

# Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL SALOL UROTROPINA	<b>EUMICTINE</b>	KAPSUŁKI GLUTENOWE
MOCZOPĘDNY	ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY KOJĄCY	PRZECIWGNILNY
RZEŻĄCZKA		ZAPALENIE MIĘDNICZEK
ZAPALENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO		ZAPALENIE MIĘDNICZEK I NEREK
ZAPALENIE NEREK		ROPOMOCZ
LABORATORYUM Dr. M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU. Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych. Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.		

<b>ZAPARCIE NAWYKOWE</b>	
CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIĄCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO	
<b>CASCARINE</b>	<b>LEPRINCE</b>
$C^{12} H^{10} O^5$	$C^{12} H^{10} O^5$
ŚRODEK	ROZWALNIAJĄCY
LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA. LABORATORYUM Dr. M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU. Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych. Oddział dla Polski: MOKOTOWSKA 57 m. 6 w WARSZAWIE.	

# PAŃSTWOWY ZAKŁAD ZDROJOWY w CIECHOCINKU

**CZYNNY OD 1 MAJA DO 31 PAŹDZIERNIKA**

Wody Ciechocińskie (solanka) stosowane z pożytkiem: w żołądkach, gościu stawowym i mięśniowym, wadliwej przemianie materji (dna, otyłość, cukrzyca), cierpieniach kobiecych, nerwowych, w przewlekłych zapaleniach kości, okostnej, stawów i tkanki podskórnej, chorobach serca i naczyń, chronicznych chorobach skórnych i przewlekłych katarach górnego odcinka dróg oddechowych, w niektórych cierpieniach żołądkowo-kiszkiowych i wielu innych.

Zakład posiada 12 źródeł z różną zawartością soli od  $\frac{1}{3}\%$  do  $6\%$ . Źródło Nr. 3 do picia zawiera 1,28 jednostek emanacji radowej. W czterech obszernych gmachach wydawane są kąpiele: solankowe, borowinowe (błotne), Karlsbadzkie, kwasowęglowe (gazowe), świetlne, elektryczne, zabiegi wodolecznicze; wziewalnia (inhalacja) i łaźnia. Dogodny dojazd koleją i statkiem parowym. Wodociąg, oświetlenie elektryczne. Wspaniałe parki. Las sosnowy. Do wynajęcia 3.500 pokoi, szereg dobrze urządzonych pensjonatów, hotel o 100 numerach, restauracje, kawiarnie. Pierwszorzędna orkiestra symfoniczna. Teatr. Kino. Spacerdy i wycieczki piesze w okolice i koleją do Torunia, Bydgoszczy. 45 lekarzy zdrojowych, dentyści, masażystki. 2 apteki. Kościół. Poczta. Telegraf. Telefon. Filje banków. Dom izolacyjny. Kamera dezynfekcyjna.

NA ŻĄDANIE WYSYŁA SIĘ SZLAM CIECHOCIŃSKI W 10-KG.  
WORECZKACH I ŁUG W LITROWYCH BUTELKACH, ORAZ  
GAZOWANĄ CIECHOCIŃSKĄ SOLANKĘ DO PICIA ZE ŹRÓDEŁ  
Nr. 12 —  $1\frac{1}{2}\%$ , Nr. 10 —  $1\%$  i Nr. 7 —  $\frac{3}{4}\%$ .

**Bliszych informacyj udziela Zakład Zdrojowy  
i Komisja Zdrojowa w Ciechocinku**

# Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO  
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra JÓZEFA POLAKA

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bączkiewicz, Prof. Stanisław Bądziński, Dr. Józef Celarek, Dr. Witostaw Dąbrowski, Dr. Aleksander Fruchtman, Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań); Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz (Kraków), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin), Dr. Franciszek Grodecki, Dr. Marceł Gromski, Dr. Ludwik Hirszteld, Dr. M. Kasprzak, Inż. Konstanty Jakimowicz, Doc. Tomasz Janiszewski, Prof. Dr. Kazimierz Karaffa - Korbutt (Wilno), Generał Inż. Eugeniusz Kątkowski, Prof. Bronisław Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski, Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugeniusz Piasecki (Poznań), Dr. Antoni Puławski, Inż. Ignacy Pfofrowski, Prof. Rączewski, Dr. Marjan Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki, Inż. Zygmunt Słomiński, Dr. Stanisław Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Władysław Starkiewicz Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów), Dr. Władysław Świątoplek-Zawadzki, Major Dr. Gustaw Szulc, Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.

Warszawa, 1 września 1927 roku.

## Od Redakcji.

Ustawodawstwo w dziedzinie zdrowia, jak to powszechnie wiadomo, posiada liczne braki i wadliwości. Przedewszystkiem w wielu odłamach tej dziedziny ustawodawstwa brak ustaw polskich, a lubo dzielnice byłych zaborów pruskiego i austriackiego nie są ich pozbawione, w byłej dzielnicy rosyjskiej brak niektórych (np. o artykułach żywności) daje się uczuwać. Niektóre zaś z ustaw, już przez nowe Polskie rządy wydanych, posiadają tak poważne braki, że poprostu zamiast pożytku wielką wyrządzają społeczeństwu szkodę i są powodem narzekań i niepokoju w społeczeństwie lub w zrzeszeniach specjalnie zainteresowanych, np. wśród lekarzy.

Ponieważ w ostatnich czasach, jak to widać z prasy, przygotowują się nowele i dekrety w tej dziedzinie, przeto w kilku słowach przynajmniej wymieniamy te sprawy, których urzeczywistnienie może być uważane za życzenie jeżeli nie całości społeczeństwa.



czeństwa, to przynajmniej olbrzymiej większości jego oraz znawców w dziedzinie zdrowia.

Przedewszystkiem więc nadmienić wypada, że najprędszą i najracjonalniejszą drogą poprawy błędów ustawodawczych we wszystkich ustawach dotychczasowych byłoby wydanie ramowego Prawa o zdrowiu publicznem w Polsce, jako ustawy ogólnej, której odnośne rozdziały stanowiłyby znowelizowane ustawy dotychczasowe.

Następnie wskazać winniśmy na krzyżący brak, prostopu poniżający Polskę w oczach higienistów całego świata; jestto brak prawie zupełny statystyki śmiertelności, czyli najważniejszego działu statystyki sanitarnej w państwie. Zagadką historyczną pozostanie istnienie ministerjów zdrowia i posiadanie przez nie przez liczne lata wydziału statystycznego bez statystyki śmiertelności.

Ustawa o Kasach Chorych budzi wstręt w społeczeństwie i wśród lekarzy. Wymaga ona gruntownej reformy. Przedewszystkiem usunąć należy obręczę ściskającą wszelką swobodę ruchów w tej instytucji. Dość jest wprowadzić przymus ubezpieczenia i wytknąć zasady; pozatem wszakże pozostawić zrzeszeniom zawodowym, gminnym i przedsiębiorstwom możność urządzania własnych kas na tej ustawie ramowej.

Następnie usunąć należy krzyżącą niesprawiedliwość, czysto komunistyczny obowiązek wciągania do kasy kategorii osób, o których wiadomo, że z kas korzystać nie będą, jednym słowem należy obniżyć w znacznym stopniu cenzusy materialne przymusowego należenia do kas, podobnież skasować niedorzeczne teoretycznie i zabójcze praktycznie zmuszanie szpitali gminnych do leczenia klientów kas za połowę ceny kosztu. Kosz a biurowe kas winny być olbrzymio zredukowane na rzecz zakładania sanatorjów.

Projekt ustawy o szpitalnictwie, który bodajby nie stał się projektem dekretu, nie wytrzymuje wogóle najlżejszej krytyki. Kładzie on nacisk, zupełnie zbędny, na nomenklaturę zakładów, przeważnie składa się tylko z regulowania kosztów kuracyjnych i krępuje w wysokim stopniu inicjatywę prywatną zakładania szpitali; łączy przytem dwie zupełnie odrębne kategorie instytucji t. j. szpitale publiczne i przedsiębiorstwa lecznicze, mimo ich podstawowych różnic względem administracji państwowej.

Walka z klęską mieszkaniową wymaga rewizji odnośnych przepisów.

Do lepszych projektów należy opracowany już oddawna projekt ustawy o nadzorze nad handlem i obiegiem produktów spożywczych i przedmiotów użytku, wymaga jednak nadania odnośnych uprawnień samorządom, które w projekcie tym są upośledzone; projekt przewiduje przeważnie rządową tylko kontrolę i instytuty rządowe, co jest niewykonalnem wogóle, a przedewszystkiem ze stanowiska finansów rządu.

Oczekują też zatwierdzenia projekty: O ochronie czystości powietrza i wody (powinny być złączone w jednym projekcie, nie zaś oddzielnie jak zamierzano), o grzebaniu zmarłych (łącznie z paleniem zwłok) oraz pilna dla centralnych i wschodnich zwłaszcza województw ustawa budowlana.

Z liczby samej tych nieureczywistnionych spraw wynika, że w istocie względnie najszybciej i najlepiej byłoby wrócić do koncepcji i projektu Towarzystwa higienicznego z r. 1917, t.j. do wydania ustawy o zdrowiu publicznem w Polsce.

**Dr. J. Połak.**

---

**Dr. Antoni Krzyczkowski**

b. lekarz naczelny Dyrekcji Kolei Państw. w Warszawie.

## **O sanitarji kolejowej.**

Dziedzina sanitarji kolejowej w piśmiennictwie powojennem jest tak rzadko poruszaną, że zaledwie 2—3 prace umiałbym zacytować. A szkoda, bo jest to dziedzina u nas dosyć surowa i pole dla badaczy leży odłogiem. Na I Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy kolejowych w Warszawie w październiku 1926 r. zachęcałem młodych kolegów, by energję swą i wiedzę zwrócili w tą stronę i nawet drobne spostrzeżenia lub pomysły komunikowali prasie fachowej.

W prasie niefachowej codziennej zabierali częściej głos ludzie niefachowi—przygodni malkontenci; znalazł wesz na sobie, kto wie czy nie udzieloną mu łaskawie przez sąsiada — z tych conajmniej 25% owszonych pasażerów, wożących bezpłatnie wszy, a list taki stale prawie kończył się zwrotem: „a cóż robi sanitarjal kolejowy, co robią lekarze kolejowi“?

Usterki w stosunkach zdrowotnych kolei przypisywane są najczęściej lekarzom. Czy winien jest lekarz, gdy choremu zapíše najlepszą receptę i da najsumienniejsze przepisy, a pacjent ani lekarstwa ani posiłku odpowiedniego nie dostanie, bo... niema pieniędzy. Czcigodny malkontencie — obywatelu polski — wiedz, że na poprawę zdrowia w Polsce trzeba miliardów złotych, a dać ich nie możesz, bo nie masz!

Kilka słów o organizacji sanitarji na kolejach polskich. Ministerjum Kolei zawsze broniło niezależności swego Wydziału Sanitarnego od innych Władz Sanitarnych Państwa i słusznie, gdyż 1) higjena pasa kolejowego z jego ruchliwą i stale pędzącą na setki kilometrów ludnością i taborami ma rzeczywiście swoje specjalne zadania, różne od spokojnych wsi i pól, przez które przechodzi kolej; 2) Min. Kolei jednoczy w sobie wszystkie organa sanitarne i wykonawczo - techniczne, posiada ogromną sieć telefonów, telegrafów, swą pocztę, środki szybkiej lokomocji itp. czyli możność szybkiej decyzji i co najważniejsze — szybkiego wykonania tej decyzji i nadzoru. Pod względem więc aparatu do wykonywania nadzoru i decyzji może chyba tylko być porównane z Min. Spraw Wojskowych, a znacznie wyprzedza organizacje wszelkich innych Władz Sanitarnych w Państwie.

Min. Kolei posiada Departament Sanitarny z lekarzem na czele — podległy Ministrowi; każda zaś z Dyrekcji Kolejowych (9 w Państwie Polskiem) ma samodzielne — niezależne od innych Wydziałów — Wydział Sanitarny z Dyrektorem Wydziału (Lekarz Naczelny), Lekarzem Sanitarnym i całym szeregiem lekarzy rejonowych, z których każdy — poza innemi czynnościami — jest Lekarzem Sanitarnym swego Rejonu. Wydział Sanitarny Dyr. podlega tylko Prezesowi Dyrekcji, a wszelkie zarządzenia z Min. Kolei może otrzymywać li tylko przez Prezesa Dyrekcji. Niestety Dep. Sanit. Min. wbrew zatwierdzonej przez Radę Ministrów organizacji Dyrekcji — usiłował nieraz bezpośrednio — z pominięciem Prezesa Dyr. — ingerować w sprawy Wydz. Sanit. Dyrekcji, a nawet w obsadzaniu posad lekarzy, dentystów itp. w Dyrekcjach, co było powodem starć.

Tu muszę nadmienić, że walka o niezależność w Dyrekcji Wydziału Sanitarnego, jak to było w Rosji, trwała kilka lat i z trudem udało się tę samodzielność utrzymać, gdyż Wydziały

Administracyjne (Personalne), wytwór galicyjski—w Rosji zupełnie nieznaną, usiłowały objąć pod swą opiekę i Sanitarję Kolejową. Przebieg tej walki wart osobnego studjum, które nie bez pożytku dla stanu lekarskiego, powinno się ukazać w prasie fachowej.

Ś. p. Ministerjum Zdrowia, a później Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wskutek nieuregulowania w drodze prawodawczej zależności organów sanitarnych różnych Ministerjów od Władzy państwowej Centralnej (Sanitarnej) też ingerowało do Sanitarji Kolejowej w sposób niefortunny, gdyż usiłowało to robić bezpośrednio—z pominięciem Min. Kolei i wydało nakaz Władzom Sanit. Wojewódzkim — te zaś Powiatowym—dozoru sanitarnego nad Koleją, nie dając dokładnej instrukcji tym organom. Rozpoczął się okres zarządzeń PP. Lekarzy Powiatowych, który się właściwie dosyć szybko zakończył, gdyż zarządzenia jako niecelowe i czasem nieprawne, nie zostały po większej części przez Dyrekcję wykonane. Parę z nich, jako b. charakterystyczne, zacytuję. Został sporządzony nakaz dzierżawcy bufetu kolejowego przebudowy kuchni ze spisaniem protokołu i zagrożeniem dzierżawcy bufetu za niewykonanie odpowiedzialnością karno-sądową. Zapominano tylko, że dzierżawca bufetu nie ma prawa ruszyć jednej cegielki w dzierżawionych ubikacjach bez zgody i pozwolenia Dyrekcji Kolei, jako właścicielki budynku, która posiada swoje organa i Sanitarne i Inżynieryjne i wszelkie przebudówki wykonywa sama i nie pozwala lokatorom i dzierżawcom dokonywać przeróbek. Posypały się protokoły Lekarzy Powiatowych przeważnie nie w sprawach zasadniczych, ważnych, a błahych np. że kran od wodociągu w sali pasażerskiej przecieka, że podłoga zabłocona — po przejściu paruset pasażerów w czasie roztopów i błota i wiele takich bagatelnych zarządzeń i pisaniny, bez której lekarz rejonowy kolejowy usuwa te braki przez proste zwrócenie uwagi p. Zawiadowcy stacji lub dozorcę budynku. Rzecz w zasadzie b. ważną i cenną rozmieniano na grosiki.

Oczywiście Centralne Władze Sanitarne Państwa, które są odpowiedzialne za zdrowotność całej ludności muszą i mają prawo wydawać zarządzenia sanitarne, obejmujące całe Państwo, koordynować czynności w tych sprawach wszystkich Ministerjów, a w chwili wybuchu epidemji lub wojny — winne być uposażone w daleko sięgające sankcje prawne. Prawo powołało w Polsce



Radę Państwową Zdrowia, złożoną z przedstawicieli Ministerjów, Izb Lekarskich i organów samorządowych, która właśnie ma na celu koordynowanie czynności organów sanitarnych i nadzorczych wszystkich Władz, by zarządzenia jednej nie były w sprzeczności i nieprzeszkadzały biegowi spraw w innym Ministerjum i by zarządzenia zdrowotne dotyczyły rzeczy ważnych, zasadniczych, a nie rozpraszały się na drobiazgi i szykany. Niestety pomimo, że już w „Monitorze“ Nr. 18 z dn. 23 stycznia 1926 r. ogłoszone zostało Rozporządzenie Rady Ministrów o powołaniu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z wyraźnie określonym programem jej działalności; pomimo, że już dawno Naczelna Izba Lekarska wyznaczyła do niej swych delegatów, dotychczas ani razu Rada owa przez Min. Spraw Wewn. zwołaną nie była, a sprawy zdrowotności kraju leżą odłogiem.

Co do wykonywania dozoru sanitarnego w pasie kolejowym przez Wydz. Sanit. Dyrekcji istnieje dotychczas kilka systemów, z których każdy ma swych zwolenników i przeciwników. W b. zaborze austriackim sedno dozoru polega głównie na osobistych oględzinach całego pasa kolejowego przez Naczelnego Lekarza lub jego pomocnika; w b. zaborze pruskim istnieje przy Wydz. Sanit. Dyr. instytucja inspektorów sanitarnych, co było koniecznością, gdyż lecznictwo kolejarzy spoczywało tam w ręku Kas Chorych, a lekarze Kas Chorych funkcji sanitarnych nie pełnili; w b. zaborze rosyjskim cała kolej podzieloną została na rejony (oddziały) lekarskie, w każdym stale zamieszkiwał jeden lekarz rejonowy, a czasem dwóch i więcej, do obowiązków których należało poza lecznictwem i opieką sanitarną w granicach ich rejonów. Dwa razy do roku na wiosnę i w jesieni każdy lekarz rejonowy zwoływał pod swem przewodnictwem komisję sanitarną, złożoną z przedstawicieli miejscowych innych Wydziałów kolejowych, jak np. Wydz. Drogowego (należą wszystkie budynki, studnie, ustępy), Wydz. Mechanicznego (warsztaty, pompy wodne), Ruchu (stacje, bufety, pokoje noclegowe). Komisje sporządzały protokoły oględzin sanitarnych, w których dzieliły wszystkie zauważone uchybienia sanitarne na 3 kategorie: 1) usuwalne natychmiast zarządzeniem Władz miejscowych, biorących udział w komisji np. oczyszczenie studni, naprawa zrębów studni, wywiezienie śmieci, wyszlamowanie rowów ściekowych itp.; 2) do tej kategorii zaliczały się takie



braki, dla usunięcia których wymagało się decyzji Prezydjum Dyrekcji i wyznaczenia na to niezbędnych większych środków pieniężnych np. przeróbki budowlane, odprowadzenie ścieków, kanalizacja itp.; 3) do tej zaś kategorii zaliczały się braki, usunięcie których wymagało już znacznego nakładu, a więc decyzji Min. Kolei, jak np. budowa nowych warsztatów, domów mieszkalnych, osuszenie i zdrenowanie bagien itp. Komisje nieraz po parę dni szczegółowo zwiedzały swe rejon, a nawet czasem drezyną objeżdżały cały pas kolejowy w granicach rejonu, nie opuszczając ani jednej budki dróżnika, ani jednej studni. Protokoły wpływały do Wydz. Sanit. Dyr., gdzie były studjowane przez Lekarza Sanit. Dyr. i Naczelnika Wydz., który robił z nich wyciąg, oglądał osobiście lub delegował Lekarza Sanitarnego do obejrzenia ważniejszych braków sanit. i składał sprawozdanie p. Prezesowi Dyr. Kilka razy do roku odbywały się inspekcje wszystkich bez wyjątku odcinków kolejowych, należących do Dyrekcji, pod przewodnictwem p. Prezesa Dyr., przy udziale wszystkich Naczelników Wydziałów— w tej liczbie i Nacz. Wydz. Sanit., wszelkie potrzeby i braki szlaków, warsztatów, budynków były szczegółowo omawiane i na miejscu oglądane. Zdawałoby się więc, że przy takim postawieniu sprawy, gdy niema dziury najbardziej zachłannej, do którejby oko organów sanitarnych i nadzorczych nie zajrzało — sanitaria na kolejach powinna być bliską doskonałości. A jednak!

Tu jeszcze raz wypada stwierdzić starą prawdę, że pomiędzy papierem a życiem ogromna otchłań. Cóż z tego, że Wydz. Sanit. Dyr. Warsz. złożył do Dyrekcji i Ministerjum z górą 160 protokółów oględzin sanitarnych? Cóż z tego, że Nacz. Wydz. Sanit. składał raporty o brakach sanitarnych i nakreślił szczegółowy plan, jakim Sanitaria kolejowa kroczyć winna?

Wszystkie te poczynania rozbijają się o dwa fatalne słowa: „brak kredytów”, które będąc powtarzane przez szereg lat muszą każdego nawet najmłodszego i najenergiczniejszego człowieka doprowadzić do rozpacz i zniechęcenia. Te dwa fatalne słowa ciążą na wielu niestety poczynaniach w dobie obecnej, ale sumienie lekarzy, stojących na straży spraw zdrowotności kraju, nie może patrzeć spokojnie, gdy np. na stacji W. od szeregu lat istnieje na terenie kolejowym obszerne dół po wybranej do robót kolejowych ziemi, wypełniony stojącą gnijącą wodą. Sąsiednie niechlujne

miasteczko urządziło sobie tanim kosztem ścieki do tego basenu zgnilizny i woni. Na usunięcie tej bajory potrzeba podobno 50 tys. złotych i... „brak kredytów“. Tam ścieki z łaźni miejskiej wpuszczono do strumyka powyżej tego miejsca, skąd stacja czerpie wodę. Tam rzeźnia miejska spuszcza swe ścieki do rowów przy stacji, w innej miejscowości system kanalizacyjny Chambault, ongiś uważany za dobry, obecnie zbankrutowany — nasycił na dużej przestrzeni głęboki piaszczysty pokład gruntu odpadkami organicznymi i trzeba kosztownej kanalizacji dla usunięcia tego zła. Mógłbym jeszcze długą listę przytoczyć grzechów sanitarnych, które wołają o pomstę do Boga, ale — poco? Nie można tu winić ani Dyrekcji, która z trudem wywalcza środki na najpotrzebniejsze inwestycje, ani Wydz. Sanit. Ministerjum, który jest b. skąpo zapatrzonny w środki jak zresztą wszystkie organa, mające pieczę nad zdrowotnością ludności. Sprawy sanitarne Państwa zdegradowano od Min. Zdrowia do Gener. Dyrekcji, a obecnie już tylko do Departamentu Sanit. Min. Spraw Wewn. Głos lekarzy, który w schorowanej, zrujnowanej i rozmyślnie przez zaborców umorusanej Polsce — zdawałoby się — winien rozlegać się jak spiz, dzięki fatalizmowi, ciężącemu nad losem znękaney Polski, jest lekceważony i nie ma waloru, a wszystkie państwa cywilizowane przyszły do przekonania, że szczęście ludności jest ściśle związane ze zdrowotnością i pieczę nad tem oddały samodzielnym i władczym organom zdrowia publicznego.

Sądzę, że i lekarze w Polsce przemawiać w prasie winni częściej, bo przecież społeczność polska wyjdzie kiedyś w zrozumieniu swych spraw zdrowotnych ze znaku „Raka“ i wejdzie w znak „Wodnika“..., a wówczas się umyje, a może nawet przyzna, że lekarz miał rację, robiąc swoje, mówił, ostrzegął.

Mając na względzie potrzebę posiadania dowodów dla zwalczania szablonowych i niestety częstych głosów, że lekarze kolejowi dla sanitarji nic nie robią, wprowadziłem w Dyrekcji Warsz. „błoczki sanitarne“. Są to notesiki kieszonkowe podłużne; każdy arkusik składa się z „grzbietu“ i oddzieranej „kartki sanitarnej“. Przy każdej bytności w pasie kolejowym, czy to u chorego, czy w przejeździe, lekarz kolejowy przy każdym zauważonem uchybieniu sanitarnem notuje je w „błoczku sanitarnym“, odrywa „kartkę sanitarną“ i wręcza ją osobie, pod której zarządzeniem jest dana

miejscowość np. zawiadowcy stacji, naczelnikowi warsztatu, biura itp.; „grzbiety“ zaś co miesiąc odsyła do Wydz. Sanit., który je grupuje i ma dowód w ręku czynności sanitarnych lekarza. Niestety nie wszyscy koledzy-lekarze zrozumieli cel i znaczenie tych „błoczków sanitarnych“, a szkoda, bo to było z ich osobistą korzyścią.

W końcu rodzi się pytanie, czy Sanitarjat kolejowy ma jakiś opracowany program swej działalności, ma plan na najbliższą i dalszą przyszłość, czy też idzie pomału od wypadku do wypadku? Twierdzę stanowczo, że takie plany ma każda Dyrekcja. Plany te nie są oparte na fantazji, zrodzonej przy biurku, ale oparte na doświadczeniu życiowym, gdyż w każdej Dyrekcji są lekarze, którzy w tej dziedzinie pracowali pod rozmaitymi zaboremi dziesiątki lat i byli świadkami wcielenia w życie tych planów.

Na I Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Warszawie coraz to wpływały ze strony młodszych lekarzy nowe projekty, jak urządzenie wagonów — wystaw higienicznych, jak ruchomych kamer dezynfekcyjnych itp. Wszystko to było podyktowane najgorętszą troską o podniesienie stanu sanitarnego kolei, wszystko to było b. rozumne i celowe, ale nie ujęte w ramy całości programowej i... wszystko to już było — powtórzę za Ben - Akibą! Wszystko to już było i — dodam — złożyło egzamin życiowy. Że projekty owe żyły i zdały egzamin życiowy, nie tylko nie zmniejsza to ich wartości i nie obniża inicjatywy poszczególnych kolegów, którzy na Zjeździe z nimi wystąpili, lecz wprost przeciwnie — dowodzi, że myśl inicjatorów szła drogą logiczną, bo zgodną z życiem.

Poniżej przytaczam program Wydz. Sanit. Dyr. Warsz., który starałem się wcielić w życie; ważniejsze punkty jego wносиłem do budżetu prawie corocznie, robiłem specjalne przedstawienia do Dyrekcji np. o kamerze dezynfekcyjnej ruchomej, o wagonie - kąpielisku, o wagonie dla przewożenia chorych, składałem projekty do Prezydium Dyr. i w lutym 26 r. przy pożegnaniu Dyr. wyluszczyłem w liście do p. Prezesa.

Niestety to fatalne „brak kredytów“ zawisło ciężką zmorą nad budżetem Wydz. Sanit. i pozostał po tych usiłowaniach nie-raz tylko stos papierów.



Pomijam tu prace nad organizacją Wydz. Sanitarnego, badań stałych i perjodycznych pracowników kolejowych. Komisji lekarskich, składnicy do zaopatrywania aptek kolejowych w leki, opatrunki i narzędzia i poruszę tylko zadania sanitarne. Dalej program obejmuje:

1. *Komisje Sanitarne* Oddziałowe i Główna dla najszczególowszego badania pod względem sanitarnym całego pasa kolejowego, o czem mówiłem wyżej. Jako wyniki ich prac szły do Dyrekcji i Ministerjum protokoły oględzin sanitarnych i raporty Nacz. Wydz. Sanit. o brakach sanitarnych w Dyrekcji. Jako aparat lżejszy dozorczy — kontrola przez lekarza kolejowego przy każdej bytności w pasie kolejowym (błoczki sanitarne) i objazdy Lekarza Sanitarnego i Dyrektora Wydziału.

Do czynności organów sanitarnych należy też kontrola nad „bufetami“ — jadłodajniami stacyjnemi, o których muszę słów parę powiedzieć, gdyż jest to dziedzina, która lekarzom kolejowym sprawia dużo kłopotów. Dyrekcja wydzierżawia „bufety“ na zasadzie przetargów i oddaje więcej dającymu. Względy czy kandydat jest fachowcem, czy prowadził gdzie zakład jadłodajny i jak — roli tu nie odegrywają, natomiast odgrywają względy dobroczynności i mają pierwszeństwo wdowy po pracownikach lub zniedołężniali pracownicy. Nic szkodliwszego dla pasażerów i klientów takich jadłodajni, jak te dwie mylne zasady: jaknajwiększa tenuta i filantropja. Mając już szereg lat za sobą i możliwość obliczenia frekwencji i obrotu „bufetu“, można ustalić cenę na każdy rok zgodną ze stanem rynku, a wdowy i starców należy zaopatrzyć, ale nie kosztem żołądków pasażerów; gdyż praktyka życiowa dowiodła, że conajmniej 90 proc. „bufetów“, prowadzonych przez wdowy po pracownikach, stoi poniżej wszelkiej krytyki.

2. *Propaganda* higieny, walki z chorobami zakaźnemi, alkoholizmem zapomocą odczytów, tablic, pokazów obrazowych i wystaw ruchomych w wagonach. Kredyty na to stałe były przez wyższe władze skreślane.

Wystawy - wagony takie były urządzane na kolei Petersb.-Warszawsk.: na ścianach — obrazy, w gablotkach — preparaty woskowe lub z papier-maché, przedstawiające np. skutki alkoholu. Wagony przesuwały się powoli przez całe szlaki, zatrzymując się

po kilka dni w większych centrach; dostęp na wystawę był bezpłatny przez cały dzień, a w pewnych godzinach lekarz Oddziałowy dawał objaśnienia lub wygłaszał popularne odczyty. Wiem z osobistego doświadczenia, że ludność kolejowa interesowała się bardzo takimi wystawami, a preparaty, ilustrujące zmiany chorobowe np. w żołądku, nerkach, wątrobie pijaka, robiły wielkie wrażenie.

Niestety — było to na kolejach rosyjskich.

3. Dla zobrazowania stanu sanitarnego Dyrekcji winne być sporządzone *Album Sanitarne* Dyrekcji, w którym każda stacja, każdy większy obiekt ma swoje karty z opisem charakteru miejscowości, właściwości gruntu (bagna), źródeł wody, studni, systemu kanalizacji itp., a także — gdzie są szkoły, ochronki, apteki, szpitale, najbliższy lekarz itd. Na zasadzie takiego albumu winne być sporządzone *mapy* Dyrekcji — geologiczne, hydrologiczne i ze wskazaniem miejsc pod względem zdrowotności lepszych i gorszych. Mapy takie nietylko dawałyby wskazówki, gdzie Min. Kol. a nawet Państwo winno zwrócić uwagę i środki dla poprawienia warunków zdrowotnych jak np. wysuszenie bagien, usunięcie zanieczyszczenia rzek, ale też wskazywałyby i administracji kolejowej, by np. urzędnika zagrożonego chorobą płuc nie przynosić do miejscowości bagnistej, na co często wpływały skargi pracowników do Wydz. Sanitarn.

Album takie zapoczątkowałem, na dalsze studja i prace środków nie było.

4. Dyrekcje muszą posiadać 2 lub 3 *stałe Kamery Dezynfekcyjne*, w których mogłyby być poddawane dezynfekcji całe wozy pasażerskie, wagony naładowane np. gałganami, sprowadzanymi do papierni z Rosji. Kamery takie są niezbędne w czasie pokoju, a brak ich w czasie wojny lub epidemji ciężko się zemści na ludności. Budowa takich kamer i ich rozmieszczenie w Polsce uważam za kwestję o ważności państwowej. Tu winno zabrać głos Min. Spr. Wewn., Spr. Wojsk. i Min. Kolei.

Tego typu kamerę Dyr. Warsz. posiada na „Czystem“, ale tylko jedną, zbudowaną b. prowizorycznie i z materiałów palnych. Dezynfekcja odbywa się cjankiem wodoru i pomimo wielu brabów kamera ta działa nieźle i narzekania na owszenie wagonów ustały.

Niezbędną jest w każdej Dyrekcji jedna lub dwie *kamery dezynf. ruchome* dla systematycznego objeżdżania wszystkich szlaków i dezynfekowania perjodycznego łóżek, kołder, materaców, pokoiów noclegowych dla obsługi parowozowej i konduktorskiej. Gdy się pomyśli, że łóżko takie ma codzień innego gościa — często suchotnika, chorego na chorobę weneryczną lub świerzbę — krzycząca potrzeba takiej kamery nie potrzebuje uzasadnienia. Kamera musiałaby też dążyć na stacje, gdzie wybucha epidemia. Kolej Petersburska miała 2 takie kamery, doskonale funkcjonujące. Na szczegóły tu miejsca niema, a szemat podaję: wagon kryty Pulmanowski b. długi, przedzielony na dwie połowy: brudną i czystą. Wewnątrz ogromna kamera, do której zupełnie swobodnie wstawiało się kilka łóżek żelaznych nieskładanych z całą pościelą. Dezynfekcja odbywała się albo zapomocą pary, albo przez wypompowywanie powietrza i rozpylanie formaliny (Vacuum-formalina). Kotły, maszyny i piece do tych celów mieściły się obok kamery w tym samym wagonie. Stale do kamery był doczepiany wagon — mieszkanie dla obsługi kamery, złożonej z 2 osób: dezynfektora i palacza-ślusarza i składu na materiały dezynfekcyjne: fartuchy, obuwie i t. p. Przy kamerze przysznie dla dezynfektora, który po nabiciu kamery kąpał się, przechodził na czystą połowę i zdezynfekowane przedmioty wydawał. Oczywiście kożuchy, kołdry wełniane dezynfekowały się tylko w Vacuum-formalinie.

Dyrekcja Warsz. kamery tego typu nie posiada, a właściwie posiada b. cenne jej części składowe, ale niezmontowane. Znów kredyty na zmontowanie i przerobienie wagonu zostały skreślone. A sprawa b. pilna i ważna.

Koszta utrzymania lotnego oddziału dezynfekcyjnego bywały zwykle skreślane. Trzeba dodać, że Dyr. Warsz. ma 2200 kil. rozciągłości i około 140 tys. łącznie z rodzinami ludności kolejowej, a więc całe duże miasto.

5. Wydział Sanitarny winien dopilnować, by wszędzie były *kapieliska* dla pracowników i ich rodzin, a szczególnie przy warsztatach, pokojach noclegowych, pralniach itp. Są jednak tereny tak zniszczone przez wojnę, że stacje i niezbędne dla eksploatacji kolei budynki są dotychczas tylko prowizoryczne, naprędce sklecone, ciasne domki drewniane, nawet bez mieszkań



dla obsługi stacyjnej; tu na razie o kąpieliskach mowy nie ma, a w okolicach pustych, mało zaludnionych też kąpielisk nie ma. Tu Wydz. Sanit. Dyr. Warsz., korzystając z rozmontowywania w r. 1921 kilku b. dobrze urządzonych pociągów sanitarnych (dla rannych), zaprojektował oddanie mu *wagonów - kąpielisk* wcale dobrze urządzonych i kilkunastu *wagonów z urządzeniami dla przewożenia rannych*. Wagon-kąpielisko miał obsługiwać w stale określone dla każdej stacji dnie—osiedla kolejowe na tych szlakach, gdzie kąpielisk nie ma; wagony zaś sanitarne miały być rozmieszczone w różnych punktach Dyrekcji dla przewożenia chorych i rannych do szpitali.

Niestety ostra potrzeba wagonów stanęła na przeszkodzie i żądanie Wydz. Sanit. zostało uchylone.

6. Wydz. Sanitarny winien wytrwale i pomimo, że dotychczas nie dopiął swego celu, stale przy każdej sposobności domagać się, by wszelkie projekty i plany budynków, przebudowań, budowy wagonów lub ich przebudowy były poddawane krytyce z punktu sanitarnego. W mej długoletniej praktyce miałem wypadki, żem wstrzymał budowę rampy naładunkowej dla bydła i nierogacizny ze zbiornikiem nawozu tuż pod oknami szkoły, ale dowiedziałem się o tem wypadkowo, gdyż plany nie były mi zakomunikowane. Uniknęłoby się też tych grubych błędów sanitarnych, które cechują nasze wagony pasażerskie. Przerabiamy stale wagony stare, budujemy nowe i stale te same błędy powtarzamy, a nigdy projekt wagonu nie był poddany krytyce Wydziału Sanitar. Przed laty (1922) opracowałem szemat wymagań sanitarnych od wagonu pasażerskiego i — złożyłem do Ministerjum, co się stało z tym memorjałem — nie wiem.

7. Ściśle z sanitariją łączy się *Ratownictwo* przy pojedynczych wypadkach zranień, jak i zbiorowych podczas katastrof. W nosze i skrzynki ratunkowe winne być zaopatrzone wszystkie stacje, pociągi i warsztaty. Do r. 1926 w Dyr. Warsz. b. wiele stacji i wszystkie pociągi były tych niezbędnych przedmiotów pozbawione. Popełniano przytem stale zasadniczy błąd, gdyż hołdowano teorii, że wszystkie koleje w całym Państwie winne mieć nosze i skrzynki ratunkowe jednakowego typu i fundusze na te cele pozostawiano sobie, przytem pomysły na skrzynki i nosze pochodziły od jednego człowieka, który swój pomysł narzucał

wszystkim Dyrekcjom i sam je obstalowywał. Pomysły niezawsze były szczęśliwe, zmiana osobowa w Depart. Sanit. Min. Kol. powodowała wycofanie tylko co wykonanych skrzynek i obstalowywanie znacznym kosztem nowych pomysłów znów pojedynczego człowieka, co jest zawsze b. ryzykowne, gdyż błąd popełniony przez jednego człowieka mści się na wszystkich Dyrek. i Skarbie Państwa. O wiele racjonalniej sprawa ta była postawioną w Rosji, gdzie przepisy Ministerjum wskazywały tylko zadania ratownictwa, lecz pozostawiały poszczególnym Zarządom Kolei wypracowanie typów skrzynek, noszy i t. p., a co parę lat urządziły podczas Zjazdów wystawy ratownictwa — naprawdę ciekawe, gdyż inicjatywa prywatna i współzawodnictwo Zarządów Kolei wysiłały się na rzeczy dobre, czasem oczywiście i śmieszne, ale te dwie zasadnicze potęgi wszelkiej twórczości — inicjatywa i współzawodnictwo — nie były krępowane.

8. Do ratownictwa należą też *wagony ratunkowe*, rozstawiane w kilku węzłach Dyr., które w razie katastrof winne spieszyć na miejsce wypadku i *szkolenie personelu* w ratownictwie.

Typ wagonów ratunkowych był szczegółowo opracowany dla Dyr. Warsz. w 1924 r., lecz dla braku funduszków jeszcze w r. 26 nie był zbudowany. Program szkolenia konduktorów, opracowany wspólnie z Prezesem Pogotowia Ratunkowego w Warszawie dr. Zawadzkim — z zajęciami praktycznymi i dyżurami kolejno w Pogotowiu — też dla braku funduszków nie został uwzględniony. Obecnie (1927) kursa szkolenia w ratownictwie już funkcjonują.

9. Do Wydziałów Sanit. należy też inicjatywa w urządzaniu *Kolonji* Letnich dla dzieci pracowników, *Kolonji* wypoczynkowo-leczniczych dla samych pracowników, *Sanatorjów*, a także cała walka z gruźlicą w całej jej rozciągłości, tak dobrze zapoczątkowana przez Gener. Dyrekcję Zdrowia i Tow. Przeciwgruźlicze, winna być w ręku Wydz. Sanit.

Wydziały Sanit. rozwijają to i rzeczy takie we wszystkich Dyrekcjach zapoczątkowały lub wznowiły instytucje zniszczone przez wojnę. W Dyr. Warsz. z inicjatywy b. Prezesa Dyr. inż. Jakubowskiego powstała w Aleksandrowie Kujawskim *Kolonja* Letnia dla dzieci pracowników i pensjonat dla pracowników i rodzin, potrzebujących kuracji w Ciechocinku, w budynkach, gdzie jeszcze niedawno panoszył się żandarm i celnik rosyjski. Dyrekcja

dała budynki, łoży rok rocznie sporo na kanalizację, wodociągi i różne ulepszenia, a społeczność kolejowa, rozumiejąc dobrze, że skarb nasz nie jest w stanie wszystkiemu podołać, zawiązała Towarzystwo Kolonij Pracowników Dyr. Warsz., oparte na samopomocy i własnych składkach, a pod sprężystym Zarządem własnym rozwija się b. ładnie i zakres swej pracy rozszerza na inne ośrodki kolejowe. Już teraz kilkaset dzieci przez lato wypoczywa, odżywia się, leczy się, cywilizuje, a kilkadziesiąt pracowników z rodzinami, mając tani hotel - pensjonat, odbywa kurację w Ciechocinku. O Kolonjach tych warto kiedy pomówić obszerniej i może wyręczy mnie ktoś z Zarządu Tow. Kolonji. Tow. to weszło w kontakt z Tow. Przeciwgruźliczem i walkę z gruźlicą zapoczątkowało b. ładnie.

Zainicjował też Wydz. Sanit. urządzenie na wielu stacjach, gdzie teren i warunki na to pozwalają *Gołębników dla dzieci*; jest to niewielka piaszczysta słoneczna przestrzeń, otoczona parkanem i — o ile to możliwe — z małym zbiornikiem wody, gdzie dzieciarnia w strojach kąpielowych używa słonecznych i powietrznych kąpiei. Kto zna wilgotne, ciemne i duszne mieszkania uboższej warstwy, zrozumie, że taka rekompensata słońca i powietrza zbawiennie działa na organizmy.

Muszę zaznaczyć, że każda Dyr. Kolej. posiada w swych granicach najrozmaitsze miejscowości kuracyjne, jak brzeg morski, lasy, klimat górski lub podgórski, solanki i inne źródła, w których zwykle urządza bądź swoje własne siedliska lub drogą umów ułatwia pobyt i kurację swym pracownikom. Przy wymianie więc przez Dyrekcje swych chorych, potrzebujących kuracji w uzdrowiskach, pracownicy kolejowi mogą mieć w tym zakresie b. szeroką pomoc leczniczą. To już dotyczy dziedziny lecznictwa, którego dziś poruszać nie miałem zamiaru.

Na zakończenie — śmiało twierdzę, że pomimo wielu braków w sanitarji kolejowej, stan sanitarny pasa kolejowego jest bez porównania lepszy od zdrowotności miasteczek i wsi, przez które kolej przebiega. Gdy stacje mają bruki, ścieki, wodociągi, oświetlenie, ustępy i personel do utrzymywania wszelkich ubikacji w porządku, sąsiednie wsie i miasteczka literalnie toną w błocie, wszelkie urządzenia sanitarne prymitywne lub wcale ich niema; czyści i dezynfekuje je tylko słońce i wiatr, a zmywa



deszcz. Prawda, że jadłodajnia kolejowa jest często b. marna, ale gdy się obejrzy parę takich zakładów w miasteczku tuż przy dworcu osiadłych — różnica jest wybitna na korzyść bufetu stacyjnego.

Tezy końcowe:

1. Sanitarja kolejowa mimo osiągniętej stale poprawy nie doszła jeszcze do wysokości, na jakiej postawić ją pragną organa miarodajne Zarządów

2. Dla osiągnięcia dalszych postępów niezbędnem jest wyznaczanie znaczniejszych funduszy na inwestycje zdrowotne.

3. Pożądanem jest większe zainteresowanie prasy fachowej sprawami sanitarnymi kolei, co powinno być zadaniem lekarzy kolejowych.

---

**Dr. Marja Hleb-Koszańska.**

## **Przeludnienie mieszkań a gruźlica.**

Przyczynek do wyświetlenia zagadnienia tego na podstawie materiału „Ośrodka Zdrowia“ w Mokotowie.

W lecie 1925 roku przez Urząd Sanitarny I-ej Stacji Miejskiej Medycyny Zapobiegawczej — „Ośrodka Zdrowia“ w Mokotowie (Puławska 91 <sup>1)</sup>) dokonano przeglądu blisko 1000 mieszkań według bardzo szczegółowego kwestionariusza, zawierającego kilkadziesiąt pytań.

Jako powód postużyło: w 97% wypadków zawiadomienie o zapadnięciu na choroby zakaźne w danym mieszkaniu, — w reszcie wypadków — skarga na wadliwość pomieszczenia <sup>2)</sup>.

Oględziny odbywał ówczesny lekarz (lekarka) sanitarny Urzędu — w przeważającej części osobiście, — przy pomocy bezrobotnej inteligencji.

<sup>1)</sup> Obejmuje komisaryaty XVI, XX i XXI — Mokotów z Wierzbnem, Królikarnią i przylegającymi wioskami — kolonjami, — Sielce, Czerniaków.

<sup>2)</sup> Według objaśnień obecnego lekarza sanitarnego.

Część materiału się nie zachowała<sup>1)</sup>. Materiał z którego korzystam obejmuje 652 mieszkania. Z odnośnych kwestjonariuszy dla przejrzystości uwzględniłam pytania dotyczące li tylko skupienia ludności i przypadków stwierdzonej gruźlicy. Przy wyprawdaniu przeciętnych wzięto pod uwagę tylko kwestjonariusze zawierające właściwe odpowiedzi, — w ten sposób odrzucono ogółem 70, w tem 8 dotyczących mieszkań zakażonych gruźlicą. Przeważnie brakowało danych o ilości izb do spania w mieszkaniach 2-u i więcej izbowych, pozatem — liczby posłań i powierzchni mieszkania (podłogi<sup>2)</sup>). Do liczb bezwzględnych wzięto wszystkie.

Gruźlica stwierdzoną została przez lekarzy leczących, — Kasy Chorych, lekarzy prywatnych, Stacji Opieki Społecznej; w pewnej ilości przypadków przez Przychodnie Przeciwgruźlicze, z tego było 3 (tylko) pacjentów Przychodni Przeciwgruźliczej Ośrodka.

Jako gruźlicę „niewątpliwą“ przyjęto przypadki, gdzie w rozpoznanu użytem zostało słowo „gruźlica“, resztę policzono, jako gruźlicę „wątpliwą“<sup>3)</sup>. Zamiast „łóżko“ mówię „posłanie“, gdyż odnośne pytanie kwestjonariuszy brzmiało „łóżek i t. p.“ do spania. Z drugiej strony wywiady społeczne Ośrodka Zdrowia notują bardzo częste sypianie na kuferkach, koszach i nawet na podłodze, a także brak miejsca przy licznej nawet rodzinie na wstawienia choćby drugiego łóżka.

Liczba pomieszczeń objętych ankietą, stanowi prawie 6,5% wszystkich mieszkań w tej dzielnicy i z niewielkiem zaokrągleniem 6% wszystkich izb. W stosunku do ogólnej liczby mieszkań i izb w Warszawie daje to przeszło 0,3% mieszkań i około 0,2% izb, czyli, że obejrzano tą drogą prawie co 16-te mieszkanie

1) Po dokonaniu przeglądu cały materiał został zestawiony dla specjalnego doraźnego celu pod kątem widzenia skupienia ludności, — bruljonu nie zostawiono.

2) Powierzchnia mieszkań liczona była w metrach kwadratowych w przybliżeniu.

3) Przypadki zaopatrzone w takie uwagi jak naprzykład: „gruczoły“, „kaszle od paru miesięcy“. „Leczy się na płuca“, „chory (lub chora) na płuca od kilku lat“, „dziecko było skrofaliczne, obecnie zdrowe“ i podejrzenia na gruźlicę.

i co 18-tą izbę mieszkalną dzielnicy Mokotowskiej i jedno na 318 mieszkań, oraz jedną na 512 izb w całej Wielkiej Warszawie z zaludnieniem (3404 osób), wynoszącym około 7,25% ludności 3-ch komisarjatów, wchodzących w skład dzielnicy i prawie 2,25% ludności wszystkich przedmieść<sup>1)</sup>.

Materiał ten, wzięty w oderwaniu, byłby zaszczytły, by upoważniać do jakichś wniosków zasadniczych, lecz ujęty porównawczo na tle warunków mieszkaniowych innych przedmieść i całej Warszawy upoważnia z niewielkim zastrzeżeniem do uogólnień, a przede wszystkim daje możność stwierdzenia pewnych faktów, zasługujących na uwagę. Jest to okienko, przez które wejrzeć można w świat bytowania szerokich warstw ludności stolicy naszej.

Z pośród 652 wchodzących w grę mieszkań, z zaludnieniem wynoszącym 3404 osób, w 146-ciu o ludności 762 osoby stwierdzoną została gruźlica lub podejrzenie na gruźlicę, — z tego w 122 mieszkaniach o 164 izbach z 644-ma mieszkańcami — gruźlica niewątpliwa, czyli bezmała w 19% wszystkich obejrzanych mieszkań i w 18% izb, to jest prawie w co piątym mieszkaniu, — a na każde 11 izb poddanych oględzinom dwie były zakażone gruźlicą.

Przypadków gruźlicy stwierdzonej było 112, w tem niewątpliwej — 89 czyli 80% (26 w stosunku do 1000 mieszkańców lokali obejrzanych, bez mała 3 na 100). Z pozostałych 23 — dziewięć podejrzeń, 4 przypadki Tbc. mniej prawdopodobnej, 10 — prawie pewnej<sup>2)</sup>. Przy obliczaniu odsetków i innych podobnych obliczeniach prawie bez wyjątku uwzględniano tylko przypadki pierwszej kategorii to znaczy Tbc. pewnej.

Na te 89 zachorowań 33 było u dzieci, — 37% to znaczy — na każdym 3, (2,7) gruźlików dorosłych przypadło jedno gruźlicze dziecko do lat 15 włącznie.

Przypadków śmierci z gruźlicy łącznie i w różnym czasie, najczęściej bez podania czasu zgonu, zaznaczono 73, w tem dzieci

<sup>1)</sup> W roku 1925 ludność wszystkich przedmieść (bez Pragi) Warszawy wynosiła 150212 osób.

<sup>2)</sup> Na przykład „mąż umarł na Tbc., żona chora od 4-eh lat na płuca“, „matka umarła na gruźlicę“, dziecko w 7 lat po odrze podejrzone o gruźlicę i t. d.

do lat 15-tu (19) — 35%, czyli przeszło 1/3 część, więc na każde trzy zgony przeszło z gruźlicy wśród dorosłych umarło jedno dziecko. Ale wobec braku danych co do czasu zgonów liczb tych bliżej analizować nie można, nawet w kierunku zapadalności na gruźlicę w tej dzielnicy, to jest ogólnej liczby chorych na gruźlicę.

Ustosunkowując przypadki gruźlicy stwierdzonej do zaludnienia pomieszczeń obejrzanych otrzymamy:

1 gruźlik na każdych 38 (prawie) mieszkańców wogóle — 2,6%, i na każdych 7 (przeszło) mieszkańców lokali zagrzuźliczonych 13,8%.

W kilku wypadkach ankieta wykazuje 3—4 przypadki zachorowań lub zgonów na gruźlicę w jednej rodzinie w przeciągu krótkiego czasu, i tak: w pewnej rodzinie, składającej się z 5 osób, 4 zachorowało na Tbc., w tem wszystkie 3 dzieci, dwoje z nich umarło. Z pozostałych przy życiu 3-ch członków rodziny, dziecko i jedno z rodziców chore na gruźlicę. W innej rodzinie troje dzieci (wszystkie) i matka umarły na Tbc. w ciągu jakichś 2 lat. W innej znowu dwóch synów 21 i 25 lat w ciągu niespełna roku i matka. Wogóle więcej niż po jednym zgonie było w 7 rodzinach. Z tego w trzech po trzy i w jednej aż 4 zgony, więcej niż po jednym przypadku zachorowań — w 17 rodzinach przypuszczalnie na 146 rodzin zagrzuźliczonych<sup>1)</sup>, — z tego w trzech po trzech (względnie troje) gruźliczych w rodzinie.

Naogół 22 przeszło % (patrz dalej ludność) mieszkań podanych przeglądowi było w bezpośredniej styczności z gruźlikami, częstokroć, jak to zostało zaznaczone, w okresie rozkładowym.

Farby jeszcze bardziej się zgęszczają, jeżeli sobie uprzytomnimy, że liczba łóżek jest prawie dwukrotnie mniejsza od liczby osób, a izby do spania zgruba licząc<sup>2)</sup>, stanowią aż 81%, wszystkich obejrzanych izb mieszkalnych wogóle i aż 91% w mieszkaniach z Tbc., a wszak przejrzano i kilkanaście pomieszczeń wieloizbowych, w tem kilka pałacyków.

<sup>1)</sup> W tyłu bowiem mieszkaniach stwierdzono Tbc. Liczba mieszkań według wszelkiego prawdopodobieństwa odpowiada zgruba liczbie rodzin, (patrz dalej).

<sup>2)</sup> To znaczy nie biorąc pod uwagę kwestjonariuszy, gdzie odpowiedzi na pytanie odnośne brakowało.



Według ilości izb pośród mieszkań poddanych oględzinom: mieszkania 1-no izbowe stanowią 71% z ludnością wynoszącą przeszło 68% ogółu ludności tych mieszkań, mieszkania 2-u izbowe stanowią 24% z ludnością wynoszącą przeszło 25% ogółu ludności tych mieszkań, mieszkania 3 i więcej izbowe 5% z ludnością wynoszącą około 7% ogółu ludności tych mieszkań.

Daje to: 7,4%, 6% i 3% ogólnej liczby odpowiedniej kategorii mieszkań w całej dzielnicy z odpowiednim mniejwięcej takim samym % jej ludności, a więc na jedno mieszkanie wieloizbowe przypada prawie 5 mieszkań 2-u izbowych i przeszło 14 jednoizbowych.

Zakażonych gruźlicą z pośród obejrzanych mieszkań było: 1-no izbowych 18 — 22%, 2-u izbowych 22 — 25% i wieloizbowych 10 — 12%. Liczby większe dotyczą Tbc, wogóle mniejsze Tbc niewątpliwiej; to znaczy że zagrzuźliczone było: co 10 mieszkanie 3 izbowe, co  $4\frac{1}{2}$  mieszkanie 2 izbowe (2 na 9) i co 6 mieszkanie 1 izbowe.

Najwyższy odsetek zagrzuźliczenia wykazały mieszkania dwuizbowe, które stanowią  $\frac{1}{4}$  wszystkich mieszkań tej dzielnicy, mianowicie 2-izbowe wogóle — 26% przeszło, z nich wielo-osobowe prawie 33% zagrzuźliczenia. Zaludnienie tych mieszkań wynosi 227 osób, daje to bez mała 30% mieszkańców lokali z gruźlicą stwierdzoną i prawie 7% całego zaludnienia mieszkań poddanych przeglądowi. Co do mieszkań zakażonych gruźlicą na mieszkania 1 izbowe przypada aż 74% wszystkich zachorowań i 70% zgonów, na dwu-izbowe 22%, na trzy-izbowe (w tem jedno 4-roizbowe) — około 3%, a więc prawie  $\frac{3}{4}$  wszystkich Tbc.-ków dają mieszkania jednoizbowe.

Najliczniejsze są mieszkania 1 — 5 osobowe — 62% wszystkich obejrzanych, a wśród nich przeważają jednoizbowe, które wynoszą 44% wszystkich mieszkań poddanych oględzinom z 33% m. i ich zaludnienia i mniejwięcej około 42,5% całej gruźlicy stwierdzonej (pewnej).

Najmniej liczne są mieszkania z zaludnieniem powyżej 10 osób w nich też procentowo najmniej Tbc.

Na 1 mieszkanie z ludnością powyżej 10 osób przypadało miesz. 1—5 osobowych<sup>1)</sup> 30, 6—10 osobowych 18. Na 1 izbę z zal. powyżej 10 osób przypada izb 1—5 osobowych 97; 6—10 osob. 22 przeszło-

Na 1 mieszkanie z gruzlicą wypadało mieszkań: 1 — 5 osobowych<sup>1)</sup> 5 przeszło, 6 — 10 osob. 4 przeszło, ponad 10 osob. 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> (2 na 13).

Z pomiędzy mieszkań jednoizbowych jedna izba zagruzliczo-  
na wypadła na izb-mieszkań: 1—5 izb osobowych 5 (4,7), 6—10 oso-  
bowych 4, ponad 10 osob. 4 (było tylko jedno takie mieszkanie).

Na jednego gruzlika (niewątpliwego) wypadało wśród miesz-  
kańców lokali obejrzanych:

wogóle	38, 1	izbowych 35, 2	izbowych 42, 2	wieloizbow. 60,5 <sup>2)</sup>
1 do 5 osob.	36, 1	"	30, 2	" 53 —
6 — 10 os.	40 <sup>3)</sup> , 1	"	38,7, 2	" 35 —
ponad 10 os.	101, 1	"	91, 2	" 89 —

W odsetkach na 100 mieszkańców wypada gruzlików; w miesz-  
kaniach 1 — 5 osobowych wogóle prawie 3 (2,9) z tego w miesz-  
kaniach jednoizbowych 3,3; 6 do 10 osobowych wogóle 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> z za-  
ludnieniem powyżej 10 osób 1,2.

Dla całości obrazu przyjrzyjmy się liczbom przeciętnym:

Na jedno mieszkanie wypada przeciętnie izb: dla mieszkań  
wogóle 1,400, dla mieszkań z gruzlicą 1,342, dla mieszkań bez  
gruzlicy 1,401.

*Na jedną izbę przypada średnio osób:*

	W całej Warsza- wie	W całej dzielnicy	Na Woli	Na Ochocie		W miesz- kaniach obejrzan.
ogółem	2,123	2,875	3,222	3,511		3,728
w m. 1 izb.	3,932	4,186	4,302	4,463	Z Tbc-a	3,928
w m. 2 izb.	2,418	2,492	2,408	2,747	Tbc-y	3,674

	W m i e s z k a n i a c h			
	1-oizbo- wych	2-uizbo- wych	3-yizbo- wych	ponad 3 izby <sup>1)</sup>
ogółem	5,000	2,854	1,815	1,377
z Tbc	5,000	2,500	1,417	(2,000) jedno mieszk. 4-oizb.
bez Tbc	4,720	2,835	1,884	1,338

<sup>1)</sup> Jedno, dwu i trzy izbowych.

<sup>2)</sup> Było tylko 4 przypadki gruzlicy.

<sup>3)</sup> W mieszkaniach z gruzlicą pewną wypada 3,927 osób na izbę.

<sup>4)</sup> Mianowicie: 8 mieszkań 4-o izbowych, 5 m. 3 izbowych i 2 m. 9-o izb.

	<i>Na jedno postanie osób:</i>					1 mieszk.
	W miesz- kaniach obejrzan.	1-izbo- wych	2-izbo- wych	3-izbo- wych	Wieloiz- bowych	
ogółem	1,85	2,07	1,74	1,50	1,26	
z Tbc	1,88	2,18	1,63	1,30	(1,6)	
bez Tbc	1,81	2,04	1,76	1,33	1,16	

*Na jedną osobę średnio przypada:*

	w m i e s z k a n i a c h :							
	Ogółem		Jednoizbowych		Dwuizbowych		Wieloizbowych	
	z Tbc.	bez Tbc.	z Tbc	bez Tbc	z Tbc	bez Tbc	z Tbc	bez Tbc
Izb	0,13	0,27	0,20	0,20	0,343	0,350	0,620	0,617
	0,27		0,20		0,350		0,620	
Pow.	4,14	4,30	3,93	3,19	6,1z0	4,89	10,100	8,89
w mtr. <sup>2</sup>	4,18		—		—		—	
Posłań	0,301	0,533	0,451	0,505	0,595	0,568	0,720	0,792
	0,527		0,470		0,578		0,785	

Przeciętna powierzchnia dla poszczególnych kategorii nie podana dla uniknięcia powiększenia błędu, przeciętna powierzchnia dla mieszkań z Tbc. wobec materiału dostarczonego musiała być wprowadzona pośrednio.

Jeden przypadek gruźlicy niewątpliwiej przypada na

	osób	izb	posłań
W mieszkaniach obejrzanych ogółem , . . . . .	38	10	20
z Tbc. ogółem. . . . .	8,6	2	4
z Tbc. pewną . . . . .	7,2	—	—
Jednoizbowych ogółem . . . . .	34,5	7	15
z Tbc. ogółem. . . . .	8(7, 9)	1,6	3,5
z Tbc. pewną . . . . .	6,1	—	—
Dwuizbowych ogółem. . . . .	43	15	25
z Tbc. ogółem. . . . .	11	4	7,5
z Tbc. pewną . . . . .	9,7	—	—
Trzyizbowych ogółem. . . . .	73,5	40,5	55
z Tbc. ogółem. . . . .	8,5	6	6,5
z Tbc. pewną . . . . .	7	—	—
Wieloizbowych ogółem . . . . .	95	69	80
z Tbc. ogółem. . . . .	(8)	(4)	(5) <sup>1)</sup>
z Tbc. pewną . . . . .	(8)	—	—

<sup>1)</sup> Było jedno mieszkanie 4-o izbowe.

Z przytoczonych przeciętnych widzimy, iż skupienie ludności w mieszkaniach poddanych oględzinom jest znacznie większe, niż w całej dzielnicy Mokotowskiej, mianowicie prawie o jedną osobę na izbę, a tymbardziej niż w całej Wielkiej Warszawie — przeszło o jedną osobę na izbę.

Co zaś się tyczy średnich skupienia ludności poszczególnych kategorii mieszkań a także liczby osób na jedno postanie, i przeciętnych powierzchni, to różnią się one pomiędzy sobą o znaki dziesiętne dopiero drugie lub trzecie i to czasem na korzyść mieszkań zagruzliczonych, jak to wykazują naprzykład przeciętne skupienia dla mieszkań dwu i trzy izbowych, średnie powierzchni na jedną osobę, liczba osób przypadających na jedno postanie w mieszkaniach dwu i trzyizbowych.

Ogólna przeciętna skupienia dla mieszkań zagruzliczonych — 3,928 dorównuje prawie wysokiej przeciętnej dla mieszkań jednoizbowych w całej Warszawie wogóle — 3,932.

Dla mieszkań bez gruzlicy wynosi ona 4,720.

W największem skupieniu mieszka ludność pomieszczeń 1-izbowych, średnio po 5 osób w izbie. A przeciętna skupienia w mieszkaniach z gruzlicą tej kategorii jest taka sama (5 osób na izbę).

Co do drugiego sprawdzianu stopnia skupienia—powierzchni podłogi, przypadającej na jednego mieszkańca, to odnośne przeciętne, jak już wspomniałam, acz w rozmiarach minimalnych przemawiają na niekorzyść mieszkań bez Tbc.

Co do *zagruzliczenia mieszkań obejrzanych* średnie wykazują, że każdy co 38 ich mieszkaniiec choruje na Tbc. w każdej 10 izbie mieszkań, a w każdym 20 łóżku (postaniu) spi ktoś chory na Tbc. To wogóle. Zaś w m-niach nawiedzonych przez Tbc. mniejwięcej co 8 osoba jest chora, w co drugiej izbie mieszka, a na każdym czwartem postaniu spi jeden gruzlik.

W najbardziej dotkniętych gruzlicą mieszkaniach 1-izbowych wogóle wypada dwóch gruzlików na każde 69 ich lokatorów i na każde 7 postać jeden gruzlik, zaś w najgorszych pod tym względem—m-niach zakażonych Tbc. tej kategorii — z pośród każdego 8-miu mieszkańców jeden jest Tbc., każdego dwu gruzlików przypada trochę więcej niż na trzy izby (3,2) i na każde 7 postać.

Taka jest mowa liczb. Rzeczywistość zaś, życie zaprowadzi nas do przetłoczonych ludźmi, zapchanych gratami dusznych i cias-



nych izdebek, częstokroć ciemnych i wilgotnych lub posiadających jedną z tych cech przeciwdrowotnych<sup>1)</sup> m-n naszych warstw szerszych, rzadko lub wcale niewietrzonych, gdzie odbywają się wszystkie czynności życiowe całej rodziny, złożonej z kilku osób lub bardzo często dwóch, a nawet paru rodzin, gdzie często nie mogąc już opuścić łóżka dogorywa przez długie miesiące jakiś suchotnik szerząc zarazę wokoło, a nieraz znaleźć można nawet więcej niż jednego gruźlika w mniejszym lub większym stopniu niebezpiecznego dla otoczenia.

Co do liczb *najwyższych i najniższych* materiałów rozporządzałny wykazał:

*I. Maximum osób na jedną izbę.*

	Dla m-n 1 izbowych os.		dwiuizbowych,		trzyizbowych,		wieloizbowych,	
	os.	pow. na 1 osobę	os.	pow. na 1 os.	os.	pow. na 1 os.	os.	pow. na 1 os.
z Tbc.	11	1,3	5,5	3,0	2,3	5		<sup>1)</sup>
bez Tbc.	12	0,5	8	1,80	3	2,1	11	6,4
		22		1,80 <sup>3)</sup>				

*II. Maximum osób na jedno postanie.*

	Dla m-n jednoizbowych		dwiuizbowych os.		trzyizbowych		wieloizbowych	
	osób	powierzch.	os.	pow.	os.	pow.	os.	pow.
z Tbc.	3,66	1,30	2,75	3,0	1,75	5,0		<sup>5)</sup>
bez Tbc.	5	1,20	4,5	1,67	2,5	7,40	1,375	6,80
	4	1,50 <sup>3)</sup>	3,66	1,09 <sup>2)</sup>				

*III. Minimum powierzchni w metrach<sup>2</sup> na jedną osobę.*

	Dla mieszk. jednoizbowych		dwiuizbowych		trzyizbowych		wieloizbowych	
	pow.	osoby	pow.	os.	pow.	os.	pow.	os.
z Tbc.	1	7	2	7	5	7		
bez Tbc.	0,71	7	1,09	11,0 <sup>2)</sup>	5	7	6,80	11,0

<sup>1)</sup> Prawie co 10 mieszkanie w Warsz. jest ciemne lub wilgotne, albo też i ciemne i wilgotne jednocześnie, co można wyliczyć na podstawie danych liczbowych Urzędu Zdrowia Magistratu.

<sup>2)</sup> Jakies schronisko czy internat. Liczby te dotyczą tych samych m-n.

<sup>3)</sup> <sup>4)</sup> <sup>5)</sup> Mieszkanie wieloizbowe z gruźlicą było jedno, wobec czego liczby minimalnych największych i najmniejszych nie podaje.

Liczba największą co do maximum osób w jednej izbie i maximum osób przypadającego na jedno postanie dla mieszkań jednoizbowych dałam podwójną, bezwzględną dla danej rubryki zasadniczej i względną w odniesieniu do powierzchni na jedną osobę, dla uwydatnienia skupienia ludności w danem mieszkaniu.

*I. Minimum osób w jednej izbie.*

Mieszk.	jednoizbowe	os. pow.	dwuizbowe	os. pow.	trzyizbowe	os. pow.	wieloizbowe	os. pow.
z Tbc.	1	16	1,5	13	1	16		
	1	2						
bez Tbc.	1	16	0,6	17	1	14	0,77	32,85
	1	12						

*II. Minimum osób na 1 postanie<sup>1)</sup>.*

Mieszkanie	jednoizbowe	os. pow.	dwuizbowe	os. pow.	trzyizbowe	os. pow.	wieloizbowe	os. pow.
z Tbc.	1	16	1	13	1	16		
	1	2						
bez Tbc.	1	16	1	18	1	14	1	25 (mieszk. 9 izb.).
	1	12						

*III. Maximum powierzchni na 1 osobę.*

Mieszkanie	jednoizbowe	pow. os.	dwuizbowe	pow. os.	trzyizbowe	pow. os.	wieloizbowe	pow. os.
z Tbc.	16	1	13	1,5	16	1		
bez Tbc.	16	1	18	1	20	1	32,85	0,7 (mieszk. 9 izb.).

Uwagi: 1) Mieszkanie wieloizbowe z Tbc było jedno.

2) Liczby najkorzystniejsze wszędzie prócz rubryk dotyczących mieszkań wieloizbowych bez Tbc dały te same mieszkania.

3) Dla mieszkań jednoizbowych liczby najmniejsze zostały podane podwójnie dla oznaczenia granic, w których się one wahają.



wiednich, a ustala tylko ogólną liczbę mieszkańców z podziałem na trzy kategorie wieku: 0—1, 1—10 i powyżej 10 lat. Wobec tego, o ile się chce wyrażać ściśle można mówić tylko o liczebności mieszkań z dziećmi i mieszk. bez dzieci nie zaś rodzin, chociaż często te obydwaj pojęcia się pokrywają, zwłaszcza jeżeli chodzi o mieszkania jednoizbowe mało osobowe do 5 osób włącznie na izbę.

Zestawienia cyfr uwidaczniają iż na 507 mieszk. z dziećmi ogółem, mieszk. wieloosobowe łącznie 340 stanowią  $67\frac{2}{3}\%$ —przeszło  $\frac{2}{3}$ ; mieszkania jednoizbowe w liczbie 365-u dają aż  $72\frac{2}{3}\%$ , z czego mieszkania od 5 osób wzwyż na izbę, mieszkania wieloizbowe stanowią  $47\%$ , niemal  $\frac{1}{2}$  wszystkich mieszk. z dziećmi, (ogółem 237) i  $65\%$  mieszk. 1 izbowych z dziećmi (237 : 365). Widzimy następnie, że mieszkania z Tbc stanowią  $19\%$  liczby ogólnej mieszk. z dziećmi, a więc na każde 5 mieszk. z dziećmi przypada 1 mieszkanie zagrążliczone.

Jeżeli się rozejrzemy szczegółowiej w liczbach obrazujących stosunki, odnośnie mieszk. jednoizbowych przekonać się możemy, że izby z zaludnieniem od 5 osób wzwyż stanowią  $65\%$ —(237 : 365 p. wyżej) wszystkich izb—mieszkań zamieszkałych przez rodziny dietne, w szczególności zaś te z pośród nich, w których została stwierdzona Tbc dają aż  $75\frac{3}{4}\%$  wszystkich zagrążliczonych mieszk. jednoizbowych z dziećmi (54 : 72).

Stosunek mieszk. z dziećmi do mieszk. bez dzieci wogóle jest jak 4,5:1, a więc na każde 2 mieszk. bez dzieci przypada 9 mieszk. z dziećmi.

*Mieszkań z niemowlętami* naogół jest 170 na 652 mieszkania obejrzone: na każde 4 mieszkania wogóle przypada 1 mieszkanie z dziećmi od 0-1 roku<sup>1)</sup>.

Przeszło połowa tych mieszkań bo  $97\frac{5}{6}\%$  i  $71\%$  (27 : 38) zakażonych gruźlicą zamieszkałych przez rodziny z niemowlętami są to mieszk.—izby wieloosobowe od 5 osób wzwyż.

Jakże się przedstawia świat dziecięcy mieszkań poddanych przeglądowi, — świat, którego granice do wieku szkolnego zakresła z dnia na dzień w  $\frac{3}{4}$  ciasna przetłoczona sprzętami i ludźmi izba, względnie rzadko dwie (p. wyżej), brudne, najczęściej ciemne zdeptane i zaśmiecone i jakżeż często cuchnące

<sup>1)</sup> W 4-ch mieszkaniach (3 jednoizbowych—w tem 2 pięcioosobowe i 1 ośmioosobowe bez Tbc i 1 dwuizbowe 6-cioosobowe zakażone gruźlicą) było po 2-je niemowląt.



schody lub korytarz, także po większej części podwórko <sup>1)</sup> lub chodnik nad rynsztokiem do zabawy.

Pójście do szkoły wobec braku specjalnych gmachów szkolnych, wobec niedostateczności odpowiednich urządzeń a także niedostatecznego jeszcze zadośćuczynienia wymaganiom stawianym w stosunku do młodych obywateli państwa naszego przez wychowanie fizyczne, — niewielką poprawę wnieść może do warunków, w których wznoszą się przyszłe pokolenia społeczeństwa naszego w swoich co najmniej  $\frac{2}{3}$  — dzieci szerokiego ogółu ludności miejskiej.

Po ukończeniu szkoły (powszechnej) — warsztat lub pracownia częstokroć o warunkach zaprzeczających wszelkiej zdrowotności, odżywianie się byle jakie, najczęściej z konieczności, częstokroć także z braku uświadomienia w tym względzie; przeważnie nadmierna praca i t. d.

W razie niemożności ukończenia szkoły — doksztacanie na kursach dla młodocianych lub w szkołach wieczornych z nauką od g. 7-jej do 9 i pół wieczór, jądanie obiadu w znacznym odsetku dopiero po powrocie do „domu“ o godz. 10 — 11 wieczór, odrabianie lekcji, a więc chodzenie spać około lub po północy, sypanie najwyżej po 5 — 6 godzin na dobę i tylko względnie rzadko 7 — 8 godzin; w wieku dojrzałym w tych stosunkach ciężkie, a zawsze odpowiedzialne i wyężdżające całą istotę obowiązki rodzinne i praca zawodowo-zarobkowa i tak do końca skróconego omroczonego przedewszystkiem społecznymi warunkami bytowania, a w następstwie tego i choroba, — życia, motywem przewodnim którego jest izba — szkoła — warsztat — izba, — jakie pod względem zdrowotnym, o tem była już mowa uprzednio, — zrzadka miejsce nie zawsze godziwej rozrywki, a nazbyt często szynk.

A teraz wracając do tematu, najpierw co do liczebności dziatwy mieszkań poddanych oględzinom, — ogółem dzieci (do lat 10) 1202, a więc 32 proc. przeszło całego zaludnienia będących w mowie mieszkań. Z tego niemowląt 174 — 5 proc.

Przypada: W o g ó l e		w rodz. z Tbc. bez Tbc	
10-ro dzieci wogóle na 18		powyżej 10 lat	24. 17.
10-ro „ od 1—10 „ 21	„ „ „ „		28,5 20.
10-ro niemowląt „ 127	„ „ „ „		141. 122,5
	od 0 — 1 r.		

<sup>1)</sup> W Mokotowie jest b. znaczny odsetek domów nieskanalizowanych (p. dalej).

W odsetkach w stosunku do ogólnej liczby ludności.

Było:	w mieszk.: obejrzanych wogóle	w m. z Tbc.	w m. bez Tbc.
dzieci ogółem	35%	29%	36%
„ od 1—10 l.	30%	24,5%	3,6%
niemowląt od 0—1 r.	5%	5%	5% <sup>1)</sup>

Z tego widocznem jest, iż przy jednakowym odsetku niemowląt w rodzinach zakażonych i wolnych od gruźlicy odsetek dzieci starszych w tych ostatnich w porównaniu od rodzin zagrzuźliczonych jest o 8% większy.

Około 19 proc. dzieci i prawie 22 proc. niemowląt t. j. na każde 100 dzieci wogóle, 16 (15,6) i na każde 100 niemowląt 22, a więc więcej niż co 5 dziecko i niemal co 5 niemowlę przebywa w stałej styczności z Tbc.

Na jedno zachorowanie gruźlicze u dziecka (Tbc pewnej) do lat 15 przypada 36 dzieci do lat 10 wogóle (1202:33)<sup>2)</sup> i prawie 5 dzieci (160:33) w rodzinach zakażonych tą chorobą, zaś jeden gruźlik pewny wogóle — średnio na każde 13 dzieci i bezmała 2-je niemowląt (1,95), a wśród ludności mieszkań zagrzuźliczonych 25 dzieci i około 3-ch niemowląt przypadało na 1 przypadek stwierdzonej Tbc pewnej wogóle (1:0,42)<sup>2)</sup>.

Niestety wobec nieuwzględnienia przez kwestjonariusz ankiety wieku zgonów na Tbc. (patrz uwagi w odsyłaczu) rozbiór bliższy stosunków zachorowań i śmiertelności na tę chorobę wśród dziatwy mieszkań obejrzanych jest niemożliwy.

Z m-ń jednoizbowych pochodzi: około 71 proc. dzieci wogóle, 70 proc. dzieci od 1 — 10 lat i 73 proc. niemowląt od 0 do roku z dwu izbowych mniejwięcej po 23 proc. z pośród każdej z wymienionych grup dzieci, słowem *mniej zdrowotne mieszkania jednoizbowe i dwuizbowe*, które stanowią razem 95 proc. mieszk.

<sup>1)</sup> Wiek dzieci chorych na Tbc. przeważnie nie był podany dla tego, że: 1) wypadło liczyć przypadki Tbc. u dzieci biorąc jako granicę wieku dziecięcego ogólnie przyjęte lat 15, po 2) nie można było uzgodnić wieku dzieci gruźlików przy obliczeniach stosunkowych jak powyższe i inne — z wiekiem dzieci wogóle to znaczy według kwestjonariusza, uwzględniającego wiek dzieci, tylko do lat 10.

Co do wieku dzieci chorych na Tbc. na ogólną liczbę 44 przypadki, wiek podany był w 29, z tego powyżej lat 10 było 9 dzieci (trochę więcej niż co 3 dziecko).

<sup>2)</sup> Mniejwięcej 28 na 1000 dzieci.

obejranych, 86 proc. m-n całej dzielnicy Mokotowskiej i 6,6 proc. całej wielkiej Warszawy <sup>1)</sup> *dostarczyły 96 proc. niemowląt, 93 proc. dzieci od 1 — 10 lat i 94 proc. dzieci wogóle, całą gruźlicę wieku dziecięcego i prawie całą (niespełna 97 proc.) gruźlicę dorosłych*

W rodzinach zakażonych Tbc. na 1 niemowlę przypada 5 dzieci 1 — 10 a niemowlęta stanowią 17 proc. ogólnej liczby dzieci (38:226), w rodzinach bez Tbc. 6 dzieci przypada na 1 niemowlę a odsetek niemowląt wynosi 14 proc. (136:976).

Z odsetkiem dzieci starszych jest naodwrot: w rodzinach nie zagrążliczonych mamy 86 proc. dzieci od 1 — 10 lat (840:976), w rodzinach z Tbc. stwierdzoną 83 proc. (188:226), a więc w rodzinach zakażonych Tbc. niemowląt jest więcej o 3 proc. a dzieci starszych o 3 proc. mniej niż w rodzinach Tbc. niezakażonych, przeto różnica ta wynosi w sumie 6 proc.

Podobnie jest z odsetkiem niemowląt w stosunku do dzieci starszych: w rodzinach zagrążliczonych stanowi on 20 proc. (38:188), w rodzinach bez Tbc. 16 proc. (136:840). Znowu różnica o 4 proc. na korzyść liczby niemowląt w otoczeniu zakażeniem Tbc. Podobną różnicę tylko o 8 proc. daje porównanie ‰-ów wymienionych 2 grup dzieci, wziętych od ogólnej liczby ludności m-n zagrążliczonych i niezagrążliczonych.

Co do przeciętnej liczby dzieci na 1 m-nie, względnie rodzinę, jest ona większą tylko w m-niach 1 izbowych małoosobowych z Tbc. niż w m-niach bez Tbc. stwierdzonej tej kategorii, mianowicie 1,50 dla pierwszych i 1,42 dla drugich.

Przeciętną liczbę dzieci przypadającą na każdą z kategorii mieszkań przedstawi zestawienie poniższe:

Średnio na 1 mieszkanie, względnie rodzinę przypada dzieci	ogółem =	2,37
w mieszkaniach z Tbc.	"	2,28
" bez Tbc.	"	2,39
" 1—4 osób	"	1,42
" od 5 os. wzwyż	"	2,84

<sup>1)</sup> To znaczy 87340 jednoizbowych—42 proc. i 49784 — 24 proc. dwuizbowych na ogólną liczbę 207273 mieszkań w stolicy.

w mieszkaniach:

jednoizbowych	dwoizbowych
1 — 4 osobowych ogółem 1,43	1 — 4 osobowych ogółem 1,44
z Tbc. 1,50	z Tbc. 2,33
bez Tbc. 1,42	bez Tbc. 1,36
od 5 osób wzwyż ogółem 2,81	od 5 osób wzwyż ogółem 2,96
z Tbc. 1,85	z Tbc. 1,57
bez Tbc. 3,10	bez Tbc. 3,47

Faktu mniejszej liczby dzieci starszych w rodzinach gruźliczych ogółem o 4 — 8 proc. (patrz wyżej) w stosunku do liczby ich w rodzinach niezakażonych Tbc. uważać za zjawisko przypadkowe nie należy, tylko policzyć trzeba na karb większej śmiertelności z Tbc., a także i ogólnej u dzieci pochodzących z rodzin zagruźliczonych, zwłaszcza zaś u dzieci nieodosobnionych z otoczenia zakażonego co zostało stwierdzonem w liczbach przez badaczy francuskich, jak Armand, Leo Bernard, Calmette, Debré, Delille i innych <sup>1)</sup>, według których śmiertelność ta waha się od zera u dzieci usuniętych z otoczenia gruźliczego przez „Oeuvre des tous petits“ zaraz po urodzeniu (Leo Bernard Debré), po przez 0,08 (Armand-Delille), do 1,3 (Leo Bernard) u dzieci będących przed lub z ukończeniem 3 roku życia pod opieką „Oeuvre Grancher“ i 25 — 33 proc. (Calmette) pod opieką tylko przychodni przeciwgruźliczych aż do 70 — 82 proc. u dzieci pozostawionych w domu w stałej styczności z Tbc.

W rozważaniach powyższych uwzględnionem zostało tylko skupienie mieszkańców i ich zagruźliczenie na podstawie pewnej ilości przypadków stwierdzonych w drodze dobrowolnego zgłoszenia się do lekarza osobnika chorego, z czem się nieraz zwleka latami,—lub przez zgon z Tbc.

Pozostają inne czynniki szkodliwe, że wyliczę ważniejsze i tak: na 100 mieszkań

w Warszawie	7	w dzielnicy Mokotowskiej
mieści się na facjacie		prawie 10 — ogółem 962.
mieści się w podziemiu przeszło 4		przeszło 3 — ogółem 124.

<sup>1)</sup> Prof. Dr. Jonscher. — Społeczna ochrona dziecka przed gruźlicą -- Nowiny lekarskie z 1.X. 1926.



jest ciemnych <sup>1)</sup> (1,25)  
wilgotnych 5,7 <sup>2)</sup>  
ciemnych i wilgotnych  
jednocześnie 2,26<sup>3)</sup> razem przeszło 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przeszło 30 — ogółem 3058,  
(zatem nieomal co 10 mieszkanie) (z tego ciemnych 159 — 1,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  
wilgotnych 2545 — 25,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  
ciemnych i wilgotnych 354 —  
3,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, na 10.080  
(częściej niż co 3-cie m-nie)

Nie ma oświetlenia elektrycznego  
przeszło 50 prawie 77 ogółem 7624,  
a więc kopci się tam lampka naftowa lub  
w najlepszym razie drażniący płuca i oczy gaz.

Na 11.017 domów w Warszawie skanalizowanych jest 5465  
czyli niespełna połowa 49,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Na 1.047 domów w dzielnicy Mokotowskiej zaledwie 115  
posiada kanalizację, to znaczy około 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
a więc 90 domów na 100 jest jej pozbawionych.

Nigdzie nie znalazłam wzmianki o tem, ile warsztatów, raczej warsztaćików szewckich i krawieckich mieści się w izbach mieszkalnych, a jakże często mieści się warsztat w jednej jedynej ciasnej izdebce, którą zabrudza, zaśmieca niemożliwie, wypełnia swoistym zaduchem i śwędem.

Niema również obliczenia ile jest mieszkań, które nigdy nie widzą słońca — w całej Warszawie i w obchodzącej nas szczególnie ze względu na temat dzielnicy Mokotowskiej.

Wyliczyć za to można, że dzielnica ta ma 535 ogrodów i 40 skwerów na 3492 ogrody i 1085 skwerów w całej Warszawie, a więc przeszło  $\frac{1}{6}$  część ogrodów przypada na tę dzielnicę. Ponadto przylega ona bezpośrednio do rozległych pól, mianowicie znaczna część samego Mokotowa, co równoważy w pewnym stopniu szkodliwość innych warunków tego przedmieścia.

Zapoznanie się dokładne z wywiadami społecznymi przycho-  
dni przeciwgruźliczej Ośrodka Zdrowia i zestawienie przeszło 100

<sup>1)</sup> Ogółem 2562.

<sup>2)</sup> Ogółem 11756.

<sup>3)</sup> Ogółem 4685.

tych schematów — wszystkich z Tbc. niewątpliwą — dorosłych i dzieci, dało możność przekonania się z tej próbki z dowodami w ręku, jak niskim jest stan zdrowotnego uświadczenia ogółu ludności naszej stolicy, za bardzo nielicznymi wyjątkami, dopiero zjawienie się wywiadowczyni — pielęgniarki społecznej, to uświadczenie rozpoczyna, nawet w stosunku do gruźlicy.

Na podstawie wszystkich przytoczonych i wogóle rozporządzalnych danych daje się stwierdzić.

*Przewagę izb-mieszkań*, to znaczy m-ń 1 izbowych, a wśród nich m-ń jedno do pięciu osobowych, które stanowią blisko  $\frac{1}{2}$  (47%) ogólnej liczby mieszkań poddanych przeglądowi a mieszkania ściśle 1 izbowe 71% ogólnej ich liczby, podczas gdy w całej dzielnicy jest ich 63%, w całej Warszawie 42%, za to na Woli 72% (3905 : 4374), na Ochocie 76% (3338 : 4374).

*Zaludnienie* mieszkań jednoizbowych wynosi: 68% ludności m-ń poddanych oględzinom. 58% ludności dzielnicy (Mokotowskiej) 34,5% ludności Warszawy i 70% ludności Woli i Ochoty.

W mieszkaniach jednoizbowych małoosobowych (1—5 osób na izbę) mieszka przeszło  $\frac{1}{3}$  (34%) całego zaludnienia mieszkań objętych i prawie połowa mieszkańców lokali jednoizbowych (49,5%).

*Jako typ mieszkania*—najczęściej spotykanego tu jest m-nie — izba czteroosobowa—97 : 460, w 80% przeszło (82%) zamieszkane przez jedną rodzinę z dziećmi <sup>1)</sup>.

*Mieszkań nieprzeludnionych w znaczeniu europejskiem tego słowa*, t. j. takich w których przypada najwyżej 1 osoba na izbę jest zaledwo 4% — 22 : 652 (p. str. 638).

*Większe skupienie ludności niż w całej dzielnicy i w całej Warszawie wogóle i jeszcze większe podczas snu*: m-ń, w których liczba posłań odpowiada liczbie ich mieszkańców jest zaledwie około 10% — 64 : 652; średnie skupienia mieszkań objętych ankietą przewyższają odnośne średnie dzielnicy Mokotowskiej o 0,853 a więc przeciętne z całej Warszawy o 1,698 osób na izbę—tam prawie o jedną osobę, tu prawie o dwie osoby na izbę.

*Skupienie ludności w mieszkaniach objętych ankietą* jest takie same, jak na innych przedmieściach Warszawy, np. Woli i Ochocie,—odnośne przeciętne wykazują różnicę zaledwo w pierwszych

) Liczby te dotyczą mieszkań objętych ankietą.

znakach w dziesiętnych, najwyżej o 0,5. przyczem minimum daje Wola—3,222, potem idzie Ochota—2,511 i maximum—3,728 stwierdzamy w mieszkaniach poddanych przeglądowi; 3 komisariaty dzielnicy Mokotowskiej dają 2,875. Wobec tego skoro *stopień skupienia ludności* należy uważać za jeden z głównych wskaźników zdrowotności pomieszczeń, dzielnica będąca polem działania Ośrodka Zdrowia w Mokotowie jest w warunkach zdrowotnych znacznie lepszych od przedmieść Warszawy takich jak Wola i Ochota (patrz dalej) a jej wskaźnik skupienia (2,875) zbliża się do przeciętnej ogólnostołecznej, która wynosi 2,123 osoby na izbę, zaś *mieszkania objęte przeglądem* na tle stosunków zaludnienia mieszkań w tej dzielnicy są upośledzone i to znacznie, *a stosunki zdrowotne w nich panujące*, z pewnem i może *niewielkiem nawet zastrzeżeniem* da się przenieść na inne przedmieścia Warszawy, czego przykładem są Wola i Ochota, a co za tem idzie i uogólnić do warunków bytowania szerokich warstw ludności stolicy naszej, tak wogółem jak i co do stanu zakażenia jej gruźlicą.

Ogólnie biorąc przygniatająca większość ludności naszej ścieszona jest w najmniej zdrowotnych mieszkaniach jedno i dwu izbowych, mianowicie: 93<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ludności mieszkań obejrzanych

	83 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	„	dzielnicy Mokotowskiej
bez mała	59 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	„	całej Warszawy
i	90 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	„	przedmieść Woli i Ochoty.

Co do zagruźliczenia najbardziej zadomowioną jest gruźlic w mieszkaniach dwuizbowych: w każdym mieszkaniu mniej niż co czwartem wogółem (26<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) i w każdym co trzeciem wieloosobowym tej kategorii był ktoś chory na Tbc.

97<sup>o</sup>/<sub>o</sub> (96,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) przypadków Tbc. stwierdzonej u dorosłych i cała Tbc. dziecięcą dały mieszkania jedno i dwuizbowe razem, z tego same mieszkania jednoizbowe — 74<sup>o</sup>/<sub>o</sub> (prawie  $\frac{3}{4}$ ) Tbc. wieku o 15 lat wżwyż i 66<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Tbc. wieku dziecięcego.

Jeżeli uwzględnimy tylko przypadki Tbc. niewątpliwiej, to zakażenie Tbc. stwierdzonem zostało naogół w stosunku następujących

<i>mieszkania</i> wogółem:	m-nia z Tbc.:	m-nia bez Tbc.:	= 1 : 4
	2 izbowe:	„	= 1 : 4
	1 izbowe:	„	= 1 : 6
	wieloizbowe:	„	= 1 : 1

<i>Izby mieszkalne</i>	m-nia z Tbc.:	m-nia bez Tbc.:	1 : 5,6
<i>Izby do spania</i>	” :	”	1 : 3,7
<i>Postania</i>	” :	”	1 : 4,9
<i>Mieszkańcy a) 1 gruzlik wogóle: l. mieszkańców bez Tbc.</i>			1 : 38
b) w mieszkaniach z Tbc. :	”	”	1 : 7

Innemi słowami mniejwięcej co 5 mieszkanie wogóle i co 5 mieszkanie dwuizbowe jest zagruźliczone, co 6 jednoizbowe i co 10 wieloizbowe, prawie co 6 izba mieszkalna i co 4 izba do spania, a na każde 38 mieszkańców (3404:89) pomieszczeń poddanych przeglądowi jeden był chory na Tbc. (2,63<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), zaś w mieszkaniach z Tbc. stwierdzoną na każdym 7 (644:89). Przy doliczeniu wspomnianych 10 przypadków Tbc. również pewnej, lecz zarejestrowanej bez użycia słowa ściśle określającego chorobę, na jednego gruzlika wogóle przypadnie 34 osoby, w mieszkaniach zagruźliczonych 6,5 osób, czyli dwóch Tbc. na 11 osób bez Tbc. W odniesieniu do 10.000 mieszkańców dałoby to 263—290<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a więc wskaźnik zapadalności na Tbc. odpowiadający w zupełności stosunkom przypuszczalnego zagruźliczenia Warszawy, licząc według udziesięciokrotnionego wskaźnika śmiertelności na gruzlicę w stolicy naszej, który wynosi przeciętnie 22<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, zaś w dzielnicach podmiejskich — przedmieściach 34<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — 22 do 34 zgonów z gruzlicy na 10.000 ludności.

Jednocześnie zaznaczyłaby się i w tem większa zdrowotność dzielnicy Mokotowskiej, dowiedziona już liczbami poprzednio (por. miejsca odpowiednie).

Co do stanu zdrowotnego mieszkań z gruzlicą stwierdzoną dają one największe przeciętne skupienia ludności: ogólną — 3,928 dla mieszkań jednoizbowych wogóle i jednoizbowych z gruzlicą pewną 5,0. Mieszkańcy ich śpiją w większem skupieniu niż w pomieszczeniach bez gruzlicy stwierdzonej, gdyż izby do spania stanowią w nich 92 proc. mieszkalnych (w mieszkaniach bez gruzlicy prawie 70 proc.), a także w mieszkaniach tych przypada w średnim najwięcej osób na jedno posłanie — 1,88 w porównaniu do 1,81 dla mieszkań niezakażonych gruzlicą, przyczem najwyższą przeciętną dają mieszkania jednoizbowe — 2,18 (dla mieszkań bez gruzlicy tej kategorii 2,04). „Wskaźnik izłowy” — ułamek, oznaczający liczbę izb przypadającą średnio na jedno



mieszkanie, wobec przewagi mieszkań jednoizbowych (75 proc.) jest w nich nieco mniejszy, niż w mieszkaniach bez gruźlicy (1,330 w porównaniu do 1,401); za to przeciętna powierzchnia (podłogi) na jednego mieszkańca jest w mieszkaniach tych nieco wyższa niż w mieszkaniach bez gruźlicy, mianowicie 4,30 w przeciwstawieniu do 4,14.

Różnice tych przeciętnych są naogół minimalne—w znakach dziesiętnych i niezawsze na niekorzyść mieszkań zakażonych gruźlicą, naprzykład na jedną izbę w mieszkaniach trzyizbowych tej kategorii wypada mniej osób (1,417) niż w takich samych mieszkaniach jednoizbowych bez gruźlicy (1,884), w mieszkaniach dwu— i trzyizbowych z gruźlicą wypada mniej osób na jedno postanie, niż w takich samych mieszkaniach bez gruźlicy, podobny stosunek przeciętnych powierzchni już został dopiero co zaznaczony.

Z drugiej — widzimy zagruźliczenie występujące rodzinami po kilka przypadków w jednej rodzinie, notujemy wypadki wymierania na gruźlicę wszystkich dzieci w danej rodzinie, lub kilku osób w tejże rodzinie, pośrednio dało się stwierdzić niższy odsetek dzieci starszych (od roku wzwyż) niż niemowląt w rodzinach, powiedzmy dla ścisłości,—w mieszkaniach zagruźliczonych.

Na podstawie tego, *skupienie ludności*, skupienie jak w Warszawie *nadmiernie*, widocznie występuje tu, jako warunek podstawowy, obniżający ogólną zdrowotność pomieszczeń <sup>1)</sup>; a to wespół z innymi warunkami działającymi ujemnie na odporność ustroju ludzkiego *stwarza tło—grunt podatny dla gruźlicy*. Jest to zatem stosunek pośredni, a jako czynnik działający bezpośrednio, jako czynnik *najbardziej stanowiący o szerzeniu się gruźlicy uważać należy* obcowanie bezpośrednio osobników zdrowych, a przede wszystkim niemowląt i dzieci z gruźlikami, niebezpiecznymi dla otoczenia, t. zn. tak zwane *zakażenie przez kontakt, przede wszystkim zaś przez kontakt rodzinny*, co obecnie jest szczególnie przez fizjologów podkreślanem.

Dzieci t. zn. rodziny dietne mieszkają przeważnie w pomieszczeniach wieloosobowych — od 5 osób wzwyż na izbę, mianowicie w 67% (340 : 507 r.), z tego w samych tylko mieszkaniach

<sup>1)</sup> Tu przypomnieć sobie należy, że w 97 przypadkach na 100 oględziny mieszk., o których mowa spowodowane zostały zawiadomieniem o chorobach zakaźnych.

jednoizbowych tego rodzaju, prawie połowa ich — około 47 proc. (237:507), zaś w mieszkaniach — izbach zagruzliczonych wieloosobowych, a więc w największym skupieniu i w stałym kontakcie z Tbc.—przeszło 60 proc. rodzin zakażonych i 11 proc. przeszło całej dziatwy, mieszkań objętych przeglądem. A więc co 9 dziecko wogóle w tych warunkach styka się stale z gruźlicą, zaś częściej niż co 5 — (19 na 100, ogółem 226 na 1202 dzieci) żyje i mieszka w nieustannej z nią styczności, to znaczy działa na nie ten najgłówniejszy i najgroźniejszy warunek zakażenia się gruźlicą.

Skoro tak jest, skoro taka jest główna przyczyna złego, przedewszystkiem w nią mierzyć należy w walce społecznej z gruźlicą.

Nim Polska będzie w stanie w walce tej stanąć pod znakiem istotnego odgruźliczenia, wzorem państw w tym względzie przodujących, jak Danja, Stany Zjednoczone, Szwajcarja, które dla krajów swoich już nawet termin detuberculizacji określiły, nim będzie mogła stworzyć szereg niezbędnych w tym celu, a zastosowanych do warunków naszych i ujętych w system (np. Edenburgski) instytucji z odpowiednią do potrzeb szerokich mas, pomyślaną i wprowadzoną w życie ustawą mieszkaniową i ustawą przeciwgruźliczą na czele, zanim skryształizuje się ostatecznie i możliwie celowo ustawodawstwo ochronne pracy, — dźwignie się odpowiednio stan gospodarczy kraju i podniesie stan dobrobytu ogólnego, a równolegle z tem polepszą się warunki pracy i odżywiania mas i podniesieniem zostanie także ich wychowanie fizyczne, — myśleć i stosować należy środki najprostsze, łatwo osiągalne — i tańsze, ale za to możliwie zaraz, niezwłocznie!

Tu mam na myśli przedewszystkiem dostarczanie łóżek<sup>1)</sup> (wzorem przychodni francuskich, a u nas śląskich) rodzinom gruźlików a także i wogóle, — w pierwszej linii dzieciom, następnie starszym, dalej zakładanie żłobków, ochronek dla dzieci rodzin gruźliczych, zwłaszcza że w stosunkach naszych trudno liczyć, a właściwie nie należy wcale, na powodzenie odosabniania niemowląt w urządzeniach odpowiadających „ouvre des tout petits”

<sup>1)</sup> Najlepiej składanych, — w wielu wywiadach społecznych Przychodni Przeciwgruźlicznej Ośrodka Zdrowia, zaznaczano: „osobnego łóżka chorego lub chorego niem dla braku miejsca na postawienie”.

Leo Bernard'a we Francji, albo nawet na możliwość wprowadzenia wrychle polskiego „Oeuvre Grancher”, biorącego pod opiekę dzieci powyżej lat 3.

Urządzenia te godzą w kontakt.

Z innych środków prostszych zwalczania gruźlicy wymienię: zakładanie ogródków rodzinnych, urządzenie publicznych leżałni i kąpielisk powietrzno - słonecznych, mogących urządzeniowo i liczebnie zaspokoić zapotrzebowanie w tym względzie szerokiego ogółu, potrzebującego tych zabiegów,<sup>1)</sup> a któż w mieście i w porze to umożliwiającej, nie potrzebowałby dla równowagi zdrowotnej ustroju swego, kąpeli powietrzno-słonecznej naprzykład?

Lecz pamiętać należy, że żadna akcja ogólna, a tembardziej zdrowotna, żaden nawet skojarzony wysiłek zbiorowy w tym kierunku państwa, samorządów, społeczeństwa przez wszystkie instytucje zainteresowane lub z racji celów swoich do działania w tym kierunku uprawnione, nie zdziała nic albo zgoła niewiele, jeżeli się nie oprze na uświadomieniu powszechnem.

Przeto, jaknajgoręcej popierać i zalecać należy *wprowadzanie do programów wszystkich szkół nauki zdrowotności (higjeny)*, jako przedmiotu wykładanego systematycznie, uposażonego w odpowiednią ilość godzin i pomocy naukowych *ze szczególnem uwzględnieniem higjeny pielęgnowania i wychowania dziecka i to do szkół żeńskich zarówno jak i męskich od powszechnych do wyższych włącznie* z równoległym cyklem wykładów publicznych z tej dziedziny dla szerszego ogółu, traktujących przedmiot wyczerpująco i stosownie do potrzeb tego ogółu odpowiednio licznych.

*Wprowadzenie nauki o zdrowotności* winno się odbyć *przez odciążenie wogóle przetadowanych programów szkolnych*, w szkołach średnich — kosztem np. zwięzienia programu matematyki i innych przedmiotów wymagających uzdolnień specjalnych, jak języki starożytne, — w powszechnych i zawodowych — kosztem języków obcych<sup>2)</sup> a także np. chemji-przedmiotu, który sprawia trudności wy-

<sup>1)</sup> O potrzebie dostarczania łózek przez przychodnie przeciwgruźlicze a także o leżałniach i kąpieliskach powietrzno-słonecznych jako środka walki społecznej z gruźlicą mówię gdzieindziej.

<sup>2)</sup> W szkołach zawodowych, rękodzielniczych na języki obce (francuski) w/g programu wyznaczone jest do 6 godzin tygodniowo, czasem więcej niż na język ojczysty,

jątkowe w przyswajaniu, a wykładanym jest (w starszych oddziałach) jak mogłam się przekonać stanowczo za drobiazgowo i obciąża tylko niepotrzebnie umysł dziecka i to w okresie przełomowym dojrzewania—okresie kształtowania się władz fizycznych i duchowych (najczęściej), a przez to stanowiącym naogół o dalszem życiu młodego obywatela państwa, a nieraz bezpośrednio o jego życiu,

Jeszcze uwaga ogólna: *ustawa mieszkaniowa, względnie budowlana winna określić nieprzekraczalne minimum: składu mieszkania, conajmniej z jednej izby mieszkalnej i choćby niewielkiej kuchenki,—powierzchni przypadającej w izbie na osobę, przy odpowiedniej jej wysokości, a także maximum mieszkańców na izbę, te same minimum i maximum dla miejsc pracy. To wszystko winno być zastrzeżone i bronione konsekwentnie w drodze odpowiedniego postępowania administracyjno-prawnego.*

*Mieszkania-izby winny być zabronione zupełnie.*

Lecz zanim będzie mogło się rozpocząć u nas na odpowiednią skalę budownictwo społeczno - państwowe, czyniące zadość całkowicie potrzebom mas, *winne być budowane pralnie publiczne wraz z suszarniami dla szerokich warstw ludności miejskiej, tak by korzystanie z nich było dla zainteresowanych i dogodne i dostępne, a pranie w domu przestało być koniecznością.*

I. Celem zrationalizowania państwowo - społecznej walki z gruźlicą, pożądaną, a może i konieczną byłaby *rejestracja wszelkiej gruźlicy, z rozpoznaniem pewnem, choćby w drodze spisu jednorazowego.*

II. A nadewszystko wszystkim od kogo to zależy zapominać nie wolno, że niema u nas prawie mieszkania t. zw. robotniczego, w którym dzieci nie spałyby z dorosłymi, nie zważając na żadne choroby, nawet na jaglicę i gruźlicę. A że gruźlica dorosłych, gruźlica wogóle zakaża osobnika w wieku dziecięcym i młodzieńczym — tego chyba można nie przypominać.

III. *Przedewszystkiem więc jaknajprędzej odpowiednim zbiorowym wysiłkiem i przy udziale samych zainteresowanych — wyrwać należy choćby tylko dzieci z łóżek gruźlików, z łóżek wspólnych wogóle, usunąć je możliwie na dłużej w ciągu dnia z otoczenia zakaźnego, wnieść więcej powietrza i słońca w bytowanie mas miejskich. A to w skutkach dodatnich może być nieobliczalnie fizycznie i moralnie i dla społeczeństwa i dla państwa całego.*



Może na miejscu tu będzie zaznaczyć jeszcze konieczność skojarzenia działalności przychodni przeciwgruźlicznych z urządzeniami sanitarnymi wogóle, w szczególności zaś w zakresie działania Ośrodka Zdrowia w Mokotowie, zwłaszcza co do rejestracji chorych na gruźlicę i inspekcji ich mieszkań — w sposób taki, by gromadzone dane liczbowe mogły być uzgodnione, — teraz okazało się to niewykonalnem.

Tu nasuwa się potrzeba ułożenia jednolitych wzorów statystycznych na użytek wszelkich instytucyj rządowych, samorządowych i społecznych, tak by nie marnował się żaden materiał z tej dziedziny, co teraz jest nieuniknionem<sup>1)</sup>.

Za bliższe zainteresowanie się pracą moją, wszelkie ułatwienia techniczne i życzliwość, której doznałam przy wykonywaniu pracy, uważam za swój przyjemny obowiązek wyrazić w tym miejscu szczerze podziękowania kolegom: D-rowsi Lubczyńskiemu i D-rowsi Stypułkowskiemu, Dr. Ilnickiej i D-rowsi Nilżyńskiemu, specjalnie zaś Szanownemu Panu D-rowsi Połakowi, a także Paniom Pielęgniarkom społecznym za ofiarne współdziałanie.

Prócz danych liczbowych dostarczonych mi przez urząd Sanitarny Ośrodka Zdrowia w Mokotowie, korzystałam z materiałów Urzędu Zdrowia — „Stan Sanitarny posesji i mieszkań m. st. Warszawy (w r. 1926)” i Urzędu Statystycznego Magistratu — „Rocznik Statystyczny za r. 1926 i Miesięcznik Statystyczny za Grudzień 1926-go roku“.

---

<sup>1)</sup> Mogłam się o tem przekonać pracując w swoim czasie nad zredagowaniem działu zdrowotnego w Roczniku Statystycznym Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1923 na materiale gromadzonym przez Główny Urząd Statystyczny.

## **DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.**

### **Prace Naukowe IV Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji Wojskowej.**

Na ostatniem, odbytem w dniu 14 maja, posiedzeniu Komitetów Honorowego i Organizacyjnego IV Kongresu, zebrani przedstawiciele wszystkich ministerjów, i licznych naszych władz, urzędów i wyższych uczelni mieli sposobność zapoznać się bliżej z organizacją i układem kongresowej pracy. Jak wiadomo, IV Kongres ustalił 4 tematy, związane najściślej z organizacją Służby Zdrowia, a wszelkie referaty i komunikaty dotyczyć muszą jedynie owych czterech tematów.

Jak wynikało ze sprawozdania, zainteresowanie sprawami Kongresu było bardzo duże. Z 36 państw, biorących udział w Kongresie, nadesłano ogółem 45 referatów, z których wszystkie prawie stały na bardzo wysokim poziomie, zapowiadając niezwykle poważną dyskusję. Niektóre państwa, jak naprzykład Brazylja, nadesłały swój referat, wydany jako broszura w języku francuskim, ozdobiona kilkoma ilustracjami, przedstawiającemi punkty opatrunkowe Służby Zdrowia Brazylijskiej podczas wojny ruchowej na terenie nieprzejranych dziewiczych lasów. Wszystkie państwa w opracowaniu swojego zadania przyjęły za podstawę specjalne warunki własnego terenu, co czyni ich referaty tem ciekawszemi, nadając im charakterystyczny koloryt. Autorzy traktowali zresztą swój temat z najrozmaitszych punktów widzenia, oglądając go przez pryzmat bądź ściśle lekarskich spraw fachowych, bądź udogodnień technicznych, lub wreszcie w jaskrawem świetle daleko idących wniosków, wynikłych z socjalnego znaczenia następstw wojny.

Pierwszy temat „Ewakuacja w wojnie ruchowej“ powierzony został Brazyliji i Polsce. Referentami byli: mjr. dr. Guimaraes ze strony brazylijskiej oraz ppłk. dr. Grabowski i mjr. dr. Zawadowski ze strony polskiej. Ponadto ogłoszono tutaj referaty „Ewakuacja w wojnie ruchowej na terenach górskich“ płk. dr. Filippo Caccia z Bolonji, „Wpływ terenu na ewakuację w wojnie ruchowej“ płk. dr. Spire z Francji, „Nosze w ewakuacji na dużych przestrzeniach w wojnie ruchowej“ płk. dr. Schikele z Francji oraz płk. dr. Nadolskiego „Ewakuacja a przeszkody terenowe“.

Temat „Etiologia i profilaktyka grypy“ referują: Danja w osobie mjr. dr. Jürgensa i Polska w osobie płk. dr. Leona Karwackiego z Warszawy. Między licznymi zgłoszonymi na ten temat komunikatami, znajdujemy: „Uodpornienie czynne przeciw grypie“ płk. dr. Thomann ze Szwajcarii, płk. dr. Panaitescu z Rumunii „W sprawie grypy“, lek. Inp. Saquepés z Francji „W sprawie grypy“, mjr. dr. rez. Lereboullet z Francji „O związku między grypą a błonicą“, płk. dr. Costa z Marsylii „Uwagi o grypie, próby wyjaśnienia zakażeń gwałtownych, zapobieganie powikłaniom przez szczepionki formolowe“, mjr. dr. Minet i mjr. dr. Benoit z Francji „O profilaktyce szczepiennej grypy“, mjr. dr. Dujaud de la Rivière „Niezbędność planu mobilizacyjnego przeciwko grypie“, prof. Odo Bujwid z Krakowa „Zmiany anatomopatologiczne w grypie“, prof. Jan Olbrycht z Krakowa „Uwagi o grypie“, por. dr. St. Laktunt i por. dr. Anatol Niemyski z Warszawy „Wzór krwi w grypie“ i „Anergja grypowa“, wreszcie płk. dr. Owczarewicz z Warszawy „W sprawie grypy“.

Na trzeci temat „Następstwa uszkodzeń urazowych czaszki“, referowany przez mjr. dr. St. Aissopos i dr. mjr. Papastratigakis z Grecji, oraz przez płk. dr. Węglowskiego z Polski, nadesłano następujące komunikaty: mjr. Virginio de Bernardinis z Włoch „Następstwa zranień czaszki i mózgu“, płk. dr. Filippo Caccia z Włoch „Zejście urazów czaszki i ich leczenie“, płk. dr. Giarrusso z Włoch „Późne zaburzenia po urazach czaszki ze stanowiska klinicznego i sądowno-lekarskiego“, gen. dr. Butojano z Rumunii „Następstwa urazów czaszki“, mjr. dr. Cantomet „Pęknięcia czaszki i porażenia nerwów III pary“ i „Wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w urazach czaszki“, mjr. dr. Billet z Lille „Następstwa późne ran czaszkowych od pocisków“, mjr. dr. Maisonneuve z Francji „Następstwa urazów czaszki i ich leczenie“, mjr. dr. rez. Guillain i mjr. dr. Bertrand z Francji „Następstwa anatomiczne i kliniczne ran czaszkowych“, mjr. dr. Fribourg Blanc z Francji „Znaczenie sądowno-lekarskie późnych następstw ran czaszkowych“, mjr. dr. Crouzon rez. „Następstwa nerwowe urazów czaszki“, mjr. dr. Weitzel z Francji „Leczenie chirurgiczne następstw pourazowych czaszki i mózgu“, mjr. dr. Worms z Francji „Zaburzenia późne w narządach zmysłów po zranieniach czaszki“, prof. Leriche z Francji „Późne wyniki leczenia przepuklin mózgowych w następstwie

zranień mózgu“, dr. Jarkowski z Paryża „Zaburzenia charakteru w następstwie ran czaszkowych“, prof. Leon Kryński z Warszawy „Operacje plastyczne w urazach czaszki“, prof. dr. Ostrowski ze Lwowa „Następstwa uszkodzeń urazowych czaszki“, dr. Higier z Warszawy „Następstwa zranień czaszki“, płk. dr. Rosenbauch „Zranienia głowy a oko“, nadesłali też komunikaty płk. dr. Wojciech Rec i dr. Domaszewicz ze Lwowa.

Wreszcie czwarty temat „Arsenobenzole—metody analizy i oceny chemicznej” opracowany został przez Płk. Apt. Blumentalsa ze strony łotewskiej, oraz Płk. Apt. Popławskiego i dr. Weila ze strony polskiej. Ponadto zgłoszono: „Dawkowanie arsenu w arsenobenzolach“ Płk. Thomann z Bernu, „O Neosalwarsanie“ Płk. Dr. Panaitescu i Płk. Apt. Cerbulescu z Rumunii, „Arsenobenzole, metody analizy i oceny chemicznej“ Mjr. apt. Breteau, oraz „O różnicach w odporności u ras świdrowców wobec związków arsenowych“ Mjr. apt. Launoy.

Na skutek postanowienia Komitetu Stałego Kongresów Międzynarodowych Medycyny i Farmacji Wojsk. na oddzielnej sekcji rozważane będą problemy służby dentystycznej podczas działań wojennych. Nadesłano tu komunikaty „Organizacja pierwszej pomocy rannym szczękowym na froncie“ Dr. Meissner z Warszawy, „Organizacja pomocy rannym szczękowym w głębi kraju“ Dr. Goldberg-Górski z Warszawy, oraz „Organizacja pomocy dentystycznej w wojnie ruchowej“ Mjr. Dr. Beno.

Wreszcie zgłoszone też zostały komunikaty na tematy, nie pozostające w bezpośrednim związku z głównymi: Mjr. Dr. Enrico Grimani zgłosił „Uwagi o potrzebach fizjologicznych pokarmowych żołnierza“, Płk. Apt. Blumental „Przepisy w sprawie badania termometrów, szkła aptekarskiego i wyrobów kauczukowych“, Dr. Włodz. Mikułowski z Warszawy „O związku pomiędzy pedjatrją a medycyną wojskową“, wreszcie Dr. Tobiasz „Lotnictwo sanitarne wojskowe w Polsce na usługach ludności cywilnej“.

Również na skutek uchwały Komitego Stałego wprowadzono na IV Kongres dla próby sposób obradowania sekcjami tak, że referaty główne i komunikaty odczytywane były równocześnie w oddzielnych salach, przyczem jednak tematowi głównemu „Ewakuacja w wojnie ruchowej“ poświęcone były pierwsze dni zjazdu 31 maja i 1 czerwca, a dwa następne dni wszelkim innym tema-



tom i komunikatom równocześnie. System ten obciążył uwagę uczestników, pozwalając im, wedle chęci, skupić się na jednym tylko, bliżej ich obchodzącym przedmiocie. Zebranie plenarne odbyło się w dniu 4 czerwca dla uchwalenia wniosków wysnutych w dyskusji nad poszczególnymi tematami przez poszczególne sekcje, gdyż sprawy te interesowały już ogół uczestników.

Obrady Kongresu, rozpoczynając się w dniu 31 maja, trwały do 4 czerwca włącznie. W dniu 5 czerwca uczestnicy rozjechali się na uplanowane wycieczki, w których witały ich prastare miasta polskie i urok polskiego krajobrazu. Wszakże ów tydzień, spędzony na wspólnych obradach nad przedmiotem, który nie potrzebuje żadnych szumnych nazw ani pokrywki wzniosłych haseł, i mówi sam za siebie głosem ucziwym i poważnym, pozostanie jednym z nieprzełamanych ogniw łańcucha, otaczającego ziemię i łączącego narody.

(Komunikat Prezydium Kongresu).

**M. KACPRZAK, S. ADAMOWICZOWA i S. SIEDLECKI.**

#### **Alkoholizm w Warszawie.**

(Kronika Warszawy Nr. 1. Styczeń 1927 r.)

Pod powyższym tytułem autorowie podają szereg danych o szerzeniu się alkoholizmu w Warszawie.

Według zebranych przez Dyрекcję Monopolu Spirytusowego danych konsumcja alkoholu w 1925 roku w porównaniu z 1924 uległa pewnemu zwiększeniu; w 1924 r. na głowę ludności w Warszawie wynosiła 3,93 spirytusu 100%, w 1925 — 4,65.

Za główny materiał do powyższej pracy posłużyły protokoły policyjne. W 1925 r. sporządzono 13.264 protokołów za niewłaściwe zachowanie się na ulicy pod wpływem alkoholu; z tej liczby 12.168 zużyto dla powyższej pracy. Z tej ostatniej liczby 99,2% przypada na ludność chrześcijańską i tylko 0,8% na żydowską, liczącą według rocznika miasta Warszawy za rok 1925 32,5% ludności stolicy. Bardzo dużo aresztowań przypada na ludność prawosławną.

Stosunek liczby aresztowanych mężczyzn do aresztowanych kobiet wynosi jak 9 : 1. Około 7% ogólnej liczby aresztowań tak wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet przypada na osoby poniżej lat 20.

Wśród osób pijanych, zatrzymanych na ulicach Warszawy znajdujemy przedstawicieli wszystkich zawodów: robotników, rzemieślników, kupców, urzędników, muzyków, dzieci i t. d.

Wśród tramwajarzy w omawianym roku dokonano 45 aresztowań, wśród kolejarzy—83, szoferów—195, dorożkarzy—400, woźniców—373, a więc prawie 9% ogólnej liczby aresztowań przypa-  
dło na osoby, od których trzeźwości zależy bezpieczeństwo ruchu.

Kobiety pijane na ulicach należą przeważnie do kategorii jednostek bardzo zdeprawowanych społecznie. Na pierwszy plan wysuwają się kobiety uprawiające nierząd zawodowo, które tworzą 51,1% ogółu zatrzymanych kobiet.

Według ustawy sprzedaż alkoholu w dni świąteczne jest zabroniona całkowicie, w przedświąteczne zaś od godziny 3 po południu. Lecz właśnie pod koniec tygodnia, w sobotę i w niedzielę, liczba aresztowań jest najwyższa.

Z 22.100 przypadków, w których Pogotowie Ratunkowe udzieliło pomocy w 1925 r. 1.107, t. j. 5%, przypada na te, w których alkohol odgrywał rolę.

Statystyka szpitalna byłaby ciekawem dopełnieniem protokołów policyjnych i statystyki nieszczęśliwych wypadków, podanych przez statystykę Pogotowia, lecz opracowanie takowej jest połączone z wielkimi trudnościami ze względu na to, że alkoholizm, jako czynnik etiologiczny, wcale nie jest uwzględniany.

Najsmutniejszym jest to, że alkoholizm szerzy się wśród dzieci. Przeprowadzona w 1925 r. ankieta o używaniu alkoholu przez dziatwę szkół powszechnych stolicy wykazała, że odsetek dzieci *niepijących* wynosi 32,5%.

Wydział zdrowia m. st. Warszawy prowadzi walkę z alkoholem w 2 kierunkach:

1. Drogą organizowania odczytów, których celem byłoby wykazanie wpływu alkoholu na zdrowie jednostki i skutków społecznych tego nałogu. W r. 1925 urządzono takich odczytów 12 przy ogólnej liczbie 1800 słuchaczy. W r. 1926 akcja ta wzrosła przeszło 3-krotnie,

2. Drogą prowadzenia pod kierunkiem psychiatrów przychodni, które byłyby ośrodkiem walki z alkoholem. Tu praca okazała się bardzo niewdzięczną, gdyż alkoholicy sami z pomocy przychodni korzystają niechętnie, a rodziny bardzo często nie mogą skłonić swych członków do oddania się pod opiekę przychodni.

**Dr. J. Orgańska.**

**Prof. MARCEL LABBÉ. O alkoholizmie we Francji.**

(Révue d'Hygiène, Nr. 1. 1927).

Na skutek odezwy Ligi do zwalczania alkoholizmu (Ligue nationale contre l'alcoolisme) Akademia Nauk Lekarskich powołała specjalną Komisję dla wystudjowania zagadnień, związanych ze wzrostem alkoholizmu we Francji oraz dla opracowania metod walki z tą plagą. Wyniki pracy tej Komisji zostały przedstawione rządowi francuskiemu, ale nie uzyskały, niestety, jego aprobaty: raczej przeciwnie—wydano zarządzenia, które sprzyjać jedynie mogą rozwojowi alkoholizmu. Autor podkreśla jednak, że to nie powodzenie nie powinno zniechęcać higienistów, że inicjatywa walki z alkoholizmem i podjęcie tej akcji należy do osób prywatnych, a przeto uważa za celowe zanalizowanie dokładne omówienie tego zagadnienia dla tem skuteczniejszego rozwiązania go z korzyścią dla narodu francuskiego.

Podczas wojny wprowadzono we Francji ograniczenie konsumpcji alkoholu; obecnie odnośne przepisy prawne nie są już przestrzegane z dawną surowością, co powoduje szybki wzrost alkoholizmu, zbliżający się już do cyfr przedwojennych. Jako pewien objaw pocieszający należy traktować fakt, że konsumpcja powojenna dotyczy w o wiele mniejszym, niż dawniej, stopniu szczególnie szkodliwych dla zdrowia napojów wysokokowych, jak wódka i absyntu, a została przesunięta bardziej na korzyść win. Zasluguje również na uwagę spostrzeżenie, że młode pokolenie robotników fabrycznych spożywa mniej alkoholu, niż pokolenia starsze. Przyczyny należy szukać przede wszystkim w tem, że urządzenie *podmiejskich* domków robotniczych zmusza ich mieszkańców, po ukończeniu dziennej pracy w mieście, do śpiesznego udawania się pociągiem czy też rowerem do domu na kolację; przeto robotnik, mieszkający poza miastem ma mniej czasu i okazji do odwiedzania szynków. Posiadanie własnego, przestronnego i czystego mieszkania również zachęca robotnika do dłuższego przebywania w domu, gdy dawniej wracał on niechętnie do brudnej, ciemnej nory, wołąc spędzać czas w ciepłym i widnym szynku. Ogródki, znajdujące się w pobliżu domków robotniczych, dają robotnikom możliwość przyjemnej i pożytecznej pracy, odrywając ich myśl od nastroju szynkowni. Dalej, rozwój sportu, utworze-



nie robotniczych klubów sportowych również sprzyja zmniejszeniu konsumpcji alkoholu, gdyż sport jest wrogiem wszelkich przetworów wysokokowych. Jako czynniki dodatnie, należy dalej zanotować wzrost oświaty wśród robotników, wzrost zainteresowania literaturą, sztuką sceniczną i kinematograficzną, jednym słowem, czynniki natury moralnej i intelektualnej. Natomiast niepomyślnym objawem jest wzrost alkoholizmu wśród zubożonej ludności wiejskiej, dalej nieznanym prawie dawniej alkoholizm u kobiet, który przed wojną był atrybutem nielicznych profesji kobiecych. Należy to bezwzględnie traktować, jako skutek wojny: podczas wojny bowiem zastępowały kobiety mężczyzn w fabrykach i urzędach, w pociągach i na roli—i wraz z temi obowiązkami mężczyzn przejęły i ich wady. Również poważnym wydaje się niebezpieczeństwo, grożące dzieciom przez spożywanie cukrów, zawierających poncze, likiery i. t. p., co rozwija w dzieciach smak i pociąg do alkoholu. Konsumcję powojenną alkoholu we Francji należy zatem scharakteryzować w ten sposób, że o ile poszczególne jednostki spożywa narazie mniej alkoholu, to przecież konsumpcja ta objęła teraz wszystkie klasy społeczne ludności bez względu na wiek i płeć. Z drugiej strony: szybki wzrost ilości otwieranych szynków i kabaretów; przepisy prawne, pozostawiające prawie bez kontroli wyrób alkoholu z winogron przez fermerów—czynią uzasadnioną obawę przed zgubnym, a b. znacznym wzrostem alkoholizmu w najbliższej przyszłości.

Dlatego też autor zastanawia się nad metodami walki z alkoholizmem i omawia kolejno: bezwzględną prohibicję, ograniczenie spożycia alkoholu, wyższe opodatkowanie napojów wysokokowych, kary administracyjne za pijaństwo, propagandę religijną i przeciwalkoholową, poprawę bytu materialnego robotników oraz zużytkowanie produkcji winogron dla innych celów przemysłowych, niż fabrykacja alkoholu.

Co się tyczy zupełnej prohibicji, to autor nie jest jej zwolennikiem, gdyż, jak się okazało w Ameryce, jest to metoda niepraktyczna: wystarczy wspomnieć o tem, że kwitnie tam w najlepsze handel niedozwolony, że abstynenci przymusowi udają się w sobotę wieczorem pociągiem do Kanady, gdzie zakaz spożywania alkoholu nie istnieje, i po spędzeniu niedzieli w najbliższej miejscowości pogranicznej, wracają w poniedziałek rano w wyśmienitym



humorze do ojczyzny. To też bardziej racjonalnem jest ograniczenie konsumpcji alkoholu przez utrudnianie spożywania go, jak to się praktykuje w Belgji, gdzie wolno nabywać alkohol w ilości nie mniejszej, niż 2 litry na raz i to tylko do spożywania w domu. Jest to więc przeciwstawienie się szynkownianemu handlowi, który umożliwia spożywanie niewielkich, połączonych z niewielkimi za każdym razem wydatkami, ilości alkoholu, ale zato spożywanie częste. Dodać jednak należy, że ta metoda tylko z początku dawała dobre wyniki, później znaleziono sposób na omińnięcie tego prawa, zakładając „kluby prywatne” których członkowie o każdej porze może wstąpić „na kieliszek”. Należy przeto zwrócić uwagę policji na te stowarzyszenia. W każdym razie niezbyt dodatnie wyniki odrośnych zarządzeń świadczą wymownie, że przed ich wydaniem należałoby raczej podnieść poziom umysłowy ludności, rozwinąć olbrzymią propagandę przeciwalkoholową, aby ludność nie traktowała wydanych przepisów prawnych w sposób wrogi, jako zamachu na swoją wolność. Uświadamianie ludności co do zgubnych skutków alkoholizmu powinno należeć nie tylko do specjalnych komitetów do walki z alkoholem i nie mieć na oku jedynie dorosłych; należy również wychowywać odpowiednio dzieci i młodzież, wprowadzając do nauki szkolnej specjalny wykład o alkoholizmie, jak to się już stosuje dla propagandy przeciwgruźliczej.

Dalej, należy bezwzględnie zabronić otwierania nowych szynków, gdyż, jak słusznie zauważa autor, : „il est certain, que l'occasion fait le buveur”. — Podane wyżej przyczyny zmniejszania się alkoholizmu wśród ludności robotniczej — są zarazem wytycznymi skutecznej walki z alkoholizmem: a zatem — poprawa bytu materialnego robotników, budowa domków robotniczych z ogródkami, zakładanie bibliotek i klubów sportowych oraz teatrów ludowych. Należy wydać zakaz spożywania szczególnie niebezpiecznych dla zdrowia napojów wyskokowych, opodatkować w dużym stopniu wszelkie przetwory alkoholowe, co z jednej strony zmniejszy ich konsumpcję, z drugiej może być z pożytkiem dla skarbu państwa. Trzeba również rozciągnąć nadzór nad prywatną produkcją alkoholu, która, uchylając się od opłat na rzecz skarbu, umożliwia sprzedaż alkoholu po cenach niższych, a przeto czyni go bardziej dostępnym dla szerokich sfer ludności. Policja winna być upo-

ważniona do nakładania, jak to się dzieje zresztą i dotychczas z dobrym skutkiem, kar za pijaństwo. Odnosne prawo, działając z całą surowością podczas wojny, przyczyniło się wówczas wydatnie do zmniejszenia alkoholizmu; należy zatem baczyć, aby i nadal było ono przestrzegane z całą bezwzględnością.

Autor zdaje sobie doskonale z tego sprawę, że Francja jest ojczyzną winogron, że duży odłam ludności francuskiej żyje z uprawy winogron i fabrykacji wina. To też nie jest bynajmniej jego zamiarem wprowadzenie jakichś zarządzeń przewrotowych, któreby nakazały zamiast uprawy winogron np. uprawę zbóż. Sądzi jednak, że udałoby się połączyć interes materialny ludności z wymogami higieny, wykorzystując produkcję winogron nie wyłącznie dla fabrykacji wina: mianowicie przez znaczne zwiększenie wywozu winogron, jako owoców, jak to się dzieje w Stanach Zjednoczonych, w których wywóz roczny winogron w roku 1908 wynosił 2.750 tonn, w r. 1918—28.000, a w r. 1919—55.000 tonn. A dalej można spożytkować winogrona do fabrykacji różnych smacznych i pożywnych soków i syropów winogronowych, jak to się już stosuje we Francji w pewnym stopniu z zyskiem dla wytwórcy. Obowiązkiem lekarzy jest zachęcanie ludzi do spożywania tych przetworów.

**Dr. Z. Świder.**

#### **FLAIG. „O zwalczaniu alkoholizmu“.**

(Archiv. f. Soz. Hig. u. Demogr. t. I, zes. 4, str. 357, 1926).

Wskaźnikiem wzrostu alkoholizmu w danym kraju jest ilość chorych umysłowo alkoholików w zakładach dla obłąkanych. Ciekawe są pod tym względem sprawozdania zakładu w Bremie. Przed wojną najwyższa liczba wynosiła: 162 dla mężczyzn i 14 dla kobiet; podczas wojny spadły te liczby znacznie, bo do 7 dla mężczyzn i 14 dla kobiet. Natomiast w r. 1925 liczby te wzrosły: do 200 dla mężczyzn i 16 dla kobiet! W klinice psychiatrycznej w Kolonji również zaobserwowano to smutne zjawisko: gdy w r. 1919 ilość alkoholików stanowiła zaledwie 5 proc. ogółu chorych, w r. 1924 wynosiła ona przeszło 25 proc. „Są to — pisze sprawozdawca — wstrząsające liczby!“ Świadczą też one wymownie o konieczności ograniczenia spożywania alkoholu na drodze ustawowej, a to przez ustalenie policyjnych godzin sprzedaży trunków oraz ograniczenie ilości szynków. Natomiast prohibicja nie jest wskazana.

*Alarmującym objawem doby ostatniej jest również wzrost fabrykacji sprzedaży i reklamowania zawierających alkohol słodczy: cukrów i czekolady.* Słusznie więc postąpił magistrat m. Drezna, że potraktował sprzedaż w owocarniach i cukierniach słodczy, zawierających likier i koniak — szczególnie w postaci czekoladowych buteleczek,—jako sprzedaż napojów alkoholowych i nakazał przeto wykupienie odpowiednich patentów handlowych. Badania, przeprowadzone przez państwowe zakłady badania środków spożywczych, wykazały, że buteleczki czekoladowe zawierają kolosalne wprost ilości alkoholu; nawet zwykłe bomby koniakowe zawierają w paru sztukach ilości, dające się mierzyć na kieliszki. W ten więc sposób podaje się alkohol, powiedzielibyśmy podstępnie, ludziom, którzy dotychczas alkoholikami nie byli. Szczególnie niebezpiecznym jest to przemykanie alkoholu — dla kobiet, dziewcząt i dzieci, którym — w postaci prezentu — ofiaruje się często znaczne ilości wyskoku pod ponętną postacią słodczy.

Autor zwraca jednak słuszną uwagę na to, że jest to objęciem odnośnego paragrafu prawnego, że nieraz też już w czasach ostatnich notowano przestępstwa przeciw moralności publicznej ze strony młodych dziewcząt, jako smutne następstwo podobnego spożywania alkoholu. Podawanie alkoholu w tej zdradzieckiej postaci kryje w sobie również niebezpieczeństwo przyzwyczajania się, „nabrania smaku“ do trunków. Żąda przeto autor, aby odnośne fabryki wyraźnie podkreślały w swych reklamach, które z ich wyrobów zawierają alkohol, oraz aby zakazano sprzedawania takich słodczy dzieciom; rzeczą rodziców już jest, aby *sami* swym dzieciom nie ofiarowali tej trucizny dla ciała i ducha.

Dr. Z. Świder.

#### **A. MACKIEWICZ. Zaopatrywanie m. st. Warszawy w nabiał.**

(Kronika Warszawy Nr. 1. Styczeń 1927 r.)

Autor podaje wyniki ostatniej rejestracji mleka, przeprowadzonej przez wydział zdrowia Magistratu w październiku 1926 r. Zebrane dane pozwalają ustalić dzienną konsumpcję na 173.000 litrów, czyli  $168\frac{2}{3}$  gr. dziennie na osobę (Warszawa liczyła w dniu

1 listopada 1925 r. 1.025.000 mieszkańców). Berlińczyk spożywa o 65% mleka więcej od warszawianina: 257 gr. dziennie według statystyki berlińskiej.

Przeciętna ilość śmietany, dostarczanej dziennie, wynosi 2910 litrów, masła 1505 kg. i serów 3170 kg. 20% wszystkiego mleka pochodzi z samej Warszawy, 55% z okolic, odległych do 50 klm., 25% z okolic dalszych: 50—360 klm. Niewielki stosunkowo odsetek mleka, dostarczanego z dalszych okolic, tłumaczy się małą ilością wagonów-chłodni i brakiem zorganizowanego chłodnictwa.

Mleko, konsumowane przez ludność Warszawy, można podzielić według jego wartości higienicznej na 3 rodzaje:

1. Mleko, pochodzące z obór majątków ziemskich. Jest ono produkowane czyszej, niż inne, lecz pochodzi w przeważnej części od krów holenderskich, które dają dużo mleka z niską zawartością tłuszczu (3% wobec przeciętnej 3,40%). Bydło holenderskie jest najmniej odporne na gruźlicę, co przy braku wszelkiej kontroli weterynaryjnej poczytywać należy za ujemną stronę produktu.

2. Mleko, dostarczane z okolic Warszawy przez drobnych producentów. Mleko to test brudno produkowane i utrzymane; ludzie ci o higienie nie mają najmniejszego pojęcia i nie zawsze są wolni od chorób zakaźnych, jak gruźlica, dur brzuszny, płonica; obory i zagrody kontroli weterynaryjnej nie podlegają—nic więc dziwnego, że w takim mleku znaleźć można różne bakterje, między innymi prątki gruźlicze, paciorkowce zakaźnego zapalenia wymion, bakterje duru i t. d.

3. Mleko, pochodzące z obór warszawskich. Jest ono produkowane w warunkach również bardzo niehigienicznych. Chociaż obory te pozostają pod kontrolą lekarzy weterynaryjnych, lecz ogólny kryzys nie pozwala na bezwzględne stosowanie rygorów higieny; a przytem z braku mieszkań lepsze obory i stajnie przerobiono na mieszkania.

Wobec powyższego nie może być mowy o spożywaniu u nas w Polsce mleka surowego; konsumujemy zatem mleko gotowane, a niemowlęta, pozbawione zupełnie piersi matki, dostają mleko sterylizowane lub pasteryzowane. Rozkład kazeiny, wydzielanie się albuminy, zlewanie się kuleczek tłuszczu w krople—czynią mleko



gotowane, sterylizowane i pasteryzowane mniej strawnem od surowego. Powyżej 60° nukleina i lecytyna, zawierające fosfor, ulegają częściowemu zniszczeniu. Pasteryzacja mleka przy niewysokiej względnie temperaturze nie niszczy witamin, lecz pasteryzowane przez niektóre nasze hurtownie mleko idzie na sprzedaż do sklepów i sklepików, gdzie przelewane zostaje do naczyń niesterylizowanych i trzymane letnią porą w temperaturze 15°—35° C. Że takie pasteryzowane mleko nie jest wolne od bakterji i fermentacji mlecznej i różnych zarazków chorobotwórczych, łatwo zrozumieć.

Zdaniem autora obecny stan rzeczy w produkcji mleka powinien się zmienić jaknajprędzej na lepsze i powinniśmy się zbliżyć pod tym względem do Europy zachodniej.

---

## **K R O N I K A**

### **Zmiany osobowe w departamencie sanitarnym Min. Spr. Wewnętrznych.**

Dr. Czesław Wroczyński, dyrektor generalny służby zdrowia, (któremu tytuł ten po skasowaniu dyrekcji pozostawiono ad personam), podał się do dymisji jeszcze wiosną roku bieżącego, głównie z powodu przenoszenia wbrew jego przekonaniu, funkcjonariuszy państwowych na etaty samorządowe. Gdy rezygnacja ta została w końcu marca r. b. przyjęta, zaczęły w sferach specjalnie zdrowotnością publiczną się interesujących, krążyć rozmaite przypuszczenia i pogłoski o nominacji nowego głównego fachowego organu zdrowia w państwie, przyczem jednym zdawało się, że powołany będzie jakiś luminarz w nauce i literaturze higienicznej, innym, że któryś z działaczy wybitnych w dziedzinie higieny publicznej. Domysłem i pogłoskom położyła koniec nominacja w końcu maja na stanowisko rzezone lekarza praktykującego w Kaliszu (pułkownika w rezerwie) Eugenjusza Piestrzyńskiego. Zaznaczyć należy, że obecny minister Spraw Wewnętrznych dr. Składkowski, jako lekarz zajmuje się z zamiłowaniem zdrowiem publicznem.

Dr. Wroczyński po uzyskaniu zwolnienia ze służby państwowej, objął stanowisko lekarza sanitarnego m. st. Warszawy, przyczem z chwilą powołania dra Boguckiego na stanowisko wiceprezydenta miasta, zastępuje dra Boguckiego w Wydziale Zdrowia.

### **Zmiany osobowe w Zarządzie m. st. Warszawy.**

Wybory władz Zarządu gospodarczego stolicy, odbyte na początku lipca po rozwiązaniu Rady miejskiej, dały wynik następujący: prezydentem miasta obrano inż. Słomińskiego, dotychczasowego naczelnika Wydziału technicznego, na wiceprezydentów: p. Borzęckiego (b. Komisarza rządu na m. st. Warszawę), p. Szpotąńskiego, b. radnego miasta i dra Wincentego Boguckiego, naczelnika Wydziału Zdrowia. Pp. Słomiński i Bogucki urzędują za urlopami z dotychczasowych stanowiska. Na prezesa Rady miejskiej obrano p. Jaworowskiego.

### **Państwowa Rada Samorządowa.**

W d. 12 sierpnia odbyło się pierwsze posiedzenie Państwowej Rady Samorządowej w sali konferencyjnej Min. Spr. Wewn. „pod przewodnictwem p. wice-ministra Jaroszyńskiego“. Zatwierdzono regulamin obrad i wyłoniono dwie sekcje: administracyjno-prawną i finansowo-gospodarczą. Obok innych kilku projektów postawiono na porządku dziennym i przekazano właściwej komisji projekt rozporządzenia o zakładach leczniczych. Uwaga wstępnego artykułu „Zdrowia“ o potrzebie powołania delegatów Towarzystwa Higienicznego do Rady samorządowej nie zaskarbiła sobie względów p. Ministra.

### **Zamknięcie wystawy sanitarno-higienicznej.**

Urządzona w związku z Międzynarodowym Kongresem Medycyny i Farmacji Wojskowej wystawa Sanitarno-higieniczna, o której pisaliśmy w „Zdroju” w czasie właściwym, została zamkniętą w d. 1 lipca r. b. Na zebraniu Komitetu, które odbyło się w d. 1 sierpnia w obecności b. prezesa Zjazdu gen. Roupperta, wysłuchano sprawozdań prezesa Wychowy, gen. Horodyńskiego, wiceprezesa, płk. Krupińskiego i sekretarza generalnego, ppłk. Sokolewicza.

Wystawa pokryła koszty własne, zwróciła subsydja i dała nadwyżkę dochodów, którą przelano do Skarbu Państwa. Zaznaczyć jednak należy, że pomieszczenie otrzymała bezpłatnie oraz wielki zasiłek w naturze od Magistratu m. st. Warszawy, a mianowicie dekoracje placu, której budżet wyniósł około 20 tysięcy złotych.

Wystawę w ciągu 34 dni jej trwania zwiedziło około 300.000 osób, w tem około 400 wycieczek. Wystawców było 315, w tem 74 zagranicznych. Nagród przyznano 280, w tem 50 dyplomów honorowych, 102 medale złote, 88 srebrnych, 28 brązowych i 12 listów pochwalnych.

### **Odnaczenie Towarzystwa Higienicznego.**

Towarzystwo Higieniczne otrzymało dyplom honorowy (najwyższe odznaczenie) na Wystawie sanitarno-higienicznej w Warszawie (o której wzmiankę podajemy powyżej).

### **IX Zjazd Gazowników i Wodociągowców Polskich w Toruniu.**

W dniach 11 i 12 maja r. b. odbył się w Toruniu przy bardzo licznym udziale uczestników z całej Polski IX Zjazd Gazowników i Wodociągowców Polskich

Obrady Zjazdu toczyły się w „Dworze Artusa” pod przewodnictwem Prezesa Zrzeszenia Gazowników i Wodociągowców Polskich inż. Czesława Świerczewskiego, dyrektora Warszawskich Zakładów Gazowych.

Uroczyste otwarcie Zjazdu zaszczytli swą obecnością między innymi, Prezydent miasta Torunia, p. Bolt — wicewojewoda pomorski p. Seydlitz — wiceprezydent miasta Warszawy inż. Jankowski, — przedstawiciele: Ministerstwa Spraw Wewnętrznych inż. Rudolf — Szkół Zawodowych Pomorskich inż. Borucki, Stowarzyszenia Techników Polskich w Warszawie inż. Bąkowski — Polskiego Towarzystwa Politechnicznego we Lwowie dyr. Alexandrowicz — Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego inż. Piotrowski — Związku Elektryków Polskich dyr. Hoffman — Polskiego Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego dyr. Piekarski, — Związku Towarzystw Polskich w Toruniu p. Janowski. Prócz tego wiele towarzystw krajowych i zagranicznych przesało depeşe z życzeniami.

Zjazd zagał prezes Świerczewski, zwracając uwagę na upływające w b. r. dziesięciolecie działalności początkowo Koła Gazowników przy Stowarzyszeniu Techników w Warszawie, zamienionego potem na Zrzeszenie Gazowników i Wodociągowców Polskich.

Po wygłoszeniu powitalnych przemówień wręczono prezesowi Świerczewskiemu dyplom na członka honorowego Zrzeszenia Gazowników i Wodociągowców Polskich, poczem przystąpiono do obrad.

Wygłoszono następujące referaty:

1) Dyr. inż. Dażwański „Opis historyczny rozwoju gazowni miejskiej w Toruniu, 2) dyr. inż. Knauer „Ujęcie wody dla wodociągów miasta Torunia“, 3) Inż. Ludwik Piekarski „Geneza powstania Polskiego Instytutu Wodociągowo-kanalizacyjnego, jego cele i zadania“, 4) Inż. T. Zamoyski „Kierunek rozwojowy polskiej polityki celnej“.

W sekcjach zawodowych odczyty były następujące: sekcja gazownicza: 5) Dyr. inż. Dziurzyński „Stan gazownictwa w Polsce po odzyskaniu niepodległości“, 6) Dyr. inż. J. Konopka „Statystyka gazowni polskich“, 7) Dyr. inż. M. Seifert „Naukowa organizacja pracy w gazowniach“, 8) Dr. inż. J. Doliński „Normalizacja analiz węgla“, 9) Prof. dr. K. Smoleński „Pyrogenetyczny rozkład niektórych węglowodorów“, 10) Prof. inż. E. Kropiwnicki „Piec gazowy do ogrzewania lokali“, 11) Dr. inż. A. Szulce „Najnowsze postępy techniki gazowniczej“.

W sekcji wodociągowej: 12) Dyr. inż. Szenfeld „Osadniki wodociągów m. Warszawy, 13) Inż. R. Baranowicz „Przepisy wodociągowe połączeń domowych“, 14) Inż. J. Pomorski „Stan urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych w nieruchomościach“.

W dyskusji poruszono bardzo aktualne sprawy, między innymi budowy nowych gazowni w Polsce, która stoi, niestety, bardzo w tyle po za innymi państwami Europy, mimo, że gazownictwo jest podstawą wielu przemysłów chemicznych, a przedewszystkiem jest ważnym czynnikiem w technice wojennej. Uchwalono rezolucję, aby zwrócić się do Rządu o popieranie budowy nowych gazowni i dopomożenie miastom, które obecnie chcą przystąpić do budowy jak: Radom, Częstochowa, Sosnowiec, Będzin, Kielce i kilka innych. Następnie uchwalono odnieść się do Rządu w sprawie utworzenia Państwowej Rady Gazowej.

Poruszono też sprawę, aby gazownictwo współpracowało z elektrycznością w kierunku elektryfikacji Polski oraz podniesiono konieczność zajęcia się systematycznym badaniem węgla.

Na sekcji wodociągowej uchwalono następujące rezolucje: a) ażeby wobec ogólnego niezadawalającego stanu urządzeń domowych przeprowadzono stałą przymusową kontrolę tychże, b) aby znormalizować sposób wykonywania tych urządzeń, wreszcie c) aby opracować jednolite przepisy instalacyjne, wodociągowe i kanalizacyjne, któreby obowiązywały w całej Polsce.

Co do ogólnego rozwoju wodociągów i kanalizacji w Polsce uchwalono:

a) aby inwestycje mające na celu rozwój wodociągów i kanalizacji oraz techniki sanitarnej czynione były w pierwszym rzędzie z obciążeń ludności danych okolic przy pomocy Rządu i instytucji finansowych krajowych, a dopiero w drugim rzędzie z pożyczek zagranicznych.



b) w razie, gdy inwestycje takie wykonują firmy zagraniczne, należy przy umowach zwracać przedewszystkiem uwagę na możliwość rentowności wykonanych robót i aby pożyczki i umowy były zawierane tylko po zaciągnięciu opinii Zrzeszeń Techników Polskich.

Odpowiednie wnioski polecono wnieść Związkowi Gospodarczemu Gazowni i Zakładów Wodociągowych oraz Zrzeszeniu Gazowników i Wodociągowców Polskich do Rządu, do Związku Miast Polskich, oraz do Polskiego Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego.

W drugim dniu Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Zrzeszenia Gazowników i Wodociągowców Polskich pod przewodnictwem dyr. Świerczewskiego. Sprawozdanie składał inż. Nowicki sekretarz tegoż, a następnie Walne Zgromadzenie Związku Gosp. Gazowni i Zakładów. Wodociąg pod przewodnictwem Dyr. Dziurzyńskiego.

Z czynności za rok ubiegły zdawał sprawę inż. cyw. Józef Konopka, dyrektor Związku, który przedłożył również program działalności na rok bieżący.

Po południu uczestnicy Zjazdu zwiedzali gazownię i wodociągi miejskie oraz fabrykę gazomierzy i wodomierzy w Toruniu, w następnym zaś dniu sporo uczestników wyjechało do Elektrowni Okręgowej w Gródku, do Chojnic oraz do Grudziądza, gdzie zwiedzano fabrykę firmy Herzfeld & Victorius, fabrykę „Polski Przemysł Gumowy“ oraz nowo przebudowaną systemem firmy Kloenne, gazownię miejską.

Następny Zjazd X-ty w r. 1928 odbędzie się w Katowicach.

### **Z higieny przemysłu.**

Prof. Ernest Brezina w artykułach o postępie w dziedzinie higieny przemysłowej, pisząc o działaniu pyłu węglowego na górników podaje, że najgorzej odbija się on na łamaczach (Häuer), gdzie często mamy wypadki śmierci wskutek zapalenia płuc lub oskrzeli; natomiast, względnie rzadko spotyka się u nich suchoty.

Niezbyt wielkie jest również niebezpieczeństwo gruźlicy u robotników w przemyśle chemicznym w ścisłym znaczeniu tego słowa. Zdaje się, że gazy drażniące poniekąd raczej przeciwdziałają nowemu zakażeniu, niżeli predysponują do choroby.

(Zentralblatt für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete T. XIV Zesz. 5—6, 1927).

**Dr. H. R.**

### **Roła pielęgniarki w wychowaniu gruźlika.**

Wychowanie chorego gruźlika jest jednym z najważniejszych obowiązków w pracy pielęgniarki. Musi ona wyjaśnić choremu jak się szerzy choroba, musi go nauczyć, aby przy kaszlu zastraniał sobie usta gazą, aby płwocinę oddawał do papierowego kubka, zawierającego trociny (sawdust) lub inną substancję absorbującą, aby kubek wraz z zużytą gazą dobrze zawijać w gazetę i palić.

Jezeli chory nie jest w stanie zrobić tego sam, musi to za niego uczynić pielęgniarka. Chory musi wiedzieć, że plwocina jego zawiera prątki, że kaszel przy niezastoniętych ustach jest źródłem wielkiego niebezpieczeństwa dla innych.

Chory musi się nauczyć cenić wartość prawidłowo uregulowanego życia, jest to bardzo trudne zadanie, zwłaszcza, gdy się ma do czynienia z wypadkami wątpliwymi. „Taki chory dobrze wygląda, czuje się dobrze i ma wielką chętkę pracować“ lub bawić się, co go jednak b. szybko męczy. Trzeba być w takich wypadkach nieustępliwym, trzeba umieć powiedzieć stanowczo „nie“, przyjaciółom, którzy nie rozumieją tej ostrożności w stosunku do osoby pozornie tak dobrze wyglądającej.

Póki chory nie nauczy się tego wszystkiego, jest on stale narażony na mniej lub więcej poważny nawrót choroby.

Przy pomocy pielęgniarki chory musi się nauczyć pracować i bawić w tych ograniczonych warunkach, w których to jest możliwe.

(The American Journal of Nursing, lipiec 1927).

**Dr. H. R.**

### **Zjazd Przeciwgruźliczy w Anglii.**

30 czerwca 1 i 2 lipca r. b. odbył się w Londynie Zjazd Angielskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego (National Association for the Prevention of Tuberculosis). Obrady odbywały się na temat: „Warunki domowe i przemysłowe oraz ich sprzyjanie gruźlicy“.

(The Medical Officer № 989, 1927).

**Dr. H. R.**

### **Zjazd Przeciwgruźliczy we Francji.**

11, 12, 13 i 14 kwietnia r. b. odbył się w Lyonie VI Francuski Kongres Przeciwgruźliczy. Wśród 900 członków Kongresu przeszło 200 stanowiły pielęgniarki.

Tematy obrad były następujące: Podstawy doświadczalne odczynów w gruźlicy płuc. Czynniki terenu, inne niżeli alergja w zakażeniu gruźlicą. Torekoplastyka w leczeniu gruźlicy płuc. Prewentorium i umieszczanie w rodzinach (placement familial). Współpraca lekarzy z przychodnią,

Pielęgniarka naczelnia departamentu (infirmièrechef) i jej rola społeczna. Rola inicjatywy w pracy pielęgniarki — odwiedzającej przeciwgruźliczej. Higjena społeczna i rola pielęgniarek ogólnych.

(Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Bulletin d'Information № 11, 1920). Paris Médical № 19, 1927.

**Dr. H. R.**

### **Kongres Higjeny Macierzyństwa.**

Od 5—8 lipca r. b. odbył się w Londynie Kongres Higjeny Macierzyństwa. Tematy obrad były następujące:

Karmienie macierzyńskie.

Problem matki-panny.

Nauczanie praktyczne o wychowaniu dzieci (puericulture).

Środki niezbędne dla zapewnienia właściwej opieki chorym w instytucjach dla dzieci w wieku przedszkolnym.

Sprawa żłobków.

Częstość chorób wenerycznych w poradniach dla ciężarnych i oseków, choroby dróg oddechowych, jako czynnik śmiertelności dziecięcej i ich leczenie.

Pasteryzacja mleka a gruźlica chirurgiczna, wyniki leczenia słońcem (heljoterapia) dzieci w wieku przedszkolnym; dobroczynny wpływ słońca i ujemne strony dymu.

(Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Bulletin d'Information № 13—14 1297)

**Dr. H. R.**

### **Wzrost śmiertelności z chorób serca w Stanach Zjednoczonych.**

Lekarze amerykańscy zwracają od pewnego czasu uwagę na wielki wzrost śmiertelności z chorób serca. W registration area Stanów Zjednoczonych współczynnik śmiertelności z chorób serca wynosił w r. 1900—132, a w 1925—185 na 100.000 ludności (w r. 1924 śmiertelność z chorób serca stała na I-em miejscu i wynosiła 15,1% ogólnej śmiertelności—przyp. refer.).

Przyczynę tego zjawiska można dopatrywać z jednej strony w coraz większym natężeniu życia codziennego z drugiej—w zwiększaniu się długości życia, co pozwala większej liczbie osobników dożyć „wieku chorób serca“.

(The Journal of the American Medical Association Tom 88, № 26 1927.)

**Dr. H. R.**

### **Spożycie alkoholu i alkoholizm w Stanach Zjednoczonych.**

W r. 1926—80 tysięcy lekarzy, weterynarzy i dentyistów wydało, 12,996,000 recept na alkohol czyli o 500.000 mniej niż w r. 1925; w ogólnej sumie stanowiło to 6 milionów litrów, co czyni  $\frac{1}{20}$  litra na głowę mieszkańca.

Za naruszenie prawa o prohibicji ukarano:

w r. 1921	—	17.962	osób
„ „ 1922	—	22.749	„
„ „ 1923	—	34.067	„
„ „ 1924	—	37.181	„
„ „ 1925	—	38.498	„
„ „ 1926	—	37.018	„

(Révue internationale contre l'alcoolisme № 3, 1927).

**Dr. H. R.**

**Ze statystyki kryminalnej w Stanach Zjednoczonych.**

	1923	aresztow. 1910	1923 na 100.000	mieszkańców 1910
Pijaństwo	91.367	170.914	83,1	185,9
Skandale	53.359	91.847	48,5	99,9
Naruszenie praw o spożywaniu alkohol.	39.340	7.713	35,8	8,4
Włóczęgostwo	28.030	49.670	25,5	54,0
Bójki	12.606	22.509	11,5	24,5
Morderstwa	3.906	2.876	3,6	3,1

Jak widać z powyższego pijaństwo zmiejszyło się o 55%, a włóczęgostwo, bójki, skandale, morderstwa, na co wielki wpływ ma alkohol—więcej jak 50%  
(Revue internationale contre l'alcoolisme № 3, 1927).

**Dr. H. R.**

**Wydatki na alkohol i alkoholizm w Szwecji.**

Wydatki ludności na alkohol	Dochód państwa z napojów
(bez piwa)	alkoholowych, łącznie z piwem
w milionach koron	
1920 281.75	92.05
1921 244.62	129.55
1922 207.78	119.79
1923 179.68	98.49
1924 166.01	100.29
1925 167.56	103.49

**Liczba ukaranych pijaków na 1000 mieszkańców**

1906 10 — 9,3	1917 — 3,3	1920 — 7,8	1923 — 5,0
1911 15 — 9,4	1918 — 3,1	1921 — 5,2	1924 — 5,4
1916 — 7,7	1919 — 5,7	1922 — 4,7	1925 — 5,4

Wypadki pijaństwa wśród kobiet stanowią wszystkiego 2,2% ogólnej liczby wypadków. 21,4% karanych było w wieku poniżej lat 25.

(Revue International contre l'alcoolisme № 3, 1927).

**Dr. H. R.**



T R E Ś Ć :

Dr. J. Polak: Od Redakcji.—Dr. A. Krzyżkowski: O sanitarji kolejowej.—Dr. Marja Hleb-Koszańska: Przeludnienie mieszkań a gruźlica. **Dział sprawozdawczy:** Prace Naukowe IV Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji Wojskowej. — M. Kacprzak, S. Adamowiczowa i S. Siedlecki: Alkoholizm w Warszawie.—Prof. Marcel Labbé: O alkoholizmie we Francji.—Flaig: „O zwalczaniu alkoholizmu“.—A. Mackiewicz: Zaopatrywanie m. st. Warszawy w nabiał. **Kronika:** Zmiany osobowe w departamencie sanitarnym Min. Spr. Wewnętrznych. Zmiany osobowe w Zarządzie m. st. Warszawy.—Państwowa Rada Samorządowa. Zamknięcie wystawy sanitarno-higienicznej.—Odznaczenie Towarzystwa Higienicznego. — IX Zjazd Gazowników i Wodociągowców Polskich w Toruniu. — Z higieny przemysłu. — Rola pielęgniarki w wychowaniu gruźlika. — Zjazd Przeciwgruźliczy w Anglii. — Zjazd Przeciwgruźliczy we Francji. — Kongres Higieny Macierzyństwa.—Wzrost śmiertelności z chorób serca w Stanach Zjednoczonych.—Spożycie alkoholu i alkoholizm w Stanach Zjednoczonych.—Ze statystyki kryminalnej w Stanach Zjednoczonych.—Wydatki na alkohol i alkoholizm w Szwecji.

S O M M A I R E :

Dr. A. Krzyżkowski: Hygiène des chemins de fer en Pologne.

Dr. Hleb-Koszańska: La tuberculose dans les logements du district Mokotow. Comptes-rendus, chronique.

---

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

---

Redaktor: Dr. JÓZEF POLAK

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

---

# MALTON



CECHA



FABR.

## MAGISTRA KLAWE

MALTON KLAWE

jest przetworem odżywczym, zawierającym Maltozę oraz Maltodekstrynę bez domieszki skrobi.

MALTON KLAWE

nadaje się jako dodatek do pożywienia dla dzieci, ozdrowieńców i starców.

MALTON KLAWE

reguluje trawienie.

MALTON KLAWE

ulega szybkiemu wchłonięciu w przewodzie pokarmowym

MALION KLAWE

wzmacnia siły.

MALION KLAWE

powoduje przyrost wagi.

MALION KLAWE

zabezpiecza dzieci od biegunki

Literatura oraz próby na żądanie.

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU  
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO d. **MAGISTER KLAWE, S.A., WARSZAWA.**

M I E J S C E   Z A R E Z E R W O W A N E

D L A

TOWARZYSTWA PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

d. Magister KLAWE, S. A.

22/24 Karolkowa, Warszawa.





# HIGJENA PUBLICZNA

PODRĘCZNIK DLA SEMINARJÓW  
NAUCZYCIELSKICH, LICEÓW, SZKÓŁ  
ZAWODOWYCH i in. SZKÓŁ ŚREDNICH

**Dr. KAZIMIERZA KARAFFA-KORBUTTA**

*Profesora Uniwersytetu Wileńskiego*

POLECONY PRZEZ MINISTERJUM WYZNAŃ  
RELIGIJNYCH i OŚWIECENIA PUBLICZNEGO

**CENA ZŁOTYCH 5**

DO NABYCIA W KANCELARJI TOW. HIGJENICZNEGO  
KAROWA 31, TELEFON 63-46 ORAZ W KSIĘGARNIACH.

# PAMIĘTNIK V ZJAZDU HIGJENISTÓW POLSKICH w POZNANIU

(№ 7 i 8 MIESIĘCZNIKA ZDROWIE 1927 R. STRON 270),  
POŚWIĘCONY SPRAWIE MIESZKANIOWEJ ORAZ  
ORGANIZACJI SAMORZĄDOWEJ ZDROWIA PUBLICZNEGO

DO NABYCIA W KANCELARJI TOW. HIGJENICZNEGO  
KAROWA 31. CENA ZŁ. 7.

# KALISZ ZAKŁAD LECZNICZY W PARKU CZYNNY CAŁY ROK

Przyjmuje chorych nerwowych, z chorobami narządów wewnętrznych i kobiecych. Chorych zakaźnych i umysłowo chorych nie przyjmuje.

ZARZĄD posiada wszelkie urządzenia wodolecznicze, dla masażu ręcznego i elektrycznego oraz elektryzacji; NAŚWIETLANIA lampami Kwarcowymi i SOLLUX; NAŚWIETLANIA I PRZEŚWIETLANIA Röntgenowskie; SŁONECZNO - POWIETRZNE kąpiele; DIATERMIJĘ dla leczenia wszelkich bólów, wszelkich stanów zdenerwowania, artretyzmu, niemocy płciowej, sklerozy oraz złej przemiany materji.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE.

PENSJONAT i KUCHNIA DJETETYCZNA

Kierownik Zakładu **Dr. E. Zboromirski**

# INSTYTUT WÓD MINERALNYCH W OGRODZIE SASKIM

WARSZAWA

GRANICZNA 14.

TELFON 4-22.