lat dla chorych z drugiego i 2 lat dla chorych z trzeciego okresu.

Co do sprawności roboczej, to liczby te są jeszcze niższe: 6,3 i 1 rok (statystyka Turnaua). Nadto okazało się, że obniżenie śmiertelności z gruźlicy zdołano osiągnąć i w innych krajach zachodnich, a przede wszystkim w Anglii, choć nie wznoszono tam tyłu i tak kosztownych sanatorjów. To też ustala się obecnie pogląd, że zarówno wyleczenie w początkach gruźlicy, jak i ogólne obniżenie śmiertelności w tej chorobie, zawdzięczamy nie sanatorjom, lecz środkom ogólnym, podnoszącym z jednej strony warunki zdrowotne kraju, z drugiej — dobrobyt klas społecznych i jednostek. To są zasadnicze środki do walki z gruźlicą. Jako środek zaś pomocniczy, wysoce skuteczny, a o wiele tańszy, niż sanatorja, uznać należy t. zw. „przychodnie“, które powinny być organizowane w liczbie jak największej, przy udziale towarzystw filantropijnych, gmin i państwa, jako pomoc dla ubogiej ludności w leczeniu początkowych okresów choroby. Również dla przeciwdziałania gruźlicy rozpadowej muszą być obmyślane pewne środki, gdyż społeczeństwo ma prawo wymagać, ażeby tacy chorzy byli izolowani i nie rozszerzali zarazy wśród swych rodzin. Budowanie jednak szpitali dla tej kategorii chorych pociągnęłoby zbyt duże koszty. W Królestwie możemy liczyć około 150 000 suchotników, a z nich około 30 000 w okresie późniejszym. Same szpitale dla nich kosztowałyby najmniej 100 milionów marek, a utrzymanie chorych również wiele dziesiątków milionów rocznie. Dlatego trzeba będzie ograniczyć się do pobudowania kilku większych szpitali w wielkich ośrodkach miejskich, a resztę chorych umieszczać w skromnych przytułkach, obliczonych na kilka, najwyżej kilkanaście osób. Przytułki takie mogłyby znajdować się w każdym miasteczku, w każdej gminie i pozostawać choćby pod opieką specjalnie wypraktykowanych pielęgniarek, lekarz zaś z sąsiedniej miejscowości mógłby dojeżdżać do nich co pewien czas. Myśl zakładania takich przytułków podałem już w r. 1898 (w *Krytyce Lekarskiej*); u nas pozostała ona wprawdzie bez echa, tymczasem w Norwegji w ten właśnie sposób zaczęto realizować izolację suchotników i osiągnięto doskonałe wyniki. To też idea ta — pod mianem „systemu norweskiego“ — zyskuje sobie coraz więcej prawa obywatelstwa i aklimatyzuje się nawet w Niemczech, gdzie zakładane są t. zw. „Heimstädte“, t. j. przytułki o prostym urządzeniu z taniem utrzymaniem.

Tę myśl urządzenia na wsiach skromnych przytułków i przychodni przy nich, choćby na początek tylko dla chorych daleko posuniętych, musimy propagować jak najusilniej, jest ona bowiem łatwa do zrealizowania, nawet w obecnych, ekonomicznie ciężkich czasach. Trzeba tylko dobrej woli członków zarządu gmin, którzy nie powinni się zrażać niepowodzeniem, lecz przejąc się myślą, że w tej walce dojść można do poważnych wyników tylko powoli i stopniowo. Powinniśmy brać za przykład Norwegję, kraj do niedawna bardzo jeszcze ubogi i zacofany pod względem kultury, dziesiątkowany przez gruźlicę i inne choroby zakaźne, który jednak, drogą dobrze zorganizowanej pracy zbiorowej, kierowanej poczuciem obywatelskiem, osiągnął wyniki tak wspaniałe, że dziś służyć może nietylko dla nas, lecz i dla innych narodów o wyższej kulturze, jako wzór znakomicie zorganizowanej walki z gruźlicą, przy pomocy stosunkowo małych nakładów materialnych.

A więc w tej wielkiej sprawie higienicznej, która jest tak nagląca i wydać może nadzwyczajne owoce dla naszego biednego narodu, wnieśmy „w górę serca“! Stańmy rażno do wspólnej pracy — każdy w swoim zakresie, stosując się do mądrego orzeczenia naszego poety: „Czyni każdy w swoim kółku, co każe duch Boży, a całość sama się złoży“.

Warszawa, styczeń 1918 r.



WYDAWNICTWA GEBETHNERA I WOLFFA.

	<i>Mk. f.</i>
BRAUN LILY. Historja rozwoju ruchu kobiecego podług oryginału opracowała J. Ok sza	1 —
BRIDEL L. Prawo kobiet i małżeństwo. Studja krytyczne z zakresu prawodawstwa porównawczego, tłom. M. Chojecka	2 50
DĘBICKI Z. Kryzys inteligencji polskiej	8 —
— Miasteczko	3 5
GRABOWSKI E. Podręcznik statystyki	4 —
HEIPERN M. Szkoły zawodowe rzemieślnicze i niższe techniczne	3 —
JANKOWSKI A. Na gruzach Turcji. Zarysy historyczno-publiczne	4 —
KOROTYŃSKI WŁ. Dawne rady miejskie i powiatowe	1 50
KOSKOWSKI B. Ostatni rozbiór Turcji. Rozkład państwa tureckiego w Europie. — Polityka europejska względem Turcji. — Czem jest Turcja azjatycka	3 —
— Polityka gminna	4 —
KOSZUTSKI S. Podręcznik ekonomji politycznej. Wydanie 3-cie	7 50
PEABODY FR. B. Jezus Chrystus i kwestja społeczna	3 75
PERETIATKOWICZ AN, D-r. Państwo współczesne	1 25
PLATER-ZYBERKÓWNA. Na progu małżeństwa	12 —
Przyczyny upadku Polski. Odczyty	7 50
F. Papée. Zapatrywania dotychczasowe.	
E. Romer. Warunki geograficzne.	
O. Halecki. Ekspansja i tolerancja.	
F. Bujak. Siły gospodarcoe.	
S. Kutrzeba. Siły państwowe.	
J. Kallenbach. Siły moralne i umysłowe.	
W. Konopczyński. Pierwszy rozbiór.	
" " " " " " " " " " " "	
W. Tokarz. Dwa ostatnie rozbiory.	
J. Chrzanowski. Zakończenie.	
Rocznik polski. Tablice statystyczne, wyd. E. Romer i S. Weinfield. Karton	5 60
ROMER E. Ilu nas jest.	1 15
— Polska. Ziemia i państwo	2 —
ROSTWOROWSKI M. Wojna i traktat pokojowy. Jak powstaje państwo w naszych czasach	1 25
SOKOŁOWSKI ALF. D-r. Wielkie kłeski społeczne i walka z niemi	6 —
STECKI J. Zasady ogólne ekonomji społecznej. Wydanie 2-gie, powiększone	2 —
ŚWIĘTOCHOWSKI A. Utopje w rozwoju historycznym	6 —
— Źródła moralności	6 —
SZELAĞOWSKI AD. Niemcy, Austrija i kwestja polska	3 —
WŁODEK L. Bolesław Prus. Zarys społeczno-literacki	10 —