

DZIENNIK ZARZĄDU MIEJSKIEGO w ŁODZI

WYCHODZI 15 KAŻDEGO MIESIĄCA

WYDAWCA: ZARZĄD MIEJSKI w ŁODZI

NUMER POŚWIĘCONY ZJAZDOWI LEKARZY POWIATOWYCH I LEKARZY MIAST WYDZIELONYCH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO, ODBYTEGO W ŁODZI W DNIACH 26 i 27 KWIETNIA 1937 ROKU. CZĘŚĆ, DOTYCZĄCA ZJAZDU — POD REDAKCJĄ STANISŁAWA KEMPNERA — NACZELNIKA WYDZIAŁU ZDROWIA PUBLICZNEGO ZARZĄDU MIEJSKIEGO W ŁODZI.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA:

ŁÓDŹ, PLAC WOLNOŚCI NR 14, POKÓJ NR 14, TELEFON 218-03

PRENUMERATA:

kwartalnie	Zł. 3.—
półrocznie	„ 6.—
rocznie	„ 12.—
pojedynczy zeszyt	„ 1.—

CENY OGŁOSZEŃ:

1 strona przed tekstem .	Zł. 150.—
$\frac{1}{2}$ „ „ „ .	„ 80.—
1 „ za tekstem . . .	„ 100.—
$\frac{1}{2}$ „ „ „ . . .	„ 60.—
drobne po 10 groszy za wyraz.	

Treść zeszytu 5-go z dnia 15 maja 1937 roku.

1. Zjazd Lekarzy Powiatowych i Lekarzy Miast Wydzielonych Województwa Łódzkiego w dniach 26 i 27 kwietnia 1937 roku w Łodzi	273
2. Przebieg obrad Zjazdu — Przemówienia	275
3. Prof. dr. L. Hirszfeld — Akcja przeciwbłonnicza	279
4. Dr. Tadeusz Załęski — Szczepienia zapobiegawcze przeciwbłonnicze w Łodzi w latach 1930 — 1936	283
5. Dr. S. Ładyński — Stan Sanitarny Województwa Łódzkiego w latach 1935/36 i 1936/37.	287
6. Dr. B. Misjon — Stan Sanitarny m. Łodzi	302
7. Dr. J. Domżański — Organizacja dozoru nad mlekiem i przetworami mlecznymi	316
8. Inż. L. Keller — Sprawa zaopatrzenia ludności miast w dobre mleko i przetwory mleczne	324
9. Dr. E. Mittelstaedt — Wytyczne inspekcji szpitali	333
10. Dr. B. Misjon — Ośrodki zdrowia w wielkim mieście	342
11. Dr. T. Malinowski — Zwalczanie jaglicy w Województwie w świetle zestawień liczbowych	348
12. Dr. K. Mitkiewicz — Postulaty w dziedzinie higieniczno-szkolnej na Zjeździe Lekarzy Powiatowych i Lekarzy Miast Wydzielonych Województwa Łódzkiego w dniu 26 i 27 kwietnia 1937 roku	354
13. Dyskusja w związku z referatami, wygłoszonymi w pierwszym dniu Zjazdu (26 kwietnia rb.)	356
14. Naczelnik K. Janiszewski — Styczne Opieki Społecznej ze zdrowiem publicznym	359
15. Dr. L. Nieć — Organizacja Samorządowej Służby Zdrowia w Powiecie Wieluńskim	365
16. Dr. H. Reiterowski — Zagadnienie gruźlicy w Łodzi i Województwie Łódzkim	376
17. Dyskusja w związku z referatami, wygłoszonymi w drugim dniu Zjazdu (27 kwietnia rb.)	383
18. Zjazd miast	387
19. Protokół 10 specjalnego tajnego posiedzenia Rady Miejskiej, odbytego w dniu 8 kwietnia 1937 roku	397
20. Przegląd ustawodawstwa	401
21. Sprawozdanie finansowe Zarządu Miejskiego w Łodzi za czas od 1 do 30 kwietnia 1937 roku	403
22. Wykonanie budżetu Zarządu Miejskiego w Łodzi za 1 miesiąc 1937/38 r. za czas od 1 do 30 kwietnia 1937 roku	404
23. Kronika: I. Ogólna. II. Z życia Samorządu Miejskiego w Łodzi	406
24. Nekrologi	419
25. Ruch służbowy pracowników etatowych Zarządu Miejskiego w Łodzi za miesiąc kwiecień 1937 roku	420
26. Okólniki	421
27. Ogłoszenia	422

ZJAZD LEKARZY POWIATOWYCH I LEKARZY MIAST WYDZIELONYCH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO.

Zjazd odbył się w Łodzi w dniach 26 i 27 kwietnia 1937 roku w sali obrad Rady Miejskiej w Łodzi (Pomorska nr 16). Komitet organizacyjny stanowili pp.: Mikołaj Godlewski — tymczasowy prezydent m. Łodzi, dr. Bolesław Salak — naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego, Stanisław Kempner — naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w Łodzi, dr. Bolesław Misjon, — inspektor sanitarny m. Łodzi, dr. Stanisław Nowicki — lekarz powiatu łódzkiego, dr. Józef Weyland — lekarz powiatowy Starostwa Grodzkiego Łódzkiego.

Program Zjazdu był następujący:

Dnia 26 kwietnia:

Otwarcie Zjazdu o godzinie 8-ej rano w sali obrad Rady Miejskiej m. Łodzi, ul. Pomorska L. 16.

1. Stan sanitarny Województwa Łódzkiego w latach 1935/36 i 1936/37 referuje Dr. Stefan Ładyński — Inspektor Lekarski, uzupełniają lekarze powiatowi i miejscy.
2. Akcja przeciwbłonicza — Prof. Dr. Ludwik Hirszfeld i Dr. Tadeusz Załęski.
3. Kontrola żywności i sprawa zaopatrzenia ludności w dobre mleko — Dr. Józef Domżański, Kierownik Filii Łódzkiej Państwowego Zakładu Higieny i Inż. Ludwik Keller, Kierownik Oddziału w Wydziale Rolnictwa i Reform Rolnych Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego.
4. Inspekcje szpitali — Dr. Edward Mittelstaedt, Inspektor Szpitali Miejskich m. Łodzi.
5. Akcja policyjno-sanitarna w m. Łodzi i w powiecie — Dr. Józef Weyland, lekarz powiatowy Starostwa Grodzkiego Łódzkiego i Dr. Stanisław Nowicki, lekarz powiatu łódzkiego.
6. Wycieczki:
 - a) zwiedzanie urządzeń kanalizacyjno-wodociągowych w Łodzi,
 - b) zwiedzanie szpitala na Radogoszczu,
 - c) zwiedzanie Ośrodka Zdrowia przy ul. Lubelskiej 7.

O godz. 20-ej bankiet dla uczestników Zjazdu w salach restauracji „Tivoli”, urządzony staraniem Zarządu Miasta.

Dnia 27 kwietnia:

7. Styczne opieki społecznej ze zdrowiem publicznym — Kazimierz Janiszewski, Naczelnik Wydziału Pracy i Opieki Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego.
8. Organizacja samorządowej służby zdrowia w powiecie — Dr. Ludwik Nieć, lekarz powiatu wieluńskiego.
9. Ośrodki zdrowia w wielkim mieście — Dr. Bolesław Misjon, Inspektor sanitarny m. Łodzi.
10. Akcja przeciwgruźlicza w m. Łodzi i plan akcji na terenie Województwa Łódzkiego — Dr. Hieronim Reiterowski, Kierownik Sekcji Walki z Gruźlicą Zarządu Miejskiego w Łodzi.
11. Walka z jaglicą — Dr. Tadeusz Malinowski, Wojewódzki Instruktor przychodni przeciwjagliczych.
12. Komunikaty (opieka nad dzieckiem i matką, higiena szkolna itp).
13. Wolne wnioski,
14. Wycieczki:
 - a) wycieczka do Zgierza,
 - b) zwiedzenie fabryki Scheiblera i Grohmana,
 - c) zwiedzenie basenu pływackiego YMCA.

* * *

Zjazd, w którym wzięło udział 70 uczestników, otworzył dr. Bolesław Salak, naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego. Zjazd zaszczylicili swą obecnością przedstawiciele władz państwowych i samorządowych: Inspektor dr. Stanisław Tubiasz z ramienia Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, prof. dr. Ludwik Hirszfild z ramienia Państwowej Szkoły Higieny, dr. Karol Mitkiewicz z ramienia Kuratorium Okręgu Szkolnego Warszawskiego, wiceprezydent Antoni Pączek w imieniu prezydenta miasta i Zarządu Miejskiego, w Łodzi dr. Henryk Mostowski — starosta grodzki łódzki, płk. dr. Edward Wertheim — szef sanitarny O. K. IV — Łódź, dr. Kazimierz Garduła — naczelnik lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, Anatol Elsesser-Niedzielski — komendant P. P. na m. Łódź.

W drugim dniu Zjazdu zaszczycił swą obecnością i przewodniczył obradom Wojewoda Łódzki p. Aleksander Hauke-Nowak.

Przebieg obrad Zjazdu.

PRZEMÓWIENIE DR. BOLESŁAWA SALAKA — NACZELNIKA WYDZIAŁU
ZDROWIA URZĘDU WOJEWÓDZKIEGO ŁÓDZKIEGO.

„Z polecenia Pana Wojewody, który w ostatniej chwili zawiadomił mnie, że nie może przybyć na otwarcie Zjazdu, otwieram doroczny zjazd lekarzy powiatowych i lekarzy miast wydzielonych Województwa Łódzkiego.

Nazywając ten zjazd dorocznym, popełniam pewną nieścisłość, bo w zeszłym roku zjazdu nie było. Zaszła wtedy zmiana na stanowisku naczelnika Wydziału i czas ten trzeba było wyzyskać na zapoznanie się z terenem. Starałem się z każdym lekarzem na jego terenie spędzić koło trzech dni przeciętnie i omówić różne problemy sanitarne, podkreślić najważniejsze. Z tego też powodu Zjazd tegoroczny będzie obfitował w różne zagadnienia, nagromadzone przez dwa lata, które trzeba będzie szerzej referować i przedyskutować.

Poza tym niektóre kwestie nabrały specjalnej ważności, niektóre są zupełnie nowe, np. powszechne szczepienia przeciwbłonicze. Palącą stała się sprawa roztoczenia większej opieki zdrowotnej nad ludnością zwłaszcza wiejską całego Województwa, zagadnienie to wymaga programów organizacyjnych i na zjeździe będzie szerzej omówione.

Ponieważ obecnie znajdujemy się jeszcze w okresie nędzy gospodarczej i gnębi szerokie masy konieczność oszczędnego gospodarowania i żywienia się, jest znacznie większy popyt na artykuły spożywcze tańsze, co z kolei bardzo często zachęca producentów i dostawców do zafałszowania. I dlatego też dzisiaj będziemy również omawiali sprawę zafałszowania produktów spożywczych, zwłaszcza tak ważnego artykułu, jakim jest mleko i walkę z fałszerstwem.

Województwo nasze jest drugim w państwie pod względem ilości jaglicy, to też walka z tą chorobą musi być prowadzona bardzo intensywnie, czyni się to przez otwieranie specjalnych poradni oraz uruchomienie w okresie sprawozdawczym instytucji instruktora do spraw walki z jaglicą.

Zaszła również potrzeba uruchomienia szeregu poradni przeciw-wenerycznych na terenie całego Województwa, co w dużym stopniu wiąże się z falą reemigracji, poradnie zaopatrzone w leki i czuwa się stale nad ich usprawnieniem.

Jeżeli chodzi o walkę z gruźlicą, narazie ogranicza się ona przede wszystkim do miast większych, natomiast na wsi jeśli nawet istniały poradnie przeciwgruźlicze, to sprawność ich pozostawia wiele do życzenia i dlatego postanowiliśmy na zjeździe tę sprawę programowo omówić.

Sprawy szpitalne na terenie Województwa mają w niektórych miejscach charakter dosyć zapalny i wymagają szczegółowego przedyskutowania. Poświęcony im będzie — wobec rozległości zagadnień — specjalny zjazd, który odbędzie się w czerwcu rb. w Kaliszu.

Medycyna społeczna tak samo, jak indywidualna ma swoje punkty specjalnie czułe. Trzeba umieć je wyszukiwać i na nie specjalną uwagę zwracać. Takim czułym — między innymi — jest odcinek współdziałania z opieką społeczną, z inspekcją pracy, ze szkolnictwem. Zagadnienia te w miarę czasu i możliwości będą również poruszone na zjeździe.

Ogłaszając otwarcie zjazdu mam zaszczyt powitać p. dr. St. Tubiasza, inspektora Ministerstwa Opieki Społecznej, p. prof. dr. L. Hirszfelda, przedstawiciela nauki polskiej, witam również p. wiceprezydenta A. Pączka, który jest współgospodarzem dzisiejszego Zjazdu, witam Panów przedstawicieli wojskowości i administracji państwowej, witam wszystkich panów reprezentantów świata lekarskiego, instytucyj i organizacyj społecznych i społeczno-lekarskich.

Życzę wreszcie sprawie publicznej jak najwyższych korzyści z naszego zjazdu”.

PRZEMÓWIENIE INSPEKTORA MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ
DR. STANISŁAWA TUBIASZA.

„Witam wszystkich obecnych gości i lekarzy powiatowych, których ten Zjazd dotyczy. Ministerstwo Opieki Społecznej przywiązuje dużą wagę do pracy panów lekarzy powiatowych, a program, przewidziany na dzień dzisiejszy i następny da możność omówienia najważniejszych zagadnień zdrowotnych na terenie Województwa Łódzkiego.

Ponieważ w toku obrad będę miał możność zabrania głosu co do poszczególnych spraw, obecnie złożę tylko życzenia jaknajowocniejszej pracy”.

PRZEMÓWIENIE WICEPREZYDENTA MIASTA ANTONIEGO PĄCZKA.

„W imieniu Pana Prezydenta Miasta Godlewskiego i Zarządu Miasta mam zaszczyt powitać wszystkich panów i życzyć owocnych obrad. Sprawy, które panowie mają na porządku obrad są w znacznej mierze zagadnieniami wybitnie społecznymi, albowiem medycyna nowoczesna idzie w kierunku pomagania naturze drogą zapobiegania chorobom, przede wszystkim przez niszczenie źródeł chorób, tych nieszczęść, które spadają na ludzkość. I dlatego też panowie, zwłaszcza pracujący na posterunkach wybitnie społecznych, patrzą na te sprawy tak, jak patrzymy my — samorządowcy — społecznicy, tj. że przez zmianę warunków istniejących źródła choroby mogą być pomniejszone i coraz bardziej można będzie osiągać właściwe rezultaty.

Łódź jest miastem, które znajduje się, jeżeli idzie o zdrowotność, napewno w gorszych warunkach, niż wiele innych miast. Przede wszystkim Łódź należy do miast byłej Kongresówki, a tutaj panował najbardziej zacofany zaborca, i dlatego wszystkie miasta w Kongresówce znamionuje wybitny charakter zaniedbania.

Następnie jest to miasto wybitnie przemysłowe, które wzrasta faktycznie od kilkudziesięciu ostatnich lat pomimo, że od pierwszego aktu królewskiego odnośnie Łodzi jako miasta, upłynęło wiele wieków. Łódź produkowała towary na ogromny rynek rosyjski, za sumy, sięgające setek milionów rubli, a mimo to pozostawało z tego w Łodzi bardzo mało. Wodociągi i kanalizację przeprowadza się dopiero teraz, szpitali Łódź nie posiada, budynków szkolnych nie ma, dzieci uczą się w nieodpowiednich warunkach i dlatego potrzeby i w dziedzinie zdrowotności publicznej są daleko większe, niż w innych miastach.

Następnie: samorząd jest ograniczony w źródłach finansowych i nie może przyznawać na opiekę społeczną, zdrowotność i oświatę tyle, ileby należało, żeby szybciej zaniedbania dziesiątków lat wyrównywać. Mimo tego jednak próbujemy ze środkami, którymi rozporządzamy, te rzeczy na naszym terenie naprawić. Na rozwieszonych tablicach zobaczą panowie, że w latach, kiedy budżet ogólny się kureczył, mimo tego faktu staraliśmy się za pomocą posiadanych bardzo szczupłych środków wypracować dodatnie rezultaty.

Bylibyśmy bardzo radzi, aby dzisiejsze obrady dały Samorządowi m. Łodzi wskazówki i wytyczne, abyśmy mogli jeszcze lepiej pracować w obecnych ramach finansowych.

Zwracam uwagę, że w Łodzi bieda i nędza są duże. Panowie, którzy znają Łódź wiedzą, że są dzielnice, które należałoby spalić i na ich miejsce wybudować nowe, gdyż są siedliskiem chorób. Panowie wiedzą, że w Łodzi na utrzymaniu opieki społecznej znajduje się niesłychanie dużo ludzi.

I w dziedzinie zdrowotności publicznej i w dziedzinie opieki społecznej nie możemy dać tyle, ile powinniśmy, ale tym chętniej przyjmujemy od Zjazdu wszelkie rady, abyśmy mogli jak najkorzystniej zużyć nasze fundusze — i z tego stanowiska życzę panom powodzenia w obradach”.

Po czym zabrał znów głos naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego — dr. Bolesław Salak.

„Przystępując do właściwych obrad, ze smutkiem stwierdzam, że z pośród 22 pracowników państwowej i samorządowej służby zdrowia, zajmujących kierownicze stanowiska w Województwie Łódzkim, od czasu ostatniego zjazdu ubyła, odeszła od nas na zawsze pokaźna ich ilość. Ubył z pośród nas ś. p. dr. Ludomir Lipiński, lekarz powiatowy

z Piotrkowa. Nie znałem go osobiście. Znam jego tragedię z aktów i z opowiadań. Zginął podczas walki z dudem plamistym, jak żołnierz na posterunku, oddał przy spełnianiu swoich obowiązków co miał najdroższego — życie, ratując zdrowie i życie bliźnich. Cześć Jego pamięci! (Wszyscy powstają).

Odszedł od nas ś. p. dr. Jan Dobrowolski, kierownik państwowej poradni sanitarno-obyczajowej w Łodzi. Odszedł od nas w momencie, kiedy z zapałem zabierał się do organizowania poradni z zakresu swojej specjalności na terenie całego Województwa. Nie żałował czasu, trudów, wykazywał dużo pomysłowości w swojej pracy, zawsze miły, ludzki w obejściu, co na jego trudnym stanowisku było walorem nieocenionym. Odszedł za wcześnie dla siebie i sprawy, którą ukochał. Cześć Jego pamięci! (Wszyscy powstają).

Wreszcie ubył z pośród nas ś. p. dr. Stanisław Skalski, mój poprzednik na stanowisku naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego. Odszedł wprawdzie jako emeryt, ale do ostatnich chwil swojego życia tak był przywiązany do naszych spraw, że nie było ważniejszego zagadnienia, którym by nie interesował się i nie wypowiadał o nim swego trzeźwego sądu i nie skąpił fachowych wskazówek. Do ostatnich chwil pracował bezinteresownie w różnych naszych komisjach i brał udział w konferencjach. Był niezwykle czynny, zawsze gotowy do współpracy, rady i pomocy. Znał doskonale ludzi, miał szeroki zakres zainteresowań i na wiele zagadnień umiał patrzeć z punktu widzenia szerszego. Straciliśmy nie tylko doświadczonego kolegę, ale i szczerego współpracownika. Miałem smutny obowiązek obszerniej przemawiać nad jego mogiłą, dziś powiem tylko, że ubył dzielny bojownik o lepsze jutro spraw sanitarnych w Polsce. Cześć Jego pamięci!" (Wszyscy powstają).

UKONSTYTUOWANIE SIĘ PREZYDIUM ZJAZDU.

Pan Naczelnik dr. B. Salak zakończył swe przemówienie następującymi słowy:

„Miłą jest dla nas obecność za stołem prezydyjnym delegata Ministerstwa Opieki Społecznej p. inspektora d-ra St. Tubiasza. Proszę również do prezydium pp. prof. dr. L. Hirszfelda, dyr. dr. J. Domżałskiego, d-ra T. Załęskiego, wizytatora d-ra K. Mitkiewicza i naczelnika St. Kempnera. Na sekretarzy zjazdu powołuję pp. d-ra Malinowskiego i dr. Trybuchowskiego”.

AKCJA PRZECIWBŁONICZA.

Szanowne Panie i Panowie!

Przybyłem na Zjazd lekarzy powiatowych, aby wyrazić Panom podziękowanie za tak skuteczne przeprowadzenie akcji szczepiennej. Teren Województwa Łódzkiego jest dla całej akcji szczepiennej terenem doświadczalnym. Po raz pierwszy na terenie Województwa Waszego został przeprowadzony przymus szczepienny, po raz pierwszy w przeciągu krótkiego okresu czasu została przeszczepiona prawie cała ludność dziecięca i to bez różnicy wieku. Akcja objęła dzieci od 1-go do 10-go roku życia. Nie będę omawiał już otrzymanych wyników pozostawiając tę sprawę p. d-rowsi Załęskiemu. Pragnąłbym w moim przemówieniu jedynie podkreślić, że uwaga świata lekarskiego skierowana jest obecnie na wyniki akcji szczepiennej w Łodzi i że rozbudowywanie dalszej akcji będzie zależało w dużym stopniu od wyników na Waszym terenie. Nakłada to wielki obowiązek na służbę zdrowia w Województwie Łódzkim.

Szczepienia przeciwbłonicze przeprowadzano na terenie Państwa od wielu lat. Sprawozdania lekarzy powiatowych są badane dokładnie a jednak — z przykrością to należy podkreślić — większość sprawozdań nie daje wyraźnego obrazu co do skuteczności szczepień. Dzieje się to dlatego, ponieważ sprawozdania nie uwzględniają zwykle kilku zasadniczych postulatów immunologii i epidemiologii. Pragnąłbym omówić błędy, które dotychczas stały na przeszkodzie wykorzystania pracy bardzo wielu lekarzy powiatowych.

Pierwszy błąd: to nie uwzględnianie nierównomiernej uodpornialności poszczególnych kategorii wieku. Badania, których dokładny opis znajdziecie w książce „Współczesne zagadnienia błonicy” wykazują, że uodpornialność dzieci młodszych jest mniejsza niż starszych. Wyraża się to zarówno w mniejszej ilości uzyskanych antytoksyn jak i w mniejszej skuteczności uodporniania, w większej zapadalności szczepionych dzieci młodszych niż u starszych. Na terenie Warszawy postaraliśmy się usunąć ten błąd: uodpornialność dzieci pomiędzy pierwszym a trzecim rokiem życia była kilkakrotnie mniejsza niż pomiędzy siódmym a dziesiątym. Wszelkie statystyki zatem o wynikach szczepień ochronnych powinny w pierwszej linii uwzględniać kategorie wieku. Z wyjątkiem Warszawy i częściowo Łodzi szczepienia w Pol-

sce były na ogół dokonywane u dzieci w wieku szkolnym. Statystyka zapadalności wykazuje, że dzieci młodsze chorują częściej i ciężiej. Nie należy zatem nigdy porównywać przeciętnej zapadalności u szczepionych i nieszczepionych, jeśli się szczepi przede wszystkim dzieci starsze, które i tak chorują mniej i uodparniają się łatwiej. Błąd ten niestety spotyka się w większości prac i dlatego nawet statystyka światowa, niestety, nie zawsze umożliwia odpowiednie wnioski.

Drugim niezmiernie ważnym zagadnieniem jest, jak się uodparniają niemowlęta. Na terenie Łodzi były przeprowadzone pierwsze szczepienia niemowląt w związku z ospą. W Warszawie mamy już obecnie wiele tysięcy dzieci w ten sposób uodpornionych. Jest to organizacyjnie najprostsze. Dopiero jednak spostrzeżenia Wasze i nasze będą mogły odpowiedzieć, jaka jest skuteczność szczepień u niemowląt i jak długo odporność ta trwać będzie. Szczepiąc niemowlęta otrzymaliśmy stosunkowo słabe antytoksyny we krwi. Z drugiej strony wiemy, że powinowactwo tkanki do jądów w wieku niemowlęcym jest niewielkie. Niemowlę nie wie niejako, jakie mu grożą niebezpieczeństwa ze strony zarazków chorobotwórczych, nie reagują one często zatem ani objawem chorobowym, ani mechanizmem obronnym. Być może zatem, że stosunkowo słabsze odczyny odpornościowe potrafią dziecko uchronić przed chorobą.

Panowie widzą, jak ważną jest tutaj współpraca lekarza na terenie uodpornionym: pragnęlibyśmy mieć odpowiedź nie tylko co do skuteczności szczepień w poszczególnych kategoriach wieku, ale również w jakim wieku warto zacząć szkolić dziecko, aby się nauczyło wytwarzać ciała odpornościowe.

Drugie pytanie wiąże się z epidemiologią błonicy. Zarazek błonicy jest rozsiany i wywołuje odporność drogą zakażeń naturalnych. Czym większa możliwość zakażenia, tym silniejsza jest odporność poszczególnych warstw społecznych. Odporność w ten sposób otrzymana często jednak nie wystarcza, ażeby uchronić osobnika od wybuchu choroby, często jednak warunkuje odmienną uodpornialność poszczególnych warstw społecznych. Stwierdzone np. zostało, że dzieci ze sfer zamożniejszych uodparniają się gorzej, niż dzieci proletariatu, że dzieci wiejskie mniej narażone na zakażenie kropelkowe uodparniają się gorzej niż dzieci miejskie itp. Drugie pytanie zatem, które chciałbym postawić, głosi: czy skuteczność uodparniania w gminach wiejskich i miejskich okaże się na terenie Województwa odmienna.

Trzecie pytanie, na które jedynie doświadczenie lekarzy szczepiących da odpowiedź, jest sprawa długotrwałości odporności otrzymanej po szczepieniu. Czy jednorazowe szczepienie wystarcza, czy będzie mu-

siało być powtórzone po trzech lub pięciu latach? Wreszcie niektóre dane u zwierząt doświadczalnych wskazują na to, że w zimie zwierzęta doświadczalne uodparniają się gorzej. Dla człowieka nie mamy pod tym względem wystarczających danych. Być może doświadczenie Panów będzie nam mogło oświetlić to zagadnienie.

Na akcję Panów, na szczepienia ochronne na terenie Województwa patrzymy zatem jako na doniosłą próbę organizacyjno-społeczną i naukową. Nakłada to obowiązek jak najszczegółowszego badania i rejestracji. Prosimy Panów o zakładanie kartotek dzieci szczepionych. Bez takiej kartoteki, jedynie opierając się na wywiadzie, otrzymacie Panowie zbyt wielką liczbę błędów.

Kończąc, pragnę jeszcze raz podkreślić, że od skoordynowanych wysiłków lekarzy pracujących na terenie samorządowej i państwowej służby zdrowia i zakładów badawczych będzie zależała właściwa ocena wyników szczepień. Mam nadzieję, że współpraca ta na terenie walki z błonicą się zacieśni i pozwoli usunąć a przynajmniej zmniejszyć jedną z najcięższych plag ludzkości jaką jest błonica.

Zakończenie Zjazdu.

Przewodniczący. Zamykając dwudniowy Zjazd, dziękuję obecnym za łaskawe przybycie i wzięcie udziału w obradach oraz p. Naczelnikowi Kempnerowi, na którego barkach spoczywała magna pars prac, związanych z organizowaniem zjazdu.

Dr. TADEUSZ ZAŁĘSKI

Kierownik Miejskiej Pracowni
Bakteriologicznej
i Oddziału Bakteriologicznego
Filii Łódzkiej
Państwowego Zakładu Higieny

SZCZEPIENIA ZAPOBIEGAWCZE PRZECIWBŁONICZE W ŁODZI W LATACH 1930—1936.

Bezpośrednio po wojnie liczba zachorowań i zgonów na błonicę w Łodzi była niewielka, ale zaczynając od 1923 r. zachorowania na błonicę i zgony zaczynają w Łodzi stale wzrastać, jak zresztą w wielu innych krajach zachodniej i centralnej Europy. W 1929 r. z dużych miast europejskich wysuwają się na czoło Łódź i Dublin, dając najwyższe w Europie współczynniki umieralności na błonicę: w Łodzi 16 na 100.000, a w Dublinie — 14. Wobec tego czynniki, stojące na straży zdrowia ludności m. Łodzi, postanowiły utworzyć specjalny „Komitet Walki z Błonicą”, którego zadaniem było opracowanie najskuteczniejszych sposobów walki z tą jeszcze i obecnie tak groźną chorobą.

Komitet ten został utworzony w końcu 1929 r. z przedstawicieli Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, Wydziału Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w Łodzi, Łódzkiej Ubezpieczalni Społecznej i Łódzkiej Filii Państwowego Zakładu Higieny. Finansowały akcję Departament Służby Zdrowia, Zarząd Miejski w Łodzi i Łódzka Ubezpieczalnia Społeczna. Fachowe kierownictwo zostało poruczone Łódzkiej Filii Państwowego Zakładu Higieny.

Po wyczerpujących naradach uzgodniono, jakie z dotychczasowych sposobów walki z błonicą należy utrzymać, jakie odrzucić i jakie nowe metody należy wprowadzić. Otóż z najnowszych sposobów walki z błonicą uznano za najbardziej racjonalne i skuteczne szczepienia zapobiegawcze przeciwbłonicze, które dały już doskonałe wyniki w Ameryce Płn. i niektórych krajach Europy zachodniej, a przy postępach w technice przyrządzania szczepionki, obiecywały dać wyniki jeszcze lepsze. Jako szczepionkę z wielu innych wybrano anatoksynę błoniczą Ramona, wyrabianą w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie.

Trudność przedsięwziętej akcji szczepiennej przeciwbłoniczej polegała na tym, że szczepienia te mogły być wykonywane jedynie, jako szczepienia dobrowolne, ponieważ wówczas nie zostały one jeszcze uznane przez władze sanitarne Polski, jako szczepienia obowiązuje, jak np. szczepienia przeciw ospie. Należało przewyciężyć nieufność ogółu do nowych szczepień i bierny opór rodziców, niedoceniających niebez-

pieczeństwa błonicy wskutek wiary w niezawodną skuteczność działania przy błonicy surowicy leczniczej.

Komitet Walki z Błonicą rozpoczął szczepienia przeciwbłonicze 6 stycznia 1930 r. i wykonywał je stale do 1 lipca 1936 r. Szczepiono tylko dzieci do lat 10 włącznie, ponieważ starsze dzieci w Łodzi prawie zupełnie od błonicy nie umierały. W latach 1930, 1931 i 1932 szczepiono przeważnie dzieci w domach wychowawczych i szkołach anatoksyną moey 8—12 jednostek antygenowych Ramona i wskutek oporu rodziców tylko dwukrotnie wbrew wskazówkom Ramona, zalecającego szczepić trzykrotnie. Wkrótce, jednak, spostrzeżono się, że szczepienia tak prowadzone, obejmują przeważnie dzieci starsze mniej błonicą zagrożone, natomiast dzieci młodsze, do 6-ciu lat, które dają największy procent i zachorowań i śmierci wcale tymi szczepieniami objęte nie zostały a to wskutek bierności matek, nie przynoszących dzieci na punkty szczepienne. Postanowiono wówczas dotrzeć do tych dzieci podczas przymusowych szczepień przeciw ospie, kiedy dzieci zostają masowo do dozorów przynoszone i szczepić je jednocześnie i przeciw ospie i przeciw błonicy. Dla wypróbowania skuteczności i nieszkodliwości tych tzw. „sprzężonych” szczepień zwrócono się do Kierownika I-go Miejskiego Domu Wychowawczego — Dr. Knichowieckiego, z prośbą o wypróbowanie takich szczepień wśród najmłodszych dzieci, znajdujących się pod jego opieką.

Szczepienia w I Miejskim Domu Wychowawczym, pod ścisłą kontrolą lekarską, dały bardzo dobre wyniki i pewność, że nie szkodzą one dzieciom. Wobec tego postanowiono rozpocząć takie sprzężone szczepienia na większą skalę i szczepić jednocześnie z ospą błonicę dzieciom, przynoszonym do dozorów sanitarnych dla dokonania obowiązkowych szczepień przeciw ospie. Zgodę na te szczepienia otrzymano od wyższych Władz Sanitarnych. Wobec tego od r. 1933 szczepiono rocznie na wiosnę najmłodsze dzieci razem z ospą, a w jesieni dzieci w przedszkolach i w pierwszych oddziałach szkół powszechnych. W ten sposób po kilku latach prawie wszystkie dzieci do lat 10 zostałyby zaszczepione przeciw błonicy. Szczepiono również udoskonaloną szczepionką anatoksyczną, zawierającą w 1 cm.³ 20—25 jednostek Ramona, dwukrotnie. Ramon polecał, bowiem, szczepienia tą mocniejszą szczepionką już nie trzykrotnie, jak poprzednio, a tylko dwukrotnie.

Do 1933 r. liczba zachorowań na błonicę w Łodzi pomimo tych szczepień stale wzrastała, dopiero od 1933 r. gdy zwiększyła się liczba zaszczepionych najmłodszych dzieci, zaczyna się stały spadek jak liczby zachorowań tak również i liczby zgonów na błonicę, jak to widać z następującej tabelki rozprzestrzeniania się błonicy w Łodzi:

BŁONICA w ŁODZI w LATACH 1923—1936

R o k	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Zapadalność	Umieralność	Śmiertelność w ‰ ‰	
			na 100.000	mieszkańców	w Łodzi	w Polsce
1923	148	65	24	11	43	—
1924	335	81	56	13,5	24	—
1925	547	107	91	18	19,5	—
1926	691	103	115	17	14,6	—
1927	813	140	135	23	17	9,5
1928	735	105	122	17	14	9,3
1929	1001	101	167	16	10	6,1
1930	1343	100	224	16	7,5	5,6
1931	1344	85	224	14	6,3	5,8
1932	2315	120	386	20	5,2	5,1
1933	1186	72	198	12	6	—
1934	1136	68	190	11	6	4,7
1935	846	52	141	7	5	5
1936	809	44	124,4	6,7	5,4	—

Z dniem 30 czerwca 1936 r. Komitet zakończył swoje szczepienia, a to wskutek rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej, wprowadzającego przymus szczepień zapobiegawczych przeciw błonicy i wskutek tego przejęcia akcji szczepiennej przez Zarząd Miejski w Łodzi. We wrześniu i październiku 1936 r. odbyły się w Łodzi przymusowe szczepienia przeciwbłonicze wszystkich dzieci do lat 10-ciu, które jeszcze dotąd nie były szczepione. W październiku szczepienia te zakończono.

W przeciągu tych siedmiu lat Komitet zaszczepił w Łodzi 77.826 dzieci a Zarząd Miejski w Łodzi 55.110 dzieci, razem zaszczepiono 132.936 dzieci. Na 1 stycznia 1937 r. z ogólnej liczby 130.000 dzieci do lat 10-ciu włącznie zaszczepionych było w liczbach okrągłych 115.000 dzieci i niezaszczepionych 15.000. Liczba 115.000 powstała wskutek tego, że ze 132.936 dzieci zaszczepionych, około 17.936 dzieci zaszczepionych w pierwszych latach akcji, przekroczyło już wiek 10 lat. Wyniki szczepień można ocenić z przebiegu błonicy w Łodzi w pierwszym kwartale 1937 r. Według poniższej tabelki: W 1937 r. do 1 kwietnia zachorowało i zmarło dzieci:

Ogółem na 130.000	dzieci do lat 10	zachorowało na błonicę	101
		zmarło	14
„ 115.000	„	zaszczepionych zachorowało	44
		zmarło	5
„ 15.000	„	nieszczepionych zachorowało	57
		zmarło	9

Jak widać z powyższych tych liczb współczynnik zapadalności na błonicę wśród szczepionych wyniósł na 100.000 dzieci 38,2 a wśród nieszczepionych 380. Współczynnik umieralności na 100.000 dzieci — u szczepionych 4,3, u nieszczepionych 60. A więc współczynnik zapadalności na błonicę zmniejszył się wśród szczepionych w porównaniu z nieszczepionymi 10-krotnie, a w społeczeństwie umieralność 14-krotnie.

Jak widać z tych liczb nawet niedostateczne szczepienia przeciwbłonicze (tylko dwukrotne szczepienia zamiast trzykrotnych, słabszą anatoksyną i około 18 proc. zaszczepionych dzieci tylko jednokrotnie, a nie dwukrotnie) zastosowane masowo znacznie zmniejszają jak zapadalność, tak również umieralność na błonicę. Wprowadzony obecnie przymus szczepień przeciwbłoniczych, nabyte przez 7 lat doświadczenie i stale ulepszana szczepionka dadzą bez wątpienia jeszcze lepsze wyniki.

Szczepienia przeciwbłonicze dokonywane w Łodzi przez Łódzki Komitet Walki z Błonicą przez 6 i pół lat przyczyniły się znacznie do wprowadzenia i w Polsce przymusu szczepienia dzieci przeciw błonicy, jak to już dokonano w wielu innych krajach.

STAN SANITARNY WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W LATACH 1935/36 i 1936/37.

Sprawozdanie niniejsze jest skrótem zbiorowym sprawozdań Zarządów miast wydzielonych i Starostw powiatowych.

Powiat Brzeziński.

Rada Powiatowa utrzymywała wzorem lat poprzednich trzy przychodnie lekarskie ogólne dla ubogich: w Strykowie, Ujeździe i przy szpitalu powiatowym w Brzezinach. Ostatnia była finansowo wspomagana przez Zarząd miejski m. Brzezin.

Kierownicy przychodni przyjmowali 2 razy tygodniowo w specjalnych godzinach chorych na jaglicę, w szczególności poborowych i dzieci szkolne, dotknięte tą chorobą.

Miasto Głowno od 1 kwietnia 1935 roku zakontraktowało miejskiego lekarza sanitarnego. Przedmieścia Głowna i najbliższe wsie są tłumnie odwiedzane przez letników, wobec czego posunięcie Zarządu Miejskiego m. Głowna należy uznać za szczególnie wskazane.

Na obszarze powiatu jest 17 miejscowości letniskowych, odwiedzanych przeważnie przez łodzian. Największą jest miasto Głowno, do którego w roku sprawozdawczym przyłączono przyległe miejscowości letniskowe z gminy Bratoszewice. W roku sprawozdawczym w Głownie spędzało wywczasy letnie około 5.000 letników.

Szczepień zapobiegawczych w okresie sprawozdawczym dokonano:

- | | | | |
|----|--------------------------|----------------------|-------------------|
| a) | przeciw durowi brzuszemu | jednokrotnych | 1353 |
| | | i dwukrotnych | 1734; |
| b) | „ | błonicy w Brzezinach | dwukrotnych 1157; |
| | „ | „ w Tomaszowie Maz. | |
| | | dwukrotnych | 1845; |
| c) | „ | wścieklicznie | 39 osobom. |

Szczepienia przeciw ospie zostały dokonane jak i w latach poprzednich.

Wodociągów w powiecie nie ma.

Śmiecie i nieczystości są wywożone przez włościan na własne grunta, tabor asenizacyjny jest tylko w Tomaszowie Mazowieckim.

Zwrócono baczną uwagę na stan ustępów szkolnych i osiągnięto znaczną poprawę w tym zakresie.

Kąpielisko jest tylko jedno — miejskie w Tomaszowie Mazowieckim.

Kąpielisko w Brzezinach nieczynne, ma być w bieżącym roku budżetowym (1937/38) na nowo uruchomione.

Opieka nad Matką i Dzieckiem jest wykonywana w Stacji Opieki w Brzezinach. Stacja Opieki jest również w Tomaszowie Mazowieckim.

Tomaszów Mazowiecki.

W roku 1935/36 przychodnie: przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna, przeciwjaglicza, przychodnia ogólna dla ubogich, podręczna stacja kontroli żywności i Miejski Wydział Zdrowia zostały umieszczone w skromnym piętrowym budynku naprzeciw Ratusza, tworząc *Ośrodek Zdrowia*.

W roku 1936/37 — zaszczepiono anatoksyną błoniczą 1-krotnie 640 dzieci, dwukrotnie 14,801 dzieci.

Powiat Kaliski.

Na czele samorządowej służby zdrowia stoi lekarz naczelny, które to stanowisko zajmuje lekarz powiatowy. W powiecie jest 6 rejonów lekarskich, z których 3 są wyposażone w ośrodki zdrowia.

Rejony są finansowane przez Powiatowy Związek Komunalny i odnośne gminy.

W ośrodkach zdrowia w Błaszczkach, Stawiszynie i Liskowie były również Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem zaopatrzone w lampy kwarcowe.

W roku 1936 został oddany do użytkowania nowoczesny nowo wzniesiony gmach szpitala publicznego imienia Przemysława II w Kaliszu na Tyńcu. Szpitale publiczne dotychczasowe zostały zlikwidowane. Szpital obliczony na 350 łóżek został pobudowany przez Międzykomunalny Związek Szpitalny Kaliski.

Szczepień ochronnych dokonano:

		1935/36 r.	1936/37 r.
przeciw	ospie	9370 osobom	8068 osobom
"	błonicy	1120	45166
"	durowi brzuszному	7912	2635
"	wścieklicznie	10	48

Miasto Kalisz.

Wydział Zdrowia Zarządu Miejskiego ma nadzór nad stanem sanitarnym miasta, udziela pomocy lekarskiej ubogim mieszkańcom miasta, prowadzi Ośrodek Zdrowia i punkt sanitarno-obyczajowy.

W roku 1935/36 zainstalowano wodociągi miejskie i przeprowadzono w śródmieściu 8735 metrów bieżących rurociągów.

Tabor asenizacyjny należy do prywatnego przedsiębiorcy.

Kąpielisko miejskie rozbudowano.

Miasto zostało powiększone przez inkorporację przedmieść, na których nie wszystkie posesje miały ustępy. Zarząd Miejski wzywa właścicieli wspomnianych nie urządzonych posesji do pobudowania ustępów.

Powiat Kolski. 1935/36 — 1936/37.

Teren powiatu jest podzielony na 8 rejonów sanitarnych.

Lekarz miejski miasta Koła ma prawa i obowiązki lekarza rejonowego, określone w umowie.

Sprawa rejonów sanitarnych, ze względu na szczupłe kredyty preliminowane na ten cel, nie stoi jeszcze na dostatecznym poziomie. Tylko w dwóch rejonach (w Brudzewie i Grzegorzewie) lekarze rejonowi mają do pomocy pielęgniarki.

Oprócz 8 lekarzy rejonowych samorząd powiatowy zatrudnia 1 kontrolera sanitarnego i 1 kontrolera żywnościowego.

W roku 1935/36 została uruchomiona Powiatowa Stacja Kontroli Żywności z siedzibą w Kole, utrzymywana przez Samorząd Powiatowy.

Zaopatrzenie w wodę. W celu propagowania, zwłaszcza po wsiach, studzien z wywrotkami została zrobiona studnia-model systemu inż. Dobrowolskiego, która jest demonstrowana na zebraniach urzędowych i społecznych.

Szpital Powiatowy został rozszerzony przez dobudowanie pawilonu zakaźnego na 40 łóżek. Szpital zakaźny, który mieścił się dawniej w budynku nie odpowiednim prywatnym, został skasowany.

Zorganizowano oddział położniczy w szpitalu i umówiono stałą położną szpitalną.

Ośrodek Zdrowia w Kole, którego budowa pod egidą Polskiego Czerwonego Krzyża została rozpoczęta w roku 1935/36 jest już wykonany w stanie surowym i obecnie prowadzone są roboty przy wewnętrznym wykończeniu budynku.

Powiat Koniński.

Lekarzy miejskich w roku 1935/36 — 5, w następnym 4.

W roku 1935/36 — 17 rejonów higieny szkolnej, w roku następnym — 10 rejonów lekarskich.

W roku 1935/36 — nie było w powiecie ani jednego ośrodka zdrowia, 3 maja 1936 roku otwarto ośrodek w Koninie.

Kontrolerów sanitarnych w obu latach sprawozdawczych — 2-ch, żywnościowych — 1.

Szczepienia ochronne.

	1935/36 r.	1936/37 r.
Przeciw ospie	12567	11288
„ błonicy	4591	12725
„ durowi brzuszemu	2698	1742
„ „ osutkowemu	17	—
„ wścieklicznie	11	15
„ ospie i błonicy (skojarzone)	—	5611

Usuwanie nieczystości. W roku 1935/36 nie było ani jednego taboru asenizacyjnego, w roku następnym przedsiębiorca prywatny uruchomił tabor składający się z 2-ch hermetycznych beczkwozów i pompy ssącej.

Higiena szkolna. Lekarzy szkolnych w roku 1936/36 — 17. Zbadano wszystkie szkoły i wszystkie dzieci szkolne. W roku następnym — lekarzy 12, którzy zbadali również wszystkie szkoły i wszystkie dzieci szkolne.

Opieka nad Matką i Dzieckiem. W roku 1935/36 nie było ani jednej stacji.

W roku 1936 w Ośrodku Zdrowia w Koninie powstała pierwsza.

Powiat Łaski.

Lekarze miejscy: w Pabianicach — 1 i w Łasku — 1; lekarze rejonowi: 1 w Dłutowie i 1 w Widawie.

Choroby zakaźne ostre — w powiecie dało się zauważyć nasilenie duru brzuszego, w Pabianicach — błonicy.

Choroby weneryczne — leczono 264 osoby chore na kiłę, 632 — na rzeżączkę i 6 na wrzód miękki.

Usuwanie nieczystości — taborów asenizacyjnych nie ma.

Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem istnieje w Zelowie.

Higiena szkolna.

Zbadano dzieci szkolnych	10700,
w tej liczbie brudnych	3400,
zawszonych	661,
ze świerzbem	94,
z jaglicą	254,
z gruźlicą	4,

Wywód lekarza powiatowego za rok 1935/36 brzmi pesymistycznie. W roku 1936/37 lekarze rejonowi zostali skasowani, ubyłoby 2 lekarzy

szkolnych, braki wyknięte w sprawozdaniu za rok 1935/36 nie zostały usunięte w roku następnym.

Powiat znajduje się w bardzo trudnych warunkach finansowych.

Wydzielone miasto Pabianice — Powiatu Łaskiego.

Higiena szkolna. 13 szkół powszechnych publicznych, 4 szkoły średnie, 1 szkoła rzemiosł i 2 szkoły powszechne prywatne żydowskie. 6 szkół powszechnych publicznych mieści się w specjalnych budynkach, pozostałe w wynajętych. Daje się odczuć brak boisk i sal gimnastycznych. 1) Szkoły średnie mieszczą się w gmachach specjalnie przeznaczonych na szkoły. 2) Szkoły średnie, oprócz szkoły rzemiosł, mają swoich lekarzy. 3) Miasto utrzymuje 3 lekarzy i 2 pielęgniarki-higienistki dla dzieci szkół powszechnych.

Stan zdrowia dzieci szkolnych według sprawozdania Zarządu Miejskiego przedstawiał się w roku 1935 jak następuje: w 13 szkołach powszechnych zbadano wszystkie dzieci szkolne w liczbie 6172, w czasie wizytacji ujawniono 748 brudnych, 453 zawszonych, 63 ze świerzmem, 16 jagliczych, 274 wyniszczonych, 88 wybitnie głuchych, 20 kalek i ułomnych, 196 gruźliczych, 186 skrofulicznych i 31 niedorozwiniętych i zaniedbanych psychicznie.

Opieka nad Matką i Dzieckiem. Stacja Opieki Miejskiej jest dobrze prowadzona. W roku 1935/36 pod opieką stacji pozostawało 921 dzieci.

Zmiany w roku 1936. Został wybudowany dom przedpogrzebowy i prosekorium przy Publicznym Szpitalu Miejskim, przebudowa szpitala w toku.

Otworzono poradnię sportowo-lekarską przy przychodni ogólnej

W październiku 1936 roku została powołana do życia Komisja Sanitarno-Obyczajowa.

Powiat Łęczycki.

Czynnych Ośrodków Zdrowia było 4; z tych 1 Zarządu Miejskiego w Łęczycy, 1 Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet w Ozorkowie i 2 gminne (w Witoni i Poddębicach).

Uzdrowisk na terenie powiatu nie ma, natomiast są letniska w Giecznie, Sokolnikach, Grotnikach, Lindzie i Poddębicach.

Szczepień ochronnych dokonano: w roku 1935/36 przeciw ospie 5293, przeciwko płonicy 479, przeciwko durowi brzuszemu 941, przeciwko wścieklicznie 13, w roku 1936/37 — przeciwko ospie 5428, przeciwko płonicy 1425, przeciwko błonicy 6578, przeciwko durowi brzuszemu 1437, przeciwko wścieklicznie 19.

W budżetach gminnych na rok 1937/38 przewidziano odpowiednie sumy na budowę studzien publicznych.

Nieczystości usuwane są w miastach i osadach przez okolicznych włościan w wozach względnie szczelnie zamkniętych, taboru asenizacyjnego miasta nie posiadają.

Ogólna liczba szkół w powiecie 114. Nadzór nad higieną szkolną pełnią lekarze gminni, lekarze ośrodków zdrowia, lekarze miejscy, lekarza szkolnego posiada tylko gimnazjum państwowe w Łęczycy. Na ogólną liczbę 18926 uczniów zbadano 7657.

W stacjach Opieki nad Matką Dzieckiem w Łęczycy i Ozorkowie zarejestrowano 16 matek, 570 niemowląt, dokonano odwiedzin domowych 1621.

9 umyślowo chorych umieszczono w zakładach, na opiece rodziny pozostają 42 osoby, niedorozwiniętych pozostaje w domu 44 osoby.

W dziedzinie zdrowotności publicznej w roku sprawozdawczym zrobiono co następuje:

Na zasadzie danych zaczerpniętych z gmin, przeprowadzono klasyfikację wszystkich studzien na terenie powiatu, zaopatrzone je w tabliczki głoścące o zdatności wody do picia.

Nowych ustępów w powiecie wybudowano 169, nowych śmietników wybudowano 84.

Przystąpiono do regulacji rzeki Bzury na terenie gminy Witonia.

Dokonano remontu stacji filtrów (urządzenie odżelazniaczy) w Łęczycy.

W całym powiecie uporządkowano stan sanitarny mleczarni i zlewni.

Stan czystości hoteli, restauracji, jadłodajni, piekarni, sklepów, fryzjerni, masarni jest stale kontrolowany w miastach i osadach przez Komisje Sanitarne i doprowadzany do względnego porządku. Działalność Komisji Sanitarnych Gminnych wciąż jest nikła.

Powiat Łódzki.

Leczenie chorób społecznych odbywa się w miejskich przychodniach ogólnych w Zgierzu, Aleksandrowie i Rudzie Pabianickiej, u lekarzy umówionych przez Wydział Powiatowy ordynujących w Tuszynie, Konstantinowie, Lutomierniku i Andrespolu.

Ośrodków zdrowia na terenie powiatu — oprócz Zgierza — nie ma.

W lutym 1937 roku została reaktywowana Komisja sanitarno-obywatelska.

Policja sanitarna. Miejskie i gminne komisje sanitarne funkcjonowały ospale. Wydańnię pracują nadzorczynie sanitarne.

Opieka nad Matką i Dzieckiem. W Zgierzu Stacja Opieki prowadzona przez miejscowe Towarzystwo Opieki nad Matką i Dzieckiem miała w rejestrze 22 matki i 432 niemowląt. Pielęgniarka Stacji dokonała 2324 wywiadów domowych. Kuchnia mleczna wydała 24025 litrów mleka i 8105 litrów mieszanek.

Na Chojnach (przedmieściu Łodzi) w roku 1935 powstała Stacja Opieki zarządzana przez Tow. „Kropla Mleka” w Łodzi. To samo Towarzystwo założyło w roku 1936 Stację w Rudzie Pabianickiej.

Higiena szkolna. Na ogólną liczbę dzieci szkolnych równą 26399 zbadano 18724, w tej liczbie było brudnych 879, zawszonych 364, jałgliczych 96, gruźliczych 58.

Akcja budowlana i sanitarno-porządkowa:

Wybudowano 933 domy, odnowiono 154.

Miasta poprawiają swój stan sanitarny: przybywają ulice zabrukowane, zadrzewione, kwietniki, zieleńce.

Asenizacja. W miastach nie ma taborów asenizacyjnych, nieczystości wywożone są na pola w beczkach czasem nieuszczelnionych.

Zaopatrzenie w wodę. W miastach przybywają studnie wiercone, po wsiach cembrowiny betonowe wypierają drewniane.

Szczepienia ochronne.

	1935/36 r.	1936/37 r.
<i>Przeciw ospie</i> wakc.	3957	3749
rewakc.	7467	7237
razem:	11424	10986
<i>Przeciw błonicy</i> jednokrotnie	392	3413
dwukrotnie	3224	19249
razem osób:	3616	22662
<i>Przeciw durowi brzuszemu</i>	277	314
<i>Przeciw wścieklicznie</i>	67	34

Miasto wydzielone Zgierz.

W ośrodku zdrowia miejskim udzielono (rok kalendarzowy 1936) 871 porad dzieciom szkolnym. Pod opieką przychodni przeciwgruźliczej znajdowało się 97 chorych, którym udzielono 216 porad. W ewidencji było 19 chorych na jaglicę, którym udzielono 494 porad i u których pielęgniarka dokonała 35 wywiadów; w przychodni ogólnej dla ubogich leczyło się 518 chorych, którym udzielono 4743 porad. Poddano oględzinom 193 posesje, udzielono 105 upomnień,

przesłano 160 prób artykułów żywności do Filii Łódzkiej Państwowego Zakładu Higieny.

Zaszczepiono przeciw ospie 125 dzieci
 „ „ durowi brzuszemu 46 osób
 „ „ błonicy 6669 dzieci.

Powiat Piotrkowski.

Zaopatrzenie w wodę.

Woda ze studzien publicznych w miastach i osadach została zbada-
 dana z wynikiem przeważnie dodatnim.

Młoda wieś buduje studnie z kręgów betonowych z urządzeniami
 do czerpania wody i nakryte.

Usuwanie nieczystości.

Taborów asenizacyjnych nie ma.

Opiekę nad Matką i Dzieckiem sprawowały 3 Stacje Opieki.

Opieka higieniczno-lekarska nad szkołami.

Szkoły średnie mają swoich lekarzy szkolnych. Szkoły powszechne
 na terenie m. Piotrkowa mają 2-ch lekarzy, a szkoły na terenie po-
 wiatu są odwiedzane przez lekarzy rejonowych, lecz rejonami nie
 jest objęty cały powiat.

Walka z nierządem i chorobami wenerycznymi.

Chorzy byli leczeni w przychodniach lekarzy rejonowych.

W roku 1936 wznowiono działalność Powiatowej Komisji sanitar-
 no-obyczajowej, która odbyła 2 posiedzenia.

Konkursy zdrowia.

Dzięki konkursom, organizacjom wiejskim, jak żeńskim, tak męskim,
 a wskutek tego — większemu uświadomieniu ludności, stan sanitarny
 wsi podnosi się zwolna.

Choroby zakaźne ostre.

Dur plamisty dał się powiatowi tragicznie we znaki. W dniu 15
 stycznia 1935 roku Starostwo otrzymało zawiadomienie od lekarza
 Ubezpieczalni Społecznej, dra Nowakowskiego, i telefoniczne ód Za-
 rządu gm. Podolin, że we wsi Sierosław są chorzy na dur. Kontrola,
 przeprowadzona w dniu następnym, czyli 16 stycznia, wykazała sze-
 reg chorych, znajdujących się w siedmiu domach. Dwóch chorych,
 członków Ubezpieczalni, odesłano zaraz do szpitala w Piotrkowie,
 gdzie pobrano krew do zbadania serologicznego.

Na miejscu (w Sierosławiu) również pobrano krew od 7 chorych
 i przesłano do Filii Łódzkiej Państwowego Zakładu Higieny z prośbą
 o jak najspieszniejsze nadesłanie wyników.

W dniu 17 stycznia nadeszły pierwsze wyniki badań, reakcja Weil-Felixa wypadła dodatnio.

Na tej podstawie lekarz powiatowy zwrócił się do szpitala w Piotrkowie o przygotowanie miejsc dla chorych na dur plamisty.

W dniu 18 stycznia lekarz powiatowy udał się do Sierosławia i stwierdził, że w 8 zagrodach są chorzy, niektórzy już po gorączce. Dwie osoby zmarły. O chorych nie meldowano, nie wiedząc co za choroba i bojąc się szpitala, aż dopiero po zachorowaniu ubezpieczonego był lekarz, który zameldował o chorych.

W dniu 24 stycznia lekarz powiatowy ponownie udał się do Sierosławia celem kontroli dokonywanej dezynfekcji i sprawdzenia stanu rzeczy. Ustalił, że dezynfekcja jest na ukończeniu i że nowych zachorowań nie ma.

W dniu 29 stycznia lekarz powiatowy dr. Ludomir Lipiński, zachorował na dur plamisty.

W dniu 7 lutego rb. Urząd Wojewódzki odniósł się do Pana Dowódcy O. K. IV z prośbą o zarządzenie wysłania do Sierosławia kolumny dezynfekcyjno-kąpielowej. Kolumna już w dniu następnym przybyła na miejsce z aparatem dezynfekcyjnym.

W Sierosławiu wspólnie z dezynfektorem Wydziału Powiatowego i pod kierownictwem powiatowego nadzorcy sanitarnego Kolumna w składzie plutonowego sanitarnego i dwóch sanitariuszy przy użyciu dwóch ruchomych aparatów dezynfekcyjnych dokonała powtórnego oczyszczenia i odkażenia domostw i ruchomości oraz dopilnowała ostrzyżenia i wykąpania mieszkańców.

Kolumna stwierdziła znaczne zawniesienie ludności Sierosławia i w walce z wszawicą musiała przewycięzać niechęć i opór ludności.

Urząd Wojewódzki wystąpił do Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o przyznanie Wydziałowi Powiatowemu w Piotrkowie subwencji w wysokości 500 zł. na walkę z dudem plamistym. Suma ta została przyznana i wypłacona.

W dniu 6 lutego Ministerstwo Opieki Społecznej na telefoniczną prośbę Urzędu Wojewódzkiego przesłało Starostwu w Piotrkowie szczepionki prof. Weigla.

W dniu 10 lutego zmarł na dur plamisty lekarz powiatowy, dr. Ludomir Lipiński.

Do dnia 11 lutego zachorowało 30 osób i zmarły na dur plamisty 3 osoby z Sierosławia.

W dniu 11 lutego zachorowała na dur plamisty siostra Maria Przyłucka, która pielęgnowała chorych na oddziale zakaźnym szpitala Św. Trójcy.

Wobec uchylania się personelu szpitalnego od szczepień zapobiegawczych Starosta Powiatowy polecił Dyrektorowi Szpitala wywarcie odpowiedniego nacisku na personel.

14 lutego kolumna dezynfekcyjna powróciła z Sierosławia do Łodzi.

16 lutego w szpitalu w Piotrkowie było już tylko 7 ozdowieńców. Nowych zachorowań w Sierosławiu nie było.

W dniu 21 lutego do Ministerstwa Opieki Społecznej przesłano dodatkowo do Piotrkowa 21 porcyj szczepionki prof. Weigla.

W dniu 22 lutego w szpitalu było już tylko 4 ozdowieńców z Sierosławia i chora siostra Przyłucka.

W dniu następnym już tylko 2 ozdowieńców.

W dniu 26 lutego siostra Przyłucka zmarła.

Szczepienia personelu szpitalnego były w toku, nowych zachorowań nie było.

W ten sposób zakończyła się epidemia w Sierosławiu.

W kwietniu 1935 roku, we wsi Lutostawice, gm. Grabica, pow. piotrkowskiego, zanotowano 6 przypadków duru plamistego, z których 1 zakończył się zgonem. Lutostawice znajdują się w pobliżu Sierosławia.

W okresie sprawozdawczym (1935/36 i 1936/37) dokonano szczepień ochronnych przeciw:

ospie . . .	28683
błonicy . . .	25182
płonicy . . .	60
durowi plamistemu	33
„ brzusznemu	1503
wścieklicznie. . .	201

Piotrków Trybunalski.

Miasto ma wodociągi miejskie, jest skanalizowane, ma hale targowe, fabrykę lodu sztucznego.

W okresie sprawozdawczym do sieci wodociągowej zostało przyłączonych 99 posesyj, a razem na dzień 31. XII. 1936 roku było włączonych 613 posesyj.

Miasto utrzymuje ośrodek zdrowia ze wszystkimi przychodniami społeczno-lekarskimi, działem sanitarnym i sanitarno-obyczajowym.

Kąpielisko miejskie udziela bezpłatnych kąpiei ubogim i dzieciom ze szkół powszechnych.

Powiat Radomszczański.

Sprawozdanie za rok 1935/36.

Ze względów oszczędnościowych zostały skasowane dwa rejony lekarskie: w Silniczce i w Koniecpolu; pozostały trzy: radomszczański, gidelski i brzeźnicki.

Czynny był ośrodek zdrowia w Radomsku i drugi w Ostrołęce, pierwszy prowadzony przez Z-P. O. K., drugi przez Wydział Powiatowy.

Zaopatrywanie w wodę. Lekarz powiatowy uważa za niedostateczną zarówno liczbę, jak i jakość studzien.

Kanalizacji nie ma w żadnym osiedlu powiatu radomszczańskiego.

Została wznowiona działalność Komisji sanitarnych, miejskich i gminnych.

Higiena szkolna.

Lekarze rejonowi zbadali około 15.000 dzieci szkolnych.

Opieka nad Matką i Dzieckiem była ześrodkowana w Stacji Opieki w Radomsku.

Braki sanitarne w powiecie są dość znaczne zwłaszcza w zaopatrzeniu w wodę zdatną do picia.

Jakość artykułów spożywczych i warunki w jakich się odbywa ich sprzedaż pozostawiają wiele do życzenia.

Zewnętrzny wygląd posesji, zaopatrzenie ich w ustępy i szczególnie w śmietniki również nie są dostateczne.

Powiat Sieradzki.

Do roku 1935/36 istniały w powiecie 3 rejony przeciwjaglicze. Z dniem 1. III. 1936 roku powstała przychodnia przeciwjaglicza w Zduńskiej Woli jako rejon 4. W roku 1936/37 powstał 5 punkt przeciwjagliczy w Błaszczkach dla chorych z gminy Gruszczyce i bliżej położonych wsi gminy Bartochów.

W roku 1936/37 otwarto dwie przychodnie przeciwweneryczne w Sieradzu i Zduńskiej Woli.

Wreszcie uruchomiono sejmikową stację badania artykułów żywności i przedmiotów użytku, w której dokonywane są wstępne eliminacyjne analizy mleka, śmietany, masła i lodów.

Zapobieganie chorobom społecznym.

Ponieważ w powiecie nie istniały komisje sanitarno-obyczajowe, wznowiono ich działalność z dniem 1 października 1936 r. Zaprowa-

dzono stały nadzór policyjno-lekarski i badania raz w tygodniu kobiet uprawiających nierząd zawodowo i dorabiająco.

Szczepienia profilaktyczne przeprowadzono przeciw ospie, błonicy, durom brzuszemu, osutkowemu i wścieklicznie. W roku 1935/36 zaszczepiono przeciwko ospie 12.585 osób, przeciw błonicy 1.695, przeciw durowi brzuszemu 245, durowi osutkowemu 24, wścieklicznie 42. W roku 1936/37 zaszczepiono przeciw błonicy 20,345 dzieci szkolnych i przedszkolnych w wieku od 1 do 10 lat.

Odszczurzenie domostw i innych obiektów przeprowadzono jesienią w roku 1935/36 i wiosną 1936/37

Komisje sanitarne miejskie i powiatowa dokonują lustracji sanitarnych, miejskie raz w tygodniu, powiatowa z lekarzem powiatowym i kontrolerem sanitarnym działa doraźnie.

W roku 1936/37 wszystkie miejsca ze sprzedażą, produkcją, przechowywaniem artykułów żywności i przedmiotów użytku zostały zaopatrzone w tzw. książeczki sanitarne w formie skoroszytów, które służą do przechowywania w nich świadectw lekarskich osób zatrudnionych i wszelkich zarządzeń komisyj.

Nowo zawarte umowy z lekarzami miejskimi normują zakres ich działalności.

Z braków ważnych w powiecie, jednym z dominujących jest brak dobrej wody i odpowiednich urządzeń wodnych. Konieczność posiadania przez zakłady przemysłowe żywnościowe wyników badania wody wykorzystuje się w kierunku przede wszystkim naprawy urządzeń wodnych. W roku 1935/36 uzyskano zapomogę na budowę studni publicznej w Złoczewie. W kierunku zaradzenia złym urządzeniom wodnym przedsięwzięto propagandę budowy tanich studzien systemu inż. T. Dobrowolskiego. W tym celu każda z gmin została zaopatrzona w model takiego urządzenia.

Akcja propagandowa w formie pogadanek, odczytów, referatów przybiera na sile głównie w czasie komisyj poborowych, poza tym w szkołach, na odprawach sołtysów, policji na zjazdach wójtów, w lokalach gminnych oraz w Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet. W czasie propagandy rozdawane są ulotki, broszury z dziedziny zapobiegania chorobom społecznym. Również okresowo rozdawane są broszury w przychodniach. W Stacjach Opieki nad Matką i Dzieckiem wygłaszane są pogadanki z zakresu higieny niemowlęcia i jego otoczenia.

Powiat Turecki.

Sprawozdanie za lata 1935/36 i 1936/37.

W roku 1935/36 otwarto I w powiecie tureckim wiejski ośrodek zdrowia we wsi Świnice Wartskie, gm. Zelgoszcz.

W skład ośrodka wchodziły: 1) Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem, 2) przychodnia przeciwjaglicza i 3) przychodnia dentystyczna. Stację Opieki finansował Oddział Polskiego Czerwonego Krzyża w Turku, przychodnie — Wydział Powiatowy.

Brak przychodni przeciwjagliczej w m. Dobrej i we wsi Pęczniew, gm. Niemysłów, gdzie są potrzebne.

W przychodni przeciwgruźliczej w Turku nie ma Roentgena i odmy sztuczne nie są dokonywane.

Propagandę kultury higienicznej prowadzą Koła Gospodyń Wiejskich, P. C. K., Czerwony Krzyż Młodzieży.

W Szpitalu Powiatowym dokonano dokładnego remontu oddziału zakaźnego i wzniesiono nowy budynek gospodarczy.

Przychodnia dentystyczna w Świnicach Wartskich była nieczynna z powodu wyjazdu lekarza-dentysty i nie osiedlenia się nowego.

Powiat Wieluński.

Sprawozdanie za lata: 1935/36.

Służba Zdrowia Samorządowa.

Jest 7 przychodni przeciwjagliczych. Pielęgniarki przydane tym lekarzom do pomocy nie są wykwalifikowane. Są trzy stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem, kierowane przez lekarzy, będących jednocześnie kierownikami przychodni przeciwjagliczych.

Jest poza tym powiatowy kontroler sanitarny i dezynfektor powiatowy.

Budżet przychodni przeciwjagliczej waha się w granicach od 4 — 5000 zł., Stacji Opieki — od 2500 do 3000 zł.

W a l k a z o s t r y m i c h o r o b a m i z a k a ż n y m i.

Dokonano szczepień ochronnych:

przeciw ospie	14865 osobom
„ błonicy.	490 „
„ durowi brzuszному	111 „
„ wścieklicznie.	15 „

U s u w a n i e n i e c z y s t o ś c i.

W Wieluniu kanalizacja częściowa odprowadza ścieki uliczne i gospodarcze.

Ustępów w powiecie 28701, śmietników 1731.

W miastach nieczystości wywozi się w beczkowsach na pola uprawne.

Policja sanitarna. Komisje sanitarne gminne istnieją, lecz działalność ich jest chaotyczna i mało wydajna.

Protokółów karnych sporządzono 498, mandatów karnych na 1335 zł.

Higiena szkolna. Liczba szkół odwiedzonych przez lekarzy 61. Zbadano 7084 uczniów, wśród których było 182 brudnych, 146 zawszonych, ze świerzbem 84, z jaglicą 78, z gruźlicą 61.

Opieka nad chorymi umysłowo i niedorozwiniętymi.

Umieszczono 14 umysłowo chorych w szpitalach, 96 pozostaje w domu.

Nie umieszczono ani jednego niedorozwiniętego w opiece zakładowej, pozostawało ich w domu 88.

Uwagi, wnioski i zarządzenia.

W maju 1935 roku uruchomiono w Osjałowie przychodnię przeciwjagliczą stałą, wobec czego w roku sprawozdawczym liczba przychodni przeciwjagliczych wzrosła do 7, rejonów lekarskich do 8.

Budowano w dalszym ciągu kanalizację trzech ulic w Wieluniu.

W czerwcu 1935 roku został oddany do użytku publicznego basen kąpielowy, zbudowany pod Wieluniem w pobliżu wsi Raszyn (3 klm. od Wielunia) przez Komitet Powiatowy P. W. i W. F. przy wydatnej pomocy finansowej Funduszu Pracy.

W październiku 1935 roku zaczęto budowę budynku gospodarczego przy Szpitalu WW. Świętych w Wieluniu. Plan rozbudowy szpitala został rozłożony na 3 lata.

Przystąpiono do akcji poprawy stanu sanitarnego studzien w całym powiecie. Zarestrowano wszystkie studnie w księgach ewidencyjnych w gminach, studnie zostały zaopatrzone numerami ewidencyjnymi, Wydział Powiatowy zamianował powiatowego kontrolera studzien, który dokonuje na miejscu oględzin.

Przeprowadzono w całym powiecie komisyjne badanie mleczarni i śmietankarni.

W Wieluniu w dniu 11 listopada 1935 roku poświęcono pierwszą wzorową mleczarnię spółdzielczą „Wielunianka“.

W końcu sprawozdania, posługując się tablicami i wykresami, sprawozdawca zwrócił uwagę: 1) na niedostateczne zaopatrzenie wsi w pomoc lekarską, 2) na nasilanie się duru brzuszego, płonicy i błonicy na jesieni, 3) na to, że zapadalność na dur brzuszny w roku 1936 była większa niż w roku 1935, zapadalność na płonice pozostała na tym samym poziomie, a na błonicę spadła, 4) że statystyka zgonów na choroby zakaźne w miastach wydzielonych jest dość

ścisła, szwankuje natomiast, w powiatach i że losy każdego przypadku choroby zakaźnej zgłoszonego lekarzowi powiatowemu, powinny mu być znane, 5) że tygodniowe wykazy zachorowań i zgonów na choroby zakaźne nawet w przybliżeniu nie obrazują rozpowszechnienia gruźlicy na wsi, wobec czego ruchoma kolumna przeciwgruźlicza była by niezmiernie użytecznym w tym kierunku narzędziem badawczym. Demonstrując mapę ośrodków zdrowia, wskazał na to, że na południu Województwa nie ma ich prawie wcale, że jednak sytuacja ulegnie poprawie, gdyż w roku bieżącym w jednym tylko powiecie wieluńskim powstaną trzy nowe ośrodki.

Wspomniał, że na zarządzenie Wojewody Łódzkiego, oparte na rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej, w roku 1936, poddano w Województwie Łódzkim przymusowym szczepieniom ochronnym przeciw błonicy, przeszło ćwierć miliona dzieci w wieku od roku do lat 10

STAN SANITARNY M. ŁODZI

Personel Oddziału Sanitarnego w roku sprawozdawczym składał się: z inspektora sanitarnego, kierownika biura Oddziału, 5 urzędników oraz z pracowników następujących instytucyj: 5 dozorów sanitarnych, z których w każdym pracował 1 lekarz sanitarny, 1 kontroler sanitarny, 1 sekretarz; miejskiej izby odkażającej (1 kierownik, 1 sekretarz, 7 odkażaczy i 1 sprzątaczką); miejskiej pracowni bakteriologicznej (1 lekarz, 3 laborantki, 1 sanitariusz, 1 woźny); jednego zakładu kąpielowego, prowadzonego we własnym zakresie i jednego dzierżawionego (1 kierownik, 3 kasjerki, 5 odkażaczy, 9 kąpielowych i 2 palaczy); sekcji walki z gruźlicą (17 lekarzy, 12 pielęgniarek, 1 laborantka roentgenowska, 1 mikroskopistka, 2 osoby personelu pomocniczego); sekcji walki z jaglicą (5 lekarzy, 1 sekretarz, 1 pielęgniarka, 2 wywiadowczynie i 1 sanitariusz); poradni sportowo-lekarskiej (1 lekarz); poradni przedślubnej (1 lekarz). Zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Opieki Społecznej Oddział Sanitarny dąży do skoncentrowania instytucyj zapobiegawczych w ośrodkach zdrowia. Z dniem 1 lipca 1934 roku został zorganizowany na terenie X dozoru sanitarnego I ośrodek zdrowia, w którym zostały skoncentrowane następujące instytucje: biuro dozoru sanitarnego, przychodnia przeciwgruźlicza, przychodnia przeciwjaglicza, przychodnia weneryczna. Od 1 kwietnia 1935 roku przy tymże ośrodku powstała stacja opieki nad matką i dzieckiem, prowadzona przez towarzystwo „Kropla Mleka“. W dniu 1 lipca 1936 roku został otworzony II ośrodek zdrowia na terenie V dozoru sanitarnego, w którym zostały skoncentrowane następujące instytucje: biuro dozoru sanitarnego, przychodnia przeciwjaglicza, przychodnia przeciwgruźlicza i przychodnia weneryczna.

Walka z chorobami zakaźnymi.

Ogólna liczba przypadków chorób zakaźnych w roku sprawozdawczym była nieco mniejsza niż w roku poprzednim, a mianowicie wyniosła 5.134, gdy w roku poprzednim było 5.211 przypadków. Zmniejszyła się liczba duru plamistego, którego stwierdzono 8 przypadków (w roku poprzednim 18), błonicy 809 (w poprzednim roku 846). Znacznie spadła liczba przypadków gorączki połogowej, której zanotowano 170 przypadków, gdy w roku poprzednim było 489. Zmniejszyła się rów-

nież liczba przypadków odry, której zanotowano 1.199, w roku poprzednim 1.527.

Wzrosła natomiast liczba zachorowań na dur brzuszny, którego w roku sprawozdawczym było 1.041 przypadków (w roku poprzednim 816), dalej płonicy, której zanotowano 1.130 przypadków (w roku poprzednim 1.028) i krztusca, którego było 488 przypadków (w roku poprzednim 213). Zwiększyła się liczba przypadków choroby Heine-Medina, której zanotowano 17 przypadków (w roku poprzednim 3).

Poniżej podajemy wykaz chorób zakaźnych w ostatnich pięciu latach oraz tablicę zapadalności na choroby zakaźne w przeliczeniu na 100.000 mieszkańców:

Choroby zakaźne w ostatnich 5 latach.

R O K	1932	1933	1934	1935	1936
dur plamisty	1	34	18	18	8
„ brzuszny	1 382	810	973	816	1.041
czerwonka	42	14	16	1	—
błonica	2 190	1.186	1.134	846	809
płonica	1.939	1.468	1.311	1.028	1.130
róża	204	196	244	250	251
drewnica karku	8	10	5	20	21
gorączka połogowa	212	325	408	489	170
odra	2.293	679	1.655	1.527	1.199
krztusiec	811	122	229	213	488
ospa naturalna	—	—	—	—	—
Heine-Medina	4	2	4	3	17
Ogółem	9 086	4.876	5.997	5.211	5.134

Zapadalność na choroby zakaźne na 100.000 mieszkańców w ostatnich 5 latach.

R o k	1932	1933	1934	1935	1936
dur plamisty	0,2	5,7	2,9	2,8	1,2
„ brzuszny	229,9	140,1	156,9	128,8	159,1
czerwonka	6,9	2,3	2,5	0,16	—
płonica	322,6	246,3	211,4	162,4	172,9
błonica	364,3	198,9	182,9	133,5	123,8

R o k	1932	1933	1934	1935	1936
róża	33,9	32,3	39,3	39,4	38,4
drętewica karku	1,3	1,7	0,8	3,2	3,2
gorączka połogowa	35,0	54,5	65,8	77,2	26,0
odra	381,4	113,9	262,9	240,9	183,5
krztusiec	135,1	20,4	36,9	33,6	74,6
ospa naturalna	—	—	—	—	—
Heine-Medina	0,7	0,34	0,64	0,47	2,6

Terytorialne rozmieszczenie wszystkich chorób zakaźnych według poszczególnych dozorów sanitarnych przedstawia niżej podana tablica.

Dozór Sanitarny	Liczba mieszkańców na terenie Dozoru	Liczby bezwzględne	Na 100.000 mieszkańców
I.	133.056	1.458	1.095,8
II.	163.235	1 179	716,1
III.	119 285	889	749,5
IV.	120.161	672	559,1
V.	117.665	936	795,4
Ogółem	653.402	5.134	—

Umieralność z powodu chorób zakaźnych.

Nazwa choroby	Liczby bezwzględne		Liczby na 100.000 mieszkańców	
	zachorow.	zgony	zachorowań	zgony
dur plamisty	8	—	1,2	—
„ brzusznym	1.041	87	159,1	13,3
czerwonka	—	—	—	—
plonica	1.130	21	172,9	3,2
błonica	809	44	123,8	6,7
drętewica karku	21	9	3,2	1,4
odra	1.199	24	183,5	3,6
krztusiec	488	59	74,6	9,0
róża	251	42	38,4	6,4
gorączka połogowa	170	36	26,0	5,5
ospa naturalna	—	—	—	—
Heine-Medina	17	2	2,6	0,3
O g ó ł e m	5.134	324	—	—

W każdym przypadku choroby zakaźnej lekarz sanitarny dokonywał wywiadu w kierunku wykrycia źródła zakażenia, sprawdzał warunki mieszkaniowe, w jakich się chory znajdował i w zależności od nich kierował chorych do szpitali celem izolacji od zdrowego otoczenia. Często jednak zarządzenie wysłania do szpitala napotykało na opór rodziny. Z ogólnej liczby chorych na dur brzuszny (1.041) umieszczono w szpitalu 692 chorych, a zatym 66,4%. W roku poprzednim umieszczono 64,3%, w roku zaś 1934 — 82,5.

Gorzej przedstawia się sprawa leczenia szpitalnego chorych na płonicę. Tłumaczy się to tym, że dzięki szerokiemu stosowaniu surowicy płoniczej, w większości przypadków następuje szybkie obniżenie temperatury, wskutek czego rodzice nie zgadzają się na umieszczenie w szpitalu pozornie zdrowych dzieci. W roku sprawozdawczym procent leczonych w szpitalu chorych na płonicę wyniósł 12,7% (z ogólnej liczby 1.130 chorych leczono w szpitalach 190). W roku poprzednim procent ten wyniósł 14, w roku zaś 1934 — 22,5%.

W razie pozostawienia chorych w domu chorzy ci znajdowali się pod stałą kontrolą lekarza sanitarnego, który sprawdzał czy przestrzegane są odpowiednie środki zapobiegawcze, o których otoczenie chorych było pouczone. Na drzwiach mieszkań były nalepiane kartki ostrzegawcze, że w mieszkaniu tym jest choroba zakaźna. Po wysłaniu chorego do szpitala lub po ukończeniu choroby w domu wykonywane było odkażenie mieszkań przez miejską izbę odkażającą. Odkażanie przeprowadzane było przeważnie drogą mechaniczno-chemiczną, jedynie w przypadkach duru plamistego oraz na żądanie rodziny w przypadkach płonicy przeprowadzano odkażenie gazowe.

Akcja szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym była w roku sprawozdawczym prowadzona w dalszym ciągu. Prowadzone były szczepienia przeciwko durowi brzuszному, błonicy i ospie. Szczepienia przeciwko durowi brzuszному nie mogły być stosowane w szerszym zakresie, gdyż odczyny po szczepieniach tych są bardzo silne i ludność nie chciała poddawać się tym szczepieniom. Szczepień przeciwko durowi brzuszному dokonano 584 osobom (w roku poprzednim zaszczepiono 255 osób).

Specjalną uwagę skierowano na akcję szczepień ochronnych przeciw błonicy. Opierając się na rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1936 roku, wprowadzającym obowiązek szczepienia przeciw błonicy wszystkich dzieci do lat 10, Łódź w roku sprawozdawczym przeprowadziła przymusowe szczepienia wszystkim dzieciom, które dotychczas nie były szczepione. Na wiosnę 1936 roku zaszczepiono przeciw błonicy 5.754 dzieci jednocześnie z ospą. Przymusowe

zaś szczepienia przeciwbłonicze zostały przeprowadzone we wrześniu i w październiku. Ogółem jesienią zaszczepiono 55.110 dzieci, z tej liczby 47.553 dwukrotnie, 7.557 jednokrotnie.

Jak corocznie przeprowadzono również na wiosnę roku sprawozdawczego masowe szczepienia przeciw ospie. Ogółem zaszczepiono 23.838 dzieci (po raz pierwszy 8.030, powtórnie 15.808).

W celu zapobieżenia zachorowaniom z powodu zanieczyszczenia studzien badano systematycznie wodę ze studzien prywatnych i publicznych. Ocena wody była dokonywana na podstawie badania technicznego studzien oraz badania wody pod względem chemicznym i bakteriologicznym, przy czym w każdym przypadku ustalane jest miano coli. W roku sprawozdawczym dokonano badań technicznych 255, bakteriologicznych 484, chemicznych 300. Niżej przedstawiamy zestawienie cyfrowe wyniku badań i oceny wody:

Wyniki badania chemicznego.

Woda dobra	Woda zdatna po przygotowaniu	Woda niezdatna	Woda szkodliwa	Ogółem
251	2	46	1	300

Wyniki badania technicznego.

Studnia w porządku	Wymagająca naprawy	Kwalifikująca się do zamknięcia	Ogółem
201	54	—	255

Wyniki badania bakteriologicznego.

Woda dobra	Woda podejrzana	Woda niebezpieczna	Ogółem
383	74	27	484

Ocena wody i ilość zbadanych studzien.

Woda dobra	Woda zdatna po przygotowaniu	Woda niezdatna	Woda niebezpieczna (opieczutować)	Ogółem
285	78	61	16	439

Studnie, w których woda uznana była za niebezpieczną zostały opieczutowane.

W roku sprawozdawczym została wybudowana jedna studnia publiczna. Z pośród 29 studzien miejskich woda w 27 jest dobra, w 2 zaś nie nadaje się do picia, przy czym jedna z nich została unieruchomiona do czasu dalszego wiercenia. Zarząd Miejski przystąpił do budowy wodociągów miejskich, do których woda dostarczana będzie z kilku głębokich studzien artezyjskich.

W kwietniu roku sprawozdawczego przeprowadzono po raz 8 z rzędu masowe tępienie szczerów, odgrywających jak wiadomo pewną rolę w szerzeniu się chorób zakaźnych. Poniżej podajemy tablicę ilustrującą wyniki tej akcji:

1)	Ogólna liczba nieruchomości w Łodzi	12,411
2)	Dla ilu nieruchomości została zakupiona trutka	10,845
3)	Jaki procent nieruchomości został zaopatrzony w trutkę	87,3%
4)	Ile przedsiębiorstw zobowiązanych do nabycia znajduje się na terenie dozorów	1,246
5)	Ile przedsiębiorstw zakupiło trutkę	1,165
6)	Jaki procent przedsiębiorstw zakupiło trutkę	93,4%
7a)	Liczba nieruchomości, w których przed masowym truciem było szczerów dużo	199
b)	Liczba nieruchomości, na których przed masowym truciem było szczerów mało	1,321
8a)	Liczba nieruchomości, na których po przeprowadzeniu trucia jest szczerów dużo	54
b)	Liczba nieruchomości, na których po przeprowadzeniu trucia jest szczerów mało	563
9a)	Liczba przedsiębiorstw, na których terenie przed truciem było szczerów dużo	31
b)	Liczba przedsiębiorstw, na których terenie przed truciem było szczerów mało	130
10a)	Liczba przedsiębiorstw, na których terenie po przeprowadzeniu trucia jest jeszcze szczerów dużo	10
b)	Liczba przedsiębiorstw, na których terenie po przeprowadzeniu trucia jest szczerów mało	75
11)	Liczba szczerów padłych, znalezionych na powierzchni na terenie nieruchomości	2,313
12)	Liczba szczerów padłych, znalezionych na powierzchni na terenie przedsiębiorstw	209
13)	Ile protokółów spisano z powodu niezakupienia trutki	142
14)	Ile protokółów spisano z powodu nierozłożenia trutki	16

Uznając, że poprawę stanu sanitarnego najskuteczniej będzie można osiągnąć przez uświadomienie obywateli Oddział Sanitarny duży nacisk położył na propagandę higieny.

W roku sprawozdawczym został po raz czwarty zorganizowany specjalny „Dzień przeciwdurowy”, podczas którego przeprowadzono wszelkimi dostępnymi środkami propagandę uświadamiającą o drogach szerzenia się duru brzuszego i o sposobach zapobiegania mu. „Dzień” ten odbył się 12 czerwca 1936 roku.

Poniżej przedstawiamy zestawienie czynności podczas „Dnia przeciwdurowego”:

1) W szkołach powszechnych, we wszystkich klasach, zostały wygłoszone przez nauczycieli pogadanki o durze brzuszonym.

2) We wszystkich szkołach średnich zostały wygłoszone odczyty o durze brzuszonym przez lekarzy szkolnych.

3) W wieczorowych szkołach dokształcających zawodowych zostały wygłoszone pogadanki przez lekarzy wykładających higienę.

4) We wszystkich pismach łódzkich zostały umieszczone artykuły o durze brzuszonym, napisane przez uproszonych lekarzy.

5) We wszystkich pismach łódzkich podawane były krótkie hasła o zapobieganiu durowi brzuszemu.

6) Rozpowszechniono w tym dniu 4.000 różnych plakatów propagandowych ilustrowanych odpowiednim rysunkiem.

7) W tramwajach miejskich rozlepiono 400 mniejszych plakatów z krótkimi hasłami w formie przykazań, jak należy postępować, aby się uchronić od duru brzuszego.

8) Rozpowszechniono na ulicach, placach publicznych oraz przed fabrykami 60.000 ulotek o durze brzuszonym.

9) Wyświetlano w kinach udźwiękowione krótkie hasła walki z durrem brzuszonym.

10) Radio Łódzkie wygłaszało przez szereg tygodni krótkie hasła przeciwdurowe.

11) Rozdano w szkołach powszechnych 50.000 kawałków mydła, w celu podkreślenia znaczenia czystości w walce z durrem brzuszonym, przy czym zaznaczyć należy, że na zakup mydła Ministerstwo Opieki Społecznej asygnowało 500 zł., Ubezpieczalnia Społeczna zaś 1.500 zł.

12) Dla zwrócenia uwagi ludności miasta na związek epidemiologiczny, jaki zachodzi między stanem miejsc ustępowych, czystością

podwórz i jakością wody, polecono wszystkim dozorum sanitarnym dokonać w „Dniu przeciwdurowym” jak największej liczby inspekcji nieruchomości.

Poza tym prowadzono akcję propagandową i w innych kierunkach. Rozpowszechniono 100 plakatów o zapobieganiu jaglicy, 500 plakatów o tępieniu szcurów oraz 10.000 ulotek o szczepieniach przeciwbłoniczych, 2 000 ulotek o jaglicy, 15.000 o znaczeniu i sposobach walki ze szcurami.

Ogłędziny sanitarne.

Dozory sanitarne przeprowadzały systematyczną kontrolę stanu sanitarnego nieruchomości, sklepów i zakładów przemysłowych, mających związek z wytwarzaniem i przetwarzaniem produktów spożywczych. Poniżej podajemy tablicę ogłędzin według dozorum sanitarnych:

Dozory sanitarne	I	II	III	IV	V	Razem
nieruchomości	1128	2418	1183	1360	1182	7271
miejsca sprzedaży	2898	925	1594	1199	1578	8194
zakłady i przedsiębiorstwa	600	215	364	252	288	1719
sprawdzenia sanitarne	3919	3221	3021	2604	2990	15755
Razem	8545	6779	6162	5415	6038	32939

Dla ilustracji wyników pracy podajemy poniżej zestawienie wykonania ważniejszych zleceń:

	Rok 1936	Rok 1935
1) Uporządkowanie posesyj	1565	1491
2) Uporządkowanie sklepów i przedsiębiorstw	2400	1705
3) Wiercono nowych studzien	2	8
4) Dokonano różnych napraw	409	300
5) Uruchomiono studzien i wodociągów	271	163
6) Wystawiono nowych ustępów	14	22
7) Naprawiono starych ustępów	618	499
8) Wystawiono nowych śmietników	53	64
9) Dokonano napraw starych śmietników	746	553
10) Uporządkowano filtrów biologicznych	4	16

Ogółem usunięto w 1936 roku dobrowolnie 7.241 uchybień (w roku 1935 — 5.699). Na opornych właścicieli nieruchomości i zakładów spisywano protokoły karne, które przesyłano do władz administracyjnych w ogólnej liczbie 1.571 (w roku 1935 — 1.471), niezależnie od protokółów karano również w drodze mandatów karnych, ściąganych doraźnie przez asystę policyjną. Mandatów takich wydano 631 (w roku 1935 — 825). Nieruchomości oglądano ogółem 7.271 razy (w roku 1935 — 8.432) przy czym stan dobry i dostateczny stwierdzono 4968 razy, braki i uchybienia 2.303 razy.

Wyniki badania miejsc sprzedaży artykułów żywności przedstawiają się jak następuje:

Nazwa obiektu	Stan dobry		Stan zły			Ogółem
	Liczba	%	Liczba	% 1936 r.	% 1935 r.	
a) hale budki, bazy	237	60,7	153	39,3	43,2	390
b) sklepy z produktami spożywczymi:						
1) z pieczywem,	454	63,6	259	36,4	36,2	713
2) z kaszą i mąką,	—	—	1	—	—	1
3) z mlekiem	153	50,3	151	49,7	59,2	304
4) spozywce	2416	56,8	1837	43,2	40,1	4253
5) jatkki,	326	50,5	525	49,5	59,7	1051
6) wędliniarnie	330	68,6	151	31,4	47,5	481
7) owocarnie	193	49,5	197	50,5	40,7	390
8) tanie kuchnie,	38	50,6	37	49,4	64,1	75
9) piwiarnie,	69	42,5	93	57,5	47,7	162
10) restauracje,	14	43,7	18	56,3	31,6	32
11) cukiernie,	52	48,6	85	51,4	40,9	137
12) mleczarnie,	42	41,5	59	58,5	47,5	101
13) inne.	56	53,8	48	46,2	52,5	104

W roku sprawozdawczym dokonano oględzin miejsc sprzedaży 8194 (w roku poprzednim — 6624).

W porównaniu z rokiem poprzednim stwierdzono poprawę w halach, budkach, bazarach, sklepach z mlekiem, jatkach, wędliniarniach.

Stałym oględzinom sanitarnym podlegały również zakłady, warsztaty i przedsiębiorstwa. Wyniki badań przedstawiają się jak następuje:

Nazwa obiektu	Stan dobry		Stan zły			Ogółem
	Liczba	%	Liczba	% 1936 r.	% 1935 r.	
1) piekarnie	233	44,9	293	55,1	50,6	526
2) zakłady przem. spoż.	34	26,6	95	73,3	51,1	129
3) zakłady przemysłowo-niespożywcze	26	39,3	40	60,7	44,0	66
4) masarnie	101	41,2	144	58,8	66,6	245
5) zakłady kąpielowe	4	33,3	8	66,7	60,0	12
6) szmaciarnie	14	23,7	45	76,3	86,4	59
7) zakłady fryzjerskie	261	46,8	297	53,2	29,8	558
8) pralnie	—	—	1	—	66,6	1
9) zakłady różne	68	66,0	45	34,0	10,0	103
10) zakłady noclegowe	—	—	—	—	60,0	—
11) stajnie	25	39,0	39	61,0	62,3	64
12) obory	5	27,7	13	72,3	85,0	18

Z tablicy tej widzimy, że stan sanitarny wymienionych wyżej zakładów pogorszył się. Należy jednak podkreślić, że z każdym rokiem wymagania sanitarne stawiane tym zakładom są surowsze.

Kontrola urządzeń sanitarno-technicznych.

Przy Oddziale Sanitarnym istnieje dozór sanitarno-techniczny w celu kontroli wszelkich urządzeń sanitarno-technicznych. Dozór ten dokonał w roku sprawozdawczym badań 5.515 (w roku poprzednim 4.698) między innymi zbadał 481 filtrów biologicznych, 81 dołów klozetowych, 549 dołów ustępowych, 30 instalacji wodociągowo-kanalizacyjnych. Z powodu wadliwego funkcjonowania opieczętowano 14 filtrów biologicznych. W wypadkach stwierdzenia uchybień spisywane były protokoły, których ogółem sporządzono 395.

Badanie produktów spożywczych.

Wykonywując ustawę o nadzorze nad artykułami żywności, lekarze sanitarni pobierali próby różnych artykułów żywności i przesyłali je do Państwowego Zakładu Higieny w celu zbadania.

Prób takich w roku sprawozdawczym wysłano 1.236 (w roku poprzednim 440). Państwowy Zakład Higieny w wypadkach zakwestionowania prób występował z odpowiednimi wnioskami karnymi.

Niezależnie od tego dozory sanitarne przesyłały do miejskiej pracowni bakteriologicznej 326 prób mleka w celu bakteriologicznego zbadania.

Działalność poszczególnych instytucyj Oddziału Sanitarnego.

I. Miejska Izba Odkazająca.

W roku sprawozdawczym dokonano odkażeń po chorobach zakaźnych: 2.791 mieszkań, ubikacyj zaś 5.627 (w roku poprzednim odkażono mieszkań 2.736, ubikacyj zaś 5.301. Poza tym odkażono 1.746 przedmiotów ogólnej wagi 4.090 kg. (w roku poprzednim 2.535 przedmiotów ogólnej wagi 4.100 kg.). W roku sprawozdawczym dużo wysiłku włożono w akcję odkażenia i odwszenia z powodu epidemii duru plamistego. Odkazeń dokonywano nie tylko w wypadkach stwierdzonego rozpoznania duru plamistego, ale w każdym przypadku podejrzenia o dur plamisty. Odkazeń w związku z durem plamistym dokonano 18. W większości przypadków odkażeniu i odwszeniu poddane były całe domy, przy czym mieszkańcy tych domów poddani byli przymusowej kąpieli i odwszeniu. Poza durem plamistym najwięcej odkażeń dokonano po durze brzuszny, płonicy, błonicy i gruźlicy.

II. Zakłady Kąpielowe.

Od dnia 1 kwietnia 1933 roku Zarząd Miejski nie prowadzi drugiego zakładu kąpielowego przy ul. Mielczarskiego Nr 11 we własnym zakresie, natomiast zawarł umowę z właścicielem zakładu, na podstawie której zakład kąpie za opłatą ryczałtem wyłącznie osoby kierowane przez instytucje miejskie. Jedynie komora dezynfekcyjna obsługiwana jest przez funkcjonariuszy miejskich. Zakład przy ul. Mielczarskiego posiada 16 wanien i 34 natryski, pierwszy zaś zakład kąpielowy przy ul. Wodnej posiada 32 wanny i 54 natryski. W obu tych zakładach w roku sprawozdawczym wykąpano 361.674 osób, z tego w I zakładzie kąpielowym 158.395, w drugim zaś 203.279 osób (w roku 1935 wykąpano ogółem 386.929 osób). Ostrzyżono w roku sprawozdawczym 11.280 osób (w roku 1935 — 9.134) i odwszono 91.957 osób (w roku 1935 — 108.549). Prócz tego w kąpieliskach szkolnych wykąpano 245.201 dzieci (w roku 1935 — 186.373). Ogółem więc w miejskich instytucjach kąpielowych wydano 606.875 kąpeli (w roku 1935—573.302 kąpeli).

Z ogólnej liczby kąpeli przypada:

1) kąpeli płatnych	95.940 (w roku 1935 — 99.870)
2) „ bezpłatnych	510.935 („ „ — 473.432)
3) w tym dzieci szkolnych	364.152 („ „ — 299.826)

Kąpeli płatnych wydano więc w roku sprawozdawczym 15,8% (w roku poprzednim — 17,4%).

Przy II zakładzie kąpielowym istnieje miejska odświeżbiarnia.

W roku sprawozdawczym zgłosiło się 4.657 chorych na świerzb (w roku poprzednim 2.404). Zabiegów dokonano 21.422, wyleczono 4.634 osoby.

III. Miejska Pracownia Bakteriologiczna.

W roku sprawozdawczym dokonano ogółem 29.516 badań (w roku poprzednim — 31.711), a mianowicie:

a) badań krwi	23.202 (w roku 1935 — 26.359)
b) „ płynów mózgowo-rdzeniowych	151 („ „ — 341)
c) badań klinicznych	3.577 („ „ — 3.306)
d) „ nalotów	618 („ „ — 705)
e) „ mleka	897 („ „ — 457)
f) „ różnych	679 („ „ — 543)
O g ó ł e m	29.516 (w roku 1935 — 31.711)

IV. Sekcja Walki z Gruźlicą.

Sekcja posiada trzy przychodnie przeciwgruźlicze, z których dwie mieszczą się przy ośrodkach zdrowia, trzecia zaś centralna przychodnia mieści się w oddzielnym lokalu. Przy centralnej przychodni znajduje się kartoteka chorych na gruźlicę w Łodzi. Działalność wszystkich trzech przychodni przedstawia się w następujących cyfrach:

	Rok 1936	Rok 1935
a) Zbadano nowozapisanych	11.906	4.011
b) „ powtórnych	6.468	8.334
c) „ ogółem	18.374	13.345
d) Prób tuberkulinowych dokonano	5.897	4.857
e) Prześwietlań roentgenowskich	12.159	11.084
f) Zdjęć roentgenowskich	239	91
g) Badań płwocyny	2.903	2.818
h) Naświetlań lampami kwarcowymi	12.202	9.745
i) „ „ Kischa	1.670	1.386
j) Badań krwi na odczyn Biernackiego	13.978	12.386
k) Zabiegów odmy sztucznej	1.860	2.154
l) Szczepień B. C. G.	26	28
ł) Wywiadów	5.079	5.954
m) Skierowano do szpitali	567	569
n) „ „ sanatorium w Chojnach	543	557
o) „ „ „ „ Łagiewnikach	217	162
p) „ „ „ „ prewentorium w Łagiewnikach	369	381

V. Sekcja Walki z Jaglicą.

W roku sprawozdawczym zgłosiło się do badania 2.612 osób, w tej liczbie na skutek wezwania przez sekcję 1.943 osoby (w roku poprzednim 2.206). Zarejestrowano nowych przypadków jaglicy 292, gdy w roku poprzednim zarejestrowano 248, w roku zaś 1934 — 312.

W dniu 1 stycznia 1936 roku było zarejestrowanych 1.308 chorych na jaglicę, zarejestrowano nowych chorych jak podano wyżej 292, wyleczono w ciągu roku 239, pozostało więc na 1 stycznia 1937 roku, 1361 zarejestrowanych chorych na jaglicę.

W roku szkolnym 1932/33 było dzieci w szkole jagliczej 149, w roku 1933/34 — 128, w roku 1934/35 — 128, w roku 1935/36 — 146, w roku zaś 1936/37 — 90 dzieci. Ogółem liczba porad udzielonych w przychodni przeciwjagliczej wyniosła 34.210 (w roku poprzednim 33.359), odwiedzin pielęgniarskich dokonano 3.385.

VI. Walka z chorobami wenerycznymi.

Walka z chorobami wenerycznymi prowadzona jest za pośrednictwem dwóch przychodni przeciwwenerycznych, znajdujących się przy dwóch ośrodkach zdrowia. Działalność tych przychodni obrazują następujące cyfry:

	Rok 1936	Rok 1935
a) Zarejestrowano zgłaszających się po raz pierwszy	2.063	1.251
z rozpoznaniem kiły	559	397
„ „ rzeżączki	423	192
„ „ wrzodu wenerycznego	74	67
„ „ chorób skórnych zaraźliwych	1.007	595
b) Leczyło się osób na kiłę	1.387	1 649
„ „ „ rzeżączkę	709	308
„ „ „ wrzód weneryczny	77	94
„ „ „ choroby skórne zaraźliwe	999	726
c) Udzielano porad	15.446	9.499
d) Dokonano zabiegów	7.349	6.177

VII. Poradnia Sportowo-Lekarska.

Zadaniem Poradni Sportowo-Lekarskiej jest systematyczne badanie zgłaszających się osób uprawiających sporty i wydawanie opinii o stanie ich zdrowia oraz wskazówek i rad co do dalszego uprawiania sportów.

W roku sprawozdawczym zbadano w poradni 589 osób (485 mężczyzn i 104 kobiety). W roku poprzednim zbadano 552 osób. Na podstawie

wyniku badania zalecono częściowo ograniczenie ćwiczeń 132 osobom, czasowe przerwanie ćwiczeń 24 osobom.

VIII. Poradnia Przedślubna.

W roku sprawozdawczym zgłosiło się do poradni 128 osób, w tej liczbie po raz pierwszy 57, po raz drugi 71 (w roku poprzednim zgłosiło się 174 osoby). Wyrażono zgodę na zawarcie małżeństwa 19 osobom, pozostałe osoby zostały skierowane do ściślejszego badania, lub też do leczenia. Podkreślić jednak należy, że duży jeszcze odsetek zgłaszających się nie stawia się do badań ściślejszych.

Na zakończenie niniejszego sprawozdania poniżej zostaną podane cyfry przedstawiające umieralność ogólną i umieralność z powodu gruźlicy w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców:

R o k	Współczynnik umieralności ogólnej (na 10.000 mieszkańców)	Współczynnik umieralności na gruźlicę (na 10 000 mieszkańców)
1919	220,8	49,5
1920	221,2	31 1
1921	168,5	22 6
1922	165,7	25,7
1923	168,0	24,9
1924	158,4	25,8
1925	140,5	21,2
1926	139,8	23,7
1927	138,2	22 7
1928	139 2	22,7
1929	131,3	20,8
1930	123,0	22,7
1931	118,0	24,1
1932	123 0	21,3
1933	112,0	20,0
1934	114,0	18,6
1935	114,1	17,4
1936	110,5	15,8

Z powyższych cyfr wynika, że zarówno umieralność ogólna, jak i umieralność z powodu gruźlicy w ostatnich pięciu latach, znacznie się obniżyła.

ORGANIZACJA DOZORU NAD MLEKIEM i PRZETWORAMI MLECZNYMI.

Gospodarcze znaczenie mleka.

Przykładem rozmiarów, jakie zajmuje gospodarka mleczna, w ramach ogólnej gospodarki światowej, może być ilość zwierząt mlekodajnych na świecie, którą w przybliżeniu oblicza się na 120 milionów sztuk. Dzienna wydajność mleka na kuli ziemskiej wynosi 500 milionów litrów. Jeśli wyobrazić sobie, według Funkego, tę dziennie produkowaną ilość mleka na świecie w postaci strumienia wypływającego z jednego źródła, wówczas otrzymalibyśmy nieprzerwanie płynący dniem i nocą prąd cieczy o wydajności olbrzymiej 6.000 litrów na sekundę.

Udział Polski w produkcji światowej mleka wynosi zaledwie 6^o/_o; niemniej ilość otrzymanego mleka wynosząca 9 miliardów litrów rocznie, przedstawia wartość 1 miliarda 350 milionów złotych, przyjmując średnią cenę mleka na 15 gr. za litr. (Suma ta stanowi 65^o/_o wielkości budżetu całego Państwa).

Dla uwypuklenia roli gospodarstwa mlecznego można przytoczyć, że nawet w państwie tak silnie uprzemysłowionym jak Niemcy, wartość wyprodukowanego mleka, 4-krotnie przewyższa wartość przerobionej surówki żelaznej, jak również znacznie przewyższa wartość wydobytego przez kopalnie w ciągu roku węgla. Dla Polski cyfry te przedstawiają się nieco inaczej, a mianowicie wartość wydobytego rocznie węgla równa się, według danych rocznika statystycznego 650 milionów złotych, czyli jest o połowę mniejsza od wartości wyprodukowanego mleka, a wartość surówki żelaznej równa się 45 milionów złotych, a więc jest 30-krotnie mniejsza.

Przeciętna roczna wydajność jednej krowy wynosi u nas 1000 do 1200 litrów, podczas gdy na zachodzie Europy np. w Niemczech około 2500 litrów. Podnosząc stan higieniczny obór, poziom hodowli i odżywiania zwierząt mlecznych, moglibyśmy zwiększyć wydajność mleka (prawie dwukrotnie, do wartości 2,7 miliardów złotych) co w konsekwencji musiałoby się odbić korzystnie w pierwszym rzędzie na położeniu ekonomicznym zubożałej dzisiaj wsi, a następnie zwiększyłoby zdolność eksportową produktów nabiałowych, zaspakajając przy tym rosnącą konsumpcję wewnątrz kraju.

Wartość odżywcza i ujemne cechy mleka.

Jak wszystkim tu obecnym wiadomo, mleko jest najzdrowszym środkiem spożywczym, dającym za niską cenę wysoko wartościowe substancje odżywcze jak: białko, tłuszcz, cenne dla organizmu witaminy, nieodzowne czynniki prawidłowego rozwoju, odgrywające w wielu wypadkach rolę zapobiegawczą schorzeniom.

Mleko posiada niestety i ujemne cechy, którymi są:

1. Łatwość rozkładu pod wpływem drobnoustrojów.
2. Częstość zafałszowań.
3. Zdolność przenoszenia niektórych chorób zakaźnych, oraz pewnych substancji trujących.

Mówiąc o mleku rozumiemy pod tym określeniem również przetwory mleczne: jak śmietana, masło, sery. W stosunku do wysokiej wartości odżywczej mleka, konsumpcja jest nieproporcjonalnie niska. Dodatkowo własności odżywcze posiada jednakowoż tylko mleko zdrowe i dobre, pochodzące od krów zdrowych, należycie odżywianych i higienicznie utrzymywanych. Mleko oddane do celów konsumcyjnych i przetwórczych powinno być nie tylko pełnowartościowe, tj. niezafałszowane, ale też nie powinno zawierać drobnoustrojów chorobotwórczych, które pochodzić mogą nie tylko od chorych krów, ale również od obsługującego je personelu, który mleko wtórnie zakaża; z brudnych naczyń, z wody używanej do mycia naczyń, względnie z wody użytej do fałszowania mleka.

Konieczność kontroli higienicznej mleka.

Ze względów gospodarczych i ze względu na ochronę zdrowia ludności kraju mleko rynkowe musi podlegać ścisłej kontroli urzędów powołanych do spełniania nadzoru nad obrotem nabiałowym. Kontrola ta musi być stała, ośrodki kontroli dobrze i gęsto rozbudowane, odpowiednio wyposażone oraz rozporządzać personelem należycie wyszkolonym. Pożądane jest nawiązanie stałego kontaktu filii P. Z. H. na terenie Państwa z Izbami Rolniczymi, oraz powiatowymi i miejskimi lekarzami weterynarii, na wzór organizacji obsługi bakteriologicznej, jak to ma miejsce w stosunku do ludności.

Jakkolwiek mleko do konsumpcji prawie zawsze poddajemy gotowaniu, celem zabicia drobnoustrojów szkodliwych, niemniej w przetworach mlecznych, mimo że przeszły proces zakwaszania, jak to wynika z badań M. Seelemana (Über die Lebensdauer von Typhus und Paratyphus Bakterien in Milchprodukten — Milchwirtschaftliche Forschungen Tom III-ci rok 1926 oraz Z. Bogdanowiczówny — Pałeczka durowa w mleku kwaśnym. Medycyna doświadczalna i społeczna Tom 12-ty rok 1926) w mleku kwaśnym, jogurcie i kefirze, pałeczki durowe

i paradyrowe pozostają dłuższy czas przy życiu. W maśle utrzymują się żywe pałeczki duru brzuszego jeszcze po 26 dniach, a w śmietanie żyje para-tyfus ponad 33 dni. Z pracy Bera (Wiadomości weterynaryjne rok 1933) badanie mleka rynkowego warszawskiego na obecność pałeczek Banga i prątków gruźliczych) dowiadujemy się, że 25% mleka rynkowego w Warszawie zawiera zarazki choroby Banga. Z przedstawionego, choć niestety szczupłego materiału naukowo-doświadczonego, widzimy jak groźnym może być spożycie mleka i jego przetworów przy zaniedbaniu warunków higieny. Biorąc za podstawę dane Łódzkiej Izby Rolniczej, z których wynika, że na przetwory mleczne idzie 60% ogólnej produkcji mleka, a więc mleka nieprzetworzonego ani pasteuryzowanego, niepewnego pod względem zdrowotnym, należy sobie uprzytomnić jak sprężystą i celową musi być kontrola higieniczna mleka, o ile ma ono stanowić zdrowe pożywienie kraju. U nas w Polsce w szczególności, gdzie posiadamy tlejące po dziś dzień ogniska endemiczne duru brzuszego, należycie zorganizowana kontrola higieniczna mleka jest jednym z głównych postulatów obsługi bakteriologicznej Państwa.

Kontrola chemiczna.

Ocena mleka jako produktu naturalnego musi się opierać na jego prawdziwości. Mleko handlowe powinno być produktem ilościowego udoju. Zafałszowaniem mleka nazywamy odciążenie składników cennych wzgl. dodatek bezwartościowych. Odciążenie tłuszczu, dodatek wody lub mleka odwirowanego, dodatek ciał konserwujących — oto typowe zafałszowania. Zmiana pierwotnego charakteru mleka, zepsucie mleka, jest produktem przemian zachodzących pod wpływem działania drobnoustrojów, niehigienicznych warunków przechowywania i transportu. Kontrola chemiczna mleka zabezpiecza jedynie konsumenta przed wyzyskiem nie przesądza jednak stanu zdrowotnego mleka.

Stan obecny kontroli mleka na terenie działania filii P. Z. H. w Łodzi.

Teren działania filii P. Z. H. w Łodzi obejmuje trzy województwa: Łódzkie, Kieleckie i Lubelskie. Na obszarze tym o powierzchni 75.800 kilometrów kwadratowych o zaludnieniu wynoszącym 8 milionów 67 tysięcy, tj. wynoszącym $\frac{1}{4}$ zaludnienia Polski, czynne są następujące placówki:

1. Pracownia filii P. Z. H. w Łodzi.
2. Komunalne pracownie w Województwie Kieleckim w miastach: Kielce, Radom, Sosnowiec — w Województwie Lubelskim: Lublin.

3. Stacje badania mleka w Województwie Łódzkim — 11
 „ „ „ Lubelskim — 2
 „ „ „ Kieleckim — 4.

Pracownie komunalne w cytowanych miastach obejmują swym działaniem tylko obszar miasta, na którego terenie się znajdują. Na obszarze Województwa Łódzkiego pracowni komunalnych nie ma.

Stacje badania mleka ograniczają się wyłącznie do wstępnego chemicznego badania mleka, a próby podejrzane na zafałszowanie przesyłają do badania kontrolnego do filii P. Z. H. w Łodzi.

Jak z powyższego wynika kontrola chemicznego badania mleka na terenie działania filii P. Z. H. w Łodzi jest niedostateczna i całe połacie kraju o dość gęstym zaludnieniu, szczególnie w Województwie Lubelskim są całkowicie pozbawione dobrodziejstwa kontroli, a te nieliczne stacje, które istnieją, dostarczają minimalnej ilości prób do badania. Wyposażenie techniczne stacji jest nazbyt lekceważone. Personel przeważnie do pracy tej jest niedostatecznie przygotowany, obciążony całym szeregiem czynności poza dozorem nad żywnością; jak pomoc w pracy lekarzowi miejskiemu lub powiatowemu, przy dezynfekcji, przy sekcji oraz pracy w rzeźni miejskiej itp. Przy takiej różnorodności zajęć kontroler sanitarny w jednym z miast Województwa Łódzkiego pobrał 1440 prób mleka w ciągu roku, z czego ani jednej nie zakwalifikował jako zafałszowanej. Stan taki stwierdziłem podczas inspekcji miejskiego organu dozoru nad żywnością.

Przebieg za 5 lat pobranych i zakwestionowanych prób mleka na terenie Województwa Łódzkiego.

Miejscowość	Pobrano do badania	Zakwestionowano
Łódź — Miasto	21.811	2.661
Łódź — Powiat	23	8
Sieradz	56	9
Kalisz	767	9
Konin	439	3
Radomsko	4	2
Piotrków	772	122
Łęczyca	585	14
Tomaszów Maz.	915	76
Pabianice	614	51
Łask	289	9
Turek	208	3
Koło	329	15

Jeszcze gorzej przedstawia się statystyka badania bakteriologicznego na terenie działania P. Z. H. filia w Łodzi.

Ogółem zbadano bakteriologicznie w roku 1936 około 300 prób mleka, w tym udział prowincji minimalny, bo wynoszący zaledwie trzy próby (1%), Starostwo Powiatowe w Brzezinach — 1 badanie na tyfus, Starostwo Powiatowe w Kole — 1 badanie na tyfus. Miejska Stacja Opieki nad matką i dzieckiem w Piotrkowie — 1 badanie na gruźlicę. Największą ilość badań przesłały miejskie zakłady użyteczności publicznej wzgl. dostawcy tych zakładów. Najczęściej badania te dotyczyły mleka z obór wielkich majątków ziemskich, których higiena jest stosunkowo dość wysoka. Za tym rezultaty badań bakteriologicznych nie mogą być żadną miarą brane za przykład wartości zdrowotnej mleka rynkowego w Województwie Łódzkim.

Udział Łódzkiej Izby Rolniczej, działającej na terenie Województwa Łódzkiego w kontroli mleczarstwa, przedstawia się w sposób następujący:

Ilość Krów.	Produkcja roczna mleka.	Przeciętna roczna od Krowy.
385,144	430 milionów litrów	1000 do 1200 litrów.

Tylko 8% z ogólnej ilości 430 milionów litrów przerabiają i ekspedują spółdzielnie mleczarskie, pozostałych zaś 92% mleka nie jest objęte żadną organizacją, trafia ono do konsumenta bezpośrednio, co w dużym stopniu utrudnia kontrolę. Mleko to w bańkach częstokroć brudnych i niechlujnie przechowywane idzie na rynki i do mieszkań prywatnych za pośrednictwem wieśniaków, a częściej drobnych handlarzy. Z danych Łódzkiej Izby Rolniczej wynika, że kontrola krów i obór też nader skromnymi wyraża się cyframi. Na ogólną ilość 385,144 krów w ciągu roku weterynaryjnie przebadano 9034 — czyli niespełna 2,35%.

Mleczarnie spółdzielcze jak dotąd, niezbyt wiele uwagi poświęcają higienie mleka i zaledwie kilka spółdzielni wprowadziło badanie mleka na czystość, i to niesystematyczne.

Na terenie Łodzi starano się zaradzić złu przez stworzenie centralnej zlewni mleka. Projekt ten zaczęto realizować w roku ubiegłym i dzięki temu powstała Okręgowa Rozlewnia Mleka wyposażona w nowoczesne urządzenia pasteuryzacyjne, która zdolna jest do dziennej przeróbki 30 tysięcy litrów, a przerabia obecnie tylko 10 tysięcy litrów wobec braku zapotrzebowań, podczas gdy konsumcja dzienna

m. Łodzi wynosi około 130 tysięcy litrów. A za tym rezultaty dotychczasowe są skromne.

Celem wykonania zarządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 9. XII. 1932 r. zgodnie z Ustawą z dnia 24. III. 1933 r. p. Wojewoda Łódzki wydał zarządzenie wykonawcze do wymienionej Ustawy (Dziennik Wojewódzki z dnia 1 października 1936 r. Nr 20), mocą którego usuwa się stopniowo z terenu miasta handlarzy domokrażnych, zmusza się sklepy spożywcze do nabywania mleka pasteuryzowanego z rozlewni okręgowej. Zarządzenie to wchodzi kolejno w życie w poszczególnych dzielnicach miasta.

Projekt organizacji kontroli mleka.

Reasumując powyższe, dochodzimy do wniosku, że kontrola nad mlekiem nie jest należycie rozbudowana pod względem chemicznym, nieznaczna pod względem weterynaryjnym, a pod względem bakteriologicznym można ją uznać za nieistniejącą.

Organizacja kontroli mleka powinna pójść w następującym kierunku:

1. Pracownie we filiach P. Z. H. muszą otrzymać jak najlepsze techniczne wyposażenie.
2. Położenie większego nacisku na badanie bakteriologiczne mleka rynkowego, które powinno być przeprowadzane na równi z badaniem chemicznym.
3. Opracowanie szybkich, uproszczonych metod badania i oceny bakteriologicznej mleka. (Próby eliminacyjne: leukocytowa Trommsdorfa, katalazowa, reduktazowa, fermentacyjna, mikroskopowe badanie odwirowanego osadu itp.).
4. Zwiększenie liczby pracowni komunalnych.
5. Stworzenie gęstej sieci stacji wstępnego badania mleka. Filie P. Z. H. winny w porozumieniu z wojewódzkimi naczelnikami wydziału zdrowia, organizując nowe stacje wstępnego badania mleka i reorganizując stare, dążyć do należytego ich wyposażenia technicznego, do dokładnego określenia obowiązków kontrolera żywnościowego, by kontrola mleka prowadzona była nie dorywczo a systematycznie i przez ludzi odpowiednio fachowo wykwalifikowanych. Nawet najintensywniej prowadzona kontrola przez istniejące filie P. Z. H., jak również zorganizowanie nowych filii P. Z. H. nie rozwiąże dostatecznie problemu nadzoru nad mlekiem w powiatach i mniejszych miasteczkach, bez zwiększenia liczby stacji wstępnego badania mleka na miejscu.

6. Wprowadzenie obowiązku przesyłania filiom P. Z. H. dokładnych sprawozdań miesięcznych z działalności, terytorialnie przynależnych pracowni komunalnych i stacji badania mleka.
7. Ścisły kontakt z Izbami Rolniczymi, jak również z powiatowymi i miejskimi lekarzami weterynaryjnymi. Ponieważ higiena obór i dążenie do podniesienia hodowli krów i stanu mleczarstwa leży w zakresie działania Izb Rolniczych w kraju, przeto współpraca z nimi może ułatwić rozciągnięcie nadzoru nad mlekiem i przetworami mlecznymi. Współpraca taka dotychczas nie istnieje.
8. Dążenie do stwarzania nowych i rozbudowy istniejących zlewni mleczarskich mleka pasteuryzowanego.
9. Udzielanie zezwolenia na sprzedaż mleka butelkowanego tylko rozlewniom wyposażonym w odpowiednie urządzenia higieniczne i pasteuryzacyjne. Zdarza się bowiem, że butelkowaniem mleka zajmują się przedsiębiorstwa i osoby nie posiadające niekiedy prymitywnych urządzeń higienicznych nie mówiąc o urządzeniach pasteuryzacyjnych. Stan higieniczny takiego mleka jest jeszcze gorszy, aniżeli mleka sprzedawanego w bańkach. Rozlewniami mleka butelkowanego mogą być tylko przedsiębiorstwa ad hoc koncesjonowane.
10. Wprowadzenie kart rejestracyjnych dla rynkowych handlarzy mlekiem celem umożliwienia ściągania popełnianych nadużyć. Wprowadzenie kart rejestracyjnych wpłynie niewątpliwie na zmniejszenie liczby osób, zawodowo trudniących się fałszowaniem mleka. Obecnie wiele spraw uchodzi bezkarnie z powodu niemożliwości ustalenia personaliów handlarza. Cofnięcie karty rejestracyjnej wzgl. groźba odebrania karty i prawa handlu mlekiem osiągnie niewątpliwie rezultaty dodatnie, podczas gdy obecnie zdarza się, że handlarzami mleka, są nadal osoby mające po 100 protokółów karnych w kartotece Zakładu.
11. Usunięcie plagi wydawania przez gminy grzecznościowych świadectw ubóstwa, co ułatwia fałszerzom bezkarność.
12. Stosowanie takiego sposobu kapslowania butelek w rozlewniach mleka, któreby uniemożliwiło nadużycia. Znane są bowiem Zakładowi Łódzkiemu wypadki, że sklepy trudniące się odsprzedają, butelkowanego przez rozlewnie pasteuryzowanego mleka po wypróżnieniu butelek, napełniają takowe następnie mlekiem wątpliwej wartości z bańki ukrytej za ladą. Dlatego należy mleko sprzedawane jako pasteuryzowane, pobierać w celach kontroli do badania czy zostało ono rzeczywiście pasteuryzowane.
13. Obowiązek dodawania, ustawowo dozwolonych, środków dezynfekcyjnych do wody, służącej w rozlewniach do mycia butelek,

w celu zapobiegania wtórnemu zainfekowaniu pasteuryzowanego mleka przez znajdujące się w tej wodzie drobnoustroje. Takimi środkami mogą być:

1. Caporit (80—90% podchlorynu wapnia).
2. Aktivin (85% sól sodowa sulfochloru kwasu para-toluolo-sulfonowego).
3. Purin (26% płynu sodowego, zawierającego 0,4% aktywnego chlorku). Gdyż soda z ciepłą wodą, jak wykazały liczne badania, nie wyjąławia dostatecznie butelek po mleku. Po umyciu konieczne jest dokładne płukanie wodą, odpowiednią pod względem chemicznym i bakteriologicznym.
14. Rozciągnięcie również ścisłej kontroli sanitarnej na wszystkie przetwórnice produktów mlecznych.

Jeżeli przyjrzymy się danym statystycznym państw świata cywilizowanego za lata ostatnie, wówczas widzimy, że w miarę rozwoju rolnictwa i poziomu hodowli następuje wzmożenie produkcji mleka w parze z podniesieniem mleczości krów. Przez podniesienie hodowli i higieny obór można spotęgować wydajność mleka, a tym samym zwiększyć rentowność gospodarstw mleczarskich.

SPRAWA ZAOPATRZENIA LUDNOŚCI MIAST W DOBRE MLEKO I PRZETWORY MLECZNE.

Zagadnienie zaopatrzenia ludności miast w dobre, zdrowe mleko, wszechstronnie i wyczerpująco rozważane było lat temu bezmała 10 przez czołowych przedstawicieli Zarządu Miejskiego m. Łodzi. Zabierali w tej sprawie głos: pp. Edward Rosset, Naczelnik Wydziału Statystycznego Zarządu Miejskiego w Łodzi w książce pt. „Samorząd a problem mleczny“ — Łódź 1928 r., M. Nehrebecki, Miejski Inspektor Weterynarii w broszurce: „Spożycie mleka w Łodzi w 1929 roku”, następnie w książce pt. „Bezpieczeństwo spożycia mleka w miastach polskich” oraz: „Zanieczyszczenie mleka drobnoustrojami w Łodzi” wydanej w 1932 r., również „Dziennik Zarządu m. Łodzi” w całym szeregu artykułów omawiał wielokrotnie sprawy „mleczne”, a także zagadnieniom tym poświęcili wiele trudu p. Naczelnik St. Kempner, dr. T. Załęski i inni.

W dniu 4 maja 1928 r. powołano do życia w m. Łodzi komitet, mający na celu uzdrowienie handlu mlekiem oraz podniesienie jego jakości na rynku. Na przewodniczącego tego komitetu powołano p. A. Purtala, ławnika Magistratu m. Łodzi.

Badania, przeprowadzone przez Wydział Zdrowia Publicznego stwierdziły, że sprzedaż mleka odbywa się niejednokrotnie w lokalu pod schodami, gdzie znajdują się łóżka i sprzęty domowe (podłoga brudna), w brudnych i ciemnych suterrenach, sprzedawane też jest często w krowiarniach, mieszczących się obok ustępu i śmietnika, a zawsze i wszędzie z brudnych naczyń.

Skutkiem wysiłków, zmierzających do poprawy istniejącego stanu, zmniejszyła się ilość obór na terenie miasta Łodzi, a ilość krów w mieście z 3.472 sztuk w r. 1929 spadła do 1.834 w 1936 r. Odsetek prób, zakwestionowanych przez Państwowy Zakład Badania Żywności zmniejszył się też dość poważnie. Średnia za ostatnie 5 lat daje 12,25% prób zakwestionowanych, podczas gdy w 1923 r. było 48,4%, zafałszowań. Zafałszowanie polega przeważnie na rozwadnianiu mleka i obniżaniu % tłuszczu do mniej więcej 2%.

Kryzys gospodarczy nie pozwolił na budowę i uruchomienie wielkiej wzorowej mleczarni w m. Łodzi, wobec czego zamierzeń Komitetu nie udało się w całości zrealizować.

Problem mleczny, jak to wynika z poprzednich rozważań, zajmuje poczesne miejsce w pracach samorządu miejskiego, który tym samym uznaje za swój najwyższy obowiązek troskę o zdrowie ludności.

Dla rolnictwa zagadnienie to ma przede wszystkim charakter gospodarczy.

Analiza dochodu z gospodarstw rolnych daje rzeczowy materiał do oceny zainteresowania rolników zbytem masła i jego przetworów. Według sprawozdania Instytutu Puławskiego z roku 1927/28 w gospodarstwach od 2 do 50 ha powierzchni 52% przychodu gotówkowego pochodzi z produkcji zwierzęcej. W wielkich gospodarstwach — tylko 16% przychodu pochodzi ze sprzedaży zwierząt, mleka i przetworów. W Województwie Łódzkim mieliśmy w 1935 r. gospodarstw od 2 do 50 ha 187.840, zaś ponad 50 ha — 1.174.

Na podstawie tych liczb można stwierdzić, jak wielkim jest zainteresowanie gospodarstw średnich i drobnych sprawą uporządkowania handlu produktami zwierzęcymi, a przede wszystkim mlekiem.

Kartoteka Państwowego Zakładu Badania Żywności pozwala ustalić, że zawodowe fałszowanie mleka jest zajęciem dochodowym. Niesumienność prowadzących handel mlekiem, ich nieumiejętność i niedbalstwo w obchodzeniu się z mlekiem, fałszowanie przez nich mleka, czy to przez dolewanie do mleka wody, czy też przez zmniejszanie ilości tłuszczu, zły stan naczyń itp. są karalne w teorii. W rzeczywistości zaś, osobnicy, posiadacze ponad 100 spraw karnych z tytułu notorycznego niechlujstwa i fałszowania mleka, uprawiają swój fałszerski proceder dalej. Brak należytej zorganizowanej kontroli, a następnie brak aparatu sprawnie, szybko i dotkliwie karającego takich fałszerzy, wytworzył niezdrowe stosunki handlowe mlekiem w m. Łodzi, warunki te dają premie fałszerzom i oszustom. Premia taka wynosi rocznie obecnie około zł. 500.000, licząc tu tylko zysk na fałszowaniu mleka. Premia za fałszowanie śmietanki, śmietany, masła i serów daje conajmniej drugie 500.000 złotych nagrody dla fałszerzy.

Nie na tym jednak wyłącznie polega ich szkodnictwo i zło w tej całej sprawie.

W złych warunkach handlu mamy konkurencję „in minus”, tj. zły kupiec wypiera dobrego, zły obyczaj wypiera dobre obyczaje, zła technika — dobrą technikę.

Panuje dzisiaj taki stan, że uczciwy kupiec, handlujący mlekiem, musi zbankrutować, nie wytrzyma bowiem konkurencji z fałszerzem „chrzcicielem” mleka. Konsument miejski, szukając mleka tańszego, otrzymuje byle jaki produkt, rolnik zaś mówi sobie: „I po cóż mam czynić wkłady w gospodarkę mleczną, jeśli za zdrowe i dobre mleko otrzymam taką samą cenę, jak i za mleko z brudnej obory od niechlujnie

utrzymanych krów? Po cóż czynić wydatki na higienę w oborze, gdy można oszczędzać i na tym?

Aby było inaczej, należy wytworzyć w miastach warunki zdrowej konkurencji dla producentów i dostawców mleka.

Warunki takie wytworzyć można przez zorganizowanie sprawnie działającego aparatu kontrolującego sprzedaż mleka i nabiału. Gdy sieć kontroli, trudna do ominięcia, pozwoli przyłapać „kombinatora mlecznego” oraz szybko i dotkliwie go ukarać, rozpocznie się wtedy zdrowa konkurencja „in plus”.

Rozwiązanie sprawy zaopatrywania miast w mleko w sposób wyżej wyłuszczone, jest wielkim pragnieniem zorganizowanego rolnictwa i w ogólnym programie rolnym sprawa ta znalazła się na właściwym miejscu.

Sprawa zbytu mleka w miastach jest tylko jednym z odcinków polityki nabiałowej rolnictwa, odcinkiem poważnym na rynku wewnętrznym.

Dzienne spożycie mleka w m. Łodzi wynosi mniej więcej 120.000 do 150.000 litrów. Przyjmując średnią około 135.000 ltr. mleka dziennie, łatwo wyliczyć, że roczne spożycie mleka w Łodzi wynosi prawie 50.000.000 litrów. Jest to ilość pochodząca od mniej więcej 33.333 krów, przyjmując, że średnia roczna od krowy wynosi około 1.500 litrów mleka.

Kopenhaga, stolica Danii, kraju rolniczego, z ludnością około 700.000 mieszkańców, posiada zdrowe warunki obrotu mlekiem i dobrze zorganizowany nadzór nad sprzedażą mleka; zużywa ona na potrzeby swych mieszkańców świeżego mleka dziennie około 270.000 litrów, które nalane do butelek w trzech dużych mleczarniach w m. Kopenhadze, dociera do wszystkich zakątków miasta.

Doświadczenie, nabyte na podstawie obserwacji rynków zbytu mleka w szeregu większych miast, jak np. Kopenhaga, Stockholm, Monachium, Kolonia, Berlin, Mediolan i in. uczy nas, że uzdrowienie handlu mlecznego w miastach daje w rezultacie zwiększenie konsumpcji mleka. Oznacza to w praktyce dla rolnictwa wzrost popytu na mleko. Jest to sprawa pierwszorzędного znaczenia dla mleczarstwa, gdyż otwiera nowe jakby tereny dla korzystnej lokaty dużych ilości mleka.

W warunkach naszych jest to dla ludności miast większych i ośrodków przemysłowo-fabrycznych sprawa paląca.

Gdyby spożycie mleka w m. Łodzi udało się podnieść do normy spożycia w Kopenhadze, to musielibyśmy podwoić dostawę; Łódź potrzebowałaby rocznie mleka około 100.000.000 litrów. Aby sobie zdać sprawę z tego co oznacza ta ilość, wystarczy powiedzieć, że wszystkie

razem wzięte mleczarnie Województwa Łódzkiego, spółdzielcze i prywatne, przerobiły w roku ubiegłym mleka:

Mleczarnie spółdzielcze — 131 mleczarni (44.331 krów) 61.907.582 ltr.

„ prywatne — 212 „ (40.048 „ 35.223.991 „

Razem — 343 mleczarni (84.379 krów) 97.141.573 ltr. mleka

Specjalista od spraw mleczarskich prof. Wacław Dąbrowski w pracy swej pt. „Mleczarstwo Rzeczypospolitej Polskiej” stwierdza, że „poważną bardzo przeszkodą w rozwiązaniu należytej aprowizacji dużych ośrodków miejskich i przemysłowo-fabrycznych, jest niewykonywanie i nieprzestrzeganie ogłoszonej i obowiązującej ustawy o obrocie i handlu nabiałem”.

Sprawa zwiększenia konsumpcji mleka w miastach przez uzdrowienie handlu mlekiem jest dla rolnictwa sprawą ważną także i z tych względów, że wiąże się ona z innym odcinkiem nabiałowej polityki, a mianowicie: z eksportem masła, na którym to odcinku nie najlepiej się dzieje naszemu rolnictwu.

Polska — kraj rolniczy, stanęła w rzędzie państw eksportujących produkty rolne i może uzyskać na rynkach światowych odpowiednie ceny za masło i inne produkty, tylko że na rynkach świata jest konkurencja „in plus”.

W dniu otwarcia Wszechświatowego Kongresu Mleczarskiego w roku 1931 w Kopenhadze b. Minister Rolnictwa Danii prezes Madsen-Mygdal powiedział:

„Nasz eksport rolniczy wynosi 77% całego eksportu i jeśli weźmiemy cyfry ścisłe, to niema kraju na świecie całym, któryby eksportował tak wielkie ilości masła i bekonów, jak nasza mała Dania.

Nasza gleba w Danii nie jest lepsza, niż w innych krajach i my bynajmniej nie myślimy, że nasi rolnicy są dzielniejsi, aniżeli rolnicy innych krajów; dzisiejszy stan naszej produkcji rolniczej zawdzięczać należy temu jedynie, że my biorąc oddawna udział w wolnym handlu świata, bierzemy udział w konkurencji i staramy się utrzymać drogą stałego doskonalenia się naszych produktów. Nasza dewiza, dobre uczynić jeszcze lepszym, znalazła odpowiednie zastosowanie. Idea spółdzielcza, w szatę realną odziana, skonsolidowała nas i w wyniku mamy standart w produkcji i jedną rodzinę rolniczą, zgodną w pracy dla wspólnego dobra”.

W eksporcie bekonów zdołała Polska na rynku angielskim zająć dość dobre miejsce, dzięki należytej standaryzacji, to jest jednolitemu gatunkowaniu towaru, według życzeń konsumentów angielskich.

W eksporcie masła jest źle. Dopóki eksportowaliśmy na rynek niemiecki, mało wybredny, to jakoś szło, gdy rynek ten uległ zamknięciu, a pozostał jedyny w Europie i na świecie rynek angielski, we-

sześliśmy jakby w ślepią uliczkę; eksport zamarł. Produkt nasz nie znalazł prawie wcale nabywców, i w roku np. 1933 ulokowaliśmy w Anglii tylko 10 tonn naszego masła (jeden mały wagon), podczas gdy np. w 1929 roku eksport nasz wyniósł 15.081 tonn masła (1.508 małych wagonów).

Nawiasem wspomnieć warto, iż jeden z naszych kombinatorów handlowych, wykształcony na skórze konsumentów polskich, Zeno Berman, wysłał w 1929 r. większy transport mieszanki masła z margaryną do Anglii i sprzedał go jako masło. Gdy kontrola angielska oszustwo wykryła, chciano Polsce zamknąć całkowicie import masła do Anglii.

Wykrycie tej afery, która wielkim wstydem okryła nasz kraj, jako eksportera rolnych produktów, a następnie całkowite zlekceważenie naszego masła, jako artykułu ostatniej wartości, sprawiły, że w marcu 1931 r. odbyła się konferencja w Ministerstwie Rolnictwa w Warszawie.

Należycie działająca w Anglii kontrola nad importem masła i innych artykułów żywnościowych udaremniła kombinacje fałszerzy z Polski, a zagrożone interesy rolników w Polsce, wzięło w obronę Ministerstwo Rolnictwa.

Na konferencji tej i następnych w Ministerstwie Rolnictwa opracowano cały szereg projektów ustaw, mających na celu podniesienie mleczarstwa, i w wyniku mamy dzisiaj nowe ustawodawstwo mleczarskie.

W dniu 9. XII. 1932 roku wydane zostało przez Min. Opieki Społecznej w porozumieniu z Min. Rolnictwa i Reform Rolnych rozporządzenie „o dozorcze nad mlekiem i jego przetworami” (Dz. U. R. P. nr 19 poz. 128 - 1933) a następnie:

w dniu 22 kwietnia 1936 r.: „Ustawa o mleczarstwie” (Dz. U. R. P. Nr 35, poz. 272 — 1936 r.);

w dniu 15 października 1936 r.: Rozp. Min. Roln. i Reform Roln. wydane w porozumieniu z Min. Przem. i Handlu:

„O pomieszczeniach i urządzeniach zakładów mleczarskich o zawodowym przygotowaniu kierowników tych zakładów” (Dz. U. R. P. Nr 82, poz. 568 — 1936 rok);

w dniu 15 października 1936 roku: Rozp. Min. Roln. i Ref. Rolnych wydane w porozumieniu z Min. Przem. i Handlu:

„O wywozie masła za granicę” (Dz. U. R. P. Nr 82, poz. 569-1936 r.).

Wszystkie te ustawy i rozporządzenia obowiązują obecnie, przy czym nadzór mleczarni i rejestry mleczarni prowadzą Izby Rolnicze. Wszystkie zakłady mleczarskie, odpowiadające przepisowym normom winny być zarejestrowane, zaś zakład, którego Izba nie rejestruje, lub który wykreśli z rejestru podlega zamknięciu.

Od orzeczeń Izb Rolniczych służy prawo odwołania się do Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych,

Tablica Nr 1, ilustrująca wywóz masła z Polski w tonnach.

Państwo	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Anglia	3559	1610	1082	138	10	2557	4500	około
Niemcy	11003	7820	7455	370	1494	1666	6	10000
Belgia	68	911	999	390	38	—	—	—
Szwajcaria	13	1220	2103	260	—	—	—	—
Inne kraje	458	555	821	70	67	213	95	—
	15101	12116	12460	1228	1609	4436	4601	10000

za 1936 rok nie mam ścisłych danych z podziałem na kraje importujące, natomiast ogólna cyfra eksportu jest ścisła.

Tablica Nr 2, ceny masła na giełdzie londyńskiej w 1934 i 1935 roku.

Miesiąc	za 1 ctn. angielski w szylingach				
	Polska	Dania	Holandia	Litwa	Rosja
1934 r. VI	65	66	73	71	69
VII	59	84	69	62	62
VIII	63	107	75	69	67
IX	55	106	71	69	63
X	56	113	71	61	62
XI	67	121	85	71	70
XII	—	120	99	70	69
1935 r. I	—	117	112	—	—
II	83	116	105	94	—
III	79	105	81	—	—
IV	—	97	73	75	70
V	—	91	72	72	70
VI	74	100	78	78	80
VII	75	102	83	82	84
VIII	83	110	87	88	87
IX	91	125	100	96	98
X	107	131	115	112	113
XI	96	124	107	101	99

Jak wykazuje tablica Nr 1 wyniki zarządzeń i opieki państwowej nad eksportem masła są już widoczne od 1934 roku. Poprawa masła eksportowego nastąpiła, aczkolwiek ceny naszego masła są ciągle o wiele niższe od cen masła łotewskiego i rosyjskiego, nie mówiąc oczywiście już ani o Danii, ani też o Holandii, krajach z ustaloną marką i wysokim „standartem” masła.

Niskie ceny, płacone za masło polskie na rynku angielskim są wykładnikiem zupełnie niezadawalającej jakości wysyłanego przez nas towaru.

Masło polskie w Londynie uzyskuje niższe od innych notowania, a mianowicie: średnio o 10 sh mniej, niż łotewskie, o 5 sh, niż litewskie, a o 25⁰/₀ niższe niż duńskie.

Przyczyny niższej ceny są znane organizacjom spółdzielczym, które opanowały całkowicie eksport masła do Anglii.

- Są to: 1) nietrwałość, uniemożliwiająca dłuższe magazynowanie,
2) wady smakowe (głównie nadmierna kwasowość),
3) brak ścisłej klasyfikacji handlowej towaru, według ustalonych standartów.

Główną przyczyną są tu oczywiście wady surowca, to jest mleka i niedomagania technicznego aparatu.

Celem usunięcia wad, w myśl wytycznych Ministerstwa Rolnictwa, podjęto akcję w dwóch kierunkach:

- 1) Wszystkie centrale handlowe związków spółdzielni mleczarskich wprowadziły u siebie obowiązek gatunkowania masła eksportowego, jak również przeznaczonego na rynek wewnętrzny oraz płać stosowną cenę według gatunku.
- 2) Organizacje rolnicze prowadzą komasację małych mleczarni spółdzielczych i organizują mleczarnie okręgowe spółdzielcze, w punktach ustalonych w planie sieci mleczarni danego województwa.

Większe mleczarnie mechaniczne, utworzone po skomasowaniu małych mleczarenek, produkują masło pasteuryzowane, dostarczają też śmietanę i śmietankę pasteuryzowaną na rynek łódzki.

Wielce dobroczynną jest w tej dziedzinie na terenie Województwa Łódzkiego i miasta Łodzi działalność Związku Spółdzielni Mleczarskich i Jajczarskich, który pracuje już od 26 lat na terenie tutejszym i sprzedał w roku ubiegłym dostarczone mu przez swych członków 1,087,241 kilogramów masła. Związek ten prowadzi pracę instrukcyjną wśród zrzeszonych mleczarni, a ocena ich i klasyfikacja każdej beczki dostarczonego masła przyczynia się do stałej poprawy jego jakości. Pomoc instrukcyjno-techniczna dla zrzeszonych jest bezpłatna. Tablica kontroli czystości mleka w wielu spółdzielczych mleczarniach w Woje-

wództwie wykazuje, że mleko, jako surowiec do wyrobu masła, jest już obecnie w lepszym gatunku, aniżeli mleko przywożone do Łodzi do spożycia.

Kredyty państwowe w wysokości 7 milionów złotych zostały przeznaczone na budowę wzorowych zakładów mleczarskich i wprowadzanie ulepszeń w instalacjach mleczarni istniejących. Kredyty te są oprocentowane 3%, w stosunku rocznym.

Mleczarnie: w Radomsku, Wieluniu, skorzystały z tych kredytów i są już odpowiednio urządzone, niezadługo zaś staną nowe budynki z nowymi instalacjami w Kole, Sieradzu, Łasku, Złoczewie itd.

Wszystkie powiatowe i większe miasta w Województwie posiadać będą niezadługo Okręgowe Mleczarnie Spółdzielcze. Dzięki tym zakładom umożliwiona będzie praca w kierunku zaopatrywania miejscowych rynków w zdrowe mleko pasteuryzowane, śmietankę, śmietanę, masło, serki itp.

Poprzednio już wspomniałem, że sprawa uzdrowienia rynków zbytu mleka w miastach jest dla rolnictwa sprawą niecierpiącą zwłoki.

Zdobyty drogą mozolnych wysiłków rynek eksportowy, jest zawodny, czego przykładem zamknięcie rynku niemieckiego, co nas w swoim czasie zaskoczyło.

Uzdrowienie rynku zbytu mleka tylko w dwóch miastach, jak Warszawa i Łódź, wzmożenie w następstwie spożycia mleka w dwójnasób na wzór Kopenhagi i in. miast Europy, stworzyłoby warunki zbytu takie, że nie potrzebowalibyśmy się uciekać do eksportu.

Rolnictwo docenia obecnie należycie tę sprawę, rozumiejąc, że niezawodnym dla rolnika jest jedynie rynek wewnętrzny, a więc rynek miejski.

Miasto Łódź posiada obecnie dobre warunki do przeprowadzenia akcji uzdrawiania rynku mlecznego.

W 1933 roku m-cu grudniu uruchomiona została Okręgowa Mleczarnia Spółdzielcza w Łodzi. Może ona dostarczyć dziennie do 30,000 litrów mleka pasteuryzowanego. Obecnie jej dostawy wahają się w granicach około 10,000 litrów mleka. Mleczarnia ta może w miarę potrzeby powiększyć się i zaspokoić zwiększony popyt. Zabezpieczona jest tym sposobem na początek aprowizacja mieszkańców w zdrowe mleko. W miarę uzdrawiania stosunków na rynku powstaną zapewne i inne większe mleczarnie w Łodzi.

Zadaniem aparatu kontrolującego będzie tylko zabezpieczenie mieszkańców przed żerowaniem w Łodzi fałszerzy i oszustów mlecznych i nabiąłowych.

Celem usunięcia krowiarni z miasta Łodzi wydane zostało w dniu 8 stycznia 1937 roku zarządzenie Starosty Grodzkiego Łódzkiego

nr B. A. 2 c-259-36 (Łódzki Dziennik Wojewódzki nr 2 z dnia 1. II. 37 r.). W wykonaniu tego zarządzenia w terminie do dnia 1 lipca 1940 roku usunięte zostaną z m. Łodzi wszystkie krowiarnie, przy czym usunięcie ich z centrum miasta nastąpi już w okresie od dnia 1 lipca 1937 roku.

Jak wynika z poprzednich rozważań i producenci-rolnicy i konsumenci-mieszkańcy miast i zarządy miast, jako opieka zdrowia publicznego, wszyscy są zainteresowani w uzdrowieniu obecnie panujących stosunków na rynku mlecznym.

Współpraca Izby Rolniczej Łódzkiej z zarządami miast, a więc samorządu rolniczego gospodarczego z samorządem terytorialnym miejskim, wyda niezawodnie pożądane rezultaty. Jest to tym bardziej pewne, że na czele samorządu terytorialnego idzie Zarząd Miejski m. Łodzi, który, jak to już na początku referatu wspomniałem, przed laty dziesięciu żywo interesował się akcją zaopatrzenia ludności m. Łodzi w zdrowe mleko i sprawę tę naukowo, fachowo i wszechstronnie zbadał.

Kryzys światowy nie pozwolił, niestety, zrealizować zamierzeń Zarządu Miejskiego m. Łodzi.

Obecnie ustawodawstwo państwowe popiera wysiłki, zmierzające w kierunku zaopatrzenia ludności w dobre mleko, to też można mieć nadzieję, że oszuści, ciągnący zyski z chaosu mlecznego w miastach, znikną wreszcie, a ludność miejska spragniona dobrego mleka, będzie się nim mogła raczyć dowoli.

WYTYCZNE INSPEKCJI SZPITALI.

Głównym zadaniem inspekcji lekarskich szpitali jest staranie o poprawienie stanu danego szpitala pod względem administracyjno-gospodarczym i leczniczym. Lekarz szpitalny patrząc codziennie na pewne braki, czy niedociągnięcia przyzwyczajają się do nich, nie reaguje na nie, gdy tymczasem lekarz stojący poza szpitalem i przeprowadzający lustrację a życzliwie usposobiony do pracy społeczno-lekarskiej, zauważy te braki i być może znajdzie sposób ich usunięcia lub przynajmniej zmniejszenia ich szkodliwości.

Przy pierwszym zetknięciu się z życiem szpitalnym, z lekarzem szpitalnym, powstaje pytanie, ilu jest chorych, a właściwie, jaki jest procentowy stosunek obłożenia szpitala w danym dniu, miesiącu, roku. Jeżeli obłożenie szpitala jest dobre, przy tym przy sprawdzeniu okaże się, że nie ma chorych nie nadających się zupełnie, lub już, do szpitalnego leczenia — to znaczy szpital spełnia dobrze swe zadanie, cieszy się zaufaniem ludności. Naturalnie w obecnych ciężkich warunkach gospodarczych, znacznego bezrobocia, nędzy, nie należy zbyt rygorystycznie brać sprawy chorych, nie nadających się właściwie do szpitalnego leczenia, gdyż dzisiaj lekarz wystawiający kwalifikację szpitalną często musi się liczyć nie tylko z warunkami lekarskimi, ale i społecznymi.

Jeżeli obłożenie szpitala jest niezadawalniające, to od razu trzeba szukać przyczyny tego: albo 1) lekarz szpitalny jest nieodpowiedni pod względem przygotowania, szczególnie chirurgicznego i ginekologicznego, a na prowincji chorzy tego rodzaju stanowią duży kontyngent chorych, chociażby z tego względu, że tutaj choroba rzuca się w oczy: zranienia, złamania, postrzały, przejechania, porody, krwotoki itp., 2) warunki opieki, odżywiania itp. w szpitalu są złe, a przynajmniej za takie uchodzą, i nie wzbudzają zaufania u ludności — co przecież można zmienić, 3) kwestia opłat jest albo zbyt rygorystycznie traktowana, lub też gminy miejskie i wiejskie nie dają ubogim chorym asygnat na leczenie szpitalne na koszt gmin ze względów oszczędnościowych i szczupłości pozycji budżetowych na ten cel. Tutaj osoba wizytatora, ewent. po porozumieniu się ze swą władzą nadzorczą, może wiele zmienić na lepsze.

Kwestia opłat może być rozmaicie traktowana:

- 1) opłaty jednakowe dla wszystkich chorych tak z rejonu szpitalnego, jak i z gmin obcych,
- 2) zróżniczkowane dla rozmaitego rodzaju chorych; przeważnie chorzy chirurgiczni i położnice stawki mają wyższe, przy tym z gmin obcych jeszcze wyższe,
- 3) dla zakaźnych chorych z obszaru gminnego własnego stawki znacznie obniżone itp. — modyfikacji może być znacznie więcej.

Szpitalne w Łodzi pobierają zł. 4.50 dziennie za chorych własnych wewnętrznych, zł.5.— za chorych płucnych, zł. 5.50 za chorych chirurgicznych; z gmin obcych wszystkie stawki o 50 groszy droższe. Stawki te są oparte na średnim koszcie dnia szpitalnego, który za rok 1935/36 w poszczególnych szpitalach wyniósł około 3 zł. do 7 zł., zależnie od jakości i ilości chorych w danym szpitalu. Łódź w szpitalach miejskich ma zaledwie niespełna 20% płatnych chorych i z tych część tylko płatnych w teorii.

W pracy dr. Bujalskiego „Rzut oka na działalność zakładów leczniczych za rok 1934/35” znajdujemy dane o obłożeniu miejsc szpitalnych w roku 1934/35 w Województwie Łódzkim: w Łodzi miejskie szpitale prawie wszystkie mają obłożenie ponad 100% — czyli jest silne przepełnienie, natomiast ze szpitali powiatowych jedynie tylko Radomsko wykazuje 108,7%, wszystkie inne obłożenie mają od 34,6% (Konin) do 78,6% (Wieluń), a nawet 84,4% mały 25-łóżkowy szpital w dość dużym ośrodku przemysłowym w Zduńskiej Woli; również duże przemysłowe ośrodki jak Tomaszów wykazuje tylko 60,5%, Pabianice 66,6%, wprawdzie w Pabianicach Ubezpieczalnia Społeczna ma swój własny szpital. Trzeba więc przy inspekcji zorientować się co do przyczyny tak małej stosunkowo frekwencji szpitala.

W dalszej rozmowie z dyrektorem szpitala staramy się dowiedzieć, jak on traktuje swe stanowisko szpitalne, czy tylko jako leczenie chorych, staranie o przywrócenie im zdolności do pracy, czy też traktuje swą pracę jako jedno z ogniw służby zdrowia, które powinno być ściśle związane z miejscowym ośrodkiem zdrowia, z ambulatorium dla ubogich chorych, niezależnie od tego, czy ono jest przy szpitalu, czy oddzielnie, choćby dlatego, ażeby nie potrzeba było lekkie wypadki przyjmować do szpitala, a skierować je do ambulatorium, oraz móc wcześniej wypisać chorego wiedząc, że dalsze opatrunki czy leczenie ma zapewnione; dowiadujemy się, czy wszyscy chorzy zakaźni są przyjmowani, w jakim czasie są wypisywani, czy i ilu jest chorych na choroby społeczne — gruźlica, jaglica, choroby weneryczne; dowiemy się, czy w szpitalu pracuje tak zwana pielęgniarka społeczna, jako łącznik pomiędzy chorym, a jego rodziną, a po wypisaniu chorego — jako łącznik pomiędzy chorym a szpitalem szczególnie, jeżeli chory ma wyznaczoną dalszą kurację, czy nie mogłaby tych obowiązków spełniać pielęgniarka-

wywiadowczyni ośrodka zdrowia; dowiadujemy się, czy jest biblioteka dla chorych, jaka, kto ją prowadzi, jaki jest ruch w bibliotece, czy jest biblioteka fachowo-lekarska, jaka, czy szpital prenumeruje czasopisma fachowo-lekarskie i jakie? Rozmowy te będą prowadzone prawdopodobnie w gabinecie dyrektora szpitala, obok powinna być kancelaria, gdzie sprawdzimy księgę główną chorych, księgę kasową, księgę depozytów i same depozyty, na wrywki kilka ukończonych historii chorób ewent. karty statystyczne, terminowość zawiadomienia gmin o przyjęciu chorego oraz terminowość odpowiedzi gmin na to zawiadomienie, ostatnie sprawozdanie roczne itp. Należy zwrócić uwagę, czy książki i materiały piśmienne są wg. norm normalizowanych, ustalonych przez Instytut Normalizacyjny w Warszawie. Prawdopodobnie w kancelarii znajdziemy i księgi buchalteryjne i tamże uzyskamy się informacji w sprawach administracyjnych.

Również na parterze jest, a przynajmniej powinna być, tzw. izba przyjęć — pokój do badania, wanna lub przynajmniej urządzenie do ostrzyżenia i dokładnego umycia chorego, skąd po otrzymaniu szpitalnej bielizny ewent. kitla, zostaje skierowany na odpowiedni oddział. O ile izba przyjęć jest — sprawdzamy, czy należycie przystosowana do swych zadań i czy naprawdę jest czynna, o ile jej nie ma, naradzamy się, czy i gdzie można ją urządzić; na parterze powinna być choćby mała poczekalnia dla interesantów (nie chorych), czekających na dyrektora szpitala, lub na otrzymanie z kancelarii szpitalnej pewnych dokumentów, zaświadczeń itp.

W gabinecie naczelnego lekarza zwracamy uwagę, czy jest szafa z książkami i czasopismami lekarskimi. Sprawdzamy ilość i kwalifikacje personelu administracyjnego. Należy również wyjaśnić, jak jest załatwiana sprawa przyjmowania chorych w czasie dnia — kiedy lekarzy w szpitalu nie ma.

Zakończywszy inspekcję pod względem administracyjnym przejdziemy do spraw gospodarczych, a więc kuchni, pralni, personelu gospodarczego itp.

W tym dziale, b. ważnym dla prawidłowego funkcjonowania życia szpitalnego, zwracamy uwagę na wielkość i czystość kuchni oraz pomieszczeń pomocniczych, jak przygotowalni dla mięsa, dla jarzyn, podręcznej spiżarni, umywalni naczyń kuchennych, skład naczyń kuchennych, wydawalnia — kredens ze składem naczyń stołowych; przy kuchni pożądane są rozbieralnie dla personelu gospodarczego, natryski lub umywalnie.

Poza tym do koniecznych ubikacyj gospodarczych należą suche magazyny żywności, chłodne piwnice na jarzyny oraz lodownia. Wizytacja sprawdzi, czy te pomieszczenia istnieją i w jakim są stanie.

tak co do zewnętrznego wyglądu i utrzymania w czystości ubikacji samych (insekty, muchy), jak i personelu, jakości naczyń kuchennych i stołowych, jakości produktów w surowym stanie, sposób ich przechowania, wydawania i otrzymania, sposób kontroli przychodu i rozchodu produktów, sposób badania dobroci produktów, specjalnie należy zwrócić uwagę na mleko (% tłuszczu, zanieczyszczenie mleka), konieczność przesyłania od czasu do czasu mleka i innych produktów do badania do P. Z. H.

Specjalną uwagę należy zwrócić na otoczenie kuchni, ażeby nie powodowało rozmnażania się much (bliskość obory, chlewu, śmietnika; naczynia na odpadki kuchenne muszą być kryte), okna kuchni, spiżarni, zmywalni itp. muszą być zaopatrzone w siatki przed muchami, oświetlenie musi być dostateczne — 1:6 stosunek okien do powierzchni podłogi, podłoga szczelna, czysta, ściany olejno malowane, kotły do gotowania często pobielane (jeżeli polewa po półgodzinnym gotowaniu z 4% kwasem octowym oddaje ołów — kotły takie nie są zdadne do użycia). O ile wogóle gotuje się w kotłach, pożądane podwójne pokrywy — jedzenie nie przypala się. Stoły do przygotowania potraw powinny być obite blachą cynkową, idealnie czyste; ścierki, ręczniki czyste, fartuchy, czapki personelu czyste, umywalnia dla personelu. Kuchnia nie powinna mieć połączenia z ustępem; wejścia dla osób niepowołanych niemożliwe, a przynajmniej b. utrudnione, magazyny prowiantowe wolne od myszy, szczurów, much. Personel kuchenny powinien być raz na miesiąc badany, pożądane również na nosicielstwo. Przy kuchni powinien być pokój stołowy dla personelu kuchennego.

Sprawa i sposób zakupywania produktów — przetargi z wolnej ręki, na targach, w sklepach itp. Przy nabywaniu produktów za pomocą ograniczonych lub nieograniczonych przetargów należy b. szczegółowo w umowie omówić żądany gatunek i dobroć towarów, gdyż wobec respektowania na przetargach przeważnie najniższych cen, możemy otrzymywać i pośledni gatunek towarów.

Przechodzimy do sprawy diet szpitalnych, oglądamy relewy, z których dowiadujemy się, ile i jakie diety są uwzględniane — zwykła, płynna, półpłynna, cukrzycowa, bezbiałkowa itp., sprawdzamy rozkład pożywienia na tydzień lub dwa, dowiadujemy się ile kaloryj chory dostaje na cały dzień, czy jest zachowana pewna różnorodność pożywienia, czy w pożywieniu jest dostateczna ilość witamin, czy diety zwykłe uwzględniają choćby w pewnej mierze przyzwyczajenia i zwyczaje ludności (kasze, kluski). Należy zwrócić uwagę na to, że nie tyle ilość, ile jakość pożywienia i sposób podania stanowią o opinii chorych co do dobroci pożywienia; należy pamiętać, że kucharka może

bardzo dobrze gotować na 6—10 osób w dużym domu, a źle na kilkadziesiąt lub kilkaset, gdyż gubi się w tej wielkiej ilości tak co do przypraw, ilości tych czy innych dodatków; z drugiej strony, jeżeli nawet jedzenie dobre, pożywne będzie podane przez niechlujną posługaczkę na brudnym względnie obtłuczonym talerzu czy misce, miska wyszczerbiona, łyżka lub widelec wygięte, jeżeli jedzenie będzie zimnawe — to naturalnie będą stałe narzekania, aczkolwiek ilość produktów wziętych do przygotowania pożywienia, ilość kaloryj, witamin będzie zupełnie dostateczna. Przy wyżywieniu zwykłym dla chorych ilość kaloryj dostateczna 2000—2500, wobec czego personel powinien dostawać prócz diety zwykłej jeszcze dodatki, gdyż dla ludzi pracujących ta ilość kaloryj będzie niedostateczna. Białka powinno być około 100 gramów (w tym około połowy białka zwierzęcego), tłuszczu około 55—100 gramów, węglowodanów około 400—500 gramów. Pożywienie powinno być sytne, ale lekkostrawne. Kuchnia dietetyczna dla chorych na żołądek, wątrobę, nerki, cukrzycę itp. powinna być prowadzona stosownie do przepisu lekarza przez fachową osobę; najlepiej przez wychowankę szkoły gospodarstwa domowego (specjalnie szkoły w Inowrocławiu).

Sprawa bielizny odgrywa wielką rolę w życiu szpitalnym; sprawdzamy, ile zmian bielizny szpital posiada (minimum cztery), oglądamy magazyn czystej bielizny. Kontrolujemy sprawę wydawania bielizny czystej, przechowywanie brudnej, sprawę dezynfekcji bielizny chorych zakaźnych, pralnię. Pranie odbywa się mechanicznie lub ręcznie. Naogół pranie mechaniczne łatwiej niszczy bieliznę, ale ma duży plus, że pierze szybko; ręczne, o ile jest dokładne i okoliczności nie wymagają dużego pośpiechu, jest dla bielizny lepsze (w doświadczeniu łódzkich szpitali miejskich wypadło, że np. koszula wytrzymała pranie ręczne 55 razy, pranie mechaniczne 37 razy, czyli, że koszule muszą być sprawione na pełną ilość łóżek szpitalnych corocznie, to samo kalessony; bielizna pościelowa wytrzymała dwa razy dłużej; płaszcze dla chorych, barchanowe, wytrzymują około 20 prań mechanicznych — przeciętne pranie co 3 tygodnie. Pantofle sukienne wytrzymują w zależności od jakości chorych (chodzący, leżący) od kilku miesięcy do roku i dłużej u ciężko chorych. Koce wełniane w zależności od gatunku i częstych dezynfekcji trzy do 6 lat. Naturalnie trzeba wziąć pod uwagę, że musi być stale czynna szwaczka do reparowania bielizny i szycia nowej, bez szwaczki stałej bielizna zniszczy się znacznie prędzej. Pralnie powinny mieć pomieszczenia widne, obszerne, dobrze wentylowane i tak rozplanowane, ażeby cały proces prania od miejsca przyjmowania brudnej bielizny do miejsca wydawania gotowej czystej bielizny odbywał się gładko, swobodnie i bez zbędnego chodzenia.

Dla zorientowania się w rozmiarach pralni należy liczyć, że 1000 sztuk bielizny waży około 270 kg. i wymaga 80—95m.² powierzchni. Na jedno łóżko wypada tygodniowo od 6—12 kg. bielizny, dla personelu 4 kg.; średnio na jedno łóżko 1 m.² powierzchni.

Przy dalszej inspekcji przechodzimy do sal chorych. W pierwszym rzędzie zwracamy uwagę na czystość sal: ścian, sufitu, podłogi; pilnie sprawdzamy, czy nie ma pluskiew, tej prawdziwej plagi szpitali; oglądamy w tym celu pod spodem obrazy, krzyże, zawieszane na ścianach, kontakty elektryczne, wszelkie niepotrzebne otwory w ścianach od haków, gwoździ itp.; oglądamy siatki łóżek, materace czy nie znajdziemy gdzie śladów pluskiew; jedyna rada — czystość skrupulatna, tępienie stałe i ciągłe każdej pojedynczej pluskwy, głównie za pomocą ognia, niedopuszczanie do przenoszenia z domów poduszek, jaśków, pierzyn itp., zwracanie uwagi, ażeby odwiedzający nie siadali na łóżkach.

Sprawdzamy czystość samych chorych, ich bielizny osobistej i pościelowej, porządek i zawartość stolików przy łóżkach, zwracamy uwagę, czy choć niektórzy mają książki do czytania, czy ewent. jest w szpitalu radio, jakie — głośnikowe czy na słuchawki, czy chorzy chodzący jadają w sali jadalnej, czy też na łóżkach, czy w oknach są firanki, na oknach kwiaty itp., czy sala posiada choć trochę estetyczny wygląd, czy jest zachowana konieczna kubatura (min. 25 m³), powierzchnia podłogi (min. 7,5 m²), czy więc na sali jest odpowiednia ilość łóżek.

Po przejściu wszystkich, czy też części sal chorych, na których zwracamy uwagę na te same warunki higieniczne — zaznajamiamy się z salą operacyjną, opatrunkową, sterylizacją, zaopatrzeniem w instrumenty, przeglądamy książkę operacyjną — ile zabiegów przeciętnie w miesiącu; zapytujemy, w jakim składzie osobowym jest robiona operacja, czy w razie zamknięcia elektryczności jest dodatkowe źródło światła — lampy acetyl., naftowe, spirytusowe; zapytujemy, czy jest aparat Roentgena, kto robi prześwietlenia i zdjęcia, czy jest pomoc techniczna, ile było zrobionych prześwietlań i zdjęć, jakiej marki jest aparat, czy często się psuje, kto konserwuje i naprawia. Sprawdzamy, czy i jakie są aparaty do fizykalnej terapii, czy często są stosowane, czy jest laboratorium, mikroskop, kto i czy dokonuje badań, czy są izolatki, separatki. Sprawdzamy aptekę podręczną, zapytujemy, skąd bierze się lekarstwa i opatrunki, ewent. jaki % ustępuje apteka prywatna, sprawdzamy, jak są przechowywane narkotyki, kto je wydaje i jaka jest kontrola wydawanych narkotyków. Sprawdzamy ilość i czystość klozetów, umywalni, wanien, przy czym liczyć należy 1 sedes na 8 łóżek, 1 wanna na 12—15 chorych; na oddziałach męskich można

dodając pisuar, zmniejszyć ilość sedesów. Baczną uwagę należy zwrócić na dostateczną ilość umywań i przypilnowanie, ażeby chorzy chodzący myli się dokładnie codziennie, ażeby przyuczać ludność większą do konieczności racjonalnego utrzymania czystości osobistej; chorzy leżący pomimo ewent. oporu muszą być myci. Sprawdzamy, czy są osobne ustępy i wanny dla personelu, czy jest składnik na utensylia porządkowe jak szczotki, ścierki, kubły itp. oraz skład na brudną bieliznę.

Oglądamy mieszkania personelu, czy pod względem higienicznym odpowiadają koniecznym warunkom, jaka jest ilość personelu — jaki stosunek do ilości chorych — w mniejszych szpitalach około 60%. Dr. Ostromięcki w swej broszurze „Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łóżek” oblicza ilość personelu na 37 osób (2 lekarzy, sióstr zakonnych 6, pielęgniarek świeckich 7, położna i praktykantki 2, kancelaria 1, służba salowa żeńska 8, służba męska 6, kucharki, pomywaczki, praczki 5). Architekt Borawski również liczy na 60-łóżkowy szpital 35 osób personelu. Dr. Bujalski w zestawieniach swych za 1934/35 podaje np w Województwie Łódzkim, że średnio wypada 3,6 osób na 10 łóżek, czyli na 60 łóżek wypadłoby tylko około 22 osób, a więc znacznie mniej.

Oglądamy, o ile jest, kaplicę szpitalną i zapytujemy, czy jest w szpitalu stały kapelan, czy i jak często odbywają się nabożeństwa. Dowiadujemy się, czy jest kaplica przedpogrzebowa i gdzie jest położona, pożądaną ażeby tak była sytuowana, by pogrzeby możliwie mało były widoczne z okien szpitala ze względów łatwo zrozumiałych, oglądamy, o ile jest, prosektorium, instrumenty sekcyjne, zapytujemy kto i jak często dokonuje sekcji zwłok, czy kaplica przedpogrzebowa ewent. prosektorium służy i dla zwłok pozaszpitalnych; zapytujemy, kto stwierdza zgon w szpitalu i czy wynoszenie trupa do kaplicy przedpogrzebowej dokonuje się dopiero po obejrzeniu zwłok przez lekarza.

Oglądamy, o ile są, pomieszczenia dospodarcze, chlewy, obory, składy węgla, komórki itp. Tutaj też zastanawiamy się nad bezpieczeństwem pożarowym, czy są gaśnice, czy są hydranty wodne, czy strychy nie są przeładowane rozmaitymi łatwopalnymi przedmiotami, czy personel szpitalny wie co robić w razie pożaru, czy każdy ma wyznaczoną swą funkcję, czy jest opracowany jakiś plan ewakuacji szpitala w razie pożaru — to znaczy, co robić z chorymi obłożnie, kto ma przede wszystkim ich wynosić, jak również dokąd skierować chorych chodzących, lecz pozamiejscowych; plan taki w porozumieniu z miejscowymi władzami musi być wypracowany zawczasu, przy czym muszą być wzięte pod uwagę rozmaite większe pomieszczenia,

które mogłyby służyć jako tymczasowe schronienie dla chorych. Sprawa zabezpieczenia budynku i chorych oraz leczenia zatrutych gazami stanowi osobny i obszerny dział OPLGaz.

Po tej szczegółowej inspekcji, po rozmowie z lekarzami, personelem pielęgniarzkim i niższym, ewent. z chorymi staramy się jeszcze wyrobić sobie zdanie o ideologii szpitala, czy ona istnieje, a jeżeli tak, to jaka, czy w szpitalu panuje jeszcze „caritas” — cel szpitala dobroczynny, okazanie pomocy ubogim, niedołącznym, kalekom, czy dalszy etap „idea opieki społecznej” obowiązek państwa i społeczeństwa zaopiekować się ubogimi chorymi, czy też jeszcze nowsza idea, że szpitale powinny być strażnikami i odnowicielami zdrowia narodu przy współdziałaniu innych ogniw służby zdrowia — przy tym choć dumnie ogłasza się „sapientia est potentia”, to jednak aforyzm Biegańskiego „medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrześnymi były miłosierdzie i współczucie” na zawsze zostanie aktualny Chorego należy traktować nie jako mniej lub więcej ciekawy przypadek, materiał naukowy, a jako nieszczęśliwego człowieka, który wymaga nie tylko fizycznej ale i duchowej opieki (Chełmoński). Zdrowie duszy jest duszą zdrowia (Alter). Uduchowanie szpitala powstanie, gdy zapanuje w nim nie łzawa litość, nie ekliwa dobroczynność, lecz duch czynnej miłości, zależny od osób pracujących w szpitalu. Nie powrót do ponurego średniowiecza, ale również nie czołobitność przed mechanizacją i industrializacją, nie tylko fachowy warsztat naprawy poszczególnych narządów ciała, a szpital współczesny powinien objąć opiekę całego człowieka uwzględniając jego potrzeby zarówno fizyczne jak i psychiczne i społeczne (Szenajch). Czy taką jest ideologia badanego szpitala?

Na zakończenie dla wiadomości Sz. Kolegów przypominam, że istnieje w Warszawie Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa (Boduena 2). Ze Szpitali Województwa Łódzkiego prócz szpitali łódzkich należą tylko szpitale: w Kaliszu, Łęczycy, Tomaszowie Maz., Zduńskiej Woli — było by b. pożądane, ażeby i inne szpitale zapisały się do tego Towarzystwa, skąd mogą czerpać bardzo pożyteczne wskazówki i wydawnictwa, jak zresztą wskazuje to podana literatura.

L i t e r a t u r a.

1. Dr. Jerzy Bujalski — Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych za r. 1934/35.
2. Dr. M. Chodźko — Służba społeczna w szpitalach. Zdrowie r. 1932 nr 9, 10.
3. Dr. Fiecko — Zasady, normy, koszty żywienia. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1934/L.

4. Dr. Fiecko — Stan obecny szpitali Województwa Warszawskiego. „Kwartalnik Szpitalnictwa” r. 1936/I, II.
5. Dr. Fiecko — Zasady, normy i koszty żywienia w szpitalach. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1936/I, II.
6. Dr. Fiecko — Upadek Szpitalnictwa w Polsce. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1935/I.
7. Dr. A. Goldman — Szpital w nocy. Zdrowie r. 1931 nr 10.
8. Dr. Jakimiak — Szpital, przychodnia, rola i stanowisko w nich lekarza. Zdrowie r. 1933 nr 9, 10.
9. Dr. M. Kacprzak — Szpitalnictwo a służba zdrowia. Zdrowie, rok 1932 nr 9, 10.
10. Prof. Dr. Lauter — Oświetlenie szpitala. Zdrowie, rok 1934 nr 15, 16.
11. Dr. K. Łazarowicz — Sprawa opłat szpitalnych. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1934/II.
12. Dr. Malcolm T. — Kodeks etyki lekarzy szpitalnych. Streszczenie. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1935/III, IV.
13. Prof. Dr. Melanowski — Zagadnienia pożaru w szpitalu „Kwartalnik Szpitalnictwa” r. 1936, I, II.
14. Dr. Mogilnicki — Społeczne zadania lekarza małego prowincjonalnego szpitala. Zdrowie, r. 1934 nr 1.
15. Dr. Mogilnicki — Rola kształcąca szpitala. Zdrowie, rok 1933 nr 9, 10.
16. Dr. Mogilnicki — Zasady oszczędności w wyposażeniu szpitali. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1935/I.
17. Dr. Ostaszewski — Samowystarczalność szpitali prowincjonalnych. „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1934/IV.
18. Dr. Przywieczerski i inż. arch. M. Heyman — Szpitale w Polsce. Zdrowie, r. 1932 nr 9, 10.
19. Ks. Rękas — Duszpasterstwo w szpitalu. Zdrowie Publ. r. 1934 nr 3.
20. Ks. Rękas — Chory ma głos. Zdrowie, r. 1933 nr 9, 10.
21. Doc. Dr. Szule — Hygiena żywienia. Warszawa 1935. Wyd. Koła Wydawn. Ofic. Korp. Sanit. Górnośl. 45.
22. Doc. Dr. G. Szule — Żywienie chorych w szpitalach. Zdrowie, r. 1933 nr 5, 6.
23. Prof. Dr. Szenajch — Ideologia szpitala. Kwartalnik „Przegląd Szpitalnictwa” r. 1934 I.
24. Inż. Tokar — Kuchnie i pralnie w szpitalach. Zdrowie, r. 1933 nr 23 i 24.
25. Poradnik dla szpitali. Wydawnictwo Samorz. Instytutu Wydawn. Warszawa, ul. Miodowa 6.
26. Streszczenia z pism. „Nosokomeion”, „The Modern Hospital” „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen”.

OŚRODKI ZDROWIA W WIELKIM MIEŚCIE.

Idea ośrodków zdrowia została przeszczepiona na nasz grunt ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Dążenie do osiągnięcia najbardziej owocnych i konkretnych wyników w walce o podniesienie stanu zdrowotnego było tam pobudką do skoordynowania działalności władz samorządowych i organizacji społecznych, prowadzących tę samą pracę.

Pierwszy ośrodek zdrowia w Polsce powstał w roku 1925 w Warszawie, dzięki poważnej pomocy finansowej udzielonej przez Fundację Rockefellerowską, wkrótce po tym powstały ośrodki zdrowia na terenach tak zwanych wzorowych okręgów w powiecie skierniewickim, warszawskim i będzińskim.

Kilkuletnie doświadczenie potwierdziło wartość społeczną ośrodków zdrowia, dlatego też liczba ich zaczęła szybko wzrastać. Gdy w roku 1928 było ich 22, w roku 1930 było 180, w roku 1934 — 260, w roku zaś 1936 ponad 300. Dłuższy czas jednak panowała rozbieżność co do zakresu zadań ośrodków zdrowia. Gdy niektóre ośrodki zdrowia główny nacisk kładły na zapobiegawczą walkę z chorobami społecznymi, inne łączyły zapobieganie chorobom społecznym z pracą administracyjną w zakresie higieny otoczenia, inne znów, zwłaszcza znajdujące się na terenach wiejskich, włączyły do swych zadań lecnicstwo ogólne.

Z czasem zaczął wytwarzać się typ ośrodka zdrowia, łączący całością zagadnień zdrowotnych na danym terenie, a więc obejmujący nie tylko walkę z chorobami społecznymi, ale i higienę otoczenia, walkę z chorobami zakaźnymi, nadzór nad artykułami żywności, jednym słowem sprawy sanitarno-policyjne.

W Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Opieki Społecznej Nr. 14 z 1936 roku ukazał się okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej zawierający „Instrukcję o organizacji i działalności ośrodków zdrowia”, która ustala jednolity sposób prowadzenia akcji ośrodków zdrowia. Zgodnie z instrukcją, ośrodek zdrowia ma być podstawową jednostką organizacyjną w publicznej służbie zdrowia, obejmującą całość zagadnień zdrowotnych na określonym terenie. W czasie wojny ośrodki zdrowia stają się punktami ratowniczo-sanitarnymi. Instrukcja przewiduje pewne różnice w organizacji i działalności miejskich i wiejskich

ośrodków zdrowia, uzależniając je od potrzeb i możliwości terenowych.

W niniejszym referacie chciałbym w krótkim zarysie przedstawić organizację i zakres działania ośrodka zdrowia w wielkim mieście.

Do zakładania ośrodków zdrowia powołane są przede wszystkim władze samorządu terytorialnego, ponieważ ośrodki zdrowia wykonywują szereg zadań, należących do obowiązków samorządu (zwalczanie chorób zakaźnych, zwalczanie jaglicy, nadzór nad żywnością, nadzór nad higieną otoczenia itp.). Do współpracy w prowadzeniu ośrodków zdrowia powinny przystąpić Ubezpieczalnie Społeczne, które ostatnio w dobrze zrozumianym własnym interesie poważny nacisk kładą na akcję zapobiegawczą, oraz wszelkie instytucje społeczne, prowadzące działalność w tym samym kierunku, co ośrodki zdrowia, a więc Towarzystwo Opieki nad Matką i Dzieckiem, Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża itp.

Każdy ośrodek zdrowia powinien mieć ściśle określony teren działalności. W tym celu miasto powinno być podzielone na odpowiednie dzielnice, z których każda posiadać będzie swój ośrodek zdrowia. Dążyć należałoby, aby w wielkim mieście jeden ośrodek przypadał na 50 tysięcy mieszkańców.

W skład ośrodka powinny wchodzić następujące działy pracy:

- a) przychodnie zapobiegawcze (przeciwgruźlicza, przeciwjaglicza, przeciwweneryczna, przeciwalkoholowa, opieki nad matką i dzieckiem, eugeniczna, dentystyczna itp.);
- b) dział sanitarny (stan sanitarno-porządkowy, zaopatrywanie w wodę, nadzór nad żywnością, usuwanie nieczystości, zapobieganie chorobom zakaźnym itp.);
- c) dział pomocniczy (propaganda higieny, kąpieliska, sanatoria dzieciinne itp.).

Gdyby nie było możliwe zorganizowanie wszystkich działów pracy, to jako minimum działalności ośrodka instrukcja przewiduje prowadzenie co najmniej dwóch przychodni oraz działu sanitarnego.

Sprawę lecznictwa w ośrodkach zdrowia instrukcja reguluje w ten sposób, że w zasadzie lecznictwo nie powinno być prowadzone, jedynie może być prowadzone w zakresie chorób społecznych, w których lecznictwo jest głównym środkiem zapobiegawczym.

Kierownikiem ośrodka zdrowia może być tylko lekarz, posiadający co najmniej 3-letnią praktykę lekarską i przygotowanie sanitarno-administracyjne (kurs higieny publicznej lub przynajmniej kurs dla lekarzy ośrodków zdrowia). Praktyka w Warszawie wykazała, że najpomyślniejszym rozwiązaniem jest, gdy kierownikiem ośrodka jest kierownik działu sanitarnego, a więc lekarz sanitarny, który posiada

odpowiednie przygotowanie w zakresie higieny społecznej i pracy społeczno-lekarskiej. Lekarz taki dzięki swemu przygotowaniu jest najbardziej zdolny do objęcia całości zagadnień zdrowia publicznego na danym terenie i do skoordynowania wysiłków w tym zakresie.

Jeśli idzie o stosunek kierownika ośrodka zdrowia do kierowników poszczególnych przychodni, to jest on wprawdzie zwierzchnikiem całego personelu ośrodka, kieruje jego działalnością i jest za tę działalność odpowiedzialny wobec swych władz przełożonych, jednak nie powinien występować w roli kontrolera w stosunku do lekarzy specjalistów, pracujących w przychodniach, jeżeli idzie o ich pracę ściśle lekarską. Kontrolę nad pracą fachową lekarzy specjalistów sprawują odpowiedni kierownicy danych działów pracy, wyznaczeni przez władze miejskie.

Duszą ośrodka zdrowia powinna być pielęgniarka społeczna, która pomaga lekarzowi w przychodni w jego czynnościach, dokonywuje wywiadów w celu zbadania w jakich warunkach żyją chorzy, znajdujący się pod opieką ośrodka zdrowia, udziela wskazówek higienicznych w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób społecznych, kontroluje wykonywanie zleceń lekarskich, kieruje do ośrodka zdrowia rodziny, znajdujące się w kontakcie z chorym.

Praca odpowiednio wykwalifikowanej i społecznie przygotowanej pielęgniarki może najskuteczniej wpłynąć na podniesienie kultury sanitarnej.

Zgodnie z instrukcją Ministerstwa Opieki Społecznej praca pielęgniarki powinna być wykonywana w ten sposób, że w poszczególnej rodzinie wszystkie zagadnienia obejmuje jedna pielęgniarka, a nie pielęgniarki, specjalizowane dla poszczególnych zagadnień, jak to było dotychczas, gdy w jednej rodzinie mogło się spotkać kilka pielęgniarek, z których jedna dokonywała wywiadu w sprawie jaglicy, druga w sprawie gruźlicy, inna znów w sprawie opieki nad dzieckiem, przy czym każda z nich udzielała innych wskazówek.

W każdym większym ośrodku zdrowia musi być starsza pielęgniarka, która jest bezpośrednią zwierzchniczką personelu pielęgniarskiego oraz służby niższej i w tym charakterze podlega bezpośrednio kierownikowi ośrodka zdrowia.

Starsza pielęgniarka wspólnie z kierownikiem ośrodka zdrowia opracowuje wytyczne pracy, rozkład zajęć i pracy pielęgniarek, kieruje ich pracą, wykonywuje kontrolne i instruktorskie odwiedziny domowe wspólnie z pielęgniarką, pracuje nad podniesieniem poziomu pracy pielęgniarek.

W zakresie opieki zdrowotnej nad otoczeniem oraz dozoru nad artykułami żywności pomocnikiem lekarza sanitarnego jest kontroler sanitarny, który powinien posiadać przeszkolenie na 4-miesięcznym kursie w Państwowym Zakładzie Higieny.

W każdym ośrodku musi być prowadzona dokładna rejestracja osób, znajdujących się pod opieką ośrodka. Rejestracja prowadzona jest za pomocą odpowiedniej karty rejestracyjnej, według wzorów, ustalonych przez Ministerstwo Opieki Społecznej dla każdej poszczególnej przychodni. Karty rejestracyjne osób, należących do jednej rodziny, powinny być przechowywane łącznie w jednej teczce rodzinnej, niezależnie od tego, pod jakiej przychodni opieką znajdują się poszczególni członkowie rodziny.

Rejestracja w ośrodku zdrowia powinna być prowadzona w jednym miejscu i tworzyć jedną całość, prowadzenie oddzielnych kartotek dla poszczególnych przychodni z natury rzeczy musi być zaniechane. Rejestracja odbywa się w ten sposób, że cała rodzina nowozgłaszającego się chorego otrzymuje wspólny numer porządkowy danego roku. Pierwszy członek rodziny, którego zapisuje się na liście nowozgłaszających się, zostaje oznaczony przy wspólnym numerze małą literą alfabetu, następni członkowie rodziny przy wspólnym numerze — następnymi literami alfabetu. Po zarejestrowaniu się każdy petent otrzymuje kartę zgłoszenia, która służy jako legitymacja dla całej rodziny. Karta zgłoszenia zawiera nazwisko, adres, numer rejestracji. Na odwrotnej stronie przychodnie notują datę zgłoszenia się do odnośnych przychodni. Po wypisaniu karty zgłoszenia biuro ośrodka wypełnia dla każdego petenta kartę rejestracyjną, którą przesyła do odpowiedniej przychodni, skąd po skończonej ordynacji otrzymuje ją z powrotem.

Kartę zgłoszenia chory okazuje przy każdym zgłoszeniu się do ośrodka, gdyż przy jej pomocy od razu wyszukać można w biurze ośrodka kartę rejestracyjną chorego, w celu przesłania jej do odpowiedniej przychodni.

Jednocześnie z założeniem karty rejestracyjnej biuro ośrodka zakłada kartę społeczną (rodzinną), które przekazywane są pielęgniarkom społecznym z ustalonym terminem odwiedzin, w celu dokonania wywiadu społecznego. Karty rodzinne przechowywane są łącznie ze wszystkimi kartami rejestracyjnymi wszystkich członków danej rodziny. Poza tym każdy petent po zarejestrowaniu zostaje wciągnięty do kartoteki głównej, która składa się z kart imiennych (tzw. nemów), ułożonych według alfabetu. Karta imienna zawiera numer rejestracyjny oraz nazwisko i imiona członków rodziny, zarejestrowanej w ośrodku zdrowia. Przy pomocy kart imiennych można łatwo wyszukać kartę rejestracyjną chorego nawet jeśli zapomniał on swój numer rejestracyjny.

Pomieszczenia ośrodka zdrowia powinny być tak pod względem czystości i porządku, jak i urządzeń sanitarnych wzorem dla ludności, która tu poglądowo uczyć się powinna zasad higieny.

Ośrodek zdrowia powinien mieścić się w oddzielnym budynku, powinien posiadać osobne wejście dla osób, znajdujących się pod opieką stacji opieki nad matką i dzieckiem, i dla przychodni, do których uczęszczają chorzy zakaźni (gruźlica, choroby weneryczne, jaglica) przy czym pożądanym jest, aby każda przychodnia posiadała osobną poczekalnię i osobny gabinet lekarski. W podziemiu powinno być urządzone kąpielisko, które podczas wojny stanowić będzie niezbędną część składową punktu ratowniczo-sanitarnego.

Ośrodki zdrowia w większym mieście muszą posiadać niezbędne urządzenia pomocnicze, jak gabinet roentgenowski, pracownię bakteriologiczną, gabinet światłolecznicy, stację odmową itp.

Poza tym ośrodek zdrowia powinien posiadać specjalne pomieszczenie na biuro sanitarne i centralne biuro rejestracyjne. Pożądana byłaby sala dla zebrań, odczytów, pogadanek itp.

Dla każdego ośrodka zdrowia powinien być opracowany statut, obejmujący organizację i zakres działalności poszczególnych działów pracy. Statut ten powinien być sporządzony i zatwierdzony zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku i rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 roku o zakładach leczniczych.

W powyższych ramach ośrodek zdrowia powinien wykazać się odpowiednimi wynikami pracy. Sposób oceny wydajności pracy ośrodka zdrowia będzie różny dla poszczególnych jego działów.

Dział sanitarny ocenić będzie można na podstawie liczby dokonanych oględzin różnych obiektów (nieruchomości, wytwórni produktów spożywczych, miejsc sprzedaży produktów spożywczych itd.), na podstawie liczby dokonanych szczepień ochronnych i wreszcie na podstawie stanu sanitarnego rejonu ośrodka.

Sposób oceny działalności przychodni przeciwgruźliczej jest ustalony okólnikiem Ministerstwa Opieki Społecznej Nr. 17 z dnia 12 marca 1935 roku (Polskie Prawo Sanitarne, tom II, str. 105).

Wydajność innych przychodni oceniać będziemy na podstawie liczby zarejestrowanych chorych oraz na podstawie stosunku liczby leczących się do liczby zarejestrowanych. Wreszcie miarodajną dla oceny wydajności pracy ośrodka będzie liczba dokonanych wywiadów społecznych.

Aby zrealizować zadania wytknięte powołanych wyżej okólnikiem Ministerstwa Opieki Społecznej potrzeba przede wszystkim dwóch warunków:

- 1) odpowiednich funduszków,
- 2) należycie przygotowanego personelu.

Ze względu na ograniczenia budżetowe zarządy miejskie mogą tylko stopniowo tworzyć nowe ośrodki zdrowia. Niezbędne jest jednak, aby akcja ta rozwijała się planowo, tak, aby w ciągu kilku lat powstała z góry ustalona liczba ośrodków zdrowia, zaspakajających potrzeby miasta.

Co do drugiego warunku, to nowo utworzone ośrodki należy obsadzać personelem odpowiednio przygotowanym do pracy społecznej, przystępującym do pracy z ofiarnością i choćby minimalną dozą entuzjazmu. Dotyczy to zarówno lekarzy, jak pielęgniarek i kontrolerów sanitarnych. Przy angażowaniu pielęgniarek należy dawać pierwszeństwo dyplomowanym pielęgniarcom. Naturalnie, personelowi trzeba zabezpieczyć odpowiednie wynagrodzenie, aby mógł się całkowicie oddać pracy na terenie ośrodka zdrowia.

Należy żywić nadzieję, że w myśl wskazań Ministerstwa Opieki Społecznej w niedługim czasie cały nasz kraj pokryje się siecią ośrodków zdrowia, które stać się mogą potężnym środkiem w kierunku podniesienia stanu zdrowotnego ludności naszego państwa. A przecież zdrowie narodu jest jednym z zasadniczych warunków jego siły obronnej.

ZWALCZANIE JAGLICY W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM W ŚWIETLE ZESTAWIEŃ LICZBOWYCH.

Główną treścią mego krótkiego referatu, jak tytuł wskazuje, będzie zestawienie danych statystyczno-sprawozdawczych z terenu Województwa Łódzkiego w zakresie akcji walki z jaglicą i próba wyciągnięcia z tych danych pewnych wniosków.

Zestawiłem podług powiatów ilość przychodni przeciwjagliczych, kierowników przychodni z odbytym kursem trachomatologii i bez tego kursu, oraz ilość pielęgniarek zatrudnionych w związku z jaglicą, podaję też liczbę jagliczych chorych zarejestrowanych w przychodniach, a także liczbę zarejestrowanych w kartotece lekarza powiatowego. Poza tym zebrałem wyniki przeglądów spojówek dzieci szkolnych i poborowych. Wszystkie dane powyższe zostały uwidocznione na załączonej tablicy. Wziąłem też pod uwagę dane uzyskane ze sprawozdań kwartalnych przychodni i z moich lustracji i wykorzystałem je przy omówieniu poszczególnych powiatów.

Liczba rejestrowanych jagliczych chorych w kartotece powiatowej oraz liczba zarejestrowanych łącznie we wszystkich przychodniach przeciwjagliczych powiatu, teoretycznie winny być jednakowe. Teoria od „praktyki” odbiega jednak bardzo — rzut oka na tablicę i porównanie rubryki 5-ej z 6-tą wskazują na to wyraźnie. Kartoteka powiatowa w niektórych powiatach wykazuje liczby większe niż suma chorych zarejestrowanych w przychodniach powiatu, co mogłoby dowodzić, że wielu wykrytych chorych znajdujących się zbyt daleko od przychodni, lub opieszających nie zgłosiło się wcale do leczenia i nie zostało wciągniętych do rejestracji przychodni.

W innych powiatach przychodnie podają razem większą ilość chorych niż ich wykazuje kartoteka powiatowa — tutaj może być wina kancelarii lekarza powiatowego, lub nieporządek tego rodzaju, że jeden chory figuruje w kilku przychodniach, mogą też przychodnie zaniedbywać obowiązek powiadamiania lekarza powiatowego o nowozarejestrowanych chorych jagliczych. Wniknięcie w przyczyny tych rażących nieraz niezgodności między wymienioną rubryką 5-tą i 6-tą pozwoli lekarzowi powiatowemu wykryć źródło chaosu i poznać wady akcji zwalczania jaglicy w jego powiecie.

Dla zorientowania się w stanie zajagliczenia powiatów województwa, zamieszczone są na tablicy trzy rubryki procentu zajagliczenia, a mia-

nowicie: procent zajągliczenia dzieci szkolnych (rubryka 8), procent zajągliczenia poborowych (rubryka 10) i procent wyprowadzony z porównania kartotek jagliczych lekarzy powiatowych z liczbą ludności powiatu (rubryka 12). Najbardziej miarodajnym jest odsetek zajągliczenia poborowych, jako cyfra uzyskana z przeglądu całej ludności męskiej danego wieku. Odsetek ten najbardziej jest zbliżony do rzeczywistego stanu zajągliczenia danego terenu.

Na przedstawionej tablicy zebrano co do poborowych dane z roku 1935 i 1936 i z tych dwóch lat wyprowadzono średni odsetek zajągliczenia.

Ze względu na niezbyt duże cyfry, jakie tu wchodzi w grę i z powodu niedokładności rozpoznawczych komisji poborowych, dane powyższe jednak niezupełnie dokładnie określają odsetek jaglicy znajdującej się w danej okolicy.

Odsetek chorych na jaglicę dzieci szkolnych jest mniej miarodajny dla zorientowania się w zajągliczeniu terenu, ze względu bowiem na występujące u dzieci bardzo częste grudkowe niejaglicze zmiany spojówek, rozpoznanie staje się trudniejsze i błędy popełnione przez lekarzy nieraz są bardzo znaczne.

Odsetek zajągliczenia określony z porównania ilości zarejestrowanych chorych w kartotece powiatowej z liczbą ogólną ludności powiatu odbiega oczywiście bardzo znacznie od rzeczywistego stanu zajągliczenia, gdyż w terenie znajduje się jeszcze bardzo wielu chorych na jaglicę, niewykrytych.

Podług opinii Ministerstwa Opieki Społecznej (dr. Rostkowski), jeśli akcja zwalczania jaglicy prowadzona jest zadawalniająco, co musi być „co najmniej $\frac{1}{3}$ część przypadających na danym terenie chorych na jaglicę (obliczonych podług % zajągliczenia poborowych) zarejestrowana w przychodni”. Jeśli porównamy rubryki: 8-mą, 10-tą i 12-tą — przekonamy się, że w wielu powiatach dalecy jesteśmy jeszcze od tych norm minimalnych określonych dla ilości wykrytych i leczonych chorych jagliczych.

Usprawienie sprawozdawczości jagliczej, a co za tym idzie umożliwienie lepszego poznania stanu faktycznego zajągliczenia i w związku z tym lepsze zorganizowanie akcji zwalczania jaglicy winno być troską lekarzy powiatowych. Urząd Wojewódzki domagać się będzie od wszystkich powiatów przesłania do 1 września map zajągliczenia, opracowanych na podstawie norm podanych przed paru laty przez d-ra Rostkowskiego, które zostaną jeszcze przypomniane specjalnym pismem Urzędu Wojewódzkiego.

Przechodzę do omówienia krótkiego akcji zwalczania jaglicy w poszczególnych powiatach na podstawie posiadanych przez Urząd danych,

Zestawienie danych zajągliczenia Województwa Łódzkiego, rok 1937													
Powiaty	Przychodni Przejagliczych i Punktów					Podług kartotek powiatowych na 1.1. 1937	Podług badań w roku szkolnym 1935/36		Podług przeglądu Komisji pobor.		Średni odsetek z r. 1935 i 1936	Podług spisu ludności z roku 1921	% zajągliczenia podług kartoteki
	1	2	3	4	5		6	7	8	9			
Nr Nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Brzeziński	4	4	2	2	124	374	8.682	0.64%	27	23	1.28%	150.988	0.2%
Kaliski	7	6	3	6	2.448	2.507	12.468	3.9%	127	36	3.2%	195.915	1%
Kolski	8	8	3	1 felcz.	431	379	12.285	3%	43	31	2%	119.421	0.3%
Koniński	11	11	4	4	1.995	1.089	2.289	4%	37	13	1.2%	207.779	0.5%
Łaski	1	1	1	1	672	699	1.232	4%	68	34	2.5%	126.059	0.5%
Łęczycki	3	3	3	3	309	1.091	2.315	1.5%	38	27	2.45%	126.059	0.8%
Łódzki	2	2	1	1	18	359	20.077	0.74%	30	24	1.38%	173.348	0.2%
M. Łódź	2	5	—	4	775	1.308	1.317	1.4%	42	34	0.73%	605.467	0.2%
Piotrkowski	7	7	5	2	1.354	1.912	11.194	2.5%	50	56	1.92%	222.143	0.8%
Radomszczański	5	5	4	2	1.051	1.447	9.637	1%	155	42	4.25%	186.407	0.7%
Sieradzki	4	4	2	2	413	453	5.388	2%	83	45	3%	168.191	0.2%
Turecki	4	4	1	3	1.335	1.327	4.349	2.3%	16	20	1.25%	101.866	1%
Wieluński	7	7	7	5+2 felcz.	5.022	5.486	16.294	3.3%	127	127	4.1%	212.859	2%
R a z e m	65	67	36	35+3 felcz.	15.947	18.431	80.775	2.48%	843	512	2.36%	2.596.502	0.6%

13 Rubr. 6
Rubr. 12^{x100}

Powiat Brzeziński.

Przychodnie wykazują małą aktywność. Zarejestrowanych w przychodniach jest trzykrotnie mniej niż zarejestrowanych w kartotece powiatowej. Stan powyższy wymaga uporządkowania. Chorych z terenu, niezbyt daleko od przychodni mieszkających, należałoby tam skierować i zarejestrować.

Powiat Kaliski.

Powiat Kaliski należy do moeno zajagliczonych. Frekwencja w przychodniach niewystarczająca, celem jej zwiększenia należałoby wzmóc akcję propagandowo-wywiadowczą, zwłaszcza, że pielęgniarki są. Aż trzech kierowników przychodni na ogólną liczbę sześciu nie odbyło kursu trachomatologii.

Powiat Kolski.

Na ogólną liczbę ośmiu przychodni nie ma ani jednej pielęgniarki, jest natomiast jeden felczer. Tylko trzech lekarzy przechodziło kurs trachomatologii. Aktywność przychodni naogół słaba. Przychodnie w Izbicy i Kole istnieją tylko „de nomine”. Akcja wywiadowczo-propagandowa prowadzona w stopniu niewystarczającym.

Powiat Koniński.

Zajagliczenie średnie. Frekwencja w przychodniach słaba. Na 11 przychodni tylko 4 pielęgniarki i 4 lekarzy z kursem trachomatologii. Wymaga uporządkowania sprawa kartoteki lekarza powiatowego, gdyż zarejestrowanych tu jest tylko około połowy chorych, wykazanych przez przychodnie.

Powiat Łaski.

Powiat Łaski zajagliczony jest dość znacznie, posiada jednak jedyną przychodnię w Widawie, która leczy w kwartale tylko $\frac{1}{4}$ swoich zarejestrowanych. Cała północno-zachodnia część powiatu i centralna nie ma przychodni przeciwjagliczych.

Powiat Łęczycki.

Zaledwie $\frac{1}{3}$ wykrytych chorych jagliczych zarejestrowana jest w przychodniach. Wobec istnienia trzech tylko przychodni, które nie wystarczają dla całego dość rozległego powiatu należy dążyć do jak-najszybszego wznowienia działalności przychodni w Poddebicach i utworzenia nowej w Piątku.

Powiat Łódzki.

W punktach przeciwjagliczych w Zgierzu i Tuszynie nic się prawie nie robi. Zarejestrowanych w tych punktach jest 19 chorych, ^z leczyló się w I-ym kwartale rb. 7—. Dzieci szkolnych przejrzano dość dużo.

M. Ł Ó D Ź.

M. Łódź prowadzi skuteczną akcję przeciwjagliczą w dwóch ośrodkach ze znacznym nakładem pracy i dużym stosunkowo kosztem. Rejestracja b. szczegółowa, nie była jednak dotychczas podporządkowana wymogom określonym przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Obecnie ma być dostosowana do ogólnie obowiązujących schematów.

Powiat Piotrkowski.

Frekwencja w niektórych przychodniach niedostateczna. Tylko dwie przychodnie posiadają pielęgniarki.

Powiat Radomszczański.

Zajagliczenie b. duże — bodajże największe w Województwie, jednak tylko dwóch kierowników przychodni wywiązuje się należycie ze swoich zadań. Chodnia w Gidlach i Kłomnicach nie wykazywały żadnej aktywności. Stan powyższy musi ulec zmianie.

Powiat Sieradzki.

Przychodnie w Sieradzu i Zduńskiej Woli spełniają zadanie swe należycie w odróżnieniach od przychodni w Złoczewie. Na terenie powiatu musi być dużo chorych niewykrytych, na co wskazuje odsetek zajagliczenia poborowych w porównaniu z ilością chorych zarejestrowanych.

Powiat Turecki.

Powiat turecki średnio zajagliczony. Ilość leczących się w przychodniach w stosunku do ilości zarejestrowanych tamże b. mała. Należy położyć nacisk na zwiększenie aktywności przychodni.

Powiat Wieluński.

Akcja przeciwjaglicza najlepiej zorganizowana. Odsetek jaglicy u poborowych, u dzieci szkolnych i ilość zarejestrowanych nie wykazują sprzeczności, lecz logicznie wiążą się ze sobą. Należy jednak przypuszczać, że na terenie powiatu znajduje się jeszcze parę tysięcy niewykrytych chorych jagliczych.

Z powyższego omówienia wynika, że usterki akcji zwalczania jaglicy w Województwie są jeszcze znaczne. Różnice w zajagliczeniu w usprawnieniu zwalczania jaglicy są w różnych powiatach bardzo duże.

Na pierwszy plan występują braki w działalności wywiadowczo-propagandowej, co stoi w związku przede wszystkim z małą ilością wyszkolonych pielęgniarek.

Szczupłe możliwości budżetowe szczególnie ze strony subwencji Ministerstwa Opieki Społecznej nie pozwalają na natychmiastową likwidację wszystkich usterek. Energia i przedsiębiorczość na terenie poszczególnych powiatów mogą jednak dać duże rezultaty przy użyciu własnych środków finansowych. Niektóre lustrowane przeze mnie przychodnie nie posiadały ani leków, ani najprostszyc przyborów jagliczych, jak rozwórki i pałeczki szklane, ani najpotrzebniejszych druków. Tego stanu rzeczy można zawsze uniknąć przy dobrych chęciach w usprawnieniu działalności przychodni i odrobinie energii ze strony kierownika przychodni i lekarza powiatowego.

POSTULATY W DZIEDZINIE HIGIENICZNO-SZKOLNEJ
NA ZJEŹDZIE LEKARZY POWIATOWYCH I LEKARZY
MIAST WYDZIELONYCH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO
W DNIU 26 I 27 KWIETNIA 1937 r.

- A. Podczas odwiedzin szkół powinni lekarze zwracać uwagę na lokale i izby szkolne zwłaszcza na najgorsze, które zupełnie nie odpowiadają swemu przeznaczeniu, jak izby szczupłe (o powierzchni mniejszej, niż 30 m²), niskie, (niższe, niż 2,5 m.), wilgotne, zagrzybione, zimne, ciemne, przechodnie.

Inspektorzy szkolni mają nakazane przez p. Kuratora Okręgu Szkolnego Warszawskiego prowadzenie wykazów takich nieodpowiednich lokalów i izb szkolnych w każdym rejonie inspektorskim, oraz dokładanie wszelkich starań, by jak najprędzej je zlikwidować. Tutaj wydatna pomoc ze strony lekarzy powiatowych, rejonowych i miejskich jest bardzo pożądana i konieczna.

- B. Lekarze, odwiedzający szkoły powszechne, powinni uważać na stan ich czystości oraz na zaopatrzenie wszystkich szkół choćby w najprostsze sprzęty i urządzenia higieniczne, niezbędne do należytego prowadzenia obowiązkowych w myśl nowego programu zajęć praktycznych z kultury życia codziennego. Te sprzęty i urządzenia higieniczne to są: wycieraczki, szczotki do obuwia, szczotki do ubrania, kosze do papieru, „okna do otwierania“, wieszaki do wieszania płaszczy i odzieży, urządzenia do mycia rąk, łącznie z mydłem, ręcznikami, naczynia do picia wody, ustępy możliwe do używania. Oczywiście tu chodzi nie tylko o samo zwracanie uwagi na braki w tej dziedzinie, ale o pomoc i skuteczną interwencję u władz samorządowych.

- C. Podczas odwiedzin szkół powinni lekarze interesować się kołami młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża, które w Województwie Łódzkim są dość rozpowszechnione, a które odgrywają bardzo dużą rolę w pracy wychowawczej, zwłaszcza higieniczno-wychowawczej, ułatwiając wykonywanie programu zajęć praktycznych z kultury życia codziennego, szerząc propagandę higieniczną i przygotowując zastępy młodzieży gotowej do służby społecznej, samarytańskiej w razie klęsk, wojny. Z tego względu żywe intere-

sowanie się lekarzy pracami Kół Młodzieży P. C. K., pomoc przy prowadzeniu kursów ratownictwa ogólnego, przeciwigazowego dla członków Kół jest ze wszechmiar pożądana i niezbędna.

- D. Należy dążyć do zorganizowania należytej stałej opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach miejskich, gdyż w niektórych miastach jej nie ma zupełnie, w wielu — jest ona niedostateczną (zbyt mało godzin przeznaczają się na nią, bardzo dużo dzieci przypada na jednego lekarza, lekarz nie ma do pomocy higienistki, nie ma gdzie badać dzieci, lekarze miejscy są nieraz zbyt przeciążeni, by mogli należycie opiekować się szkołami powszechnymi).
- E. Należy dążyć do wprowadzenia wszędzie rejonów lekarskich, by wszystkie szkoły wiejskie i małomiasteczkowe były pod opieką higieniczno-lekarską, gdyż obecnie albo rejonów nie ma, albo obejmują tylko część szkół w powiatach, albo są zbyt obszerne do obsłużenia, albo lekarze rejonowi nie otrzymują wynagrodzenia albo wreszcie samo sprawowanie opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach jest najrozmaiciej rozumiane i wykonywane przez lekarzy rejonowych, nawet na terenie jednego powiatu (jedni tylko przeglądają dzieci, inni tylko słabsze i wskazane przez nauczyciela, inni badają w kierunku jałglicy, jedni bywają w szkołach 2 razy rocznie, inni — raz, inni raz tylko w części szkół itp.). W celu omówienia warunków, techniki i ujednostajnienia pracy w dziedzinie higieny szkolnej należy organizować w powiatach konferencje lekarzy rejonowych, z udziałem wizytatora higieny szkolnej w Kuratorium O. S. W. i inspektora szkolnego, którzy znając teren szkolny, mogą przyczynić się do tego, by szkoła i dzieci z opieki higieniczno-lekarskiej miały jak największą korzyść,
- F. Chociaż władze szkolne nie organizują i nie finansują opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami powszechnymi, ale tym nie mniej mogą i mają prawo interesować się jej stanem, sposobem wykonywania, a także jej wynikami. Z tego względu konieczne jest na prośbę Kuratorium przesyłanie przez lekarzy powiatowych, rejonowych i miejskich danych ilustrujących tę opiekę w postaci krótkich sprawozdań wg. schematów. Są one potrzebne dla zobrazowania stanu higieny szkolnej w okręgu na użytek Ministerstwa W. R. i O. P., odnośnych Województw i Kuratorium.

DYSKUSJA W ZWIĄZKU Z REFERATAMI, WYGŁOSZONYMI W PIERWSZYM DNIU ZJAZDU.

Dr. Staśkiewicz z Kalisza: Nawiązując do referatu p. dr. St. Ładyńskiego stwierdza, iż u siebie w powiecie nie widzi tej poprawy, jaka istnieje w innych powiatach, według twierdzenia p. dr. Ładyńskiego. Jeżeli chodzi o jaglicę, to na odwrót ma coraz więcej zarejestrowanych wypadków.

W myśl zalecenia Pana Wojewody należałoby wybudować w powiecie kaliskim 130 studzien publicznych; w okresie ostatnim zgłosiły akcję w tym kierunku 3 gminy. Oznaczanie studzien tabliczkami o zdatności, czy niezdatności wody do picia uważa za niecelowe. Zapoczątkował na swoim terenie kwalifikowanie studzien i prowadzi ich kartotekę. Zapytuje jak ta dziedzina wygląda na terenie innych powiatów.

Zapytuje również, ile powiaty z ogólnych budżetów przeznaczają na budżety zdrowia i jakie jest wynagrodzenie lekarzy sejmikowych, a następnie jak się przedstawia sprawa obsadzenia położnych i lecznictwa w zakresie dworów służby folwarcznej.

Jeżeli chodzi o prowadzenie ewidencji szczepień ospy, to zdaniem jego należałoby zaprowadzić kartoteki.

Stwierdza w końcu, iż ilość gruźlicy na terenie jego powiatu wzrasta, umieralność na tę chorobę się zwiększa, chorych wenerycznych z roku na rok przybywa, dzieci zabrudzonych nie ubywa, szkół nie przybywa, a śmiertelność wśród niemowląt, pomimo istnienia 4-ch stacyj opieki wzrasta.

Dr. Kaltgrad ze Zgierza: Komunikuje, iż Zgierz dużym kosztem przeprowadził oczyszczenie stawu miejskiego, co wybitnie zmniejszyło chorobowość; na terenie Zgierza istnieje b. duże kąpielisko i następnie, że w roku bieżącym została oddana do użytku publicznego nowa rzeźnia miejska, posiadająca urządzenia chłodnicze, ogłuszające itp. W Zgierzu prowadzony jest ośrodek zdrowia, opieka nad gruźliczymi, prowadzona jest przychodnia przeciwjaglicza, skutkiem czego ilość zajągliczonych zmniejsza się wydatnie. Uruchomiona została poradnia sportowo-lekarska i stacja opieki nad matką i dzieckiem. Przeznaczono również pewne sumy na utrzymanie studzien, wszystkie studnie są zaopatrzone w odpowiednie tabliczki, wskazujące zdatność ew. nie-

zdatność wody do picia. Nieczystości zostają usuwane przez sieć ściekową z wylotem do rzeki Bzury, sama rzeka Bzura jest na terenie miasta regulowana.

Jeżeli chodzi o wychowanie fizyczne, to wybudowany został stadion sportowy i w roku bieżącym będzie oddany do użytku.

Przechodząc do stron ujemnych zaznacza, iż w bardzo szczupłym pomieszczeniu mieści się ośrodek zdrowia, brak jest odpowiednich budynków szkolnych oraz ogródków jordanowskich.

Dr. Bachański z Brzezin: Komunikuje, iż na terenie powiatu były przeprowadzane szczepienia przeciwbłonicze w ciągu 4-ch miesięcy; zaszczepiono b. dużo dzieci. Obecnie prosi o wyjaśnienie, jak długo można przechowywać szczepionkę przeciwbłoniczą i jakie są zewnętrzne oznaki jej zepsucia.

Prof. dr. L. Hirszfeld: Na każdym flakonie podana jest data, do której szczepionka jest zdatna do użycia.

Insp. dr. St. Tubiasz stwierdza, iż opieka zdrowotna nad ludnością najgorzej przedstawia się na wsi, gdzie brak jest i lekarzy i innego personelu. Na terenie Województwa Łódzkiego znajduje się tylko 14 ośrodków zdrowia. Jest to b. mało choćby w porównaniu do Województwa Warszawskiego, gdzie tych ośrodków jest 40 i kilka. Nie znaczy to jednak, aby w Województwie Łódzkim nie zajmowano się sprawami higieny społecznej, ale akcja ta jest prowadzona w instytucjach rozproszkowanych, gdyż oddzielnie są przychodnie przeciwgruźlicze, przeciwjaglicze, przeciwweneryczne, stacje opieki nad matką i dzieckiem itp. Stacyj opieki nad matką i dzieckiem jest 37, przychodni przeciwwenerycznych 22, a zorganizowanych ośrodków zdrowia tylko 14. To utrudnia zadanie lekarzom w terenie i to należy scalić. Należy te instytucje zaopatrzyć w odpowiedni personel lekarski, pielęgniarski i kontrolerski. Wymagane od lekarzy przeszkolenie, odpowiednie kursy są prowadzone; prosi aby kandydatów do Warszawy na nie kierowali. Personel pielęgniarski w terenie nie jest zadowalniający, gdyż mało jest pielęgniarek z dwuletnim przeszkoleniem. Kontrolerów sanitarnych też jest za mało i należy ilość ich zwiększyć, aby byli do pomocy lekarzom okręgowym. Wykwalifikowanych kontrolerów sanitarnych posiada Państwowa Szkoła Higieny w Warszawie i do niej należy się zwracać w tej sprawie.

Jeżeli chodzi o pomieszczenia na ośrodki zdrowia, to obecnie został rozesłany plan wzorowy dla małych ośrodków. Ministerstwo chętnie udziela pomocy w granicach 50% na budowę nowych specjalnych budynków.

Piętą Achillesa jest strona finansowa. Samorządy wprawdzie dają, ale nie zawsze tyle, ile potrzeba; trzeba więc wyszukać innych źródeł. Słyszeliśmy głosy, że należy nawiązać kontakt z Ubezpieczalnią Społeczną, ale że Ubezpieczalnie niechętnie udzielają swojej pomocy. Otóż Ubezpieczalnie są obowiązane do tego, o tym mówi ustawa. Gdyby gdzieś koledzy napotkali na większe trudności, proszę się odwoływać do władz przełożonych, które udzielą pomocą w tym zakresie. To samo dotyczy P.C.K. i innych instytucyj w terenie. Sądzi, że wspólnym wysiłkiem tych wszystkich instytucyj będzie można w ciągu lat kilku zorganizować należytą sieć i za pomocą niej roztoczyć odpowiednią opiekę lekarską.

Przewodniczący Zjazdu dr. B. Salak: W Tomaszowie Maz. w tym roku po powodzi miało być przeprowadzone szczepienie przeciwko durowi brzuszemu i nie zostało to wykonane. W powiecie kolskim istnieje cała sieć lekarzy rejonowych, ale nie wiemy, jakie są ich prawa i obowiązki; zapytuje, kiedy będzie uruchomiony w Kole ośrodek zdrowia. W powiecie konińskim, a zwłaszcza w Koninie musi ulec poprawie kontrola żywności i musi być tak przeprowadzana, aby Państwowy Zakład Higieny mógł zaufać tej instytucji. W Koninie znajduje się piękny budynek ośrodka zdrowia, ale wiele więcej o tej placówce powiedzieć nie można. Chciałbym, aby praca w tym ośrodku poszła w należytem tempie. W powiecie łaskim rzuca się w oczy chaotyczność w zakresie zwalczania chorób wenerycznych. W Pabianicach brak naczelnego lekarza miejskiego, któryby prowadził politykę sanitarną. W powiecie łęczyckim należy podnieść poziom organizacyjny ośrodków zdrowia w Witoni i Poddębicach.

Insp. dr. K. Mitkiewicz w odpowiedzi dr. Trybuchowskiemu komunikuje, iż inspektorzy szkolni obowiązani są brać udział w pracach kół młodzieży P. C. K. Oświadczą, iż pyłochłonowanie nie wyklucza szorowania podłóg w szkołach.

Dr. Staśkiewicz zapytuje, jak postępować ze szkołami, mieszczącymi się w nieodpowiednich pod względem sanitarnym budynkach.

Insp. dr. K. Mitkiewicz prosi, aby w powyższych sprawach pp. Lekarze powiatowi zwracali się do niego i wówczas wspólnymi siłami sprawy te będą likwidowane.

Na tym o godz. 15 min. 25 pierwszy dzień zjazdu zakończono.

STYCZNE OPIEKI SPOŁECZNEJ ZE ZDROWIEM PUBLICZNYM.

Mówiąc o stycznych Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej, jako reprezentant jednego tylko z tych działów, z natury rzeczy ograniczyć się muszę — tak ze względów zasadniczych jak i technicznych — do jednostronnego potraktowania momentów, w których funkcja pracownika opieki społecznej spotyka się jak gdyby z funkcją lekarza przy tym samym obiekcie ich zainteresowania.

Fakt zazębiania się wspomnianych funkcji jest dla wszystkich, mających choćby pobieżnie do czynienia z tymi sprawami, oczywisty i — jako taki — kwestionowaniu podlegać nie może, a w szeregu wielu problemów społeczno-państwowych funkcje te stoją najbliżej siebie, jeżeli bowiem weźmiemy np. resort oświecenia publicznego, to, aczkolwiek ma on wiele wspólnego tak ze zdrowiem jak i opieką społeczną, stosunek jego z poprzednimi jest daleko luźniejszy.

Jednakże przyznać należy, że samo skonstatowanie faktu istnienia wspólnych cech nie wprowadza nas jeszcze dostatecznie w meritum łączności tych zagadnień i nie unaocznia tych wszystkich momentów, w których funkcje społeczne, odpowiadające każdemu z nich, nie mogłyby skutecznie zwalczać przeszkód, gdyby dążyły do celu w pojedynkę. To też pragnąłbym w kilku zdaniach przypomnieć tok rozwoju tych spraw wogóle, oraz zwrócić uwagę na stanowiska, jakie zajmowały w stosunku do nich różne czynniki powołane w odpowiednich momentach do stanowienia o wadze tych zagadnień i potrzebie ich realizowania.

Jakkolwiek struktura administracji poszczególnych państw nie zawsze łączy sprawy zdrowia publicznego ze sprawami opieki społecznej w jednym resorcie ministerialnym, separując je od siebie zarówno w zarządzie centralnym jak i na niższych szczeblach i zespalając je kolejno z innymi działami, nie osłabia to słuszności pierwotnie wyrażonego założenia, bowiem takie lub inne uregulowanie tego stosunku w danym wypadku zależne jest od czynników ubocznych, jak kształtowanie się warunków politycznych i gospodarczych w danym państwie, a zwłaszcza od szeregu względów koniunkturalnych jak np. przewaga takich czy innych poglądów w łonie ciał ustawodawczych i gabinetów rządzących.

Nadmienić trzeba, że tam, gdzie system rządzenia i rozbudowa administracji postępowała bez przerw i wstrząsów, układ tych stosunków kształtował się raczej pod kątem przyrodzonej skłonności do kontynuowania utartych sposobów jako najwygodniejszych, bo wypróbowanych, niż uprawiania eksperymentów w poszukiwaniu nowych racjonalniejszych, a tym samym lepszych form organizacji. — Te dwie metody pozostają zresztą w ścisłej zależności od przewagi w danym momencie jednego z wzajemnie zwalczających się prądów postępu i zachowawczości w szeregu państw, wśród których kierunki te miały najbardziej wyraźny charakter. Najbardziej typowymi przedstawicielami tych kierunków są z jednej strony Anglia i Niemcy, przodujące w rozbudowie urządzeń społecznych, z drugiej zaś Francja i Stany Zjednoczone (oczywiście te z doby ubiegłej), gdzie zagadnienia socjalne pozostawione były prawie całkowicie inicjatywie prywatnej i filantropii.

U nas proces ten postępuje w sposób całkowicie swoisty właśnie dlatego, że odbywa się w jedynie sobie właściwych warunkach. Kataklizmy polityczne końca osiemnastego stulecia, likwidując rozwój naszej państwowości wogóle, powstrzymały również wszelki postęp w dziedzinie pracy społecznej i jej zdobyczy.

Wyłaniające się z pomroki dziejów zadatki lepszego jutra, które dzięki wysiłkom przodujących umysłów, miały niebawem rozświetlić sferę przesądów i zacofania, zniszczone zostały przez siły wrogie, jako że nie odpowiadały, a nawet były wręcz niebezpieczne dla celów ich polityki.

Zapowiadające się obiecująco nowe prądy społeczno-wychowawcze poplątane i zróżniczkowane zostały, a szlachetne zamiary krzewienia postępu stłumione przez trzy różne, lecz prawie że zgodne w swym działaniu destrukcyjnym, w stosunku do naszej całości duchowej i gospodarczej, potęgi polityczne. Zróżniczkowanie to odbiło się do tego stopnia na naszym życiu społecznym, że z chwilą odzyskania możności samostanowienia o własnym losie i urządzania swego gospodarstwa społecznego, nieodzownym stało się wszczęcie poszukiwań w kierunku tworzenia nowej formy, opartej częściowo na cudzych doświadczeniach zastępujących brak własnej ciągłości rozwojowej. Że zaś obcych wzorów nie można było żywcem przenosić w nasze rodzime warunki bytu, przy odbudowie tego odcinka życia społecznego musiały powstać nowe koncepcje, tak co do formy jak i treści właściwej, tj. wytwarzania wartości materialnych, stanowiących wespół z wartościami ideowymi istotę samego zagadnienia.

Pod względem materialnego dorobku w tej dziedzinie należało dopędzać sąsiadów, którzy nas znacznie wyprzedzili.

Jeżeli chodzi o cofnięcie się nasze w tym względzie to obydwaj tytułowe zagadnienia niniejszego tematu nie były odosobnione i dzieliły los wszystkich tych problemów, których właściwy rozwój prawie w całym świecie przypada na lata naszej niewoli. U nas w tym okresie proces rozwoju zagadnień socjalnych został całkowicie zahamowany, a funkcje państwa w tym zakresie, podejmowane siłą konieczności przez społeczeństwo, nie były planowe ani skoordynowane.

Dopiero z chwilą odrodzenia państwowości polskiej, nabrzmiała brakiem zaspokojenia potrzeba urzędzeń socjalnych, głosami przedstawicieli świata pracy domagać się poczęła tak dawno upragnionych spełnień. A więc rozgorzeć musiała i rozgorzała praca tak nad budową treści, czyli istoty tych zagadnień, jak i nad tworzeniem dla niej właściwej formy, co wreszcie znalazło wyraz w wydaniu ustawy z dnia 16. VIII. 1932 r. o opiece społecznej.

Istota opieki społecznej oraz troski o zdrowie ogółu to nic innego jak walka z pewną grupą negatywnych zjawisk społecznych, prowadzona przy pomocy zarówno środków idealnych, jak i materialnych, wytworzonych i nagromadzonych bądź bezpośrednio, bądź drogą przetwarzania energii ludzkiej na dobra materialne. Jest ona swego rodzaju samoobroną, spełnieniem nakazów życia i, jako taka, nie tyle jest konsekwencją, ile bodźcem działania woli społecznej.

Forma zaś jaka się nada akcji opieki to wynik dokładnego rozplanowania tej akcji i przyjęcia pewnego systemu poszukiwania najkorzystniejszego rozwiązania danego zagadnienia.

To też w rezultacie takich właśnie dociekań i poszukiwań najwłaściwszej formy dwie funkcje społeczno-państwowe, o których mowa, w różnych okresach naszego życia państwowego i udoskonalenia jego administracji, łączone były z sobą lub rozdzielane, przy czym resort zdrowia publicznego, po próbie wtłoczenia go w ramy określone dla administracji spraw wewnętrznych kraju, z powrotem złączony został w ostatniej instancji z opieką społeczną, której najprawdopodobniej jest częścią składową.

Choć nie ma podstaw do twierdzenia, że taki stan jest ostatnim etapem eksperymentowania w tej materii, to jednak należy przyjąć go za stan faktyczny, zaś z faktu tego wynika niezaprzeczalność bliskiego pokrewieństwa tych dwóch dziedzin pracy społecznej, a co za tym idzie konieczność ścisłej ich współpracy i wzajemnego uzupełniania się.

Pozwolę sobie nadmienić przy sposobności, że konieczność ta podkreślona została między innymi w przemówieniu p. Ministra Opieki Społecznej, który w styczniu r.b. na ostatnim zjeździe naczelników Wydziałów Wojewódzkich Zdrowia Publicznego oraz Pracy i Opieki wyraźnie zaznaczył, iż panowie lekarze, pracując dla podniesienia

poziomu zdrowia wśród obywateli, walcząc z chorobami i uprzedzając je, wykonywują część opieki społecznej, której jednym z podstawowych zadań jest troska o podtrzymanie zdrowia wśród biednej ludności, a tym samym zapobieganie szerzeniu się chorób, sprzyjających karłowaceniu i degeneracji pokoleń. P. Minister zaznaczył również, że opieka społeczna obejmująca swym działaniem dobroczynnym ludzi, którzy radzić sobie nie mogą, służyć powinna przede wszystkim chorym jako najbardziej bezradnym i tej opieki potrzebującym.

A więc tak czy inaczej spróbujemy podchodzić do tych zagadnień, dojdziemy do konkluzji, że piecza nad zdrowiem obywateli jest jedną ze składowych części opieki społecznej i, jakkolwiek zasięg działania resortu zdrowia publicznego wybiega niekiedy po za obręb zainteresowań opieki społecznej, która w bezpośrednim działaniu wyłącznie ubogich i upośledzonych ma na względzie, to jednak zgodzić się musimy, że ścisła współpraca i koordynacja poczynań nie może uchodzić uwagi żadnego z tych dwu czynników.

Upostaciowaniem istoty zadań spełnianych przez Wydziały Zdrowia i Opieki jest nie kto inny, jak lekarz społecznyby lekarz urzędowy, pracownik działu opieki społecznej oraz opiekun społeczny. Ktokolwiek z laików nawet zetknął się z tymi ludźmi przy wykonywaniu ich zawodowych obowiązków musi nabrać przeświadczenia, że zabiegi i usiłowania jednego z nich nie tylko nie osiągnęłyby celu, ale wyniki ich zginęłyby w zarodku, gdyby nie natychmiastowe i pełne zrozumienie potrzeby poparcia ze strony drugiego.

Czy mamy do czynienia z dzieckiem mało odpornym na działanie zarasków chorobotwórczych, które po odniesieniu zwycięstwa nad chorobą przy pomocy lekarza, dla wzmocnienia wyczerpanych sił potrzebuje odpowiednich warunków, zapobiegających nowym atakom choroby, względnie ostatecznym wycieńczeniu, czy z człowiekiem dorosłym, którego zły stan zdrowia pozbawił zdolności do pracy, po odejściu lekarza, który zrobił swoje, musi zjawić się opiekun społeczny z radą lub pomocą materialną.

Współpraca ta występuje na każdym odcinku naszej działalności, a kontakty bliższe czy dalsze zawsze winny być żywe, bo czy weźmiemy takie zadanie jak kolonie letnie, stanowiące jedną z kompetencji właściwej opieki społecznej, czy sprawę pomocy niemowlętom, reprezentowaną przez stacje opieki nad matką i dzieckiem, czy opiekę nad macierzyństwem, zakłady zamknięte, a jak dziś brzmi nazwa, całkowitej opieki nad dzieckiem i młodzieżą, sprawy fundacji na cele opiekuńcze i szpitalnictwa, akcję dożywiania dzieci i młodzieży, b. rozległą dziedzinę opieki otwartej nie, nie mówiąc już o tak wybitnych przykładach, jak piecza nad dziećmi wymagającymi opieki specjalnej

oraz zakłady dla osób o zmniejszonej poczytalności, wszędzie występuje lekarz jako czynnik bądź decydujący, bądź doradczy, ale zawsze nieodzowny. — Jego współpraca z działem społecznym przy projektowaniu, planowaniu, organizacji, a zwłaszcza wykonywaniu opieki odgrywa jeśli nie główną to w każdym razie pierwszorzędną rolę.

To też opierając się na wyliczonych wyżej momentach, na terenie których ma miejsce właściwa kolaboracja lekarza z pracownikiem opieki społecznej, stwierdzić można, że wspólną platformą zetknięcia się interesów obydwu działaczy powinien być zasadniczo całokształt opieki społecznej, wykonywanej poprzez wszystkie szczeble i instancje administracji państwowej oraz samorządu terytorialnego, a także instytucji społecznych.

W stosunku do Panów lekarzy powiatowych i miejskich Wydział Pracy i Opieki miałyby — poza ogólną prośbą o wzięcie bardziej żywego udziału w pracy opieki społecznej — następujące konkretne życzenia:

1. by PP. Lekarze periodycznie odwiedzali zakłady opiekuńcze prywatne i samorządowe i w wypadku stwierdzenia anty-sanitarnego stanu instytucji bezzwłocznie komunikowali o tym Urzędowi Wojewódzkiemu, zaś w wypadkach wyjątkowo jaskrawych wydawali w zakresie własnych upoważnień stosowne zarządzenia, przesyłając ich odpis właściwej władzy nadzorczej,

2. interesowali się stanem zdrowia wychowanków i pensjonariuszów zakładów opiekuńczych ew. przy wykorzystywaniu istniejących kart zdrowia,

3. wysuwali wnioski pod adresem władz nadzorczych co do konieczności udzielania pomocy finansowej zakładom opiekuńczym jeśli pomoc ta przyczynić się może do podniesienia stanu zdrowego osób umieszczonych w zakładach opiekuńczych,

4. badali normy odżywiania pensjonariuszów, a nawet w pewnych wypadkach metody wychowawcze, stosowanej opieki.

5. czuwali nad tym aby wszystkie placówki opiekuńcze miały zapewnioną należytą opiekę lekarską,

6. współdziałali z organami opieki społecznej przy wykonywaniu czynności kontrolujących,

7. współdziałali w nadzorowaniu kolonii letnich dla dzieci i młodzieży zwłaszcza w zakresie sanitarnym i zdrowotnym.

Niewątpliwie wszystkie te życzenia pokrywają się z kompetencjami Panów Lekarzy, w danym jednak wypadku nie chodzi mi o powoływanie się, ani na ich kompetencje, ani służbowe obowiązki, którymi Panowie i tak są napewno przeciążeni, lecz raczej o odwołanie się do

Ich poczucia obywatelskiego, aby zechcieli możliwie najwydatniej współdziałać na tym odcinku pracy, który ich wiedzy i doświadczenia tak bardzo potrzebuje, a jest tak bliski zawodowi lekarza.

Kończąc wyliczanie tych kilku spostrzeżeń i luźnych uwag, poczynionych na tle naszego współżycia zawodowego, w imieniu moich współpracowników w dziale opieki społecznej na terenie Województwa Łódzkiego i we własnym, składam wszystkim uczestnikom zjazdu na ręce jego organizatora Pana dr. Salaka życzenia całkowitego osiągnięcia powziętych zamierzeń. Jednocześnie pozwalam sobie prosić zebranych, by zechcieli odnosić się do naszych poczynań i wysiłków z uznaniem i zrozumieniem trudności, jakie w trakcie naszej pracy napotykamy, wyniki zaś naszych częstokroć nieudolnych zabiegów kwalifikować tak przychylnie, jak wysoko my pozwalamy sobie oceniać Ich żmudną, odpowiedzialną, ofiarną i niebezpieczną, a często niewdzięczną pracę dla dobra współobywateli.

Wreszcie pragnę Panów zapewnić, że my ze swej strony zrobimy wszystko, aby Im pracę w miarę możliwości ułatwić, co niewątpliwie pozwoli nam w szybkim tempie zbliżyć się do osiągnięcia wspólnych ideałów.

ORGANIZACJA SAMORZĄDOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA W POWIECIE WIELUŃSKIM.

Referat na zjazd lekarzy Powiatowych Województwa Łódzkiego w kwietniu 1937 r. na polecenie Urzędu Wojewódzkiego z dnia 28 stycznia 1937 roku Nr. ZA. V-5/2/37.

Samorządowa służba zdrowia w powiecie wieluńskim we właściwym tego słowa znaczeniu nie jest należycie zorganizowana. Są to raczej jej prymitywy.

Powiat jest podzielony na 8 rejonów sanitarnych, a mianowicie: 1) Wieluń-miasto, 2) Wieluń-okolice, 3) Praszka, 4) Wieruszów, 5) Działoszyn, 6) Bolesławiec, 7) Lututów i 8) Osiaków. Granice tych rejonów stanowią granice poszczególnych gmin, do tych rejonów przydzielonych. — Podział ten jednakże nie odpowiada warunkom życiowym i jest nieodpowiedni tak ze względów komunikacyjnych, jakoteż i terenowych. — Podział taki nie jest respektowany przez ludność, gdyż zdarza się częstokroć, że mieszkańcy pewnej ilości osiedli mogą się prędzej i wygodniej dostać do miasta powiatowego, wzgl. miasteczka, nie wchodzącego w skład swojego rejonu. — Wpływa to na nieregularną frekwencję chorych w rejonowych przychodniach społeczno-lekarskich oraz na przeciążenie innych rejonów sąsiednich. — Wszystkie rejonu sanitarne z wyjątkiem Osiakowa posiadają stałych lekarzy rejonowych. Lekarze ci jednak, opłacani przez samorząd powiatowy dość skromnie, 125 zł. miesięcznie — ograniczają swoje funkcje przeważnie do prowadzenia miejscowych przychodni przeciwjagliczych, a ostatnio, tzn. w r. 1935 do dokonywania masowych przeglądów dzieci szkolnych w kierunku wykrywania utajonych przypadków jaglicy, za co są oddzielnie opłacani z subwencji rządowych (po 100 zł. rocznie). — Przeglądy te ograniczają się do jednego w każdej szkole rocznie i zostały w r. 1935 dokonane zaledwie w 50 proc. szkół. — Pobory lekarzy rejonowych z małymi wyjątkami (Lututów) są wypłacane bardzo nieregularnie nieraz z kilkunastomiesięcznym opóźnieniem. Miejskich lekarzy sanitarnych w ścisłym znaczeniu nie posiada żadne miasto w powiecie. Wieluń i Wieruszów posiadają wprawdzie tzw. lekarzy miejskich, jednakże czynności tych lekarzy ograniczają się wyłącznie do leczenia ubogich chorych i przeglądów dziatwy szkół miejskich.

Pomocnicza samorządowa służba zdrowia składa się:

Z pielęgniarek wzgl. felczerów, pełniących służbę w terytorialnych 7 przychodniach przeciwnagliczych z płacą 50 zł. miesięcznie i 3 stacjach opieki nad dzieckiem i matką w Wieluniu, Wieruszowie i Praszce. — Poza tym Wydział Powiatowy zatrudnia w referacie sanitarnym Starostwa jednego kwalifikowanego kontrolera sanitarnego i kontrolera środków spożywczych w jednej osobie oraz felczera, pełniącego obowiązki powiatowego dezynfektora i kontrolera studzien (bez wykształcenia specjalnego). Personel pielęgniarstwa w przychodniach społeczno-lekarskich (a jest ich 11) niema bądź to żadnych kwalifikacji ani też wykształcenia, bądź też wykształcenie niezupełne (dotychczas dopiero 1 pielęgniarka otrzymała tymczasowe zaświadczenie rejestracyjne w myśl ustawy o pielęgniarstwie. Personel pielęgniarstwa nieraz po kilka miesięcy nie otrzymuje poborów.

Pomoc położnicza jest nie wystarczająca, powiat potrzebuje 80 położnych kwalifikowanych, a posiada ich zaledwie 20. Żadna z położnych nie pobiera jakichkolwiek subwencji. — To też szerzy się paractwo położnicze, uprawiane przez „babki”, a położne wegetują i skarżą się na brak klienteli, gdyż ludność woli wzywać tańszą „babkę”, a gminy niechętnie opłacają za swych ubogich kwalifikowaną pomoc położniczą.

Sprawa oglądaczy zwłok, z wyjątkiem miast nie ruszyła z miejsca.

Samorząd powiatowy do ostatnich czasów nie posiadał zorganizowanego należycie referatu sanitarnego. Sprawy zdrowia publicznego załatwia dorywczo zupełnie niekwalifikowany pracownik, a poważniejsze sprawy załatwia sekretarz Wydziału Powiatowego, który od czasu do czasu zasięga porady fachowej lekarza powiatowego. Nad tym wszystkim dominuje brak fachowego kierownictwa, brak planu polityki sanitarnej, jakiegokolwiek systematycznej kontroli i inicjatywy. Czego nie wykołaczę z wielkim trudem i nakładem pracy lekarz powiatowy, tego się nie robi i w tych warunkach nigdy nie robi.

Od kilku lat było moim celem znaleźć sposób wybrnięcia z tego impasu. Zacząłem badać, gdzie tkwi właściwie źródło i przyczyna złego? Zdawałem sobie dokładnie sprawę z tego, że gospodarkę sanitarną w powiecie należy ująć w swoje ręce. Należało stworzyć sobie należycie obmyślany i przemyślany plan działania, następnie pokonać największą i najgroźniejszą przeszkodę, a mianowicie znaleźć realne środki finansowe na przeprowadzenie tego planu, co w latach ciężkiego kryzysu gospodarczego nie było znowu rzeczą tak łatwą. — Oprócz tego dla nowej koncepcji trzeba było pewnego, autorytatywnego poparcia, gdyż — jak wiemy — samorządy nie idą tak łatwo na eksperymenty, których realizacja nie ma widoków, albo nie wydaje się realną.

Pragnąc się przekonać, czy moja koncepcja posiada taką realną wartość — skorzystałem z nadarzającej się właśnie sposobności i wziąłem udział w konkursie, rozpisany w lipcu 1935 roku przez Ministerstwo Opieki Społecznej na pracę na temat: „Projekt uzdrowotnienia powiatu” i opracowałem ten temat tak bardzo dla zagadnień polityki sanitarnej samorządowej aktualny. — Praca moja otrzymała w tym konkursie II nagrodę. Można było zatem zaryzykować z dużym prawdopodobieństwem powodzenia wprowadzenia moich koncepcji w życie na terenie powierzonego mi powiatu. Zabrałem się do tego zaraz po otrzymaniu wyniku konkursu tj. w połowie listopada 1936 r.

Pokrótce postaram się podać wytyczne, jakimi się obecnie kieruję.

Na podstawie szczegółowych, kilkuletnich studiów, przeprowadzanych nad sposobami budżetowania samorządu powiatowego, jak również samorządów miejskich i wiejskich doszedłem do następujących wniosków:

Cały ciężar prowadzenia akcji sanitarnej w dziale zapobiegania chorobom wraz ze świadczeniami personalnymi służby zdrowia spoczywa bodajże od czasu odzyskania naszej państwowości na barkach samorządu powiatowego, który pod tym ciężarem się ugina i dalszego obciążenia finansowego w tym kierunku nie wytrzyma. Samorządy zaś miejskie, a wiejskie w szczególności biorą w tej akcji minimalny udział. Wyjaskrawia się to zwłaszcza w gminach wiejskich, które np. w roku budżetowym 1935/36 ze swych budżetów, wynoszących kwotę 614,423 zł. przeznaczyły na akcję zapobiegawczą zaledwie 4.270 zł. czyli 0,7 proc. — Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę, że z tych 4.270 zł. — 3.925 zł. przeznaczono na P. W. i W. F. to dojdziemy do takiego absurdu, że 25 gmin wiejskich w powiecie wieluńskim przeznacza na akcję zapobiegawczą (poza P. W. i W. F.) rocznie 345 zł.

Te same zaś gminy wiejskie w tym samym roku budżetowym przeznaczyły ze swych budżetów ogólnych kwotę 32.920 zł. tzn. 5,4 proc. ogólnych budżetów na leczenie ubogich chorych. — Razem budżet z działu VIII zdrowie publiczne gmin wiejskich w tymże roku wynosił kwotę 38.034 zł. czyli 6,1 proc. budżetu ogólnego.

Nie dużo lepiej przedstawia się ta sprawa w gminach miejskich (3 miasta).

Stąd wniosek, że rozkład świadczeń finansowych w samorządzie wieluńskim na cele zdrowotne jest zupełnie fałszywy i nieodpowiadający potrzebom. Samorząd powiatowy, jak już zaznaczyłem ugina się pod ciężarem wydatków na akcję zapobiegawczą i nie może sprostać czekającym go w tym kierunku zadaniom, a samorządy miejskie i wiejskie prawie zupełnie się od tej akcji izolują, dźwigając znowu na swych barkach cały ciężar leczenia ubogiej ludności. Należy poza

tym wziąć pod uwagę, że samorządy te wogóle na cele zdrowotne wydają mało, bo budżety sanitarne z działu VIII stanowią w samorządach miejskich od 10 do 15 proc., a w samorządach wiejskich przeciętnie 6,1 proc. budżetów ogólnych przy czym większość gmin wiejskich świadczy poniżej tego odsetka, a są gminy takie, których odsetek ten wynosi zaledwie 0,9 proc. Dają one zatem wogóle mało na cele zdrowotne, i tą drobną sumą gospodarują źle.

Mamy wrażenie, że stosunki te układają się podobnie nietylko w innych powiatach naszego województwa, ale i na terenie całego Państwa. To też nie jest dobrze i nie może być dobrze w Polsce ze zdrowiem publicznym dopóty, dopóki polityka finansowa samorządów miejskich i wiejskich w tym dziale nie ulegnie radykalnej i szybkiej zmianie, jeżeli nie w drodze dobrowolnej ewolucji z inicjatywy własnej tychże samorządów to nawet w drodze zarządzenia państwowych władz nadzorczych.

Wychodząc z takich przesłanek należy dojść do następujących, logicznych wniosków:

Dotychczasowe wysiłki finansowe samorządów miejskich i wiejskich, jak również samorządu powiatowego należy bezwzględnie skoordynować i ująć w ramy jednolitej, planowej polityki sanitarnej na terenie całego powiatu tak, aby nie dopuścić do rozproszkowania z takim trudem zdobywanego grosza publicznego.

Konkretnym i widowym wynikiem takiego podejścia do tej sprawy będzie utworzenie już w nadchodzącym roku budżetowym tzw.: „Powiatowego Funduszu Zdrowotnego”.

Fundusz ten będzie się składał ze świadczeń finansowych wszystkich samorządów, tak powiatowego, jak też i miejskich i wiejskich z całego działu VIII budżetu.

W swej pierwotnej koncepcji proponowałem przelewać do Funduszu Zdrowotnego tylko świadczenia na akcję zapobiegawczą, powiększone przez zmniejszenie świadczeń na lecnicstwo. Władze jednakże naczelne państwowej służby zdrowia rozszerzyły ten projekt na wszelkie świadczenia samorządów na cele zdrowotne, czyli cały budżet sanitarny z działu VIII, moim zdaniem całkiem słusznie.

Wobec tego wychodzimy obecnie z następującego założenia:

Samorząd powiatowy, jak też samorzady miejskie i wiejskie muszą prowadzić wspólną gospodarkę i politykę sanitarną według jednolitego planu i połączyć swe wysiłki finansowe na ten cel. Stawiamy na równi co do znaczenia tak lecnicstwo, jak też i akcję zapobiegawczą i oddajemy te sprawy czynnikom fachowym pod kierownictwem Naczelnego Lekarza Samorządu Powiatowego, który jest wobec swoich przełożonych władz odpowiedzialnym za jej całokształt. Akcję tę

opieramy na odpowiednio zorganizowanej samorządowej służbie zdrowia publicznego oraz ośrodkach zdrowia.

Podstawą finansową tej akcji jest: „Powiatowy Fundusz Zdrowotny”. Jakie efekty może on przedstawiać w nadchodzącym roku budżetowym?

Opierając się na danych z roku budżetowego 1936/37 dochodzimy do następujących danych:

1) Samorząd powiatowy preliminował w dziale VIII budżetu	45.601 Zł.
2) Samorzady miejskie (3 miasta)	36.000 Zł.
3) Samorzady wiejskie (25 gmin)	37.536 Zł.
R a z e m	119.137 Zł.
do tego dochodzi	
4) Fundusz jagliczy około	1.500 Zł.
5) Subwencja rządowa na walkę z jaglicą	6.000 Zł.
R a z e m:	126.637 Zł.

Z tej sumy należy odliczyć kwotę około 12.000 zł., jako subwencję dla Powiatowego Komitetu P. W. i W. F. oraz 15 proc. tj. 8.243 zł. Tytułem kosztów leczenia szpitalnego ubogich chorych (obliczono od kwoty 54.956 zł. preliminowanej przez samorzady miejskie i wiejskie dotychczas na leczenie), która to kwota powinna obciążać dział IX opieki społecznej i tam budżetowo figurować.

Fundusz zdrowotny będzie zatem przedstawiał kwotę około 106.000 zł.

Samorzady powiatowe, miejskie i wiejskie wpłacają kwoty, preliminowane w dziale VIII swoich budżetów do Komunalnej Kasy Oszczędności powiatu wieluńskiego na konto funduszu zdrowotnego. Fundusz ten posiada swój regulamin, zatwierdzony przez Wieluńską Radę Powiatową i władze nadzorcze. Zarządza nim Powiatowa Komisja Zdrowia Publicznego, a stałym referentem jest Naczelnny Lekarz Samorządowy, który sporządza rok rocznie plan jego wydatkowania i przedstawia ten plan do zatwierdzenia Komisji Zdrowia Publicznego oraz Wieluńskiej Radzie Powiatowej.

Co w takim planie należy uwzględnić?

Przede wszystkim organizację samorządowej służby zdrowia publicznego, opartej o ośrodki zdrowia, którą przedstawiam sobie następująco:

Wydział Powiatowy powołuje do życia samorządowy referat zdrowia publicznego i wprowadza etat Naczelnego Lekarza Samorządowego, który jest kierownikiem tego referatu i szefem samorządowej służby zdrowia publicznego. W myśl wytycznych naczelnnych władz państwowej służby zdrowia publicznego w Łodzi po uzyskaniu aprobaty i życzliwego poparcia Pana Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego w Łodzi została przeprowadzona za-

sada zespolenia agend państwowej i samorządowej służby zdrowia na szczeblu powiatowym w ręku państwowego lekarza powiatowego.

Z dniem więc 1 kwietnia br. objąłbym agendy Naczelnego Lekarza Samorządowego powiatu wieluńskiego.

Zakres działania samorządowego referatu zdrowia publicznego i Naczelnego Lekarza Samorządowego, ująłem w projekt specjanych instrukcji, wzgl. regulaminów, które w dniu 22 lutego br. zostaną przedłożone Wieluńskiej Radzie Powiatowej do zatwierdzenia.

Powiat wieluński zostanie podzielony na 9 rejonów sanitarnych. Wytycznymi takiego podziału są: 1) rejon ma obsługiwać najwyżej 30 do 40 tysięcy ludności, 2) rejon powinien uwzględnić życzenia miejscowej ludności, w pierwszym zaś rzędzie istniejące warunki komunikacyjne, 3) rejon musi uwzględnić przynajmniej na razie rozmieszczenie lekarzy w powiecie, 4) rejon dzieli się na 3 do 4 obwody sanitarne, przy czym obwód obsługuje około 10.000 ludności w promieniu od 5 do 6 klm.

W tych ramach projektuję następujący podział powiatu na rejony sanitarne:

- I. Rejon sanitarny Wieluń I.: obejmuje gminy Starzenice, część gminy Mierzyce (mniej więcej pogranica Warty), gminę Kamionka (większa część) — około 35.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Wieluniu. Podzielony na 3 obwody: 1) Wierzchlas, 2) Mierzyce i 3) Dzierzniki.
- II. Rejon sanitarny Wieluń — II.: obejmuje gminę Kurów, Mokrsko, Wydrzyn, część gminy Naramice i część gminy Skomlin — około 30.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Wieluniu. Podzielony na 3 obwody: 1) Czarnożyły, 2) Biała, 3) Mokrsko.
- III. Rejon sanitarny Osiaków — obejmuje gminy: Radoszewice, Konopnica, Kiełczygłów, małą część gminy Skrzywno i osadę Osiaków — około 25.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Osiakowie. Podzielony na 3 obwody: 1) Osiaków, 2) Konopnica, 3) Kiełczygłów.
- IV. Rejon sanitarny Działoszyn — obejmuje: gminę i osadę Działoszyn, Siemkowice oraz część gminy Mierzyce (po Wartę) — około, 23.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Działoszynie. Podzielony na 3 obwody: 1) Działoszyn, 2) Krzczów, 3) Siemkowice.
- V. Rejon sanitarny Praszka — obejmuje: miasto i gminę Praszka, Rudniki i część gminy Kamionka — około 28.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Praszce. Podzielony na 3 obwody: 1) Praszka, 2) Rudniki, 3) Ożarów.

- VI. Rejon sanitarny Bolesławiec—obejmuje: osadę Bolesławiec, gminy: Chotynin, Dietrzkowice i część gminy Skomlin — około 20.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Bolesławcu. Podzielony na 3 wzgl. 4 rejonów: 1) Bolesławiec, 2) Dietrzkowice, 3) Skomlin ewentualnie 4) Mieleszyn.
- VII. Rejon sanitarny Wieruszów — obejmuje częściowo miasto Wieruszów (które posiada własnego miejskiego lekarza sanitarnego), gminy, Sokolniki, Czastary, i Galewice — około 30.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Wieruszowie. Podzielony na 4 obwody: 1) Wieruszów, 2) Galewice, 3) Sokolniki, 4) Czastary.
- VIII. Rejon sanitarny Lututów—obejmuje osadę i gminę Lututów, część gminy Naramice i większą część gminy Skrzynno — około 20.000 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Lututowie. Podzielony na 3 obwody: 1) Lututów, 2) Ostrówek, 3) Naramice.
- IX. Rejon sanitarny Kraszewice — obejmuje gminy Skrzynki i Kuźnica-Grabowska — około 13.200 ludności. Siedziba lekarza rejonowego w Kraszewicach. Podzielony na 2 obwody: 1) Kraszewice, 2) Czajków. Wobec tego, że w roku 1938 te 2 gminy odpadną do powiatu kaliskiego na razie nie objęty ściśle w ramach organizacyjnych.

Oprócz tego miasta Wieluń i Wieruszów posiadać będą własnych miejskich lekarzy sanitarnych.

W każdym rejonie powinien być zorganizowany jeden rejonowy ośrodek zdrowia wyposażony w 1 kwalifikowaną pielęgniarkę, kontrolera sanitarnego i położną. Obwodowe ośrodki zdrowia mają być obsługiwane przez lekarza rejonowego, który będzie tam dojeżdżał raz w tygodniu, przez pielęgniarkę i położną obwodową. Przy takiej organizacji samorządowa służba zdrowia w powiecie wieluńskim zatrudniałaby poza Naczelnym Lekarzem Samorządowym — 8 lekarzy rejonowych, 8 kontrolerów sanitarnych, 27 pielęgniarek, 27 położnych i 2 miejskich lekarzy sanitarnych, 1 powiatowego kontrolera sanitarnego i 1 powiatowego referenta sanitarnego.

Lekarze rejonowi i miejscy lekarze sanitarni będą przyjmowani do służby samorządowej w charakterze pracowników kontraktowych na podstawie specjalnej umowy na wniosek Naczelnego Lekarza Samorządowego. — Obowiązki ich określa opracowana przeze mnie instrukcja.

Wynagrodzenie lekarza rejonowego należy obliczać w stosunku do ilości świadczonej przez niego pracy społeczno-lekarskiej. — Jako minimum pracy lekarza rejonowego, który obejmuje cały ciężar leczenia bezpłatnego ubogich chorych, leczenia chorób społecznych

(gruźlica, jaglica, choroby weneryczne) duży dział akcji zapobiegawczej oraz czynności wyjazdowe w terenie — należy przyjąć wynagrodzenie 100 zł. za 1 godzinę pracy dziennie, licząc, że na wykonanie swoich czynności przy kompletnie zorganizowanym ośrodku zdrowia będzie musiał poświęcić najmniej 4 godziny dziennie, co uczyni miesięcznie 400 zł.

Praca ta do czasu zorganizowania kompletnego ośrodka zdrowia może się kalkulować mniej, a więc, licząc godzinę pracy po 75 zł. — miesięcznie 300 zł.

Wynagrodzenia pomocniczego personelu sanitarnego obliczam przy kompletnie zorganizowanym ośrodku zdrowia wzgl. obwodzie sanitarnym, 1) dla kwalifikowanego kontrolera sanitarnego 100 zł., 2) dla kwalifikowanej pielęgniarki rejonowej 120 zł. z bezpłatnym mieszkaniem, dla pielęgniarki obwodowej 100 zł. z bezpłatnym mieszkaniem, dla położnej rejonowej 80 zł., dla położnej obwodowej 50 zł. miesięcznie. Pobory powiatowego referenta sanitarnego i powiatowego kontrolera sanitarnego, zajętych w samorządowym referacie zdrowia przy Naczelnym Lekarzu Samorządowym wynoszą obecnie dla referenta wg X st. sł. zaś dla kontrolera wg XII st. sł.

Rzecz naturalna, że w pierwszych latach nie można od razu planu tego przeprowadzić w 100 proc. Należy do tej sprawy podchodzić stopniowo, a mianowicie przede wszystkim zorganizować sprawę leczenia we wszystkich rejonach sanitarnych oraz prowadzić w dalszym ciągu akcję zwalczania jaglicy, która już od kilku lat jest w powiecie wieluńskim forsowana, jak również rozwinąć zapoczątkowaną już w r. 1935 sprawę opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami i działwą szkolną oraz rozwinąć pomoc położniczą.

Równocześnie zaś, w miarę możliwości finansowych powiatu rozbudowywać sieć rejonowych i obwodowych ośrodków zdrowia.

W bieżącym zatem roku należy przydzielić każdemu lekarzowi rejonowemu wykwalifikowaną pielęgniarkę i położną rejonową oraz obsadzić kilka (10) położnych obwodowych, w najbardziej zagrożonych odcinkach powiatu.

Następnie już w bieżącym roku Wydział Powiatowy ma zamiar przystąpić do budowy 3 ośrodków zdrowia tam, gdzie ich najwięcej potrzeba, a mianowicie w Praszce, Osiakowie i Działoszynie.

Budowę ośrodka w Praszce można zrealizować kosztem 4 — 5 tysięcy złotych, gdyż chodzi tu tylko o adaptację ofiarowanego mu przez miasto Praszka budynku — według planów zatwierdzonych przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej.

Natomiast w Osiakowie i Działoszynie trzeba budować nowe budynki. Ponieważ jednakże fundusz zdrowotny ani też samorządy miej-

scowe nie mogą wytrzymać takiego obciążenia finansowego, a sprawa jest pilną i aktualną — dlatego tą drogą zwracam się do Wydziału Powiatowego, do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej o przyświe powiatowi wieluńskiemu z pomocą finansową w formie subwencji w kwocie 40—41.000 zł. na budowę dwóch rejonowych nowych ośrodków zdrowia w Osiakowie i Działoszynie typu wiejskiego według planów, opracowanych i zatwierdzonych przez tenże Departament (koszt budowy takiego ośrodka zdrowia obliczono na 18.000 zł.) oraz na koszt adaptacji budynku w Praszce, przeznaczonego na ośrodek zdrowia, który zdaniem p. Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Łodzi nadaje się w zupełności na ten cel.

Byłoby również wskazanim, aby Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) na wniosek lekarza powiatowego subwencjonowało opłacanie pomocniczego personelu sanitarnego, przypuścmy w połowie. Chodzi tu przede wszystkim o pielęgniarki i kontrolerów sanitarnych oraz położne. — W moim powiecie w nadchodzącym roku budżetowym będzie musiał Wydział Powiatowy zatrudnić 8 pielęgniarek rejonowych z płacą 120 zł. miesięcznie, 2 rejonowych kontrolerów sanitarnych w planowanych nowych ośrodkach zdrowia w Osiakowie i Działoszynie z płacą 100 zł. miesięcznie, 8 położnych rejonowych z płacą 100 zł. miesięcznie i 10 położnych obwodowych z płacą po 60 zł. miesięcznie. — Pobory tego personelu wyniosą rocznie 30.720 zł. Subwencja zatem rządowa (50 proc.) wyniosłaby 15.360 zł.

Razem z subwencją na budowę ośrodków zdrowia ogólna pożądana subwencja rządowa dla powiatu wieluńskiego około 55.000 zł. i o taką to kwotę ma Wydział Powiatowy zaszczyt prosić.

Przy wprowadzaniu w życie tego planu, który bądź co bądź będzie stanowił pewnego rodzaju punkt zwrotny w zakresie samorządowej polityki sanitarnej powiatu należy postępować bardzo ostrożnie, każdą rzecz należycie przygotować i przemyśleć tak, aby w przyszłości nie stanąć w obliczu źle i nieżyłciewo rozwiązanych problemów, co by mogło zrazić czynniki samorządowe do tej koncepcji i w końcu obalić dobre w założeniu, a źle wykonane plany.

Należy zatem uwzględnić następujące zasady:

1) Ujęcie we własne ręce czynników fachowych, w pierwszym rzędzie Naczelnego Lekarza Samorządowego i lekarzy rejonowych oraz miejskich lekarzy sanitarnych lecznictwo powinno doprowadzić bezwzględnie do dużego potaniaenia tegoż lecznictwa i w ten sposób przyczynić się do zmniejszenia wygórowanych obecnie na ten cel świadczeń finansowych, bez szkody jednakże dla zdrowia ubogiej ludności. — Zadaniem lekarzy samorządowych będzie jak najdalej idąca selekcja, zgłaszają-

cych się chorych, zwłaszcza ambulatoryjnych celem uniknięcia nadużyć, stosowanie farmakopei ekonomicznej dostosowanej specjalnie do takiej praktyki lekarskiej, ograniczenie leczenia szpitalnego tylko do przypadków ciężkich, wymagających bezwzględnie takiego leczenia, kontrola leczenia szpitalnego, aby uniknąć zbytniego przetrzymywania chorych w szpitalu zwłaszcza o ile chodzi o umysłowo-chorych, subwencjonowanie instytucji charytatywnych, zajmujących się leczeniem ubogich chorych (P. C. K. i inne), centralne zaopatrywanie ośrodków zdrowia w materiały opatrunkowe i niezbędne, najczęściej się powtarzające środki lecznicze, zakupywane wprost w wytwórniach, przez co uniknie się zbytecznych, a często wygórowanych kosztów pośrednictwa przy zakupie tych leków i materiałów na poszczególne recepty w aptekach publicznych (można korzystać z usług aptek Ubezpieczalni społecznej wzgl. z Centrali zakupów tejże Ubezpieczalni in.

2) Należy dążyć do powiększenia świadczeń samorządów na rzecz funduszu zdrowotnego, przez podciągnięcie poszczególnych gmin i miast w tym kierunku, aby swoje budżety sanitarne kształtowały w pewnym stosunku do wysokości budżetów ogólnych, przyczem na podstawie studiów, przeprowadzonych nad sposobem budżetowania samorządów miejskich i wiejskich proponuję, aby stosunek ten wynosił dla miast nie mniej niż 15 proc. a dla gmin wiejskich nie mniej niż 6 do 7 proc. budżetu ogólnego. Lekarze samorządowi powinni wywierać w tym kierunku duży nacisk na zarządy poszczególnych gmin i miast i uczestniczyć w każdorazowych posiedzeniach budżetowych, na których mają bronić budżetów sanitarnych. To samo odnosi się do Naczelnego Lekarza Samorządowego, jeżeli chodzi o budżetowe posiedzenia Wydziału Powiatowego.

3) Wypłacanie należnych personelowi sanitarnemu poborów musi być terminowe. Dotychczas pracownicy sanitarni oczekują nieraz kilka miesięcy, a nawet lata na swoje pobory, co wywołuje u nich zniechęcenie i brak przywiązania oraz zapału do pracy. Ponieważ podatki wpływają nieregularnie, zależnie od żniw, pory roku itd. — należy dążyć do tworzenia w funduszu zdrowotnym pewnych rezerw pieniężnych, z których by można było czerpać gotówkę na wypłacanie poborów pracownikom służby zdrowia w okresach, kiedy podatki wpływają słabo i mało wydatnie.

W końcu zaznaczyć wypada, że palącą sprawą jest uregulowanie zakresu działania i obowiązków samorządowej służby zdrowia w drodze wydania jednolitej ustawy, gdyż dotychczas sprawy te są niejednolicie traktowane w rozmaitych powiatach.

W ramach krótkiego referatu nie jestem w stanie wyczerpać całości kształtu akcji zdrowotnej powiatu. Zresztą każdy powiat musi w tym kierunku postępować indywidualnie. Początki będą zapewne trudniejsze, jednakże z biegiem czasu praca powinna się unormować tak, że z każdym rokiem będzie można rozwiązywać stopniowo takie problemy, które dotychczas wydawały się niemożliwymi do wprowadzenia w życie.

ZAGADNIENIE GRUŹLICY W ŁODZI I WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM.

W zwalczaniu gruźlicy, rozumiejąc pod słowem „zwalczanie” akcję zapobiegawczą i leczniczą, na terenie Łodzi biorą udział trzy instytucje. Zarząd Miejski w Łodzi, Ubezpieczalnia Społeczna i Robotnicze Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Wydział Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w Łodzi posiada wszechstronnie przystosowany aparat do walki z gruźlicą, a mianowicie: 3 terytorialne poradnie przeciwgruźlicze, każda z własnymi aparatami roentgenowskimi do prześwietlań izdjęć, 50 łóżek dla mężczyzn chorych na gruźlicę płuc, 40 łóżek dla gruźlicy kostno-stawowej w szpitalu na Radogoszczu, 50 łóżek w szpitalu św. Aleksandra dla kobiet, sanatorium w Chojnach dla dorosłych na 85 łóżek, sanatorium w Łagiewnikach pod Łodzią dla 50 dzieci i prewentorium w Łagiewnikach dla setki dzieci, czynne w ciągu 4-5 miesięcy letnich. Razem 275 łóżek w szpitalach i sanatoriach i 100 miejsc w prewentorium. Oprócz tego Wydział Zdrowia Publicznego umieszcza chorych dorosłych w szpitalu fundacji Poznańskich, a dzieci w szpitalu Anny-Marii. Od 1930 roku do 1936 roku liczba łóżek dla chorych na gruźlicę płuc nie powiększyła się. W stadium realizacji znajduje się projekt budowy sanatorium miejskiego w Skotnikach pod Łodzią dla 150 dorosłych, 75 dzieci i młodocianych oraz prewentorium dla 150 dzieci; omawiany jest również plan zorganizowania jednego szpitala dla chorych na gruźlicę płuc na 125 łóżek w gmachu szpitala wojskowego przy ul. Przędzalnianej i postawienia go na odpowiednim poziomie.

Po zrealizowaniu planu budowy sanatorium i zorganizowaniu szpitala nowoczesnego, istniejące dotychczas sanatoria i oddziały szpitalne byłyby skasowane.

Na bezpośrednią akcję przeciwgruźliczą w 1937/38 roku budżetowym Zarząd Miejski w Łodzi przeznaczył następujące sumy:

1)	Koszty utrzymania 3-ch poradni przeciwgruźliczych	. 138.588 zł.
2)	„ „ sanatorium w Chojnach	151.900 „
3)	„ „ „ w Łagiewnikach	81.000 „
4)	„ „ prewentorium w Łagiewnikach . .	29.500 „
5)	„ „ szpitala Św. Aleksandra	67.400 „
6)	„ „ „ na Radogoszczu	20.000 „
7)	„ „ innych szpitali	138.500 „
	Razem .	626.888 zł.

Łódź liczyła w dniu 1/IX. 1936 roku 642.702 mieszkańców, czyli na jedną osobę Zarząd Miejski wydaje nieco mniej, niż jedną złotówkę na cele bezpośrednio przeciwgruźlicze.

Ubezpieczalnia Społeczna w Łodzi samodzielnie zorganizowała leczenie chorych na gruźlicę płuc w ambulatoriach, szpitalach i sanatoriach. Akcji zapobiegawczej — samodzielnej — Ubezpieczalnia nie prowadzi. W styczniu r. b. parafowana została umowa pomiędzy Zarządem Miejskim w Łodzi i Ubezpieczalnią, koordynująca współpracę pomiędzy tymi instytucjami. Wszyscy chorzy na gruźlicę płuc, lub o nią podejrzani będą badani i leczeni w istniejących obecnie poradniach miejskich. Ubezpieczonych będą przyjmować lekarze Ubezpieczalni, a nieubezpieczonych lekarze miejscy. Akcję profilaktyczną wśród wszystkich mieszkańców Łodzi prowadzić będą poradnie miejskie. Ubezpieczalnia będzie wpłacała Zarządowi Miejskiemu 40.000 zł. rocznie, jako zwrot kosztów za akcję profilaktyczną wśród ubezpieczonych i ich rodzin. Kwotą tą objęta jest również opłata za pomoc pielęgniarską przy przyjmowaniu chorych ubezpieczonych, częściowo za prześwietlenia, badania płwociny i krwi na O. B. Podobną umowę zawarła Ubezpieczalnia Społeczna w roku 1935 z Robotniczym Towarzystwem Przyjaciół Dzieci i Młodzieży, prowadzącym wzorową poradnię przeciwgruźliczą na terenie, zamieszkałym przez 160 tysięcy mieszkańców w południowej części Łodzi.

W celu skoordynowania działalności przeciwgruźliczej Zarządu Miejskiego, Ubezpieczalni Społecznej i Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci i Młodzieży istnieje od 1928 roku na terenie Łodzi Rada Naczelna Walki z Gruźlicą. W skład Rady wchodzi: po dwóch przedstawicieli Wydziału Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego, Ubezpieczalni Społecznej, Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci i Młodzieży pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w Łodzi. Rada decyduje o jednolitym sposobie postępowania wszystkich poradni przeciwgruźliczych w zakresie zapobiegawczym i reguluje wzajemne stosunki między poszczególnymi poradniami. W ciągu 9 lat istnienia Rady były okresy mniej, lub więcej harmonijnej współpracy pomiędzy instytucjami biorącymi w niej udział, były również okresy rozbieżności zdań o znaczeniu zasadniczym i praktycznym, na ogół jednakże Rada spełnia swoje zadanie jako wspólny teren do wypowiedzania nieobowiązujących poglądów i dyskusowania o planach i projektach. Konkretyzowanie planów odbywa się za pomocą zawierania umów bilateralnych pomiędzy zainteresowanymi stronami. Od 1935 r. istnieje Koło Łódzkie Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą im. Dr. Sterlinga w ce-

lu opracowania teoretycznego i praktycznego zagadnienia gruźlicy. Do marca rb. odbyto 17 posiedzeń.

W porównaniu z innymi miastami w Polsce, akcja przeciwgruźlicza w Łodzi znajduje się na wysokim poziomie, ale nie można jej uważać za zakończoną i w zupełności wystarczającą. Mamy organizację przeciwgruźliczą, istniejącą od 1918 roku, powstałą dzięki inicjatywie dr. Seweryna Sterlinga, dążymy do usprawnienia organizacji, wydatki na cele przeciwgruźlicze stopniowo się zwiększają, ale zdajemy sobie dokładnie sprawę, że potrzeb jest jeszcze dużo i w zakresie akcji zapobiegawczej i w działalności leczniczej. Dzięki wysiłkom wyżej wymienionych trzech instytucji śmiertelność w Łodzi powoli spada, lecz jeszcze znajduje się na wysokim poziomie. W 1930 roku zmarło na gruźlicę 1373 osoby, czyli 22,7 na 10.000 mieszkańców, a w roku 1936 — 1089 osób, czyli 15,8 na 10.000 — to znaczy o 6,9 mniej.

Największą śmiertelność stwierdzamy wśród ludności polskiej. W roku 1935 zmarło na gruźlicę płuc ogółem 983 osoby; chrześcijan 826, czyli 84,2 proc., a żydów 157 czyli 15,8 proc. Na inne postacie gruźlicy zmarło ogółem 126 osób w tym 89 chrześcijan, a 37 żydów. Razem na 1109 zgonów przypada 915 chrześcijan, czyli 82,6 proc. oraz 194 żydów, to znaczy 17,4 proc.

Nie posiadamy dokładnej statystyki zachorowań na gruźlicę ani liczby zgonów na gruźlicę we wsiach, miasteczkach i miastach Województwa Łódzkiego, sądzę jednakże, że liczba zgonów na gruźlicę płuc jest wyższa, niż podaje ostatni „Mały Rocznik Statystyczny”.

Podług danych „Rocznika“ w miastach liczących ponad 100.000 mieszkańców w 1935 roku zmarło 13,9 na 10.000 mieszkańców, a w całym państwie w roku 1935 zmarło 17,7 na 10.000 mieszkańców. Pomijam okoliczność, że statystyka nasza dotychczas nie uwzględnia podziału na narodowości i nie odzwierciedla dokładnie śmiertelności z powodu gruźlicy wśród ludności polskiej, nie wydaje mi się prawdopodobnym żeby śmiertelność w Województwie Łódzkim była niższa, niż w Łodzi, bądź co bądź korzystającej z lepszych warunków higienicznych, z większej opieki lekarskiej, zamieszkałej przez ludność, znajdującą się przeciętnie w lepszych warunkach materialnych, niż mieszkańcy wsi i miasteczek Województwa Łódzkiego. Nie będzie przesadnym twierdzenie, że w Województwie Łódzkim przeciętnie umiera rocznie około 20 na 10.000 mieszkańców — czyli, że przy ludności dwumilionowej bez Łodzi umiera rocznie około 4.000 osób na gruźlicę płuc, w miastach około tysiąca, a we wsiach około 3.000 (w miastach oprócz Łodzi zamieszkuje w Województwie Łódzkim 480.000 mieszkańców, a we wsiach 1.500.000 mieszkańców).

W celu określenia liczby chorych na gruźlicę Polski Związek Przeciwgruźliczy radzi stosować współczynnik 6 na jeden zgon z powodu gruźlicy, a nie jak dotychczas obliczaliśmy 3,5 na jeden zgon.

Stosowanie tego współczynnika daje nam około 6000 chorych na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia w miastach Województwa i około 18.000 we wsiach. Obliczamy, że około 2 proc. ludności cierpi na gruźlicę płuc, wymagającą opieki i leczenia, a więc w Województwie Łódzkim około 40.000 mieszkańców wymaga nieodzownie opieki. Liczby te, zdaje mi się, nie są przesadzone i dokładnie ilustrują zły stan zdrowotny naszych miast i wsi, a szczególnie wsi.

Obserwując chorych na gruźlicę płuc, przybywających ze wsi i osad, nie posiadających stałych poradni przeciwgruźliczych i dostatecznej opieki lekarskiej, stwierdzamy, że większość tych chorych zgłasza się do nas w okresach tak znacznie posuniętej choroby, że wszelka nasza pomoc jest spóźniona; oporność i odporność ludności wiejskiej przeciwko zarazkom gruźliczym jest mniejsza, wskutek tego zmiany gruźlicze mają charakter przeważnie wysiękowy i szybko postępujący. Pogląd ten potwierdza dr. Grabowski z Kalisza, który zwraca uwagę na fakt, że w Kaliszu powiat dostarcza do szpitala stosunkowo nie dużo chorych, ale za to wybitnie zapuszczonych i przeważnie beznadziejnych. Bezsporny ten fakt należy również uwzględnić przy omawianiu potrzeb ludności wiejskiej, polskiej prawie w 100 proc.

Na międzynarodowym zjeździe przeciwgruźliczym w Rzymie w 1928 roku, dyrektor sanatorium w Manitubie w Kanadzie dr. Steward stwierdził, że spadek odsetki zgonów z gruźlicy jest największy w miastach, a najmniejszy na wsi i podkreślił, że współczesna nauka lekarska jest wspaniała, ale sposoby jej zastosowania do potrzeb ludu są jeszcze w istocie rzeczy średniowieczne. Dosadne zdanie dr. Stewarta o warunkach kanadyjskich należy zastosować również do naszych warunków. W miastach w zakresie zwalczania chorób o znaczeniu społecznym robi się dużo, warunki higieniczne stale ulegają poprawie, śmiertelność ogólna i z powodu gruźlicy spada, a wieś, osady i małe miasteczka, albo wcale nie mają należycie zorganizowanej akcji zapobiegawczej, albo w stopniu bardzo niedostatecznym. W naszych warunkach kiedy rozpoczął się żywiołowy, imigracyjny ruch ze wsi i osad do miasteczek, nie bez znaczenia jest wartość fizyczna ludności wiejskiej zamierzającej kolonizować swoje miasta. Jeżeli napłynie ludność chorowita i zagrzuźliczona, a więc słabsza fizycznie i mniej odporna, można z góry przewidzieć, że urbanizacja tej ludności pociągnie za sobą dużo ofiar, jeżeli w miasteczkach i miastach nie znajdzie ona opieki lekarskiej stojącej na wysokim poziomie,

a we wsiach i osadach wiejskich będzie ulegała fizycznemu zwyrodnieniu.

Trudno odpowiedzieć stanowczo na pytanie, kto więcej zakaża gruźlicą, czy ludność miejska przenosi gruźlicę na wieś, czy też mieszkańcy wsi imigrujący do miast i częściej zachorowując na gruźlicę złośliwą zakażają miasta. W miesiącach letnich obserwujemy stale wzrastający napływ chorych gruźliczych do miejscowości wiejskich, jakże często widzimy chorych z gruźlicą otwartą, a nie posiadających środków pieniężnych na leczenie sanatoryjne, aby wyjechali na wieś, na tak zwane „świeże powietrze”.

Komisje Ubezpieczalni Społecznych udzielają gruźlikom kilkutygodniowych zwolnień, aby umożliwić im wyjazd na wieś. Zresztą zrozumienie celowości dłuższego pobytu na wsi tak się spopularyzowało, że chory samorzutnie udaje się na wieś, aby zdrowie odzyskać. W rezultacie miasta zagruźliczają wieś, nie posiadającą urządzeń przeciwgruźliczych, ani zorganizowanej opieki nad gruźlikami. Ustawodawstwo nasze przewidziało szkody, jakie wyrządzają na wsi chorzy na gruźlicę imigrujący sezonowo na wieś i poleciło Ubezpieczalniom, aby zawiadamiały lekarzy powiatowych o wyjeździe na wieś chorych z gruźlicą niebezpieczną dla otoczenia.

Jestem jednakże przekonany, że ani Ubezpieczalnie nie stosują się do tego polecenia, ani też lekarz powiatowy obareczony różnymi obowiązkami nie jest w stanie kontrolować zachowania się na wsi chorego gruźlika.

Jestem przekonany, że sytuacja, jaką rysuję, nie odbiega od rzeczywistości. Dalsze zbagatelizowanie tej sprawy grozi osłabieniem naszej gotowości bojowej, zmniejszy naszą ekspansywność na wszystkich polach, osłabia nasze siły biologiczne jako narodu i może doprowadzić do załamania się niejednego z naszych planów, obliczonych na dłuższą metę, jeżeli nie zastosujemy natychmiast środków zapobiegawczych w jak najszerszym zakresie.

Rozważmy obecnie jakim arsenałem środków przeciwgruźliczych rozporządza Województwo Łódzkie, wyłączając z naszych obliczeń miasto Łódź. Według sprawozdań Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w 1934 roku czynne były następujące poradnie: 1) w Tomaszowie pow. Brzezińskiego, dwie w Kaliszu, w Pabianicach pow. łaskiego, w Łęczycy i Ozorkowie pow. Łęczyckiego, w Piotrkowie, w Ostrołęce pow. Radomskiego i w Turku. Samodzielnie istniała poradnia w Pabianicach, a reszta znajdowała się przy ośrodkach zdrowia. Ogółem pod opieką poradni w ciągu roku znajdowało się 3817 chorych na gruźlicę. Badań płwocin dokonano w ciągu roku 570. W szpitalach umieszczono 131 chorych, a w sanatoriach 76. Dokonano 520 dopeł-

nień odmy. Stosunkowo dość dużo, gdyż 6233 wywiadów zostały dokonane. Zatrudniano 13 pielęgniarek, w tym jedna dyplomowana. W latach 1935 i 1936 nastąpiła pewna poprawa w działalności poradni, lecz te liczby można uważać za znikome wobec ogromu potrzeb Województwa. W 1936 roku, aparat własny roentgenowski posiadały Pabianice. Aparaty do odmy posiadały Pabianice, Tomaszów, Piotrków. Laboratoria Pabianice, Kalisz, Tomaszów, Piotrków, Ozorków, Turek i Łęczycy.

Zbyt jaskrawy jest kontrast pomiędzy szeroko nakreśloną i planową akcją przeciwgruźliczą Łodzi, a nikłą w Województwie. Odnosi się wrażenie, że ludność wsi, osad i miasteczek należy do kategorii ludzi niższego rzędu. O szkodach jakie wyrządza upośledzenie nie należy wiele mówić, gdyż są oczywiste i konferencje poświęcone zagadnieniu opieki lekarskiej na wsi na zjeździe zorganizowanym przez Instytut Spraw Społecznych w lutym rb. stwierdziły, że walka z chorobami o znaczeniu społecznym znajduje się dopiero w powijkach. Smutne wyniki komisji poborowych stwierdzają, że grozi nam zdegenerowanie rasy.

Naszym jest obowiązkiem zapoczątkować niezwłocznie organizację walki społecznej z najbardziej groźną dla narodu chorobą jaką jest gruźlica. Powzięcie ogólnikowej uchwały, że walka z gruźlicą na terenie Województwa jest konieczna, nie da wyników pozytywnych, polecenie lekarzom powiatowym, żeby starali się rozwinąć działalność przeciwgruźliczą będzie pobożnym życzeniem, gdyż lekarze powiatowi i bez tego pracują z całym poświęceniem i są przeciążeni najróżnorodniejszymi obowiązkami.

Do walki z gruźlicą należy powołać wszystkie warstwy społeczeństwa i zespolić w tej akcji czynniki państwowe, samorządowe, parafialne i prywatne. Do zrealizowania tych celów proponuję utworzenie Wojewódzkiego Łódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, któreby ujęło całkowicie w swoje ręce inicjatywę walki z gruźlicą, koordynowało i rozwijało wysiłki już rozpoczęte na tym polu.

Istniejące prawie w całej Polsce Wojewódzkie Towarzystwa Przeciwgruźlicze rozwijają od szeregu lat swą pożyteczną działalność, i sądząc ze sprawozdań Towarzystw szczególnie Lwowskiego i Wileńskiego, zasłużyły się one ogromnie w walce z gruźlicą: obecnie kolej na Województwo Łódzkie.

Łódź powinna znajdować się w kontakcie z organizującym się Wojewódzkim Towarzystwem Przeciwgruźliczym, służyć nowemu towarzystwu radą i pomocą nie tylko fachową, ale i materialną, gdyż miasta w każdym kraju są i powinny być ośrodkiem żywej energii i siły; z miast powinna promieniować inicjatywa w sprawach nietylko

kulturalnych i ekonomicznych, lecz i zdrowotnych. Trudno omówić mi dokładnie, wobec braku czasu, opracowany statut i zaprojektowane rozszerzenie sieci przychodni, oddziałów szpitalnych dla chorych potrzebujących leczenia i izolacji, w dalekiej przyszłości budowę sanatorium. 1) Pragnąłbym podkreślić konieczność rozpoczęcia pracy przeciwgruźliczej przede wszystkim w okręgach wiejskich. 2) Następnie chciałbym zwrócić uwagę na konieczność zorganizowania ruchomych poradni przeciwgruźliczych na wzór istniejących już w pow. Trockim Województwa Wileńskiego i w Województwie Lwowskim. 3) Należy organizować poradnie przeciwgruźlicze wyłącznie terytorialne, a nie wyznaniowe, lub przeznaczone do opiekania się pewną grupą ludności (młodzieżą, dziećmi, pracującymi w jednym zawodzie). 4) Należy dążyć do zawarcia umów z Ubezpieczalniami, w myśl życzeń Polskiego Związku Przewidującego. 5) Należy uważać za poradnie przeciwgruźlicze tylko te, które zaopatrzone są w aparaty roentgenowskie, mikroskop, stację odmową i które posiadają pielęgniarki do wywiadów w domu chorego, inne właściwie powinny mieć nazwę filii poradni zaopatrzonych w potrzebne sprzęty. 6) Należy uzyskać, za pośrednictwem władz wojewódzkich, wpływ na jednostki administracyjne, aby otoczono większym staraniem chorych na gruźlicę płuc i nie odmawiano im środków na leczenie zwłaszcza odma. 7) Trzeba wreszcie przeznaczyć na akcję przeciwgruźliczą większe sumy niż dotychczas w budżetach zarządów gmin, miasteczek i miast. 8) Należy dążyć aby jak największa liczba lekarzy biorących udział w pracach poradni przeciwgruźliczych przeszła przeszkolenie specjalistyczne na kursach przeciwgruźliczych w Warszawie. 9) Jednocześnie z rozwojem poradni przeciwgruźliczych należy rozwijać oddziały gruźlicze w szpitalach powiatowych, gdyż praca poradni bez oparcia się o szpitale jest niewystarczająca.

DYSKUSJA W ZWIĄZKU Z REFERATAMI, WYGŁOSZONYMI
W DRUGIM DNIU ZJAZDU.

Dr Trybuchowski — Sieradz — prosi o wydanie zarządzenia, aby lekarze powiatowi byli powiadamiani, w jakich miejscowościach na terenie ich powiatów mają być urządzane kolonie letnie.

Przewodniczący proponuje, aby lekarze powiatowi posiadali w swojej ewidencji wszystkie lokale w powiecie, nadające się na kolonie letnie i utrzymywali je w stanie aktualności — zwłaszcza należy uwzględnić choroby zakaźne, wodę itp.

Nawiązując wogóle do sprawy stycznych zdrowia z opieką społeczną dr. Salak podkreśla, że sprawy zdrowia, lecznictwa i profilaktyki są ważne dla całej ludności niezależnie od stopnia zamożności, przynależności zawodowej, grupowej. Zwalczenie chorób zakaźnych, sprawy szpitali, lecznic, zakładów profilaktycznych, sieć aptek, rozmieszczenie lekarzy, dentystów, położnych itp. są jednakowo ważne dla ludzi materialnie niezależnych i dla najbiedniejszych. Polityka zdrowotna musi uwzględniać potrzeby całej ludności. Oczywiście pewne odcinki spraw zdrowotnych wymagają specjalnej czujności. Czy zwrócimy naszą uwagę na potrzeby zdrowotne ludzi pracy, czy na działwę szkolną, czy na najbiedniejszych, pozostających na utrzymaniu opieki społecznej, czy na bezrobotnych widzimy dla tych ugrupowań potrzebę, konieczności starannej, troskliwej akcji zdrowotnej — większej, niż wśród innych grup ludności. I tu współdziałanie z inspekcją pracy, z władzami szkolnymi, z opieką społeczną przynosi korzyść, ułatwia pracę obydwóch stron. Specjalnie ciężki los ludności „podopiecznej” wymaga współpracy władz zdrowia i władz opieki społecznej i dopiero zespolenie wysiłków daje efekt pożądany. I dlatego wdzięczny jestem panu naczelnikowi Janiszewskiemu, że razem ze mną uznał za celowe omówić wśród lekarzy problem stycznych opieki społecznej i zdrowia publicznego.

Dr. Nieć — Wieluń — odczytuje referat p. t. „Organizacja samorządowej służby zdrowia w powiecie”.

W trakcie referatu p. dr. Niecia przybywa do sali obrad Pan Wojewoda Łódzki Aleksander Hauke-Nowak i obejmuje przewodnictwo.

Dr. Staśkiewicz — Kalisz — obrazuje stan zdrowotny powiatu kaliskiego, zaznaczając m. in. iż Urząd Wojewódzki drogą rozporządzenia winien określić udział poszczególnych samorządów na cele funduszu zdrowia.

Insp. dr. Tubiasz — omawiając projekt przedstawiony przez dr. Niecia, wskazuje, iż projekt ten nie przewiduje współpracy instytucji społecznych jak np. P. C. K., Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet i in., które mogłyby pomóc w pracy i jednocześnie udzielić pomocy finansowej. Dalej uważa, iż pobory przewidziane dla personelu pielęgniarskiego i kontrolerskiego są zbyt niskie, co w dużej mierze utrudni skompletowanie odpowiedniego personelu. Na zasilenie funduszu zdrowia możnaby przeznaczyć fundusze z działu VI — opieka higieniczna nad szkołami i dziećmi szkolnymi; zdaniem jego wszystkie dotacje i inne fundusze przeznaczane na cele zdrowotne winny wpływać do budżetu powiatowego i ten będzie utrzymywał ośrodki zdrowia; byłoby prostsze niż tworzenie specjalnej instytucji.

Jeżeli chodzi o ustawę o służbie zdrowia, to może się ona ukazać dopiero po sfinalizowaniu zasadniczych ustaw samorządowych, które są jeszcze na warsztacie sejmowym.

Dr. Trybuchowski — charakteryzując stosunki, panujące w jego powiecie, komunikuje, iż do czasu objęcia przez niego urzędowania Zduńska Wola nie miała ani jednej przychodni; obecnie posiada dwie.

Jeżeli chodzi o sprawę utworzenia funduszu zdrowia, to zdaniem jego, sprawa ta trudna będzie do przeprowadzenia, gdyż nie ma podstawy prawnej, na zasadzie której samorządy zmuszone byłyby przelewać kwoty przeznaczone na zdrowie publiczne na ten fundusz. Wogóle sumy przeznaczane przez poszczególne samorządy na cele zdrowotne należałoby wydatnie podnieść, nie da się to jednak przeprowadzić ze względu na duże zadłużenie gmin.

Projekt zaproszenia do współpracy innych instytucji jak P. C. K. uważa za nierealny ze względu na trudności finansowe, z jakimi walczy P. C. K., Ubezpieczalnia Społeczna i inne instytucje.

Dr. Złotnicki — *Koło* — uważa, iż największą przeszkodą w utworzeniu funduszu zdrowia jest brak środków finansowych. Kilkakrotnie już w sprawozdaniach swoich przedstawiał sprawę specjalnego podatku na cele zdrowotne, pomimo jednak obietnic dotychczas ta sprawa nie została załatwiona. Swego czasu na terenie powiatu, będącego pod jego opieką, mówca spowodował wprowadzenie podatku w kwocie 1 złotego od obywatela. Podatek ten był dobrowolny, istniał przez 3 lata i cieszył się wielką popularnością. To pozwoliło stworzyć rejony lekarskie i pobudować szpital. Jednak Ministerstwo zakazało poboru tego podatku.

Dr. Ładyński — podaje obecnym dane statystyczne odnośnie sum wydatkowanych na zdrowie publiczne w poszczególnych powiatach.

Dr Nieć — odpowiadając na sprawy poruszone przez przedmówców, komunikuje, iż jeżeli idzie o jego powiat, to współpraca z Ubezpieczalnią Społeczną jest b. harmonijna, otrzymał np. na szczepienia ochronne kwotę zł. 500.— oraz budynek na urządzenie w nim ośrodka zdrowia. Wiadomym mu jest również, iż niektóre Ubezpieczalnie Społeczne przekazują ośrodkom zdrowia chorych na choroby społeczne, za to zaś pewne sumy pieniężne wpłacają na rzecz ośrodków zdrowia. Brak podstawy prawnej do ściągania sum na fundusz zdrowia jest rzeczywiście dużą troską.

Z kolei mówca zaznacza, iż Fundusz zdrowia nie uwzględnia leczenia szpitalnego; celowym byłoby, aby sprawą szpitalną zajął się Urząd Wojewódzki.

Jeżeli mowa o kosztach administracyjnych, związanych z wprowadzeniem funduszu zdrowia, to fundusz ten byłby obciążony tylko niewielką opłatą księgowego, żadnych innych wydatków nie będzie.

Projekt dr. Staśkiewicza odnośnie określenia przez Urząd Wojewódzki procentu, w jakim gminy partycypowałyby w funduszu zdrowia będzie niemożliwy do wykonania. Byłby to bowiem do pewnego stopnia podatek specjalny, a w Ministerstwie Skarbu i Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w departamencie zdrowia jest tendencja, aby żadnych podatków nie nakładać. Następnie ta rzecz musiałaby przejść przez ciała ustawodawcze, gdzie również na poparcie liczyć nie można.

W końcu proponuje, aby termin „okręg sanitarny” nie zaś „rejon”, a więc i „lekarz okręgowy”.

Przewodniczący — reasumując wywody przedmówców, zaznacza, iż polecenie przez Urząd Wojewódzki umieszczenia w budżetach pewnych określonych sum na cele zdrowotne jest niemożliwe. Uważa, że stworzenie funduszu zdrowia doprowadzi do skoordynowania pracy w terenie. Podstaw prawnych do ściągania tych sum rzeczywiście nie ma, można to jednak przeprowadzić drogą wiążących umów. Gospodarowanie funduszem zdrowia nie powinno przysporzyć absolutnie kosztów, gdyż może to załatwiać ten sam aparat urzędniczy, który zarządza funduszami innych działów gospodarki samorządowej.

Dr. Złotnicki mówił, iż w powiecie jego upadła sprawa opodatkowania mieszkańców na cele zdrowotne. Czy nie należy szukać przyczyny w zbytнім zajęciu się profilaktyką, a zlekceważeniem do pewnego stopnia samego leczenia; ludność wiejska bowiem ma mniej zrozumienia dla profilaktyki, więcej zaś dla samego leczenia.

Co do zmiany terminologii na „okręg” zgadza się.

Dr. Reiterowski — odczytuje referat pt. Akcja przeciwgruźlicza w m. Łodzi i plan akcji na terenie Województwa Łódzkiego.

Po referacie dr. Reiterowskiego w sprawie utworzenia Wójwódzkiego Związku Przeciwgruźliczego, Pan Przewodniczący zarządził przerwę w obradach, poświęcając ją omówieniu tego zagadnienia poza porządkiem dziennym. Nad projektem wywiązała się dyskusja w wyniku której postanowiono wybrać Komitet Organizacyjny, mający się zająć sprawą realizacji utworzenia związku.

Insp. dr. Tubiasz — z zadowoleniem przyjmuje projekt stworzenia Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Województwie Łódzkim, komunikując, iż w innych województwach organizacje takie już istnieją.

Jeżeli chodzi o ustawę przeciwgruźliczą, to oświadcza, iż w maju będzie zwołana nadzwyczajna sesja sejm i senatu dla załatwienia najpilniejszych spraw i między innymi ma być załatwiony projekt ustaw: przeciwgruźliczej i przeciwwenerycznej.

ZJAZD MIAST.

W dniach 26 i 27 kwietnia 1937 roku odbył się w Warszawie Zjazd Przedstawicieli Miast (XIV nadzwyczajne zebranie ogólne członków Związku Miast Polskich).

Porządek obrad był następujący:

Dzień pierwszy (26 kwietnia 1937 r.).

Godz. 9. Nabożeństwo w Katedrze.

„ 10. Posiedzenie plenarne.

1) Otwarcie Zjazdu.

2) Wybór Prezydium.

3) Wybór Komisji Weryfikacyjnej.

4) Uchwalenie regulaminu obrad Zjazdu i wybór przewodniczących sekcji.

5) Sprawozdanie z działalności Związku Miast za okres od 1.IV.1935 r. wraz ze sprawozdaniem finansowym. Ref. M. Porowski, dyrektor Związku Miast Polskich.

6) Sprawa zmiany Statutu Związku Miast Polskich. Ref. W. Drojanowski, wiceprezes Związku Miast Polskich.

Godz. 14. Złożenie wieńców na Grobie Nieznanego Żołnierza w Belwederze.

„ 18—21. Obrady w sekcjach:

1) Gospodarczej — Rola miast w życiu gospodarczym Państwa. Ref. L. Barciszewski, prezydent m. Bydgoszczy.

2) Administracyjnej — Rola samorządu w administracji publicznej. Ref. Dr M. Kaplicki, prezydent m. Krakowa.

3) Finansowej — Reforma finansów miejskich. Ref. S. Nowakowski, prezydent m. Białegostoku.

„ 22. Raut na Ratuszu.

Dzień drugi (27 kwietnia 1937 r.).

Godz. 9—14. Obrady w sekcjach.

„ 17. Posiedzenie plenarne.

1) Sprawozdanie Komisji Weryfikacyjnej.

2) Głosowanie wniosków:

- a) w związku ze sprawozdaniem z działalności Związku Miast Polskich,
- b) o zmianie statutu Związku Miast Polskich,
- c) wniosków zgłoszonych przez sekcje.

3) Zamknięcie Zjazdu.

W zebraniu wzięło udział 401 delegatów 278 miast oraz około 200 gości. Zainteresowanie obradami bardzo duże. Poziom obrad wysoki. Przewodniczył obradom p. St. Starzyński, Prezydent m. st. Warszawy i Prezes Związku Miast Polskich.

W Prezydium zasiedli pp. Kocur, Prezydent m. Katowic i dr. Raszej, Prezydent m. Torunia, jako wiceprzewodniczący oraz pp. Jankowski, Kelles-Krauzowa, Fiedler, Liszkowski, prof. Kumaniecki, dr. Ostrowski, Wolnik i Wysłouch jako członkowie. Obrady odbywały się w Ratuszu, w sali Rady Miejskiej, odpowiednio udekorowanej flagami narodowymi i herbami miast.

Uroczystego otwarcia Zjazdu w dniu 26 kwietnia 1937 r. o godzinie 10 min. 15 dokonał p. St. Starzyński, Prezydent miasta st. Warszawy i Prezes Związku Miast Polskich, w obecności p. Premiera i Ministra Spraw Wewnętrznych gen. dyw. Felicjana Sławoj-Składkowskiego, ministrów, podsekretarzy stanu, posłów i senatorów, dyrektorów departamentów i przedstawicieli samorządu gospodarczego. W przemówieniu powitalnym p. Prezydent Starzyński przedstawił cele Zjazdu, omówił stan miast polskich oraz wskazał na konieczność wzmocnienia działalności gospodarczej miasta i na konieczność zwiększenia dochodów miast.

P. Premier Sławoj-Składkowski w swoim przemówieniu podkreślił rolę miast w gospodarce narodowej oraz wskazał na konieczność podniesienia polskiego stanu mieszczańskiego, polepszenia stanu gospodarki miejskiej i wyglądu miast oraz na konieczność zatrudnienia przez miasta jak największej ilości bezrobotnych i prowadzenia skutecznej walki z komunizmem, obcym duchowi polskiemu.

Po ukonstytuowaniu się Prezydium Zjazdu zdecydowano wysłać depeze hołdownicze do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej i Naczelnego Wodza Marszałka Edwarda Śmigłego-Rydza.

Następnie powołano do życia Komisję Weryfikacyjną, uchwalono regulamin obrad Zjazdu i dokonano wyboru przewodniczących poszczególnych sekcji.

Po referacie p. M. Porowskiego, Dyrektora Związku Miast Polskich, który składał sprawozdanie z działalności Związku Miast Polskich,

wysłuchano referatu p. W. Drojanowskiego, wiceprezesa Związku Miast Polskich o zmianie statutu Związku Miast Polskich. Nad tym referatem wywiązała się ożywiona dyskusja na temat dopuszczania do udziału w zjazdach miast z urzędu prezydentów i burmistrzów miast, jak również reprezentowania miast, w których nie ma rad miejskich przez tymczasowych przełożonych gmin miejskich.

O godzinie 14 obrady plenarne w pierwszym dniu obrad zakończono.

Komisje zjazdowe pracowały w dniu 26 kwietnia 1937 roku od godziny 17 do godziny 20 i w dniu 27 kwietnia 1937 roku od godziny 10 do 14.

Przewodniczącym Sekcji Gospodarczej był p. dr. Ostrowski, Prezydent m. Lwowa. Przewodniczącym Sekcji Administracyjnej — p. dr. Kocur, Prezydent m. Katowic. Przewodniczącym Sekcji Finansowej p. dr. Radzyński, wiceprezydent m. Krakowa. Przewodniczącym Sekcji Weryfikacyjnej — p. Jankowski, Prezydent m. Inowrocławia.

W dniu 27 kwietnia 1937 roku o godzinie 17 odbyło się drugie plenarne posiedzenie Zjazdu. Na posiedzenie to przybył p. Wicepremier i Minister Skarbu inż. Eugeniusz Kwiatkowski, który jednak głosu nie zabierał.

Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania Komisji Weryfikacyjnej i zatwierdzeniu proponowanych zmian w statucie Związku Miast Polskich Zjazd na wniosek Komisji — powziął następujące uchwały

wyływające z referatu prezydenta m. Bydgoszczy, L. Barciszewskiego, pt. „Rola miast w życiu gospodarczym Państwa“.

I. Zjazd Miast stwierdza, że:

1) Struktura gospodarcza Polski wymaga rozwoju miast i rozwoju istniejących oraz tworzenia nowych warsztatów pracy przemysłowej, rzemieślniczej i handlowej.

2) Bez rozwoju życia gospodarczego w miastach i stania się miast chłonnym rynkiem dla nadmiaru rąk roboczych, nie może być u nas rozwiązany problem przeludnienia wsi i zwiększenia dobrobytu ludności wiejskiej.

3) Nieodzownym warunkiem oparcia na racjonalnych zasadach wymiany handlowej między wsią i miastem oraz jedynie skutecznym środkiem dla uniknięcia marnotrawstwa produktów gospodarstw rolnych, jest powstanie w miastach należycie urządzonych targowisk i rzeźni, hal targowych, chłodni itp.

4) Rozwój życia gospodarczego i kulturalnego w miastach zależy w dużym stopniu od istnienia w nich odpowiednich urządzeń użyteczności publicznej, jak uporządkowane drogi, tanie źródło dostawy

energii elektrycznej, odpowiednia do spożycia i potrzeb przemysłowych woda itp.

5) Znacznie silniejszy, niż na wsi, wzrost ludności miast wskutek naturalnej emigracji ludności wiejskiej do ośrodków miejskich, wymaga dla uchronienia ludności od duchowego i fizycznego chleractwa racjonalnej zabudowy miast, rozwoju akcji w dziedzinie budownictwa mieszkaniowego, odpowiednich lokali szkolnych itp.

II. W związku z tym Zjazd Miast uznaje za konieczne:

1) Zwrócenie przez władze państwowe na zagadnienie miast szczególnej uwagi, a przede wszystkim zaniechanie traktowania zadań gospodarczych gmin miejskich jako mniej ważnych od jakiegokolwiek z zadań, obejmowanych budżetem Państwa.

2) Umożliwienie gminom miejskim wyjścia z bezwładu gospodarczego, w którym większość ich znajduje się z powodu zbyt dużej rozpiętości między ich zadaniami i uprawnieniami finansowymi, a przede wszystkim umożliwienie doprowadzenia do równowagi budżetów gmin miejskich i przywrócenia miastom zdolności kredytowej, a to przez:

a) znaczne zwiększenie dochodów miast,

b) udostępnienie miastom niskooprocentowanego kredytu inwestycyjnego dla podjęcia przez nie planowej akcji inwestycyjnej i to zarówno w dziedzinie urzędzeń bezpośrednio rentujących się, jak i nierentujących się z punktu widzenia fiskalnego, a posiadających natomiast wysoką rentowność społeczną.

W tym celu konieczne jest umożliwienie bankom komunalnym emisji obligacji komunalnych w wysokości potrzebnej dla planowej realizacji nieodzownych inwestycji miejskich oraz umożliwienie odpowiedniej lokaty tych obligacji.

3) Wyposażenie gmin miejskich w odpowiednie środki prawne i finansowe, umożliwiające im wywieranie wpływu na pobudzenie i kształtowanie się życia gospodarczego, a to m. in. przez zasadniczą reformę podatkową, umożliwiającą gminom stosowanie polityki podatkowej i przez zapewnienie gminom dostatecznego wpływu na miejskie kasy oszczędności, które w rękach władz miejskich stać się powinny instrumentem dla podnoszenia istniejących warsztatów rzemieślniczych i handlowych oraz dla powstawania nowych takich warsztatów.

III. Zjazd Miast uznaje za konieczne jak najszybsze znaczne zwiększenie jeszcze w roku bieżącym pomocy finansowej dla miast z Funduszu Pracy, a to ze względu na niewystarczalność dotychczasowych kredytów w stosunku do istniejących konieczności zatrudnienia bezrobotnych.

Zjazd uznaje za konieczne dokonywanie przydziału przez Fundusz Pracy kredytów dla miast w takim czasie, aby mogły one w oparciu o te kredyty zorganizować odpowiednie roboty. Konieczne jest również zachowanie ciągłości w kredytowaniu przez Fundusz Pracy rozpoczynanych przez miasta nowych robót, gdyż jedynie przez to da się uniknąć marnotrawstwa grosza publicznego.

Do czasu radykalnej poprawy finansów miast Fundusz Pracy nie powinien wymagać od miast własnego aportu do robót, prowadzonych przy jego pomocy, a warunki kredytów Funduszu Pracy muszą być w każdym przypadku dostosowane do możliwości finansowych poszczególnych miast. Nieuwzględnienie tego postulatu wywoła nowe, niezdrowe zadłużanie się miast.

IV. Zjazd Miast uznaje za konieczne wzmoczenie jeszcze w bieżącym roku akcji kredytowej Banku Gospodarstwa Krajowego na budownictwo mieszkaniowe, która na r. 1937/38 uległa nieoczekiwanemu dużemu ograniczeniu ze szkodą dla budujących, a pośrednio i dla miast, w związku z ograniczeniem możliwości rozwoju ruchu budowlanego.

V. Zjazd Miast uznaje za konieczne zapewnienie przez ustawę udziału reprezentantów miast w organach samorządu gospodarczego przy wydawaniu przez nie opinii w sprawach gospodarczych i finansowych gmin miejskich.

II. Wpływające z referatu prezydenta m. Krakowa, dr. M. Kaplickiego, pt. „Rola samorządu w administracji publicznej“.

I. Widząc w samorządzie terytorialnym równoległą z administracją rządową formę administracji państwowej, a nadto szkołę wychowania publicznego i ogniwo łączące obywatela z Państwem, a z drugiej strony przywiązując dużą wagę do wykorzystania przez samorząd dla dobra publicznego wartości twórczych, tkwiących w społeczeństwie i stwierdzając, iż istotną cechą samorządu jest przede wszystkim samodzielność poczynań jego organów w ramach porządku prawnego w zakresie spraw komunalnych pod nadzorem Państwa — Zjazd Miast Polskich uznaje za konieczne zwrócenie przez Rząd szczególnej uwagi na praktykę nadzoru nad samorządem, aby wyłączyć dowolność postępowania władz nadzorczych, podporządkowanie tym władzom organów wykonawczych samorządu i zniekształcanie przez to istoty samorządu.

II. Nadzór Państwa nad samorządem powinien zasadniczo dotyczyć kontroli legalności działania organów samorządu, a pod względem badania celowości powinien ograniczać się do badania zasad oszczędności w gospodarce publicznej.

III. Władze administracji rządowej i władze nadzorcze, żądając wypełnienia przez związki samorządowe pewnych obowiązków, powinny

przestrzegać, aby to były obowiązki nałożone na samorząd przez ustawy i określone w sposób niewątpliwy w porządku prawnym.

IV. Nadzór państwowy nad samorządem powinien być sprawowany przez szefów rządowych władz administracyjnych przy współdziałaniu organów kolegialnych, w których skład powinien wchodzić element obywatelski, pochodzący z wyboru. Dotyczy to również nadzoru, wykonywanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych, przy którym powinien powstać organ kolegialny, będący odpowiednikiem wydziałów wojewódzkich i wydziałów powiatowych. Spośród elementu obywatelskiego, wchodzącego w skład wspomnianych organów kolegialnych, co najmniej połowę członków powinni stanowić reprezentanci gmin miejskich, posiadający przewidziane przez prawo kwalifikacje do objęcia stanowiska przełożonego największej gminy miejskiej na danym terenie.

V. Nadzór państwowy i aparat rewizyjny powinien być tak zorganizowany, aby czynności nadzorcze i rewizyjne były skoordynowane.

VI. Zjazd Miast prosi Rząd o wzięcie pod rozwagę sprawy rozszerzenia uprawnień zarządów miast w zakresie państwowej administracji ogólnej przez wykorzystanie w poszczególnych przypadkach przede wszystkim uprawnień, wypływających z rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej.

W miastach wydzielonych z powiatowych związków samorządowych należy w każdym razie wyłączyć atrybucje nadzorcze nad prezydentami miast starosty wzgl. wojewody grodzkiego

VII. Uprawnienia starostów do zatwierdzania wyborów niezawodowych burmistrzów i wiceburmistrzów powinny być przeniesione na wojewodów.

VIII. Dla współdziałania z Rządem w normowaniu spraw samorządu terytorialnego powinna być powołana na podstawie ustawy Państwowa Rada Samorządowa, której większość powinni stanowić reprezentanci samorządu z wyboru.

W ustawie należy określić, iż Państwowa Rada Samorządowa zbiera się przynajmniej raz na rok i że pod jej obrady, wzgl. pod obrady powołanych przez nią komisji, powinny być wnoszone wszystkie sprawy zasadniczej natury, dotyczące samorządu, opracowywane przez poszczególne ministerstwa.

IX. Zjazd Miast uznaje za pilną sprawę uregulowania przez ustawę na jednolitych zasadach, odmiennych od stosunków służbowych w instytucjach prywatnych, praw łącznie z uposażeniami i obowiązków łącznie z odpowiedzialnością dyscyplinarną wszystkich stale zatrudnio-

nych pracowników samorządowych, nie wyłączając pracowników zakładów i przedsiębiorstw samorządowych.

Za sprawę nie mniej pilną Zjazd uznaje jednocześnie uregulowanie na podstawie ustawy zabezpieczeń emerytalnych pracowników samorządowych oraz praw emerytów samorządowych.

Ustawy, regulujące stosunki służbowe pracowników samorządu terytorialnego, nie powinny naruszać uprawnień organów miejskich, wpływających z ustawy samorządowej z 1933 r., przy czym płatni członkowie samorządowych organów zarządzających nie powinni być traktowani, z uwagi na obywatelski charakter ich stanowisk, na jednakowych zasadach z pracownikami samorządowymi.

X. Zjazd Miast uznaje za konieczne jak najrychlejsze wydanie odrębnych statutów ustrojowych dla największych miast oraz jak najrychlejsze uzgodnienie i scalenie całokształtu porządku prawnego samorządu terytorialnego w sposób, przewidziany w art. 122 ustawy samorządowej z r. 1933.

Zjazd Miast stwierdza potrzebę ustanowienia zasady, że w indywidualnych, uzasadnionych przypadkach inne ośrodki miejskie, poza wymienionymi w art. 38 ustawy samorządowej z r. 1933, oraz uzdrowska mogą otrzymać odrębne statuty ustrojowe.

XI. Zjazd Miast wypowiada się za skasowaniem Związku Rewizyjnego Samorządu Terytorialnego.

XII. Zjazd Miast wypowiada się za poddaniem rewizji ustawy samorządowej z r. 1933.

III. wypływające z referatu prezydenta m. Białegostoku, p. Seweryna Nowakowskiego, pt. „Reforma finansów miejskich”.

I. Zjazd Miast stwierdza, że:

1) Dotychczas nie nastąpiło odciążenie samorządu od różnych zadań i obowiązków pomimo prac nad tym zagadnieniem powoływanych przez Rząd specjalnych komisji i stworzenia do tego podstawy prawnej z art. 30 rozporządzenia Prezydenta Rzplitej z dnia 24.X. 1934 roku (Dz. U. Rz. P. Nr 94, poz. 846).

2) Zainicjowana i przeprowadzona przez Rząd akcja oszczędnościowo-oddłużeniowa samorządu sama przez się nie stworzyła zdrowych warunków dla gospodarki miast, a oparte na przewidywanych wynikach tej akcji dalsze znaczne obniżenie przez Rząd dochodów miast jeszcze przed jej ukończeniem przyjęło dla szeregu miast wręcz katastrofalny charakter.

3) Pomimo przeprowadzenia akcji oszczędnościowo-oddłużeniowej, ogół miast nadal nie tylko, że nie może przystąpić do aktywizacji gospodarki, lecz nie jest w stanie nawet zapobiec niszczeniu istniejących urządzeń, zakładów i przedsiębiorstw miejskich.

4) Po wielokrotnych zmianach na niekorzyść miast ich uprawnień finansowych, dokonanych w ostatnich 14 latach, miasta utraciły samodzielność finansową, a system podatków miejskich stał się w wysokim stopniu wadliwy.

5) Dalsze zwlekanie zarówno z odciążeniem miast od niektórych zadań i czynności, jak i zwiększeniem ich uprawnień podatkowych oraz uporządkowaniem systemu podatków miejskich, prowadzi nieuchronnie do dalszego i niezdrowego zadłużania się miast, naruszenia planów oddłużeniowych i utrzymania bezwładu gospodarki miejskiej.

6) Konieczna zasadnicza reforma finansów miejskich może mieć trwałe znaczenie jedynie wtedy, jeżeli poprzedzona będzie:

a) rewizją naszego całego systemu podatkowego i ustaleniem ostatecznej konstrukcji poszczególnych podatków państwowych, z którymi w dużym stopniu zająbiają się podatki samorządowe,

b) rewizją podziału zadań publicznych pomiędzy Skarb Państwa i samorząd terytorialny oraz pomiędzy związki samorządowe poszczególnych stopni, przede wszystkim w dziedzinie kosztów leczenia ubogich chorych i kosztów opieki społecznej oraz szkolnictwa powszechnego,

c) doprowadzeniem do równowagi nie tylko budżetu Skarbu Państwa, lecz i budżetów miast.

II. W związku z tym Zjazd Miast uznaje za konieczne:

1) Utworzenie przez Rząd specjalnego biura studiów nad zagadnieniem reformy podatkowej w ogóle i reformy finansów samorządowych w szczególności z powiązaniem tego zagadnienia z rewizją rozkładu zadań publicznych pomiędzy Państwo i samorząd terytorialny oraz pomiędzy związki samorządowe poszczególnych rodzajów.

Biuro to powinno podlegać bezpośrednio Prezesowi Rady Ministrów, składać się z płatnych osób oraz korzystać z płatnej pomocy, w formie stałej bądź doraźnej, praktyków samorządowych i innych znawców przedmiotu, niezależnie od tego, czy znajdują się oni na służbie państwowej.

Biuro Studiów powinno działać w kontakcie z centralnymi dobrowolnymi organizacjami samorządu terytorialnego i centralnymi organami samorządu gospodarczego.

2) Do czasu stworzenia podstaw do przeprowadzenia zasadniczej reformy finansów miejskich konieczne jest:

a) doraźne, poważne zwiększenie uprawnień podatkowych miast przez rozszerzenie na wszystkie miasta prawa poboru dodatków do państwowego podatku dochodowego, przywrócenie miastom wydzielonym prawa poboru specjalnych opłat drogowych, zapewnienie miastom niewydzielonym co najmniej 50% wpływów z takich opłat, po-

bieranych na ich terenie przez powiatowe związki samorządowe, i zwiększenie udziału miast we wpływach z opłaty od spirytusu, z dodatków samorządowych do państwowych podatków spożywczych i ze scalonego podatku przemysłowego,

b) danie miastom prawa poboru podatku od placów budowlanych i niedostatecznie zabudowanych w takiej formie i wysokości, aby podatek ten mógł się istotnie stać instrumentem polityki budowlanej i terenowej władz miejskich,

c) przekazanie miastom prawa egzekucji ich należności z tytułu samoistnych podatków i opłat.

d) zaniechanie ingerencji władz nadzorczych w każdym czasie i bez żadnych ograniczeń w sprawę wysokości opłat za korzystanie z urządzeń i przedsiębiorstw miejskich.

e) całkowite zwolnienie miast od obowiązku dostarczania mieszkań nauczycielom publicznych szkół powszechnych, względnie wypłacania im dodatków mieszkaniowych.

f) zwolnienie miast od obowiązku leczenia na ulgowych warunkach w ich szpitalach członków Ubezpieczalni Społecznych.

g) zwolnienie miast od obowiązku doręczania pism urzędowych różnych władz i instytucji publicznych i utrzymywania aresztów gminnych.

3) Zaniechanie dalszej zamiany samoistnych podatków miejskich na dodatki do państwowych podatków oraz zamiany dodatków na udziały w podatkach państwowych, aby nie unicestwiać samodzielności podatkowej miast i nie usuwać odpowiedzialności materialnej organów miejskich i całego miejscowego społeczeństwa za gospodarkę miejską w postaci zwiększanych podatków miejskich.

4) Zaniechanie wykorzystywania przez Państwo względnie inne organizacje prawno-publiczne miejskich źródeł dochodów, o ile w związku z tym zmniejszane zostają uprawnienia miast do korzystania z tychże źródeł. Np. państwowy podatek od uboju, elektryczności oraz opłaty na rzecz Czerwonego Krzyża i Funduszu Pracy.

5) Zaniechanie dalszego naruszania zasady, iż nie można zwiększać obowiązków, nie zwiększając jednocześnie dochodów, oraz zmniejszać dochodów, nie zmniejszając jednocześnie obowiązków miast, co zresztą wypływa ze słusznej zasady, wyrażonej w art. 69 ustawy z roku 1923 o tymczasowym uregulowaniu finansów komunalnych

O godzinie 19 min. 30 obrady Zjazdu zostały zakończone.

W dniu 28 kwietnia 1937 roku uczestnicy Zjazdu zwiedzali Warszawę i jej urządzenia.

W Zjeździe z ramienia miasta Łodzi wzięli udział pp. Prezydent miasta M. Godlewski, wiceprezydent miasta K. Kozłowski, Dyrektor

Zarządu Miejskiego M. Kalinowski, Naczelnik Wydziału Finansowego H. Konopka, Naczelnik Wydziału Podatkowego L. Chwalbiński. Jako członkowie Rady Naczelnej Związku wzięli udział pp. inż. W. Wojewódzki, Dyrektor Kanalizacji i Wodociągów, Br. Borucki, kierownik szkoły powszechnej, oraz K. Kowalski, adwokat. Członkowie Rady Naczelnej Związku pp. J. Wolczyński i Z. Podgórski nie przyjmowali w Zjeździe udziału.

PROTOKÓŁ

10 SPECJALNEGO TAJNEGO POSIEDZENIA RADY MIEJSKIEJ.

Łódź, dnia 8 kwietnia 1937 roku.

Komplet radnych 72.

Obecnym radnych 37.

I. Członkowie Rady Miejskiej:

- a) obecni: 1. Chodyński Edmund, 2. Domeradzki Henryk, 3. Fircho Antoni, 4. Ganzke Edward, 5. Gawron Władysław, 6. Głazewski Józef, 7. Goliński Stanisław, 8. Hartman Kazimierz, 9. Holenderski Lew, 10. Jaworska Maria, 11. Kempner Rafał, 12. Kędzierski Władysław, 13. Kozłowski Jan, 14. Krauze Edward, 15. Kruczkowski Bronisław, 16. Kraszewski Bolesław, 17. Kukulski Julian, 18. Laneman Stanisław, 19. Lewinson Anna, 20. Malinowski Leon, 21. Marciniak Józef, 22. Milman Szmul, 23. Morgentaler Icek Józef, 24. Mużdżyński Edward, 25. Niedzielski Józef, 26. Nutkiewicz Szlama, 27. Potkański Józef, 28. Poznański Chaim Lejb, 29. Rak Zygmunt, 30. Serwatka Karol, 31. Skrzydlewski Ludwik, 32. Śniadowicz Maks, 33. Szczepańczyk Władysław, 34. Szudrowicz Edmund, 35. Wojkowski Franciszek, 36. Woźniak Teodor, 37. Zerbe Emil.
- b) nieobecni usprawiedliwieni: 1. Landkof Abram Elia, 2. Walczak Adam, 3. Zdziechowski Mieczysław.
- c) nieobecni nieusprawiedliwieni: 1. Adamiec Franciszek, 2. Baranowski Eugeniusz, 3. Bartczak Stanisław, 4. Bąk Franciszek, 5. Belka Antoni, 6. Czernik Antoni, 7. Ellenberg Zygmunt, 8. Galar Roman, 9. Grochowski Bolesław, 10. Grzegorzak Leon, 11. Helt Andrzej, 12. Klikar Aleksander, 13. Kowalski Bronisław, 14. Kowalski Kazimierz, 15. Kożuchowski Wincenty, 16. Lewin Izaak, 17. Liberman Fiszel, 18. Matuszewski Władysław, 19. Michalak Bronisław, 20. Miłoch Franciszek, 21. Pawlicki Jan, 22. Płuciennik Piotr, 23. Rakowski Michał, 24. Rostkowski Czesław, 25. Szwajdler Franciszek, 26. Szwajdler Jan, 27. Szulc Henryk, 28. Szczepaniak Leon, 29. Sztrauch Zurech, 30. Turski Feliks, 31. Wajcman Józef, 32. Zielak Stanisław.

II. Członkowie Zarządu Miejskiego:

obecni: 1. Prezydent Miasta Godlewski Mikołaj, 2. Wiceprezydent Miasta Kozłowski Kazimierz, 3. Wiceprezydent Miasta Pączek Antoni.

III. Urzędnicy Zarządu Miejskiego:

obecni: 1. Kierownik Barczewski Jan, 2. Redaktor Furmański Roman, 3. Sekretarz Jaworski Władysław, 4. Dyrektor Kalinowski Mieczysław.

Przewodniczący: Prezydent Miasta Godlewski Mikołaj.

Sekretarz: Barczewski Jan, Kierownik Oddziału Ogólnego Wydziału Prezydyjnego.

Stenografki: Brzozowska Klara i Milewska Zofia.

Porządek obrad.

Odczytanie reskryptu Pana Ministra Spraw Wewnętrznych nr SS. 4041/22/p/35 z dnia 31 marca 1937 roku w sprawie rozwiązania Rady Miejskiej w Łodzi.

Posiedzenie otwiera o godz. 19 min. 40 Prezydent Miasta Godlewski Mikołaj oświadczając, iż jest ono prawomocne. Na 72 radnych obecnych jest 37, nieobecnych 35, w tym 3 usprawiedliwionych.

Pamięć zmarłego w dniu 5 kwietnia 1937 roku radnego Landkofa Abrama Elli — na wniosek Przewodniczącego — uczczono przez powstanie.

Wobec rozwiązania Rady Miejskiej w Łodzi przez Pana Ministra Spraw Wewnętrznych dzisiejsze posiedzenie Rady Miejskiej jest posiedzeniem ostatnim, zwołanym w trybie art. 69 ust. (4) ustawy z dnia 23 marca 1933 roku o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego (Dz. U. R. P. nr 35 poz. 294).

Dzisiejsze posiedzenie Rady Miejskiej jest tajne, a porządek obrad nie może być ani zmieniony, ani uzupełniony.

Na polecenie Przewodniczącego p. Barczewski Jan, Kierownik Oddziału Ogólnego Wydziału Prezydyjnego, odczytuje nadesłany przy piśmie Pana Wojewody Łódzkiego L. SA. I. 14c/2/36 z dnia 3 kwietnia 1937 r. reskrypt Pana Ministra Spraw Wewnętrznych nr SS. 4041/22/p/35 z dnia 31 marca 1937 roku w sprawie rozwiązania Rady Miejskiej w Łodzi treści następującej:

Zgodnie z wnioskiem Pana Wojewody z dnia 22 marca 1937 r. nr SA. I. 14c/2/36 na podstawie art. 69 ust. (5) ustawy z dnia 23 marca 1933 roku o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego (Dz. U. R. P. nr 35 poz. 294) rozwiązuję Radę Miejską m. Łodzi.

Uzasadnienie.

Pismem z dnia 24 lutego 1937 roku nr SS 3568/2 na podstawie art. 69 ust. (2) ustawy z dnia 23 marca 1933 roku (Dz. U. R. P.

nr 35 poz. 294), podanym do wiadomości Rady Miejskiej m. Łodzi na posiedzeniu w dniu 3 marca 1937 roku, wezwałem Radę Miejską m. Łodzi:

1. do podjęcia normalnej pracy w ramach ciężących na niej zadań i obowiązków, w szczególności natychmiastowego podjęcia prac nad preliminarzem budżetowym oraz uchwalenia w terminie dwóch tygodni pożyczek, niezbędnych do zatrudnienia bezrobotnych i prowadzenia normalnej gospodarki w bieżącym roku budżetowym i w roku budżetowym 1937/38 oraz
2. do zaniechania niewłaściwego postępowania — pod rygorem zastosowania postanowień art. 69 ust. (1) cytowanej wyżej ustawy.

Na posiedzeniu Rady Miejskiej m. Łodzi w dniu 3 marca 1937 roku, po odczytaniu przez przewodniczącego mego wezwania, większość Rady zgłosiła oświadczenie, z którego wyraźnie wynika, iż nie przystąpi ona do obrad nad preliminarzem budżetowym na rok 1937/38 do czasu zatwierdzenia przez władze w całości wybranego Zarządu Miejskiego (dowód protokół z posiedzenia Rady Miejskiej m. Łodzi z dnia 3 marca 1937 roku).

W rezultacie zarówno na posiedzeniu w dniu 3 marca, jak też w dniach 10 i 16 marca 1937 roku Rada Miejska m. Łodzi do obrad nad preliminarzem budżetowym nie przystąpiła, nie dopełniając tym samym swego kardynalnego obowiązku, jakim jest uchwalenie budżetu i umożliwienie przez to Zarządowi Miejskiemu prowadzenia prawidłowej gospodarki miejskiej i naruszając postanowienie art. 69 ust. (1) lit. b) cyt. ustawy.

Rada Miejska m. Łodzi na posiedzeniach w dniach 3, 10 i 16 marca 1937 roku nie uchwaliła również pożyczek, niezbędnych do wykonywania normalnej gospodarki, oraz prowadzenia robót inwestycyjnych i zatrudnienia bezrobotnych, do czego była wezwana pismem z dnia 24 lutego 1937 roku L. SS. 35/68-2. Postępowaniem tym Rada Miejska dała dowód nieudolnego i niedbałego traktowania istotnych interesów gospodarczych Gminy, naruszając art. 69 ust. (1) lit. b) cyt. ustawy.

3. Rada Miejska m. Łodzi, mimo wezwania, dopuszcza się w dalszym ciągu gorszących zajęć oraz toleruje wśród swych członków bez względu na ugrupowania wystąpienia publiczne na posiedzeniach Rady, które uwłaczają powadze i obniżają zaufanie, jakim powinny cieszyć się organa administracji publicznej, przez co narusza art. 69 ust. (1) lit. c) cyt. ustawy. Dowodem tego są liczne fakty niedopuszczania do przemówień,

opuszczania gremialnego swych miejsc, a nawet wszczynania bójek, co zostało wytknięte w upomnieniu z dn. 24 lutego br.; w dalszym ciągu na posiedzeniach następnych w dniach 3 i 16 marca rb. Rada Miejska wszczyniała krzyki i gwizdania, zmuszając przewodniczącego do przerywania posiedzenia.

Decyzja niniejsza jest ostateczna w administracyjnym toku instancyj i w myśl ust. (4) art. 69 cyt ustawy podlega natychmiastowemu wykonaniu”.

P. radny Chodyński Edmund w imieniu Klubu Radnych P. P. S. i Klasowych Związków Zawodowych, Bundu i N.S.P.P. składa oświadczenie, protestujące przeciwko rozwiązaniu Rady Miejskiej w Łodzi przez Pana Ministra Spraw Wewnętrznych i zgłasza wniosek o zaskarżenie tej decyzji do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

P. radny Holenderski Lew, jako przedstawiciel Poalej-Sjonu, oświadcza, iż solidaryzuje się z większością socjalistyczną Rady Miejskiej.

Bez dyskusji powzięto jednomyślnie uchwałę treści następującej:

Uchwała Nr 59.

Rada Miejska — na podstawie art. 69 ust. (4) ustawy z dnia 23 marca 1933 roku o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego (Dz. U. R. P. nr 35 poz. 294) — postanawia zaskarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego decyzję Ministra Spraw Wewnętrznych nr SS. 4041/22/p/35 z dnia 31 marca 1937 roku w przedmiocie rozwiązania Rady Miejskiej w Łodzi i wybrać w tym celu uprawnionych do zaskarżenia tej decyzji w imieniu Rady Miejskiej pełnomocników w osobach radnych: Chodyńskiego Edmunda, Potkańskiego Józefa, Hartmana Kazimierza, Golińskiego Stanisława i Milmana Szmula, którzy będą uprawnieni do działania łącznie lub każdy z osobna.

Wobec wyczerpania porządku obrad Przewodniczący o godz. 20-ej posiedzenie zamyka.

Sekretarz

(—) *Jan Barczewski*
(JAN BARCZEWSKI)
Kierownik Oddziału Ogólnego
Wydziału Prezydyjnego

Przewodniczący

(—) *Mikołaj Godlewski*
(MIKOŁAJ GODLEWSKI)
Tymczasowy Prezydent Miasta

PRZEGLĄD USTAWODAWSTWA.

OBRONA PRZECIWLOTNICZA I PRZECIWGAZOWA PAŃSTWA.

W nr 10 Dz. U. R. P. poz. 73 ukazało się rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 1937 roku o przygotowaniu w czasie pokoju obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej Państwa. Obowiązek zabezpieczenia siebie i swoich najbliższych oraz ochrony swego mienia przed napadami cięży na każdym obywatelu. Kierownictwo i zwierzchni nadzór nad przygotowaniem w czasie pokoju obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej Państwa sprawuje Inspektor Obrony Powietrznej Państwa, współpracując z Ministrem Spraw Wojskowych. W przygotowaniu obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej współpracują z władzami i ludnością stowarzyszenia społeczne, powołane do tego w myśl swych statutów, a w szczególności Liga Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej.

ŁĄCZENIE UPRAWNIEŃ EMERYTALNYCH.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 1937 r. o przekazywaniu składek za pracowników umysłowych i łączeniu uprawnień emerytalnych (Dz. U. R. P. nr 11 poz. 76) normuje wzajemne przekazywanie składek oraz zasady nabywania uprawnień emerytalnych na podstawie przekazywanych składek, w razie przejścia pracownika umysłowego z zatrudnienia w czasie, którego podlegał on obowiązkowi ubezpieczenia powszechnego do zatrudnienia, podczas którego przechodzi do ubezpieczenia zastępczego i odwrotnie.

DOSTAWY I ROBOTY NA RZECZ SKARBU PAŃSTWA, SAMORZĄDU I INSTYTUCYJ PRAWA PUBLICZNEGO.

Rozporządzeniem wykonawczym Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 1937 r. (Dz. U. R. P. nr 13 poz. 92) do ustawy z dnia 15 lutego 1933 r. o dostawach i robotach na rzecz Skarbu Państwa, Samorządu oraz instytucyj prawa publicznego — zamówienia na dostawy lub roboty powinny być udzielane przedsiębiorstwom krajowym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje, istniejącym co najmniej rok. Przeprowadzanie przetargów i odbiór wykonanych robót musi się odbywać komisyjnie.

ZAKŁADANIE i UTRZYMYWANIE PUBLICZNYCH SZKÓŁ DOKSZTAŁCAJĄCYCH ZAWODOWYCH.

Ustawa z dnia 29 marca 1937 roku (Dz. U. R. P. nr 24 poz. 152) normuje sprawę zakładania i utrzymywania publicznych szkół dokształcających zawodowych. Gminy muszą pokrywać $\frac{1}{3}$ wydatków osobowych oraz wszystkie inne wydatki, związane z założeniem i utrzymaniem tych szkół.

WARTOŚĆ ZNACZKÓW POCZTOWYCH DO OPŁATY URZĘDOWYCH PRZESYŁEK LISTOWYCH.

W nr 24 Dz. U. R. P. poz. 155 ukazało się rozporządzenie Ministrów Poczty i Telegrafów, Skarbu i Spraw Wewnętrznych z dnia 11 marca 1937 roku, które ustala wartość znaczków pocztowych do opłaty urzędowych przesyłek listowych: znaczka fioletowego na 6 gr., znaczka ciemno-oranżowego na 12 gr.

Sprawozdanie

finansowe Zarządu Miejskiego w Łodzi

za czas od 1 — 30 kwietnia 1937 roku.

Nazwa rachunku	Bilans otwarcia na dzień 1.IV.1937r.		Obroty w miesiącu kwietniu 1937 roku	
	Winien zł. gr.	Ma zł. gr.	Winien zł. gr.	Ma zł. gr.
K a s a	—	—	1,765 230.96	1,697,767.91
Wydatki budżetowe	—	—	1,144,696.78	4,522.44
Dochody budżetowe	—	—	690.56	643,271.66
Zakłady i szpitale	—	—	115,744.79	20,400.14
Przedsiębiorstwa komunalne	—	—	59,667.95	45,088.95
Zobowiązania z tytułu wykonania budżetu	—	—	2,200,811.77	1,451,483.73
Instytucje kredytowe	—	—	2,637,536.74	2,335,241.49
Sumy przechodnie	—	—	2,798,040.83	3,207,755.18
Weksle obce	—	—	—	—
Zaliczki	—	—	725,817.78	295,986.91
Dłużnicy i wierzyciele	—	—	—	1,466,367.37
Akcepty	—	—	—	—
Depozyty walorowe obce	—	—	690.—	10,198.41
Deponenci	—	—	10,198.41	690.—
Pożyczki krótkoterminowe	—	—	—	—
Papiery wartościowe własne	—	—	—	5,750.—
Różne rachunki	—	—	5,750.—	280 352.38
	—	—	11,464,876.57	11,464,876.57

WYKONANIE BUDŻETU ZARZĄDU MIEJSKIEGO

za czas od 1 do

Dział	Nazwa działu	Wydatki zwyczajne		Stosunek o/o
		preliminowano na okres roczny	wydatkowano za 1 miesiąc	
I	Zarząd ogólny	4,027,715.—	290,541.80	7,21
II	Majątek komunalny	227,560.—	9,503,77	4,17
III	Przedsiębiorstwa komunalne	212,473.—	—	—
IV	Spłata długów	3,666,089.—	123,671.31	3,37
V	Drogi i place publiczne	1,490,919.—	62,336.83	4,18
Va	Pomiary i plany rozbudowy miasta	328,023.—	18,847.56	5,74
VI	Oświata	3,164,961.—	364,945.80	11,53
VII	Kultura i sztuka	682,750.—	46,820.73	6,85
VIII	Zdrowie publiczne	4,474,900.—	151,596.09	3,38
IX	Opieka społeczna	2,955,952.—	38,815.98	1,31
X	Popieranie rolnictwa	210,682.—	12,635.11	5,99
XI	Popieranie przemysłu i handlu	517,791.—	43,177.30	8,33
XII	Bezpieczeństwo publiczne	1,589,206.—	44,387.07	2,79
XIII	Różne	705,593.—	28,239.64	4,—
	Zł.	24,254,614.—	1,235,518.99	5,09

W ŁODZI ZA 1 MIESIĄC 1937/38 ROKU

30 kwietnia 1937 roku.

Dział	Nazwa działu	Dochody zwyczajne		Stosunek %
		preliminowano na okres roczny	wpłynęło za 1 miesiąc	
I	Majątek komunalny	248,295 —	16,366.12	6,59
II	Przedsiębiorstwa komunalne	3,555,757.—	105 738.57	2,97
III	Subwencje i dotacje	88,403.—	12,153.13	13,74
IV	Zwroty	2,204,271.—	46,726 35	2,11
V	Oplaty administracyjne	558,006.—	50,728.17	9,09
VI	Oplaty z urzędzeń dobra publicznego	629,118 —	44,014.36	6,99
VII	Dopłaty	—	—	—
VIII	Udział w podatkach państwowych	9,919,023.—	61,893.78	0,62
IX	Dodatki do podatków państwowych	6,414,507.—	84 814 41	1,32
X	Podatki samoistne	1,260,000.—	200,691.29	15,92
XI	Różne	200,004.—	19,363.15	9,68
	Zł.	25,077,384 —	642,489.33	2,56

U W A G A: Sumy wykonania działu VIII i dz. IX, wykazane w 2 rubryce, nie obejmują wpływów podatkowych za m-c kwiecień 1937 r. z powodu przekazania tych należności przez Izbę Skarbową dopiero w następnym miesiącu.

KRONIKA.

I. OGÓLNA.

Ciekawa statystyka.

„Wiadomości Statystyczne” z lutego i marca rb. (nr. 6, 7 i 8) przynoszą bardzo ciekawe dane co do ilości i charakteru czynnych przedsiębiorstw komunalnych.

I tak większość gmin mniejszych posiada w chwili obecnej własne rzeźnie, których liczba wynosi 511 na 604 miast.

Wobec tego, że rzeźnie komunalne faktycznie korzystają z praw wyłączności, wpływ gmin na usprawnienie obrotu mięsem jest bardzo silny. Poza tym opłaty pobierane za korzystanie z rzeźni są dla samorządu poważnym źródłem dochodowym. W 1935/36 r. wpływy brutto rzeźni miejskich wyniosły około 30 milionów złotych.

Drugie miejsce co do ilości, ale pierwsze jeśli chodzi o dochodowość zajmują pośród przedsiębiorstw miejskich elektrownie — 278 miast posiada własne zakłady elektryczne (wytwórcza i rozdzielna). Wysokość ich rocznych wpływów wynosi ponad 75 milionów zł., oprócz tego powiatowe związki samorządowe mają w swojej dyspozycji 10 zakładów elektrycznych.

96 miast posiada własne gazownie, są one jednak skoncentrowane przeważnie w województwach: poznańskim, pomorskim i śląskim. Roczna wartość produkcji wszystkich gazowni miejskich oceniana jest na 47 milionów złotych.

gorzej przedstawia się zaopatrzenie naszych miast w wodociągi. Przedsiębiorstw wodociągowych mamy 99, jednak znów ich rozmieszczenie jest bardzo nierównomierne. Własne wodociągi w miastach liczących powyżej 20,000 mieszkańców spotykamy prawie wyłącznie w województwach zachodnich.

W województwach centralnych i wschodnich tylko 26 miast większych może się poszczycić posiadaniem tak ważnego dla zdrowia mieszkańców przedsiębiorstwa. Przedsiębiorstwa wodociągowe powinny ściśle wiązać się, jeśli chodzi o trwałe podnoszenie zdrowotności w miastach z urządzeniami kanalizacyjnymi. Niestety — urządzeniami tego typu dysponuje tylko 37 miast.

Obroty roczne komunalnych przedsiębiorstw wodociągowych i kanalizacyjnych wynoszą 57 milionów złotych.

Przedsiębiorstwa komunikacyjne tramwaje i autobusy spotykamy tylko w większych 10 miastach. Ponad to trzy powiatowe związki samorządowe i 1 miasto posiada własne linie autobusowe, a 12 powiatowych związków samorządowych — kolejki dojazdowe. W każdym razie obroty roczne przedsiębiorstw komunikacyjnych sięgają również bardzo poważnej sumy — 57 milionów zł., jednak 80% tej sumy stanowią obroty tramwajów i autobusów m. st. Warszawy.

Inne typy przedsiębiorstw spotykamy w gospodarce komunalnej raczej sporadycznie. Przedsiębiorstwa komunalne nie posiadające praw wyłączności skazane na konkurencję z przedsiębiorczością prywatną, nie mają trwałego żywota i liczba ich raczej ulega stałemu zmniejszaniu. Do takich przedsiębiorstw należy zaliczyć: cegielnie, apteki, młyny, tartaki itp.

Tadeusz Kulisiewicz laureatem Łodzi.

Dnia 19 kwietnia rb. w sali konferencyjnej Zarządu m. Łodzi odbyło się posiedzenie Komitetu Nagrody m. Łodzi dla przedstawiciela polskich sztuk plastycznych za całokształt pracy artystycznej.

W posiedzeniu udział wzięli: prof. dr. Zygmunt Batowski — delegat Polskiej Akademii Umiejętności, Prezydent miasta Mikołaj Godlewski — przedstawiciel Zarządu Miejskiego w Łodzi, inż. Jan Holcgreber — przedstawiciel obywateli m. Łodzi, art. mal. Kazimierz Tomorowicz — delegat Instytutu Propagandy Sztuki, dr. Marian Minich — kierownik Miejskiego Muzeum Historii i Sztuki w Łodzi, prof. dr. Marian Morelowski — delegat Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie (Wydział Sztuk Pięknych), wiceprezydent miasta Antoni Pączek — przedstawiciel Zarządu Miejskiego w Łodzi, prof. Leonard Pękalski — delegat Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie, prof. dr. Władysław Podlacha — prof. Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, radca dr. Jerzy Sienkiewicz — delegat Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dr. Michał Sobeski — prof. Uniwersytetu Poznańskiego, dr. Michał Walicki — docent Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie, naczelnik Henryk Wysznacki — przedstawiciel Wydziału Oświaty i Kultury Zarządu Miejskiego w Łodzi, Ludwik Piotrowski, kierownik Oddziału Kultury i Oświaty Pozaszkolnej Zarządu Miejskiego w Łodzi — jako sekretarz oraz red. Roman Furmański — kierownik Referatu Prasowego Zarządu Miejskiego. Nieobecny był prof. Kazimierz Sichulski, delegat Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie — usprawiedliwiony chorobą.



Na wstępie odczytano statut nagrody miasta Łodzi i regulamin obrad, po czym Prezydent miasta Godlewski odczytał krótki szkic historyczny dotychczas udzielonych nagród.

Zgłoszono 6 kandydatur, a mianowicie: Tadeusza Kulisiewicza, Szczęsnego Kowarskiego, Karola Hillera, Ludomira Slendzińskiego, Tytusa Czyżewskiego i Romualda Witkowskiego.

Po bardzo obszernej dyskusji i po kilku głosowaniach do ostatecznej eliminacji pozostały 2 kandydatury — łodzianina Hillera i Kulisiewicza.

W wyniku głosowania pierwszeństwo i nagrodę przyznano Tadeuszowi Kulisiewiczowi.

Jakie są motywy przyznania nagrody, którą stanowi kwota zł. 5000, artyście T. Kulisiewiczowi? Całokształt działalności artystycznej w dziedzinie grafiki i drzeworytnictwa.

Kim jest nowy laureat?

Tadeusz Kulisiewicz urodził się w roku 1900 w Kaliszu. Ukończywszy gimnazjum w rodzinnym mieście, wstąpił w roku 1922 do szkoły zdobniczej w Poznaniu, gdzie studiował w ciągu 1 roku.

W roku 1923 wyjechał do Warszawy i tu wstąpił do pracowni profesora Miłosza Kotarbińskiego dla studiów rysunku oraz do pracowni prof. Władysława Skoczylasa, pod którego światłą ręką poznał sztukę grafiki i drzeworytnictwa.

W roku 1927 Kulisiewicz ukończył Szkołę Sztuk Pięknych w Warszawie. Obecnie jest asystentem rysunku w pracowni prof. Mieczysława Kotarbińskiego.

Artysta jeszcze w okresie studiów w Szkole Sztuk Pięknych (w r. 1926) odbył wakacyjną wycieczkę do Szlembarku około Czorsztyna. Na młodym, już prawie kompletnie skryształizowanym talencie ubogie środowisko góralskie wywarło niezatarte wrażenie i stało się wejściowym niemal tematem w jego twórczości.

Tutaj jest źródło przepięknych prac zatytułowanych: „Szlembark”, „Bacówka”, „Biedny Człowiek” i „Moja wieś”.

Jeśli polską sztukę malarską i poetycką z punktu widzenia źródeł duchowych (społecznych) możnaby podzielić na szlachecką, ludową, rzemieślniczą i robotniczą, to rodowodu sztuki Kulisiewicza szukać trzeba w środowisku robotniczym. Kulisiewicz tutaj czerpał tę wielką siłę potencjalną, która znalazła swój wyraz w jego sztuce.

To też z jego dzieł bije wiara w pracę i miłość człowieka, uzewnętrzniają się ostre akcenty społeczne. Ich źródłem jest współczucie. Stąd sztuka Kulisiewicza jest „smutna”. Najczęstszymi tematami w jego drzeworytach są nędzne wioski w górach, karczmy wiejskie, pejzaże, tak smutne, a tak piękne zarazem, wreszcie — ludzie. Ludzie starzy, młodzi, dzieci. Musi Kulisiewicz te biedne dzieci naprawdę kochać i współczuć z nimi. Ten sam temat przewija się w akwarelach artysty, który wyszedł i powraca zawsze do symbolicznego niemal Szlembarku, swego największego natchnienia.

Krytyka nazwała styl sztuki Kulisiewicza „neogotyckim”. Istotnie, jego ludzie mają w swych postaciach i twarzach wiele z umęczonych „świętków” gotyckich. Nie są wszakże ich naśladowcami. Mają własną duszę, własny oryginalny wyraz. Jeśli idzie o formę możnaby doszukiwać się u Kulisiewicza pewnych wpływów niemieckiego ekspresjonizmu, co wszakże absolutnie nie pozbawia go oryginalności.

Jako artysta, specjalnie rozmiłowany w drzeworytnictwie, Kulisiewicz posiada w tej dziedzinie nieskazitelną czystość rysunku, wpływającą ze świetnej znajomości „rzemiosła”. W technice jego uwidacznia się najczystsza i najprostsza robota dłuta.

Jeśli idzie o artystyczne przekonania laureata, Kulisiewicz jest człowiekiem grupy „Ryt”. W roku 1936 wystawił w Warszawskim IPS-ie 100 prac, w tym większość drzeworytów.

Premier generał Sławoj-Składkowski w Łodzi.

22 kwietnia rb. przybył z Warszawy samochodem na teren Województwa Łódzkiego P. Premier gen. Sławoj-Składkowski. Celem zasad-

niezym wizyty P. Premiera było zlustrowanie wielkich robót publicznych, prowadzonych w całym Województwie oraz bliższe zapoznanie się ze stanem organizacyjnym poszczególnych miast i miejscowości.

Powiadomiony o wizycie p. Wojewoda Łódzki Aleksander Hauke-Nowak udał się na powitanie Szefa Rządu w towarzystwie przedstawicieli władz miejscowych.

P. Premier powitany został na granicy Województwa Łódzkiego, po czym przejechał przez Brzeziny i zatrzymał się w Zgierzu.

Wprost ze Zgierza P. Premier gen. Sławoj-Składkowski przybył do Łodzi. Najpierw udał się do Urzędu Wojewódzkiego, gdzie odbył z p. Wojewodą Łódzkim krótką konferencję, następnie o godz. 12.30 przybył do Zarządu Miejskiego, gdzie spędził pewien czas na konferencji z Prezydentem miasta M. Godlewskim w obecności Wojewody Łódzkiego.

P. Premier żywo interesował się budżetem m. Łodzi na rok 1937/38, omawiał również sprawy związane z prowadzonymi obecnie robotami sezonowymi. W szczególności zainteresował się P. Premier gen. Sławoj-Składkowski doniosłą dla Łodzi sprawą kanalizacji i wodociągów. W towarzystwie Wojewody, Prezydenta miasta i swego otoczenia udał się P. Premier na teren wielkich robót kanalizacyjnych, prowadzonych przy ulicy Pomorskiej i zwiedził tereny wodociągowe na Budach Stokowskich, gdzie znajdują się w budowie wielkie urządzenia, mające zaopatrywać Łódź w wodę.

Na terenach robót kanalizacyjno-wodociągowych powitał P. Premiera dyrektor Przedsiębiorstwa Kanalizacji i Wodociągów inż. Wacław Wojewódzki w otoczeniu inżynierów, kierujących pracami.

Tutaj P. Premier szczegółowo obejrzał zbiorniki wodociągowe, zasuwę i betoniarnie, jak również zapoznał się z ogólnym projektem zaopatrzenia naszego miasta w wodę oraz planem sieci kanalizacyjnej. Technicznych wyjaśnień udzielił Szefowi Rządu dyrektor inż. Wojewódzki.

P. Premier w czasie zwiedzania urządzeń kanalizacyjno-wodociągowych nawiązał kontakt z zatrudnionymi tam robotnikami, rozmawiał z nimi, wykazując wielkie zainteresowanie warunkami pracy, płacami, losem robotników itp.

Jak można było wywnioskować z rozmów, prowadzonych przez P. Premiera, wielkie prace kanalizacyjno-wodociągowe wywarły na nim wrażenie bardzo dodatnie.

Przed opuszczeniem zwiedzanych obiektów P. Premier wpisał się do dziennika robót, upamiętniając w ten sposób swą wizytę.

Następnie Szef Rządu zwiedził miasto, przejeżdżając autem przez szereg ulic. Po drodze interesował się żywo prowadzonymi tu i ówdzie

pracami około przyłączeń nieruchomości do sieci kanalizacyjnej, jak również sprawą remontów fasad domów.

Po obiedzie p. Premier gen. Sławoj-Składkowski wyjechał na dalszą lustrację Województwa. Zaznaczyć należy, iż P. Premier podczas swego krótkiego pobytu w Łodzi wręczył Prezydentowi miasta zł. 800 na pomoc dla najbiedniejszych matek.

Akademia z okazji „Tygodnia Pomorza“.

25 kwietnia rb. w przepelnionej sali Teatru Miejskiego, z okazji zamknięcia „Tygodnia Pomorza“ odbyła się uroczysta akademie.

Po odegraniu hymnu narodowego, wiceprezydent miasta Łodzi A. Pączek wygłosił przemówienie na tematy kaszubskie i gdańskie, rozpoczynając je od cytowania wyjątków z „Wiatru od morza“ Żeromskiego, malujących gehennę słowiańskiego Pomorza, wchłanianego przez prusactwo. Pierwszy spis ludności w niepodległej Polsce w roku 1921 wykazał, iż na Pomorzu mieszka 81 proc. Polaków, przy wyborach na listy polskie padło 85 proc. głosów. Drugi spis w roku 1931 wykazał na Pomorzu 90 proc. Polaków. Jest to dowodem, iż Pomorze jest rdzeniem polskim terytorium, wbrew temu, co usiłują głosić rewizjoniści niemieccy.

W dalszym ciągu swego przemówienia Prelegent stwierdził, że argumenty historyczne, etnograficzne oraz gospodarcze przemawiają na korzyść Polski i udowodnił przy pomocy cyfr, że Gdańsk odłączony od Rzeszy Niemieckiej i związany z Polską, podniósł się gospodarczo i stał się kwitnącym portem.

— Nie ma Polski bez Kaszub, a Kaszub bez Polski — tymi słowy zakończył wiceprezydent Pączek swe przemówienie, które ilustrowane było melodeklamacją i muzyką.

Akademia zakończyła się uroczystym ślubowaniem wierności dla polskiego wybrzeża morskiego i obrony morza polskiego.

Jubileusz 25-lecia kupiectwa chrześcijańskiego w Łodzi.

Kupiectwo łódzkie chrześcijańskie 25 kwietnia rb. święciło swój jubileusz 25-lecia istnienia.

Członkowie Stowarzyszenia zgromadzili się o wczesnej godzinie porannej w lokalu przy ul. Piotrkowskiej 113, skąd pochodem ze sztandarem udali się do kościoła ewangelickiego św. Mateusza, gdzie odprawione zostało okolicznościowe nabożeństwo.

Następnie uczestnicy uroczystości jubileuszowych udali się do kościoła katedralnego św. Stanisława Kostki, gdzie odbyło się uroczyste

nabożeństwo celebrowane przez J. E. ks. biskupa Sufragana K. Tomczaka, który po Mszy św. wygłosił do zebranych kazanie.

Po nabożeństwie przedstawiciele zarządu stowarzyszenia złożyli na płycie Nieznanego Żołnierza wieniec, po czym pochód udał się ulicą Piotrkowską do lokalu Stowarzyszenia.

O godzinie 12 30 w lokalu stowarzyszenia przy ul. Piotrkowskiej 113 odbyło się jubileuszowe Walne Zgromadzenie członków Stowarzyszenia, na które przybyli J. E. ks. biskup W. Jasiński, Wojewoda Al. Hauke-Nowak, Prezydent m. Łodzi M. Godlewski, wiceprezydent K. Kozłowski, starosta grodzki dr. H. Mostowski oraz przedstawiciele Izby Przemysłowo-Handlowej, przedstawiciele kongregacji kupieckich m. Krakowa i Lwowa, przedstawiciele organizacji kupieckich i rzemieślniczych.

Zebranych powitał i wygłosił okolicznościowe przemówienie prezes stowarzyszenia Fidler.

Po wygłoszonym referacie odbyło się wręczenie listów dziękczynnych zasłużonym członkom Stowarzyszenia Polskich Kupców i Przemysłowców Chrześcijan w Łodzi.

Dalej przemawiali przedstawiciele organizacji kupieckich innych miast, składając życzenia pomyślnego rozwoju Stowarzyszenia.

Zebranie zakończyło się uchwaleniem szeregu rezolucji w kwestii podniesienia stanu gospodarczego handlu i przemysłu polskiego i chrześcijańskiego.

Walny Zjazd Okręgu Łódzkiego Z. H. P.

W dniu 25 kwietnia rb. w Łodzi odbył się Doroczny Walny Zjazd Okręgu Łódzkiego Związku Harcerstwa Polskiego.

O godzinie 8.50 zgromadzili się na placu katedralnym harcerze, gdzie przybył p. Wojewoda Łódzki Hauke-Nowak, przewodniczący Związku Harcerstwa Polskiego Okręgu Łódzkiego i odebrał raport.

O godzinie 9 w katedrze odprawione zostało nabożeństwo celebrowane przez J. E. ks. biskupa Jasińskiego, który po nabożeństwie wygłosił podniosłe okolicznościowe kazanie.

O godzinie 11.30 w sali Rady Miejskiej przy ul. Pomorskiej 16 odbyły się obrady, które otworzył i zagaił Pan Wojewoda Hauke-Nowak, i powitał przedstawicieli władz państwowych, wojskowych, samorządowych i organizacji. W Zjeździe brali udział pp.: przedstawicielka Naczelnych Władz Harcerskich — inspektorka Maria Wocalewska, płk. dypl. M. Bolesławicz w zastępstwie Dowódcy Okręgu Korpusu nr IV, prokurator dr. M. Spólnik, Starosta Grodzki Łódzki dr. H. Mostowski, podinspektor P. P. K. Złotowski, reprezentant Kurii Biskupiej — ks.

prał. Dzioba, prezydent miasta M. Godlewski, przedstawiciel Kuratorium Okręgu Szkolnego Warszawskiego — wizytator Głuchowski, Inspektor Szkolny St. Dobrowolski, dyr. Michejda, poseł Wymysłowski, ppor. I. Harde — weteran 1863 roku i inni.

Po uczczeniu przez zebranych pamięci zmarłych członków Związku Harcerstwa Polskiego: śp. dr. Arkadiusza Goldenberga, Wacławy Myszkowskiej, Zygryda Komana, Pan Wojewoda zaprosił na przewodniczącego Zjazdu p. dyr T. Czapczyńskiego.

Po przemówieniach powitalnych, które wygłosili przedstawiciele władz i różnych organizacyj, odczytane zostały depesze gratulacyjne od przewodniczącego Związku Harcerstwa Polskiego Wojewody dr. M. Grażyńskiego i pułk. dypl. Alf-Tarczyńskiego i inne.

Sprawozdanie z działalności Zarządu Okręgu złożył dyr. inż. Rau oraz sprawozdania z działalności Komend Chorągwi: inspektor S. Szletyński i komendantka K. Kenizanka, z działalności Koła Przyjaciół Harcerstwa W. Nowakowski oraz z działalności duszpasterstwa ks. kan. St. Nowicki.

Po złożonych sprawozdaniach Zjazd uchwalił wysłać depesze hołdownicze: do Prezydenta Rz. P. prof. Mościckiego, Marszałka Rydza-Śmigłego, Premiera gen. Sławoj-Składkowskiego, Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Świętosławskiego, dyr. P. W. i W. F. gen. Olszyny-Wilczyńskiego, do przewodniczącego Związku Harcerstwa Polskiego wojewody dr. M. Grażyńskiego oraz do prezesa Sądu Okręgowego w Warszawie T. Kamińskiego.

Walny Zjazd w uznaniu zasług położonych dla rozwoju harcerstwa łódzkiego postanowił mianować Wojewodę Łódzkiego p. Aleksandra Hauke-Nowaka, długoletniego przewodniczącego Okręgu Łódzkiego Z. H. P. honorowym przewodniczącym tegoż Okręgu.

15-lecie odzyskania Śląska.

2-go maja rb. Łódź uroczyście obchodziła 15-tą rocznicę przyłączenia Górnego Śląska do Polski. W ramach święta odbył się ogólnopolski zjazd Stowarzyszenia Powstańców Śląskich „Legion Śląski“. Na zjazd przybyło 187 delegatów z wszystkich ośrodków polskich.

O godz. 8 50 na placu katedralnym odbyła się zbiórka delegatów i członków Legionu Śląskiego w Łodzi oraz organizacyj b. wojskowych, stowarzyszeń, cechów i zrzeszeń oraz oddziałów młodzieży szkolnej. Po nabożeństwie, odprawionym w katedrze św. Stanisława Kostki przez J. E. ks. biskupa sufragana dr. Kazimierza Tomczaka, odbyło się złożenie wieńca na płycie Nieznanego Żołnierza. Następnie wyruszył olbrzymi kilkunastutysięczny pochód ulicą Piotrkowską na Plac Wolności, gdzie po złożeniu wieńców pod pomnikiem Kościuszki, powitał powstańców gospodarz miasta Prezydent M. Godlewski.

O godz. 12-iej w sali Filharmonii odbyła się uroczysta akademія, którą zagał prezes okręgu łódzkiego Baster. W imieniu Wojewody Łódzkiego Aleksandra Hauke-Nowaka życzył zjazdowi pomyślnych obrad naczelnik dr. St. Wrona. Na Akademii obecny był Dowódca Okręgu Korpusu generał W. Langner, Prezydent miasta M. Godlewski i szereg przedstawicieli władz i społeczeństwa.

Naczelnik dr. Wrona w zastępstwie Wojewody udekorował 35 powstańców Krzyżami Zasługi, po czym dr. Polakiewicz wygłosił przemówienie.

Po południu odbyły się walne obrady zjazdu delegatów „Legionu Śląskiego“ w salach Związku Oficerów Rezerwy. Zjazdowi przewodniczył prezes Gościński z Warszawy. Zjazd uchwalił połączenie „Legionu Śląskiego“ ze Związkiem Powstańców Śląskich.

Wysłano depesze hołdownicze do P. Prezydenta RP., Marszałka Śmigłego-Rydza, Premiera gen. Sławoj-Składkowskiego, Wojewody Śląskiego dr. Grażyńskiego, płk. Koca i gen. Góreckiego.

Święto 3-go maja w Łodzi.

Łódź uroczystie obchodziła jedną z najpiękniejszych rocznic narodowych — rocznicę Konstytucji 3 maja.

O godz. 7 rano zabrzmiały hejnały z wież kościołów: Katedralnego, Najświętszej Marii — Panny, Św. Krzyża, Św. Kazimierza oraz z wieży fabrycznej zakładów przemysłowych I. K. Poznańskiego — obwieszczając ludności o rozpoczęciu się wielkiego święta. O godz. 9-iej w świątyniach wszystkich wyznań odbyły się nabożeństwa dla młodzieży szkolnej.

O godzinie 10-iej w kościele katedralnym przy trzech ołtarzach odprawione zostały uroczyste Msze św.

Na nabożeństwie, które celebrował J. E. Ks. Biskup Włodzimierz Jasiński zgromadzili się przedstawiciele władz państwowych z P. Wojewodą Hauke-Nowakiem, przedstawiciele wojskowości z gen. Langnerem na czele, władz samorządowych z prezydentem miasta Godlewskim, przedstawiciele sądownictwa, prokuratury, policji i tysiączne rzesze mieszkańców.

Po nabożeństwie odbyła się wzruszająca uroczystość: Wręczenie wojsku karabinu maszynowego — daru uczniów gimnazjum Zimowskiego, którzy szczerze spełnili w ten sposób swój obowiązek wobec FON-u.

O godz. 12 odbyła się defilada, którą przyjęli przed gmachem przy ul. Piotrkowskiej 104 Wojewoda Hauke-Nowak i Dowódca Okręgu Korpusu generał Langner.

Bezpośrednio po defiladzie w sali recepcyjnej Urzędu Wojewódzkiego p. Wojewoda Hauke-Nowak udekorował krzyżami zasługi 25 zasłużonych obywateli.

O godzinie 15 w Teatrze Popularnym odbyło się przedstawienie dla żołnierzy, o godzinie 16 w Teatrze Miejskim przedstawienie dla członków związków zawodowych i wreszcie o godzinie 16 na boisku IKP odbyła się wielka rewia sportowa, która zakończyła uroczystości 3 Maja.

Łódź w drugą rocznicę zgonu Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Druga rocznica zgonu Wielkiego Marszałka Józefa Piłsudskiego była w Łodzi dniem uroczystej i głębokiej żałoby.

Miasto udekorowane było flagami, okrytymi kirem, w licznych wystawach sklepowych wystawione zostały popiersia i portrety Marszałka Piłsudskiego, przyozdobione szarfami żałobnymi.

12 maja o godzinie 9-ej rano w świątyniach wszystkich wyznań odbyły się nabożeństwa żałobne, w których wzięli udział wydelegowani przedstawiciele władz państwowych, społeczeństwa oraz młodzież szkolna. Po nabożeństwach młodzież powróciła do szkół na lokalne akademie żałobne.

O godzinie 10-ej odprawione zostało w kościele katedralnym uroczyste nabożeństwo żałobne, celebrowane przez J. E. Ordynariusza Diecezji Łódzkiej, ks. biskupa Włodzimierza Jasińskiego.

W nabożeństwie wzięli udział Wicewojewoda St. Wendorff, Dowódca OK gen. W. Langner, Prezydent miasta M. Godlewski, Wojewódzki Komendant P. P. insp. dr. Torwiński, Prezes Sądu Okręgowego Maciejewski, Prokurator dr. Spólnik, Dyrektor Izby Skarbowej dr. Rzadkiewicz, Starosta Grodzki Łódzki dr. H. Mostowski, Komendant P. P. m. Łodzi insp. Elsesser Niedzielski, inspektor P. P. Złotowski liczny korpus oficerski, oraz przedstawiciele organizacji społeczeństwa i tłumy wiernych.

Po środku nawy kościelnej ustawiony był katafalk okryty kirem i zielenią, przy którym straż honorową trzymali przedstawiciele korpusu oficerskiego i podoficerskiego, poczty chorągwiane pułków łódzkich i poczty sztandarowe organizacji b. wojskowych.

Funkcję porządkową spełniali członkowie Straży Pożarnej.

Na placu katedralnym w tym czasie ustawione zostały oddziały wojskowe, P. W., tudzież sfederowanych organizacji b. wojskowych.

Podczas nabożeństwa orkiestra wojskowa odegrała marsza żałobnego Szopena. Po zakończeniu modłów żałobnych oddziały wojskowe, p. w. oraz b. wojskowych, tudzież poczty sztandarowe i chorągwiane przeciągnęły ulicami miasta przy dźwiękach żałobnych werbli.

Zgodnie z ustalonym programem w czasie od godz. 18.45 do 19.45 ulicami miasta przeszły powtórnie orkiestry wojskowe i cywilne, z żałobnym werblem.

O godzinie 20 ej na placu Hallera zgromadziły się organizacje społeczne, oddziały wojskowe i młodzież szkolna w liczbie kilkunastu tysięcy osób, oraz przybyli przedstawiciele władz państwowych, wojskowych, samorządowych i instytucyj. Zgromadzeni utworzyli czworobok, zwrócenie w stronę olbrzymiego transparentu, na którym umieszczony był Orzeł Biały, a u stóp jego popiersie Wodza Narodu Marszałka Józefa Piłsudskiego. Punktualnie o godzinie 20.45 przy odgłosie syren fabrycznych oraz biciu dzwonów kościelnych zapalono trzy ogniska, równocześnie zapanowała cisza, którą przerwał łoskot żałobnych werbli. W tym czasie przez gigantofon odmówiono modlitwy: Ojcze Nasz, Zdrowaś Maria i Wieczny Odpoczynek, następnie odczytano rozkaz Marszałka, wydany do armii w październiku 1920 roku, oraz kilka myśli Jego. Uroczystości żałobne zakończone zostały modlitwą, odśpiewaną przez oddziały wojskowe.

Cenne wykopalisko.

Prace wykopaliskowe, jakie wznowiono nad rzeką Łódką, doprowadziły do nowego odkrycia.

W czasie tych robót w odległości około 100 metrów od obecnego łożyska Łódki, na głębokości 3-ch metrów, wykopano czaszkę żubra dyluwialnego, które to zwierzęta żyły w epoce polodowcowej.

Wykopalisko jest cennym nabytkiem Miejskiego Muzeum Etnograficznego.

Ofiarność społeczeństwa nie poszła na marne.

Zestawiając wyniki przeprowadzonej w ciągu ubiegłych pięciu miesięcy pomocy zimowej należy brać pod uwagę nie tylko jej bezpośrednie wyniki, lecz również i efekty w charakterze wtórnym.

O bezpośrednich wynikach pomocy zimowej najlepiej mówią cyfry. Około półtora miliona bezrobotnych wraz z rodzinami otrzymywało miesięczne zasiłki z komitetów. Pół miliona dzieci dożywiano w szkołach i świetlicach. Świadczy to, że ofiarność społeczeństwa polskiego nie poszła na marne, że na froncie walki z nędzą rozegrana została zwycięska kampania.

Bezpośrednie złagodzenie skutków bezrobocia nie wyczerpuje — jak już wspomniano wyników pomocy zimowej. Są rezultaty, których nie można tak łatwo zestawić, jak liczby dożywionych czy odzianych bezrobotnych.

Pierwszy najaktualniejszy dziś efekt pomocy zimowej, to stan zdrowotny bezrobotnych, którzy otrzymują obecnie pracę przy robotach publicznych.

Inny znów rezultat robót publicznych, to znaczne odciążenie w ciągu zimy samorządów, znajdujących się i tak w dość trudnej sytuacji finansowej.

Komitety pomocy zimowej prowadziły zresztą w ciągu ubiegłej zimy specjalną akcję pomocy lekarskiej w postaci bezpłatnego leczenia oraz bezpłatnych lekarstw dla bezrobotnych i ich rodzin.

Odmianą całkiem dziedzinę stanowi zagadnienie odpracowania udzielonej pomocy. Tutaj organizatorzy pomocy zimowej przyjęli słusznie zasadę, że pomoc społeczeństwa winna być odpracowana i, że takie postawienie sprawy idzie po linii dążeń szerokich rzesz bezrobotnych. Komitet Ogólnopolski stanął jednak na stanowisku, że zagadnienia tego nie należy traktować zbyt rygorystycznie — nieżyłciewo i decyzję w sprawie odpracowania pozostawił do swobodnego uznania poszczególnych komitetów lokalnych.

Oto kilka jeszcze przykładów wtórnych wyników, pomocy zimowej, wyników, które świadczą, że ofiarność społeczeństwa nie poszła na marne, że drobne ofiary przyczyniły się do wielkiego dzieła.

II. Z ŻYCIA SAMORZĄDU MIEJSKIEGO.

Postanowienia Tymczasowego Prezydenta Miasta. W kwietniu 1937 r. Tymczasowy Prezydent Miasta powziął ogółem 68 postanowień, przyczym w zastępstwie Rady Miejskiej — 23, a w zastępstwie Magistratu — 45.

Dla powzięcia postanowień zgłosił Wydział Prezydialny 7, Wydział Finansowy 7, Wydział Podatkowy 5, Wydział Oświaty i Kultury 11, Wydział Opieki Społecznej 2, Wydział Zdrowia Publicznego 4, Wydział Techniczny 15, Wydział Plantacyj 1, Wydział Gospodarczy 9, Wydział Wojskowy 1, Wydział Przedsiębiorstw Miejskich 3, Wydział Przemysłowy 1, Urząd Kontroli Miejskiej 1, Gazownia Miejska 1 wniosek.

6 postanowień dotyczy spraw personalnych, 3 — spraw budowlanych, 7 — spraw gruntowych, 3 — statutów, instrukcyj itp., 10 — spraw finansowych, 5 — subwencji, 10 — spraw gospodarczych, 2 — opłat wszelkiego rodzaju, 9 — dostaw wszelkiego rodzaju, 1 — spraw personalnych, 5 — spraw podatkowych, 7 — spraw różnych.

Z ważniejszych postanowień, powziętych przez Tymczasowego Prezydenta Miasta, należy wymienić:

1. Powołanie 3 członków Rady Komunalnej, Kasy Oszczędności oraz 5 członków Komisji Rewizyjnej tejże Kasy.
2. Uchwalenie szczegółowego planu zabudowania terenów położonych w Łodzi, a przylegających od południa do rzeki Jasioń pomiędzy przedłużeniem ulic: Gomółki i Ciszakowskiego do istniejących ulic: Flatta i Przyszkołę.
3. Nabycie budynków szpitalnych w Radogoszczu wraz z urządzeniami i przyległymi do nich terenami.
4. Zatwierdzenie Statutu stypendiów m. Łodzi im. Generała Gustawa Orlicz-Dreszera dla uczniów Państwowej Szkoły Morskiej w Gdyni.
5. Przyjęcie na rzecz Gminy Miejskiej Łódź od Komunalnego Funduszu Pożyczkowo-Zapomogowego bezzwrotnej subwencji w kwocie zł. 100,000.
6. Nabycie na rzecz Gminy Miejskiej Łódź pod urządzenie zlewisk asenizacyjnych terenów we wsi Sikawa.
7. Nabycie na rzecz Gminy Miejskiej Łódź na cele użyteczności publicznej nieruchomości, położonej w Łodzi przy zbiegu ulic Narutowicza i Matejki.

8. Otwarcie II Oddziału Komunalnej Kasy Oszczędności m. Łodzi w południowej części miasta.
9. Nabycie na rzecz Gminy Miejskiej Łódź dla badań prehistorycznych Miejskiego Muzeum Etnograficznego części grodziska p. n. „Szwedzkie Góry” w Tumie Łęczyckim.
10. Powołanie przedstawicieli Gminy Miejskiej Łódź do Komisji Poborowych.
11. Ustalenie nowych opłat za leczenie i utrzymanie chorych w szpitalach i sanatoriach miejskich.
12. Powołanie Komisji Szacunkowej dla oszacowania nieruchomości, urządzeń i ruchomości Rzeźni Miejskiej nr 2 przy ul. Łagiewnickiej nr. 63.

Posiedzenie Komitetu Rozbudowy Miasta.

W dniu 4 maja rb. w sali posiedzeń Zarządu Miejskiego odbyło się pod przewodnictwem Pana Prezydenta miasta —

Mikołaja Godlewskiego posiedzenie Komitetu Rozbudowy Miasta.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do rozpatrzenia złożonych o kredyty budowlane wniosków, przyznając pożyczki 105 petentom na budownictwo drobne na sumę zł. 539 600 oraz 8 petentom na budownictwo blokowe o mieszkaniach małych na krańcach miasta — na sumę zł. 168.000.

Ogółem na posiedzeniu tym przyznano kredyty budowlane 113 petentom na sumę zł. 707.600.

Z Rady Budowlanej. Rada Budowlana Wydziału Technicznego Zarządu Miejskiego w Łodzi na posiedzeniach, odbytych w kwietniu rb. rozpatrzyła 165 projektów budowlanych, złożonych przez zainteresowanych obywateli.

Z tej liczby: 116 planów zatwierdzono, 6 zwrócono do uzupełnienia, 41 zaopiniowano oraz 2 plany zawieszono.

NEKROLOGI

W dniu 20 kwietnia 1937 roku zmarła, przeżywszy lat 27

ś.†p.

Kazimiera Rypalska-Mądraszkówna

pracownica Wydziału Zdrowia Publicznego

Cześć Jej pamięci!

ZARZĄD MIEJSKI W ŁODZI

W dniu 22 kwietnia 1937 roku zmarł, przeżywszy lat 42

ś.†p.

Józef Ciecierski

pracownik Wydziału Gospodarczego

Cześć Jego pamięci!

ZARZĄD MIEJSKI W ŁODZI

W dniu 22 kwietnia 1937 roku, zmarł przeżywszy lat 51

ś.†p.

Edward Zuc

pracownik Wydziału Wojskowego

ZARZĄD MIEJSKI W ŁODZI

RUCH SŁUŻBOWY PRACOWNIKÓW ETATOWYCH ZARZĄDU MIEJSKIEGO w ŁODZI

ZA MIESIĄC KWIECIEŃ 1937 ROKU.

A. ZWOLNIENIA:

1. **Wrocławski Józef**, sekretarz Wydziału Ewidencji Ludności z dniem 7 kwietnia 1937 roku.

B. PRZENIESIENIA:

a) urzędnicy:

1. **Sokołowski Jan**, referent Archiwum Miejskiego przeniesiony z dniem 19 kwietnia 1937 roku na równorzędne stanowisko do Wydziału Ewidencji Ludności z dotychczasowym uposażeniem.

2. **Kempnerówna Janina**, sekretarz Inspekcji Budowlanej przeniesiony z dniem 12 kwietnia 1937 roku na równorzędne stanowisko do Wydziału Gospodarczego z dotychczasowym uposażeniem.

3. **Krzysztożkówna Józefa**, kancelista Wydziału Gospodarczego przeniesiony z dniem 12 kwietnia 1937 roku na równorzędne stanowisko do Inspekcji Budowlanej z dotychczasowym uposażeniem.

b) niżsi funkcjonariusze:

4. **Pisarek Władysław**, dozorca parkowy Wydziału Plantacyj przeniesiony z dniem 1 kwietnia 1937 roku na stanowisko woźnego szkoły powszechnej Wydziału Oświaty i Kultury z dotychczasowym uposażeniem.

5. **Wysocki Feliks**, woźny szkoły powszechnej Wydziału Oświaty i Kultury przeniesiony z dniem 1 kwietnia 1937 roku na stanowisko dozorey parkowego Wydziału Plantacyj z dotychczasowym uposażeniem.

6. **Rogowski Wawrzyniec**, dozorca Wydziału Plantacyj przeniesiony z dniem 1 kwietnia 1937 roku na równorzędne stanowisko do Wydziału Gospodarczego z dotychczasowym uposażeniem.

C. MIANOWANIA:

1. **Wojdan Stanisław**, kierownik biura Wydziału Zdrowia Publicznego mianowany z dniem 1 stycznia 1937 roku kierownikiem Oddziału z równoczesnym awansem do II st. st.

2. **Wojdan Józef**, referent Wydziału Podatkowego awansował z dniem 1 stycznia 1937 roku do III st. st.

3. **Ajnenkiel Eugeniusz**, referent Wydziału Oświaty i Kultury awansował z dniem 1 stycznia 1937 roku do III st. st.

D. PRZENIESIENIA W STAN SPOCZYNKU:

1. **Coblowa Leonarda**, pielęgniarka szpitala Św. Józefa z dniem 1 kwietnia 1937 r.

OKÓLNIK NR 3.

DO
WSZYSTKICH WYDZIAŁÓW, URZĘDÓW
i PRZEDSIĘBIORSTW ZARZĄDU MIEJSKIEGO
w ŁODZI.

Odpisy przesłać wszystkim Związkom Zawodowym
Pracowników Miejskich w Łodzi.

PRZEDMIOT:
ODDŁUŻENIE PRACOWNIKÓW
MIEJSKICH.

Zarząd Miejski, pragnąc przyjąć z pomocą pracownikom miejskim, rozpatruje możliwości przeprowadzenia oddłużenia pracowników.

W związku z tym Zarząd Miejski rozpiisał ankietę, mającą na celu zebranie danych, ilustrujących rozmiary, w jakich ewentualna akcja oddłużeniowa winna być przeprowadzona. Wszyscy pracownicy, chcący skorzystać z oddłużenia, winni po należytym wypełnieniu nadesłać powyższą ankietę do Oddziału Personalnego Wydziału Prezydyjnego w terminie do dnia 5 czerwca 1937 roku.

Ankieta winna być nadesłana w zamkniętej kopercie z napisem: „Ankieta w sprawie zadłużenia pracowników miejskich”.

Łódź, dnia 19 maja 1937 roku.

Tymczasowy Prezydent Miasta
(—) *M. Godlewski*
(MIKOŁAJ GODLEWSKI)

OKÓLNIK NR 4.

DO
WSZYSTKICH WYDZIAŁÓW, URZĘDÓW
i PRZEDSIĘBIORSTW ZARZĄDU MIEJSKIEGO
w ŁODZI.

Odpisy przesłać do Wszystkich Związków Zawodowych
Pracowników Miejskich.

PRZEDMIOT:
ZASADY UDZIELANIA POŻYCZEK
i ZALICZEK PRACOWNIKOM MIEJSKIM.

Komunikuję, że punkt 5 części A okólnika Nr 3 z dnia 22 lutego 1936 roku otrzymuje brzmienie następujące.

„w granicach ustalonego na ten cel funduszu upoważnić:

- a) Dyrektora Zarządu Miejskiego do udzielania etatowym pracownikom miejskim pożyczek do wysokości ich 2-miesięcznych poborów, nie większych jednak niż 1.000 złotych.
- b) Kierownika Oddziału Personalnego do udzielania etatowym pracownikom miejskim i emerytom pożyczek do wysokości 1-miesięcznych poborów, nie większych jednak niż zł. 500.

Wymienione w punktach a) i b) pobory rozumieć należy bez remuneracyj i dodatkowych wynagrodzeń, pracownicy poza etatowi mogą otrzymywać pożyczki za poręczeniem 2 pracowników etatowych”.

Łódź, dnia 18 maja 1937 roku.

Tymczasowy Prezydent Miasta
(—) *Mikołaj Godlewski*
(MIKOŁAJ GODLEWSKI)

OGŁOSZENIE.

Na podstawie art 151 Ordynacji Podatkowej (Dz. U. R. P. z 1936 r. Nr 14, poz. 134) Zarząd Miejski wzywa niżej wymienionych do zgłoszenia się w biurze Wydziału Podatkowego przy ulicy Zawadzkiej 1 (front II piętro, pokój 12) celem odbioru pism, nadesłanych przez

5 Urząd Skarbowy w Łodzi:

nakazy płatnicze na państwowy podatek przemysłowy od obrotu na 1935 r.

Nr ks. bier.	1873	„Letes” Steps Zygmunt, Al. 1-go Maja 3 m. 7
„ „ „	365	Filipczak Stanisław, Nawrot 38
„ „ „	355	Feferberg Alter, Rzgowska 151,
„ „ „	2708	Goczał Kazimierz, Limanowskiego 70
„ „ „	2666	Grinfas Moszek, Wiśniowa Góra Powiat Łódzki
„ „ „	2650	Jakubowicz Lajb, Śródmiejska 86
„ „ „	832c	Kantorowicz Moszek, Tomaszów Maz. Bożniczna 16
„ „ „	2660	Kasprowicz Stanisław, Drewnowska 91
„ „ „	919	Klajnert Maria, Marysin II Warszawska 15
„ „ „	918	Klajnert Zygmunt, Zgierska 126
„ „ „	1001c	Królikowski Kazimierz, Włodzimierska 17
„ „ „	1019	Kubiak Wincenty, Wróbla 11
„ „ „	1115a	Liberma Izrael Izaak, Limanowskiego 53
„ „ „	2801	Mośkowicz Jankiel, Zgierska 76
„ „ „	1626a	Rogalska Helena, Gnieźnińska 4
„ „ „	1656	Rozenberg Łaja, Limanowskiego 144
„ „ „	1656	„ „ Antoniego 16
„ „ „	1789	Staszewski Borys, Rybna 17
„ „ „	2555	Stelmaszewska Józefa, Al. Kościuszki 4
„ „ „	1830	Suszek Elias, Drewnowska 17
„ „ „	2049a	Turczyński Wolf, Hetmańska 54
„ „ „	2223	Wuketsen Chentsemin, Urzędnicza 13
„ „ „	2633	Zalasa Leon, Pawia 15
„ „ „	2289	Ziętarski Adam, Limanowskiego 46
„ „ „	2289	„ „ „ 46
„ „ „	2289	„ „ „ 46
„ „ „	1513	Związkowa Spółka Autobusowa, Lutomińska 13

Po upływie czterech tygodni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Łódzkim Dzienniku Wojewódzkim doręczenia uważa się za skuteczne.

Łódź, dnia 17 kwietnia 1937 roku.

Tymczasowy Prezydent Miasta

(—) *M. Godlewski*

(MIKOŁAJ GODLEWSKI)

OGŁOSZENIE.

Na podstawie art. 151 Ordynacji Podatkowej (Dz. U. R. P. z 1936 r. Nr 14, poz. 134) Zarząd Miejski wzywa niżej wymienionych do zgłoszenia się w biurze Wydziału Podatkowego przy ulicy Zawadzkiej 1 (front II piętro, pokój 12) celem odbioru pism, nadesłanych przez

9 Urząd Skarbowy w Łodzi:

nakaz płatniczy na państwowy podatek przemysłowy od obrotu na 1935 rok
Nr ks. bier. 2089 Rozenwaser Juda, Cegielniana 4

orzeczenia Karne:

Nr rej. karn.	17 36	Rodberg Chana, Piotrkowska 48
" " "	30 36	Altman Chaim Majer, Narutowicza 40
" " "	12 185 37	Kraut Izrael Lajbuś, Żłomskiego 49
" " "	15 185 37	Sieradzki Boruch, Al. I Maja 59
" " "	19 185 37	Rajcher Lajb, Śródmiejska 49
" " "	46 36	Torenberg Izrael M., Cegielniana 23
" " "	45 36	" " " " 23
" " "	194 36	Mintus Icek, Kilińskiego 40
" " "	193 36	" " " " 40
" " "	59 35	Rozdział Szmul, Zgierska 24
" " "	78 35	Sztajnhauer Mendel, Cegielniana 55
" " "	83 35	Bauman Joel Berek, Kamienna 14
" " "	86 35	Łomas Dawid, Kamienna 1
" " "	115 35	Lipska Brandla, Narutowicza 36
" " "	121 35	Kronenberg Henryk i Rozental Chaim, Kilińskiego 113

13 Urząd Skarbowy w Łodzi:

nakazy płatnicze na państwowy podatek dochodowy na rok 1936

Nr ks. bier.	1434	Ajcher Majer, Brzezińska 53
" " "	2378	Berliner Chaja Sura, St. Rynek 10
" " "	2558	Birman Sala, Piłsudskiego 6
" " "	2556	Ceder Icek, Wolborska 12
" " "	2466	Drzymalkowska Chaja, Żydowska 11
" " "	432	Federman Szaja, Wolborska 12
" " "	441	Fernbach Łaja, Wolborska 29
" " "	345	Goldsztein Chana, Żydowska 8
" " "	2712	Goldsztein Bajla, Wolborska 34
" " "	2561	Gutman Hinda, Piłsudskiego 2
" " "	417	Chełmiński Berysz, Brzezińska 45
" " "	814	Herszkowicz Jakób, St. Rynek 8
" " "	265	Chumec Symcha, Wolborska 40
" " "	2318	„Chmielnik“ Sp. z o. o., Wolborska 35
" " "	866	Joachimowicz Mordka, Wolborska 33
" " "	2410	Keller Jakób, Jerozolimka 5
" " "	2530	Kirszenbaum Jakób, Wolborska 35
" " "	560	Koplowicz Icek Izrael, Żydowska 28
" " "	1479	Kotek Majer, Żydowska 6
" " "	1456	Krajewski Zygmunt, Brzeska 17
" " "	2619	Krygier Abram, Północna 14
" " "	638	Lasman Abram, Pl. Kościelny 3
" " "	2616	Lewkowicz Józef, Nowomiejska 31
" " "	1216	Lewkowicz Szlama, Żydowska 15
" " "	1358	Marchewka Hersz, Franciszkańska 28
" " "	740	Maso Chaim, Żydowska 18
" " "	1638	Nierenberg Moszek Nuta, Północna 18
" " "	1443	Niebuchowicz Motel, Wolborska 39

Nr ks. bier.	2457	Ochotnicki Lajb, Wolborska 30
" " "	1482	Ordynans Szyja, Żydowska 15
" " "	1556	Praszkier Hersz, Jakóba 16
" " "	2507	Prin Rywka, Stary Rynek 3
" " "	387	Putfajn Bluma, Składowa 31
" " "	1693	Rozenblum Józef, Północna 6
" " "	1831	Szapiro Naftali, Zachodnia 21
" " "	45	Arhajter Magdalena, Dowborczyków 34
" " "	1904	Strasburger Mordka, Żydowska 27
" " "	1156	Wagensberg Izaak, Brzezińska 37
" " "	2666	Zeligman Izaak, Wolborska 37
" " "	2252	Zylbersztajn Aron, Piłsudskiego 6
" " "	55	Koplewicz Icek Izrael, Żydowska 28
" " "	69	Lewkowicz Szlama, Żydowska 15

Po upływie czterech tygodni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Łódzkim Dzienniku Wojewódzkim doręczenia uważa się za skuteczne.

Łódź, dnia 23 kwietnia 1937 roku

Tymczasowy Prezydent Miasta

(—) *M. Godlewski*

(MIKOŁAJ GODLEWSKI)

OGŁOSZENIE.

Na podstawie art 151 Ordynacji Podatkowej (Dz. U. R. P. z 1936 r, Nr 14, poz. 134) Zarząd Miejski wzywa niżej wymienioną do zgłoszenia się w biurze Wydziału Podatkowego przy ulicy Zawadzkiej 1 (front II piętro, pokój 12) celem odbioru pisma nadesłanego przez

Urząd Opłat Stemplowych w Łodzi:

wezwanie Nr 649/35 Sp. Zenobia Jakubowska ul. Narutowicza 45.

Po upływie czterech tygodni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Łódzkim Dzienniku Wojewódzkim doręczenie uważa się za skuteczne.

Łódź, dnia 8 maja 1937 roku

Tymczasowy Prezydent Miasta

(—) *Mikołaj Godlewski*

(MIKOŁAJ GODLEWSKI)

OGŁOSZENIE.

Franciszek Drewnowicz, pracownik Wydziału Technicznego, zagubił legitymację służbową, wydaną przez Zarząd Miejski w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Majlech Rotbard, zam. w Łodzi przy ul. św. Jakuba Nr 6, zagubił potwierdzenie zgłoszenia na prowadzenie mechanicznej pończoszarni, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Beniamin Cymerman, zam. w Łodzi przy ul. 11 Listopada Nr 79, zagubił 2 zaświadczenia rejestracji wojskowej, wydane przez Wydział Wojskowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Mordka Borensztajn, zam. w Łodzi przy ul. Wólczańskiej Nr 43, zagubił zaświadczenie rejestracji wojskowej, wydane przez Wydział Wojskowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Franciszek Gładysz, zam. w Rudzie Pabianickiej przy ul. Staszica Nr 107, zagubił kartę rzemieślniczą, wydaną przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Piotr Mackiełło, zam. w Łodzi przy ul. 11 Listopada Nr 86, zagubił potwierdzenie zgłoszenia na prowadzenie Filii Rzeźniczej przy ul. Nowo-Zarzewskiej Nr 67, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Piotr Mackiełło, zam. w Łodzi przy ul. 11 Listopada Nr 86, zagubił potwierdzenie zgłoszenia na prowadzenie Filii Rzeźniczej przy ul. Mielczarskiego Nr 15, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Firma: Józef Ingster i S-ka (właściciel Józef Ingster) Łódź, ul. Piotrkowska Nr 66 zagubiła potwierdzenie zgłoszenia przedsiębiorstwa, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Jankiel Szlama Hauptsztajn, zam. w Łodzi przy ul. Zawadzkiej Nr 23 (dawniej przy ul. 6 Sierpnia Nr 39), zagubił kartę rejestracyjną, wydaną przez Wydział Wojskowy Zarządu Miejskiego w Łodzi, metrykę urodzenia i dowód tożsamości.

OGŁOSZENIE.

Firma Liskier, Sapir i S-ka (Łódź, ul. Piotrkowska Nr 80), zagubiła znak rejestracyjny, wózka ręcznego Nr 3037, wydany przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Wolf Szmaragd, zam. w Łodzi przy ul. 11 Listopada Nr 28, zagubił numer rejestracyjny wozu, wydany przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Abram Jelin, zam. w Łodzi przy ul. Północnej Nr 10, zagubił kartę rzemieślniczą, wydaną w 1928 roku przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Majer Borychowski, zam. w Łodzi przy ul. Lwowskiej Nr 10, zagubił dowód osobisty i zaświadczenie rejestracji wojskowej, wydane przez Wydział Wojskowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Abram Cytrynowski, zam. w Łodzi przy ul. Zachodniej Nr 51, zagubił potwierdzenie zgłoszenia na prowadzenie przedsiębiorstwa instalacyjno - elektrotechnicznego, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Szulim Kotaszewski, zam. w Łodzi przy ul. Krótkiej Nr 5/7, zagubił zezwolenie na prawo jazdy dorożką konną, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Mordka Wolf Rubin, zam. w Łodzi przy ul. Łagiewnickiej Nr 15 (dawniej przy ul. Drewnowskiej Nr 11) zagubił kartę rzemieślniczą, wydaną przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Arie Wajcman, zam. w Łodzi przy ul. Sienkiewicza nr 6, zagubił potwierdzenie zgłoszenia na prowadzenie przedsiębiorstwa sprzedaży mebli i obrazów wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Feliks Tenenbaum, zam. w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej nr 38, zagubił potwierdzenie zgłoszenia na prowadzenie wytwórni swetrów, wydane przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Herszel Lewkowicz, zam. w Łodzi przy ul. Mielczarskiego Nr 6, zagubił kartę rzemieślniczą, wydaną przez Wydział Przemysłowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.

OGŁOSZENIE.

Jankiel Henołowicz, zam. w Łodzi przy ul. Nawrot Nr 14, zagubił dowód tożsamości wydany przez Wydział Ewidencji Ludności i kartę rejestracyjną wydaną przez Wydział Wojskowy Zarządu Miejskiego w Łodzi.