

Tom II.

Luty 1922 r.

Zeszyt 2.

Zeszyt poświęcony I Zjazdowi Lekarzy i Działaczy
Sanitarnych Miejskich.

SAMORZĄD MIEJSKI

MIESIĘCZNIK

ZWIĄZKU MIAST POLSKICH

POŚWIĘCONY

SPRAWOM SAMORZĄDU MIAST W POLSCE.



REDAKCJA I ADMINISTRACJA:

Warszawa, Miodowa 7, tel. 107-11.

Drukarnia Miejska w Warszawie, Miodowa 23, telefon 140-17.

Treść zeszytu 2.

	Str.
Dr. Budzińska-Tylicka — Znaczenie I-go Zjazdu Lekarzy miejskich	77
Program Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich	81
DZIAŁ I. Sprawy organizacyjne.	
Dr. W. Bogucki — Stosunek Rządu do Samorządów w sprawach zdrowia publicznego	83
Dr. J. Polak — Projekt Organizacji Państwowej Zdrowia Publicznego	86
Dr. J. Kiszkiel — Zadania i organizacja służby weterynaryjnej w miastach	101
Dr. A. Ciągliński — Organizacja statystyki sanitarnej w miastach	106
Dr. Wł. Heflich — Wytoczne statystyki sanitarnej	114
DZIAŁ II. Choroby zakaźne.	
Dr. J. Maleciński — Zwalczanie chorób zakaźnych w b. Kongresówce	121
Dr. T. Makowski — Zwalczanie chorób zakaźnych na Kresach Wschodnich	128
DZIAŁ III. Sprawy wody i czystości.	
Dr. W. Gawłowski — O zadaniach miast dotyczących zaopatrywania ludności w dobrą wodę	135
Prof. Bujwid, pułk. lek. — Stan wodociągów w Polsce	145
Inż. S. Wendrowski — O sposobach oczyszczania wody do picia	151
Dr. Trzebiński — O chlorowaniu wody	157
Inż. Rutkowski — Kanalizacja miast.	161
Dyskusja nad ref. w sprawie wody i czystości.	168
DZIAŁ IV. Popularyzacja higieny.	
Dr. Budzińska-Tylicka — Propaganda zasad higieny przez Samorządy miejskie	170
Dyskusja po ref. Dr. Budzińskiej-Tylickiej	174
DZIAŁ V. Uchwały Zjazdu.	
Uchwały pierwszego Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich, powzięte na ogólnym posiedzeniu w dn. 30 stycznia 1922 r.	175

Zeszyt niniejszy został wydany przy współudziale Komisji Redakcyjnej, powołanej przez Zjazd Sanitarny w składzie pp.:

Dr. BUDZIŃSKA-TYLICKA, Dr. W. GAWŁOWSKI, Dr. KACPRZAK
i Dr. TRZEBIŃSKI.

Wydawca i Redaktor odpowiedzialny

z upoważnienia Związku Miast Polskich

Władysław Kozłowski.

Znaczenie I-go Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich.

Po trzech latach rozwoju wielkiej organizacji „Związku Miast Polskich”, związku, który ma potężną przyszłość przed sobą i który powinien wkrótce stać się—Sejmem samorządowym,—przychodzi nareszcie pora, by z mgławicy i chaosu ogólnych, tak licznych zagadnień komunalnych, zaczęły konkretyzować się poszczególne fachowe gospodarczo-kulturalne zadania, które powinny nakreślić sobie program rzeczywistej realnej pracy, tak pilnej, tak niezbędnej dla naszego wewnętrznego bytu. Bezwzględnie do tych najpilniejszych zagadnień należy bardzo u nas zaniedbana dziedzina zdrowia publicznego, która jest podwaliną nie tylko naszego fizycznego istnienia, ale i fundamentem kultury i rękojmą siły Państwa Polskiego.

Jak we wszystkich dziedzinach naszego życia ekonomicznego i kulturalnego, tak samo i w sprawach zdrowotnych, przeszło wiekowa niewola wycisnęła silne piętno i jaskrawo zróżniczkowała stan zdrowotny poszczególnych byłych trzech zaborów, stawiając była Kongresówkę na najbardziej poślednim miejscu.

Trudno tu, w tym krótkim artykule zobrazować, jak bardzo jesteśmy zaniedbani, biedni, nieszczęśliwi, nie mając nawet dobrej wody do picia, ani kanalizacji, ani dróg, ani odpowiednich urządzeń asenizacyjnych nawet w większych miastach; nie będę tu uzasadniać, jak z tego powodu cała nasza kultura została cofniętą i pokrzywdzoną, jak musimy pracować, śpieszyć się, nie żałować grosza, żeby dorównać zachodnim narodom, od których prawie się nie różnimy pod wieloma innymi względami. Nizki stan powszechnej oświaty i zły stan sanitarny—to największe bolączki Rzeczypospolitej Polskiej.

Konieczność jaknajszybszego porozumienia się fachowych, samorządowych sił lekarskich dla omówienia planu pracy i dla określenia prawnego stosunku sanitarnych władz samorządowych do odpowiednich władz państwowych—stała się niezbędną. I dlatego na ogólnym Zjeździe Związku Miast, który się odbył w Poznaniu w kwietniu 1921 roku, na Komisji Zdrowia Publicznego zapadła uchwała zwołania specjalnego, fachowego Zjazdu samych lekarzy i działaczy sanitarnych samorządowych.

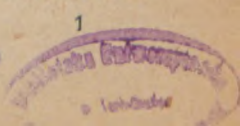
Na zasadzie tej uchwały biuro Związku Miast w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy w dniu 10/XI 1921 roku zwołało do Warszawy konferencję, składającą się z lekarzy i przedstawicieli wydziałów sanitarnych większych miast; na tej konferencji, pod przewodnictwem prof. d-ra Janiszewskiego z Krakowa, byłego Ministra Zdrowia Publicznego, po omówieniu ważności Zjazdu i określeniu jego zakresu i głównych tematów, wybrano Komitet Organizacyjny Zjazdu, polecając mu zwołanie Zjazdu na początek lutego 1922 roku. W konferencji brali udział przedstawiciele Warszawy, Krakowa, Grudziądza, Lublina, Łodzi, Włocławka i Białegostoku.

Do Komitetu Organizacyjnego powołano: na przewodniczącego d-ra Rychlińskiego, Wiceprezydenta m. st. Warszawy, na wiceprzewodniczącego d-ra Boguckiego, Naczelnika Wydziału Zdrowia m. Warszawy, na sekretarza

Samorząd Miejski.

czas. 3099/2/2.

W. 815156/240.



d-ra Gawłowskiego, oraz prof. d-ra Janiszewskiego z Krakowa, d-ra Legieżyńskiego ze Lwowa, d-ra Gantkowskiego z Poznania, d-ra Ostromięckiego z Białegostoku, d-ra Makowskiego z Kresów Wschodnich, d-ra Burzyńskiego z Włocławka i z Warszawy: Radną dr. Budzińską-Tylicką, d-ra Kowalskiego, Ławnika Wydziału Zdrowia Publicznego, d-ra Polaka, Prezesa T-wa Higienicznego i p. Kozłowskiego, Dyrektora biura Związku Miast.

Na posiedzeniu, odbytem niezwłocznie po konferencji, Komitet Organizacyjny postanowił zwołać Zjazd do Warszawy na 28, 29 i 30 stycznia 1922 roku; w celu uniknięcia zbytniego rozpraszania w tak licznych brakach zdrowotnych naszych miast uchwalono—wysunąć tylko 4 najpilniejsze sprawy: 1) stosunek rządu do samorządów w sprawach zdrowotnych, 2) walka z chorobami zakaźnymi, 3) zaopatrywanie miast w dobrą wodę i kanalizację, 4) propaganda higieny.

Ażeby dać możność wszystkim uczestnikom Zjazdu przyjmować czynny udział w posiedzeniach i dyskusjach tych najważniejszych zagadnień, postanowiono nie tworzyć żadnych komisji, tylko ułożyć referaty w poszczególne grupy tak, żeby wszystkie odbywały się na plenum Zjazdu.

Ogółem w obradach Zjazdu wzięło udział 135 osób, z czego:

Delegatów z instytucji lekarskich warszawskich . . .	7
„ z Ministerstw	14
Przedstawicieli magistratów	6
„ z Uniwersytetu	1
Lekarzy miejskich sanitarnych	19
Komitet organizacyjny	13
Referentów	8
Przyjezdnych delegatów	47
Gości	20

Co do osobistego składu delegatów, to z Magistratu byli prezydenci, burmistrzowie, ławnicy razem w liczbie 6; naczelników Wydz. Zdr. Publ. czterech, lekarzy sejmikowych 5; 28 lekarzy sanitarnych i 4 działacze (radnych) sanitarnych.

Obrady odbywały się w sali posiedzeń Warszawskiej Rady Miejskiej. Imieniem Zarządu Związku Miast powitał Zjazd Wiceprezes Zarządu Związku Miast p. Artur Śliwiński, uznając całą wagę fachowego Zjazdu lekarzy dla spraw zdrowotnych miast Państwa Polskiego i życząc jaknajowocniejszej pracy. W imieniu stolicy Polski przemawiali Prezes Rady Miejskiej p. I. Baliński i Prezydent Miasta p. Nowodworski, oraz witali Zjazd delegaci Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rolnictwa i Komisarz Rządu.

Na Prezesa Zjazdu wybrano b. Ministra Zdrowia prof. dr. Janiszewskiego z Krakowa, który powołał na Wiceprezesów: d-ra Legieżyńskiego ze Lwowa, d-ra Boguckiego z Warszawy, d-ra Kozłowskiego z Wilna, d-ra Surzyńskiego z Poznania i d-ra Ostromięckiego z Białegostoku.

Na sekretarzy: d-ra Kacprzaka i d-ra Trzebińskiego z Warszawy oraz d-ra Burzyńskiego z Włocławka.

Prezydium w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym powołało trzy Komisje:

1) wnioskową w składzie: Prezes Zjazdu prof. Janiszewski, dr. Bogucki, dr. Budzińska-Tylicka, prof. Bujwid, dr. Legieżyński, dr. Gawłowski i dr. Kacprzak,

2) komisję mandatową pod przewodnictwem d-ra Kowalskiego,

3) komisję ankietową w składzie: dr. Legieżyński, Janiszewski, Budzińska-Tylicka i Gawłowski, której zadaniem było rozpatrzyć przygotowany szemat d-ra Gawłowskiego, dotyczący ankiety najważniejszych zagadnień samorządowych z dziedziny zdrowia publicznego, w celu rozesłania go następnie przez biuro Związku Miast dla otrzymania realnych danych o obecnym położeniu sanitarnym naszych miast i miasteczek.

Przy Komitecie Organizacyjnym wyłonioną była Komisja Gospodarcza, której zadaniem było danie przyjezdnym lokalu, zorganizowanie zwiedzania miejskich instytucji zdrowia publicznego m. st. Warszawy, oraz rozrywkowej części—jak teatr i wspólna uczta.

Komisja Gospodarcza składała się: Ławnik dr. Kowalski, przewodniczący; Radna dr. Budzińska-Tylicka, wiceprzewodnicząca; dr. Maleciński i dr. Heflich, dr. Gawłowski i dr. Paderewski i p. Puławski. Przygotowano lokale w prywatnych domach u lekarzy, oraz kilkanaście łóżek w Wydziale Zdrowia i szpitalnictwa, wraz z śniadaniem i usługą, z których znaczna ilość kolegów z ogromną ochotą korzystała.

Z instytucji miejskich przyjezdni lekarze zwiedzali — o 8 i pół rano 29 i 30 stycznia: szpital Dz. Jezus, szpital Karola i Marji, filtry, dom dezynfekcyjny, izolacyjny i spalanie śmieci — oraz kąpielisko miejskie na Lesznie.

Do teatrów miejskich otrzymało bezpłatne bilety około 50 przyjezdnich delegatów.

Wspólna uczta obiadowa odbyła się w niedzielę dn. 29 stycznia b. r. od 2 do 5 godz. w gmachu Techników. Nastrój był bardzo serdeczny, ponieważ wszystkie przemówienia delegatów z inauguracyjnego posiedzenia Zjazdu, Prezydium w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym, postanowiło przenieść na tę ucztę. Ten system okazał się bardzo praktyczny ze względu na ekonomję czasu, jak też na to, że uczta nadaje się bardziej do bliższego i serdeczniejszego wypowiadania uczuć ludzi, którzy, zjechawszy się z różnych stron wspólnej Ojczyzny,—pragną się wzajemnie poznać i nawiązać bliższe stosunki na przyszłość. Na uczcie wygłoszono aż 20 przemówień, zaczynając od przedstawicieli wszystkich stolic Państwa Polskiego, a kończąc na małych miastach Małopolski, Wielkopolski i b. Kongresówki.

Komitet Organizacyjny składa podziękowanie Zarządowi Związku Miast i Magistratowi m. st. Warszawy za okazanie Zjazdowi naszemu pomocy tak materjalnej, jak i moralnej, popartej wydatną pracą biura Związku Miast.

Ten pierwszy fachowy Zjazd Związku Miast, zapoczątkowany przez kierowników spraw zdrowotnych naszych samorządów, ma doniosłe znaczenie, o czym świadczą zasadnicze uchwały i dezyderaty, odnoszące się do państwowych i komunalnych władz wykonawczych, które powinny dać jaknajwiększe poparcie i jaknajszybszą realizację szczególnie niektórych zagadnień: jak uporządkowanie spraw organizacyjnych, których słusznie dopominają się wszelkie uchwały Zjazdu, by organy sanitarne rządowe współdziałały z organami samorządowymi, pozostawiając tym ostatnim jak najdalej idącą samodzielność, bo przyszłość Polski na samorządach budować trzeba.

W dziedzinie urządzeń zdrowotnych, Zjazd wysunął na plan pierwszy, sprawę dostarczania ludności zdrowej i dobrej wody i urządzeń kanalizacyjnych; oraz domagał się od Rządu racjonalnej walki z chorobami zakaźnymi, które po tej długiej i uciążliwej wojnie wytworzyły specjalne warunki, sprzyjające ich rozwojowi. Jako czynnik, który najbardziej się przyczyni do współpracy samorządu ze społeczeństwem, Zjazd uznał za niezbędne wezwać władze komunalne do racjonalnej propagandy zasad zdrowotnych, na co nie wolno żałować ani naszych sił, ani pieniędzy.

Ponieważ wszystkie referaty wygłoszone na Zjeździe są dalej drukowane wraz z dyskusją i uchwałami, nie mogę w tem krótkim ogólnym sprawozdaniu poruszać żadnych szczegółów.

Na zakończenie zaznaczam jeszcze raz, że ten Zjazd Lekarzy Samorządowych jest pierwszym fachowym Zjazdem Związku Miast, a więc w ściśle określonych ramach działania, co zapobiega zbyt szkodliwemu rozpraszaniu się komunalnych zagadnień i że tylko drogą fachowych ugrupowań, powinna iść praca tak potężnej instytucji, jaką powinien być Związek Miast Rzeczypospolitej Polskiej.

Na tym pierwszym Zjeździe Lekarzy i Działaczy Samorządowych Miejskich powołano Komitet Wykonawczy, którego osobisty skład jest podany przy uchwałach Zjazdu. Zadaniem Komitetu Wykonawczego jest prowadzić prace określone uchwałami Zjazdu, pilnować wykonania najpilniejszych spraw zdrowotnych, wydawać Zarządowi Związku Miast opinie w sprawach sanitarnych do Sejmu, lub dla samego biura Związku, dopóki nie zostanie utworzony w biurze specjalny Referat Zdrowia Publicznego; wreszcie Komitet Wykonawczy Zjazdu ma zorganizować przyszły Zjazd Lekarzy Samorządowych; to wszystko daje rękojmię trwałości naszych poczynań, dążących ku najszybszemu wywyższeniu Państwa Polskiego z okropnych warunków kulturalno-zdrowotnych, które oby jaknajprędzej nadały nową szatę odrodzonej Polsce.

W imieniu komisji redakcyjnej

Dr. med. J. Budzińska-Tylicka

Radna st. m. Warszawy.

PROGRAM ZJAZDU LEKARZY I DZIAŁACZÓW SANITARNYCH MIEJSKICH W SALI RADY MIEJSKIEJ W WARSZAWIE

w dniu 28, 29 i 30 stycznia 1922 roku.

I. Sprawy organizacyjne.

a) referat D-ra W. Boguckiego z Warszawy: „Stosunek Rządu do Samorządu w sprawach zdrowia publicznego, oraz organizacja służby zdrowia w samorządach i zakres ich działania”;

b) referat D-ra Józefa Polaka z Warszawy: „Organizacja służby zdrowia w państwie”;

c) referat D-ra Jana Kiszkiewicza z Warszawy: „Wytyczne organizacji służby weterynaryjnej w miastach”;

d) referat D-ra Ciągłińskiego i korref. D-ra Heflichta: „Organizacja statystyki sanitarnej w miastach”;

e) referat p. Limanowskiego z Warszawy: „O niezbędnej reformie statystyki ruchu ludności” (nie wygłoszony).

II. Choroby zakaźne.

a) referat D-ra J. Malecińskiego z Warszawy: „Zwalczanie chorób zakaźnych w b. Kongresówce”;

b) referat D-ra Gantkowskiego z Poznania: „Zwalczanie chorób zakaźnych w Poznańskim” (nie wygłoszony);

c) referat D-ra T. Makowskiego: „Zwalczanie chorób zakaźnych na kresach”;

d) referat D-ra W. Boguckiego i korref. D-ra Ostromeckiego: „Epidemia duru plamistego a repatrjacja”;

e) referat D-ra Kaczorowskiego: „Przyczyny gruźlicy u dzieci w świetle cyfr i jakie zadania czekają samorządy, aby tę chorobę skutecznie zwalczać” (nie wygłoszony).

III. Popularyzacja higieny.

a) referat Dr. J. Budzyńskiej-Tylickiej z Warszawy: „Propaganda zasad higieny przez samorządy miejskie”;

b) referat D-ra Legieżyńskiego ze Lwowa: „O szkołach dezynfektor-skich”.

IV. Sprawy wody i czystości.

a) referat D-ra W. Gawłowskiego: „O zadaniach miast w zaopatrywaniu w dobrą wodę”;

b) referat Prof. Bujwida: „Stan obecny zaopatrzenia miast w wodociągi w Polsce”;

c) referat inż. Wędrzowskiego: „Sposoby oczyszczania wody” i korref. D-ra Trzebińskiego „O chlorowaniu wody”;

d) referat inż. Rutkowskiego: „Kanalizacja miast”;

e) referat D-ra F. Kowalskiego: „Asenizacja miast” (nie wygłoszony).

Dział I. Sprawy Organizacyjne.

Dr. W. BOGUCKI.

Stosunek Rządu do Samorządów w sprawach zdrowia publicznego oraz organizacji służby zdrowia w Samorządach i zakres ich działania.

Komitet Organizacyjny Zjazdu zaszczylił mię propozycją wygłoszenia tu referatu: „Organizacja służby zdrowia w Samorządach i stosunek Rządu do Samorządów”.

Do wykonania tego wielce zaszczytnego dla mnie polecenia przystępuję nie bez obawy, jak ze względu na samą doniosłość tematu, tak również ze względu na dzisiejsze dostojne zgromadzenie, składające się z przedstawicieli nauki i działaczy samorządowych.

O znaczeniu zdrowia publicznego, tej opoki, na której będzie się budowała przyszłość polskiego narodu, jego rozwój i potęga, nie będę mówił w tym szanownym gronie działaczy sanitarnych, zaznaczę tylko, że po olbrzymim przełomie, jaki miał miejsce podczas ostatniej wszechświatowej wojny, w życiu socjalnem i politycznem narodów, w państwach Z. Europy i Stanach Zjednoczonych Ameryki, sprawy zdrowia publicznego stanowią obecnie jedno z najważniejszych zagadnień państwowych.

Zrozumiano tam, że tylko w drodze polepszania zasadniczych warunków sanitarnych, szeroko przeprowadzanej propagandy zasad higieny społecznej i uświadamiania w tym kierunku najszerszych warstw ludności można osiągnąć najlepsze wyniki w zaoszczędzeniu zdrowia i życia ludzkiego, co ma olbrzymie znaczenie w dzisiejszej tak intensywnie prowadzonej gospodarce państwowej.

Nic więc dziwnego, że już w 1921 roku Anglja, Francja i najbardziej zrujnowana Belgja doprowadziły odsetek śmiertelności, tego najbardziej jaskrawego wskaźnika stanu zdrowotnego kraju, do stopnia przedwojennego.

I my w Polsce musimy również uznać, że ochrona zdrowia publicznego jest sprawą ogromnej doniosłości ekonomicznej i ogólnonarodowej. Przecież w Polsce od najdawniejszych czasów sprawy zdrowotne zawsze były traktowane bardzo poważnie. Władze rządowe i samorządowe zwracały baczną uwagę na stan zdrowotny jeszcze w średniowieczu. Uchwały Rad Miejskich, znane pod nazwą „wilkierzów”, niejednokrotnie zawierały ważne przepisy treści sanitarnej.

Zarządy miast Krakowa, Poznania, Warszawy, Płocka, Lwowa i in. miały już wtedy specjalnych urzędników sanitarnych. Oto, co pisze o Krakowie Józef Szujski w swej pracy „Najstarsze księgi i rachunki m. Krakowa”:

„Miasto nasze, w porównaniu z zagranicznymi, okazuje wcześniej dążenie do porządku na brukach, studniach, a nawet w wodociągach” (cyt. Polski Prawod. Sanit. dr. Chodźko).

Poznań ma wodociąg już w roku 1282.

W zaraniu dziejów nowożytnych spotykamy w Polsce fizyków miejskich (Lwów, Poznań, Toruń, Gdańsk).

Magistrat m. Torunia ogłasza w r. 1629 przepisy, zawierające zasady walki z morem, w r. 1707 Magistrat m. Krakowa wydaje ustawę, nakazującą meldowanie każdego przypadku moru, zawierającą przepisy co do zachowania czystości, ograniczającą ruch przyjezdnych i t. d. W Warszawie w 1624 r. powstaje podczas grasowania dżumy czasowy Urząd t. zw. „burmistrza powietrznego” i t. d.

Nie będę tu wspominał o działalności sanitarnej naszych Zarządów miejskich w końcu XVIII i XIX wieku, kiedy niejednokrotnie były opracowywane projekty organizacji służby zdrowia, ale zawdzięczając wypadkom politycznym i szkodliwej opiece władz zaborczych nie mogły wejść w życie.

Z tego krótkiego historycznego zarysu widzimy, jaką ogromną rolę odegrały samorządy miejskie Polski w rozwoju sprawy sanitarnej; widzimy w dalszym ciągu, że ta nić, łącząca samorządy dawnej Polski z dzisiejszymi się nie przerwała, i w samorządach Polski zmartwychwstałej tkwi to dążenie i głębokie zainteresowanie sprawami zdrowia publicznego, czego jednym z najlepszych dowodów jest dzisiejszy tak liczny Zjazd Działaczy Sanitarnych Samorządowych. Obecnie już nie staną im na przeszkodzie władze zaborcze, teraz pomogą im władze własne, pomogą zdobycze nauki, kultury i doświadczenie życiowe.

Przeprowadzenie szerszej akcji sanitarnej wymaga tego, aby stan organizacji służby zdrowia w samorządach był opracowany przez odnośne organy samorządowe i omówiony na Radach Miejskich. Każde z miast powinno mieć swoją organizację sanitarną.

Wydział Zdrowia Publicznego, który ma za najgłówniejsze swe zadanie:

- 1) stworzenie warunków, sprzyjających zdrowotności miasta;
- 2) zabiegi w kierunku zwalczania chorób zakaźnych i t. zw. społecznych, jak gruźlica, przymiot;
- 3) walkę ze śmiertelnością wśród niemowląt;
- 4) rozpowszechnianie wskazań zdrowotnych wśród najszerzych warstw ludności.

Dla osiągnięcia tego zadania w wymienionym zakresie Wydział Zdrowia musi mieć zapewnioną przychylną opinię Magistratu i Rady Miejskiej w sprawie niezbędności stworzenia zasadniczych warunków sanitarnych, sprzyjających zdrowiu miasta i zmniejszeniu śmiertelności wśród jej mieszkańców, a mianowicie urządzenia wodociągu i kanalizacji, rozszerzając je na krańce miasta, racjonalnego usuwania śmieci, uporządkowania kwestji mieszkaniowej, organizacji pomocy szpitalnej, dozoru sanitarnego i pomocy lekarskiej dla ludności biednej, możliwie w porozumieniu z Kasą Chorych i Opieką Sanitarną nad działywą szkolną.

Powinien być celem skoordynowania działalności ustalony ścisły kontakt lekarzy sanitarnych, szpitalnych, szkolnych i lekarzy, udzielających pomocy biednym.

Wydział Zdrowia Publicznego winien rozporządzać pracownią higieniczną, zakładem dezynfekcyjnym, taborem przewozu chorych infekcyjnych, domem izolacyjnym i kąpieliskiem.

Dezynfekcja powinna być przeprowadzana według najnowszych danych nauki.

Wobec tego, że ludność przedmieść jest najmniej kulturalną, najmniej odczuwającą potrzebę utrzymania ciała w czystości, jednym z pierwszych zadań higieny społecznej będzie utworzenie kąpielisk na krańcach miasta. Kąpieliska, pełniąc swą rolę w walce z epidemjami, winny być połączone z urządzeniami dezynsekcijnymi. Walka z chorobami zakaźnymi winna być prowadzoną w myśl istniejącej ustawy. Prócz tego, Wydział Zdrowia Publicznego ma niezwłocznie przystąpić przy udziale szerokich warstw społecznych do organizacji walki z gruźlicą (utworzenie przychodni, wywiady, świadczenia); ze śmiertelnością wśród niemowląt (org. kropli mleka), jako największymi klęskami społecznymi, pochłaniającymi olbrzymią ilość ofiar.

Organy sanitarne miejskie powinny rozporządzać prawem egzekutywy narówni z organami rządowymi.

Celem rozstrzygnięcia zasadniczych kwestji sanitarnych i uzasadnienia projektów, dotyczących higieny publicznej, należy utworzyć przy Magistracie specjalną Radę Sanitarną, z udziałem przedstawicieli Tow. lekarskich, organizacji sanitarnej wojskowej i przedstawicieli wydz. Magistratu: wodociągów, kanalizacji, budownictwa i wydz. szkolnego.

Celem skoordynowania działalności samorządów miejskich w dziedzinie zdrowia publicznego, niezbędnem jest zwoływanie coroczne Zjazdów lekarzy miejskich i działaczy sanitarnych samorządowych.

Powinniśmy sobie najwyraźniej uprzytomnić, że przedłożona tu organizacja służby zdrowia w samorządach miejskich może wejść w życie tak szybko, jak prędko się wyklaruje sytuacja samorządów miejskich pod względem finansowym i gospodarczym.

Tu już przechodzimy w płaszczyznę polityki finansowej Państwa i stosunku Rządu do Samorządów w sprawie sanitarnej. Zdawałoby się, że zgodnie z rozwojem historycznym sprawy zdrowotnej w Polsce, z dawnymi tradycjami samorządów i Rządu Polskiego akcja sanitarna w państwie polskim powinna się opierać przeważnie na samorządach, co najzupełniej odpowiada dotychczasowej ustawie o samorządach, według której piecza o zdrowiu publicznem należy do własnego zakresu działalności Zarządów miejskich.

Zadanie Polski w dziedzinie zdrowia publ. jest tak obszerne i olbrzymie, wcielenie tych zamierzeń w życie wymaga wytężonej pracy wszystkich obywateli, świadomych doniosłości ogólnie narodowej tych zadań, tem bardziej, że urządzenie wewnętrzne Polski jest bardzo trudne, ponieważ po trzech zaborczych państwach odziedziczyliśmy różne ustawy i odmienne organizacje sanitarne, w niektórych dzielnicach odziedziczyliśmy zdrowie publiczne w stanie niemal pierwotnym i same tylko władze centralne nie będą w stanie podołać temu zadaniu, czego mamy aż nadto wiele dowodów, a najjaskrawszym przykładem jest strona sanitarna naszej repatriacji. Gdyby do organizacji tej sprawy były powołane siły samorządowe, nawet w obecnym niezupełnie jeszcze ukształtowanym ich stanie, nie byłibyśmy świadkami takiej katastrofy i klęski, jaką obecnie widzimy.

Jeżeli w Zachodniej Europie widzimy olbrzymi postęp w sprawach zdrowia publicznego, to zawdzięczamy temu, że w większości tych Państw rządy przeważnie oddały tę dziedzinę gospodarki państwowej w ręce samorządów, np. samorząd w Anglii prowadzi sprawę zdrowotną najzupełniej samodzielnie.

Stosunek władzy państwowej do samorządu, czyli do władz lokalnych, polega na udzielaniu mu rad i wskazówek oraz na współdziałaniu z nim w organizacji sprawy sanitarnej. Mimo wszelkiego tradycyjnego przywiązania do samorządu, do samodzielności obywatelskiej, daleki jest Anglik od tego, aby zapoznać znaczenie państwa, zdaje on sobie jasno sprawę z tego, że działając w samorządzie, służy zarazem państwu, że najprzód trzeba być obywatelem państwa, a później dla niego działaczem samorządowym.

Samorząd miejski we Francji rozwinął się historycznie pod względną przewagą władzy państwowej. Demokratyczna władza państwowa umiała się do niego zbliżyć i pod względem sanitarnym działalności praw jego nie uszczuplić.

Pruska władza państwowa silna i umiejętna, dostarcza samorządom dostatecznego oporu w samodzielnej ich akcji w walce z epidemjami. U nas stosunek Rządu do Samorządów nie jest jeszcze wyraźnie ustalony, nasza stara tradycja historyczna w organizacji służby zdrowia nie została dotychczas uwzględniona, co prawda Polska jest młodem państwem i za mało mieliśmy czasu do zupełnego uporządkowania swoich spraw państwowych.

W bardzo wielu dziedzinach życia państwowego nasze sfery rządzące wykonały olbrzymią pracę twórczą, ale co się tyczy sprawy zdrowotnej, to w tym kierunku postępują bardzo powoli, idziemy poomacku, nie mamy żadnych wytycznych, nasz Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemjami zaznaczył swój stosunek do samorządu stołecznego miasta w taki sposób, że wydał w 4-tym punkcie rozporządzenia obowiązującego przepisy o pociąganiu do odpowiedzialności w drodze administracyjnej sanitarnych organów samorządowych.

Mocno jestem przekonany, że zwierzchnie organy rządowe nie mogą w ten sposób przyczynić się do polepszenia w Polsce stanu sanitarnego i zdrowotności ludności, i tylko w drodze ścisłego współdziałania sanitarnych organów rządowych i samorządowych możemy postawić organizację służby zdrowia na należytych poziomach.



Dr. JÓZEF POLAK.**Projekt Organizacji Państwowej Zdrowia Publicznego ¹⁾.**

Art. 1. Zgodnie z art. 1 Zasadniczej Ustawy Sanitarnej z dnia 19-go lipca 1919 roku Dz. P. P. № 63, do zakresu działalności Ministerstwa Zdrowia Publicznego należy:

1) nadzór zwierzchni nad wszystkimi sprawami zdrowotności w Państwie,

2) zwierzchnie kierownictwo spraw lekarskich,

3) prowadzenie wszystkich działów, dotyczących spraw zdrowotnych i higieny społecznej w Państwie, z wyjątkiem tych, które poddane zostały ustawowo kompetencji innych Ministerstw.

Art. 2. W szczególności nadzór zwierzchni ze strony Ministerstwa Zdrowia Publicznego obejmuje następujące kategorie spraw zdrowia publicznego, których zarząd powierzony jest innym Ministerstwom:

a) sprawy zdrowotne, polecone samorządom oraz ich władzy nadzorczej — Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, tudzież wszelkie wogóle sprawy zdrowia, należące do kompetencji organów administracyjnych tegoż Ministerstwa,

b) sprawy sanitarno-techniczne, należące do kompetencji Ministerstwa Robót Publicznych,

c) sprawy, dotyczące ubezpieczeń na wypadek choroby i niezdolności do pracy z powodu starości lub nieszczęśliwych wypadków; kasy chorych, wreszcie sprawy higieny społecznej, należące do kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej,

d) sprawy sanitarne z dziedziny komunikacji, podległe zarządowi Ministerstwa Kolei Żelaznych i Ministerstwa Robót Publicznych,

e) sprawy wychowania fizycznego, podlegające zarządowi Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego,

f) sprawy higieny wojskowej, należące do kompetencji Ministerstwa Spraw Wojskowych, o ile wchodzą one w zakres ogólnej higieny ludności, oraz

g) sprawy zdrowotności portów, należące do kompetencji Ministerstwa Przemysłu i Handlu,

h) sprawy higieny więzień, należące do Ministerstwa Sprawiedliwości,

i) wszelkie wogóle sprawy zdrowia publicznego, znajdujące się w zarządzie bądź władz państwowych lub samorządowych, bądź instytucji społecznych wogóle.

Art. 3. Zwierzchnie kierownictwo spraw lekarskich w Państwie obejmuje:

a) sprawy upoważnienia do praktyki lekarskiej oraz do praktyki akušerek i pomocniczego personelu leczniczego,

¹⁾ Projekt powyższy oparty jest na uchwalonych dotychczas przez Sejm ustawach, niezupełnie odpowiadając zasadniczym koncepcjom autora co do bliższego połączenia spraw zdrowotnych z agendami Minist. Spraw Wewnętrznych. (Przyp. aut.)

- b) sprawy Izb Lekarskich,
- c) rejestrację lekarzy i personelu leczniczego pomocniczego,
- d) taksy lekarskie i aptekarskie,
- e) koncesjonowanie zakładów leczniczych prywatnych oraz aptek i środków leczniczych,
- f) sprawy międzynarodowe z dziedziny zdrowia publicznego.

Art. 4. Prowadzenie działów, dotyczących spraw zdrowotnych i higieny społecznej w Państwie, z wyjątkiem tych, które oddane zostały ustawowo innym Ministerstwom, obejmuje zarządzanie w głównej instancji:

a) zakładami państwowymi z zakresu zdrowia publicznego, jako to: zakładami epidemiologicznymi, państwowymi zakładami wyrobu i kontroli surowic leczniczych, wyrobu krowianki, zakładami państwowymi badania produktów spożywczych i innymi podobnymi zakładami, stanowiącymi własność państwową;

b) szpitalami państwowymi publicznymi i innymi publicznymi zakładami leczniczymi, stanowiącymi własność Państwa Polskiego lub oddanych pod zarząd państwowy;

c) instytucjami aprowizacji sanitarnej i leczniczej, mającymi na celu dostarczanie lub ułatwianie nabycia instytucjom rządowym i samorządowym na ich żądanie aparatów sanitarnych, odzieży specjalnej, bielizny, środków lekarskich i t. p.

Art. 5. W celu wykonania zadań w art. 2 niniejszego statutu zawartych, tworzy się przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego Rada Państwowa Zdrowia Publicznego.

Art. 6. Do kompetencji Rady Państwowej Zdrowia Publicznego należą: wszystkie sprawy dotyczące nadzoru zwierzchniego nad sprawami zdrowotnymi w Państwie, zarówno te, których zarząd ześrodkowany jest w różnych Ministerstwach, jak również sprawy samorządów i inne sprawy zdrowotne, mające ogólną-państwową doniosłość.

Art. 7. W szczególności do zadań Rady należy:

a) wydawanie opinii o wszystkich projektach ustaw oraz rozporządzeń, podlegających uchwałom Sejmu lub Rady Ministrów w dziedzinie Zdrowia Publicznego,

b) wydawanie opinii o projektach organizacji służby zdrowia lub ustanowienia nowych organów służby sanitarnej w Ministerstwach;

c) orzeczenie dotyczące projektów wielkich urządzeń sanitarnych zarówno państwowych, jak samorządowych, do jakich należą: kwarantanny, wielkie zakłady sanitarne, wodociągi, kanalizacja lub inne ogólne projekty asenizacji;

d) opinowanie w przedmiocie zastosowania środków nadzwyczajnych celem zapobiegania lub ograniczenia klęsk epidemicznych;

e) inne sprawy ogólnego znaczenia, wnoszone na porządek dzienny przez Ministra Zdrowia bądź z jego własnej inicjatywy, bądź na żądanie Sejmu, Rady Ministrów lub poszczególnych Ministrów;

f) wydawanie opinii w sprawie zaciągania pożyczek przez instytucje rządowe lub samorządu na cele sanitarne oraz udzielanie zapomóg na takie cele;

g) układanie projektu budżetu Rady oraz sprawozdań rocznych dla Rady Ministrów i Sejmu.

Art. 8. Do składu Rady Państwowej Zdrowia Publicznego należą:

Minister Zdrowia Publicznego,

3-ch innych najwyższych urzędników Ministerstwa Zdrowia, wybranych przez Ministra,

Referent spraw zdrowia publicznego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych,

Szef Sekcji Administracyjnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych,

Szef Sekcji Samorządowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych,

Naczelnik Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych,

2-aj przedstawiciele Ministerstwa Skarbu,

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Zagranicznych,

Lekarz Naczelny Ministerstwa Kolei Żelaznych,

2-aj przedstawiciele Ministerstwa Robót Publicznych,

2-aj przedstawiciele Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego,

Szef Departamentu Weterynaryjnego Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr Państwowych,

Naczelnik Urzędu centralnego Kas Chorych,

Przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej,

Lekarz Naczelny Kas Chorych,

Przedstawiciel Ministerstwa Sprawiedliwości,

Przedstawiciel Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej,

Przedstawiciel Ministerstwa Przemysłu i Handlu,

Przedstawiciel Najwyższej Izby Kontroli Państwowej,

Przedstawiciel Izby Lekarskiej,

Przedstawiciel Związku Miast,

Naczelnik Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy,

Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego,

Profesor Higjeny Uniwersytetu Warszawskiego,

Lekarz Naczelny Towarzystwa Polskiego Czerwonego Krzyża,

5—10 wybranych przez Ministra Zdrowia Publicznego z podwójnej listy kandydatów, przedstawionych przez Stowarzyszenia Lekarskie i Higieniczne, mające Zarządy w m. st. Warszawie,

6-u członków zaproszonych przez Ministra Zdrowia Publicznego z liczby osób znanych z działalności na polu zdrowia publicznego, w tem 3 lekarzy.

Art. 9. Przewodniczącym Rady Państwowej Zdrowia Publicznego jest Minister Zdrowia Publicznego. Mianuje on swego zastępcę z liczby wyższych urzędników Ministerstwa Zdrowia, będących członkami Rady, tudzież sekretarza Państwowej Rady Zdrowia Publicznego.

Sekretarz Rady układa i przedstawia Ministrowi do akceptacji projekty protokołów Rady, porządek dzienny jej posiedzeń, czuwa nad prawidłowym biegiem korespondencji, zarządza kasowością Rady i wykonywa wszelkie polecenia Ministra w zakresie czynności biurowych Rady.

Art. 10. Rada układa regulamin swych czynności i wyznacza terminy swych posiedzeń, które wszakże odbywać się muszą przynajmniej raz na miesiąc.

Protokoły posiedzeń Rady odczytują się i zatwierdzają na następnym posiedzeniu i w tydzień po zatwierdzeniu przesyłają się w odpisie wszystkim udział w Radzie mającym Ministerstwom. O ile w ciągu następnych 14 dni nie będą zgłoszone umotywowane sprzeciwy ze strony Ministerstw, protokoły uważane będą jako zaakceptowane przez Ministerstwa.

Art. 11. Stosownie do art. 2 niniejszego Statutu, Minister Zdrowia Publicznego czuwa nad stanem zdrowia publicznego w Państwie i w tym celu:

a) prowadzi statystykę chorobowości i śmiertelności, korzystając ze wszystkich danych, dostarczanych przez Państwowy Urząd Statystyczny oraz różne Ministerstwa, od których otrzymuje wszelkie żądane materiały;

b) rejestruje z materiałów dostarczanych przez odnośne Ministerstwa, wszelkie fakty dotyczące stanu zdrowotnego i postępów higieny w kraju;

c) dostrzegłszy w obrębie Państwa fakty, których bliższe wyjaśnienie posiada szczególnie znaczenie dla zdrowia ludności miejscowej, dla Państwa lub wreszcie dla stosunków zdrowotnych międzynarodowych, zarządza, w porozumieniu z odnośnymi Ministerstwami, badania bądź osobiście, bądź przez urzędników Ministerstwa lub delegacje specjalne;

d) o dostrzeżonych uchybieniach sanitarnych, o zaniedbaniach władz komunikuje odnośnym Ministerstwom oraz składa wnioski w przedmiocie poprawy warunków zdrowotnych i współdziała w urzeczywistnianiu poprawy, w razie zaś różnicy zdań lub odmowy władz odnośnych, wnosi sprawę według uznania swego na rozważenie Rady Państwowej Zdrowia Publicznego lub Rady Ministrów;

e) opracowywa sprawozdania roczne w terminie półrocznym po upływie roku kalendarzowego, zamieszczając w sprawozdaniach tych obraz stanu sanitarnego kraju, liczby odnoszące się do chorób i śmiertelności, opis zarządzeń i postępów dokonanych w Państwie, w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zarys działalności Ministerstwa Zdrowia, włączając sprawozdanie Rady Państwowej Zdrowia Publicznego;

f) opracowywa projekty budżetu i etatów Ministerstwa.

Art. 12. Ministerstwo Zdrowia Publicznego prowadzi stale rejestr lekarzy, urzędujących i praktykujących w Państwie Polskim, tudzież aptekarzy, akuserek i służby pomocniczej lekarskiej. Rejestr lekarzy i aptekarzy ogłasza Ministerstwo corocznie drukiem w porządku alfabetycznym i rozsyła aptekom, pobierając opłatę w ilości określonej przez Radę Państwową Zdrowia. Rada oznaczy również termin ogłoszenia drukiem listy lekarzy.

Art. 13. Ministerstwo Zdrowia Publicznego wydaje czasopismo w terminach najmniej miesięcznych, w którym drukuje przepisy, rozporządzenia i instrukcje obowiązujące z dziedziny zdrowia publicznego oraz inne wiadomości pożyteczne z tej dziedziny. Cena abonamentowa pisma i pojedynczych zeszytów oznacza się przez Radę Państwową Zdrowia Publicznego.

Art. 14. Celem załatwiania spraw powyżej wyluszczonych, Ministerstwo Zdrowia Publicznego ustanawia trzy departamenty, a mianowicie:

I. Departament Spraw Ogólnych, do którego należą następujące kategorie spraw:

1) Rada Państwowa Zdrowia Publicznego,

- 2) sprawy nadzoru zwierzchniego nad działalnością urzędów i instytucji rządowych w dziedzinie zdrowia publicznego,
- 3) sprawy samorządów,
- 4) sprawy międzynarodowe,
- 5) statystyka sanitarna,
- 6) sprawozdania o stanie zdrowotnym Państwa i działalności organów zdrowia,
- 7) wydawnictwa Ministerstwa Zdrowia,
- 8) ustawodawstwo,
- 9) nominacje, translokacje, zwalnianie, urlopy i wogóle sprawy osobiste urzędników Ministerstwa, sprawy dyscyplinarne,
- 10) aktowość i rachunkowość Ministerstwa,
- 11) Kasa Ministerstwa,
- 12) archiwum Ministerstwa,
- 13) biblioteka.

Do Departamentu tego należy Wydział Prawny Ministerstwa.

Departament załatwia wszelkie sprawy ogólne Ministerstwa, sprawy wynikające ze stosunku do Sejmu, Naczelnika Państwa, Rady Ministrów i innych Ministerstw oraz urzędów centralnych państwowych. Również należy do Departamentu Spraw Ogólnych ostateczna redakcja projektów ustaw, rozporządzeń i instrukcji, opracowywanych w innych Departamentach Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

II. Departament Gospodarczy obejmuje:

- 1) zarząd zakładami państwowymi, utrzymywanymi przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a mianowicie:
 - a) zakładami epidemiologicznymi,
 - b) zakładami wyrobu surowic i szczepionek,
 - c) zakładami badania produktów spożywczych,
 - d) aprowizacją sanitarną,
- 2) zarząd zdrojowiskami i uzdrowiskami, podległymi Ministerstwu Zdrowia Publicznego,
- 3) zarząd szpitalami utrzymywanymi przez Ministerstwo Zdrowia,
- 4) sprawy szkół i kursów lekarskich i higienicznych,
- 5) sprawy zapomogowe.

Do tego Departamentu należą wszystkie sprawy Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu, objęte ustawą rzeczonego Komisarjatu z dnia 14-go lipca 1920 r., Dz. Ust. № 61, p. 388.

III. Departament Inspektorsko-Administracyjny załatwia następujące sprawy:

- 1) sprawy dotyczące uprawnienia do praktyki lekarskiej,
- 2) rejestrację lekarzy, akuszerów, dentyków i personelu leczniczego oraz sanitarnego pomocniczego,
- 3) sprawy nadzoru nad praktyką lekarską,
- 4) sprawy Izby Lekarskich, Związków i Stowarzyszeń Lekarskich i innych z dziedziny leczenia i higieny,
- 5) nadzór nad prywatnymi zakładami leczniczymi,

6) sprawy aptekarstwa, jako to: koncesjonowanie aptek, taksa aptekarska, farmakopeja, sprawy specyfików, hodowli roślin leczniczych i t. p., nadzór nad aptekami.

Art. 15. Organami odpowiedzialnymi za sprawy zdrowotne w Województwach są Wojewodowie (ustawa o organizacji władz administracyjnych II instancji z dnia 2-go sierpnia 1919 r., Dz. P. P. № 65 i rozporządzenie z dnia 13 listopada 1919 r., Dz. Ust. № 90), którzy obowiązani są wykonywać wszelkie rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego, przewidziane w obowiązujących przepisach prawnych, oraz udzielać Ministrowi Zdrowia wszelkich żądanych sprawozdań i wyjaśnień w sprawach zdrowia publicznego.

Art. 16. Urzędem fachowym Województwa w dziedzinie zdrowia publicznego jest Wojewódzki Urząd Zdrowia.

Art. 17. Do zadań Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia należy:

1) nadzór nad działalnością urzędów i instytucji rządowych i samorządowych w dziedzinie zdrowia publicznego,

2) prowadzenie statystyki sanitarnej Województwa,

3) wykonywanie poleceń Ministerstwa Zdrowia w zakresie zarządu zakładami epidemjologicznymi, badawczymi, szpitalnymi i innemi zakładami sanitarnymi i leczniczymi, których zarząd należy do Ministerstwa Zdrowia, względnie zarząd poszczególnemi zakładami z polecenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego,

4) sprawy dotyczące uprawnienia do praktyki lekarskiej, dentystycznej, położniczej i niższej służby lekarskiej w obrębie Województwa,

5) prowadzenie rejestru lekarzy i całego personelu leczniczego w Województwie,

6) nadzór nad prywatnemi zakładami leczniczymi,

7) sprawy aptek w obrębie Województwa, nadzór nad aptekami, wnioski, dotyczące koncesjonowania aptek i t. d.

Art. 18. Na czele Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia Publicznego stoi Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Nadto do składu Urzędu należą: Wojewódzki Inspektor Zdrowia (zastępca Dyrektora), Inspektor Farmacji i biuro, którego skład określa etat Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Art. 19. Dyrektora Urzędu Wojewódzkiego Zdrowia Publicznego, Inspektora Zdrowia i Inspektora Farmacji mianuje Minister Zdrowia Publicznego na przedstawienie Wojewody. Urzędników biura mianuje Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia Publicznego.

Art. 20. W miarę potrzeby, Ministerstwo na przedstawienie Urzędu Zdrowia może powoływać do udziału w pracach urzędu czasowo lub stale specjalistów w charakterze konsultantów lub referentów urzędu.

Art. 21. Wojewódzki Urząd Zdrowia wykonywa wszelkie polecenia Wojewody w dziedzinie zdrowia publicznego, dostarcza mu wszelkich żądanych przez niego wiadomości i sprawozdań.

Dyrektor Urzędu składa Wojewodzie wnioski w sprawach dotyczących, bądź niezbędnych środków poprawy zdrowia publicznego, bądź spostrzeżonych zaniedbań i wykroczeń w dziedzinie zdrowia publicznego i lecznictwa, mianowicie zaś wymagających zastosowania władzy rządowej.

Art. 22. W razie niemożności wykonania zlecenia Wojewody lub wynikłej różnicy zdań w sprawach zdrowia, Dyrektor urzędu melduje o tem niezwłocznie Ministerstwu Zdrowia za pośrednictwem Wojewody, który do raportu Dyrektora dołącza od siebie wyjaśnienie.

Art. 23. Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia przesyła Ministerstwu Zdrowia w oznaczonych przez Ministra terminach:

a) sprawozdania statystyczne o ruchu chorych i śmiertelności w obrębie Województwa,

b) sprawozdania o wszystkich sprawach z dziedziny zdrowia, jakie były rozważane i załatwione w Województwie w odnośnym okresie,

c) sprawozdanie roczne o stosunkach zdrowotnych w Województwie ze szczególnem uwzględnieniem działalności wydziałów powiatowych, sejmików i zarządów miejskich. Odpisy sprawozdań komunikuje Dyrektor Urzędu Wojewodzie.

Art. 24. Szczegółowe przepisy obowiązujące władze Województw i Starostw, poza obowiązującymi rozporządzeniami Rady Ministrów z dnia 13 listopada 1919 r., Dz. Ust. № 90 i z dnia 28 sierpnia 1919 r., Dz. Ust. № 65 będą wydawane przez Radę Ministrów na przedstawienie Ministra Zdrowia Publicznego z dołączeniem do tegoż przedstawienia opinii Rady Państwowej Zdrowia Publicznego, oraz wniosku Ministra Spraw Wewnętrznych, o ile wniosek taki w związku z opinią Rady będzie przez tegoż Ministra zgłoszony.

Motywy do projektu Organizacji Państwowej Zdrowia Publicznego.

Zasadnicza Ustawa Sanitarna wyraźnie zaznacza, że „piecza nad zdrowiem ludności i bezpośrednie wykonawstwo jest obowiązkiem ciał samorządowych w obrębie podległych im terytoriów pod nadzorem i opieką władz państwowych”, władz tych wszakże nie określa.

Natomiast ustawa tymczasowa z dnia 2 sierpnia 1919 roku, Dz. P. P. № 65 o organizacji władz administracyjnych II instancji w art. 2 głosi, że na czele Województwa stoi Wojewoda, który jest przedstawicielem Rządu Centralnego, odpowiedzialnym za zarząd Województwa wobec tegoż Rządu i (p. b.) odpowiedzialnym wykonawcą zleceń poszczególnych Ministrów, zarząd zaś sprawuje przy pomocy urzędników mianowanych dla poszczególnych działów administracji, a to do VII kategorii płac włącznie przez właściwych Ministrów, a niższych kategorii przez siebie (p. a.).

Organizacja powyższa nastrocza pewne wątpliwości, Wojewoda bowiem *de facto* nie może być odpowiedzialny przed Rządem Centralnym, jeżeli najważniejszych urzędników mianują rozmaici Ministrowie bez obowiązującego porozumienia się z nim; raczej Minister Zdrowia Publicznego (podobnie jak np. Minister Robót Publicznych) staje się przez ten rodzaj nominacji odpowiedzialnym *de facto* przed Wojewodą. W dziedzinie zdrowia publicznego mógłby Wojewoda być odpowiedzialny tylko wówczas, gdyby rzeczoznawcy byli mianowani przez niego lub na jego przedstawienie i również w taki sposób zwalniani. Natomiast znaczna liczba urzędników zdrowia otrzymuje nominację od Wojewody.

W rozporządzeniu wykonawczem Rady Ministrów do powyższej ustawy, wydanem w dniu 13 listopada 1919 r. Dz. Urz. № 90, jeszcze ściślej wyrażono, że „Wojewoda podlega pod względem personalnym Ministrowi Spraw Wewnętrznych, zaś służbowo Ministrom właściwym dla danego wydziału, co oznaczałoby, że służbowo posiada on cały szereg zwierzchników, zaś art. 10 tegoż rozporządzenia opiewa, że „w zakresie spraw zdrowia publicznego należą do Wojewody w drugiej instancji wszystkie te sprawy, które w myśl art. 2 zasadniczej ustawy sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 roku podlegają w najwyższej instancji kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego, a nadto orzecznictwo w pierwszej instancji w tych sprawach, które specjalnymi przepisami wyjęte zostaną z pod kompetencji starosty”.

I z tego więc rozporządzenia wynika wyraźnie, że odpowiedzialnym za sprawy zdrowotne w Województwie i to odpowiedzialnym de jure przed Ministrem Zdrowia jest Wojewoda właśnie pod względem służbowym, lubo, oczywiście, znowu trudno się to godzi z nieodpowiedzialnością „personalną” i z mianowaniem rzeczoznawców Wojewodów przez tegoż Ministra Zdrowia nawet niekoniecznie na skutek przedstawienia przez Wojewodę.

Według art. 17 tegoż rozporządzenia do zakresu działania Wojewody w dziedzinie Samorządu (a więc instytucji powołanej przez zasadniczą ustawę sanitarną do wszystkich spraw sanitarnych miejscowych) należy: 1) wykonywanie w ostatniej instancji nadzoru nad samorządem gmin wiejskich oraz miast niewydzielonych ze związku powiatowego i 2) wykonywanie bezpośredniego nadzoru nad Samorządem powiatowym i miejskim miast wydzielonych.

Co się tyczy kompetencji Starostów, to z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 sierpnia 1919 r., Dz. Urz. № 72 o tymczasowej organizacji powiatowych władz administracyjnych I-ej instancji na obszarze b. zaboru rosyjskiego wynika: 1) że Starosta jest przedstawicielem władzy państwowej w powiecie i że mianuje go Minister Spraw Wewnętrznych, 2) że jest odpowiedzialnym wykonawcą zleceń Wojewody i służbowym przełożonym wszystkich urzędników Starostwa i do „czasu wprowadzenia Województw jest odpowiedzialnym wykonawcą zleceń poszczególnych Ministrów”, (art. 3), że zatem obecnie jest już tylko przed Wojewodą odpowiedzialnym służbowo. Art. 4 zaznacza, że do zakresu działalności Starosty należą i sprawy zdrowia publicznego.

I tu więc stwierdzić należy, że faktyczna odpowiedzialność Starosty w sprawach zdrowia publicznego wymaga, aby rzeczoznawca w sprawach zdrowia miał jego zupełne zaufanie i nie mógł być mu narzuconym.

Bardziej szczegółowo potwierdza powyższe przepisy również rozporządzenie wykonawcze Rady Ministrów z dnia 13 listopada 1919 r., Dz. Urz. № 90, określające zasady zespolenia urzędów i organów powiatowych administracji państwowej (zwłaszcza art. 1, 2, 4, 6, zaś art. 5 pozwala jedynie poszczególnym Ministerstwom, wedle ich uznania, przeprowadzać przez swych delegatów lustrację działalności urzędników z własnego etatu, wchodzących w skład Starostwa). Również potwierdza to inne rozporządzenie wykonawcze do tego rozporządzenia z dnia 28 sierpnia 1919 roku wydane podobnie 13 listopada 1919 r., Dz. Urz. № 90, o tymczasowej orga-

nizacji powiatowych władz administracyjnych I-szej instancji na obszarze b. zaboru rosyjskiego.

Artykuł pierwszy tego rozporządzenia opiewa, iż Starostwo jest w obrębie powiatu urzędem administracyjnym pierwszej instancji, powołanym do sprawowania wszelkich agend powiatowej administracji państwowej z wyjątkiem spraw przekazanych administracji wojskowej, skarbowej, sądowej, szkolnej, kolejowej, pocztowo-telegraficznej, spraw poruczonych urzędowi ziemskiemu i organom zarządu dóbr państwowych.

Art. 2 tegoż rozporządzenia w p. 15 wymienia sprawy zdrowotności publicznej, jako należące do działania Starosty. Starosta jest przełożonym wszystkich urzędników (art. 9), wykonywa nad całym personelem Starostwa władzę dyscyplinarną (art. 10), poucza, nadzoruje i kontroluje podwładny sobie personel Starostwa oraz podporządkowane Starostwu urzędy i organy, i ponosi wobec instancji wyższych odpowiedzialność za prawidłowy tok czynności, przekazanych Starostwu.

Art. 4 tegoż rozporządzenia opiewa, iż Starostwo jest władzą przełożoną zarządu gmin i miast i w zakresie administracji państwowej, z wyjątkiem miast, w których funkcje państwowej administracji poruczono innym organom, zaś art. 5 wskazuje, że Starostwo podlega w toku instancji Województwu. Instancję zaś naczelną stanowią, prócz spraw politycznych, właściwe Ministerstwa.

Ze wszystkich powyższych przepisów wynika:

1) że Samorządy, którym w myśl zasadniczej ustawy sanitarnej poruczyło Państwo Polskie pieczę i bezpośrednie wykonawstwo w dziedzinie zdrowia publicznego, każdemu w obrębie swego terytorjum, znajdują się pod nadzorem Starostw i Województw i że Starostowie, zwłaszcza jako przewodniczący Sejmików i przełożeni Wydziałów powiatowych, ponoszą odpowiedzialność główną za sprawy zdrowia;

2) że Starosta odpowiedzialnym jest służbowo wyłącznie przed Wojewodą, nie zaś przed Ministrem Zdrowia;

3) że Wojewoda służbowo podlega w sprawach zdrowia Ministrowi Zdrowia, „personalnie” zaś Ministrowi Spraw Wewnętrznych, skąd należałoby rozumieć, że żadną sankcją w sprawach służbowych Minister Zdrowia, względnie Wojewoda nie rozporządza, a Minister Spraw Wewnętrznych wcale służbowo nie jest w sprawach zdrowia kompetentnym. Jakoż w istocie nie posiada on ani odnośnych atrybucji, ani najskromniejszego bodaj organu specjalnego tak, iż żadnej odpowiedzialności w dziedzinie zdrowia publicznego Minister Spraw Wewnętrznych, jako główny zwierzchnik administracji wewnętrznej i główny nadzorca wszystkich Samorządów, nie ponosi;

4) że za stan zdrowia publicznego w Starostwie odpowiada nie lekarz powiatu, ale Starosta; zaś w Województwie — nie Wojewódzki Urząd Zdrowia, lecz Wojewoda.

Takie pomieszanie kompetencji i odpowiedzialności różnych urzędów zdrowia publicznego i nieodpowiedzialności za zdrowie publiczne głównej władzy państwowej w stosunku do samorządów, rażąco odbija od kompetencji innych Ministrów w dziedzinie zdrowia, jako to: Ministra Kolei Żelaznych, który mianuje swój personel sanitarny i odpowiada za stan sani-

tarny kolei, Ministra Pracy, który odpowiada za Kasy Chorych, Ministra Wyznań i Oświecenia, również odpowiedzialnego za higienę szkolną i t. p.

Celem poprawy tego stanu rzeczy, o ile za rzecz na razie niemożliwą uważać by wypadło poddanie całej działalności Samorządów wyłącznie Ministerstwu Zdrowia, jak to uczyniono w Anglii, jedynym środkiem zmiany fikcyjnej egzekutywy i sankcji na faktyczną — byłoby uczynienie Ministra Spraw Wewnętrznych odpowiedzialnym za sprawy zdrowotne Województw i uposażenie go w organ fachowy na wzór naczelnego lekarza kolei żelaznych w odnośnym Ministerstwie.

Zarzut z jakim mógłby się spotkać system wskazany, a mianowicie, że Ministerstwo Zdrowia pozbawione bezpośrednich organów w Starostwach i Województwach byłoby wolniej informowane o sprawach sanitarnych i stosunki stałyby się bardziej skomplikowanymi, upada, gdy zważymy, że główny zwierzchnik „personalny” Wojewodów, jako odpowiedzialny za sprawy zdrowotne, byłby obowiązany czuwać nad wykonaniem zastrzeżonych w ustawach praw Ministra Zdrowia, który byłby lepiej i szybciej informowany przez wszelkie podwładne Ministrowi Spraw Wewnętrznych organa.

Pozatem wobec uznania przez Państwo Samorządów, jako organu egzekutywy sanitarnej, stanowisko rządowych lekarzy powiatów staje się zbędnem, natomiast zaś wszystkie wydziały powiatowe wraz z sejmikami powinny posiadać lekarzy powiatowych samorządowych, a nadzór rządowy winien być ześrodkowany w należycie uposażonych urzędach Wojewódzkich Zdrowia.

Do wskazanych więc spraw, należących do atrybucji poszczególnych Ministerstw, należy zastosować nadzór zwierzchni w myśl zasadniczej Ustawy sanitarnej. Pozostałe atrybucje Ministerstwa Zdrowia Publicznego należą do kategorii kierownictwa spraw lekarskich i prowadzenia wszystkich działów, dotyczących spraw zdrowotnych i higieny pozostawionych kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Do art. 5, 6 i 7. Celem ustalenia nadzoru zwierzchniego nad sprawami zdrowotnymi w Państwie, które to sprawy należą do szeregu Ministerstw oraz do Samorządów i wolnych instytucji społecznych, niezbędnem jest utworzenie organu, któryby sprawy zdrowia jednoczył i w którym Minister Zdrowia miałby przewodnictwo.

Celowi temu najlepiej odpowiada Państwowa Rada Zdrowia, której zadania obejmują najważniejsze sprawy zdrowotne kraju (art. 7).

Do art. 8. Skład osobowy Rady, w myśl postulatów ustawy zasadniczej, winien obejmować przedstawicieli wszystkich instytucji, biorących udział w sprawach zdrowia publicznego w Państwie. Niezbędnem więc jest włączenie do składu Rady przedstawicieli wszystkich odnośnych instytucji rządowych oraz przedstawicieli Samorządów i wolnej inicjatywy społecznej, jak to określono właśnie w art. 8.

Do art. 9. Obowiązek Ministra Zdrowia publicznego przewodniczenia w Radzie wynika z art. 1 Zasadniczej Ustawy Sanitarnej, przekazującego mu zwierzchni nadzór nad sprawami zdrowia w Państwie.

Do art. 10. Rada Państwowa Zdrowia, mając na celu uzgodnienie działalności różnych organów Rządu, winna mieć znaczenie realne. Ponieważ

atoli nie może ona zmienić atrybucji i odpowiedzialności poszczególnych Ministrów, przeto pomimo obecności w Radzie ich przedstawicieli, każdemu z nich pozostawia się możność czynienia wniosków, proponujących zmiany lub uzupełnienia uchwał Rady lub zgłoszenia sprzeciwu. Dopiero po upływie dwóch tygodni od chwili zakomunikowania Ministrom protokołu Rady, uchwały jej nie zakwestjonowane przez Ministrów, uważane być mogą jako wyniki zgodnej opinii Rady i mogą przeto służyć za podstawę miarodajną do uchwał i rozporządzeń Rady Ministrów lub poszczególnych Ministrów.

Do art. 11. Artykuł ten zawiera wyszczególnienie innych, prócz prowadzenia Rady Państwowej Zdrowia, czynności Ministra oraz Ministerstwa Zdrowia Publicznego w sprawie wykonywania zwierzchniego nadzoru nad sprawami zdrowotności w Państwie.

Do art. 12. Artykuł ten wymienia czynności odnoszące się do zwierzchniego kierownictwa spraw lekarskich w Państwie.

Do art. 13. Wydawanie czasopisma z działem urzędowym i materiałem pożytecznym dla urzędów Ministerstwa oraz instytucji i osób, potrzebujących urzędowych danych o zdrowotności Państwa i działalności Ministerstwa, jest oczywiście niezbędnem i zarazem zaoszczędza znaczne fundusze, które w przeciwnym razie należałoby wydawać na rozszerzenie biura i korespondencję.

Do art. 14. Ustalenie egzekutywy we wszystkich działach wymaga zasadniczej zmiany organizacji wydziałów. Statut organizacyjny zatwierdzony przez Radę Ministrów w dn. 18 marca 1921 roku, „Monitor Polski” № 74, zawiera wprawdzie tytuły kategorii spraw, wchodzących w zakres kompetencji Ministerstwa Zdrowia, ale nie wskazuje zadań konkretnych każdego Wydziału, co w praktyce powoduje dowolność pracy z uszczerbkiem czynności urzędowych, stanowiących samą rację bytu urzędu Ministerjalnego. Obecnie zaprojektowany podział odpowiada ściśle obowiązkowi konkretnym Ministerstwa, płynącym z ustawy zasadniczej i zapewnia zwiększenie wydajności pracy z możliwością nawet zredukowania personelu.

Do art. 16—24. W artykułach tych ujęte są obowiązki, istniejącego dziś i projektowanego w obecnym projekcie organizacji Urzędu Wojewódzkiego, przy zachowaniu składu osobowego dziś istniejącego, również stosunek Urzędu Wojewódzkiego Zdrowia do Wojewody i do Ministerstwa Zdrowia, oparty na gruncie obecnego prawa, poddającego Wojewodę służbowo Ministerstwu Zdrowia z zachowaniem koncepcji nie udzielenia Ministrowi Spraw Wewnętrznych kompetencji i władzy w dziedzinie zdrowia publicznego, jaką mają jego podwładne organa. W każdym razie, przez określenie stosunku przewidzianego w artykułach odnośnych, osiągnięte być musi faktycznie unormowanie stosunków w granicach wspomnianych w komentarzu do art. 15 przepisów.

Nadmienić tu wypada, lubo nie należy do samej organizacji Ministerstwa i nie zostało przewidzianem w projekcie, że w celu ujednostajnienia służby zdrowia, usunięcia konfliktów władz równoległych, zachowania znacznej oszczędności dla Skarbu Państwa i przede wszystkim wykonania głównego postulatu zasadniczej ustawy sanitarnej, oddającej egzeku-

tywę w ręce Samorządów, stanowisko obecnych lekarzy powiatów winno być zniesione, a natomiast ustanowiony być winien urząd samorządowy lekarzy wydziałów (sejmików) powiatowych. Urzędy Wojewódzkie Zdrowia ze względu na to, iż Wojewoda jest według prawa jedynym organem administracyjnym odpowiedzialnym przed Ministrem Zdrowia, są najzupełniej wystarczające do ześrodkowania nadzoru w dzielnicach i pośredniczenia pomiędzy Ministerstwem a Samorządami.

Dyskusja po referatach dr. Boguckiego i dr. Polaka.

Prof. Janiszewski z Krakowa. Sprawowanie służby zdrowia przez Rząd jest niepożądane i trudne do urzeczywistnienia nawet w państwach o dawnej organizacji, a tymbardziej w Polsce. Cała akcja sanitarna powinna być prowadzona przez Samorzady, Rządowi zaś zawsze pozostaje prawo kontroli i inicjatywy tam, gdzie jej brak. Niezbędna jest również w niektórych wypadkach pomoc materialna ze strony Rządu. W Małopolsce, wskutek antagonizmu między Rządem a Samorządami wytworzyła się większa samodzielność, w gminach miejskich i niektóre większe miasta, jak np. Kraków, wywalczyły sobie odrębne statuty. Lekarz komunalny takiego miasta, t. zw. fizyk, korzysta z praw lekarza powiatowego. Przy podobnem urządzeniu, naczelný lekarz komunalny w Warszawie powinien korzystać z praw lekarzy wojewódzkich. W wyjątkowo tylko krytycznych chwilach, o ile widocznem jest, że Samorzady rady sobie dać nie mogą, można mówić o ingerencji Rządu, ewentualnie назначeniu Komisarza. W Warszawie takiej potrzeby nie było i rola Komisarza nadzwyczajnego jest zbyteczna. Co się zaś tyczy samej organizacji służby zdrowia w Państwie, to trzeba umiejętnie połączyć dążenia centralistyczne z decentralistycznymi, w szczególności w powiatach. Nie można tworzyć tylu odrębnych władz, ile mamy ministerstw. Starosta musi być gospodarzem powiatu. Sprawy sanitarne jednak powinny otrzymać pewną samodzielność, podobnie jak poczta, sądownictwo, skarby, wojsko, szkoła. Sam charakter działalności sanitarnej, wymagający częstokroć szybkiej decyzji, domaga się samodzielności. Proponowany przez Min. Spraw Wewnętrznych ustrój, wykazał swą niepraktyczność w Galicji. Podporządkowując sprawy sanitarne Starościom, narażamy je na najrozmaitsze wahania w zależności od polityki, co jest niedopuszczalne. Z drugiej strony przy tym ustroju lekarz jest tylko biernym referentem, którego opinia może być uwzględniona, lub nie, stosownie do zdania Starosty lub Wojewody. O ile Min. Zdrowia komunikuje się z władzami sanitarnymi tylko przez Wojewodę lub Starostę, to sprawę ogromnie opóźnia i działalność Min. Zdrowia sprowadza do krytyki Min. Spraw Wewnętrznych.

Dr. Zawadzki z Warszawy. Stosunek obecny władz rządowych do Samorządu jest zgoła błędny. Dotąd istnieją u nas jakby dwa różne organy, które mają sprzeczne interesy i toczą między sobą walkę. Wprawdzie stosunek tych dwóch władz jest unormowany ściśle przez konstytucję, w praktyce jednak organy wykonawcze bardzo często łamają sobie ustawę konstytucyjną tak, jak im to wygodniej. Władze rządowe zachowują się z pewnem niedowierzaniem do władz samorządowych we wszystkich

kwestjach społecznych. Postulat rządowy, aby naczelną władza samorządowa była zatwierdzana przez Rząd, jak w mieście, tak i na wsi, jest niedopuszczalny—Polska od zarania swego istnienia, była krajem opartym na samorządach i tą drogą powinna iść w przyszłości. Nasze władze rządowe nie mają ani sił, ani środków, ani umiejętności, aby prowadzić sprawy sanitarne samodzielnie, czego najlepszym dowodem jest repatriacja. Warszawa, Lwów, Poznań i Wilno powinny być wyłączone z województw i otrzymać odrębne prawa wojewódzkie. Miasta mniejsze, z ilością mieszkańców ponad 10 tysięcy, wyłączone z powiatów, powinny się rządzić odrębnymi statutami z prawami powiatów.

Dr. Legeżyński ze Lwowa. Małopolska już obecnie posiada miasta o własnych statutach, pod względem finansowym jednak, miasta te nie wystarczają sobie i nie mogą utrzymać na swój koszt szpitali i innych niezbędnych urządzeń sanitarnych. Niezbędna jest pomoc Rządu, w szczególności w czasie większych epidemii.

Dr. Surzyński z Poznania. Poznań, mając 170,000 mieszkańców ma jednego lekarza powiatowego. Dopiero obecnie wysuwa się projekt utworzenia stanowiska lekarza komunalnego, któremu by powierzono i nadzór nad opieką społeczną według wzorów niemieckich.

Dr. Hilarowicz z Warszawy. Celem Min. Zdrowia jest zespolenie działalności różnych czynników, funkcjonujących na tem polu, i w razie potrzeby należyte poparcie. Niezbędna jest pomoc i kontrola, trzeba jednak te dwa pojęcia rozgraniczyć. Trzeba również uwzględnić różnice między wielkimi i małymi jednostkami samorządowymi. Kompetencje pierwszych można znacznie powiększyć, kompetencji drugich powiększać nie należy. Trzeba również uwzględnić różnice, zależne od warunków historyczno-kulturalnych.

Dr. Grodecki. Nie można prowadzić dyskusji nad stosunkiem władz rządowych do samorządowych zbyt ogólnikowo, trzeba uwzględniać warunki miejscowe. To, co się da zastosować w Warszawie, jest nie do urzeczywistnienia gdzieś w miasteczku na kresach. Trzeba stale mieć na względzie Samorządy drobne, dopiero tworzące się, które winny być prowadzone przez Rząd. Czas przestać wytwarzać sztuczną granicę między Rządem i Samorządami. Jak Rząd, tak i Samorządy mają ten sam cel przed sobą — dobro społeczne i są wytworzone przez toż samo społeczeństwo.

Dr. Kozłowski z Wilna. Mamy bardzo wiele sejmików o niskim poziomie kulturalnym, szczególnie na kresach. Takie sejmiki winny być nie tylko wspierane materialnie, lecz i ideowo prowadzone przez Rząd. Pomoc lekarska w wielu miejscach na kresach jest absolutnie nie wystarczająca. Felczerzy, którzy często nie są nawet felczerami, lecz sanitarjuszami z okresu wojny, lub aferzystami nie posiadającymi żadnych kwalifikacji, praktykują jako lekarze.

Dr. Kowalski z Lubelskiego. W kwestjach sanitarnych nie można rozgraniczyć wsi od miast. Najlepsza organizacja komunalna nie da sobie rady z chorobami zakaźnymi, jeśli miasta będą stale zakażane przez wieś. Tymczasem, o ile magistraty dawniej istniejące mogą pracować samodzielnie, sejmiki powiatowe często stoją na bardzo niskim poziomie i w spra-

wach sanitarnych nie orjentują się zupełnie. Pomoc lekarska w powiatach jest stanowczo nie wystarczającą. Dla przykładu możemy przytoczyć powiat lubelski, który ma zaledwie dwu lekarzy praktykujących i jednego lekarza powiatowego. Na te braki medycyny wiejskiej musimy zwrócić baczną uwagę teraz właśnie, kiedy przechodzimy do życia normalnego, i pomoc Rządu powoli znika. Dla podniesienia stanu zdrowotnego w powiatach, niezbędnem jest: 1) zaopatrzenie sejmików w środki dezynfekcyjne, a przede wszystkim przejęcie od rządu ruchomych kolumn dezynfekcyjnych z całym ich inwentarzem, 2) udostępnienie pomocy lekarskiej wszystkim obywatelom przez otwieranie przychodni bezpłatnych, lub minimalnie płatnych, prowadzonych przez lekarzy, i urządzenie kilku szpitali w każdym powiecie, w pierwszym rzędzie szpitali dla chorób zakaźnych, 3) periodyczne urządzenie zjazdów lekarzy sejmikowych i komunalnych miejskich w każdym powiecie przynajmniej dwa razy do roku, 4) materialne poparcie sejmików przez rząd w walce z miejscowemi, a tembardziej z importowanemi ze wschodu epidemjami, 5) zaopiekowanie się przez powiaty i gminy szkołami powszechnymi, zwłaszcza w zakresie budowy i restauracji gmachów szkolnych.

Dr. Narkiewicz z Warszawy. Ze względu na różnorodność kultury w rozmaitych dzielnicach, Samorządy właśnie są niezbędne, gdyż jedynie one, dzięki inicjatywie miejscowych działaczy, obeznanych z otoczeniem, i poparciu ich działalności przez miejscowe społeczeństwo, mogą się przystosować do miejscowych warunków. Państwu przysługuje zawsze prawo kontroli. Środki na urządzenia sanitarne powinny się znaleźć na miejscu, w potrzebie zaś zawsze pomoże Państwo, gdyż i ono czerpie z tych samych źródeł dochodowych. Jeśli nawet, w instytucji wojskowej, nawskroś opartej na hierarchji, wydział sanitarny ma pewną samodzielność, tymbardziej jest to niezbędne i możebne do urzeczywistnienia w Samorządach.

Dr. Ostromecki z Białegostoku. W zwykłych warunkach Samorządy winny same kierować całą akcją sanitarną, tylko w razie wielkich epidemji, szczególnie importowanych z zewnątrz, jak obecnie, niezbędna jest pomoc Rządu. Obawy, że miasta nie są w stanie pod względem finansowym spraw tych samodzielnie poprowadzić, są płonne. Wystarczy tylko rozgraniczyć podatki miejskie od rządowych, a finanse miejskie znacznie się zwiększą. Tylko niektóre działy opieki sanitarnej, jak np. szpitale psychiatryczne, które obsługują obszerne tereny, przynależne do wielu Samorządów, winny być utrzymywane przez Rząd.

Dr. mjr. Szulc. Bez względu na to, kto trzyma akcję sanitarną w ręku, Rząd czy Samorządy, brak lekarzy i urządzeń leczniczych niepozwolą często wprowadzić w życie najlepszych zamiarów. Dla dobrej sprawy należałoby się więcej liczyć z obecnością garnizonów wojskowych, których rozkwaterowanie nie jest bez wpływu na stan zdrowotny ludności i odwrotnie. Władze wojskowe, jako bardzo zainteresowane w zdrowotności ogólnej mieszkańców, niewątpliwie okażą współdziałanie miejscowym organizacjom sanitarnym. Miejscowe Samorządy mogłyby wykorzystać pracownice bakteriologiczne wojskowe, o ile nie posiadają własnych. Szczególnie wielką pomoc mogą przynieść władze sanitarne wojskowe w walce z chorobami wenerycznymi. Już obecnie umożliwiony jest w niektórych

miejsowościach dostęp do przychodni wenerycznych ludności cywilnej, a można by akcją w tym kierunku znacznie rozszerzyć. Zorganizowanie nadzoru nad nierządem na kresach możliwe jest jedynie przy współudziale władz wojskowych.

Dr. Pełczyński z Radomia. Bardzo ujemny wpływ na sprawy sanitarne wywiera brak skoordynowania rozporządzeń różnych władz centralnych. Tak np., według Ministerstwa Zdrowia, lekarz naczelny szpitala odpowiada całkowicie za wszystko co się dzieje w szpitalu, a według Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na czele szpitala stoi Komitet, a naczelny lekarz ma tylko głos doradczy. Na lekarzy komunalnych Ministerstwo Sprawiedliwości niepotrzebnie nakłada cały szereg uciążliwych nieraz czynności policyjno-sądowych. W powiatach władze samorządowe nie mają dosyć autorytetu i działają zbyt powoli, gdyż muszą często uciekać się do pomocy organów administracyjnych, a więc Starosty. Pożądanym jest, by Magistraty miały prawo nie tylko występować do Starosty z wnioskiem nakładania kar, lecz by mogły samodzielnie kary nakładać i ściągać je na rzecz własnych inrowestycji sanitarnych.

Dr. Boruch z Warszawy. Do ostatnich czasów każda z dzielnic rządzi się w sprawach sanitarnych swymi prawami, przepisami, a nawet zwyczajami miejscowymi. Konieczna jest jaknajszybsza unifikacja tych praw i przepisów i w tym celu należałoby wyłonić z pośród członków Zjazdu specjalną komisję, której zadaniem byłoby przede wszystkim zebrać materiał z różnych dzielnic.

Dr. Pawłowicz z Warszawy (naczelny lekarz Kasy Chorych). Przy organizacji pomocy sanitarnej przez Samorządy pożądanym jest połączenie akcji Samorządów z działalnością Kas Chorych, w celach ekonomii środków materialnych i sił fachowych, jak również w celach jaknajlepszego zaopiekowania się zdrowiem publiczności i roztoczenia opieki sanitarnej na szersze koła obywateli. Obecna działalność Kas Chorych, ubezpieczających tylko na wypadek choroby, jest zaledwie podwaliną tego, co być powinno. Ubezpieczenia od starości, kalectwa i od bezrobocia, powinny być jaknajprędzej wprowadzone w życie. Nie mniej ważnym jest roztoczenie opieki nad matką i niemowlęciem. Należy podjąć praktyczne urzeczywistnienie tych myśli, by w myśl ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby współdziałanie Samorządów i Kas Chorych było uwzględnione przy organizowaniu: a) przychodni, b) zakładów pomocniczych — aptek, laboratoriów, zakładów do fizykalnych sposobów leczenia, Roentgenowskich i t. p., c) kolonji i półkolonji letnich, kąpielisk, d) szpitali i zakładów leczniczych.

Dr. Ryder z Zagłębia. Połączenie działalności Kas Chorych z działalnością Samorządów w zasadzie bardzo pożądaną, dziś nie jest możebną do urzeczywistnienia, głównie ze względu na to, że Kasy Chorych u nas są dopiero w stadium organizacji, same mają dużo braków i przy olbrzymich budżetach dają pomoc zupełnie niedostateczną. Trzeba najpierw, by działalność Kas Chorych skryształizowała się w ściśle określonych formach, była bardziej ujednolicona i wydatna.

Prof. Janiszewski z Krakowa. Sprawa Kas Chorych jest jednym z działów Opieki Społecznej, która w całości swej nie powinna być od-

dzielona od Ministerstwa Zdrowia, jak to ma miejsce w niektórych państwach zachodnio-europejskich. W sprawie Opieki Społecznej lekarz powinien mieć pierwszy głos, w przeciwnym bowiem razie wszystkie zabiegi, wchodzące w zakres jego obowiązków, nie mają realnej podstawy.

Dr. Budzińska-Tylicka z Warszawy. Walka Rządu z Samorządem nie prowadzi do celu. Najlepszy dowód — burza wywołana rozporządzeniem komisarza Rządu m. Warszawy z dnia 30 grudnia w którym on grozi karą pieniężną lub aresztem nie tylko pojedynczym obywatelom, lecz i organom samorządowym (punkt IV). Władze komunalne uważały, iż w ten sposób zostały pogwałcone prawa Samorządów, dlatego też jak Magistrat tak i Rada Miejska m. Warszawy wysłały protesty do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Pożądanym jest, by Zjazd wyraził swoją solidarność z tym protestem. Co się zaś tyczy działalności Komisarza Nadzwyczajnego w Warszawie, cała działalność jego jest zbyt czarna i zużywa się na bezcelową kontrolę miejscowych pracowników sanitarnych. Lepiej byłoby, gdyby Rząd całą swą energję i zasób sił fachowych, jakie ma w swoim rozporządzeniu, skierował na punkty pograniczne dla walki z epidemjami i nie dopuszczał ich do stolicy.

Dr. Ostromęcki proponuje do protestu dołączyć podziękowanie Radzie Miejskiej stolicy za energiczną obronę powagi władz samorządowych.

Dr. J. KISZKIEL

Lekarz weterynarii.

Zadania i organizacja służby weterynaryjnej w miastach.

Zakres działania służby weterynaryjnej w miastach jest bardzo szeroki i ma do spełnienia ważne zadania. Do pierwszych i głównych zadań służby weterynaryjnej należy ochrona zwierząt użytkowych i zabezpieczenie w ten sposób kapitału narodowego. W tym względzie pierwszorzędne znaczenie ma celowe i energiczne zwalczanie groźnych dla hodowli krajowej chorób zakaźnych zwierzęcych, a mianowicie: księgosuszu, zarazy płucnej, gruźlicy, wąglika, nosaczyny, wścieklizny, róży i pomoru trzody chlewnej i t. d., oraz stosowanie środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia szerzenia się chorób zakaźnych. Z zadań, wskazanych, wynika konieczność organizacji stałego i sprawnego nadzoru weterynaryjnego na stacjach odbiorczych i nadawczych w obrębie miast położonych, nad transportami bydła rogatego, koni i trzody chlewnej, oraz produktów pochodzenia zwierzęcego, dowożonemi kolejami normalnemi, kolejami podjazdowymi, oraz drogami wodnemi. Dalej, organizacja nadzoru na stałych targowiskach miejskich, przeznaczonych dla handlu bydłem, trzodą chlewną i końmi, oraz miejscami dla czasowego postoju i handlu zwierzętami użytkowymi. Ze względu na to, że należyta organizacja nadzoru weterynaryjnego w tym zakresie ma za zadanie ujawnianie w swoim czasie chorób zakaźnych w transportach, dostarczanych z różnych, najdalszych okolic Państwa, sprawa ta ma nie tylko miejscowe, lecz ogólnie Państwowe zna-

czenie. Organy służby weterynaryjnej na stacjach kolejowych, oraz targowiskach miejskich współdziałają w tym zakresie z odnośnymi organami służby Państwowej w wykryciu ognisk zarazy.

W celu skutecznego zwalczania chorób zakaźnych zwierzęcych koniecznym jest przeprowadzanie okresowe ścisłej rejestracji zwierząt użytkowych, znajdujących się na obszarze danego miasta, zaopatrzenie ich w paszporty, w razie potrzeby kolczykowanie i t. d., oraz stosowanie w pewnych odstępach czasu (raz na rok) malleinizacji pogłowa końskiego i tuberkulinizacji krów dojnych. W sprawie skutecznego zwalczania chorób zakaźnych, ważne znaczenie pomocnicze ma należyte uprzątnięcie trupów padłych zwierząt, odpowiednie ich użytkowanie i grzebanie, oraz usuwanie i niszczenie psów wałęsających się i bezdomnych.

Do pomocniczych zadań w tym zakresie należy także organizacja lecznictwa weterynaryjnego, oraz racjonalnego podkownictwa i w związku z tem otwieranie lecznic weterynaryjnych i kuźni wzorowych. Nie bacząc na specjalne w tym kierunku zadania służby weterynaryjnej, działalność ta ma także znaczenie dla ochrony zdrowia publicznego, ze względu na to, że niektóre choroby zakaźne zwierzęce np. nosaczna, wąglik, wścieklizna i inne mogą być przenoszone na ludzi.

Następnym nie mniej ważnym zadaniem służby weterynaryjnej jest ochrona zdrowia publicznego. Do zakresu działania w tym kierunku należy organizacja nadzoru weterynaryjnego w rzeźniach miejskich, stacjach trychinoskopijnych, stacjach nadzoru mięsa przywozowego, w masarniach, fabrykach wyrobów mięsnych, bazarach, jatkach, krowiarniach, garbarniach, składach surowców zwierzęcych i t. d.

Wobec wskazanych doniosłych zadań, ciała samorządowe miejskie we wszystkich krajach czyniły wysiłki w kierunku odpowiedniej organizacji służby weterynaryjnej, oraz stworzenia odpowiednich instytucji sanitarno-weterynaryjnych, odpowiadających nowoczesnym wymaganiom higieny i techniki sanitarnej. W tym względzie mogą służyć za wzór niektóre państwa Europy zachodniej, szczególnie Niemcy, gdzie z biegiem czasu, przy odpowiednich staraniach i opiece samorządów miejskich, powstały wzorowo urządzone, utrzymane i prowadzone rzeźnie i targowiska miejskie, zakłady utylizacyjne, bazy dla handlu mięsem, zaopatrzone w instalacje chłodnicze, wzorowe masarnie, krowiarnie i t. d. Miasta polskie, położone w trzech zaborach, znajdowały się pod tym względem w warunkach odmiennych, wskutek czego gospodarka miejska rozwijała się w warunkach mniej lub więcej sprzyjających. Najgorzej sprawy sanitarne wogóle i weterynaryjne w szczególności były traktowane w miastach b. zaboru rosyjskiego, które, jak wiadomo, do roku 1914 nie posiadały praw samorządowych i stanowiły pod tym względem wyjątek w całej Europie. Warszawa, będąca obecnie stolicą Państwa, nie była wyjątkiem i organizacja służby weterynaryjnej nie tylko nie odpowiada istotnym potrzebom, lecz dziwnym zbiegiem okoliczności przedstawiała się o wiele gorzej niż w wielu innych miastach byłego zaboru rosyjskiego. Dosyć powiedzieć, że Warszawa nie posiada do tej pory rzeźni centralnej i miasto, o milionowej z górą ludności, zmuszone jest zadawałniać się rzeźniami, nieodpowiadającymi najskromniejszym wymaganiom pod względem technicznym i sanitarnym.

Nie wchodząc w szczegóły organizacji służby sanitarnej w Warszawie w okresie przedwojennym, oraz podczas okupacji niemieckiej, należy w ogólnych zarysach rozpatrzyć stan organizacji wspomnianej w dobie wskrzeszenia Państwowości Polskiej, oraz obecne położenie sprawy po przeprowadzeniu zaprojektowanej przez Magistrat reformy. Zajęte w tej sprawie przez Magistrat stoł. m. Warszawy stanowisko może dać wytyczne dla tych samorządów Miast Polskich, które uznają za wskazane zająć się organizacją służby weterynaryjnej. W roku 1919-ym i 20-ym agendy służby weterynaryjnej w Warszawie należały do różnych wydziałów Magistratu, głównie zaś do wydziału VI i II, tworząc w ten sposób dwie samodzielne zupełnie niezależne od siebie organizacje. Do wydziału VI-go należeli 4 okręgowi lekarze weterynaryjni i Inspektor weterynaryjny przy Urzędzie zdrowia. Zważywszy, że wielka Warszawa po przyłączeniu obszarów podmiejskich posiada 26 komisarjatów i że komisarjaty położone na krańcach miasta jak to: 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25 i 26 są bardzo rozległe i pozbawione należytej komunikacji, zważywszy zatem, że miasto posiada około 15,000 sztuk inwentarza żywego, znaczną ilość obór mleczarskich, stajni i remiz dorożkarskich, składów i zakładów przemysłowych, przerabiających surowce zwierzęce, masarni, jatek i t. d. należy przyznać, że personel wspomniany był zupełnie niedostateczny i o prawidłowym nadzorze sanitarno-weterynaryjnym w tych warunkach mowy być nie mogło. Zaznaczyć także należy, że okręgowi lekarze weterynaryjni byli funkcjonariuszami półuposażonymi i pobierali po 2,400 miesięcznie. Nic więc dziwnego, że w tych warunkach okręgowi lek. wet. traktowali swe posady jako przejściowe, szukając pobocznego zajęcia i nie mogąc poświęcić się obowiązkom należytego wykonania nadzoru sanitarno-weterynaryjnego w poręczonym zakresie. Inspektor weterynaryjny przy wydziale VI-ym, nie mający pomocy kancelaryjnej, oraz środków na zakup potrzebnych instrumentów i t. d., oraz nie posiadając odpowiedniego personelu, był nominalnym kierownikiem sprawy, nie mając absolutnie możliwości wprowadzenia w życie niezbędnych zarządzeń. Drugi dział weterynaryjnej służby miejskiej pozostawał pod zarządem wydziału II Magistratu i składał się z 9-ciu lekarzy weterynaryjnych, z których 2-ch miało przydział do targowisk bydła i trzody chlewnej na Pradze, 2-ch do rzeźni na Pradze, 3-ch do rzeźni na Solcu i 2-ch do stacji kontroli mięsa przywozowego. Bezpośrednim zwierzchnikiem służby weterynaryjnej w tym zakresie był Główny kierownik administracyjny rzeźni i targowisk miejskich przy wydziale II-im. Obszerny zakres pracy w dziale gospodarczym i finansowym nie dawał możliwości głównemu kierownikowi rzeźni i targowisk należytego wglądu w sprawę sanitarne. Należy zaznaczyć, że personel weterynaryjny w rzeźni Soleckiej był niedostateczny, ze względu na przeciążenie wspomnianej rzeźni pracą i techniczne braki, które w najwyższym stopniu utrudniały pracę lekarzy weterynaryjnych. Mający pierwszorzędne znaczenie sanitarne, zakład utylizacyjny, wobec braku personelu, pozostawał zupełnie bez nadzoru sanitarno-weterynaryjnego. Inspekcja handlowa przy wydziale II-gim, w zarządzie której znajduje się targowisko końskie, nie posiadała dla nadzoru lekarza weterynaryjnego i nadzór ten wykonywali angażowani czasowo na dniówkę przygodni lekarze weterynaryjni. Administracja gospodarstwa wiejskiego

i leśnego, stanowiąca oddzielny wydział Magistratu t. zw. „Agril”, posiadała angażowanego przez siebie i zależnego w zupełności od niej lekarza weterynaryjnego, który wykonywał nadzór nad inwentarzami, znajdującymi się w folwarkach i majątkach miejskich, położonych w obrębie m. Warszawy, oraz w powiecie Warszawskim i stosował samodzielnie środki w celu zwalczania chorób zakaźnych, zwierzęcych i t. d. Poza tem w mieście w Warszawie istniały agendy państwowej organizacji weterynaryjnej całkowicie zależne od Departamentu Rolnictwa i Weterynaryjki Województwa Warszawskiego. Organizacja wspomniana składała się z 3-ch lekarzy weterynaryjnych i 3-ch sanitariuszy. Zadaniem tej organizacji było wykonywanie nadzoru sanitarno-weterynaryjnego na 5-ciu położonych w Warszawie stacjach kolei żelaznych normalnych i 4-ch stacjach kolejek podjazdowych, i ogłędziny zwierząt domowych i surowców zwierzęcych do Warszawy nadsyłanych i z Warszawy wywożonych. Do obowiązków lekarzy wspomnianych należało także prowadzenie walki z chorobami zakaźnymi zwierząt, znajdujących się w obrębie wielkiej Warszawy. Zważywszy, że Warszawa jest największym w Państwie punktem obrotu bydła handlowego i surowców zwierzęcych, nadzór wykonywany w tym zakresie przez 3-ch lekarzy weterynaryjnych był w zupełności fikcyjny. Jak widzimy, służba weterynaryjna w mieście w Warszawie była rozproszona w kilku wydziałach Magistratu, oraz częściowo podporządkowana Województwu Warszawskiemu, co wytwarzało zupełny chaos. W tych warunkach nie mogło być mowy o planowej, systematycznej i skoordynowanej pracy, odpowiednim jej podziale pomiędzy poszczególne organy wykonawcze, które nie mając pomiędzy sobą żadnej spójni, działały rozbieżnie ze szkodą dla potrzeb ogólnych i całokształtu sprawy. Dodać należy, że brak regulaminów i instrukcji we wszystkich działach służby weterynaryjnej dawał szerokie pole do stosowania osobistych poglądów organów wykonawczych, nie opartych na przepisach prawa. Nie mogło być w tych warunkach także mowy o prowadzeniu jednolitej i prawidłowej wykazowości w zakresie różnych dziedzin służby weterynaryjnej.

Uświadamiając w zupełności ujemny stan organizacji weterynaryjnej w stolicy i uznając całą doniosłość odpowiedniego uporządkowania tej sprawy, Magistrat m. Warszawy, z inicjatywy Urzędu Zdrowia, w sierpniu roku 1920 zapoczątkował przeprowadzenie w tym zakresie zasadniczej reformy. W tym celu, w porozumieniu z Min. Roln. i D. P., był przydzielony do Magistratu Dyrektor Departamentu Rolnictwa Województwa Kieleckiego lek. wet. p. Kosiński. W grudniu r. 1920 na posiedzeniu specjalnej komisji, złożonej z przedstawicieli wydziału II, VI Magistratu, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Rolnictwa i D. P., były rozważone zasady nowej organizacji miejskiej służby weterynaryjnej, oparte na zjednoczeniu wszystkich agend służby weterynaryjnej miejskiej, oraz agend weterynaryjki państwowej w jednym organie zwierzchniej władzy weterynaryjnej z nadaniem mu prawa inicjatywy, kierownictwa i nadzoru w zakresie wszystkich spraw weterynaryjnych. W tym celu została zaprojektowana utworzenie oddzielnego Wydziału Weterynaryjnego z nadaniem mu praw, przysługujących innym wydziałom Magistratu. Magistrat m. stoł. Warszawy, zgadzając się w zasadzie z opinią komisji, uznał jednak, że wobec znacznych kosz-

tów utworzenia jeszcze jednego wydziału Magistratu i ze względu na stan funduszy miejskich należałoby, narazie, odstąpić od projektowanego utworzenia wydziału weterynaryjnego i ograniczyć się utworzeniem przy Wydziale Zdrowia (VI-ym) Urzędu weterynaryjnego, z nadaniem mu najdalej idących praw autonomicznych. Zgodnie z powziętą w tej sprawie decyzją Magistratu, został opracowany projekt organizacji Urzędu weterynaryjnego ze wskazaniem kompetencji praw obowiązków i zakresu działania jego organów kierowniczych, oraz składu osobistego podległych mu agend i organów służby weterynaryjnej. Projekt wspomniany został zatwierdzony na posiedzeniu Magistratu w dniu 26 kwietnia r. 1921. Jednocześnie został przedstawiony do zatwierdzenia Rady Miejskiej budżet organizacji całej służby weterynaryjnej w stoł. m. Warszawie, obliczony na ogólną sumę w wydatkach 15,577,983 m. Liczba okręgowych lekarzy weterynaryjnych została zwiększoną do 10-ciu. Półpłatni okręgowi lek. wet. zostali skasowani i uposażenie personelu lekarskiego zrównane z uposażeniem lekarzy sanitarnych według odpowiednich tabeli płacy. Personel specjalny przy rzeźni Soleckiej został zwiększony o 2 etaty lekarzy weterynaryjnych z utworzeniem etatu st. lekarza rzeźni Soleckiej. Przy zakładzie utylizacyjnym zaprojektowany osobny etat lekarza weterynaryjnego. W Urzędzie weterynaryjnym utworzono stanowisko Inspektora Urzędu i 2-ch pomocników z odpowiednim personelem kancelaryjnym i pomocniczym. Zgodnie z nowym budżetem, cały personel weterynaryjny stoł. m. Warszawy przewiduje 26 stanowisk lekarzy weterynaryjnych i odpowiednią liczbę personelu pomocniczego na rzeźniach, targowiskach, stacji trychinoskopijnej i stacji kontroli mięsa przywozowego. Ze względu na to, że budżet nowej organizacji weterynaryjnej został zatwierdzony dopiero w listopadzie r. ub. do chwili obecnej nie mogła być całkowicie przeprowadzoną nowa organizacja miejskiej służby weterynaryjnej. Z zapoczątkowaniem nowej organizacji, został opracowany cały szereg instrukcji i regulaminów, dotyczących targowisk rzeźni, kontroli mięsa, działalności okręgowych lekarzy weterynaryjnych i t. d. została uporządkowana wykazowość i sprawozdawczość z zakresu służby weterynaryjnej, oraz opracowany szereg wniosków w zakresie uporządkowania instytucji sanitarno-weterynaryjnych. Ze względu na to, że nadzór weterynaryjny w rzeźniach, targowiskach, w zakładzie utylizacyjnym, stacji kontroli mięsa przywozowego jest ściśle związany z ich administracją, mającą przeważnie na celu dochodowość instytucji wspomnianych bez uwzględnienia należytego potrzeb sanitarnych, poruszoną została sprawa przekazana Urzędowi Weterynaryjnemu nie tylko nadzoru sanitarnego, lecz i spraw administracyjno-gospodarczych instytucji wspomnianych. Sprawa ta zapoczątkowana przez delegata Min. Roln. i D. P. i popierana usilnie przez wydział VI-ty i Urząd Weterynaryjny nie uzyskała jeszcze ostatecznej aprobaty i decyzji Magistratu. Z urzeczywistnieniem wskazanego projektu, należałoby spodziewać się, że potrzeby sanitarne rzeźni i targowisk i innych instytucji użyteczności publicznej byłyby należycie i w swoim czasie uwzględniane, co obecnie natrafia na przeszkody.

Dyskusja po referacie dr. Kiszkiela lek. weterynaryj.

Dr. mjr. Szulc. Sprawa praktycznego zastosowania weterynaryj rozpada się na dwa działy: 1) opiekę nad zwierzętami, bogactwem kraju, 2) ochronę ludzi przed chorobami zwierząt. Zjazd może interesować się tylko tym drugim działem, bezpośrednio dotyczącym zdrowia ludności. Lekarze sanitarni winni mieć prawo wglądu w tę sferę weterynaryj. Przy obecnej zależności Urzędów weterynaryjnych od Min. Rolnictwa D. P. w pierwszym rządzie uwzględniane są interesy rolnictwa, a sprawy zdrowia publicznego zajmują stanowisko drugorzędne. Jako lekarze sanitarni nie możemy się z tym zgodzić. Mamy do uwzględnienia cały szereg chorób przenoszonych ze zwierząt na ludzi, przedewszystkiem gruźlicę i wściekliznę. Ta ostatnia zwłaszcza, dotycząca przedewszystkiem zdrowia publicznego, dla niezrozumiałych powodów należy wyłącznie do Urzędów Weterynaryjnych.

Dr. Legeżyński ze Lwowa. Lekarze weterynaryjni powinni mieć pewną samodzielność i ich kompetencja powinna być ściśle oddzielona od kompetencji lekarzy sanitarnych. Obecnie, wskutek starych poglądów o zależności weterynaryj od medycyny, spotykamy częstokroć zjawiska zgola nienormalne. Jako przykład może posłużyć przepis, amocą którego fizyk m. Lwowa obowiązany jest sam zrobić sekcję zwierząt, które padły na nieznaną chorobę.

Dr. Dalkiewicz z Warszawy. Należy uwzględnić oba działy: opiekę nad zwierzętami i zwalczanie chorób zakaźnych, udzielających się ludziom, t. zw. weterynarię społeczną. Ministerstwo Rolnictwa idzie jak najdalej w ustępstwach, bo rozumie, że tylko przez współpracę lekarzy sanitarnych i lekarzy weterynaryj można zwalczyć cały szereg chorób, do dziś siejących spustoszenia. W wielu wypadkach, jak np. przy gruźlicy, lekarze sanitarni nie mogą się obyć bez lekarzy weterynaryjnych i odwrotnie.

Dr. Kiszkiel. Sama ustawa ściśle rozgranicza funkcje Wydziału Zdrowia i Wydziału Weterynaryjnego. Tam, gdzie te przepisy ściśle są przestrzegane, jak np. w Warszawie, niema żadnych kolizji, a sprawa zdrowia publicznego na tem zyskuje.

Dr. ADAM CIĄGLIŃSKI.

Organizacja statystyki sanitarnej w miastach.

Opracowanie referatu: „Organizacja statystyki sanitarnej w miastach” zostało powierzone d-rowsi Heflichowi i mnie. Podzieliliśmy zadanie w ten sposób, że na mnie przypadła część ściślejsza związana ze statystyką lekarską, a więc rejestracja zachorowań i zgonów na choroby zakaźne i inne występujące nagminnie, oraz rejestracja i statystyka przyczyn zgonów, a na kolegę Heflicha część statystyki sanitarnej, należąca raczej już do statystyki ludności, a więc statystyka urodzeń i zgonów, statystyka małżeństw i t. d.

Na pierwszym miejscu co do ważność zadań statystyki sanitarno-lekarskiej pod względem praktycznym należy postawić rejestrację zachorowań i zgonów na choroby zakaźne i inne, występujące nagminnie (Ustawa Sejmowa z dnia 25 lipca 1919 r.).

Oczywiście, by z rejestracji zachorowań i zgonów na choroby zakaźne korzystać mogła nie tylko statystyka, ale i sama sprawa walki z chorobami zakaźnymi i epidemjami, zgłoszone meldunki zachorowań i zgonów na choroby zakaźne, poza suchymi danymi liczbowymi, zawierać winny dane indywidualne, dotyczące chorego lub zmarłego na daną chorobę (imię i nazwisko, wiek, płeć, zajęcie, zamieszkanie — źródło zakażenia przypuszczalne lub stwierdzone — skąd przybył — szczepiony czy nie szczepiony przy ospie i t. p.).

Otóż zgłaszanie pewnych zachorowań i zgonów indywidualne, z podaniem imienia i nazwiska i miejsca zamieszkania, może na niektóre umysły robić wrażenie niedostatecznego poszanowania tajemnicy lekarskiej, powiedzmy wyraźnie — tajemnicy tej zdradzania, które odbić się może bardzo ujemnie na dalszych losach chorego; i to jest pierwszy szkopuł, na który natykamy się przy wymaganiach ścisłej rejestracji, — nawet w granicach Ustawy Sejmowej z dnia 25 lipca 1919 r.

W październiku r. ub. dyrektor departamentu Zdrowia Publicznego w Poznaniu przesłał Ministerstwu Zdrowia Publicznego uchwałę Walnego Zebrania Okręgu Wielkopolskiego Związku Lekarzy rządowych, wyrażającą życzenie, by rozporządzenie, dotyczące zgłaszania przypadków gruźlicy otwartej i ciężkich przypadków tejże choroby zostało zniesione.

Motywuując tę uchwałę, rzeczzone pismo mówi: „Zgłaszanie imienne chorego (a tylko takie może mieć znaczenie sanitarno-policyjne, jak i statystyczne) naraża chorego zwłaszcza, jeżeli mu przeznaczone jest dłuższe życie, na to, że choroba jego przestanie być jego i lekarza tajemnicą, a tem samem może chorego przypisać o najróżniejsze straty materialne i inne; lekarz zgłaszający chorobę, zdradzając tajemnicę zawodową, ponosi w takim razie zbyt wielką odpowiedzialność pod różnym względem, a włądza, wydająca rozporządzenie, również ponosićby musiała w danym razie następstwa materialne, które nie stałyby w zdrowej proporcji do korzyści, rozporządzeniem powyższem przez Państwo osiągniętych”.

Pogląd powyższy: ryzyko odpowiedzialności lekarza za zdradzenie tajemnicy lekarskiej, nawet pomimo ustawy sejmowej z dnia 25 lipca 1919 roku, napotykaemy i poza granicami dawnej Wielkopolski.

Nie jestem prawnikiem. Podniesionej tu kwestji prawnej nie podejmuję się rozstrzygać. Sądzę jednak, że o ileby w rzeczy samej istniejące prawa nie upoważniały lekarza do indywidualnego zgłaszania pewnych chorób zakaźnych, to należałoby takie prawa jaknajprędzej uchwalić i w interesie dobra ogólnego sprawę tę uporządkować.

Ale mnie się wydaje, że obrońcy tajemnicy lekarskiej niepotrzebnie się niepokoją; można bardzo ściśle, nawet twardo i nieustępliwie zgłaszać indywidualnie wszystkie przypadki zachorowań na choroby niemiłe i nie cieszące się dobrą opinią, a pomimo to, tajemnicy lekarskiej nie zdradzać. Żeby nie być źle zrozumianym, odrazu powiem, że informowanie odnośnych władz i urzędów w interesie dobra publicznego, nie może być zali-

czane do zdrady tajemnicy lekarskiej, a pod to określenie mogłoby być podciągnięte chyba komunikowanie poufnych wiadomości osobom postronnym, do sprawy nie powołanym i tajemnicą zawodową nie skrzepowanym.

Lekarzom wielkopolskim Ministerstwo Zdrowia Publicznego musiało wskazać prawo niemieckie z dnia 12 kwietnia 1920 roku o zastosowaniu prawa Cesarstwa z dnia 30 czerwca 1900 r. o walce z chorobami, przedstawiającymi niebezpieczeństwo ogólne, ogłoszone w Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts dnia 29 grudnia 1920 roku.

Oprócz obowiązkowego zgłaszania gruźlicy w okresie zaraźliwym Ustawa powyższa nakłada na lekarzy przymus meldowania takich chorób, jak szankier miękki, kiła z włączeniem pęcherzycy noworodków, wiewiór i zapalenie oka wiewiórowe. Zdaje się, że komplet tajemnic wyczerpany!

Przymus zgłoszeniowy dla gruźlicy obowiązuje w Anglii od 1912 r., w Stanach Zjednoczonych od 1893 r., a w niektórych Republikach Ameryki Południowej, Urugui, od r. 1896.

Pozostawiając na boku stronę prawną rozpatrywanej sprawy, musimy bez względu na to, czy nam odpowiedzialność sądowa grozi, czy nie grozi, obmyśleć sposób postępowania, któryby i miłość własną ludzi, a nawet do pewnego stopnia ich przesady i uprzedzenia oszczędzał.

Regregacja statystyczna chorób zakaźnych odbywa się, mówiąc językiem chirurgów, zwykle w dwa tempa. Pierwsze — to zawiadomienie odnośnej władzy w mieście czy w miasteczku o zapadnięciu danego osobnika na daną chorobę zakaźną lub budzącą podejrzenie takiej choroby. Zgłoszenia takie niezawsze są wysyłane przez lekarza. Ustawa z dnia 25 lipca 1919 roku w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych w art. 5, mówiąc o obowiązku zgłaszania, wyszczególnia 12 kategorii osób, które obciąża obowiązek zgłaszania, nie wszystkie jednak w równym stopniu, ale w kolejnym porządku wyliczenia, tak, że zgłoszenia takie mogą pochodzić i od osób, z medycyną nie mających nic wspólnego (głowa rodziny, gospodarz mieszkania, rządcą majątku lub domu, przełożony zakładu naukowego lub dobroczynnego, kierownik zakładu przemysłowego, hoteli, pokojów umeblowanych i t. d.). Oczywiście, otrzymane z takiego źródła wiadomości, niezawsze mogą być uważane za materiał dostatecznie przekonywujący i pewny, by oprzeć się na nim mogła statystyka sanitarno-lekarska.

Ta pierwsza faza regracji musi z konieczności powodować drugą, to jest sprawdzenie przez osoby kompetentne samego faktu zachorowania i ustalenie rozpoznania oraz uzupełnienie zebraniem danych, które w bar dziej lub mniej pełny sposób pozwalają scharakteryzować dany przypadek.

Pierwsze zawiadomienie o (podejrzanem) zachorowaniu w miastach winno być złożone wprost do miejscowego urzędu sanitarnego, albo w formie listu zamkniętego wręczone funkcjonariuszowi policji miejscowej — państwowej lub komunalnej — którego już obowiązkiem będzie doręczenie otrzymanego zawiadomienia miejscowemu urzędowi sanitarnemu (o ile to się okaże potrzebnem za pośrednictwem odnośnego komisarjatu).

Miejscowe urzędy sanitarne zawiadomienie, zgłoszone przez lekarzy, leczących chorego lub sprawdzone przez lekarzy sanitarnych albo innych odnośnych funkcjonariuszów służby zdrowia, przesyłają do Starostwa na ręce lekarza powiatowego — również z możliwem zachowaniem tajemnicy

lekarskiej. Forma listu zamkniętego—oczywiście w tym celu najodpowiedniejsza—napotyka na pewne trudności ze strony fiskalnej. Wprawdzie Rada Ministrów na posiedzeniu 7-XI-1921 odrzuciła wniosek p. Ministra Poczty co do nałożenia obowiązku opłat pocztowych na obowiązkowe zgłoszenie chorób zakaźnych, zastrzegła jednak, aby zgłoszenia były przysyłane wyłącznie na kartach otwartych, dla możliwej kontroli ze strony urzędów pocztowych. Sądzę, że niewielką modyfikacją istniejącej techniki rejestracji uda się interesy Skarbu zabezpieczyć, a chorym ich tajemnicę zapewnić.

Jako punkt wyjścia biorę kartę rejestracyjną o chorobach zakaźnych, jaka stosowana jest w powiecie warszawskim. Zachowując dla przykładu w zupełności redakcję tej karty (oczywiście i ona może być uzupełniona lub zmieniona), przedstawiam tylko nieco porządek kolejnych punktów.

Imię i nazwisko chorego (zmarłego) na chorobę zakaźną oraz jego zamieszkanie—umieszczam na samej górze karty w ten sposób, by część ta mogła być założona i zaklejona; pozostała część tekstu umieszczona jest na karcie otwartej, jak tego wymaga Ministerstwo Poczty. Na odwrocie karty znajduje się napis:

Wolne od opłat pocztowych.

Zawiadomienie o chorobie zakaźnej.

Do Starostwa w

Wręczyć lekarzowi powiatowemu.

Biorąc pod uwagę wydrukowany adres (Lekarz powiatowy) i bardzo wązki pasek papieru założonego i zalepionego, przyjść musimy do wniosku, że przypuszczenie, by drogą tą kierowana była do lekarza powiatowego korespondencja prywatna przez osoby, uchylające się od wnoszenia opłat pocztowych i mające dostęp do druków rządowych, poważnie nie może być brana w rachubę, a tajemnica lekarska w proponowany sposób mogłaby znaleźć zapewnienie wystarczające. Jako materiał do statystyki lekarskiej służyć mogą jedynie karty z rozpoznaniem sprawdzonymi; opierając statystykę na rozpoznaniach niepewnych, można dojść do alarmowania opinii Europy o wybuchu dżumy tam, gdzie o zarazie tej wcale mowy być nie powinno.

Lekarz powiatowy na podstawie kart rejestracyjnych, odpowiednio sprawdzonych przypadków, prowadzi dziennik zachorowań i zgonów na choroby zakaźne i inne, występujące nagminnie, a to zgodnie z okólnikiem Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 9 kwietnia 1921 r. Nr. XV. 528/10382/21.

Rzecz prosta, że im zupełniejszy jest szemat karty, jaką wypełnia lekarz sanitarny lub inny odpowiednio wykwalifikowany przedstawiciel urzędu sanitarnego, tem bogatszy będzie w tak zwane cechy każdy zanotowany przypadek. Jako nieodzowne rubryki dziennik musi zawierać: imię i nazwisko — datę zachorowania, datę zgłoszenia — miejsce zamieszkania, wiek, płeć i wyznanie (choćby tylko z podziałem na chrześcijan i żydów), nazwę choroby. Zejścia śmiertelne winny być tamże odnotowane z oznaczeniem daty zgonu.

W uwagach należy odnotowywać cechy, charakteryzujące dany przypadek, a więc źródło zarazy przypuszczalne lub stwierdzone, wiadomość

o dokonanej dezynfekcji, wiadomość o uprzednio dokonaniem szczepieniu ochronnem i t. p.

Tak prowadzony dziennik zachorowań i zgonów na choroby zakaźne jest podstawą dla wszelkich raportów lekarza powiatowego; oparte na nim wykazy tygodniowe odpowiadają wtedy ściśle aktualnemu stanowi rzeczy, a w razie zaginięcia raz wysłanych pozwalają na wysłanie duplikatów, zgodnych z uprzednio wysłanemi.

Na podstawie danych takiego dziennika może dopiero być zapoczątkowana prawdziwa statystyka — nie rejestracja tylko — chorób zakaźnych z uwzględnieniem wieku, płci, wyznania, ewentualnie zajęcia, dokonanych uprzednio szczepień ochronnych i t. p.

Rejestracja i statystyka zgonów i przyczyn zgonów przedstawia trudności jeszcze większe. Samo dokładne ustalenie przyczyn zgonów jest możliwe jedynie na podstawie fachowo przeprowadzonych badań zwłok, przy pomocy niekiedy i badań laboratoryjnych (chemicznych... zatrucia, bakterjologicznych... zakażenia i t. p.). Jako długoletni pracownik instytutu anatomo-patologicznego przy Uniwersytecie Warszawskim, wielokrotnie mogłem stwierdzić, jak często rozpoznanie kliniczne, przeprowadzone zdawałoby się w warunkach możliwie sprzyjających przez wyrobionych ordynatorów szpitalnych i profesorów klinik, nie zgadzało się z wynikami badań sekcyjnych. Ale o ustaleniu przyczyn zgonów w drodze badań pośmiertnych w życiu codziennem nie może być mowy. Badania nekroskopijne muszą być pozostawione dochodzeniom sądowym lub wyjątkowo ważnym przypadkom chorób mało znanych, budzących interes ogólniejszy. Zwykle w ustalaniu przyczyn zgonów opierać się musimy na rozpoznaniu lekarzkiem, postawionem za życia chorego. Ale to jest jednocześnie minimum, od którego poważna statystyka lekarska odstępować nie powinna.

Wszelkie orzeczenia pośmiertne, dokonywane poza nekroskopijnem badaniem zwłok, nawet przez lekarzy, a tem mniej oczywiście przez oglądaczy zwłok—laików, nie mogą i nie powinny służyć za podstawę do statystyki lekarskiej.

W Szwajcarii i w Norwegji przyczyny zgonów, podawane nie przez lekarzy, wykazywane są w statystyce jako przyczyny niewiadome.

I dlatego jako statystyk wypowiedzieć się muszę przeciwko oglądczom zwłok. Niech czynności swoje pełnią i ustalają śmierć naturalną, wyrażają podejrzenia śmierci gwałtownej, niech baczą, by w pozornej śmierci ludzi nie chowano, ale co do przyczyn zgonów niech opinii swych nie wydają, bo ich statystyka lekarska w Polsce uwzględniać nie będzie.

Statystyka przyczyn zgonów winna się zatem opierać na zaświadczeniach lekarzy, którzy zmarłych w ich ostatniej chorobie leczyli. Ten obowiązek winien być na lekarzy leczących ustawowo nałożony. Tak się rzecz ma w Anglii, Holandji, Szwajcarii i we Włoszech.

W Niemczech obowiązek ten włożony jest na lekarzy, ale nie ustawowo, lecz drogą rozporządzenia wykonawczego, i dlatego wielu lekarzy przy wykonywaniu go ma obawę, że wpaść mogą w konflikt z § 300 niemieckiego kodeksu karnego, t. j. być pociągniętymi do odpowiedzialności za niezachowanie tajemnicy lekarskiej.

Ta sprawa tajemnicy lekarskiej winna być i u nas jaknajprędzej uporządkowana ustawowo. Ale w jakimkolwiekby kierunku wypowiedzą się w tym względzie ciała ustawodawcze, sprawa rejestracji przyczyn zgonów winna być prowadzona tak, by jaknajbardziej oszczędzać uczucia rodzinne, wrażliwość, a nawet miłość własną ludzi. Ujawniać, że ojciec młodej panny, która dopiero w świat wchodzi, był alkoholikiem, cierpiał na kilę lub choćby tylko na nowotwór złośliwy narządów wewnętrznych, albo i gruźlicę i dodawać do smutku śmierci jeszcze grozę obaw na przyszłość, nie jest to bynajmniej zyskiwać dla sprawy statystyki lekarskiej szerszy ogół zwolenników i wyznawców.

I dlatego wypowiedzieć się muszę za przesyłaniem przez lekarzy opiniujących zaświadczeń o przyczynach zgonów w sposób zabezpieczający najzupełniej tajemnicę lekarską. Zdaje się, że ten punkt sprawy najlepiej rozwiązany został przez statystykę szwajcarską. (Dr. Guillaume, kierownik związkowego biura statystycznego). Lekarz, leczący zmarłego w jego ostatniej chorobie wystawia dwa świadectwa śmierci: jedno dla formalności pogrzebowych — to może zawierać rozpoznanie przyczyny śmierci wyrażone bardzo ogólnie; drugie świadectwo przeznaczone jest wyłącznie dla centralnego biura statystycznego. Zawiera ono u góry nazwisko i imię zmarłego, wypisane na kuponie, które lekarz wypełniający świadectwo odrywa, pozostaje tylko na niem № rejestru zmarłych.

Wypełnione w sposób zupełnie ścisły i szczegółowy świadectwo zostaje jako pismo zamknięte (wolne od opłat pocztowych) przesłane do miejscowego urzędu miejskiego i stamtąd nieotwierane wysłane dalej do centralnego biura statystycznego.

Sposób ten zastosowano poraz pierwszy w Szwajcarii w r. 1891 w miastach z ludnością ponad 10,000 mieszkańców. W r. 1893 wprowadzony został w gminach z ludnością ponad 5,000 mieszkańców, a ponieważ okazał się dobry, w r. 1901 zaprowadzono go w całym kraju.

Sądzę, że sposób szwajcarski może z niewielkimi zmianami dałby się zaprowadzić i u nas, oczywiście także tylko stopniowo. Jeszcze raz powtarzam, że skrupuły p. Ministra Poczt, by w trosce o interes Skarbu Państwa zezwolić jedynie na przesyłanie kart otwartych, dałby się chyba przezwyciężyć względem na wielką wagę, jaką dla Państwa przedstawia dobrze prowadzona statystyka lekarska, jak również i tym względem, że pod jednym — jedynym adresem poważnego urzędu państwowego nie będą chyba przemycane wiadomości prywatne, które tą drogą starałyby się uchylać od opłat pocztowych, gdyby te ostatnie miały nawet jeszcze być podniesione.

W ten sposób załatwionaby była sprawa tajemnicy lekarskiej.

Pozostaje druga — dla statystyka nie mniejszej bynajmniej wagi — kontrola nad wartością świadectw śmierci. Otóż może nie wszędzie docenianiem jest należycie znaczenie, jakie dla sprawy ścisłości świadectw lekarskich ma zbieranie ich wszystkich w jednym miejscu — centralnym biurze statystycznym — prawie że w rękach jednego głównego kierownika, który obowiązkowo wszystkie je przegląda i w razie niedokładności albo niejasności przesyła listownie zapytanie i żąda wyjaśnień, również piśmiennych.

Kto choć czas pewien spełniał obowiązki nadzoru centralnego i kontroli nad pracą grupy lekarzy rozproszonych po kraju, nadsyłających swoje orzeczenia, czy to w charakterze lekarza rewidenta (lekarza głównego) towarzystw ubezpieczeń na życie, czy też w charakterze lekarza, stojącego na czele instytucji, mającej raczej cele niesienia pomocy lekarskiej (lekarze kolejowi i fabryczni, kasy chorych), ten bardzo prędko dochodził do wniosku, że opinjowanie o wartości świadectw lekarskich nawet bez możliwości osobistego sprawdzania przedmiotu badanego, nie jest bynajmniej rzeczą zbyt trudną.

Wszak fakty, o których mówią takie świadectwa lekarskie, nie są bynajmniej zjawiskami oderwanymi, odosobnionymi, wynikiem samowoli lub ślepego przypadku, ale są zjawiskami kierowanymi i rządzonymi przez prawa ogólne, tak zwane prawa statystyczne, od których znaczniejsze odchylenie nie ujdzie uważnego wzroku doświadczonego statystyka. Nie znaczy to bynajmniej, by najbardziej doświadczone oko statystyka pozwalało odgadnąć, że w danym przypadku pod rozpoznaniem tętniaka aorty brzusznej kryje się rak żołądka, lub odwrotnie, ale zbyt często przez jednego i tego samego lekarza nadsyłane rozpoznanie raka żołądka lub tętniaka aorty każą baczniej zanalizować przedstawione przypadki i źródło błędu wyjaśnić.

Dotychczasowa praktyka sposobu tego, tam gdzie jest on stosowany, najlepiej o wartości metody tej decyduje. I dlatego liczba wysyłanych zapytań z urzędów centralnych stale wzrasta. I tak z Londyńskiego głównego urzędu rejestracyjnego w r. 1900 wysłano 3900 zapytań, w r. 1901 — 5762, w r. 1902 — 4706 i tyleż otrzymano odpowiedzi. Pytania dotyczyły głównie takich nieokreślonych rozpoznań, jak: pyaemia, tumor, peritonitis, haemorrhagia i t. p. I tak w r. 1901 pod nazwą tumor — 108 razy kryło się zapalenie opon mózgowych, 52 razy kiła; pod nazwą pyaemia — 51 razy kryła się gorączka płożowa, 7 razy choroby weneryczne, 4 razy — złe obchodzenie się z dziećmi; pod nazwą peritonitis — było 65 razy cierpienie płożowe, 47 razy zapalenie otrzewnej gruźlicze, 65 razy wrzód żołądka i 55 razy zapalenie wyrostka robaczkowego.

Pruski Stat. Landesamt opracowuje rocznie około 8000 tak zwanych Rückfragen.

Wnioski.

1. Zawiadomienia o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne, zgłoszone w myśl ustawy sejmowej z dnia 25 lipca 1919 r. przez osoby, wymienione w art. 5 tej ustawy w kolejnym porządku wyliczenia, winny być dostarczane do miejscowych urzędów sanitarnych (komunalnych) albo też w formie listów zamkniętych wręczane funkcjonariuszom policji miejscowej państwowej lub komunalnej, których obowiązkiem jest doręczenie ich miejscowym urzędowi sanitarnym.

2. O ile nadesłane zawiadomienie uznane będzie za niedostatecznie pewne lub niedostatecznie pełne, zgłoszony w niem przypadek winien być zbadany na miejscu przez odnośnego urzędnika lub funkcjonariusza służby sanitarnej, który na podstawie osobiście sprawdzonego stanu rzeczy sporządza doniesienie o zachorowaniu, względnie śmierci na chorobę zakaźną, podług ustanowionego wzoru, i składa je w miejscowym urzędzie zdrowia.

3. Miejscowe urzędy sanitarne zawiadomienia, zgłoszone przez lekarzy leczących chorego lub sprawdzone przez lekarzy sanitarnych lub innych odpowiednich funkcjonariuszy służby zdrowia, przesyłają do Starostwa na ręce lekarza powiatowego w postaci kart otwartych wolnych od opłat pocztowych. W kartach tych górna ich część, zawierająca nazwisko i imię chorego (względnie zmarłego) oraz miejsce zamieszkania, jest założona i zaklejona.

4. Lekarz powiatowy na podstawie otrzymanych zawiadomień, pewnych lub sprawdzonych, prowadzi dziennik zachorowań i zgonów na choroby zakaźne podług ustalonego wzoru, a tygodniowe z nich wyciągi w określonych ściśle terminach przesyła do właściwego Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

5. Wojewódzkie Urzędy Zdrowia zestawione liczbowe sprawozdania ze swoich Województw przesyłają Ministerstwu Zdrowia Publicznego.

6. Ministerstwo Zdrowia Publicznego wykazy tygodniowe zachorowań i zgonów na choroby zakaźne ogłasza drukiem w Biuletynie oficjalnym polskim do powszechnej wiadomości.

7. Statystyka zachorowań i zgonów na choroby zakaźne opracowuje się na podstawie danych dziennika lekarzy powiatowych w biurze centralnym statystyki lekarskiej Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

8. Rejestracja przyczyn zgonów prowadzona jest na podstawie świadectw o śmierci, wystawianych przez lekarzy, którzy zmarłego w ostatniej jego chorobie leczyli. Obowiązek wystawienia takich świadectw śmierci winien być na lekarzy, zajmujących się praktyką lekarską, ustawowo nałożony.

9. Dla uszanowania tajemnicy lekarskiej lekarz ściśle i dokładne wykazanie przyczyny śmierci wyraża w piśmie poufnem, adresowanem do Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Centralne biuro statystyki lekarskiej). Dla potrzeb formalności pogrzebowych wydaje lekarz świadectwo ogólniejsze w formie możliwie ogólniejszej.

10. Rozpoznanie przyczyn zgonów, ustalone przez lekarzy, którzy zmarłego za życia nie widzieli, albo świadectwa wystawione nie przez lekarzy, nie mogą być uznawane za wystarczający materiał do statystyki lekarskiej; przyczyny tak opinowanych zgonów rejestrowane być winny jako „niewiadome”.

11. Centralne biuro statystyki lekarskiej Ministerstwa Zdrowia Publicznego nadesłane świadectwa śmierci przegląda i w przypadkach niejasnych lub budzących wątpliwości zwraca się listownie do lekarzy podpisanych na świadectwie, żądając nadesłania uzupełnień lub wyjaśnień.

12. Obowiązek szczerego i dokładnego odpowiadania na podobne listy Centralnego biura statystyki lekarskiej winien być ustawowo zastrzeżony.

Dr. WŁ. HEFLICH.

Wytyczne Statystyki Sanitarnej.

Metoda statystyczna badania ma najobszerniejsze zastosowanie przy studjowaniu zjawisk z dziedziny życia społecznego. Chociaż zjawiska życia socjalnego są wielorakie i różnorodne, zależą one tylko od niewielu przyczyn pierwszorzędnych. Dzięki statystycznemu (rachunkowemu) badaniu zjawisk staje się możliwem z całego szeregu obserwacji wyprowadzić ściśle statystyczne prawa. Ustalenie podobnych zależności ma wielkie znaczenie praktyczne: odchylenie się od średnich cyfr wskazuje na jakieś uchybienia, na jakieś zmiany w zwykłych zjawiskach i porządku; badacz stara się odszukać przyczyny, wywołujące te uchybienia i zmiany. Państwo i społeczeństwo zwraca uwagę na te przyczyny w celu wprowadzenia w życie tych lub innych zarządzeń, mających charakter ogólny lub miejscowy.

Gdy zaczęto stosować statystykę w wielu działach nauk przyrodniczych, znalazła ona szerokie zastosowanie i w medycynie, a zwłaszcza w tym czasie, gdy medycyna zaczęła mieć na celu zadania zdrowia publicznego, a nie tylko zdrowie oddzielnej jednostki. Statystyka sanitarna interesuje się oddzielnymi przypadkami zachorowań tylko w związku z ogólnymi przyczynami, wywołującymi więcej lub mniej znaczną częstość zachorowań. Statystyka sanitarna studjuje chorobę i śmierć, jako zjawisko społeczne, określające stan sanitarny danego środowiska ludzkiego. Statystyczne badanie chorobowości rozszerza nasze wiadomości o charakterze chorób i o przyczynach ich szerzenia się.

Początkowa rejestracja stanowi tę podstawę, na której budują się wszelkie prace sanitarne i statystyczne. Z tego wynika cała ważność pracy sanitarno-statystycznej w gminach miejskich i wiejskich. Pierwszym rejestratorem powinien być lekarz gminny: on powinien być pierwszym spozstrzegaczem wszystkich tych zjawisk, które istnieją w gminie i mają bliski stosunek do stanu sanitarnego ludności.

W statystyce sanitarnej jedno z najważniejszych miejsc zajmują dane o ruchu ludności. W wielu miejscowościach dane te służą jako jedyny środek w celu określenia stanu sanitarnego ludności, czy jest on mniej lub więcej zadowalającym; na zasadzie rejestracji skonów robią się wnioski sanitarne. Danych o ruchu ludności, a mianowicie o skonach, urodzeniach i związkach małżeńskich dostarczają urzędnicy stanu cywilnego: duchowni dla wyznań chrześcijańskich, świeccy—dla innych wyznań. Dane te powinny być rejestrowane za pomocą systemu kartkowego: każdy przypadek śmierci, urodzenia, małżeństwa powinien być zarejestrowany na oddzielnej karcie podług przyjętego wzoru specjalnego dla każdej kategorii przypadków. Wzory kartek powinny być ujednolajnione dla całej Polski.

W statystyce sanitarnej oprócz liczb absolutnych powinny być wskazane i stosunkowe, wyrażające stosunek oddzielnych liczb absolutnych do ogólnej ich sumy, lub wyrażające oddzielne średnie liczby w stosunkach na sto lub na tysiąc.

Umieralność ludności zależy od rozmaitych socjalno-ekonomicznych i sanitarnych przyczyn, lecz głównie umieralność jest prawem biologicznym i wiek żyjących ma wielki wpływ na śmiertelność. Niezbędne wiadomości o liczbie ludności z podziałem na płeć i wiek mogą dać tylko jednodniowe spisy. Takie spisy trzeba powtarzać przynajmniej co 10 lat, gdyż napewno liczba ludności co rok się zmienia dzięki naturalnemu ruchowi ludności, zwiększaniu się i ciągłemu przechodzeniu z jednej miejscowości do drugiej. Największe znaczenie ma to dla miast, gdzie ludność powiększa się głównie kosztem przyjezdnych. W miastach prowincjonalnych i powiatach, ludność ma się rozumieć, nie może się tak prędko zwiększać, jak w dużych miastach, lecz z roku na rok zachodzą pewne wahania. W celu prawidłowego obliczenia ludności, podług Jansona, konieczne są stałe spisy ludności, które mają to znaczenie, iż dają materiał dla określenia liczby ludności stałej lub faktycznej w okresie pomiędzy dwoma spisami ludności.

Na chorobowość ludności i jego śmiertelność ma wpływ cały kompleks warunków socjalnych, zależnych od zawodu, pracy i przynależności do tego lub innego stanu, któremu odpowiada i pewien określony rodzaj pracy. W statystyce sanitarnej należy więc zwrócić uwagę na podział ludności podług stanu i podług zajęć.

Wielkie znaczenie ze względu sanitarnego i ekonomicznego ma podział ludności według płci i wieku. Zwrócić tu należy uwagę na liczbę zdolnych do pracy (od 15 do 50 lat) w stosunku na tysiąc całej ludności. Przy studjowaniu szerzenia się chorób wenerycznych i prostytucji ma duże znaczenie liczba nieżonatych, niezamężnych i wdów.

Nie małe znaczenie w statystyce sanitarnej ma rasowy i wyznaniowy podział ludności. Właściwości rasowe, wypływające ze wspólności języka, religii, kultury i przyzwyczajzeń mają wielki wpływ na dynamikę ludności i przy studjowaniu ruchu ludności „enmasse” należy przyjąć pod uwagę liczbę oddzielnych narodowości.

Z punktu widzenia sanitarnego należy zwracać uwagę nie tylko na ogólną śmiertelność, lecz i na śmiertelność podług wieku i płci. Podług miesięcy roku śmiertelność zależy od właściwości klimatu i od wpływów meteorologicznych.

Przy studjowaniu przyczyn ruchu ludności główne miejsca zajmuje badanie śmiertelności. Wahania śmiertelności wskazują na ogólny stan sanitarny ludności danej miejscowości i są wskaźnikiem stanu zdrowia publicznego. Podług liczby skonów można do pewnego stopnia mieć pojęcie o liczbie zachorowań, lecz statystyka skonów tylko wtedy może mieć pewne znaczenie, jeżeli przyczyna śmierci bywa ustalona przez lekarzy. Statystyka Europy zachodniej jest głównie oparta na badaniu przyczyn śmierci, gdyż tam jest wymagane ustalanie przyczyny śmierci przez lekarzy. W Rosji, gdzie tego obowiązku nie było, prawidłowa rejestracja wszystkich przypadków śmierci była tak nieznaczna, że podług otrzymanych z tej rejestracji danych nie można było wyprowadzić żadnych wniosków o chorobowości. Lecz w Rosji badanie chorobowości stało się możliwem dzięki istnieniu społecznej organizacji pomocy lekarskiej dla ludności. Taką organizacją była

ziemska medycyna z jej szerokimi zadaniami, z jej wielką dostępnością dla całej ludności.

Pierwszą instancją statystyczną był okrąg lekarski, a lekarz okręgowy był pierwszym rejestratorem chorobowości. Im więcej prawidłowa była sieć okręgów lekarskich, im mniejsze były okręgi, tem więcej ludność zwracała się do pomocy lekarskiej i tem dokładniej rejestracja obejmowała rzeczywistą chorobowość danego okręgu.

Ziemscy lekarze pierwsi zaczęli opracowywać masowe dane o chorobowości ludności, dzięki czemu powstało wiele cennych prac statystycznych w sprawie chorobowości. Przy opracowywaniu masowych danych o zachorowaniach w tych częściach Rosji, gdzie była wprowadzona ziemska medycyna, odkryta została zupełna prawidłowość i zupełna zgodność wyników badanych zjawisk. Masowe badanie zarejestrowanych zachorowań daje rzeczywiste wyobrażenie o istniejącej chorobowości całej ludności, zamieszkującej na pewnym terytorjum.

Statystyka ogólnej chorobowości ma za podstawę liczbowy wykaz przypadków zachorowań ludności na wszystkie rodzaje chorób w miarę powstawania zachorowań i zarejestrowania ich przez lekarzy. Jednostką rejestracji jest każdy nowy przypadek zachorowania, który jeszcze nie był wprowadzony do ogólnego wykazu. Zasadniczym wzorem rejestracyjnym statystyki ogólnej chorobowości ludności jest kartka nowego zachorowania (pierwszego zwrócenia się z pewną chorobą do lekarza). W karcie tej są następujące rubryki: pleć, która wizyta? (pierwsza czy powtórna), adres ambulatorjum, gdzie chory podlegał oględzinom, data wizyty chorego (rok, miesiąc i dzień), nazwisko i imię chorego, miejsce zamieszkania, zajęcie, gdzie pracuje? (u siebie w domu, w fabryce, na kolei żelaznej i t. p.), jak dawno jest chory, nazwa choroby.

Od 1910 r. w ziemstwie Moskiewskim ogólne i pełne badanie chorobowości ludności dokonywało się nie corocznie, lecz co 10 lat, dział chorób epidemiczno-zakaźnych opracowywał się stale corocznie. Corocznie prowadził się również wykaz ogólnej chorobowości ludności (liczba wszystkich zachorowań w powiatach). Oprócz tego stale opracowuje się zebrany materiał z dwóch następujących względów: a) wybór miejscowości, w obrębie których znajdują się szpitale i gdzie ludność ma zapewnioną bliską i dostępną pomoc lekarską, daje możliwość odnalezienia kryterjum rzeczywistej chorobowości ludności danej gubernji i pewnych oddzielnych miejscowości; b) różnica grup ludności podług zawodu i miejscowości staje się niezbędnym momentem początkowym w procesie odnajdywania zależności pomiędzy rodzajem choroby, a warunkami pracy zawodowej. Pod nazwą zawodu należy rozumieć zajęcie, które służy za główne źródło dochodu dla danej osoby i któremu ta osoba poświęca większą część swojej działalności. Rejestrować należy nie wszystkie rodzaje zajęcia danej osoby, lecz jedno główne zajęcie. Celem dokładnego określenia detalicznego zawodu należy oznaczyć nie tylko nazwę produkcji tej fabryki, na której pracuje chory, lecz i wskazać oddział tej fabryki. Lekarz sanitarny Moskiewskiego ziemstwa gubernjalnego Bogosłowski wydał książkę „Systematyka klasyfikacji zawodowej”. Jest to książka jedyna nie tylko w rosyjskiej, lecz i w światowej literaturze. Jest to podręcznik usystematyzowanego miano-

wnictwa rozmaitych zawodów i przedsiębiorstw wytwórczych przetwarzających, przerabiających, handlowych i innych z ich charakterystyką pod względem sanitarnym.

Bez wątpienia badanie statystyczne w zakresie pracy zawodowej daje wytyczne punkty dla określenia, jaki wpływ wywiera praca zawodowa na człowieka. Oprócz znaczenia klinicznego — szerzenia się chorób zawodowych wśród klas pracujących, badania te mają doniosłe znaczenie przy rozstrzyganiu takich praktycznych zagadnień, jak odpowiedzialność przedsiębiorców za choroby zawodowe robotników, państwowe ubezpieczenie robotników od ryzyka zawodowego i t. p. Tylko statystyka chorobowości pracy zawodowej może nam dać naocznie w cyfrach obraz rzeczywistej chorobowości ludności robotniczej. Zwrócić należy jeszcze uwagę na rodzinno-indywidualną kartę rejestracyjną, która się prowadzi w wielu lecznicach gubernji moskiewskiej. Rosyjski statystyk dr. Kurkin tak określa znaczenie tej rejestracji: „Indywidualno-rodzinna rejestracja chorych kryje na swych stronicach odpowiedzi na wiele najwięcej głębokich i ciekawych pytań patologji ludności. Indywidualna chorobowość, recydywy, zarażanie się lub dziedziczenie chorób w rodzinie, zależność zachorowań od budżetu rodziny, od zabezpieczenia ilością ziemi, od dostatku ekonomicznego, od warunków pracy zawodowej, wpływ alkoholizmu, syfilisu, gruźlicy i chorób umysłowych w oddzielnych rodzinach i w szeregu pokoleń — wszystkie te i wiele innych bardzo ważnych tematów patologji ludności bez wątpienia znajdą w przyszłości dane dla swego naukowo dokładnego rozwiązania w materiałach statystycznych, zawartych w kartach indywidualno-rodzinych, prowadzonych przez ziemskich lekarzy okręgowych.”

Dzięki kartom indywidualnym zachorowań jest możliwem opracowanie ogromnego materiału statystycznego w rozmaitych kierunkach: w celu zbadania charakteru panujących chorób, szerzenia się ich w pewnych zaludnionych miejscowościach, w celu określenia chorób rozmaitego typu, chorób pewnego wieku i chorób zawodowych, w celu ustalenia pewnych praw szerzenia się chorób zakaźnych. Wreszcie wielkie znaczenie ma podział chorobowości jak ogólnej tak i epidemicznej według pór roku, jak również według płci i wieku.

U nas w Polsce dotychczas nie prowadzi się statystyki ogólnej chorobowości. Ze względu na ważne jej znaczenie należy, jak można najprędzej przystąpić do wprowadzenia statystyki ogólnej chorobowości, co jest zupełnie możliwe przy rozszerzeniu się działalności Kas Chorych, do których należy bardzo znaczna część ludności.

Na zakończenie pozwolę sobie treściwie przedstawić, jak się prowadzi statystyka sanitarna w Warszawie w Dozorach Sanitarnych, Wydziale Zdrowia Publicznego, Wydziale Statystycznym, szpitalach i w Wydziale Szpitalnictwa.

W Dozorach Sanitarnych odbywa się początkowa rejestracja chorób zakaźnych. Lekarz sanitarny otrzymuje zawiadomienia o powstałych w jego okręgu chorobach zakaźnych lub o podejrzeniu co do takowych od lekarzy, felczerów, otoczenia chorego bezpośrednio lub pośrednio przez wydział zdrowia, Komisarjat P. P. i t. p. Każde zawiadomienie zapisuje się do księgi. Lekarz sanitarny bada każdy przypadek choroby zakaźnej i wyniki tego badania spisuje na karcie, której wzór jest ustalony przez Wydział

Zdrowia. Odpis tego blankietu przesyła się niezwłocznie do wydziału, a oryginał pozostaje w dozorze. Oprócz tego w dozorze sanitarnym prowadzi się kartoteka chorób zakaźnych i skorowidz alfabetyczny chorych na choroby zakaźne. Kartoteka chorób zakaźnych polega na tem, że każdy dom zamieszkały ma oddzielną kartkę, do której wpisuje się w chronologicznym porządku każdy ustalony przypadek choroby zakaźnej. Kartki te są ułożone podług ulic i №№ domów. Kartka ma następujące rubryki: nazwa ulicy, Nr. domu, nazwa choroby, nazwisko i imię chorego, wiek, Nr. lokalu, data zameldowania o chorobie.

W biurze statystycznym przy wydziale zdrowia prowadzi się statystyka chorób zakaźnych.

Wydział Zdrowia otrzymuje codziennie z każdego szpitala wykazy imienne chorych, dotkniętych ostreми chorobami zakaźnymi, umieszczonych w szpitalu i wykaz liczbowy ruchu chorych zakaźnych w szpitalach jak również wyniki badań przypadków chorób zakaźnych przysyłanych przez lekarzy sanitarnych. Na zasadzie otrzymanych wykazów i wyników badania przypadku choroby zakaźnej sporządza się codzienny wykaz imienny chorych na choroby zakaźne, w którym zamieszcza się z wykazów szpitalnych tylko chorych z ustaloną ddiagnozą, a z wyników badania tylko tych chorych, którzy z ustaloną ddiagnozą pozostali na kuracji w domu. Oprócz tego każdy chory zostaje zapisany na oddzielną kartkę, dla każdego rodzaju choroby są kartki innego koloru. Kartki te układają się podług okręgów, a w każdym okręgu podług ulic. Kartka posiada następujące rubryki: nazwa choroby, data zachorowania, okręg, nazwa ulicy, Nr. domu, Nr. mieszkania, imię i nazwisko, wiek, zajęcie, płeć, wyznanie, czy leczy się w domu? czy skierowany do szpitala? data otrzymania zawiadomienia, od kogo otrzymano zawiadomienie. Wyniki badań przypadków chorób zakaźnych układają się podług nazwy choroby i odnośnych okręgów w chronologicznym porządku. Codziennie sporządza się wykaz liczbowy ruchu chorych zakaźnych w szpitalach miejskich podług szpitali i podług chorób. Oprócz tego Wydział sporządza tygodniowe wykazy liczbowe przypadków chorób zakaźnych podług chorób, okręgów sanitarnych, płci i wyznania, także same miesięczne i roczne, jak również miesięczne i roczne wykazy chorób zakaźnych podług wieku. W wydziale opracowuje się również statystyka skónów wskutek choroby zakaźnej. Na zasadzie przysyłanych przez wydział statystyczny imiennych tygodniowych wykazów zmarłych sporządzają się wykazy skónów wskutek chorób zakaźnych miesięczne i roczne podług chorób, wieku, płci i wyznania.

Wydział Statystyczny Magistratu m. st. Warszawy prowadzi jeden z głównych działów statystyki sanitarnej—statystykę ruchu naturalnego ludności (urodzenia, małżeństwa, skóny). Wydział statystyczny powinien otrzymywać od urzędów stanu cywilnego wypełnione kartki indywidualne dla każdego z faktów ruchu naturalnego. Kartki te wydział otrzymuje od świeckich urzędników stanu cywilnego—dla wyznań niechrześcijańskich, lecz duchowni urzędnicy stanu cywilnego nie spełniają tego rozporządzenia i przysyłają tygodniowe wykazy urodzeń i małżeństw. W wydziale dane z wykazów spisują się na kartki. Lecz co się tyczy urodzenia, to w wykazach tych jest zarejestrowany zwykle obrząd religijny (chrzest), a nie fakt na-

turalny (urodzenie). Od urodzenia do sporządzenia aktu chrztu często upływa, zwłaszcza w miastach, bardzo znaczny przeciąg czasu, co uniemożliwia prawidłowe zestawienie perjodyczne urodzeń. W celu uregulowania rejestracji urodzeń do czasu wprowadzenia świeckich urzędów stanu cywilnego na obszarze całej Rzeczypospolitej, o czym umotywowany wniosek przedstawi na Zjeździe prof. Limanowski, należy uważać każdego nowonarodzonego za nowego lokatora, który podlega meldunkowi i zobowiązać rządców domu do rejestracji nowonarodzonych nie na kartkach meldunkowych, lecz na kartkach urodzenia. Co się tyczy rejestracji skonów, to rejestracja ta dokonywa się na zasadzie świadectwa śmierci, wydawanego obowiązkowo przez lekarza, świadectwa te przesyłane są przez urzędy stanu cywilnego do wydziału statystycznego. Wzór świadectwa śmierci jest opracowany przez wydział statystyczny. Wydział statystyczny opracowuje stale wykaz skonów podług przyczyn śmierci, wieku zmarłych, płci i wyznania. W wykazie tym jest zastosowane mianownictwo przyczyny śmierci, opracowane przez wydział statystyczny na zasadzie nomenklatury międzynarodowej Bertillona (skrótowej) z załączeniem odnośnej numeracji podług tej ostatniej. Wydział statystyczny wydaje biuletyn tygodniowy, miesięcznik i rocznik statystyczny.

Statystyka szpitalna prowadzi się w szpitalach i w Wydziale Szpitalnictwa. Wzory kart rejestracyjnych statystyki szpitalnej są wprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia i są ujednolajnione dla wszystkich szpitali. W każdym szpitalu oprócz księgi głównej prowadzą się następujące karty rejestracyjne, wykazy i sprawozdania: sprawozdania dzienne ruchu chorych, wykaz miesięczny ruchu chorych oddziałowy, wykaz miesięczny ruchu chorych w całym szpitalu, wykaz chorób w szpitalu miesięczny — roczny, wykazy codzienne: imienny chorych zakaźnych i ruchu chorych zakaźnych, karta choroby i karta wypisowa w dwóch kolorach dla każdej płci. W wydziale szpitalnictwa opracowują się tylko liczbowe wykazy ruchu chorych, w szpitalach: miesięczny i roczny.

Wnioski.

1. Początkowa rejestracja statystyczna powinna być prowadzona przez lekarza.
2. Powinien być wprowadzony kartkowy system rejestracji skonów, urodzeń i małżeństw oraz zachorowań.
3. Powinna być uregulowana rejestracja nowonarodzonych przez zobowiązanie rządców domu do prowadzenia kartek urodzenia.
4. Należy przystąpić do wprowadzenia statystyki chorobowości ogólnej.
5. Mianownictwo chorób, wzory kartek rejestracyjnych, sprawozdań statystycznych powinny być ujednolajnione dla całej Polski.

Dyskusja po ref. Dr. Ciaglińskiego i Dr. Heftlicha.

Prof. Janiszewski z Krakowa mówi o organizacji statystyki sanitarnej w Krakowie. Na poczcie znajduje się skrzynka, przeznaczona na karty z zawiadomieniem o wypadkach chorób zakaźnych, z której 3 razy dziennie wyjmuje się korespondencję. Treść jej wciąga się natychmiast

do książki. Świadcstwa śmierci wydają lekarze okręgowi, których jest 12, na podstawie informacji lekarzy ordynujących. 37% wszystkich rozpoznai przyczyny śmierci opiera się na autopsjach. Lekarz powiatowy powinien mieć możność prowadzenia pewnej statystyki, a oglądacze zwłok, rekrutujący się na wsi z pomiędzy laików, winni by poprzednio mieć możność nabycia odnośnych kwalifikacji. Kartki z pytaniami w sprawie oględzin pośmiertnych ułożone są według 2 schematów — dawnego austriackiego i schematu Bertillona, zmodyfikowanego przez mówcę. Co się tyczy oglądania zwłok przez nielekarzy, trudno jest znieść to odrazu w dzisiejszych warunkach.

Dr. major Szulc. Najważniejszym materiałem dla statystyki chorobowości są oryginały kartek statystycznych i te powinny być przesyłane do centralnego biura po wykorzystaniu ich przez lekarzy powiatowych i wojewódzkich dla celów administracji lokalnej, a nie pozostawać w powiatowych urzędach zdrowia, jak dotąd. W kwestionariuszach statystycznych należy umieszczać tylko najważniejsze i proste pytania, które mogą być opracowane przez Urząd Statystyczny obecnie, a pomijać te pytania, które są obliczone na to, że będą wyzyskane kiedyś przez przyszłe pokolenia.

Dr. Ryder. Braki naszej statystyki sanitarnej są znane. O gruźlicy lekarze często nie donoszą, pomieszczając ją pod innemi rubrykami, np. Zapalenia płuc. Ministerstwo Zdrowia powinno opracować w tej kwestii właściwe przepisy i jaknajprędzej zastosować je w praktyce.

Dr. Pełczyński. Pośmiertne oględziny na wsi dają często zupełnie błędne informacje. Odpowiedniego kontyngensu oglądaczy mogliby dostarczyć nauczyciele ludowi.

Dr. Garbaczewski z Lublina. Dla szybkiego polepszenia statystyki zgonów na wsiach, trzeba wprowadzić wykłady higieny jako przedmiot obowiązkowy w Seminarjach Duchownych i nauczycielskich. Nie każda gmina może posiadać lekarza, lecz nauczyciel lub ksiądz, obeznany z higieną, może choć w przybliżeniu wypisać przyczynę śmierci na akcie zejścia. Były wypadki w Lubartowskiem, że zmarli na wodną puchlinę byli wpisani do rubryki z nazwą „wodowstręt” w kartach statystycznych.

Dr. Starzyński z Łódzkiego sejmiku. Powiat Łódzki nie posiada jakichkolwiek wiarogodnych danych statystycznych, niema nawet dokładnej statystyki jaglicy, chociaż powiat Łódzki jest najbardziej tą chorobą obciążony. Komisje poborowe przy odpowiedniem postawieniu sprawy mogłyby również dostarczyć pewnych danych statystycznych.

Dr. Burzyński (Włocławek). Wartość statystyki zależy od sposobu jej przeprowadzenia. Na prowincji tymczasem niema mowy o prawidłowem jej działaniu. W Komisjach poborowych sprawa ta również nieszczególnie stoi. W sprawie tajemnicy lekarskiej (np. co się tyczy chorób wenerycznych) lekarz stosować się musi do publiczności.

Dr. Ciągliński (Warszawa). W sprawie tajemnicy lekarskiej, w Niemczech np. zgłaszają choroby weneryczne. Co się tyczy oględzin pośmiertnych, to mówca obstaje przy zdaniu, wypowiedzianem w referacie, uważając, że lepiej mieć szczupły, ale zato wiarogodny, niż obszerny, ale niepewny materiał. To też diagnozy, stawiane przez oglądaczy zwłok, nie powinny zdaniem mówcy wchodzić do statystyki.

Dział II. Choroby Zakaźne.

Dr. JULJUSZ MALECIŃSKI.

Zwalczanie chorób zakaźnych w b. Kongresówce i podstawowe zadania samorządów miejskich w tej walce.

Druga połowa wieku XIX, epoka wielkich, opartych na ścisłej podstawie przyrodniczej odkryć w dziedzinie nauk lekarskich wogóle, a w szczególności, w dziedzinie higieny publicznej, etiologii i epidemiologii chorób zakaźnych, wytworzyła w całej Europie zachodniej silną dążność w kierunku polepszenia zasadniczych warunków sanitarnych ludności, zwróciła baczną uwagę rządów i samorządów państw zachodu na niezmierną doniosłość spraw ochrony zdrowia publicznego w ogólnej gospodarce narodowej. I od tej chwili nie żałowano na zachodzie wydatków na inwestycje sanitarne (wodociągi, kanalizację, szpitale, kąpieliska ludowe i t. p.), zrozumiano albowiem, iż państwu nie wolno marnować rozrzutnie istnień ludzkich, z których każde jest wytwórcą bogactwa narodowego i że nie ma tak wielkich wydatków pieniężnych, których nie należałoby ponieść, aby liczbę ofiar zmniejszyć. Przeprowadzenie tych zasadniczych inwestycji sanitarnych, oraz udostępnienie szerokim warstwom ludności pomocy lekarskiej, wydało pożądane owoce: liczba zgonów wogóle i w szczególności z chorób zakaźnych w miastach Europy zachodniej znacznie się zmniejszyła, ogólny stan zdrowia mieszkańców znakomicie się poprawił; w Anglii np. procent śmiertelności ogólnej w roku 1847 wynosił — 25,7 na 1000, w roku zaś 1896 (po wprowadzeniu aktów zdrowia publicznego z r. 1848 i 1875) spadł do 17,1 na 1000, co stanowiło dla Anglii utrzymanie przy życiu 2,000,000 ludzi; tyfus, który poprzednio pobierał w Anglii znaczny haracz, znikł prawie zupełnie; w Brukseli odsetek zgonów z chorób zakaźnych w r. 1873 wynosił 53,2 na 10,000 m., w roku zaś 1899 na skutek przeprowadzenia inwestycji sanitarnych spadł do 8,7 na 10,000 ludności; Dublin wydał na zarządzenia sanitarne pół miliona funtów, lecz na skutek tego śmiertelność ogólna spadła z 32-ch do 26-ciu na 1000, a z chorób zakaźnych z 5,2 do 2,8 na 1000; przykład dobroczynnego wpływu zarządzeń sanitarnych mamy i w stosunkach w Warszawie: podczas gdy śmiertelność z tyfusu brzuszego wahała się w Warszawie przed zaprowadzeniem wodociągów i kanalizacji między 63 i 104 wypadkami śmierci na 100,000 ludności, po zaprowadzeniu tych urządzeń waha się od 10-ciu do 20-tu przypadków śmierci rocznie w stosunku do 100,000 ludności; śmiertelność zaś ogólna obniżyła się z 22,25 do 19,9.

Lecz w tej części Polski, którą los fatalny na całe lat 100 przykuł do państwa rosyjskiego, za wyłączeniem jednej jedynej skanalizowanej Warszawy, nie zrobiono w tym okresie prawie nic w kierunku polepszenia nad wyraz opłakanych i nadzwyczaj podatnych do rozwoju wszelkich epi-

demji, stosunków zdrowotnych ludności; stuletni okres rządów biurokracji rosyjskiej powstrzymał rozwój kultury naszego narodu we wszystkich dziedzinach jego życia, w szczególności zaś w dziedzinie higieny publicznej. Mijały dziesiątki lat, a Polska pod zaborem rosyjskim nie brała udziału w pochodzie cywilizacyjnym świata, a traciła to, co posiadała, cofała się, gdyż rząd rosyjski nie tylko że sam nie troszczył się wcale o podniesienie kultury kraju, o zdrowie moralne i fizyczne jego ludności, lecz przeciwnie deprawował ją, dusił z całą bezwzględnością wszelką w zakresie tych spraw akcję społeczną, uważając ją za zamach na swój autorytet, na swoją władzę. Władza zaś, której poruczona była sprawa ochrony zdrowia publicznego, spoczywała całkowicie w rękach administracji rosyjskiej, ostatecznym i decydującym organem której, w zakresie lokalnych spraw zdrowia publicznego, był rewirowy w miastach i strażnik ziemski na wsi.

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (Polskie Ministerjum Zdrowia za czasów rosyjskich), które długo i natrączywie kołatało o swe zalegalizowanie, było dla Polski w zaborze rosyjskim jedyną instytucją, która starała się wszelkimi środkami organizować społeczeństwo w kierunku zrozumienia doniosłości spraw higieny publ., lecz i jej działalność natrafiała na nieprzewidywane przeszkody i szykany ze strony panującej w Polsce biurokracji rosyjskiej. Dzięki takiej akcji „opiekuńczego rządu” miasta nasze i miasteczka pozbawione są najprymitywniejszych urządzeń sanitarnych, a nieuświadomiona ludność nie przestrzega najelementarniejszych przepisów higienicznych. Obrazy stanu sanitarnego naszych miast i miasteczek, kreślone przez d-rów: Grodeckiego, Michałowskiego, Jarosińskiego, Podolskiego i innych są okropne: „Żyjemy tu, jak azjaci (pisze o Żelechowie dr. Michałowski), grzęznąc w błocie i trując się zepsutem powietrzem i wodą zakażoną w studniach; rynek przesiąkły gnojem i moczem, pokryty ekskrementami, wyrzucanemi z sąsiednich domów, jest miejscem, gdzie bawią się roje dzieci.” „Studnie publiczne (pisze dr. Grodecki) o ile istnieją—funkcjonują źle, woda w nich nie odpowiada wymaganiom higienicznym; na 134 studnie w Kaliszu, w 30-tu tylko woda zdatna do picia; w połowie domów brak ustępów, śmiecie i zawartość nocników wyrzuca się na podwórze a często i na ulicę (dr. Klarne); straganiarka sprzedaje mleko z bańki zatkanej wiechciem z brudnej słomy, masło owinięto zanieczyszczoną pieluszką. Dr. Polak, przeglądając budżety naszych miast i miasteczek z okresu ostatnich lat okupacji rosyjskiej stwierdza, iż rubryka wydatków na tak zwane „porządki miejskie” była wprost znikomą, od 100 do kilku tysięcy rubli; ze 105-ciu miast zaledwie 39 posiadało lekarzy miejskich; całe lecznictwo dzierżył w swem ręku felczer, znachor, owczarz lub babka; z 84-ch powiatów w b. Kongresówce w 29-ciu nie było wcale szpitali, a mieszkało tam 2 i pół miliona ludzi (dr. Męczykowski); w 1910 roku na 10,000 mieszkańców przypadało w b. Kongresówce niespełna 6 łóżek, a odliczywszy Warszawę i mając na uwadze tylko prowincję, 3 łóżka—na 10,000 mieszkańców.

Wszystko, co przytoczyłem powyżej, dostatecznie wyjaśnia, iż b. Kongresówka była nadzwyczaj podatnym terenem niewygasających epidemji tyfusów, ospy, czerwonki i innych ostrych chorób zakaźnych, nie mówiąc już o szerzącej się w zastraszający sposób gruźlicy i jaglicy. Z tego rów-

nież, co powiedziałem, jest zupełnie zrozumiałem, iż o jakiegokolwiek walce z temi plagami społecznymi w okresie rządów rosyjskich w naszym kraju mowy być nie mogło. Artykuł 740, 741 Ustawy Policyjno-Lekarskiej wkładał wprawdzie na właściciela domu, hotelu, zakładu leczniczego oraz personel lekarski obowiązek meldowania władzy administracyjnej o każdym wypadku choroby epidemicznej: gorączki plamistej, ospy i t. p., przepis ten jednakże był papierowy, bardzo rzadko przestrzegany, jako bezcelowy, nie powodujący żadnych jakichkolwiek zarządzeń, zmierzających do umiejscowienia zarazy, gdyż władze nie posiadały w swem rozporządzeniu żadnych urządzeń, niezbędnych dla podjęcia walki z epidemią: szpitali dla zakaźnych, domów izolacyjnych, aparatów i środków dezynfekcyjnych, kąpielisk i t. p. Epidemje usunąwszy z powierzchni ziemi jednostki nieodporne, a uodporniejszy pozostałych przy życiu, naturą rzeczy wygasaly na czas pewien, by po drzemce rozpocząć nową akcję zniszczenia; zwiększała się periodycznie liczba mogił na cmentarzyskach, liczba ślepych i oszpeconych po ospie, a naczelnik powiatu raportował gubernatorowi, epidemia opanowana, wszystko w porządku. Nad wyraz godną politowania w tej akcji była rola lekarza powiatowego, ewentualnie lekarza miejskiego; najlepszy, najlepszymi chęciami dobra publicznego, ożywiony człowiek, obejmując stanowisko lekarza powiatowego, czy też miejskiego opuszczał je wkrótce, widząc że jest bezradnym w środowisku, jakie go otaczało, lub, rezygnując ze swych aspiracji, przystosowywał się do panującej w tem środowisku atmosfery. Stan taki przetrwał aż do stycznia 1915 roku, kiedy to władze sanitarne rosyjskie, w osobie swych najwyższych przedstawicieli, stwierdziwszy fatalny i nadzwyczaj podatny do wybuchu epidemji grunt w naszym kraju, w trosce nie o nas, lecz o swą potęgę militarną zmuszone były odstąpić część swojej kompetencji w zakresie spraw ochrony zdrowia publicznego żywiolom społecznym t. zw. obywatelskim komitetom sanitarnym. Zadania tych komitetów polegały na wyjaśnieniu istniejących warunków sanitarnych i określeniu niezbędnych zarządzeń, dotyczących zapobiegania i zwalczania chorób epidemicznych. Działalność komitetu zaznaczyła się b. dodatnio i zasługuje na najwyższe uznanie: przyczyniła się bowiem skutecznie do tłumienia epidemji i popularyzując wskazania zdrowotne, organizując pomoc lekarską, szpitale epidemiczne, baraki, kolumny dezynfekcyjne, kąpieliska i t. p. Ewakuacja okupantów rosyjskich i zajęcie kraju przez Niemców i Austriaków, dała nam możność praktycznego poznania ich metod walki z epidemjami. Bezpośrednio po wkroczeniu wojsk niemiecko-austriackich na teren b. Kongresówki, nastąpił cały szereg zarządzeń sanitarnych, dotyczących zwalczania chorób epidemicznych, jak: powszechne szczepienie ospy pod przymusem, posuniętym aż do pozbawienia kart żywnościowych, meldowanie, pod rygorem solidarnej odpowiedzialności obywateli, o przypadkach zachorowań, izolowanie chorych i otoczenia, oraz odwszawianie i dezynfekcja przy udziale policji i żołnierzy i t. p. Wszystkie te zarządzenia miały charakter brutalny, obrażający godność ludzką i przeprowadzane były pod terrorem; lekarz powiatowy niemiecki spełniał rolę wszechwładnego naczelnika policji, karał, więził lecz nie uświadamiał. Ludność starała się wszelkimi sposobami ukrywać chorych, uciekać od kąpeli, do której pędzili ją żołnierze i policjanci zaopatrzeni w szpicruty;

chorzy przy 40^o gorączki tyfusowej ukrywali się podczas zimy w piwnicach, chlewach, stodołach. Sama zaś organizacja sanitarna b. szwankowała: lekarzy mało, dużo personelu pomocniczego, składającego się z felczerów, kiepsko wyszkolonych sanitarjuszy, ludzi przeważnie o niskim poziomie moralnym, wyzyskujących swe stanowisko dla celów osobistych; naprędce zorganizowane urzędy sanitarne nie zawsze odpowiadały swemu przeznaczeniu, a często nawet wzbudzały odrazę: domy izolacyjne mieściły się w ciasnych nieopalanym norach, kąpieliska w brudnych mykwach żydowskich, szpitale pozbawione były wszelkich wygód; wygłodzeni izolowani wałęsali się często po mieście, żebrząc o kawałek chleba lub opłacając się sownie nadzorcy uciekali do domu. Bylibyśmy jednakże stronni, gdybyśmy nie stwierdzili, iż okres okupacji niemiecko-austriackiej nie zaznaczył się dość znacznym postępem w zakresie spraw dotyczących ochrony zdrowia publicznego: pozostawił on nam pewne urządzenia sanitarne, niezbędne przy zwalczaniu chorób epidemicznych, z których do dziś korzystamy; przeprowadzanie tylko, bądź co bądź celowej akcji w tym przedmiocie, miało charakter ostry, policyjny i nie odpowiadało zupełnie duchowi naszego narodu.

Przechodzimy teraz do właściwego mego zadania, do zobrazowania szerzenia się chorób epidemicznych i walki z nimi w odrodzonej niepodległej ojczyźnie, w granicach b. Kongresówki.

W roku 1919 zapadło na dur plamisty w b. Kongresówce 161.000 ludzi, w 1920 tylko 40.000, a w ciągu 3-ich pierwszych kwartałów roku ubiegłego 14.400; to poważne zmniejszanie się liczby przypadków tyfusu plamistego nie daje nam jednakże prawa sądzić, iż opanowaliśmy te plagi społeczne, jakimi są u nas choroby epidemiczne; opanowaliśmy w pewnym stopniu epidemję duru plamistego, lecz walka z chorobami zakaźnymi, tym groźnym naszym wrogiem, zaledwie rozpoczęta; wróg zaś ma silne oparcie w bardzo zaniedbanym stanie sanitarnym kraju i posiada licznych sprzymierzeńców wśród jego mieszkańców, którzy, w nieświadomości najelementarniejszych przepisów higienicznych, nie tylko nie współdziałają, lecz przeciwdziałają celowym zarządzeniom władz sanitarnych.

Niżej przytoczone dane statystyczne o przebiegu chorób epidemicznych w b. Kongresówce za ostatnie 3 lata wykazują, za wyjątkiem duru plamistego, przeciwko któremu skierowane były wszystkie wysiłki polskiej służby zdrowia, tendencję zwykłą, zagrażając nie w mniejszym stopniu niż tyfus plamisty naszemu istnieniu:

	Liczba zachorowań w r. 1919	w r. 1920	3 kwart. r. 1921
Dur plamisty	161,000	40,000	14,400
„ brzuszny	7,000	13,000	11,003
„ powrotny	1,200	3,300	3,310
Ospa	650	2,800	3,016
Czerwonka	4,800	10,500	5,450
Plonica	3,500	10,500	6,173

w ostatnim kwartale roku ub. i w styczniu roku bieżącego (szczegółowych danych cyfrowych za okres ten jeszcze nie zestawiono) stwierdzono w zwią-

ku z repatriacją i imigracją z Rosji powrotną falę tyfusu plamistego i bardzo znaczne nasilenie powrotnego oraz czerwonki; fala ta wznosi się szybko i zatacza coraz szersze kręgi.

Cyfry podane wyżej mówią same za siebie; choroby epidemiczne są i dziś jeszcze stałym gościem na terenie b. Kongresówki: nie mogliśmy albowiem nawet przy największej energii i najlepszych chęciach i dużych nakładach pieniędzy w ciągu krótkiego okresu naszego niepodległego bytu poprawić fatalnych skutków stuletniego, nie z naszej winy, zaniedbania w dziedzinie higieny publ., zupełnej beczynności w zakresie polepszenia zasadniczych warunków sanitarnych naszych miast i miasteczek oraz uświadomienia najszerszych warstw ludności o doniosłości przestrzegania zasadniczych wskazań zdrowotnych. Państwo Polskie zaraz, prawie od pierwszej chwili odzyskania swego samodzielnego bytu, niemal w rozgwarze walk o swe granice, zwróciło baczną uwagę na sprawy dotyczące ochrony zdrowia publicznego i powołało dla uregulowania tych spraw specjalne Ministerjum, które bezzwłocznie przystąpiło do organizacji państwowej służby zdrowia i opracowania prawodawstwa sanitarnego oraz podjęło doraźną akcję walki z szerzącym się groźnie w kraju durem plamistym i innemi chorobami zakaźnemi; tylko poszczególne samorządy (Warszawa, Łódź, Lublin, Białystok) ujęły ją w swoje ręce. Już w lipcu 1919 r. uchwalone zostały przez sejm: zasadnicza ustawa sanitarna, ustawa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych i ustawa o przymusowym ochronnym szczepieniu przeciwko ospie; dalej, celem skuteczniejszego prowadzenia walki z durem plamistym utworzony został centralny komitet t. zw. C. K. Dur, zadaniem którego było podjęcie akcji czyszczenia kraju (czyszczenie siedlisk ludzkich, urządzenie kąpielisk, kąpanie i odwszanie ludności, jej odzieży, pościeli, bielizny i t. p.). Po zwinięciu C. K. Duru dla zwalczania chorób zakaźnych powołany został Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do Spraw Walki z Epidemjami. Ujawszy narazie, silą konieczności całą akcję walki z chorobami zakaźnemi w swe ręce, rząd rozumiał jednakże, że sam nie jest w stanie skutecznie sprostać zadaniu i dał temu wyraz zarówno w zasadniczej ustawie sanitarnej jak i w ustawie w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych. Ustawy te w ogólnych zarysach rozgraniczają i określają zadania, obowiązki i prawa Rządu i Samorządu w dziedzinie zagadnień ochrony zdrowia publ.; w myśl tych ustaw Rząd ma prawo kontroli i inicjatywy oraz obowiązek pomagania Samorządom słabym finansowo i nie będącym w stanie podolać włożonym na nie przez te ustawy zadaniom; Samorządom przypada bezpośrednio wykonawstwo, w szczególności do Samorządu należy: piecza nad czystością powietrza, gleby i wody, zaopatrzeniem ludności w dobrą wodę, nad należytem usuwaniem nieczystości, nad osobistą czystością mieszkańców, współdziałanie przy zwalczaniu chorób zakaźnych, szczepienie ospy ochronnej, nadzór nad przestrzeganiem wszelkich przepisów sanitarnych, piecza nad zapewnieniem chorym należytej opieki lekarskiej, zakładanie i utrzymywanie niezbędnych dla tych celów urządzeń sanitarno-technicznych (szpitali, domów izolacyjnych, kąpielisk, lekarzy sanitarnych i t. p.); zarządy gmin miejskich, liczących więcej niż 25,000 ludności winny mieć własne szpitale dla chorych zakaźnych, domy izolacyjne i zakłady dezynfekcyjne. Ustawy te uzupełniają ar-

tykuł II Dekretu o samorządzie miejskim, na mocy którego do własnego zakresu działania gminy miejskiej należą wszystkie sprawy, dotyczące dobrobytu, kultury i zdrowia ludności, w szczególności zaś: ochrona zdrowia publ., zakładanie i utrzymywanie szpitali, urządzeń sanitarnych, wodociągowych, kanalizacyjnych, dostarczanie ludności zdrowych i tanich mieszkań.

Widzimy więc, iż Samorządom ustawowo nakreślony został b. szeroki plan działalności w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, plan, który ma na celu nie tylko tłumienie zła, które już powstało, lecz sięga do przyczyny złego, wskazuje akcję sanitarną, która może wytworzyć tak pomyślne warunki zdrowotne, w jakich to zło nie znalazłoby podatnego dla swego rozwoju gruntu.

Czy Samorzady nasze z całą energią przystąpiły już do nakreślonej przez ustawy akcji na tem, tak szeroko dla nich otwartem, a przez sto lat leżącym odłogiem, polu higieny publicznej? Stwierdzić należy niestety, iż rozwija się ona dość słabo i nietyle z braku funduszy ile z niedostatecznego zrozumienia jej doniosłości; Samorzady tolerują niekorzystne warunki zdrowotne, odmawiają na polepszenie ich kredytu lub przeznaczają na ten cel znikome sumy, słowem robią b. niewiele w kierunku zapobiegawczym. Nie widzimy również aby Samorzady nasze, za wyjątkiem kilku większych miast (Warszawa, Łódź, Lublin, Białystok, Włocławek), ujęły w swe ręce, a chociażby w dostatecznej mierze współdziałały z Rządem w samej akcji zwalczania tych plag społecznych, jakimi są choroby zakaźne ostre oraz stokroć od nich gorsza, brzemenna dziesiątkami tysięcy ofiar corocznie, gruźlica. Walkę dotychczas prowadzi głównie Rząd za pośrednictwem lekarzy powiatowych, którzy zaszczytnie pełnią swój obowiązek, stoją na wysokości zadania i wspomagani przez Naczelną Nadzwyczajną Komisarjat, robią wszystko co w istniejących warunkach i b. obszernym zakresie swych obowiązków zrobić można: kierują chorych zakaźnych do szpitala epidemicznego, lecz nie posiadają specjalnych do przewozu karetek, w szpitalach często brak miejsca, bo ich mamy za mało (w pow. Jędrzejewskim nie ma żadnego szpitala), wszystkiego na terenie b. Kongresówki około 120) w tem $\frac{1}{4}$ utrzymywana jest przez N. N. K., reszta przez sejmiki i gminy miejskie (na 6,500 łóżek, co w stosunku do blisko 10-ciomiljonowej ludności daje jedno łóżko mniej więcej na 1,500 mieszkańców; do ujemnych stron większości szpitali epid. prócz wielu innych należy zaliczyć brak chociażby prymitywnie urządzonej pracowni bakterjologicznej, wyniki badań której mają pierwszorzędne znaczenie i wpływ na kształtowanie się naszych zarządzeń w walce z chorobami zakaźnymi; izolują na czas dezynfekcji i obserwacji otoczenie chorych, lecz brak odpowiednio urządzonych zakładów często nie pozwala im przeprowadzić tego zabiegu racjonalnie; dezynfekują, czyszczą mieszkania w których zaszedł przypadek choroby zakaźnej, kąpią i odwszawiają ludność, o ile rozporządzają zakładami kąpielowymi, których brak jest powszechny; w roku 1920 na terenie b. Kongresówki odkażono 79,282 mieszkania, wykąpano i odwszono 409,711 osób, w roku 1921 — 102,72 mieszkania i 179,270 osób. N. N. K. zbudował 25 zakładów kąpielowych z komorą dezynfekcyjną, 35 kapitalnie odremontował, rozpoczęło budowę 30-tu. Samorzady w wydatkach, związanych z zaprowadzeniem tych urządzeń brały b. mały udział

(w poszczególnych gminach $\frac{1}{4}$ kosztów), często nie współdziałały, a przeciwdziałały. Nawet szczepienie ospy w b. wielu gminach przeprowadzają lekarze rządowi a nie samorządowi, bo ich tam niema, a są b. potrzebni, gdyż oni jedni, zwalczając choroby zakaźne, na podstawie zebranego materiału statystyki wykazaliby samorządom przyczyny ich powstania, wskazywali środki zapobiegania, przekonali o niezbędności przeprowadzenia planowej akcji w tym kierunku i prowadziliby szeroką propagandę postulatów higieny, jedną z najpotężniejszych akcji w walce z chorobami zakaźnymi.

Nie omawiając szczegółowo samej procedury walki z chorobami zakaźnymi, która opiera się zasadniczo na ustawie i różniczkuje w zależności od miejscowych warunków i reasumując wszystko co wyżej powiedziałem, należy stwierdzić:

1) iż choroby zakaźne ostre i stokroć od nich gorsza gruźlica, na terenie b. Kongresówki, szczególnie w miastach, pochłaniają bardzo wiele ofiar i osłabiają fizycznie i materialnie naród;

2) iż fatalne dziś jeszcze stosunki zdrowotne naszych miast i miasteczek sprzyjają nadzwyczaj rozwojowi tych chorób;

3) iż Samorządy miejskie dotychczas zrobiły bardzo niewiele w kierunku ich polepszenia, niedoceniając doniosłości spraw ochrony zdrowia publicznego i przeznaczając w budżetach swych na organizację i inwestycje sanitarne znikome, absolutnie nieodpowiadające potrzebom, sumy, — wobec czego zgłaszam następujący wniosek:

zważywszy, iż pięciza o ten nieoceniony skarb narodowy, jakim jest zdrowie ludności miejskiej, należy do najdonioślejszych obowiązków samorządów, — l-szy w odrodzonej ojczyźnie zjazd lekarzy i działaczyw sanitarnych miejskich uchwala zwrócić się do Zarządów i Rad 150-ciu gmin miejskich, które podlegają Ustawie o samorządzie miejskim z dn. 7 lutego 1919 roku z żądaniem:

1) aby sprawę polepszenia zasadniczych warunków sanitarnych ludności miejskiej uważały za swój najpierwszy i najdonioślejszy obowiązek,

2) aby na ten cel w budżetach swych wyznaczały znaczne sumy, które sownie się opłacą, zmniejszając liczbę zachorowań, śmierci, oraz podnosząc sprawność fizyczną i wytwórczość mieszkańców,

3) aby przystąpiły bezzwłocznie do organizacji miejskich wydziałów sanitarnych pod kierownictwem lekarza—higienisty we wszystkich gminach, które dotychczas tych wydziałów nie posiadają; zadaniem tych wydziałów winno być: a) szczegółowe wyświatlenie i zbieranie materiału dotyczącego stanu sanitarnego miasta, b) opracowywanie wniosków, dotyczących poprawy zasadniczych warunków zdrowotnych w miastach (zaopatrzenie w dobrą wodę, racjonalne usuwanie nieczystości, dostarczanie zdrowych mieszkań i t. p.) oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych (szpitale, kąpieliska, zakłady dezynfekcyjne i t. p.), c) nadzór sanitarny i walka z chorobami zakaźnymi, d) prowadzenie statystyki sanitarnej ze szczegółowem uwzględnieniem epidemiologii chorób zakaźnych ostrych oraz gruźlicy, jaglicy i chorób wenerycznych, e) szeroka propaganda zasad higieny publicznej za pomocą słowa, druku, pokazów i t. p.

4) aby zakładały przychodnie dla dotkniętych gruźlicą, jaglicą i chorobami wenerycznymi, a w miastach większych choćby najskromniejsze pracownie bakteriologiczne i badania produktów żywnościowych.

Dr. T. MAKOWSKI.

Zwalczanie chorób zakaźnych na Kresach Wschodnich.

Komitet organizacyjny Zjazdu polecił mi zreferować sprawę walki z epidemjami na Kresach Wsch. Jakkolwiek od 1¹/₂ roku mieszkam stale w Warszawie i mam tylko luźne dane o tem, co się obecnie dzieje na Kresach, jednakże uważając, że Kresy Wsch. w sprawie walki z epidemjami zasługują na szczególną uwagę, pozwałam sobie na zasadzie dawniejszego doświadczenia jako kierownik Wydz. Zdr. P. Zarz. Ziemi Woł. i frontu pod. głos w tej sprawie zabrać.—A na uwagę te kresy zasługują z wielu względów: 1) geograficzna pozycja, sąsiadująca z mało kulturalną, anarchistyczną Rosją, gdzie panoszą się i długo jeszcze panoszyć się będą różne epidemie 2) kraj kilkakrotnie zniszczony przez wojnę, kraj, gdzie i obecnie jeszcze część ludności mieszka w okopach; 3) kraj mało kulturalny z największą w Polsce liczbą analfabetów; 4) daleko odsunięty od centrum i często pozbawiony swego kulturalnego ośrodka (Żytomierz); 5) dalej zasługuje na uwagę ze względu na skład narodościowy — element polski jest tam względnie nieliczny; 6) na koniec ze względu na to, że kraj ten przed wojną posiadał Samorząd i Państwową organizację zupełnie odmienną od tych, które były w Kongresówce i innych dzielnicach Polski, i która zasługuje na specjalną uwagę.

Nie będę dowodzić ważności pierwszych, tu wymienionych względów, jest ona oczywista: Jeżeli my na sąsiadujących z Rosją Kresach, w znacznej ilości posiadłości, w których panuje—nędza, brudy i ciemnota, nie zastosujemy radykalnych środków, to zawsze będziemy tam mieli epidemiczne, podsycone ze wschodu źródła tyfusów i innych epidemij. To rzecz zupełnie jasna; jakież lekarstwo przeciw temu? Oczywiście przede wszystkim ekonomiczne podniesienie kraju i odbudowa jego. Nie może być zadaniem obecnego Zjazdu szczegółowe omawianie tej sprawy, ale musimy podkreślić całą jej doniosłość, ponieważ nie może być mowy o znośnym stanie sanitarnym tego kraju, póki warunki tam nie zmienią się na lepsze, a więc trudno mówić o zastosowaniu przy takich warunkach zapobiegawczej metody przy zwalczaniu epidemij. Prócz tego walka z chorobami zakaźnymi wogóle i zapobiegawcza w szczególności jest w ścisłej zależności od społecznej organizacji kraju, mianowicie od organizacji Samorządów, do których mogłyby się garnąć najkulturalniejsze elementy i które miałyby możność wyjawiać swoją inicjatywę i posiadały środki na urzeczywistnienie swych poczynań; nie do pomyślenia jest szczególnie przy naszych obecnych warunkach, skuteczna praca w kierunku podniesienia ogólnego dobrobytu i kulturalnego stanu kraju bez Samorządów. Obecnie nie tylko wsie, ale i miasta są pozbawione Samorządów i niema nadziei na rychłą ich ro-

ganizację — na przeszkodzie temu stoi tak zwana kresowa polityka. Nie możemy tu nic zaznaczyć, że polityka ta będzie nas z punktu widzenia lekarskiego — drogo kosztowała.

Ponieważ z wyżej przytoczonych względów nie możemy spodziewać się możliwości rychłego zastosowania w dostatecznym stopniu, gwarantującym odpowiedni skutek, metod zapobiegawczych, więc jedyną nadzieją musimy pokładać obecnie na walkę z już istniejącymi epidemjami. Wiemy, że walka ta polega na 1) rychłym konstatowaniu wszystkich, szczególnie 1-szych zachorowań epidem., 2) izolowaniu chorych, 3) odpowiedniej dezynfekcji i 4) uświadomieniu. Inaczej mówiąc polega na tem, żeby pomoc lekarska była dla wszystkich dostępną, cieszyła się zaufaniem ludności, żeby była dostateczna ilość łóżek w szpitalach, na koniec odpowiednie urządzenia dla dezynfekcji. Otóż pod tym względem wschodnie kresy są stosunkowo w dobrej sytuacji, ponieważ miały tak zwaną Ziemską Sanitarną organizację, która zapewniała całej ludności dostępną pomoc, miała dość znaczną ilość szpitali rozsiąanych po prowincji dość gęstą siecią, a więc także łatwo dostępną ludności i co bardzo ważne — była to organizacja, do której miejscowa ludność przywykła i miała zaufanie. Ponieważ większość członków zjazdu nie jest obeznaną z b. rosyjską Ziemską Sanitarną organizacją, to pozwolę sobie w krótkich słowach ją opisać: powiaty miały swoje Samorządy, tak zwane powiatowe ziemstwa; zjazd delegatów wszystkich powiatowych ziemstw (sejmików) stanowił okręgowy sejmik (Gubernjalne Ziemstwo). Jedną z najważniejszych funkcji wszystkich ziemstw, była organizacja lecznictwa i walka z epidemjami, które pochłaniały lwią część budżetu ziemstw. Sanitarna organizacja przedstawiała się w następujący sposób: powiat był podzielony na rejonów lekarskie, przyczem plan podziału na rejonów był opracowywany przez radę Sanitarną lekarską i dążył do tego żeby każdy rejon miał w promieniu nie więcej 7 — 10 wiorst. W każdym rejonie była przychodnia z apteką; dużo rejonów posiadało szpitale ogólne, infekcyjne oddziały, kamery dezynfekcyjne, — personel każdego rejonu składał się z 1—2 lekarzy i 2—4 felczerów i akuszerów. Rezerwy dla walki z epidemjami były przy Gubernjalnym Samorządzie, a więc personel epidemiczny, szpitale przenośne, kolumny dezynfekcyjne. Również w ręku Gubernjalnego Ziemstwa było ogólne kierownictwo walką z epidemjami, tam zwykle było dobrze postawione Sanitarne-Statystyczne biuro. Gubernjalne Ziemstwo utrzymywało w każdym powiecie specjalnego Sanitarnego lekarza, który był w powiecie fachowym kierownikiem akcji Sanitarnej. W razie epidemji w jednym z powiatów, Gubernjalne Ziemstwo niezwłocznie zarządzało odpowiednie środki; to wysyłało kolumny do gremjalnego szczepienia ospy, to personel medyczny w pomoc miejscowym lekarzom, to szpital i t. p. Wszystko zawsze robiło się w porozumieniu z miejscową organizacją. Dodać jeszcze należy, że cała pomoc lekarska była tam bezpłatną (porady lekarskie, lekarstwa, utrzymanie w szpitalu). Taką właśnie Ziemską Sanitarną organizację mieliśmy przed wojną na kresach. Jak widzą panowie, organizacja Ziemskiej medycyny była naogół dobrze pomyślaną. Muszę jeszcze zaznaczyć, że kierownictwo całej organizacji i akcji sanitarnej było w ręku rad Sanitarnych, w których brali udział wszyscy lekarze Ziemscy (rejonowi). Wojna i anarchja znacz-

nie zdemolowały na kresach Ziemską Sanitarną organizację: budynki nie remontowane, inwentarz szpitali często rozkradziony, szpitale i przychodnie źle zaopatrzone z powodu braku środków i t. d., ale pomimo to, cała organizacja przetrwała wojnę i anarchję i egzystuje do obecnej chwili. W większości rejonów pozostał personel i przychodnie funkcjonują.

Uważam, że dla walki z chorobami zakaźnymi winna być odpowiednio wyzyskana Ziemska medyczna organizacja, która przystosowała się do miejscowych warunków i do której ludność przywykła. Nie widziałbym potrzeby udzielania całej ludności wszelkiej pomocy bezpłatnie, ale pomoc ta winna być za dostępną cenę; bezpłatna pomoc winna być dawana infekcyjnym chorym i mieszkańcom rejonów, gdzie panuje głód i nędza. O ile mi wiadomo, sieć rejonów do pewnego stopnia podtrzymuje się i obecnie, ale środki asygnowane na tę sprawę są bardzo niedostateczne. Z braku Samorządów zarządza tą organizację urząd zdrowia.

Jeszcze kilka słów o działalności na kresach Nadzw. Komisarjatu dla walki z epid.: Zdawało mi się, że Nacz. Komisarjat przedewszystkiem postara się ożywić egzystujące na miejscu sanitarne organizacje — zapłodni je swoją inicjatywą i wesprze fachowym kierownictwem i materialnymi środkami. Bezsprzecznie tylko taka działalność mogłaby dać trwałe rezultaty. Niestety, 2 te organizacje N. Kom. i miejscowa, NB. z urzędnikami tegoż ministerjum na czele, działały i, o ile mi wiadomo i obecnie działają, każda na swoją rękę.

Wytworzyła się sytuacja tego rodzaju: wszystkie kredyty na walkę z epidemiami są w ręku Nadzw. Komisarza, a cały aparat sanitarny jest w ręku Urzędu Zdrowia. Ponieważ między temi 2-ma instytucjami niema ścisłej współpracy to w rezultacie Kom. Nadzw. ma środki, a nie ma ludzi do pracy, a Urząd ma ludzi, a nie ma środków.

Wogóle na terenie kresów jednocześnie funkcjonuje kilka organizacji z mniej więcej jednakowym zakresem działania i każda na swoją rękę (Urząd Zdrowia, N. N. K., Czerwony Krzyż, Amerykański czerwony krzyż, Urząd Emigrac., Repatriacja), każda ma swoją administrację i każda jest słabą w stosunku do wyłaniających się potrzeb i względnie bardzo drogo kosztuje. Niezbędną tu jest reforma w kierunku unifikacji władzy.

Muszę jeszcze zwrócić uwagę na jedną okoliczność, mianowicie na brak okręgowych naukowo postawionych laboratoriów dla rozpoznawania infekcji i wyzyskania materiału naukowego.

Dyskusja po referacie dr. Malecińskiego i dr. Makowskiego.

Dr. Wierusz z Poznania. Walkę z chorobami zakaźnymi w b. zaborze pruskim prowadzą Samorzady miejskie i powiatowe: państwowe organy tylko kontrolują. Powiaty małe, po trzydzieści do pięćdziesięciu tysięcy mieszkańców, podzielone na cały szereg obwodów, pod naczelnictwem komisarzy. Z góry przewidziane są przepisy specjalne w sprawie zwalczania wszelkich chorób zakaźnych. Lekarz powiatowy kontroluje ich wykonanie, sam wydając w razie potrzeby nieodwołne, obowiązujące zarządzenia. Każdy powiat posiada szpital z oddziałem zakaźnym, a poza tem w każdym obwodzie znajduje się dezynfektor. Zabór pruski posiadał dwa

instytuty higieniczne: w Gdańsku i Poznaniu. W Poznańskim czynne są kursy dla dezynfektorów. Obecnie środki, dostarczane przez Samorządy, są skąpe i sprawa ta wymaga jeszcze uregulowania. Lekarz powiatowy ma obowiązek osobistego odwiedzania chorych na trąd, tyfus wysypkowy, cholere, ospę i dżumę. W innych chorobach zakaźnych tylko pierwszego chorego. Wielkie epidemie zdarzają się rzadko. 1920 roku wybuchła w Strzałkowie cholera, którą umiejscowiono. Ospę zawleczono do Poznania 1919 r., ale opanowano ją dzięki przeprowadzeniu przymusowych, powtórnych szczepień. Czerwonka pojawiła się 1920 r., a zimnica 1921 r. Warunki higieniczne są lepsze, niż w innych częściach Polski. Miasta powyżej 10,000 mieszkańców posiadają kanalizację, a gminy—wodociągi. Z żalem stwierdzić należy, że ostatnimi czasy poziom sprawy zwalczania chorób zakaźnych nieco się obniżył. Kasy Chorych działają także po wsiach. Wszędzie wolny wybór lekarza, który winien od razu stosować odpowiednie środki ostrożności. Odpowiedzialność za stan zdrowotny powiatu ponosi starosta, lekarz powiatowy jednak jest mu współrzędny, tak, że możliwa jest wzajemna kontrola. Zwalczanie chorób o charakterze społecznym, np. gruźlicy, odbywa się w ten sposób, że lekarz ordynujący zgłasza odnośnie przypadki do komisarza, ten do powiatowego lekarza. W walce tej bierze też udział Kasa Chorych, która we własnym interesie stara się leczyć chorych na gruźlicę. Tow. Walki z Gruźlicą posiada własną lecznicę. Walkę z chorobami wenerycznymi prowadzi policja, oraz Tow. Eugeniczne. Wyposażenie powiatów w aparaty dezynfekcyjne niedostateczne, wskutek stopniowego ich niszczenia się. Zabór pruski przeprowadza dotychczas walkę z chorobami zakaźnymi o własnych siłach, zdaje się jednakże, że na przyszłość będzie potrzebował pomocy.

Dr. Legeżyński ze Lwowa. Szpitale Lwowskie należą do kraju, a ich oddziały zakaźne bywają stale bardzo przepełnione. Tyfusu plamistego przed wojną bywało mało, np. 22 przypadki w ciągu roku. Podczas wojny cyfry te gwałtownie wzrosły—np. 1919 r. było 2,338—1920 r. 229. Obecnie duru plamistego między miejscową ludnością prawie nie było. Natomiast ostatnimi czasy przybywa dużo repatriantów chorych lub zarażonych tą chorobą. Sprawa repatriacji była postawiona dotychczas niedostatecznie. Tak np. w grudniu r. zeszłego przybyło na dworzec kolejowy lwowski zupełnie niespodzianie 800 repatriantów. Władze rządowe zrzekły się wszelkiej ingerencji w tej sprawie, a rezultatem tego były 62 wypadki śmierci w ciągu pierwszych trzech tygodni pomiędzy repatriantami. Ostatecznie zając się ich losem musiało obywatelstwo lwowskie. Miasto podzielone jest na 6 do 7 okręgów, każdy z lekarzem i specjalnie wykształconym sanitariuszem. Walka z epidemiami skoncentrowana w fizykacie miejskim z osobną kancelarią i personelem lekarskim. Fizykat przyjmuje zgłoszenia o chorobach zakaźnych w dzień i w nocy. O ile zgłoszenie nastąpiło ze strony osoby prywatnej, to do chorego musi się udać osobiście lekarz dzielnicowy. Jeśli ze strony lekarza, to chorego przewozi się od razu do szpitala. W wypadkach, w których to zostanie uznane za rzecz nieodzowną, w razie oporu ze strony rodziny chorego, przewiduje się pomoc policji. W każdym razie wypełnia się dwa kwestjonariusze, z których jeden przez lekarza, drugi przez sanitariusza, z dołączeniem

planu mieszkania. Własnych szpitali miasto nie posiada. Posiada natomiast zakład dezynfekcyjny, co prawda prowizoryczny, nawet bez należytej izolacji. Szkołę dla dezynfektorów zorganizował referent, prócz tego miasto posiada 2 odwszalnie. Izolacja w szpitalach ograniczona.

Dr. Kon z m. Łodzi. Pracę w sprawie sanitarnej w Łodzi zapoczątkował dr. Trenkner. Obecnie miasto posiada szpital na 300 łóżek dla chorób zakaźnych w Radogoszczu, szpital Anny-Marji, miejski dom izolacyjny i dział przewozowy. Działa tam też Wydział Zdrowia, Komisja Lekarska i Delegacja przy Prezydium Magistratu. Przypadków duru plamistego było:

W roku 1918	1,787
„ 1919	1,651
„ 1920	683
„ 1921	368

W styczniu roku bieżącego było 39 przypadków; w tej liczbie 12-tu repatrjantów.

Dr. Bogucki z Warszawy. Rozwój chorób zakaźnych stoi w ścisłym związku z repatrjacją. Obecnie w całej Polsce mamy importowany do nas z Rosji przez repatrjantów dur plamisty, a sprawa ta na przyszłość przedstawia się jeszcze gorzej. Nie umiemy, czy nie chcemy działać w porę. Jeszcze w kwietniu i w maju roku ubiegłego zwracano uwagę Ministerstwa Zdrowia i Komisarjatu Nadzwyczajnego na niebezpieczeństwo, jakie nam grozi dzięki sąsiedztwu z Rosją i projektowanej repatrjacji. Już wtedy było widocznem, że punkty wymiany absolutnie nie są przygotowane do przyjęcia większej ilości uchodźców, że panuje tam chaos i brak planowości, a z istniejących czterech władz, każda działa na swoją rękę. Dziś wszystkie braki są bardziej widoczne. Widzimy, że lokale są zbyt ciasne i ludzie muszą siedzieć pod gołym niebem; niema wody ani w Baranowiczach, ani w Równem. W sierpniu, gdy w Baranowiczach zdarzyły się pierwsze wypadki cholery, zainteresowany w tej kwestji N. N. K. do walki z epidemjami zapewniał, że wszystko jest w porządku. Zdołano uspić opinię publiczną w kraju. Nawet specjalną komisję Ligi Narodów, wysłaną do zbadania sprawy na miejscu, umiano przekonać, że żadnych obaw o zanieśenie epidemji z Rosji niema. Tymczasem w samej stolicy już w listopadzie mamy dur plamisty o charakterze czysto przywozowym, w grudniu liczba przypadków duru plamistego wzrosła w Warszawie do 172, w czem 116 wypadków wśród repatrjantów, w styczniu zaś b. r. mamy 363 wypadki, pośród których 267 u przyjezdnych. Analogiczne zjawisko widzimy w całym kraju i niema żadnych widoków polepszenia się sytuacji, gdyż zasadnicze braki w urządzeniu punktów wymiany nie zostały usunięte. Obecnie istniejące punkty są stanowczo niewystarczające dla przyjęcia tak wielkiej liczby uchodźców, jaka przybywa stale. Bolszewicy to dobrze rozumieją i niekorzystną dla nas sytuację chcą wyzyskać w celach politycznych, chcą przekonać uchodźców, że sytuacja w Polsce jest gorsza niż w Rosji. Dla szybkiego i pomyślnego załatwienia tej kwestji, niezbędnem jest urządzenie całego szeregu punktów sanitarnych w pasie pogranicznym, by ludzie nie nocowali pod gołym niebem, lub w barakach bez

okien. Przy takich mrozach, jakie mamy w tym roku, ludzie znajdują się po parę dni, a przynajmniej po kilkanaście godzin, w wagonach zupełnie nie opalanych. Lekarze, przybyli z uchodźcami twierdzą, że w niektórych eszelonach przez cały czas podróży na terenie Rosji nie było ani jednego wypadku duru plamistego, tymczasem po przybyciu do baraków w Baranowiczach lub Równem znaczna ilość repatriantów zapadała na tę chorobę, bo baraki są zawzione. W barakach potworzyły się stałe miejscowe ogniska duru plamistego. Zło jest wielkie nie tylko ze względu na rozwój epidemii w kraju, lecz i ze względu na uświadomienie polityczno-społeczne repatriantów. Zgnębieni głodem, zmęczeni podróżą i gwałtem ze strony bolszewików, uchodźcy są przeczuleni i czasem może nadmiernie wrażliwi. My się jednak z tem liczyć musimy, jeśli chcemy patrzeć w przyszłość. Obowiązkiem naszym jest przekonać repatriantów na samym wstępie, że wracają oni do ziemi ojczyściej, to leży w naszym interesie, bo z pewnością większość ich będzie takimi polakami, jakimi ich uczyni wrażenie pierwszego spotkania.

Dr. Ostromecki. Do 1919 r. nie było w Białymstoku epidemii. Dopiero, kiedy zaczęli się pojawiać repatrianci, pojawił się też dur plamisty. W grudniu zanotowano 164 przypadki, z tego tylko 34 wśród ludności miejscowej. Zawleczono też inne choroby. N. N. K. założył w Białymstoku szpital dla zakaźnych na 500 łóżek. Jako ilustracja niedostatecznego funkcjonowania spraw repatriacyjnych może służyć fakt, że w partii repatriantów, przywiezionych z Baranowicz do Białegostoku w celu umieszczenia w szpitalu epidemicznym, znajdowało się zaledwie kilkunastu gorączkujących i to przeważnie gruźliczych. Wszyscy natomiast byli nadzwyczajnie wycieńczeni i okryci robactwem. Po co tych chorych, potrzebujących nie szpitala epidemicznego, lecz żywności, odzienia, przytułku i dezynsekcji, tam przywieziono, tego komendant pociągu nie umiał powiedzieć.

Dr. Garbaczewski z Lublina. Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Lublinie rozpoczęła się w kilka miesięcy po wybuchu wojny wszechświatowej. Najprzód grasowała tam oспа, następnie po zajęciu miasta przez wojska niemieckie, a potem austriackie, latem 1915 r. silna epidemia cholery. Wydział Zdrowia Publicznego składa się obecnie z 5 lekarzy (4 dzielnicowych i 1 naczelny). Obsługują oni ludność blisko stutysięczną. Miasto posiada dla chorych zakaźnych w szpitalu Jana Bożego 150 miejsc, w szpitalu żydowskim 40 do 50 i w szpitalu dziecięcym 60 do 80 dla szkarlatynowych. Przypadków duru plamistego zgłoszono w Wydziale Zdrowia Publicznego Magistratu 1916 — 1802, 1917 — 232, 1918 — 592, 1919 — 1432, 1920 — 610, 1921 — 205. Procent śmiertelności z duru plamistego stopniowo się zwiększał; z 7,2% 1916 do 12,6% w 1921 r. Ostatnimi czasy epidemia duru plamistego znowu się wzmacnia dzięki repatriantom, przybywającym przeważnie przez tak zw. zieloną granicę, dającym 60% wszystkich odnośnych przypadków. Osoby z najbliższego otoczenia chorych pomieszcza się w domu izolacyjnym tylko na czas 24 do 36 godzin w celu przeprowadzenia odczyszczenia. W celu zcentralizowania urządzeń sanitarnych i wybudowania baraku dla chorych na szkarlatynę i gruźlicę otwartą, wstawiono do budżetu prócz zwyczajnego 30-miljonowego kredytu jeszcze 51 milionów tytułem wydatków nadzwyczajnych.

Dr. Trenkner z Warszawy. Komisarjat nie ponosi winy w sprawie repatriacyjnych nieprawidłowości sanitarnych. Repatriantów przysyłano na graniczne punkty wymiany daleko więcej niż to było pierwotnie przewidziane, co utrudniało w wysokim stopniu prawidłową akcję. W Warszawie mamy do czynienia z trzema kategorjami repatriantów. Pierwszą stanowią repatrianci, przybywający eszelonami i przechodzący przez etapy (etap powązkowski), a ci na rozwój epidemii w mieście nie wpływają. Do drugiej należą legalni, lub nielegalni repatrianci, którzy się ukrywają, do trzeciej nieliczni rdzenni mieszkańcy Warszawy, zapadający na dur plamisty. Plakaty, które wywołały tyle niezadowolonych w miejskim Urzędzie Zdrowia, dążyły do opanowania szerzenia się duru w mieście środkami represyjnymi, dającymi w ręce władz miejskich broń skuteczną do walki z epidemią. Zwrócono się do władz wojskowych z propozycją ustąpienia 150 łóżek dla repatriantów w szpitalu przy ulicy Pokornej.

W sprawie tej zabierają głos jeszcze: prof. Bujwid, zaznaczając, że władze wojskowe w sprawach sanitarnych nie odmawiają swego współdziałania i że zwracały się one nawet swego czasu z odnośniami komunikatami do N. N. K.; dr. Szulc stwierdzając, że władze wojskowe uważają się za obowiązane do prowadzenia repatriacji jedynie tylko jeńców wojennych, przyczem pilnie baczą na to, aby nie wypuszczać chorych zakaźnych; dr. Legeżyński stwierdzając również gotowość władz wojskowych do współdziałania z władzami cywilnymi w kwestjach sanitarnych i dr. Narkiewicz, podnosząc nieprzychylnie zachowanie się niektórych władz rządowych, np. głównego lekarza kolejowego w sprawie współdziałania z władzami miejskimi, na co cytuje odnośne przykłady.

Prof. Janiszewski z Krakowa. Urządzenie biura zwalczania chorób zakaźnych w Krakowie obmyślono tak, aby zapewnić jaknajwiększe ułatwienia zwracającej się doń publiczności i zapobiedz przenoszeniu zarazy z jednych na drugich. Zwrócono szczególną uwagę na walkę ze szkarlatyną, zabierającą dużo ofiar w Małopolsce. Oddział szkarlatynowy posiada separatki, gdzie chore dzieci mogą być leczone przez domowych lekarzy, pozostając pod opieką własnych matek, oraz wyznaczono automobil do przewożenia ich do szpitala. Odczyszczalnia, urządzona w namiotach, koło dworca, oddawała w sprawie walki z chorobami zakaźnymi wielkie usługi. Przez jakiś czas czynne też było sanatorium dla chorych gruźliczych, którego działalność musiała obecnie uleść przerwie. Zwrócono uwagę na domy noclegowe. Kraków posiada 12 lekarzy okręgowych, 9 dezynfektorów, 8 lekarzy szkolnych i bakterjologa. W sprawie walki z importowaną obecnie epidemią duru plamistego w Polsce, należy przede wszystkim ograniczyć przybywanie nowych przypadków przez odpowiednią filtrację repatriantów, należyście funkcjonujące oczyszczalnie i odwyszalnie w rejonach przejściowych, stworzenie większej ilości punktów wymiany na granicy, wzmocnienie istniejących na kresach organizacji sanitarnych i wyzyskanie ich działalności. W żadnym razie nie należy przywozić niedostatecznie filtrowanych repatriantów do centrum.

Dr. Szmurło z Warszawy podnosi szkodliwość praktykowanego niejednokrotnie wydawania świadectw o dezynfekcji osobom, które faktycznie tym procedurą nie podlegały. Sprawa baraków powązkowskich stoi źle

z racji wielkiego przepełnienia. Tymczasem tuż w sąsiedztwie znajduje się barak wojskowy, który łatwo mógłby być opróżniony.

P. Jan Swiercz burmistrz m. Zgierza. Mówi o urządzeniach sanitarnych Zgierza, który do niedawna był ich prawie zupełnie pozbawiony. Teraz ma szpital na 40 łóżek, zakład kąpielowo-dezynfekcyjny, lekarza sanitarnego i szkolnego, ambulatorjum dla chorych na jaglicę i oddzielną szkołę dla jagliczych dzieci. Ze strony władz państwowych i wyższych samorządowych miasto w tej sprawie dotychczas żadnego poparcia nie doznawało.

Dr. Szczodrowski. Prócz ostrych chorób zakaźnych mamy cały szereg chorób chronicznych, niemniej niebezpiecznych, a bardzo rozpowszechnionych szczególnie obecnie po wojnie. Do nich należą przede wszystkim choroby weneryczne, które nam przynoszą ogromną szkodę. W wojsku jest 10% chorych wenerycznych, a wśród ogółu ludności 4%. Według Statystyki Towarzystw Ubezpieczeń Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej na 100,000 ubezpieczonych umiera na gruźlicę 140 osób, a wskutek chorób wenerycznych 240. Metody walki z tą plagą dają się redukować do zapobiegania i leczenia. Na prowincji zupełny brak antywenerycznych placówek, sejmiki zaś w tej sprawie zachowują zupełną obojętność. Samorządy winny urządzić ambulatorja, nie specjalne dla weneryków, bo takie będą ludzi odstraszały, lecz ogólne, gdzie wenerycy mogliby znaleźć pomoc, nie zwracając na siebie uwagi swego otoczenia. We Francji i Niemczech w takich ambulatorjach leczy się $\frac{3}{4}$ wszystkich weneryków. W ścisłym związku z walką z chorobami zakaźnymi znajduje się nadzór nad nie-
rządem i Samorządy powinny się bliżej zająć tą kwestją wydając swoje zarządzenie zgodnie w zasadniczą ustawą sanitarną.

Dr. Szokalski. Należałoby również zwrócić uwagę na gruźlicę, która pochłania najwięcej ofiar ze wszystkich chorób zakaźnych. Dotąd w sprawie walki z gruźlicą zrobiono bardzo niewiele. Ośrodkiem walki z tą straszną plagą winny być przychodnie, otwarte i prowadzone przez Samorządy.

Dział III. Sprawy wody i czystości.

Dr. W. GAWŁOWSKI.

„O zadaniach miast dotyczących zoopatrywania ludności w dobrą wodę“.

Zaopatrzenie miast i miasteczek w dobrą wodę do picia i dostateczną jej ilość, obok sprawy mieszkaniowej, jest chyba najważniejszym zadaniem, jakie powinny stawiać sobie Samorządy miejskie. Bez przesady można powiedzieć, że stan wodny kraju charakteryzuje poziom kultury tego kraju, oraz stan zdrowotny jego osiedli, szczególnie miejskich, gdzie dzięki dużemu zapotrzebowaniu wody i wielkiej liczbie ludności, sprawa ta nabiera doniosłego znaczenia. Miasta i miasteczka, jako większe skupiska

ludzkie, na powstanie których składało się wiele czynników gospodarczych, społecznych i politycznych, oraz warunki bytowania samej ludności, wymagają szerokiej opieki sanitarnej i tu, na pierwszym miejscu, zaopatrzenie w dobrą wodę do picia i dostarczenie jej w takiej ilości, aby wszystkie jej potrzeby można było zaspokoić.

Oprócz znaczenia wody dla organizmu ludzkiego jako materiału spożywczego, woda odgrywa ogromną rolę w życiu człowieka do utrzymania w należytej czystości jego ciała, mieszkań, wszelkich ubikacji (ustępów i innych), w celu polewania ulic i ogrodów, oraz dla celów przemysłowych i utrzymania zwierząt.

Spostrzeżenia, mówi prof. Dzierzgowski w pracy swej „W sprawie zaopatrywania osiedli w wodę” (Zdrowie № 1 z r. 1922), odnośnie użycia wody, jako środka oczyszczającego i odkażającego powierzchnię skóry, w równej mierze odnoszą się i do wszystkich innych wypadków, jako to: produktów spożywczych, naczyń kuchennych, sprzętów domowych, pomieszczeń mieszkaniowych i technicznych, wreszcie terenów, przylegających do zabudowań, t. j. podwórzy i ulic. Te ostatnie były oczyszczane dotychczas drogą mechaniczną przez zmiatanie powierzchni miotłami lub szczotkami, które z jednej strony, często przy ich użyciu powodowały tworzenie się tumanów pyłu i kurzu, z drugiej zaś—pozwalały wydalać z ich powierzchni przeważnie zanieczyszczenia większych wymiarów, pozostawiając mniejsze, które przez szybsze ruchy powietrza bywały unoszone i zatrzymywały atmosferę osiedli. Zmywanie umocowanych powierzchni podwórz i ulic wodą jest bezwzględnie najlepszym sposobem ich oczyszczania, a częste ich polewanie — najlepszym czynnikiem, miarkującym w lecie gorąco i tamującym powstawanie kurzu i pyłu.

Prace w tej sprawie prof. Janiszewskiego, inż. Sokala, inż. Rychłowskiego i innych wskazują, że w miastach przy ogromnem, zwłaszcza obecnie, przeludnieniu mieszkań, racjonalne zaopatrzenie ludności w wodę nabiera wagi pierwszorzędnej. Ze sprawą zaspokojenia wszystkich potrzeb i wymagań zdrowotnych ogółu ludności, wiąże się ściśle racjonalne usuwanie wód zanieczyszczonych, wód brudnych, ścieków—kanalizacja miast.

Brak dobrej wody do picia i niedostateczna jej ilość wpływają na to, że ludność miast i miasteczek musi zaopatrywać się w wodę w pierwszym najbliższym źródle, częstokroć ze szkodą dla swego zdrowia, a wobec trudności dostania wody nie może zaspokajać wszystkich swych potrzeb, nie myje się, nie zmienia bielizny, nie utrzymuje w czystości pomieszczeń, wszelkich ubikacji (ustępów, obór i t. d.) i całego gospodarstwa.

Wiadomem jest, że cały szereg chorób zakaźnych udziela się i szerzy się dzięki wodzie, z którą zarazek trafia do ustroju człowieka. Cholera, tyfus brzuszny i czerwotka, to są te plagi ludzkie, które nawiedzają tak często osiedla, gdzie źródła wody (rzeki, studnie, a nawet i wodociągi) bywają zanieczyszczane odchodami zwierzęcymi i ludzkimi. Źródło wody, do którego przedostają się odchody chorych na te choroby, staje się niebezpiecznym rozsadnikiem chorób zakaźnych, t. zw. wodnych.

Badania stanu wodnego różnych osiedli powiatu Halickiego (Rosja) (praca moja drukowana w r. 1911) oraz ilości zachorowań w nich na dur brzuszny i czerwotkę wykazały, że stosunek pomiędzy złym zaopatrzeniem

ludności w wodę, a ilością zachorowań na dur brzuszny i czerwonkę jest bardzo ścisły. W miejscowościach, w których studnie były niewłaściwie urządzone i zaopatrzone, miały złą cembrowinę, przykrycie, ścieki, oburkowania, ogrodzenia i t. d., zaobserwowano znacznie większą ilość zachorowań, niż w sąsiednich osiedlach, gdzie stan studzien i ich zaopatrzenie było lepsze. Powyższe badania posłużyły do celów praktycznych w walce z epidemjami. W osiedlach, zagrożonych pod tym względem, zaopatrzone ludność w dobrą wodę.

Jaki wpływ ma budowa dobrych studzien na epidemie, można się przekonać na przykładzie powiatu Łańcuckiego (Małopolska), stale nawiedzanego epidemią duru brzusznego. Otóż w powiecie tym już od r. 1892 rozpoczęto żywą działalność na polu budowy studzien. W okresie 1903—1905 roku wybudowano 424 nowe studnie; statystyka zaś zmarłych na dur brzuszny przedstawia się jak następuje:

w roku	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898
	298	187	165	288	56	76	99	21	2	6
"	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905			
	4	4	2	0	6	0	2			

To samo moglibyśmy powiedzieć o zmniejszeniu się zachorowań na dur brzuszny, od chwili przeprowadzenia wodociągów—w miastach, jak Warszawa i inne.

Fakty te są dobrze i dawno znane, a jednak ludzkość nierównomiernie wystrzega się grożącego jej niebezpieczeństwa. Tak śmiertelność na dur brzuszny w Warszawie wynosiła w roku 1920, 28 na 100,000 ludności, gdy w New-Yorku w tym samym czasie była 4 na 100,000, a w Londynie zaledwie 1 na 100,000. Już tego niewielkiego przykładu wystarczy, żeby stwierdzić, że nawet stolica naszego Państwa, mająca doskonałe urządzenia wodociągowe, o których z uznaniem mówili nasi okupanci, nie może zaopatrzyć jeszcze całej ludności w wodę i że ludność jednakże musi posługiwać się wodą z innych źródeł. Rozumie się, że i inne przyczyny odgrywają tu swoją rolę, lecz wysoka liczba śmiertelności na dur brzuszny w Warszawie w stosunku do innych wielkich miast Europy, wskazuje na potrzeby i konieczność zaopatrzenia reszty terytorjum miasta w wodę przez wodociąg, i powiększenie jego wydajności przez zastosowanie najnowszych metod oczyszczania wody, jakimi są chlorowanie wody i inne (o tem nie będę mówił, bo następni referenci sprawę tę całkowicie wyjaśnią).

Przechodząc teraz do wyjaśnienia obecnego stanu wodnego naszego kraju, musimy tu z góry zaznaczyć, że właściwie danych o faktycznym stanie zaopatrzenia osiedli w wodę nie mamy. Korzystamy i posługujemy się danymi, nieobejmującymi całości terytorjum Państwa; np. ciekawa praca inż. Rakiewicza dotyczyła tylko okupacji niemieckiej na początku 1918 r. (dodatek do Biuletynu M. Z. P. № 6 z 1918 r.), względnie danych, bardzo ograniczonych, zawierających wiadomości nadzwyczaj szczupłe i nie dających pojęcia o całości sprawy wodnej w Państwie.

Inż. Rakiewicz podaje: na 316 miejscowości okupacji niemieckiej zaledwie w 15 miejscowościach istnieją urządzenia wodociągowe, z tej liczby 3 instalacje (w Warszawie, Lublinie i Płocku) zasługują na zaznaczenie jako wykonane specjalnie z zastosowaniem wymagań współczesnej techniki sanitarnej. Pozostałe miejscowości posiadają urządzenia mniej lub więcej prowizoryczne. Stanowią one przeważnie instalacje, konieczne do miejscowej produkcji (np. w kopalniach węgla). O istnieniu urządzeń, mających na celu oczyszczenie wody z domieszek szkodliwych dla zdrowia nie dostarczono żadnych danych—przypuszczać należy, że urządzenia takie nie istnieją wogóle.

Przypuszczalna liczba studzien publicznych wierconych, względnie dobrych, jakie istnieją w miastach i miasteczkach b. Okupacji Niemieckiej wynosi według inż. Rakiewicza 800—900. Przeciętnie każdy mieszkaniec otrzymuje na dobę 9,5—10 litrów wody. Jedna studnia obsługuje wogóle około 2,000 ludności, a wiercona 4,800 ludności. Przeciętna wydajność studzien tych—około 1,900 litrów na godzinę.

Według danych Głównego Inspektoratu Lekarskiego M. S. W. w Rosji (Wodossnabżenie i sposoby udalenia nieczystot w gorodach Rossii, izd. 1912) w roku 1911 b. Kongresówka posiadała wszystkiego 3 wodociągi: Warszawa, Lublin, Płock. W związku z powyższym, musimy tu zaznaczyć, że stan wodny kraju w ciągu ośmiu lat wcale się nie polepszył.

Inż. Rychłowski w pracy swej: „zaopatrzenie wsi i małych miast w wodę” (wyd. z 1918 r.) podaje nadzwyczaj ciekawe przykłady istniejących stosunków sprawy wodnej w małych miastach. Np. osada Błędów posiada 4 studnie do czerpania wody do picia. Jedna z nich rurowa, wybudowana na rynku, była w stanie nieczynnym, 2 z kręgów cementowych, głębokości około 3—6 metrów, wybudowane są prawie pośredku rowów ściekowych, aby zasób wody do picia mógł być stale zapewniony; trzecia wreszcie, wybudowana przy szkole, znajduje się tuż obok dołu kloacznego i śmietnika.

Powyższe wystarczyć może dla charakterystyki stosunków na prowincji. Jednakże w stolicy samej, na przedmieściach Warszawy, mających charakter małych miast, lub wsi, nie dzieje się lepiej. Jako dowód, służyć mogą wyniki badań studzien przedmieść m. st. Warszawy, prowadzonych przez specjalną komisję z ramienia Urzędu Zdrowia m. st. Warszawy. Badania komisji stwierdziły, że przedmieścia stolicy znajdują się w warunkach nader niekorzystnych. Dotychczas zbadano 1,000 przeszło studzien na przedmieściach: Koło, Wola, Ochota, Czyste, Mokotów, Sielce, Grochów, Targówek, N. Brudno, Pelcowizna i Młociny. Otrzymano przytem rezultaty nieco różne w zależności od warunków hydrologicznych obu brzegów Wisły. Rezultaty te liczbowo przedstawiają się w sposób następujący: przedmieścia położone na lewym brzegu Wisły posiadają więcej niż 50% studzien niezdatnych do użytku: Koło-Budy—77%, Wola—72%, Ochota—83%, Czyste—83%, Mokotów—54%, Sielce—66%. Na prawym zaś brzegu mniej niż 30%. Grochów—48%, Targówek—37%, N. Brudno—26%, Pelcowizna—45% i Młociny—42%.

O stanie studzien w Galicji, podaje w roku 1905 inż. Rybczyński w pracy „Studnie”, na którą już powołyaliśmy się.

Większe światło rzuca na stan zaopatrzenia Małopolski w wodę rozprawa dr. Barzyckiego drukowana w „Przeglądzie Higienicznym” w 1907 roku. Z zawartych w niej danych okazuje się, że w r. 1905 było w Galicji nie licząc Lwowa i Krakowa, mających wodociągi, 236,479 studzien, jednak bardzo rozmaicie rozmieszczonych. Gdy bowiem niektóre powiaty wykazywały jedną studnię na 11 mieszkańców (przeważnie na zachodzie), to znaleziono też takie, w których jedna studnia przypadała na 187 mieszkańców (Brzeżański). Niejednokrotnie znaczna liczba studzien nie decydowała o należytem zaopatrzeniu w wodę z powodu małej ich wydajności, lub wysychania w czasie posuchy. Brak wody wykazało 1,384 gminy w Galicji. 101 gmin nie miało ani jednej studni.

W końcu przytoczyć należy rezultaty ankiety przeprowadzonej przez Związek Miast Polskich, a opracowanej przezemnie narazie szematycznie. Na całą Rzeczpospolitą, na ogólną liczbę 283 odpowiedzi, okazało się: miasta, w których są tylko studnie, według ankiety—27; miasta, w których są urządzenia wodociągowe, podano 59 (prz. poznańskie). Reszta miast—197 nie podaje—czy i ile ma studzien. Z tego krótkiego wyliczenia możemy wysnuć jeden tylko wniosek: że dotąd nigdzie w Państwie nie ma dokładnych danych o stanie wodnym b. dzielnica poznańska jest dobrze uposażona, małopolska gorzej, a reszta kraju—nadmierzająco źle.

Do tego należy dodać, że nadzwyczaj opłakany stan pod względem zaopatrzenia w wodę do picia przedstawiają nasze Kresy Wschodnie. Zjazdy wojewódzkie (na początku lutego 1921 r.) i nawet prasa codzienna podają dowody nadzwyczajnego zaniedbania tej sprawy przez wszystkie czynniki społeczeństwa. Tak np. „Kurjer Warszawski” z dn. 7-XII 1921 (w artykule urzędnicy polscy na kresach), omawiając sytuację społeczno-gospodarczą na kresach, przytacza, że prócz innych, b. ciężkich warunków bytowania ludności, powstałych wskutek wojny, zniszczenie całych osiedli—Korelicze, Lubcza, Horodeczno, Nichniewiczze, ludność których przeniosła się do Nowogródka, wywołując jego przeludnienie; w Nowogródku zaś jest kilka studni, przyczem w jednej tylko jest woda możliwa do wewnętrznego użytku.

Oto są ogólne niepomysłne warunki sanitarne, które z chwilą wybuchu epidemii duru brzuszego, cholery i innych chorób zakaźnych, sparaliżują wszelką walkę z niemi. Wysyłanie oddziałów dezynfekcyjnych, szpitali i t. d. zakrawać będzie na ironję, jeśli zasadnicza kwestja zaopatrzenia ludności w dobrą wodę do picia i użytku domowego nie będzie zreformowana, a planowe organizowanie instytucji sanitarno-lekarskich nie będzie zawczasu przeprowadzone.

Wyżej powiedziane świadczą, że sprawa zaopatrzenia kraju w wodę jest nadzwyczaj zaniedbaną, że ludność miast i miasteczek czuje wprost „głód wody”, że mieszkańcy odmawiają sobie nieraz zaspokojenia nieodzownych potrzeb, że przez to obniża się stan higieniczny osiedli i dzięki brakowi tej wody dają doskonałe podłoże dla powstania chorób zakaźnych, które częstokroć szerzą się wywołując groźne epidemie.

Zapotrzebowanie zaś wody przez ludność jest bardzo znaczne. Najnowsze dane z literatury zagranicznej mówią o ilościach litrów wody, przypa-

dających na głowę ludności. Miasto New-York, dbając o dobro swych mieszkańców, wybudowało nowy wodociąg 1917 r. (według danych urzędowych) czem zwiększyło ilość wody z 297 do 450 litrów na osobę i dobę. W Marsylii 450 ltr., w Lozannie 560 ltr., w Tokio 120 ltr., a u nas w Warszawie 87 ltr. (w/g inż. Gembarzewskiego w 1914 r.) we Lwowie 100 ltr. na osobę.

Prof. Dzierżkowski w pracy swej „W sprawie zaopatrzenia osiedli w wodę (Zdrowie № 1 z 1922 r.) podaje, że Ameryka w zrozumieniu pożytku realnego, zwiększając ilość wody w miastach ze 100 — 120 ltr. na człowieka dziennie do 800 ltr. i więcej, dała przykład w tym kierunku Europie.

Tu należy też podkreślić konieczność oszczędzania wody (rozlewanie, złe krany i t. d.). Według niektórych autorów % ten dosięga 15 w stosunku do ogólnej liczby zużytej wody. We Lwowie jak podają pisma codzienne dzięki tym brakom ilość wody ze 100 ltr. zmniejsza się do 80 na osobę i dobę.

W tym względzie ciekawem jest co zostało zrobione w sprawie rozwoju i poprawy higieny wodnej w Niemczech. Oto co mówi inż. Rychłowski na zasadzie źródła „Mitteilungen aus der Königlichen Landesanstalt für Wasserhygiene zu Berlin-Dahlen”.

Instytucja „Versuchs und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung”, egzystująca od roku 1901, w roku 1913 zmieniła dotychczasową swą siedzibę, przenosząc się do nowowypbudowanego w tym celu obszernego gmachu w miejscowości Dahlen pod Berlinem, zmieniając jednocześnie swe dotychczasowe miano na „Landesanstalt für Wasserhygiene”. Była to zasadnicza chwila w rozwoju. Dotychczas kwestje higieny wody, tak pod względem wody do picia, jako też wód ściekowych tworzyły dla władz rządowych zamęt i ustawicznie powstające pytania specjalnej, technicznej natury, które w sporach należało rozwiązywać. W roku 1898 ministerjum wyznaczyło komisję, która miała w te kwestje bliżej wniknąć, lecz nie dała rezultatów zadawalających. Dało je dopiero podanie, Związku Przemysłowców i Fabrykantów, jak również oświadczenie tychże o gotowości udzielania zasiłków pieniężnych Instytucji, któraby sprawy higieny wody ujęła i wszelkie spory dotyczące tej kwestji mogła rozwiązywać kompetentnie. Przy udziale przedstawiciela swego dr. Schmidt-manna i jego pracy, obejmującej i wyczerpującej te kwestje, sprawa przyjęła kierunek zupełnie dodatni i celowy. Ministerjum wydelegowało komisję, która pracując z pożytkiem znalazła się jednak w potrzebie koniecznej pomocy kompetentnej i wszechstronnej pod względem biologicznym, bakteriologicznym, chemicznym, słowem potrzebowała rad specjalistów. Tych ostatnich zastąpiła właśnie Instytucja Higieny.

Instytucja otrzymuje od Rządu etat potrzebny dla prac i badań swoich, podlega pewnej kontroli ze strony kuratora i ze strony rządu, który biorąc na siebie udział w rozważanych kwestjach, wywiera wpływ obustronny i pożyteczny.

Program prac Instytucji obejmuje działy wyszczególnione poniżej.

Zadania prac Instytucji Higieny wody głównie są rozwijane w dwóch kierunkach, a mianowicie: otrzymania wody do picia o jakości doskonałej

i dostarczania jej w ilości zupełnie zaspakajającej wszelkie potrzeby dotyczące oczyszczania wód ściekowych.

Celami ogólnymi są:

1) Zaopatrzenie miast i wsi w wodę, oraz odprowadzenie wód ściekowych, uwzględniając tak zdrowotność, jako też ewentualną możliwość zastosowania takowych w rolnictwie.

2) Rozpowszechnianie i popieranie prac w tym kierunku, czyniąc to w celu coraz większego rozwoju i pożytku.

3) Badania, w zakres prac tych wchodzące, mogą wynikać z zarządzeń władz, ministerjów, jak również pochodzić mogą ze strony osób prywatnych.

4) Celem prac tych jest niemniej udzielanie wszelkich danych, dotyczących tak wodociągów, kanalizacji, jako też urządzeń sanitarnych, Władzom, Instytucjom Społecznym i osobom prywatnym.

Zadania specjalne polegać mają:

A) W dziale dostarczania wody.

1) Na celowym i technicznym badaniu kwestji wodnej pod względem ilościowym i jakościowym.

2) Na udzielaniu porad i wskazań zarządom miast, fabrykom i osobom prywatnym.

3) Na naukowym badaniu istniejących dziś urządzeń tak pod względem zaopatrywania miast w wodę, jak też usuwania zanieczyszczeń ściekowych.

4) Badania wszelkie prób wody, jak również środowisk wodozbiórów pod względem geologicznym, hydrologicznym, bakterjologicznym i t. p. z oznaczeniem wód tak naziemnych jak też podziemnych i udzielanie wskazówek według zebranych danych.

B) W dziale usuwania ścieków:

1) Badania naukowe urządzeń istniejących, budowa urządzeń racjonalnych i właściwe postępowanie w pracach asenizacyjnych.

2) Wypracowanie planów urządzeń kanalizacyjnych.

3) Udzielanie porad władzom, zarządom fabryk i osobom prywatnym.

4) Badania prób wód ściekowych, oraz osadów z fabryk, młynów i t. p.

5) Zestawienie planów i oznaczenie możliwości szkodliwego wpływu ścieków fabrycznych w zanieczyszczaniu wód naziemnych, rzecznych, gruntowych i t. p. Zestawienie prawideł w tym kierunku tak co do możliwości zanieczyszczeń i zamuleń.

6) Utrzymanie nadzoru nad stanem podobnych wpływów na żądanie władz, zakładów przemysłowych i osób prywatnych.

7) Stwierdzanie wpływów szkodliwych dla rolnictwa na polach i ich użytkowywanie w różnych stopniach.

Instytucja w kwestjach wodociagowych i kanalizacyjnych stała się instancją miarodajną. Zwracały się do niej władze; Dyrekcje dróg żelaznych z kraju i zagranicy jak z Austrii, Węgier, Rosji, Szwecji, Holandji i t. p. Zwracało się do Instytutu wiele zakładów przemysłowych tak, że w okresie od roku 1903 do 1912 z usług korzystało 43 fabryki wyrobów sukiennych, 24 zakłady garbarskie, 32 fabryki celulozy i papieru, wykonano 869 planów.

Celowem okazało się oddawanie pod kontrolę instytucji urzędów wodociągowych i kanalizacyjnych. Obecnie znajdują się pod opieką Instytutu 24 wodociągi i 26 urzędów kanalizacyjnych.

Rozwój Instytutu przedstawia się w następujących cyfrach od roku 1901 do 1912 włącznie:

rok	n-ów dziennika	ilość zapytań	prób	etat od Rządu	wpływy	wpływy od związku wodociągów
1901	1639	121	910	30000	1695447	— —
1902	3521	280	1124	30000	3646570	11800.00
1903	4121	248	1297	45000	4510422	16449.91
1904	5897	362	1546	45000	5522262	20847.32
1905	7066	355	1482	55000	5674852	28355.22
1906	6722	336	1882	58000	5488304	24375.76
1907	6855	385	2211	63000	7095089	47159.01
1908	7073	397	2071	68000	6801797	24611.65
1909	6783	472	2149	69000	6487453	18525.03
1910	7438	578	1895	69000	7165999	20311.58
1911	8214	788	2650	69000	8903366	28561.47
1912	8870	767	2931	71000	10517138	47673.35
	74229	5089	22148	672000	73519699	288670.29

Z tej krótkiej wzmianki widzimy, jak wielkiem jest zapotrzebowanie wody w miastach i miasteczkach. Wobec tego sprawa zaopatrzenia miast i miasteczek w dobrą wodę do picia w dostatecznej ilości i wogóle sprawa podniesienia stanu wodnego nabiera wielkiej wagi ogólnopolskiej, wysuwa na pierwszy plan działalność Samorządów i Rządu, bo jedynie przy współpracy tych dwóch czynników możemy liczyć na osiągnięcie dodatnich rezultatów w tej sprawie.

Samorzady miejskie w tym względzie powinny:

- 1) zebrać niezwłocznie faktyczne dane o stanie wodnym naszych miast i miasteczek;
- 2) przeprowadzić badania epidemiologiczne co do miejscowości najbardziej zagrożonych lub objętych epidemią z powodu złego stanu wodnego;
- 3) przystąpić natychmiast do wykonania niecierpiących zwłoki ulepszeń w sprawie zaopatrywania w dobrą wodę do picia miast i miasteczek znajdujących się w niepomyślnych warunkach zdrowotnych;
- 4) rozpocząć niezwłocznie prace przedwstępne, zmierzające do polepszenia stanu wodnego w miastach i miasteczkach (projekty wodociągów, większych instalacji wodnych, oraz związanych z nimi urządzeń kanalizacyjnych).

Przechodząc teraz do kwestji, jakie są perspektywy rozwiązania sprawy wodnej w kraju, należy zaznaczyć, że różne czynniki, a jest ich wiele: (Min. Robót Publicznych, Min. Przemysłu i Handlu, Min. Dóbr państwo-

wych, Min. Zdrowia Publicznego i Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemjami), nadzwyczaj nierównomiernie stosują się do sprawy i różnorodnie ją rozwiązują.

Jedni dążą do skoordynowania i normowania rozporządzeń np. Min. Robót Publicznych, tyjących się całej sprawy przepisów budowlano-politycznych dla wsi, ewentualnie miast, obowiązujących na obszarze b. zaboru rosyjskiego na mocy dekretu Naczelnika Państwa z dn. 7 lutego 1919 r. (Dziennik Praw № 14 § 176) w których są przewidziane i sprawy studzien, ścieków i t. p. Inni zaś widzą zbawienie w wydawaniu nadzwyczajnych przepisów, nakładających na obywateli i Samorządy takie obowiązki, że trudno sobie wyobrazić by rozporządzenia te były wykonane. Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemjami wydał rozporządzenie w przedmiocie budowy i utrzymania studzien z dn. 25 października 1920 r. (Dziennik Ustaw № 102 § 677), obowiązujące w byłym zaborze rosyjskim i Małopolsce. Rozporządzenie to pozostaje przeważnie na papierze, wnosząc jeszcze większy chaos.

Również „Ustawa budowlana” patrz artykuł 103 § 7c, podaje normy odległości dołów kloacznych od studzien, nie uzgodnione z innymi rozporządzeniami w tym względzie, dalej art. 68 nakłada na miasta „obowiązek skanalizowania miast”, art. 69 i następne opiewają, że termin skanalizowania miast, nie posiadających jeszcze kanalizacji określa władza przełożona, biorąc pod uwagę warunki sanitarne i finansowe miasta i t. d. Wobec tego, że o kanalizacji nie można mówić bez przeprowadzenia uprzednio wodociągów, widzimy jak trudne i zarazem nieiziszczalne są te projekty.

Ostatnio znów doszła nas wiadomość o wydaniu przez Min. Robót Publicznych „Ustawy Wodnej”, która została już zaakceptowana przez Radę Ministrów i lada dzień wejdzie na porządek obrad Sejmu. Układana w kancelaryjach Ministerstwa, o ile nam wiadomo, nie była poddana żadnej krytyce sfer miarodajnych, fachowców-techników i lekarzy, a ma w założeniu swem i cele sanitarne. M. R. P. powinno było zawczasu zasięgnąć opinii fachowej, aby się ustawa nie stała po wejściu na forum Sejmu przedmiotem gorących protestów zainteresowanych czynników społecznych i samorządowych.

Ustawa wodna obejmuje 202 paragrafy i 8 części. Część pierwsza (1 — 12) ma tytuł „Stosunki własności wód”. Część druga „Użytkowanie wód”. Część trzecia — „Utrzymanie i regulacja wód płynących i brzegów, oraz ochrona od powodzi”. Część czwarta — „Spółki wodne”. Część piąta — „Wywłaszczenie i ograniczenie praw własności”. Część szósta — „O wykroczeniach i karach”. Część siódma — „Władze i postępowanie”. Część ósma — „Postępowanie przejściowe i końcowe”. Z poszczególnych §§ zwraca uwagę pod względem sanitarnym np. art. 30 „właścicielowi gruntu nie wolno bez zezwolenia władzy wprowadzać lub wpuszczać do ziemi takich materiałów stałych lub cieczy, przez któreby woda podziemna lub wody naziemne ulegały zanieczyszczeniu z cudzą szkodą”. Takie rozwiązanie sprawy usuwania ścieków nie może być wytlómaczone i zaakceptowane z punktu widzenia fachowego, wobec tego, że ustępy, śmietniska i t. d. mogą wpływ swój ujemny roztaczać na miejscowości położone w bardzo wielkiej odległości i t. d. Art. 43 „Do użytkowania wód publicznych

ma pierwszeństwo Państwo, a następnie związki Samorządu i spółki wodne. Z pośród kilku współubiegających się o udzielenie pozwolenia przedsiębiorstw, które obok siebie istnieć nie mogą z jakichkolwiek powodów, pierwszeństwo oznacza się według znaczenia przedsiębiorstwa dla interesu publicznego, następnie zaś według znaczenia gospodarczego" i inne.

Nie zrozumiałem jest, dlaczego Państwo stoi poza współubiegającymi się o pozwolenie. Nad tą sprawą nie należałoby łatwo przechodzić do porządku dziennego, jak to czyni „Ustawa”.

W sprawie spółek wodnych, przewidzianych ustawą, niesłychaną wprost rzeczą jest utworzenie spółki „bez zgody większości interesowanych” jak to opiewa p. C art. 90.

Dalej art. 129 p. 2 brzmi: „wodociągi, kanały, zakłady i budowle wodne mogą być wbrew woli uprawnionych na koszt nowego przedsiębiorstwa przesunięte na inne miejsce, jeżeli to może nastąpić bez zmniejszenia ich sprawności”. Art. 129 w tej formie nie jest do przyjęcia bez wysłuchania motywów jakimi się powodowano przy formułowaniu tego artykułu. Sądzić należy, że urządzenia wodne, tak nieliczne w kraju, nie mogą podlegać tak łatwo przerzucaniu i związanym z tem uszkodzeniom.

Cały szereg artykułów następnych wymaga też omówienia specjalnego i w każdym razie dokładnej rewizji. Wobec tego, że w niniejszym referacie nie możemy dokładnie scharakteryzować ducha i treści t. zw. „Ustawy Wodnej” (doręczona referentowi na dwa dni przed zjazdem, dzięki uprzejmości jednego z inżynierów), narazie ograniczam się temi krótkimi wzmiankami.

Prawodawstwo w Polsce tworzy się dość pośpiesznie. Dekrety i ustawy spadają na społeczeństwo w takiej ilości i z taką szybkością, że zwykli obywale z wielką trudnością orjentują się we wszystkich obowiązkach, które na nich mocą tych ustaw ciążą.

Sprawa zanieczyszczenia źródeł wody, szczególnie studzien, musi być uzgodniona, jak również i inne przepisy i ustawy winne być podane rewizji, wobec tego, że niektóre przepisy trudne są do wprowadzenia w życie (patrz rozp. N. N. K. w sprawie budowy i utrzymania studzien) inne zaś nie uwzględniają koniecznych postulatów, stawianych przez dobę dzisiejszą.

W sprawach polepszenia stanu wodnego kraju, prócz Samorządów, winny roztoczyć opiekę i organy państwowe. Do władz państwowych powinno należeć opracowanie ogólnego planu zaopatrzenia w wodę osiedli w kraju, w pierwszym rzędzie miast i miasteczek, zorganizowanie Instytutu Higieny Wodnej i wyznaczenie niezbędnego funduszu rządowego w celu subsydjowania i wydawania pożyczek na urządzenia, zaopatrujące miasta i miasteczka w wodę. Co najważniejsza, należy poddać rewizji przepisy i ustawy, normujące sprawę wodną w Państwie i uzgodnić je między sobą.

Po wyjaśnieniu znaczenia sprawy zaopatrywania miast i miasteczek w dobrą wodę do picia, obecnego stanu wodnego w Polsce, oraz, jakie są potrzeby w zaopatrywaniu miast i miasteczek w wodę, jak również, jakie przepisy i ustawy normują te sprawy, należy skonkretyzować, jakie zadania Rząd i Samorządy winny postawić sobie, w celu zaopatrzenia ludności w dobrą wodę do picia.

Na zasadzie powyższego zgłaszam na Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich następujące wnioski.

Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich zważywszy na zły obecny stan wodny kraju, który jest przyczyną powstania i szerzenia się większości chorób zakaźnych wodnych, jako to: duru brzuszego, czerwoni, cholery, i in. z braku dobrej wody do picia, wskutek niedostatecznego utrzymania w czystości mieszkańców, oraz niewłaściwego usuwania odpadków i zanieczyszczeń, a szczególnie nieracjonalnego urządzenia instalacji, zaopatrujących w wodę, uznaje za rzecz niezbędną i konieczną przystąpić niezwłocznie do przeprowadzenia następującego planu podniesienia i sanacji stanu wodnego w Polsce, zarówno przez Samorządy miejskie, jak i przez organy państwowe.

PRZEZ SAMORZĄDY MIEJSKIE.

- 1) Zebrać niezwłocznie faktyczne dane o stanie wodnym naszych miast i miasteczek, upoważniając Związek Miast Polskich do technicznego wykonania tej sprawy;
- 2) wyjaśnić i przeprowadzić badania epidemiologiczne co do miejscowości najbardziej zagrożonych lub objętych epidemią z powodu złego stanu wodnego;
- 3) przystąpić natychmiast do niecierpiących zwłoki ulepszeń w sprawie zaopatrywania miast i miasteczek nie pomyślnych pod względem zdrowotnym, w wodę dobrą do picia;
- 4) rozpocząć niezwłocznie prace przedwstępne, zmierzające do polepszenia stanu wodnego w miastach i miasteczkach.

PRZEZ ORGANY PAŃSTWOWE.

- 1) Opracować niezwłocznie ogólny plan zaopatrzenia w wodę osiedli w Kraju, w pierwszym rzędzie miast i miasteczek;
- 2) zorganizować Instytut Wodny dla wszelkich spraw, związanych z higieną wodną w Kraju;
- 3) wyznaczyć niezbędne fundusze rządowe, celem subsydjonowania i wydawania pożyczek na urządzenia, zaopatrujące miasta i miasteczka w wodę;
- 4) poddać rewizji przepisy i ustawy, normujące sprawy wodne w państwie i uzgodnić je między sobą".

Prof. BUJWID, Pułk. lek.

Stan wodociągów w Polsce.

Z historii naszych miast czerpiemy wiadomości, że wodociągi, aqueducti, istniały już w XVII wieku, a z XIV i XV mamy szereg dokumentów, świadczących o istnieniu wodociągów i kanałów w dawnej Polsce.

Urząd miejski Kazimierza pod Krakowem¹⁾ nakazuje w dn. 20.VII.1579 r. właścicielom domów, przy ulicy Piekarskiej, ażeby każdy przed swoją posiadłością zabrukował ulicę do połowy, wśrodku zaś aby urządzili wspólny ściek do wody. Na pierwszą zabrukowanie miasto daje kamienie, koszty zaś utrzymania i dalszych robót wkłada na mieszczan pomienionej ulicy. Dzieje się to w czasie, gdy mieszkańcy Paryża żalą się na straszny stan ulic miasta, na których grzęznąć trzeba w błocie.

W Krakowie kanały odpływowe zakładano pod ziemią, nawet głęboko, pod rzeką. Już w r. 1338 spotykamy umowę prywatną o przeprowadzeniu takiego kanału.

W r. 1533 Zygmunt I ogłasza pozwolenie urządzenia kanału pod korytem Rudawy.

Z Poznania, Lwowa i Wilna mamy również wiadomości o kanałach istniejących wówczas w tych miastach.

W Warszawie w r. 1569 Stanisław Grot i Adam Świetlik zaskarżyli przed urząd miejski Andrzeja Wierczybisa o to, że zatkał kanał, który jakkolwiek przechodził przez jego posiadłość, to jednak z dawien dawna służył do odpływu ścieków. Skarżący sprawę wygrali. Był to kanał prywatny, zapewne prosty ściek z drewnianymi ścianami.

Istniały jednak już wówczas kanały miejskie, jak widać z zarządzenia urzędu miejskiego w roku 1577 dotyczącego zakazu łączenia kloak z kanałem miejskim, przechodzącym przez Krzywe Koło. Obowiązek utrzymania kanałów dotyczył nie tylko mieszczan, lecz też senatorów, duchownych i świeckich, urzędników koronnych i litewskich i t. d. Kanały przeznaczone były do ścieku wód, najczęściej do Wisły; nie wolno było zanieczyszczać ich błotem, śmieciami, ani łączyć ich z kloakami.

O dawnych wodociągach dochowało się więcej wiadomości niż o kanałach.

W r. 1461 Kazimierz Jagiellończyk w przywileju dla Krosna pozwala, by na wzór innych miast Rzplitej, urządzano tam wodociągi. Wodociągi zatem już wówczas nie były nowością w Polsce. Gedroyć przytacza spis 38 miast w których były wodociągi, uważając i ten spis za niepełny. Już w końcu XIII w. Dominikanie przeprowadzili wodę do swoich klasztorów w Krakowie i Poznaniu. W wieku XV mają wodociągi Lwów, Lublin, Krosno, Pilzno, N. Sącz. W pierwszej połowie XVI w. panuje największy ruch koło budowy wodociągów. Później, po tym okresie, ustaje zapal do budowy wodociągów. Czyżby się okazało, że sposób sprowadzania wody lub jej jakość nie odpowiadały wymaganiom?

Godnem jest zaznaczenia, a może i niespodzianką dla niejednego będzie, że do szeregu znawców wodociągowych, którzy się do ich budowy przyczynili, należy Kopernik. Umysł to był wielki i lotny, gdy nie tylko bujał po szerokich przestworzach wszechświata myślą i okiem, lecz też potrafił uprawiać zawód lekarski i przytem w sprowadzaniu wody zdobył taką sławę, iż podanie przypisuje mu budowę wodociągów w licznych miastach prus-

¹⁾ Dr. F. Giedroyć. Z dziejów higieny w dawnej Polsce. Wodociągi i kanały miejskie. Warszawa, 1910.

kich. Dokładniej wiadomo, że Kopernik sprowadził wodę do Franzesburgu po wzgórzach z rzeczki Bande na wieżę wysokości 78 stóp, a stąd na dziedziniec Kapitulny i do mieszkań kanoników.

Wodociągi budowano wówczas najmniej ze względów zdrowotnych. Tylko w aktach Pilzna zaznaczono, że z chwilą budowy wodociągów miasto mieć będzie wygodę i w zdrowiu ochronę, gdyż woda dotychczas czerpana jest zepsutą i, niemal zarazę w sobie mając (pestifera), przyczynia wiele szkody.

W Warszawie sprowadzono wodę z licznych źródeł położonych na płaskowzgórzu Warszawy i w najbliższej okolicy, Wejnert ¹⁾ przytacza, że już w r. 1598 miasto ponosiło wielkie wydatki na utrzymanie wodociągów. Rury drewniane były prowadzone w podwójnej linii od źródeł położonych przy szpitalu, dawniej cmentarzu ewangelickim na ulicy Karmelickiej, przez ulicę Szeroką do rynku Starego Miasta, gdzie się znajdowały zbiorniki, studniami zwykle nazywane. W Warszawie istnieje różnica z innemi miastami co do sposobu zaopatrzenia mieszkańców w wodę. Wszędzie prowadzono wodę rurami do domów prywatnych, browarów, łaźni — tutaj mamy wyłącznie studnie publiczne. Do wyjątków należy zaliczyć Zamek Królewski z własną siecią rur oraz pałac Kazimierzowski.

Zamek miał oddzielne rury i zbiornik w ogrodzie. W r. 1704 Szwedzi, opanowawszy Warszawę, bronić się musieli w Zamku przed wojskiem Sasiem. Wówczas wodę, która do zamku i miasta rurami chodziła w dn. 31 sierpnia odjęto miastu. Szwedzi wodę do Zamku musieli w beczkach dowozić. Jeszcze w r. 1853 przy budowie kolumny Zygmunta znaleziono w głębi ziemi rury wodociągowe prowadzące do Zamku. Były one sosnowe spajane w otworach rurami żelaznemi.

Tyle o wodociągach w dawnej Polsce.

A teraz przejdźmy do naszych czasów. Pod wpływem badań lekarzy angielskich stwierdzonem zostało, że cholera przenoszona bywa przez wodę studni źle zbudowanych, gdy do studni dostają się ścieki, zawierające wypróżnienia chorych na cholere. Zaznaczyć należy, że nastąpiło to w r. 1854, a zatem prawie 30 lat wcześniej niż odkrycie zarazka cholery przez Kocha. Już wówczas zaczęto się starać o zabezpieczenie wody od dostawania się do niej ścieków domowych. Długo jednak trzeba było czekać na zaprowadzenie wodociągów wolnych od zarazków tyfusu i cholery. Przecież jeszcze w r. 1892 cholera zabrała w Hamburgu 8,000 ofiar. Jeszcze przed 1910 r. miasta amerykańskie Pittsburg i Allegany miały śmiertelność z tyfusu brzuszego najwyższą ze znanych, bo dochodzącą do 150 osób na 100,000.

I tu trzeba ze słuszną dumą stwierdzić, że w miastach stołecznych polskich — naprzód w Warszawie w 1887 a potem w Krakowie w 1897 ²⁾ śmiertelność z tyfusu w Warszawie wynosząca w 1885 — 104 na 100,000 ludności w r. 1887 spadła od razu na 17, czyli przeszło 6-krotnie. Śmiertelność ogólna spadła w tymże czasie z 33.55 na 19.27 na 1000 ludności, co stanowi

¹⁾ Starożytności Warszawskie T. IV. S. 401.

²⁾ Jak również i Poznań — posiadły urządzenia wodociągowe.

oszczędność życia ludzkiego prawie 11,000 rocznie, przyjmując ludność Warszawy na 800,000.

Gdy dotąd jeszcze wiele miast europejskich i amerykańskich nie posiada urządzeń filtrowych — Warszawa ma je już od lat 35.

Wodociąg krakowski czerpie wodę gruntową, gdy wodociąg wiślany pobiera wodę z Wisły.

Dłgie były spory do dziś niezłatwione, jaką wodę do wodociągów pobierać należy. Jedni byli za wodociągami czerpiącymi wodę rzeczną, gdyż te zawsze mają dostateczną ilość wody, dającą się oczyścić za pomocą filtrów piaskowych czy t. zw. angielskich o powolnej filtracji. Inni znów higieniści i technicy byli za wodą gruntową, czy wgłębną jako wodą z natury wolną od zarazków, gdy woda rzeczna musi być od nich przed użyciem uwolnioną. Wodociągi pierwszego rodzaju powstać mogły tam tylko, gdzie znajdowała się w bliskości rzeka, lub większe otwarte zbiorniki (jeziora), drugie budowane były na terenach płaskich, z których wody opadowe zbierają się w kierunku rzeki, lub większego otwartego zbiornika. W Krakowie wzięto wodę gruntową, z pobraża Wisły, wodę, która jest czerpaną za pomocą szeregu studzien należycie zabezpieczonych od dopływów zewnętrznych. We Lwowie pobudowano wodociąg w bliskości jeziora Gródeckiego; woda w obu razach była pod każdym względem odpowiednią i z początku obfitą. Po dłuższem jednak działaniu wodociągu pokazało się, że ilość studzien musi być stopniowo powiększana tak, iż w końcu i tu i tam zbrakło terenu do budowy nowych studzien. Woda z początku obfita w studniach z biegiem czasu stawała się coraz bardziej skąpą ilościowo, zwłaszcza zaś w latach suchych niejednokrotnie wody brakło.

W niektórych miastach próbowano otrzymać wodę z głębszych warstw gruntu. W Poznaniu jednak otrzymano wodę tak silnie obfitującą w substancję huminową, że woda była koloru herbaty: dzięki szczęśliwie powziętej myśli, zmieszania tej wody z poprzednio pobieraną wodą żelazistą, otrzymano osadzenie się jednocześnie żelaza i substancji huminowych.

Nie wszędzie jednak udało się sprawę oczyszczenia załatwić w tak prosty sposób. Niedługo przedtem we Wrocławiu przy pogłębianiu studzien z wodą gruntową otrzymano wodę, zawierającą tak znaczną ilość manganu, że trzeba było pomyśleć o osobnych sposobach pozbycia się tej niemiłej domieszki.

W każdym razie po dłuższym czasie działania wodociągów rzecznych i gruntowych, pokazało się, że woda gruntowa bardziej zawodzi, zwłaszcza tam, gdzie ją się pobiera z warstw bardziej powierzchniowych, nie sięgających głębiej niż kilkanaście metrów.

Wody gruntowe są wprawdzie od zarazków wolne, ale jak widzimy, nie są pewne co do ilości i często mają nieprzyjemne domieszki, których pozbycie się wymaga pewnych zabiegów technicznych.

Nie jest moją rzeczą dzisiaj przedstawiać różne sposoby oczyszczania wody, ani omawiać ich zalety i braki. Z dotąd stosowanych wymienić należy: filtrowanie za pomocą filtrów angielskich, filtrowanie za pomocą filtrów amerykańskich (pod zwiększonym ciśnieniem) często połączone z osadzaniem lub chlorowaniem, filtrowanie biologiczne za pomocą t. zw. fil-

trów kaskadowych (system Puech-Chabal'a) odżelezianie i odmanganowanie wody gruntowej, tudzież pozbawianie jej nadmiaru substancji huminowych, wreszcie oczyszczanie za pomocą ozonu i promieni pozafioletowych. Chlorowanie rozpowszechniło się w Ameryce.

Każdy z tych sposobów musi lub może być stosowany tam, gdzie tego wymaga higiena i technika przy uwzględnianiu kosztów budowy i prowadzenia.

Zadaniem mojem dzisiejszem jest wskazać, że w Polsce dotąd mamy wodociągów za mało, a i te, które są, w znacznej części przestają zadowalniać potrzeby mieszkańców. Stan sanitarny naszego kraju bardzo na tem cierpi i należy jaknajprędzej o usunięciu braków pomyśleć. Bez wodociągów staje się niemożliwem zaprowadzenie kanalizacji, a co zatem idzie, nie może być mowy o gruntownej asanacji.

Dzięki uprzejmości Dyrektora Wodociągowego biura w Krakowie, pana Jaszczurowskiego, uzyskałem spis wodociągów na ziemiach wchodzących dzisiaj w skład Państwa Polskiego.

Uderza odrazu tutaj przewaga higienicznej kultury zaboru pruskiego. W Poznańskim i na Śląsku jest według tego spisu miast i miejscowości zaopatrzonych w wodociągi 36. (Według prywatnych informacji ma być ich daleko więcej). Śląsk Cieszyński liczy 1 wodociąg w Cieszynie, Małopolska—9, zaś cała Kongresówka 5 zaledwie miast, mających wodociągi.

Oto spis alfabetyczny miast i wodociągów według dzielnic: W Poznańskim i na G. Śląsku: Buk, Chełmno, Działdowo, Gniezno, Grudziądz, Gniew, Inowrocław, Jarocin, Katowice, Kępno, Koźmin, Krotoszyn, Leszno, Łabiszyn, Łobienia, Mogilno, Mroczka, Mysłowice, Nowe, Nowy Tomysł, Oliwa, Ostrowo, Odolanów, Pleszew, Pszczyna, Podgórz, Poznań, Rybnik, Śrem, Środa, Stuchno, Toruń, Tarnowiec, Wolczyn, Wolsztyn, Żnin.

W Małopolsce: Biała, Bielsk, Czortków, Kraków, Lwów, Tarnów, Nowy Sącz, Zakopane, Krynica.

W Kongresówce: Warszawa, Płock, Lublin, Olkusz, Modlin, (twierdza).

Zaznaczyć należy, że największe miasta nasze jak: Warszawa, Kraków, Lwów mają już obecnie brak wody, który się może odbić na stanie sanitarnym tych miast. W Warszawie nie wystarczają maszynowe urządzenia, skutkiem czego brakuje stale wody w ostatnich dwóch latach na górnych piętrach domów. W Krakowie z powodu niemożności rozszerzenia terenu wodonośnego wykonano sztuczne nawodnienie terenu naokoło studzien wodą z Wisły. W ten sposób pomnożono wodę ale nie do ilości potrzebnej mieszkańcom, tak iż codziennie na kilka godzin w ciągu dnia i na całą noc do rana wodociąg zostaje zamknięty dla mieszkańców.

Jakie wynikają z tego względu braki na choroby zakaźne, jak cierpią na tem chorzy w szpitalach, jak się to odbija na czystości operacji, o tem wiedzą dobrze lekarze.

Ale zachodzi tu gorsza sprawa, groźna dla zdrowia mieszkańców, gdyż z jej powodu może powstać zakażenie sieci rur wodociągowych zarazkiem duru brzusznego, paradurów i innych zarazków rozchodzących się drogą wodną.

Chcę mówić o wpływie ujemnego ciśnienia, powstającego w rurach wodociągowych skutkiem braku wody i zamykania sieci wodociągowej.

Podczas tej fazy ujemnego ciśnienia, zarazki z zewnątrz, np. z ulic, źle domkniętych zbiorników klozetowych, a nawet i przez pośrednictwo zanieczyszczonych z zewnątrz kranów domowych mogą przedostać się do sieci i zanieczyścić lub zakazić wodę.

Przed niedawnym czasem znalazłem w wodzie krakowskiej wodociągowej zanieczyszczenie bakteriami kałowymi. Miano *b. coli* było wysokie, gdyż wynosiło 1 c. sześć. Od *b. coli* do *B. typhi* jeden tylko krok i lada chwila możemy mieć w Krakowie epidemję duru pochodzenia wodociągowego.

To samo stać się może we Lwowie, gdzie wodociągi podczas ruskiej inwazji zostały mocno uszkodzone, a studnie gruntowe, o ile mi wiadomo, nie wystarczają.

Jakie byłyby środki zaradcze na te ważne braki higieniczne?

W Warszawie, gdzie mamy wodociąg, zaopatrywany przez wodę z rzeki, jest to głównie sprawa maszyn i powiększenia filtrów. Z biegiem czasu pokaże się potrzeba zapewne też i powiększenia rurociągu. I tutaj zdaniem mojem znajdzie się wyjście bez powiększenia stacji filtrów, budując wodociąg rzeczny do polewania ulic, do czego nie trzeba przecież tej kosztownej filtrowanej wody. Przypuszczam, że kalkulacja w tym kierunku przeprowadzona wykaże, iż wodociąg do polewania da się wobec uniknięcia filtrowania wody i dalszego rozszerzania filtrów łatwo zamortyzować, z chwilą, gdy zajdzie konieczność powiększenia rurociągu.

W Krakowie, gdzie niema filtrów, ale studnie z wodą gruntową już się wyczerpują, trzeba pomyśleć o nowem źródle wody. Na razie usunięto brak wody wzorem miast nadreńskich, przez wyżej wspomniane nawodnienie terenu koło studzien wodą wiślaną.

Sposobowi temu nie można nic zarzucić, jeżeli tylko zabezpieczy się dostatecznie grubość warstwy filtrującej wodę z rzeki.

W przyszłości Kraków projektuje przeniesienie czerpania wody na prawą stronę Wisły, gdzie jest teren obfitujący w wodę, wprawdzie nieco żelazistą, tak, iż trzeba będzie urządzić odżelezianie.

Zanim nastąpią te uzupełnienia w Warszawie, Krakowie, Lwowie i w innych miastach, sytuacja nie jest mi bliżej znaną — należy przede-wszystkiem pamiętać o jednym źródle zaoszczędzenia wody.

Uszczelnienia kranów domowych, urządzeń klozetowych i in., zwłaszcza w budynkach publicznych i wojskowych są w znacznej części zepsute i przepuszczają ogromną ilość wody, która idzie na marne.

Zarządy wodociągowe w Warszawie i Krakowie obliczyły, że ilość wody, która się w ten sposób marnuje, wynosi 18—20—25% całej wody, jaką wodociągi miastom dostarczają.

Jeżeli zatem władze miejskie i mieszkańcy domów nie będą w tej mierze wzajemnie sobie pomagali, to będzie się musiało dla pokrycia straty płacić conajmniej 25% wyższy podatek za zmarnowaną wodę.

Kończąc te ogólne uwagi o brakach naszych wodociągów, potrzebie budowania nowych i rekonstruowania, względnie rozszerzania dawniejszych, nie widzę innego sposobu, jak utworzenie towarzystwa lub kilku towarzystw dla budowy i eksploatacji wodociągów, które byłyby dostatecznie finansowo silne, ażeby sprawę wszystkich wodociągów w Polsce mogły

ująć w ręce i w ten sposób postawić tą całą ważną sprawę higieniczną na drodze racjonalnej. Muszą tu współdziałać kapitały krajowe i zagraniczne, a będzie pewność, że budowa wodociągów i kanałów stale postępować będzie ku lepszemu. Inicjatywę winno wziąć w ręce jakieś towarzystwo prywatne, uzyskać pomoc rządu i wejść w kontakt z czynnikami autonomicznymi.

W tej myśli stawiam odpowiedni wniosek.

Mogłaby również w tym celu powstać kooperatywa większej ilości miast, zwłaszcza przemysłowych, posiadających fabryki rur i huty żelazne. Miasta górnośląskie mogłyby tę sprawę zapoczątkować, gdyż posiadają do tego najwięcej warunków.

Inż. S. WENDROWSKI.

O sposobach oczyszczania wody do picia.

Ostatnie 10 lat były ciężką próbą dla wielu wodociągów miejskich, które korzystały z wody wglebnej. Długotrwałe susze, które nawiedziły Europę Środkową w tym czasie, tu i owdzie wytworzyły takie warunki, które nie były przewidziane przez projektujących wodociągi, pomimo, że sam projekt uwzględniał wyniki obserwacji i pomiarów dość żmudnych i kosztownych.

Szereg miast europejskich, Wrocław, Poznań, Kraków, Frankfurt, znalazły się w warunkach, z których narazie nie było znośnego wyjścia.

Potwierdziła się niedostateczna pewność wód wglebnych tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym; tym silniej wykazała się przewaga tych wodociągów, które korzystały z wody powierzchniowej, do picia niezdatnej bez uprzedniego oczyszczenia, o zmiennej, nieraz niedogodnej temperaturze, lecz zato pewnej pod względem ilościowym.

Większa pewność tych ostatnich wodociągów polega na uwzględnianiu obserwacji nieraz setek lat, z drugiej strony na tem, że obszar, zasilający odnośne wodozbiory, jest zwykle 100 do 1,000 razy większy, aniżeli obszary, zasilające prądy podziemne, dzięki czemu, czerpana ilość wody dla celów wodociągów z wodozbioru powierzchniowego, stanowi bardzo drobny ułamek prądu wodnego, zasilającego ten wodozbiór, nawet w najgorszym razie. Stąd duża pewność pod względem ilościowym wodociągów, zasilanych wodą powierzchniową.

W tych warunkach wodozbiory otwarte w dużym stopniu odzyskują to znaczenie dla wodociągów miast, szczególnie dużych, jakie posiadały dawniej, z drugiej strony nabierają tym większego znaczenia metody oczyszczania wód, które bezpośrednio nie są zdatne do picia.

Najdawniejszą z tych metod jest filtracja piaskowa t. z. powolna, wprowadzona w r. 1839 w Anglii przez J. Simpsona dla wodociągu „Chelsea” w Londynie. Metoda ta polega na przepuszczaniu wody przez sztucznie ułożoną warstwę piasku z szybkością nie przekraczającą 100 mm. na godzinę, przyczem na powierzchni piasku tworzy się warstwa

więcej zamulona t. zw. błonka, która odgrywa główną rolę w samym procesie filtracji.

Błonka ta, jako najbardziej nieprzenikliwa część warstwy filtracyjnej, zatrzymuje największą część tak zanieczyszczeń nieorganicznych, jak i organicznych, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że i pozostała część warstwy filtracyjnej, a nawet podłoże piaskowe przyjmują pewien udział w samym procesie filtracji.

Wysokość słupa wody, potrzebnego do przetłoczenia wody przez warstwę filtracyjną, nie przekracza zwykle 100 cm.

Gdy ciśnienie filtracyjne dochodzi do powyższej liczby, filtr uważa się za wyczerpany i winien być odnowiony.

Dla odnowienia wystarcza zwykle ostrożne zdjęcie górnej warstwy zabrudzonego piasku grubości ok. 1.5 cm. Zdjęcie to, nazywane oczyszczeniem filtra, wykonywane jest przez wyszkolonych robotników za pomocą specjalnych płaskich łopat.

Zabrudzony piasek usuwa się z filtru, powierzchnia pozostała zostaje wygładzana i ubijana — i filtr do nowego działania jest gotów.

Okres nieprzerwanego działania filtra trwa od 10 dni do paru miesięcy.

Gdy warstwa filtracyjna po kilkunastu kolejnych oczyszczeniach zmniejszy się do 40 cm., filtr staje się niepewnym w działaniu i warstwa filtracyjna winna być pogrubiona do co najmniej 90 cm.

Powyższe filtry przy należytej eksploatacji dają w normalnych warunkach produkt zupełnie zdalny do picia i nie wymagający dalszej obróbki.

W tych jednakże wypadkach, gdy woda rzeczna zawiera bardzo drobne ilaste zawiesiny, co bywa dla Wisły w czasie przyborów, zawiesiny te przedostają się do filtrowanej wody i nadają jej odcień żółtawy, który po ukończeniu przyboru rzeki szybko ginie.

Pierwotnie mniemano, że filtry angielskie są zupełnie nieprzenikliwe dla bakterji, że zawarte nieraz w wodzie filtrowanej bakterje pochodzenie swe zawdzięczają dalszym warstwom filtra, są z nich wymywane prądem wody i że bakterje właściwe t. j. wody rzecznej zatrzymane są w górnych warstwach piasku.

Przypuszczenie to, jak pokazały doświadczenia Fränkel'a, Pielke'go i innych, okazało się niezupełnie słusznem, gdyż wielokrotnie stwierdzono istnienie w wodzie filtrowanej bakterji pochodzenia rzecznoego obok bakterji pochodzenia z dolnych warstw filtra. Jakkolwiek ilość bakterji, wykazana w wodzie filtrowanej ma znaczenie względne, jednakże prawie ogólnie przyjętą jest zasada, postawiona przez Roberta Krebs, że o ile ilość bakterji wody filtrowanej nie przekracza 100 w cm^3 , woda taka uważa się za zdatną do picia, gdyż stwierdzono, że miasta zachodnie, które trzymały się zasady powyższej, były wolne od epidemii cholery i tyfusu.

Późniejsza statystyka wykazała, że w miastach, posiadających filtry piaskowe powolne, panuje taka sama śmiertelność od tyfusu brzusznoego (4.4 na 100000), jaka zapanowała w tych miastach, które korzystały z wody zupełnie wolnej od bakterji (3.6 na 100000).

Wobec dość długiego okresu działania bez przerw filtra angielskiego i wobec bardzo powolnych zmian, zachodzących w samym procesie filtro-

wania tego typu filtrów, jest zawsze dość czasu do uwzględnienia wyników badań bakteriologicznych, które np. w Warszawie dokonywane są codzień w każdym filtrze z liczby 30.

Jeżeli przyjąć pod uwagę jeszcze i okoliczność, że sam proces oczyszczania filtra wyżej wymienionego typu nie jest połączony ze zmianą całej warstwy filtracyjnej, a tylko górnej warstewki, i że na początku działania po oczyszczeniu w filtrze już dojrzałym udział całej warstwy w filtracji występuje bardzo wyraźnie, jest zrozumiałe, że filtry angielskie są uważane dość powszechnie za bardziej pewne w działaniu, niż inne filtry i produkt ich za niewymagający dalszego traktowania.

Efekt bakteriologiczny filtrów angielskich przekracza normalnie 99¹/₁₀, czyli prawie 1 procent przedostaje się do wody filtrowanej, jest więc koniecznością w tych wypadkach, gdy woda rzeczna jest więcej zanieczyszczona, zastosowanie przedwstępne pewnych metod, które sam proces filtracji ułatwiają, dostarczając filtrom wodę już w pewnej części oczyszczoną tak pod względem mechanicznym jak i bakteriologicznym.

Do metod tych należy przede wszystkim zastosowanie basenów osadowych. Są dwa typy urządzeń osadowych.

W jednym z nich basen po zapełnieniu wodą, przeznaczoną do oczyszczenia, zamyka się od strony dopływu i odpływu, woda pozostaje jakiś czas w spoczynku, po czym zostaje skierowaną do filtru z najbardziej oczyszczonej górnej warstwy — jest to basen osadowy o działaniu przerywanem. W drugim zaś typie wodą stale przepływa przez basen z małą szybkością od 1 do 20 mm. na sekundę, co się osiąga za pomocą urządzeń regulacyjnych — jest to basen osadowy o działaniu stałym.

Drugi typ jest częściej stosowany.

W basenach osadowych m. Warszawy zatrzymuje się około 75% zawiesin oraz około 25% bakterji. Proces opadania metków na dno basenów osadowych daje się znacznie przyspieszyć i zwiększyć przez uprzednie dodanie do wody pewnych domieszek chemicznych, dzięki którym najdrobniejsze zawiesiny o wadze gatunkowej, zbliżonej do wagi wody, ulegają pewnemu skupieniu, tworząc bardziej zbite ciała, prędzej opadające na dno basenów.

Najczęściej stosowanymi domieszkami są sole żelaza, nadmanganian potasowy w stosunku 1 — 2 gr. na 1 m.³ wody przy 2-godzinnem przebywaniu w osadniku, oraz siarczan glinu w stosunku 10 — 60 gr. na 1 m.³ przy przebywaniu w basenach od 8 do 10 godzin.

Tak rodzaj domieszki, jej ilość, jak i czas działania w basenach odpowiednich zależy od własności wody, podlegającej oczyszczaniu.

W tych wypadkach, gdzie proces osadowy oddzielnie, lub z dodawaniem chemicznych domieszek, okazuje się niedostatecznym, stosowana jest z powodzeniem filtracja wstępna, która odbywa się w rozmaity sposób.

W Europie środkowej filtracja wstępna najczęściej się odbywa za pomocą filtrów gruboziarnistych o dużej szybkości wody. Konstrukcja tych filtrów przypomina filtry angielskie. Ponad drenażowemi przewodami układany bywa żwir bardzo gruby, nad tem drobniejszy, nad tem zaś gruboziarnisty piasek o wielkości ziarek 1 — 3 mm. Szybkość filtracji wynosi

od 2 do 3 metrów na godzinę (w angielskich filtrach 100 mm. na godzinę). Oczyszczanie filtru skutecznia się co 1 — 2 dni przez wtłaczanie powietrza z dołu w ilości 5 — 10 litrów na 1 m.² powierzchni filtracyjnej przy jednoczesnym przepuszczaniu przez warstwę filtracyjną wody również z dołu. Czas potrzebny na oczyszczenie wynosi od 20 do 30 minut.

W urządzonych w ten sposób filtrach wstępnych zatrzymuje się około 80% zawiesin mechanicznych oraz około 50% bakterji, dzięki czemu okres nieprzerwanego działania filtra angielskiego staje się znacznie dłuższym i szybkość filtracji może być bez obawy znacznie zwiększona.

Do filtrów wstępnych należy również filtr systemu *Puech-Chebal'a*, tem się wyróżniający od innych, że z procesem filtracji łączy dostateczne kilkakrotne przewietrzanie wody oraz zapewnia dogodny sposób usuwania szlamu z samych filtrów.

System *Puech-Chebal'a* polega na kaskadowem ugrupowaniu filtrów w ten sposób, że najwyżej jest położony filtr ze żwiru o ziarnach 20 mm., poniżej 3 filtry również żwirowe, przyczem ostatni o ziarnach 4 mm., niżej filtr wstępny piaskowy o ziarnach 2 — 4 mm., wreszcie najniżej filtr angielski z piasku drobnego o ziarnach poniżej 2 mm. Powierzchnie filtrów kaskadowych, urządzonych w Magdeburgu wynoszą: 160 m.², 280, 512, 1176, 4000 i 15230, przy dobowej wydajności całego urządzenia 32000 m.³. Dzięki działaniu tlenu powietrza, który ma dostęp do wody przez każdy z małych wodospadów, woda jest pozbawiona zupełnie, lub prawie zupełnie tego nieprzyjemnego zapachu i smaku, który się daje odczuć w wodzie rzeki Elby, szczególnie w czasie kampanji cukrowej.

Wogóle odnośnie filtrów wstępnych nie można ustalić jakichś reguł ogólnych, któreby dawały możliwość naprzód przewidywać liczbowy ich wpływ. Większa lub mniejsza wartość tych filtrów wykazuje się najlepiej w każdym oddzielnym wypadku przez osiągniętą wydajność filtra drobnodziarnistego lub angielskiego.

Filtry angielskie od czasu ich zastosowania prawie całkowicie zapanowały w dziedzinie filtracji w Anglii i Niemczech. I słusznie, gdyż dzięki tym filtrom ludność tych państw korzystała z wody w zupełności do picia zdatnej.

Lecz te same filtry w warunkach odmiennych innych krajów dawały wyniki niezupełnie zadowalniające. W Ameryce np. nie były one w stanie usunąć z wody rzecznej drobnego iłu gliniastego, stanowiącego zwykłą składaną część wody rzek amerykańskich.

W Holandji filtry te nie usuwały lekkiego, szarego zabarwienia wody surowej.

W tych warunkach powstawały inne metody filtracji, z których każda na swój sposób odpowiada swemu przeznaczeniu.

Pierwsze miejsce zajmują powstałe na gruncie amerykańskim filtry t. zw. szybkobieżne. Wprowadzenie ich zawdzięczać należy potrzebom przemysłu, który potrzebował znacznych ilości wody, wolnej od mętów, lecz nie miał ani dość czasu, ani dość miejsca do zdobycia potrzebnej wody w sposób, praktykowany na kontynencie.

Wśród różnych typów filtrów szybkobieżnych, system Jencill'a okazał się najbardziej rozpowszechniony. Działa jak następuje.

Dla usunięcia mętów gliniastych do wody surowej dodaje się siarczan glinu w takiej ilości, że przy sześciogodzinnym przebywaniu w basenie osadowym wydziela się znaczna część zawieszin gliniastych. Potem woda sklarowana jest skierowywana do okrągłych zbiorników, żelaznych lub cementowych, o średnicy 3 i więcej metrów, wypełnionych ostrokanciastym piaskiem o jednakowej wielkości ziaren. W tych zbiornikach woda, zawierająca jeszcze produkty uprzedniej chemicznej reakcji, przechodzi przez piasek zgóry ku dołowi, pozostawiając tak na powierzchni piasku, jak i w samym piasku resztkę zawieszin oraz bakterji. Ponieważ filtracja ta odbywa się ze znaczną szybkością przepływu wody przez piasek (4—5 metrów na godzinę), filtr szybko ulega zatkanu, pomimo zastosowania dużego ciśnienia filtracyjnego, dochodzącego w końcu okresu roboczego do 3 metrów. Przemywanie filtru odbywa się w 12—24 godzin za pomocą prądu z dołu wody czystej pod dużym ciśnieniem przy jednoczesnym poruszaniu warstwy piaskowej przez pewną ilość żelaznych miészadel. W ciągu 10—20 minut dopływająca góra woda, początkowo bardzo zaszlamiona, staje się, z powrotem przezroczystą. Wtedy kierunek ruchu ulega przestawieniu i proces filtracji rozpoczyna się na nowo. W ciągu 15—30 minut woda filtrowana potem zawiera jeszcze znaczną ilość bakterji i zwykle bywa spuszczaną do kanału, lub kierowaną po raz drugi na filtr. Na proces przemycania filtra traci się zwykle około 4% wody filtrowanej.

Powyższe filtry zajmują bardzo mało miejsca, przez przykrycie dachem dają się z łatwością zabezpieczyć od zamarzania, i są w stanie dostarczyć wodę zupełnie zdatną do picia, nie ustępując filtrom angielskim.

Szczególnie zaś nadają się one do wód silnie zanieczyszczonych ilastymi ciałkami, które szybko zatykają warstwę filtracyjną filtra angielskiego, oraz takich wód, które zawierają niezmiernie drobne części gliniaste, przenikające przez całą warstwę filtra angielskiego.

Tym dogodnym stronom stosowania filtrów pośpiesznych przeciwstawia się większy koszt, zresztą nie o wiele, eksploatacji oraz trudność, wynikająca z potrzeby dodawania zmiennych dóz siarczanu glinu w zależności od zmiennych własności wody rzecznej.

Jak wiadomo, za pomocą tej lub innej filtracji można osiągnąć poważne zmniejszenie ilości bakterji, zawartych w wodzie surowej, jednakże część ich przedostaje się do wody filtrowanej.

W tych zaś wypadkach, gdzie chodzi o zatrzymanie lub unięszkodliwienie wszystkich bakterji, stosuje się sterylizacja wody.

Ponieważ metoda sterylizacji wody zapomocą chloru, znajdująca największe zastosowanie za oceanem, będzie przedmiotem następnego referatu dr. Trzebińskiego, przejdź mi wypada do opisu sterylizacji zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych.

Ozonizacja wody przechodziła długie koleje w swoim rozwoju, zanim osiągnęła obecną swoją doskonałość techniczną i zdrowotną.

Zasada jest następująca.

Ozon, znajdujący się zwykle w atmosferze w minimalnych ilościach ok. 2 mg. na 100 m.³ powietrza, wytwarza się w sposób fabryczny w ilościach do 5 gr. i więcej na 1 m.³ powietrza.

W sposobie Siemens'a, uważanym za pierwowzór dla innych systemów, kondensator, przez który przechodzą wyładowania prądu zmiennego, jest utworzony przez cylinder aluminiowy, jako jeden biegun, oraz otaczający go cylinder szklany, jako drugi biegun.

Ciche wyładowania prądu zmiennego o wysokim napięciu np. 10,000 volt przenikają wąską przestrzeń pomiędzy wyżej wspomnianymi cylindrami, przez którą jest przetłaczane suche powietrze.

W tych warunkach tlen ostatniego w znacznej części przechodzi w ozon (O₃) i wydzielą się lekkie, niebieskawe światło.

Przewodniki o wysokim napięciu są w ten sposób doprowadzone, że są całkiem niedostępne dla obsługi.

Wytworzony ozon następnie doprowadza się do wody, z którą musi być dobrze przemieszany.

Osiąga się to w tak zwanych wieżach sterylizacyjnych w systemie Frieze-Tyndall'a.

Są to rury pionowe o średnicy 0,5—1,5 metrów i wysokości 5—10 metrów, które są poprzedzielane w pewnych odstępach dziurkowanymi płytami celuloidowymi.

Woda wraz z ozonem doprowadzana są do tych wież z dołu i tu zaraz ulegają silnemu przemieszaniu dzięki urządzeniu specjalnych dysz. Otwory zaś płyt przegradzających zmuszają wodę i ozon do parokrotnego bliskiego zetknięcia się.

Tak ilość wody, jak i ozonu, oraz czas zetknięcia się ich, mogą być ściśle regulowane.

W tych warunkach zabijający wpływ ozonu na bakterje jest zapewniony. Dalej ozonizowana woda odpływa górą, pozostałe zaś powietrze z resztą wolnego czasu jest wyciągane za pomocą pomp, łączy się z powietrzem świeżym, wysusza się i z powrotem podlega nasyceniu ozonem.

Na 1 m³ wody potrzeba do całkowitej ozonizacji 1—2 gr. ozonu.

Temperatura wody na przebieg ozonizacji wpływu nie wywiera. Niezbędnym warunkiem sterylizacji zapomocą ozonu jest zato przezroczystość wody i brak mętów, co się daje osiągnąć zapomocą filtracji.

W ostatnich czasach głośną się stała metoda sterylizacji wody zapomocą promieni pozafioletowych, jakkolwiek dotychczas nigdzie nie zastosowana na szerszą skalę.

Metoda ta przedstawia się w sposób następujący.

W wolnej od powietrza rurze bieguny dodatni i ujemny prądu stałego pogrążone są w rtęci, która przy pewnym pochyleniu rurki wylewa się w postaci nitki rtęciowej od bieguna dodatniego do ujemnego i wytwarza w ten sposób połączenie elektryczne wewnątrz rurki pomiędzy biegunami. Dzięki temu przechodzi wewnątrz rurki prąd elektryczny i rtęć paruje, powstaje zaś pary rtęci same wystarczają do utrzymania dalszego prądu.

Pary te wydzielają silne niebieskie światło, będące silnym źródłem promieni pozafioletowych.

Rurki te przygotowują z kwarcu, gdyż szkło dla promieni, o których mowa, jest nieprzenikliwe.

Rurki te, będące lampami rtęciowymi, ustawia się w ten sposób, że znajdują się one albo bezpośrednio nad wodą, podlegającą sterylizacji i zmuszoną zapomocą przegródek do kilkukrotnego zbliżania się do lampy, albo też lampa taka w ochronnym płaszczu, również z kwarcu, pogrąża się w wodę i w ten sposób wszystkie cząsteczki wody znajdują się pod działaniem wytwarzanych promieni.

Intensywność samego działania zależy od odległości lampy od cząstek wody, od natężenia prądu i od własności samej wody. Niezbędnym warunkiem jest, jak i przy ozonizacji, przezroczystość wody.

Trudności techniczne tego sposobu sterylizacji wynikają prócz tego i głównie z niedostatecznej trwałości lamp kwarcowych, których częsta wymiana pociąga za sobą znaczne koszty.

W zakończeniu nadmieniam, że referat powyższy, poruszający w krótkich słowach zagadnienia bardzo skomplikowane, nie może pretendować do żadnej siły argumentacyjnej w tym lub innym kierunku, wobec czego żadnych wniosków stawiać nie mogę.

Dr. St. TRZEBIŃSKI.

O chlorowaniu wody.

Przed wojną wszechświatową chlorowanie wody stosowano na wielką skalę przeważnie tylko w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, gdzie jeszcze w 1914 r. 110 miast używało odnośnych metod, jako jedyne albo pomocniczego sposobu odkażania wody do picia w ilości ogólnej 7,5 miljonów m³ dziennie. W 1918 r. ilość ta wzrosła do cyfry 11,25 m³.

W Europie natomiast czyniono to raczej przygodnie, jak np. w Paryżu w 1904 r., następnie w 1911 i w Rosji (Dzierżgowski). Dopiero wojna światowa, podczas której wypadało nieraz dostarczać znacznej ilości dobrej wody do picia dla wojska w miejscowościach, nie posiadających kosztownych instalacji wodociągowych i filtracyjnych, zapewniła szerokie zastosowanie tej metodzie we wszystkich armjach, podczas gdy względy oszczędnościowe wpłynęły na jej rozpowszechnienie w miastach. Tak np. w Londynie w 1916 r. osiągnięto przy częściowym tylko zastosowaniu chlorowania oszczędność 100,000 funtów w Sheffield, na odnośne instalacje wydano tylko 350,000 f. zamiast 3,000,000 potrzebnych na urządzenia filtracyjne. Jeszcze poprzednio, bo w r. 1915, otrzymało miasto Aberdeen od parlamentu pozwolenie na zaopatrywanie mieszkańców w wodę chlorowaną, potem Rotherdam, Cardiff i inne miasta, a obecnie Ang. Min. Zdrowia wydało cyrkularz w tej sprawie z załącznikiem, opisującym dokładnie technikę chlorowania według rozmaitych metod. Powyższy sposób dezynfekcji

wania wody przyjął też Paryż, a w Rosji Komisarjat ochrony Zdrowia wydał w Moskwie 1920 r. specjalne dziełko (Kak uluszczat' pitjewuju wodu) z wyszczególnieniem metod i rysunkami potrzebnych ku temu przyrządów.

Ogólne zasady.

Czynnikiem, działającym przy stosowaniu wszystkich metod chlorowania jest wolny chlor, który jednak dla wywarcia pożądanego skutku t. j. unieszkodliwienia chorobotwórczych zarazków, potrzebuje pewnych warunków.

1) Naprzód więc woda, mająca podlegać chlorowaniu, powinna być wolna od grubych zanieczyszczeń, które poprzednio należy usunąć drogą odstania i dekantowania albo koagulacji za pomocą traktowania odpowiednimi środkami chemicznymi, inaczej bowiem znacznie się zwiększa ilość chloru, potrzebnego do odkażania, a to ostatnie ponadto nie daje się przeprowadzić z pożądaną ścisłością.

Działanie chloru polega na: 1) utlenianiu organicznych materji, 2) na bezpośrednim chlorowaniu tychże materji, 3) na bakterjobójczem działaniu zależącym według Racc'a nie od utleniania, lecz od toksycznych właściwości chloru (Dehydrogenizacja — Dzierzgowski).

Chlor powinien być wprowadzony w dostatecznej ilości, a tym mniej go potrzeba, im czystsza jest woda. Tak np. dla wody z Moskiewskich wodociągów wystarczała ilość 0,5—1,0 mg. chloru na 1 litr. dla wody z Wołgi pod N. Nowogrodem, nie filtrowanej 2 mg., po pobieżnem filtrowaniu 1,3 mg., dla wody z rzeki Moskwy podczas powodzi 4 mg., dla wody z rzeki Vanne nie filtrowanej 5 mg., po filtrowaniu 1,2 mg. Dla wód bardzo zanieczyszczonych mogą się okazać potrzebnymi jeszcze większe ilości, dochodzące do 30—40 mg. Paryż chloruje tak, aby po 3 godzinnym kontakcie pozostawało rezydualnego chloru 0,5 mg. na litr. Analogiczna cyfra dla wody z Tamizy 1918 r.—1919 wynosiła przeciętnie 0,44 mg., a w 66 miastach Stanów Zjednoczonych po kontaktach różnego trwania około 0,25 mg.

Działanie chloru na wodę powinno trwać przez czas dostatecznie długi, mniej więcej przez 3-4 godz. a w ciągu tego okresu dobrze jest kłócić wodę w zbiornikach, w celu umożliwienia dokładniejszego zmieszania się z chlorem.

Że ilość chloru była dostateczna, przekonać się możemy najlepiej, wykazując w wodzie po zakończeniu procesu chlorowania obecność wolnego chloru (papier nakrochmalony i kali jodat). W takim razie przecież przed oddaniem wody do użytku, nadmiar chloru należy zobojętnić podsiarczanem sodu, którego potrzebną ilość wykaże każdorazowa analiza chemiczna. Czy zaś owo zobojętnienie w istocie było zupełnem, to w Paryżu sprawdzano w sposób prosty, nie wszędzie jednak dający się zastosować, przepuszczając wodę przez basen z żywymi pstrągami, które ginęły w razie obecności wolnego chloru — (w Rostowie ryby w wodzie chlorowanej na zdrowiu nie ucierpiały. Dzierzgowski).

Woda chlorowana posiada niekiedy nieprzyjemny smak i zapach, będący według Denerta w związku z działaniem chlorowych połączeń, na żywicę klepek w beczkach, w których się je przechowywało, albo też na smoły mineralne rur przewodowych, świeżo koaltaryzowanych (według Dzierz-

gowskiego i Amerykańskich autorów, także na organiczne substancje wody najczęściej w czasie ulewnych deszczów, albo w okresie tajania śniegu)

Zapach jodoformu powstaje z jodowych minimalnych ilości soli jodowych pod działaniem kwasu azotowego wobec śladów fermentacji alkoholowej. Uwalnia się wody od tego zapachu drogą aeracji w otwartych zbiornikach, albo dodania małych ilości nadmanganianu potasu (1,3—1, mg. na litr). Drugi sposób według Houstona polega na dodaniu większej ilości chloru.

Ostatecznie woda chlorowana prawidłowo i następnie pozbawiona ewentualnego nieprzyjemnego smaku i zapachu, pod względem dobroci zupełnie nie ustępuje wodzie, unieszkodliwianej za pomocą kosztownych urządzeń filtracyjnych. Dowodem tego są np. cyfry statystyki New-Yorkskiej, gdzie w okresie zaopatrywania mieszkańców w wodę chlorowaną śmiertelność z tyfusu brzuszego, wynosi nie więcej nad 4 na 100,000. W Londynie 1920 r. 1 na 100,000. Poniżej podajemy cyfry, dotyczące ilości mikroorganizmów, znajdujących się w takiej wodzie po działaniu na nią rozmaitych ilości chloru.

Ilość chloru użytego do chlorow. na 1 litr. Ilość mikroorganizmów na 1 cm³.

Woda z rzeki	Vanne	0,5 mg.	55	
"	"	l'Avre	0,7 "	28
"	"	Dhuys	0,3 "	12
"	fitrow. z	Sekwany	1,2 "	9
	z	Marny	1,2 "	4

W wodzie, branej prosto z Tamizy w r. 1916 znaleziono na 100 próbek po 100 cm³ prątki okrężnicowe w 89%.

W takiejże wodzie, sedymentowanej bez chlorowania w 80%.

" " niesedymentowanej lecz chlorowanej w 24%.

Woda rzeczna chlorowana, równie zadawalniająca z punktu widzenia higieny, w porównaniu z wodą źródłową lub artezyjską przedstawia natomiast różne dogodności gospodarczej natury. Jest ona miękka, nadaje się więc lepiej do prania i do celów przemysłu, oraz daleko mniej psuje rury wodociągowe.

Wpływ zubożonego chloru na zwiększenie ilości składników mineralnych jest zupełnie nieznaczny—nie przewyższając zwykle na 1 litr 2 mg.

A trzeba jeszcze uwzględnić, że przy chlorowaniu można zmniejszyć o 2—2½ razy ilość koagulantów, wyrażającą się zwykle całymi dziesiątkami miligramów na 1 litr.

Metody i ich porównanie.

1. Chlorowanie za pomocą chlorku wapnia. „Chlorek wapnia” jest to właściwie mieszanina różnych połączeń: $\text{Ca}(\text{OH})_2 + \text{CaCl}_2 + \text{Ca}(\text{OCl})_2 + 2\text{H}_2\text{O}$. Otrzymuje się on działaniem chloru na gaszone wapno przy zwykłej temperaturze.

Aparaty proste, metoda daje się zastosować wszędzie, procedura łatwa. Świeży preparat zawiera 33% chloru (zawartość przyjęta przez Angielski Wydział Zdrowia). Przy dłuższym przechowywaniu, zawartość chloru się zmniejsza, co można opóźnić dodatkiem 25% niegaszonego wapnia. Z racji tej zmienności trzeba określać zawartość chloru w tym preparacie przed każdorazowym jego użyciem.

Rozczyn chlorków najlepiej trzymać w mniejszym, szklanym o ile możliwości zbiorniku, skądby mógł wpływać w potrzebnej ilości, regulowanej przez odpowiednie przyrządy do wielkiego zbiornika z wodą.

Ujemną stroną tej metody stanowi natomiast objętość preparatu, wymagająca dużych magazynów, konieczność rozporządzania znaczną przestrzenią i znaczną pracą manipulacyjną, wyżej wzmiankowana potrzeba poddawania preparatu częstym chemicznym analizom, oraz osady węglanu wapnia, które swoją drogą po wysuszeniu mogą służyć za kompost, a wreszcie zważanie się światła rur i kanałów wskutek inkrustacji ścianek.

2. Zawielizacja, wykonywa się według kilku metod, a więc można traktować chlorki wapnia roztworem węglanu sodu, przyczem powstaje podchloran sodu, czynny składnik „Eau de Javel”. Można też wprowadzić gaz chlorowy do roztworu ługu sodowego przy pewnej temperaturze. Produkt tak otrzymany dekantuje się i przechowuje w odpowiednich naczyniach (bonbonne). Przed użyciem rozcieńcza się on w miarę potrzeby.

Eau de Javel w płynie traci skuteczność prędzej od suchego materiału i nie nadaje się do odkażania wielkich ilości wody, przedstawiając natomiast pewne dogodności dla mniejszych instalacji. Manipulacja łatwa nie wymagająca osobnych aparatów i wyłączająca wytwarzanie się osadów.

3. Chlor płynny albo gazowy zaczęto używać naprzód w Depart. Wojsk. Stanów Zjedn. 1910 roku. W Ameryce ta metoda wypiera inne. Aparat zajmuje mało miejsca, roboty niewiele, osadów niema, dozowanie może się odbywać dokładnie. Dla większych instalacji pierwotne urządzenia mniej kosztują od urządzeń, potrzebnych przy stosowaniu podchlorańców.

Natomiast możliwe niebezpieczeństwo w razie uchodzenia gazu przy nieuszczelnem zamknięciu. Aparat wymaga inteligentnego dozoru, nie można go powierzyć pierwszemu lepszemu robotnikowi. Aparaty bywają dwu typów. W pierwszym gaz, wydobywający się z żelaznych cylindrów, przechodzi przez regulator ciśnienia do zbiornika, zasilanego wodą za pomocą dodatkowego przewodu. Gaz tam się rozpuszcza i roztwór przechodzi do systemu rur głównego zaopatrzenia.

Aparaty drugiego typu (type à alimentation directe) pracują w ten sposób, że gaz idzie wprost do miejsca zastosowania, przeszedłszy poprzednio przez aparat dyfuzyjny. Dokładny opis w pracy Bartow et Legendre w *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire* 1918-XL-(1-31).

4. Chloraminowanie, polecane w Ameryce przez Race'a i stosowane tam w niektórych miejscach, mniej jest godne polecenia według Dénert'a. Pod względem wartości bakterjobójczej wszystkie metody chlorowania dają mniej więcej to samo, o ile się je prawidłowo wykonuje.

L I T E R A T U R A.

- 1) *Revue d'Hygiène et de Pol. San.* 1900 Nr. Dénert.
- 2) *The Lancet* 1920 Nr. 5117 Chlorination of potable water — Circular of the Ministry of Health.
- 3) *Depart. of Water Supply-City of New-York Annual Report* 1917.
- 4) *Rev. internat. D'Hygiène* 1921 Nr. 2 Javellisation et chloration des eaux de boisson Marshal C. Balfor.

5) *Kak uluczszyt' pitiewuju wodu* — Narodnyj Komisarjat Zdrawo-chranienja. Moskwa 1920.

6) *Modern Developments in civil and military water supply* — A. F. Girran (The Surreyor) 9-IV 1920 par. 314-ref. w Rev. D'Hygiène et de Po-lice Sanit. 7—8 1920.

7) „*Kak uluczszyt' pitiewuju wodu*”. Moskwa 1918. (Komitet Ziemstw Zjednoczonych).

8) Bronowski i Dzierzgowskij. *Rezultaty obezzarażiwania wody Dona rastworom chlornoj izwiesti.* — 1913. Peterb.

Pierwszą książkę, całkowicie poświęconą chlorowaniu wody, wydał Race (*Chlorination of Water* New-York 1918).

Inż. RUTKOWSKI.

K a n a l i z a c j a m i a s t.

Znaczenie szybkiego usuwania nieczystości poza granice miast i wię-kszych skupień ludzkich jest tak powszechnie znane, że wszelkie uzasad-nienie byłoby zbyteczne. Natomiast technika usuwania nieczystości i dal-sza ich przemiana aż do stanu obojętnego pod względem zdrowotnym i estetycznym, oraz ustalenie racjonalnego poglądu na wybór tego lub in-nego systemu asenizacji wogóle, a w szczególności w zastosowaniu do naszych warunków, na potrzebę wprowadzenia racjonalnej kanalizacji do programu inwestycji miejskich, na możliwość urzeczywistnienia w obecnym czasie tych zamierzeń i na właściwy sposób ujęcia kwestji — powinno, jak sądzę, obudzić na Zjeździe zainteresowanie.

Rola technika sanitarnego i lekarza higienisty ma tyle wspólnych i wzajemnie uzupełniających się momentów, że jeden bez znajomości zasad higieny—a drugi bez orientowania się w technice, nie mogliby się uzupełniać ze szkodą dla sprawy, której służą.

W myśl powyższego, nie wdając się w rozpatrywanie szczegółów, postaram się przedstawić przede wszystkim klasyfikację sposobów usuwania nieczystości.

Rozróżniamy nieczystości suche i płynne. Tematem niniejszym są ostatnie.—Nieczystości płynne stanowią: ścieki domowe, wydzieliny ludzkie i zwierzęce, ścieki przemysłowe i opady atmosferyczne.

Najprymitywniejszym sposobem i najwięcej u nas stosowanym (w b. Kongresówce 98%) jest system wywozowy ze znanymi powszechnie dołami. Przytem płynne ścieki domowe, przemysłowe i opady atmosferyczne od-prowadza się rowami otwartymi, rynsztokami lub kanałami krytymi do na-turalnych zbiorników wody lub na sąsiednie pola. Wywózka w beczkach lub skrzyniach odbywa się przeważnie na pola dla celów rolnictwa, a w nie-kórych wypadkach na składy. Czerpanie bywa również rozmaite: kubłami, pompami, pneumatyczne za pomocą rozrzedzonego powietrza lub wybuchu gazu.

Pewien postęp techniczny w porównaniu z dołami, stanowią zbiorniki ruchome. Sposób wywozowy jest najmniej higieniczny, nieestetyczny

i w eksploatacji najkosztowniejszy, jednak przy nieznacznym początkowym zaludnieniu miast na dużej stosunkowo przestrzeni najłatwiejszy do zastosowania. Wymaga on sumiennej opieki, aby przez nieszczelność zbiorników nie powstało zatrucie gruntu, a następnie wody w studniach.

System Liernura, stanowiący niejako techniczne udoskonalenie poprzedniego sposobu polega na tem, że zawartość zbiorników domowych za pomocą podziemnych, żelaznych przewodów rurowych sprowadza się do kilku zbiorników, umieszczonych w różnych dzielnicach miasta, działaniem rozrzedzonego powietrza. Wywózka odbywa się tylko z tych kilku zbiorników dzielnicowych.—System ten znalazł zastosowanie w nielicznych miastach zagranicznych do obsługi całych miast lub tylko pewnych dzielnic.

Dosyć rozpowszechniony jest u nas system dołów Mouras. Polega on na tem, że nieczystości i wydzieliny ludzkie, rozrzedzone wodą, spuszcza się do szczególnie sklepionych zbiorników, na dwie lub kilka komór podzielonych. W dołach tych pozostaje około 80% części zawieszonych, które pod działaniem bakterji beztlenowców przechodzą proces gnilny. Ciała organiczne zostają chemicznie rozszczepione, przyczem ostatecznymi produktami bywa woda, amonjak, kwas węglany, wodór, siarkowodór, gaz błotny i inne gazy.

Osad w objętości maleje, traci lepkość, staje się zbitym, zawiera mniejszą ilość wody, traci odór i może pozostawać w zbiornikach miesiące, a nawet lata nie przepełniając ich. Ścieki płynne pozbawione 80% zawiesin spuszcza się, jeżeli na to pozwala teren, do rowów lub kanałów, w przeciwnym razie muszą być wywożone beczkami, co już czyni doły Mouras mniej korzystnymi. Spuszczanie ścieków z dołów Mouras do rynsztoka powinno być wzbronione.

Ważnym warunkiem jest dobra wentylacja. Ścieki nie powinny przebywać dłużej nad 6 godzin. Spotykane u nas doły Mouras przeważnie są źle urządzone i działają niesprawnie.

Najracjonalniejszym jednak sposobem usuwania nieczystości jest kanalizacja splawną. Czyni ona zadość kardynalnym wymaganiom higieny przez automatyczny, szybki i nieustanny odpływ ścieków bez przykryj obsługi ludzkiej przewodami szczelnymi, zabezpieczającymi powietrze i grunt od zatrucia, oraz chroni zmysły nasze od wrażeń niemiłych i nieestetycznych.

Ze stanowiska ekonomicznego przedstawia ona najtańsze rozwiązanie w eksploatacji.

Kanały podziemne do spuszczenia ścieków i nieczystości budowano w bardzo odległych i mniej odległych czasach. Jednak posiadały one tyle usterek, że częstokroć przynosiły więcej kłopotu niż pożytku, tak że terazniejszą kanalizację, opartą na poważnych studjach technicznych, na zasadach higieny i doskonałej budowie, uważać należy za dzieło nowe.

Rozróżniamy kanalizację ogólnospławną, to jest taką, która odprowadza ścieki domowe i przemysłowe oraz opady atmosferyczne i kanalizację rozdzielczą, to jest taką, która odprowadza tylko ścieki domowe. Przy pewnym położeniu topograficznym stosuje się system mieszany: z niektórych dzielnic spuszcza się do kanałów tylko ścieki domowe z innych — domowe i opady atmosferyczne. Budowa kanalizacji ogólnospławnej jest kosz-

towniejsza, gdyż wymiary kanałów muszą być przystosowane do ilości wód deszczowych, a więc znacznie większe. Ilość bowiem opadów atmosferycznych w ciągu minuty z określonej powierzchni przewyższa 50 — 200 razy ilość normalnych ścieków domowych z tejże powierzchni.

Włączanie do kanałów wód deszczowych ma wpływ na oczyszczanie ścieków, o czym będzie mowa dalej.

Kanalizacja spławna spełnia jeszcze inne zadanie ważne z punktu sanitarnego, a mianowicie wpływa na obniżenie stanu wód zaskórnych i przewietrzaniu gruntu.

Przez długi czas zastanawiano się nad tem, czy ze względów sanitarnych nie jest szkodliwe wpuszczanie wydzielin ludzkich do kanałów, obawiano się przy tem, że rolnictwo będzie narażone na szkody przez stratę pewnych części nawozowych. Doświadczenie jednak wykazało, że wpuszczanie wydzielin ludzkich do kanałów ściekowych nie wpływa ujemnie na stopień zanieczyszczenia ścieków pod względem sanitarnym, a rzekome straty, poniesione przez rolnictwo są znikome w porównaniu z osiągniętymi korzyściami. Kanały powinny być szczelne, aby przez przesączanie ścieków nie zatruwały gruntu, w takim bowiem razie działanie ich byłoby ujemne.

Wszystkie wyżej spisane systemy kanalizacji spławnej są pod względem higienicznym jednakowej wartości. Wybór tego lub innego systemu zależy od miejscowych warunków i może nastąpić po przeprowadzeniu gruntownych studjów i sumiennej kalkulacji.

Podług danych przedwojennych w Wielkim Księstwie Poznańskim, w Prusach Zachodnich i na Śląsku ogólnospławny system kanalizacji posiadały 33 miasta, rozdzielczy—21 miast, mieszany—7 miast.

Kanalizacja rozwiązuje pierwszą część uzdrowotnienia, a mianowicie szybkie usuwanie nieczystości poza granice miasta, nie przesądzając oczyszczania ścieków.

Ostatnie zagadnienie wiąże się z kwestją ochrony zbiorników wody od zanieczyszczenia.

Pierwotnie praktykowane spuszczenie ścieków kanałowych bezpośrednio do rzek spowodowało wkrótce takie silne zanieczyszczenie rzek, że, jak głosi sprawozdanie Faraday'a, białe przedmioty, zanurzone w Tamizie na głębokość cala, stawały się niewidzialnemi.

W 1875 r. wydano dekret ministerjalny, zobowiązujący zarząd miejski Paryża do oczyszczenia łożyska Sekwany z nagromadzonego mułu. Przeciwnie przyjąć można, że w 1 litrze ścieków kanałowych znajduje się 1,2 gr. ciał stałych.

Kwestja więc oczyszczania ścieków stała się nadzwyczaj aktualną zwłaszcza w Angji, gdzie zanieczyszczenie rzek ściekami wielkiego przemysłu doszło, jak widać z przytoczonego sprawozdania, do znacznego stopnia. Anglja też pierwsza zmuszona była zająć się oczyszczaniem ścieków i ochroną publicznych zbiorników wody. Rozkazem królewskim była powołana specjalna komisja. Wieloletnie ich badania i opinie przez nich wypowiadane, po przyjęciu przez Parlament i zatwierdzeniu przez króla, stawały się prawem obowiązującym.

Pierwsze wnioski z 1876 r. były bardzo surowe: nie uwzględniały one żadnych miejscowych warunków, lecz stawiały żądania, aby ścieki przed wpuszczeniem do rzeki bezwzględnie, ze wszystkiego były możliwie doskonale oczyszczone.

„Deputacje naukowe do spraw medycznych w Prusach” również podobne zajęły stanowisko (1877).

Krańcowy ten punkt widzenia nie dał się urzeczywistnić, narażając miasta i przemysł na ogromne straty. Wyjaśniła się przy tem wadliwość poglądu i posłużyła za podstawę do dalszych prac królewskiej komisji w Anglii, która nie przestawała pracować nad sprawą oczyszczania ścieków i ochrony rzek. Ósme sprawozdanie królewskiej komisji z r. 1912 podaje normy dla ścieków oczyszczonych i nieoczyszczonych, spuszcanych do rzek. Według tej opinii wymagalny stopień oczyszczania ścieków jest względny, zależny nie tylko od zanieczyszczenia ścieków lecz i od rodzaju zbiornika wody, do którego ścieki są skierowane.

W ten sposób w jednym wypadku ochronie wód zadość uczynić może usunięcie części zawieszonych ze ścieków drogą mechaniczną. Do tego celu służą różnego rodzaju kraty i sita, mogące zatrzymać wszystkie zawieszone części do 2 mm. średnicy.

W innych wypadkach mechaniczny sposób klarowania nie wystarcza, stosuje się wtedy system osadzania mętów.

W tym celu ścieki kanałowe po wylowieniu z nich przez kraty lub sita grubszych części zawieszonych, przepuszcza się przez osadniki. Przy małej szybkości przepływu opadają na dno drobniejsze części stałe, tworząc powszechnie zwany szlam. Przeciętnie można przyjąć, że w zwykłych osadnikach ścieki tracą 70% części zawieszonych. Osad ten usuwa się z dna osadników za pomocą pomp i poddaje dalszej obróbce, lub składa na powierzchni ziemi w celu wysuszenia, lub wreszcie za pomocą przewodów rurowych tłoczy się na pola. Szlam z osadników zawiera około 90% wody, co obniża jego wartość nawozową, a przy dalszej obróbce stanowi poważną trudność.

Przez dodanie do ścieków, wpuszczanych do osadników, różnych koagulantów osiąga się większy stopień oczyszczenia. Niektóre substancje zwiększają osadzanie przez własności fizyczne (absorbpcja) inne działają chemicznie.

Stan i własności szlamu surowego i koagulowego różni się. Chemiczne osadzanie jest kosztowniejsze, w pewnych jednak razach np. przy ściekach przemysłowych b. pożyteczne.

Pod wpływem chemikalii wydziela się większy procent (75—85%) części stałych, redukcja zaś rozpuszczonych substancji bywa nieznaczna (według Dunbara 20 — 30%). Niekiedy nawet następuje zjawisko odwrotne, mianowicie pod działaniem chemicznem pewne części stałe przechodzą w stan rozpuszczalny.

Do osadników zalicza się tak zwane septic tanks t. j. zbiorniki, w których szlam pozostawiany na czas dłuższy przechodzi proces gnilny pod działaniem beztlenowców, jak to było wyjaśnione przy opisie dołów Mouras. Szlam może pozostać tygodnie, a nawet miesiące. Ostatecznymi produktami rozkładu są gazy i zbity bezwonny osad z mniejszą zawartością

wody, łatwiej dający się suszyć i obrabiać. Septic tanks łączą w sobie mechaniczne i biologiczne oczyszczanie.

Bywają jednak wypadki, że sita i osadniki nie są dostateczne dla zabezpieczenia rzek od zanieczyszczenia. W takim razie proces oczyszczania należy prowadzić dalej, pozabawiając ścieki pozostałych jeszcze części organicznych zawieszonych i rozpuszczonych. Zadanie to spełniają filtry przerywane (naturalne i sztuczne), pola irygacyjne i filtry biologiczne, przy czem poprzednio opisane sposoby mechanicznego oczyszczania odgrywają w tym razie rolę obróbki przygotowawczej; ścieki przeznaczone do biologicznego oczyszczania muszą być pozabawione grubszych zawiesin. Działanie wszystkich powyższych systemów biologicznych polega na zatrzymywaniu siłami absorbcyjnymi złoża filtracyjnego pozostałych drobnych zawiesin i rozpuszczalnych substancji organicznych, skłonnych do gnicia, i na przemianie ich pod wpływem tlenu i bakterji tlenowców w wodę, kwas węglowy, kwas azotowy i małe ilości materji organicznej w zmienionej postaci. Następuje utlenienie węglowe „bacteriolysis” i utlenienie azotowe „nitrifikacja”.

Wszystkie opisane bakterjologiczne sposoby oczyszczania w istocie swej posiadają równoznaczną wartość i dają najwyższy praktycznie osiągalny stopień oczyszczania ścieków zgodnie z współczesnemi wymaganiami higieny i praw o ochronie czystości rzek. Należą one jednak do bardzo kosztownych urządzeń i każdy z nich może być stosowany jedynie w wypadkach koniecznej potrzeby. Wybór tego lub innego systemu opierać się musi na sumiennej fachowej ocenie porównawczej. Pola irygacyjne wymagają odpowiednich terenów (według komisji angielskiej 1 ha na 100—150 mieszkańców,

Berlin	I ha na	263	mieszkańców
Wrocław	„ „	468	„
Steglitz	„ „	462	„
Moskwa	„ „	516	„
Paryż	„ „	600	„

i odpowiedniego gruntu uprzednio zdrenowanego, nie wszędzie więc mogą być zastosowane. Filtry przerywane wymagają 10 razy mniejszej przestrzeni niż pola irygacyjne i muszą być również zdrenowane.

Koszt roczny eksploatacji przed wojną w stosunku do mieszkańca przedstawiał się tak:

przy oczyszczaniu za pomocą	krat i sit	10 — 20 f.
„ „ „ „	osadników	25 — 50 „
„ „ „ „	ze strącan.	15 — 150 „
„ „ „ „	pól irygacyjnych	75 — 130 „
„ „ „ „	filtrów biologicznych	70 — 80 „

W ostatnim czasie powstały dwie nowe metody oczyszczania ścieków:

Jedna z nich za pomocą czynnego szlamu, otrzymanego z tych samych ścieków, obecnie podlega próbom w Stan. Zjedn. Am. Półn., druga dr. Hofera (stawy rybne), jak wynika z kilkoletnich doświadczeń w Strassburgu, dąży do wytworzenia produktu spożywczego: ryby, kaczki.

Na zasadzie ogłoszonego pobieżnie opisu nowoczesnych urządzeń sanitarnych jaskrawiej uwidocznia się niedomagania naszych miast.

Z przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego w 1918 r. ankiety i otrzymanych 316 odpowiedzi wynika, że w b. Kongresówce 17 miast odprowadza ścieki domowe za pomocą bezplanowych kanałów lub rowów krytych, 39 — za pomocą rowów odkrytych, 76 — rynsztokami. W 184 odpowiedziach kwestji usuwania nieczystości nie uwzględniono. Miejscem spuszczenia ścieków w 20 wypadkach są rzeki, w 112 — rowy. We wszystkich 132 miejscowościach wydzieliny ludzkie usuwa się z dolów systemem wywozowym. Aparaty beczkowe stosowane są w 28 wypadkach — w pozostałych 104 posilkują się skrzyniami.

Z powyższego wynika, że najgorzej się przedstawia sprawa w b. Kongresówce. W Małopolsce jest nie o wiele lepiej, za wyjątkiem kilku większych miast, posiadających kanalizację — pozostałe posilkują się systemem wywozowym.

Jeżeli przyjrzymy pod uwagę, że doły były budowane prawie bez żadnej kontroli ze strony miarodajnej pod względem technicznym i sanitarnym przez samych właścicieli nieruchomości, których interesy przeważnie są sprzeczne z wymaganiami higieny, to możemy sobie zdać sprawę w jak fatalnych warunkach znajdują się miasta nasze.

W każdej jednak niedoli jest pewna pociecha. Otóż i w tym wypadku da się to zastosować. Projektowanie bowiem i wykonanie racjonalnej kanalizacji łatwiej się daje przeprowadzić w miastach nie mających żadnych urządzeń, gdyż każde urządzenie choćby najgorsze pod względem technicznym, pochłoneło pewien nakład pracy i pieniędzy, istnieje już i jako tako zaspakaja potrzeby, przez co opóźnia zwykle wykonanie racjonalnej inwestycji, wymagającej zawsze znacznych nakładów. Z drugiej strony, istniejące bezplanowe urządzenia nie zawsze dają się od razu usunąć: wchodzi tu w grę nie tylko trudności techniczne, lecz często względy prawne i hipoteczne. Warszawa po 30 latach istnienia wzorowej kanalizacji posiada jeszcze w budżecie wydatków znaczne sumy na kasowanie i konserwację starych kanałów, pomimo iż rok rocznie czyni się wszelkie wysiłki, aby zło zmniejszyć. Ten jeden przykład jaskrawo wskazuje, jaką należy zachować ostrożność przy stosowaniu czasowych prowizorjów, wywołanych potrzebą chwili, zawsze bezplanowych, bardzo często wykonywanych przez ludzi do tego nie powołanych. Wreszcie dodatnią stroną naszego opóźnienia jest możność skorzystania od razu z ogromnego postępu techniki sanitarnej na Zachodzie, z całego dorobku naukowego i doświadczenia, co powinno nas uchronić od błędów tam popełnionych. Należy tylko wyciągnąć stąd odpowiednią konsekwencję i nie wpadać w drugą ostateczność — oczekiwania na lepsze wynalazki lub tworzenia według własnych pomysłów takich doskonałości, jakich jeszcze nigdzie niema, co niestety, teraz często się obserwuje. Pewne utrudnienie finansowego rozwiązania przedstawia ten fakt, że miasta nasze nie posiadają ani kanalizacji, ani wodociągów. Zwykle bowiem budowa wodociągów poprzedza budowę kanalizacji, a jako inwestycja rentowna ułatwia poniekąd rozwiązanie kanalizacji. U nas z powodu znacznego opóźnienia obie potrzeby dojrzały jednocześnie, a nawet w pewnych wypadkach potrzebę kanalizacji odczuwa się więcej.

Przed wyjaśnieniem, w jaki sposób miasta powinny przystąpić do wy-

konania tego zadania, muszę odpowiedzieć na pytania, które zwykle same się nasuwają, a mianowicie: czy jest odpowiednia pora ku temu? i czy miasta nasze posiadają dostateczne środki na to przy obecnie oplakanyim stanie finansowym?

W obydwóch wypadkach odpowiadam twierdząco, uzasadniając w sposób poniższy.

Budowę kanalizacji i wodociągów musi poprzedzać dłuższy okres czasu, potrzebny na studia, pomiary, opracowanie projektów i różne prace przygotowawcze. Miasto musi posiadać przedtem wykonany plan sytuacyjny, oparty na pomiarach, musi mieć choćby szkicowo opracowany plan regulacyjny, przewidujący przyszły rozwój i zabudowanie, słowem posiadać świadomość nie tylko tego, co jest obecnie, ale mieć obraz tego, co będzie w przyszłości. Inwestycje tak kosztowne, jak wodociąg i kanalizacja muszą od początku, a więc w projekcie uwzględniać przyszły rozwój miasta.

Naogół można powiedzieć, że miasta nasze nie posiadają tego materiału. Przygotować go mogą obecnie i mogły nawet w latach poprzedniej wojennej zawieruchy, nie obciążając zbytnio swego budżetu.

Wszystko to razem stanowi pierwszy i podstawowy krok do wykonania przyszłej inwestycji, sama zaś budowa stanowi drugi etap i może być wykonana serjami w granicach najpilniejszych potrzeb i w miarę środków. Siłą konieczności z chwilą przystąpienia do robót przygotowawczych miasta znajdują się pod pewną opieką fachową i wszelka chaotyczna budowa, o której była mowa wyżej, przestanie grozić przyszłym zamierzeniom, a jeżeli z jakichkolwiek względów okaże się konieczną, to z góry musi być przystosowaną do przyszłej budowy lub wykonaną pod pewnymi zastrzeżeniami.

Budowa kanalizacji i wodociągów jest związana z koniecznością posiadania pewnych terenów, niekiedy dość znacznych, do urządzenia stacji czerpania wody, oczyszczania ścieków, pól irygacyjnych i t. p. Wcześniejsze ich zdobycie po cenach niższych, lub zabezpieczenie ich od zabudowania ma doniosłe znaczenie ekonomiczne, czego jednak bez planu regulacji i projektów przyszłych inwestycji wykonać nie można.

Przy takim założeniu miasta nasze bez względu na niepomysłny stan finansowy mogą i powinny przystąpić do dzieła, nie czekając ostatecznej chwili i nadać celowy kierunek temu, co się robi.

Trzeba sobie bowiem wyraźnie powiedzieć, że wymagania mieszkańców co do wygód życiowych rosną niezależnie od tego czy miasto posiada pieniądze, czy ich nie ma. Każdy więc zaprowadzi u siebie w domu takie urządzenia, jakie zechce i jakie będą dogadzały jego interesom, choćby to było na niekorzyść ogólnej sprawy, jeżeli władze miejskie, powołane do kierowania życiem zbiorowem, nie przygotowują odpowiedniego rozwiązania, dogadzającego nie tylko wymaganiom jednostek, lecz i potrzebom ogólnym. Same ograniczenia, przepisy i kary nic nie pomogą, bo nie znajdują życiowego usprawiedliwienia.

Opracowanie projektów powinno być powierzane siłom fachowym, nie zainteresowanym w przedsiębiorstwach instalacyjnych i dającym moralną gwarancję sumiennego opracowania. Budowę zaś można wykonać zarówno sposobem gospodarczym, jak sposobem przedsiębiorczym.

Podkreślając znaczenie kanalizacji i wodociągów w zakresie uzdro-

wożenia i rozwoju miast naszych, pozwolę sobie w zakończeniu zwrócić uwagę na zjawisko, zresztą znane, że nawet dojrzałe projekty nie są w stanie wyprowadzić z inercji spokoju tak skomplikowanego organizmu, jakim jest miasto, że siła przyzwyczajenia jest częstokroć większa od racji, wymagającej jednak pewnego wysiłku. Wystarczy wszakże świadoma, wytrwała i nieugięta wola jednostki, aby wyprowadzić kogo należy z bierności i pobudzić do pracy we właściwym kierunku. Inicjatywa i pierwszy impuls przedstawia nieraz większą zasługę, niż samo wykonanie, które znowu siłą prawa inercji samo rozwijać się będzie dalej. Warszawie oddał przysługę nie projektodawca W. H. Lindley, lecz prezydent Starynkiewicz, który wprowadził na porządek dzienny kwestję kanalizacji i wodociągów i dzięki niezwykłej swej energii pokonał pierwsze trudności i zamiarom swoim nadał kierunek realny.

Ta wdzięczna rola względem miast naszych przypaść powinna z natury rzeczy miejscowej inteligencji, przedewszystkiem zaś najwięcej ku temu powołanym lekarzom.

W n i o s k i.

1) Każdy system usuwania z miast nieczystości, oparty na współczesnej wiedzy, jest dobry, jeżeli przy uwzględnieniu miejscowych warunków zostanie celowo zastosowany.

2) Wychodząc z założenia, że powzięcie dobrej decyzji zależy od poznania rozważanego zagadnienia, pożądanem jest, aby zarządy miast przy rozpatrywaniu kwestji budowy wodociągów i kanalizacji w celu łatwiejszego zorientowania się, wyjaśniły sobie wszechstronnie to zagadnienie na konferencjach z siłami fachowemi.

3) Racjonalne usuwanie z miast i osad nieczystości; oparte na współczesnej wiedzy i doświadczeniu przodujących w tej dziedzinie miast Zachodu, powinno być wprowadzone do programu pilnych potrzeb bieżących i stać się przedmiotem rzeczowego rozważania w Zarządach miejskich bez względu na stan finansowy miasta.

Dyskusja nad ref. w sprawie wody i czystości.

Prof. Dzierzowski proponuje zorganizowanie komitetu, któryby zbadał dokładnie sprawy kanalizacji i zaopatrywania w wodę i opracował odnośne projekty. Popiera tę propozycję inż. Sokal. Dr. Gawłowski rozwijając myśli uprzednich mówców, proponuje, aby komitet ten był stałym i prowadził swe prace przy miejskim Instytucie higienicznym, uwzględniając w swych projektach przedewszystkiem sprawę chlorowania wody.

Dr. Pełczyński z Radomia. Na terenie b. Kongresówki niema prawa, wymagającego, aby każdy właściciel nieruchomości posiadał studnie, a przytem często zdarza się, że w braku odnośnych karnych rozporządzeń, gospodarze sami studnie psują.

Inż. Gembarszewski z Warszawy. Rok 1920 nie był dla Warszawy rokiem normalnym, to też nie można uważać za miarodajne cyfr, dotyczących duru brzuszego w tym okresie. Warszawa miała 1914 roku 87 ltr. wody na jednego mieszkańca, teraz 105 ltr! Nowych wodociągów niema co teraz projektować, ponieważ dotychczas nie mamy nawet tego,

co już było zaprojektowane. Chlorowanie za pomocą gazu, uważa mówca za metodę niepewną.

Dr. Ryder z Będzina. Z początku 1921 roku funkcjonował w Będzinie komitet wodny, składający się z 5 jednostek samorządowych i rządowych. Rezultatem jego działalności było wypracowanie projektu wodociągowego, którego wykonanie dotychczas nie nastąpiło. W Zagłębiu górniczym oskarżają się wzajemnie z przemysłowcami o pogarszanie warunków zaopatrywania okolicy w wodę.

Inż. Sokal wypowiada się w tym sensie, że wobec wszystkiego, wypadnie nam się zapewne ograniczyć tymczasem do urządzania wodociągów. Co się tyczy zaopatrywania ludniejszych miejscowości w wodę przy pomocy studzien, to przekonano się, że tam, gdzie ich jest wiele, np. w Łodzi, głębsze studnie odbierają wodę płytszym.

Inż. Rychłowski uważa, że najekonomiczniejszym sposobem zaopatrywania się w dobrą wodę jest skorzystanie z wód wglębnych, których ilość jest większa od wód naziemnych. Koszta budowy studni amortyzują się w ciągu roku. Filtry zużytkowywały przed wojną za 80 tysięcy rubli rocznie piasku i żwiru, a koszty robocizny wynosiły 160 tysięcy. Za te pieniądze możnaby wykopać dużo studzien. Te, które są już na przedmieściach Warszawy w niewielkiej tylko części dają dobrą wodę.

Prof. Janiszewski. Linja wodociągów odpowiada mniej więcej linii śmiertelności z chorób zakaźnych. Co się tyczy wód wglębnych, to cały szereg miast, które przez dłuższy czas z niej korzystały, obecnie szuka innych sposobów. Istnieje bowiem tam, gdzie się tą metodę stosuje przecież niebezpieczeństwo zakażenia. Pompy ciągnące wodę wglębną, muszą działać z tak wielką siłą, że wysysają wodę z miejsc zupełnie odległych, np. w Chicagu z jeziora, odległego o 11 kilometrów. Z drugiej strony prawdą też jest, że zanieczyszczenie rzek w Niemczech i Anglii ogromnie się wzmoгло. W Krakowie dla celów irygacyjnych istnieją baseny, zasilane wodą wiślaną. Tym sposobem miasto zdobywa większy zapas wody. Projekt wspólnego zaopatrywania kilku lub kilkunastu miast wodą, sprowadzaną ze stron dalekich, nie da się zapewne zrealizować, z racji znacznych kosztów. Wybór najodpowiedniejszego sposobu zaopatrywania w wodę zależy w zupełności od miejscowych warunków.

Prof. Dr. Bujwid. Przedewszystkiem należy zaradzić kardynalnemu brakowi wody, na który cierpi właściwie całe Państwo. Absolutnie dobrego sposobu oczyszczania wody nie znamy, tymczasem możemy się jednak zadowolnić działaniem angielskich filtrów. Co się tyczy wody gruntowej, to może ona być głęboka lub powierzchniowa, a ta ostatnia bywa łatwo wyczerpalna. Pożądane urządzenie specjalnego Zjazdu, któryby się zastanowił nad sposobami dostarczania dobrej wody. Nasze powierzchniowe wody wprawdzie nie są tak zanieczyszczone jak w Niemczech, ale należy zawczasu pomyśleć o tem, aby to zanieczyszczenie i u nas się nie wzmoгло. W tym celu należałoby usunąć wpuszczanie ścieków do Wisły.

Prof. Dzierżkowski. Przy korzystaniu z wód powierzchniowych mamy dwie metody ich oczyszczania: 1) biologiczną i 2) za pomocą filtrów.

Dotychczas najwięcej używano filtrów angielskich, trzeba jednakże pamiętać, że wtedy do wody filtrowanej dostają się bakterje z ich plankto-

nu. Mówca uważa za rzecz możliwą pochodzenie prątków okrężnicowych w wodzie filtrowanej także z tego właśnie źródła. Przy stosowaniu filtrów amerykańskich dodają się do wody poprzednie koagulanty, strącające znaczną część bakterji. Taka woda następnie dobrze się filtruje, ale ostateczną jej dezynfekcję najlepiej przeprowadzić drogą chlorowania, którą to metodę mówca uważa za odpowiedniejszą od innych metod, nie wyłączając ozonizacji i traktowania ultrafioletowymi promieniami. Wody gruntowe nie są pewne.

Dział IV. Popularyzacja Higjeny.

Dr. BUDZIŃSKA-TYLICKA

Radna m. st. Warszawy.

Propaganda zasad higjeny przez Samorządy miejskie.

Państwowe i samorządowe życie naszej Odrodzonej Ojczyzny jest jeszcze w stanie kształtowania się, w stanie różniczkowania, w okresie zwalczania wielkich przeszkód nie tylko natury materialnej, ale i braku sił zawodowych, a przede wszystkim braku zdolności organizacyjnych. I dlatego, w tym ważnym historycznym momencie niewolno nikomu usuwać się od współpracy, niewolno nikomu być egoistą lub biernym widzem; każdy powinien, każdy dać musi z siebie najlepszą cząsteczkę — by podnieść w Polsce kulturę, oświatę i stan zdrowotny.

Stan zdrowotny przyjąć trzeba za podstawę kultury, gdyż te dwa pojęcia są bezwzględnie bliskie, a nawet uzależniają się wzajemnie. U nas i stan ogólnej kultury i stan zdrowotny na niskim znajdują się poziomie. Na barkach ciał i władz komunalnych leży cała przyszłość państwa polskiego, jego kultura, zdrowie i oświata. Bo jeżeli żądamy by Samorządy miały dużą władzę, to muszą one ponosić wielką odpowiedzialność.

Jednocześnie więc z wprowadzeniem niezbędnych urządzeń i inwestycji miejskich, władze komunalne powinny oddziaływać na swą ludność i wzywać ją do współpracy, szczególnie w zakresie zdrowia publicznego. Tylko uświadamieni obywatele mogą dobrze przyjmować i dobrze spełniać wszelkie rozporządzenia sanitarne, lub chętnie popierać zamiary i wysiłki Samorządu.

Jeżeli na zachodzie, w krajach, w których od dawna nie istnieje analfabetyzm, a obowiązkowe nauczanie rozciąga się od 5-go do 14-go roku życia, jeżeli tam wszędzie, gdzie dobrze zorganizowana opieka państwowa i komunalna szerokim ramieniem sanitarnym otacza większe i mniejsze zbiorowiska, a nawet jednostki, kulturalno-zdrowotne urządzenia same ułatwiają stosowanie higienicznych warunków życia; — jeżeli jednak tam wszędzie propaganda i popularyzacja higienicznych nawyków jest stosowaną na szeroką skalę — to czyż trzeba dowodzić, jakim potężnym orężem byłaby w naszych warunkach umiejętnie prowadzona propaganda zasad zdrowotnych.

U nas, w zaledwie utworzonym Państwie, o niezmierzonych jeszcze granicach potrzeb kulturalnych; w chaosie kształtującego się nauczania powszechnego, przy 60% analfabetyzmie; przy braku zdrowej wody do picia, przy brudzie i niechlujstwie naszych miasteczek, osad, a nawet większych miast, z przeogromną śmiertelnością dzieci i przerażająco rozwiniętą gruźlicą, przy braku szpitali, kąpielisk, pralni etc. etc.

Pouczać, uświadamiać, popularyzować, a przede wszystkim niezbitymi dowodami wykazać wszystkim i każdemu — czym jest potęga zdrowia, jak to zdrowie zdobywać i szanować, i jak innem jest życie człowieka, posiadającego w okół siebie kulturalno-zdrowotne warunki narodów o wysokiej cywilizacji.

Intuicyjny, genialny umysł Francji, który pierwszy tyle już razy rzucił hasło dobra i postępu w dziejach ludzkości, obecnie wzywa wszystkie narody do Paryża na Kongres międzynarodowy propagandy higieny, który ma się odbyć b. r. w końcu grudnia.

Nie można bagatelizować tej zapowiedzi. Zwiastuje ona nową erę współpracy społeczeństwa z odpowiednimi czynnikami państwowymi i samorządowymi.

Władze komunalne, stojące na czele zdrowia publicznego miast i miasteczek, mogą doskonale wyzyskać swój wpływ i stanowisko w zakresie propagandy zasad higieny, trzeba jednak, ażeby ta popularyzacja prowadzona była celowo i umiejętnie dostosowaną do środowiska w którym działać chcemy. Innych argumentów, innych tematów, innych zagadnień dobierać trzeba, szerząc zasady zdrowotne np. w szkole początkowej wśród dzieci, innych dla matek, innych dla ludu pracującego lub inteligencji miejskiej. Zbytne znużenie, lub zbyt popularne ujęcie sprawy dla quasi inteligenta, może zrazić nie tylko do prelegenta, ale, co najczęściej bywa, i do samego przedmiotu.

Dla tego też Wydziały Zdrowia Publicznego Samorządów Rzeczypospolitej powinny opracowywać programy, dostosowane do potrzeb swej komuny, posilkując się wydawnictwami, broszurami, pokazami, katalogami, które powinien gromadzić i przygotować specjalny wydział sanitarny biura Związku Miast. Tam, w Wydziale Zdrowia głównego biura, powinniśmy, my lekarze i działacze sanitarni, znaleźć wszelką pomoc i wszelkie poparcie tak w dziedzinie propagandy zasad higieny, jak i dla wszystkich innych większych poczynań, urzędzeń i inwestycji sanitarnych. Ale to dopiero nuta przyszłości; — dziś główne biuro Związku Miast narzeka ciągle na brak środków i dotąd Wydział Zdrowia nie wyodrębniło z pośród swej administracyjno-biurowej pracy.

Narazie więc, większe i mniejsze samorządy miejskie, muszą same myśleć i poważnie traktować sprawę propagandy i popularyzacji zasad higieny, wysuwając najpilniejsze placówki, między którymi propaganda w szkole i przez szkołę miejską — ludową, powinna zająć pierwszorzędne miejsce, i dlatego o niej specjalnie parę słów powiedzieć muszę, bo przez dzieci do rodziców, ze szkoły — pod strzechą rodzinną, łatwo trafić możemy.

Wdrażanie zdrowotnych zasad w żłobkach, ochronkach i szkołach miejskich nie może i nie powinno opierać się li tylko na teoretycznej pro-

pagandzie;—ta droga nie da żadnych rezultatów, jeżeli samo otoczenie szkolne, samo nauczycielstwo i opiekunki małych dzieci nie będą do tego odpowiednio przygotowane, lub nie będą posiadać dostatecznej kultury własnej. Takie bezpośrednie dodatnie oddziaływanie szkoły, jej urządzeń, czystości wewnętrznej sal i klas, sposobu prowadzenia zajęć w szkole i poza szkołą zabaw, gier, sportów, wzorowy ogólny ład, czystość, porządek, regularne stosowanie kąpiei i natrysków, stanowcze żądanie od uczni czystości ciała, ubrania i t. p., wszystko to musi nieświadomie przyzwyczaić ubogą dźwiatwę do porządku i czystości. Ale i same nauczycielstwo musi stać na wysokości zadania, co już jest obowiązkiem kierowników seminarjów-nauczycielskich. W ostatnich czasach, przed wojną wszechświatową—na Zachodzie Europy, a głównie w Stanach Zjednoczonych Ameryki, specjalną uwagę zwrócono na naukę higieny w seminarjach nauczycielskich, stosując ją teoretycznie i praktycznie ze specjalnym uwzględnieniem higieny szkolnej; w Ameryce postawiono warunek: że ten tylko może być sam nauczycielem, kto nietylko zdobył z higieny odpowiednie wiadomości, ale ten kto własnym, osobistym przykładem może szerzyć zdrowe i czyste zasady w umysłach dzieci i młodzieży.

Bo czyż może np. nikotynizujący się nauczyciel propagować pogardę dla takiego bezmyślnego, szkodliwego i kosztownego nałogu jakim jest palenie papierosów lub cygar? —tak samo nauczyciel, używający trunków — nie będzie wdrażał tej podstawowej zasady zdrowia, wstrzeźliwości, a brudas niepotrafi nikogo nauczyć fizycznej czystości. Zanim jednak wychowamy w naszych seminarjach nowe pokolenie dzielnych apostołów nie tylko oświatowych, ale i kulturalno-zdrowotnych, to nasze Samorządy powinny corocznie organizować specjalne kursa sanitarne dla nauczycielstwa szkół powszechnych, by tą drogą naprawiać wielkie braki obecnego naszego szkolnictwa ludowego, braki nad którymi obecnie czuwać powinien lekarz szkolny i higienistka szkolna. Zadania lekarza szkolnego w zakresie propagandy higieny są przeogromne — i jest on tu powołany do jaknajwiększego współudziału i kierownictwa.

Propagandę teoretyczną zasad zdrowotnych należy rozpowszechniać w szkołach miejskich nietylko odpowiednio do wieku, zastosowaniami pogadankami i pokazami, ale i zapomocą rozpowszechniania wśród nich przepisów higienicznych rad, wskazówek, odezów, przysłów, wierszyków, obrazków zachęcających do naśladownictwa w szkole i w domu, lub wykazujących całe niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia.

Ramy mego referatu nie pozwalają szerzej omawiać innych środowisk, do których propaganda higieny przez samorządowe organa sanitarne stale docierać powinna; jak np. wśród pracujących mas robotniczych i rzemieślniczych, lub wśród inteligencji miejskiej, która pomimo swej nazwy wiele posiada przesądów, mylnych pojęć i zakorzenionych antyhigienicznych przyzwyczajeń.

Specjalną uwagę zwrócić również trzeba na propagandę wśród kobiet, a matek w szczególności, które zawiązując rodzinę nie są zupełnie przygotowane do wielkiej i odpowiedzialnej roli wychowawczyni młodych pokoleń i kierowniczkii gniazda rodzinnego. Sprawa ta jest bardzo u nas zaniedbaną tak w szkolnictwie niższem, średniem i wyższem i to jest głów-

wnym powodem przerażającej śmiertelności dzieci, a niemowląt w szczególności. Propaganda wśród matek ma już swój odrębny system i swą tradycję we Francji, a głównie w Anglii, gdzie uświadomione propagatorki higieny dziecięcej na ruchomych platformach mają publiczne przemówienia i pokazy na placach, targach, po wsiach i miasteczkach.

W zakończeniu pominąć nie mogę samych lekarzy miejskich, samych lekarzy sanitarnych, którzy powinni być głównymi propagatorami, inicjatorami, kierownikami — ale i sami winni posiadać te osobiste zalety moralno-sanitarne, których Stany Zjed. Ameryki żądają od swych nauczycieli ludowych.

II. Co do sposobów popularyzacji higieny, to stosować trzeba wszystkie możliwe środki:

1. Drogą popularnych wydawnictw, odezów, plakatów.
2. Drogą odczytów, pogadanek, wykładów, kursów dla nauczycieli, dla sanitariuszy, dezynfektorów, lekarzy szkolnych, lekarzy sanitarnych.
3. Urządzaniem miejskich wystaw i pokazów.
4. Wielkie znaczenie mieć może, szczególnie w mniejszych miastach, współpraca sanitarnych organów samorządowych z istniejącymi tamże kulturalno-społecznymi instytucjami, jak np. tow. przeciw-gruźlicze, tow. higieniczne, kropla mleka, tow. opieki nad matką i dzieckiem i nawet wraz z czysto oświatowymi instytucjami, które prowadzą jakieś szkoły, kursa i t. p.

III. Tematów do propagandy zasad zdrowotnych w Polsce nie brak, gdyż ta dziedzina jest prawie że niekniętą. Za najpilniejsze jednak trzeba uznać choroby tak zwane społeczne, a mianowicie: gruźlicę i wogóle choroby zakaźne, alkoholizm i choroby weneryczne, śmiertelność dzieci, a także powinno być szeroko propagowane i praktycznie przeprowadzone przez samorządy podniesienie fizycznego rozwoju dzieci i młodzieży przez urządzenie miejskich placów do gier i zabaw, zakładanie kąpielisk zimowych i letnich z basenami do pływania i urządzenie ślizgawek miejskich i innych zimowych i letnich sportów. Cała ta dziedzina — podniesienia fizycznej, a z nią razem i moralnej wartości młodych pokoleń, zależy od Samorządów Państwa Polskiego i od nich wymagać, od nich tego żądać musi każdy obywatel, głęboko odczuwający potrzebę fizycznego i moralnego odrodzenia naszego narodu.

IV. Dlatego też fundusze na kulturalno-zdrowotne podniesienie Państwa Polskiego przez fizyczne i moralne odrodzenie młodych pokoleń muszą się znaleźć; nie oglądajmy się zbyt na czynniki rządowe, chociaż jest ich obowiązkiem popierać materialnie wszystkie niezbędne poczynania komunalne, sami jednak myślny i czuwajmy; pracujmy w Radach Miejskich, Magistratach, żeby środki na propagandę teoretyczną i praktyczną zasad higieny się znalazły, a znaleźć się one muszą!

Na zasadzie powyższego oświetenia zadań i znaczenia propagandy zasad zdrowotnych przez nasze Samorządy miejskie, składam następujące wnioski:

Samorząd Miejski.

Wnioski w sprawie propagandy zasad higieny.

1. I-szy Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, uznając popularyzację i propagandę zasad higieny za jeden z najważniejszych środków pobudzenia społeczeństwa do współpracy z władzami komunalnymi w sprawach ogólnozdrowotnych, a w szczególności w walce z chorobami zakaźnymi, z śmiertelnością dzieci, a także z alkoholizmem i chorobami wenerycznymi, degenerującymi naród Polski — wzywa wszystkie organy samorządowe Rzeczypospolitej Polskiej, ażeby na ten cel przeznaczały w swych budżetach dostateczne środki dla racjonalnej propagandy.

2. Zjazd uznaje, że w tej doniosłej pracy niezbędna jest pomoc Rządu i współpraca z odpowiednimi instytucjami społecznymi.

3. Zjazd wzywa lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, by sprawę propagandy zasad higieny wnieśli bezwzględnie na porządek obrad w swych Magistratach i Radach Miejskich.

Dyskusja po referacie Dr. Budzińskiej-Tylickiej.

Dr. Legeżyński ze Lwowa. W walce z chorobami zakaźnymi niezbędnym jest znaczny zastęp dezynfektorów odpowiednio wyszkolonych, co powinny mieć na względzie jak Samorządy tak i Rząd. Przynajmniej każde miasto wojewódzkie powinno posiadać szkoły dla dezynfektorów. Lwów posiada taką szkołę od roku 1903. Słuchaczami tej szkoły są ludzie niewykształceni, przeważnie pochodzący z pośród dozorców domowych, ze straży ogniowej, woźniców i z pośród niższej służby innych działów gospodarstwa miejskiego. Kurs trwa dni 8, z czego wykłady 4 dni, zajęcia praktyczne 3 dni i egzamin 1 dzień. Komplet słuchaczy składa się z 15 osób. Początkowo uczniowie przypatrują się wykonywaniu dezynfekcji, a potem sami biorą udział w czynnościach kolumny dezynfektorskiej. Ważnym jest by uczniowie nie tylko samodzielnie mogli wykonywać dezynfekcję, lecz również mogli t. j. umieli przygotować wszystkie roztwory dezynfekcyjne, by umieli wyliczyć objętość lokalu i ilość potrzebnej formaliny, spirytusu i wody, jak również innych środków dezynfekcyjnych z pośród ogólnie używanych. Poucza się ich także, jak stosować dezynfekcję przy łóżku chorych, leżących w domu. Wobec niskiego poziomu umysłowego słuchaczy (kandydaci zaledwie umieją czytać, pisać i rachować) i krótkiego czasu nauki trudno jest wpoić w ich umysły dokładne pojęcie o tym, co to są choroby zakaźne, jak one się rozpowszechniają, jaką rolę odgrywają pasożyty w przenoszeniu zarazków i jakie sposoby dezynfekcji należy stosować w poszczególnych wypadkach, a jednak to jest niezbędne, by wyrobić w słuchaczach samodzielność i dokładne zrozumienie wykonywanych czynności. Tylko przy pomocy okazów, poglądowo ilustrujących wykład i praktyczne stosowanie zdobytych wiadomości przez samych słuchaczy w szkole, można dopiąć pożądaných rezultatów.

Dr. Rabczewski z Warszawy. Szkoły dla dezynfektorów są niezbędne. Trzeba jednak kurs dla słuchaczy znacznie przedłużyć, gdyż 8-dniowe nauczanie nie może być wystarczające, by wyrobić z człowieka zupełnie nieobebranego i z naukami przyrodniczymi i z medycyną, nawet dobrego wykonawcę. Wobec tego, że dezynfektorzy obecni są bardzo dobrze upo-

sażeni, bo w Warszawie np. otrzymują większą pensję niż lekarze sanitarni, należy personel dezynfektorski werbować z pośród ludzi inteligentnych.

Dr. Surzyński z Poznania. W poznańskim są 3 szkoły dezynfektorskie. Uczniowie tych szkół rekrutują się głównie z pośród fryzjerów; wobec niskiego jednak wynagrodzenia, ilość słuchaczy stale się zmniejsza. Kurs trwa od 9 do 14 dni. Od 1919 roku było 5 kursów, komplet każdego składał się z 9 słuchaczy.

Dr. Bogucki z Warszawy. Doświadczenia ostatniej wojny dowiodły, że tylko uświadomione społeczeństwo może dać dobre rezultaty w walce z chorobami zakaźnymi i rola rządów w tłumieniu epidemii będzie znacznie łatwiejsza, o ile kierownicy Rządu uświadomią to sobie dokładnie.

Co się tyczy dezynfektorów, trzeba znacznie podnieść ich poziom umysłowy. Dotąd mamy przeważnie dezynfektorów analfabetów, w innych krajach np. w Ameryce dezynfektorzy są ludźmi inteligentnymi.

Dr. Zaleski z Sanoka. Propaganda ma olbrzymie znaczenie i powinniśmy ją umiejętnie wyzyskać, gdyż popularyzacja zasad higieny może okazać wielką usługę w walce z chorobami zakaźnymi, z alkoholizmem i t. p. Należałoby zwrócić się do miast i miasteczek z wezwaniem by nie opierały swych budżetów na dochodach z alkoholu, względnie na karczmie, aby dążyły do redukcji szynków w myśl prawa opcji z roku 1921. Opierając się na zasadzie, że żywy przykład jest najdzielniejszym środkiem agitacyjnym, należy czynnie popierać tworzenie się wszystkich towarzystw abstynenckich i szerzyć w tym kierunku propagandę szczególnie w szkole i wśród towarzystw sokolskich. Nauczanie higieny w szkołach powszechnych winno być przedmiotem obowiązkowym. Wykłady powinny być prowadzone przez lekarzy higienistów, którzy powinni posiadać specjalne pedagogiczne przygotowanie.

Obecny stan nauczania higieny w szkołach jest niewystarczający z powodu małej liczby lekarzy szkolnych i braku wśród większości z nich odpowiednich kwalifikacji pedagogicznych. Szczególną opieką pod tym względem trzeba otoczyć seminarja duchowne i nauczycielskie, gdyż księża i nauczyciele najbliższą mają łączność z ludem i największy na niego wywierają wpływ, nie tylko nauczaniem, ale i swym osobistym życiem.

Dział V. Uchwały Zjazdu.

Uchwały pierwszego Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich, powzięte na ogólnym posiedzeniu w dn. 30 stycznia 1922 r.

A. W sprawach ogólnych.

1. Działalność Samorządów powinna dążyć do jaknajszybszego zdrowotnego i oświatowego podniesienia gminy, kierując się w sprawach zdrowotnych przede wszystkim polityką zapobiegawczą.

2. Ze względu na zły stan zdrowotny w Państwie Polskiem i na konieczność skoordynowania akcji sanitarnej we wszystkich byłych dzielnicach, niezbędnym jest utrzymanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

3. Sprawy zdrowia publicznego przy władzach rządowych w powiatach i województwach winny korzystać z takiej samodzielności, z jakiej korzysta oświata, skarb, wojsko, poczta i telegraf.

4. Stosunek Rządu centralnego do Samorządów w sprawach zdrowotnych określa zasadnicza ustawa sanitarna z dn. 19 lipca roku 1919. Miasta, wydzielone z powiatów i województw, stanowić powinny same dla siebie powiat lub województwo, a naczelnym lekarzom tych miast powinny przysługiwać prawa lekarzy powiatowych, względnie wojewódzkich. Szczegółowy stosunek miast wydzielonych z powiatów czy województw, do władz centralnych określić powinien osobny statut.

5. Do zasadniczej ustawy sanitarnej z dn. 19 lipca 1919 roku jako ustawy ramowej, winny być wydane przez Rząd, w porozumieniu z organami samorządowymi, szczegółowe ustawy, określające dokładnie obowiązki i prawa Samorządów w dziedzinie spraw zdrowotnych, z uwzględnieniem stosunków w poszczególnych większych i mniejszych jednostkach samorządowych, oraz pewnych odmiennych warunków, powstałych w każdej z byłych dzielnic.

B. W sprawach organizacyjnych.

1. Organy sanitarne rządowe i samorządowe winny współdziałać w sprawie zdrowia publicznego.

2. Zarządzenia Samorządów w sprawie zdrowia publicznego winny być prowadzone samodzielnie. Rządowi zaś przysługuje kontrola, która ujawniać się powinna przede wszystkim w skoordynowaniu akcji sanitarnej oraz popieraniu jej pod względem materialnym.

3. Samorzady winny posiadać własne komunalne organy zdrowia publicznego, równorzędne z innymi organami administracji komunalnej. Samorządowe organy zdrowia publicznego winny korzystać z praw, przysługujących równorzędnym organom państwowym.

4. Dla kierownictwa sprawami sanitarno-weterynaryjnymi konieczne jest utworzenie przy wydziale zdrowia magistratów i wydziałach powiatowych oddzielnych sekcji weterynaryjnych.

5. Zaprojektowana i przeprowadzona przez Magistrat st. m. Warszawy nowa organizacja służby sanitarno-weterynaryjnej jest celową i może być zaleconą Samorządom.

6. Samorzady miejskie winny mieć na względzie, że rzeźnie, targowiska, stacje kontroli mięsa przywozowego i zakłady utylizacyjne mają charakter instytucji użyteczności publicznej o wybitnym znaczeniu sanitarnym, przeto nie powinny być traktowane wyłącznie jako źródła dochodowe.

7. Zarząd Związku Miast winien utworzyć instytucję finansową, realizującą potrzeby sanitarne miast i miasteczek.

8. Zjazd powołuje stały Komitet wykonawczy (przy biurze Zarządu Związku Miast) w celu:

a) dopilnowania i wykonania uchwał Zjazdu, b) wydawania Zarządowi Związku Miast opinii w sprawie przygotowujących się, względnie wnoszo-

nych do Sejmu projektów Ustaw, dotyczących bezpośrednio lub pośrednio spraw zdrowotnych, c) organizowania zjazdów.

KOMITET WYKONAWCZY STANOWIĄ:

Z Warszawy: Dr. Bogucki, Dr. Budzińska-Tylicka, Dr. Kowalski, Dr. Gawłowski, Dr. Polak, Dr. Rychliński i Dyrektor biura Związku Miast.
Z Krakowa: Dr. Janiszewski.
Z Lwowa: Dr. Legeżyński.
Z Poznania: Dr. Surzyński.
Z Wilna: Dr. Kozłowski.
Z Białegostoku: Dr. Ostromecki.
Z Włocławka: Dr. Burzyński.
Z Kresów wschodnich: Dr. Makowski.
Komitetowi przysługuje prawo kooptacji.

C. W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

1. Samorządy powinny uważać za swój najpierwszy i najdonioślejszy obowiązek podniesienie zasadniczych warunków sanitarnych miast i na ten cel przeznaczać w swych budżetach znaczne fundusze.

2. Racjonalna walka z chorobami zakaźnymi winna polegać na stałej organizacji sanitarnej samorządowej, opartej na zasadach polityki zapobiegawczej, która jedynie może zabezpieczyć ludność przed szerzeniem się chorób zakaźnych.

3. W celu racjonalnej walki z epidemjami niezbędnem jest tworzenie przez państwo rządowych zakładów epidemiologicznych w miastach wojewódzkich.

4. Rząd powinien skierować wszelkie usiłowania na Kresy Wschodnie, które ze względu na sąsiedztwo z Rosją i na niski poziom kulturalny miejscowej ludności będą jeszcze długi czas źródłem najniebezpieczniejszych epidemii.

5. Walka z chorobami zakaźnymi na Kresach Wschodnich winna być prowadzoną przez miejscowe samorządowe organizacje, które należy jak najprędzej powołać do życia; państwo zaś winno dostarczać materialnej pomocy, personel lekarski oraz urządzić na miejscu centralne bakteriologiczne laboratoria.

6. Zjazd zwraca uwagę Samorządów i społeczeństwa, że walka z chorobami wenerycznymi, które grożą wyludnieniem kraju i zwyrodnieniem rasy, powinna być pod specjalną opieką zarówno władz państwowych, cywilnych i wojskowych, jako też i organów samorządowych.

7. Zważywszy, że zasadnicza ustawa sanitarna w kwestji nadzoru nad nierzędem, nie została dotąd uzupełniona odpowiednimi rozporządzeniami wykonawczymi, Zjazd domaga się jaknajrychlejszego wydania prawodawstwa w tej palącej sprawie i niezwłocznego wprowadzenia go w życie.

D. W sprawie gruźlicy.

1. W celu zorganizowania walki z gruźlicą wszystkie Samorządy winny współdziałać z Towarzystwami przeciwigruźliczemi, oraz Kasami Chorych powołując do tej akcji całe społeczeństwo.

2. Środkiem walki z gruźlicą powinny być przychodnie, kolonje letnie, sanatoria. Wszystkie inne dostępne, a zgodne z nauką sposoby walki, poparte przez umiejętnie zorganizowaną propagandę, winny być należycie uwzględnione.

3. Ponieważ nędza mieszkaniowa stoi na przeszkodzie walce z chorobami zakaźnymi zwłaszcza z gruźlicą, Zjazd domaga się by Rząd i Samorządy jaknajprędzej przystąpiły do budowy domów dla pracowników państwowych i komunalnych, oraz by popierały wszelką inicjatywę zrzeszeń, mających na celu budowę własnych mieszkań.

E. W sprawie repatrjacji.

1. Zważywszy, że sprawa repatrjacji dotychczas nie została uregulowaną, że na etapach w Baranowiczach i Równem utworzyły się ogniska duru plamistego, a w przyszłości grozi cholera, zważywszy, że polityka sanitarna Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu jest wadliwą, Zjazd uznaje, że Rząd winien zorganizować cały szereg punktów obserwacyjnych w pasie pogranicznym, powołując do współdziału miejscowe organizacje samorządowe. W celu bezzwłocznego przeprowadzenia tej akcji niezbędnem jest zwołanie konferencji władz rządowych z udziałem Komitetu Wykownawczego Zjazdu.

2. Po zapoznaniu się z uchwałą Rady Miejskiej m. st. Warszawy w sprawie rozporządzenia Komisarza Rządu do walki z epidemjami, dotyczącego między innymi odpowiedzialności karnej władz samorządowych, Zjazd solidaryzując się całkowicie z pomienioną uchwałą wyraża samorządowi m. st. Warszawy uznanie i podziękowanie za energiczną obronę powagi samorządowych władz sanitarnych.

F. Wnioski w sprawie zaopatrzenia miast w dobrą wodę i kanalizację.

Uznając za rzecz niezbędną niezwłoczne przystąpienie do planowej akcji w sprawie dostarczenia ludności dobrej wody i w dostatecznej ilości do picia i użytku domowego zarówno przez Samorządy miejskie jak i przez organy państwowe, Zjazd uchwala:

Przez Samorządy miejskie.

1. Zebrać niezwłocznie faktyczne dane o stanie zaopatrywania w wodę naszych miast i miasteczek, powołując w tym celu Komisję wodną.

2. Przystąpić natychmiast do niecierpiących zwłoki ulepszeń w sprawie zaopatrywania w dobrą wodę do picia i użytku domowego miast i miasteczek zaniedbanych pod względem zdrowotnym.

3. Rozpocząć niezwłocznie prace, zmierzające do zaprowadzenia wodociągów i kanalizacji w miastach i miasteczkach.

Przez organy państwowe.

1. Opracować niezwłocznie ogólny plan zaopatrzenia w wodę osiedli w kraju, w pierwszym rzędzie miast i miasteczek.
2. W miejscowościach najbardziej zagrożonych epidemią z powodu złej wody, przeprowadzić przy pomocy Samorządów badania epidemiologiczne.
3. Zorganizować Instytut wodny dla wszelkich spraw, związanych z higieną wody w kraju.
4. Państwo powinno tworzyć fundusz wodny w celu subsydjowania i wydawania pożyczek na urządzenia, zaopatrujące miasta i miasteczka w wodę.
5. Poddać rewizji i uzgodnić przepisy i ustawy normujące sprawy wodne w państwie.
6. Racjonalne usuwanie nieczystości i odpadków z miast i miasteczek, oparte na współczesnej wiedzy z powołaniem do tego sił fachowych, powinno być zaliczone do najpilniejszych potrzeb bieżących.
7. Rząd winien popierać wszelką akcję Samorządów i społeczeństwa, mającą na celu tworzenie towarzystw budowy wodociągów i kanałów.

VII. W sprawie statystyki.

1. Zjazd wypowiada się, ze względu na potrzebę uporządkowania administracji cywilnej, jak również i ze względu na niemożność dokładnego prowadzenia w obecnych warunkach statystyki ruchu naturalnego ludności, za wprowadzeniem świeckich urzędów stanu cywilnego na obszarze całej Rzeczypospolitej na wzór istniejących w h. zaborze pruskim.
2. Do czasu wprowadzenia urzędów stanu cywilnego powinna być wprowadzona rejestracja nowonarodzonych na specjalnych kartkach urodzenia (wzór Główn. Urzędu Statystyczn.), wypełnionych przez administrację domów niezwłocznie po przyjściu na świat nowego obywatela.
3. Mianownictwo chorób, wzory kartek rejestracyjnych, sprawozdań statystycznych powinny być ujednoliconie dla całej Polski.
4. Rejestracja przyczyn zgonów powinna odbywać się na podstawie świadectw o śmierci, wystawionych przez lekarzy, którzy zmarłego w ostatniej jego chorobie leczyli. Obowiązek wystawiania tych świadectw śmierci winien być na lekarzy, zajmujących się praktyką lekarską, ustawowo nałożony.
5. Rozpoznanie przyczyn zgonów, ustalone przez lekarzy, którzy zmarłego za życia nie widzieli lub sekcji zwłok nie dokonali, albo świadectwa wystawione nie przez lekarzy, nie mogą być uznawane za wystarczający materiał do statystyki lekarskiej; przyczyny tak opinowanych zgonów rejestrowane być winny jako „niewiadome”.

VIII. W sprawie propagandy zasad higieny.

1. Popularyzacja i propaganda zasad higieny jest jednym z najważniejszych środków pobudzenia społeczeństwa do współpracy z władzami komunalnymi i rządowymi w sprawach ogólnozdrowotnych, a w szczegól-

ności w walce z chorobami zakaźnymi, z śmiertelnością dzieci, z alkoholizmem i chorobami wenerycznymi.

2. Zjazd wzywa lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, by sprawę propagandy zasad higieny wnieśli bezzwłocznie na porządek obrad w swych Magistratach i Radach Miejskich, domagając się na ten cel odpowiednich funduszków.

3. Zjazd uznaje za niezbędne urządzenie stałych kursów uzupełniających dla lekarzy sanitarnych oraz organizowanie szkół lub kursów dla personelu pomocniczego, szczególnie w miastach wojewódzkich.

Komunikat Zarządu.

VI doroczne Ogólne Zebranie Związku Miast Polskich odbędzie się we Lwowie w dn. 25, 26 i 27 maja 1922 r. Szczegółowy program obrad niezwłocznie po ostatecznem ustaleniu będzie miastom rozesłany.

eras. 30 99/2/2.



W. 815/56/240.

Od Komisji Redakcyjnej.

Ze względu na ważne sprawy poruszane w niniejszym numerze, które dotyczą podstawowych zagadnień zdrowotnych Odrodzonej Ojczyzny, prosimy uprzejmie o jaknajwiększe rozpowszechnianie niniejszego zeszytu.

Cena tego zeszytu wynosi mk. 300.

Warunki przedpłaty:

Rocznie	{ (z przesyłką pocztową)	Mk. 3,000
Półrocznie		" 1,500
Zeszyt pojedynczy		" 300
Tom I za rok 1921 (maj—grudzień)		" 1,000
" " " " " " " "	oprawny	" 1,350.

Ceny ogłoszeń

(za tekstem lub na tylnej okładce):

Cała strona	Mk. 15,000
$\frac{1}{2}$ strony	" 7,500
$\frac{1}{4}$ " "	" 3,750
Rozesłanie załącznika do wagi 20 gr.	" 15,000
" " " powyżej " 20 " "	" 15,000
z doliczeniem kosztów przesyłki.	

Prenumeratę wpłacać można bezpośrednio w Administracji, w Księgarniach, oraz na konto czekowe Związku Miast Polskich w P. K. O. № 873.

WYDAWNICTWO ZAKŁADU NAR. IM. OSSOLIŃSKICH WE LWOWIE

Poleca dzieło **IGNACEGO DREXLERA**

ODBUDOWANIE WSI I MIAST NA ZIEMI NASZEJ

WYDANIE II. 119 RYCIN I 4 DUŻE TABLICE. OKŁADKĘ RYSOWAŁA P. LUNA DREXLERÓW-
NA. LWÓW, 1921. STR. 323.

Dzieło to obejmuje w zwięzłej formie wszystkie wiadomości, dotyczące odbudowy, przebudowy i rozbudowy miast, uczy zakładać ulice i place, zawiera cenne rady w sprawie higieny domów i miast.

W osobnych rozdziałach zajmuje się autor nazwami osad, ulic i placów oraz pięknem miast i ich wartością zabytkową. Obszerny wykaz literatury ułatwia czytelnikowi rozpoczęcie studiów samoistnych.]

TOWARZYSTWO

Apro wizacji Miast Polski i Ziemi wschodnich

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

w WARSZAWIE.

Zrzeszenie miast, mające na celu zaopatrywanie miast udziałowców, zrzeszeń, kooperatyw, związków i t. p. w artykuły pierwszej potrzeby.

CENTRALA

w Warszawie, przy ul. Hipotecznej № 5, tel. 152-71, 242-47,
adres telegr. „Tampol“.

ODDZIAŁY:

w Gdańsku, przy ul. Pfefferstadt № 1, telef. 38-85,
adres telegr. „Tam“,

w Poznaniu, Przy ul. Szymańskiego № 10, telef. 26-68,
adres telegr. „Tam“,

we Lwowie, przy ul. Sykstuskiej № 52, adres telegr. „Tampol“.

w Sosnowcu, przy ul. Dęblińskiej № 11, telef. 153, adres
telegr. „Tampol“.

AGENTURY:

w Radomsku i Zdołbunowie.