

BIBLIOTEKA

Szpitala (z. A. 1901)

300 Dalsze

Nr. 451

Dr. ALEKSANDER MARGOLIS



# GRUŹLICA W ŁODZI

STUDJUM  
EPIDEMJOLOGICZNO-STATYSTYCZNE

1932

NAKŁADEM WYDZIAŁU ZDROWOTNOŚCI PUBLICZNEJ MAGISTRATU M. ŁODZI



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

*Zakobnemu Penie Prof. Szrajfowi  
autok*

Dr. ALEKSANDER MARGOLIS



# GRUŹLICA W ŁODZI

STUDJUM  
EPIDEMJOLOGICZNO-STATYSTYCZNE

Biblioteka Główna  
M UW

BIBLIOTEKA  
Szpitala im. Karola i Marii  
Dla Dzieci  
Nr. 457

NAKŁADEM WYDZIAŁU ZDROWOTNOŚCI PUBLICZNEJ MAGISTRATU M. ŁODZI

# **Biblioteka Główna WUM**

**ODBITO W ZAKŁADACH GRAFICZNYCH „DRUKARNIA POLSKA”  
LUDOMIRA MAZURKIEWICZA I S-KI, SP. Z OGR. ODP. W ŁODZI**



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

Zadaniem pracy niniejszej jest zobrazowanie stanu cyfrowego gruźlicy w Łodzi. Z pośród chorób zwanych społecznymi gruźlica wysuwa się na plan pierwszy, i epidemiologii jej poświęcono i poświęca się wiele prac, opartych na statystycznych danych i obliczeniach. A jednak tego rozdziału epidemiologii nie można uważać za zamknięty, o czym świadczą szeregi wciąż zjawiających się prac.

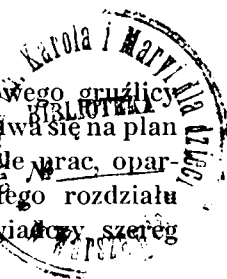
Epidemiologia i szczegółowa statystyka gruźlicy nabiera tem bardziej znaczenia, im więcej społeczeństwo wstępuje na drogę zorganizowanej walki z nią. Z obliczeń statystycznych i tendencji rozwoju gruźlicy, jako jednostki epidemiologicznej, wynika kierunek i niezbędny arsenał walki społecznej z tą chorobą.

Gruźlica w Łodzi jest odcinkiem szczególnie ciekawym i przypuszczalnie długo jeszcze służyć będzie za niewyczerpany obiekt studjów. Łódź jest miastem, które zespala w sobie wszelkie warunki, uznawane za sprzyjające rozwojowi gruźlicy. Łódź rozbudowała się w szalenie szybkim tempie. Miasto, które w r. 1827 liczyło 939 mieszkańców, miało ich w roku 1884 już 113.000, w roku 1897 — 314.000, w roku 1910 — 408.000, w roku 1913 — 506.000, a w chwili obecnej — nie bacząc na zwolnienie, a nawet wstrzymanie tempa rozwoju od chwili wybuchu wojny — przekroczyło 600.000 mieszkańców. W pierwszym więc stuleciu istnienia miasta zaludnienie Łodzi wzrosło 600-krotnie, wówczas gdy największy przyrost z miast europejskich w tym samym czasokresie był dwudziestokrotny (Lipsk)\*).

Ten szybki rozrost miasta powodował skutki niezmiernie dla rozwoju gruźlicy doniosłe. Setki tysięcy ludzi przybyłych do Łodzi w tak krótkim czasie pochodziły w przeważnej części z ludności wiejskiej, przyciąganej do miasta przez rozwijający się przemysł i rzuconej tu w odrębne nowe warunki wielkomiejskiego życia przemysłowego. Urbanizowana zaś ludność wiejska stanowi nader podatny, mało odporny na zarazek gruźliczy element.

Z drugiej strony miasto w warunkach administracyjnego zaniedbania pod rządami carskimi nie było pod względem urbanistycznym przygotowane na wchłonięcie tak wielkich mas ludności. Zabudowa i rozbudowa odbywała się w sposób dziki. Jedyнным regulatorem rozbudowy była taniość, skutkiem czego największa ilość ludzi skupiała się na jak najmniejszej przestrzeni. Powstało miasto, pozbawione placów, zielenców, wolnych przestrzeni, o wąskich ulicach, otoczonych wysokimi o typie koszarowym domami. Zakłady przemysłowe rozsiano po całym mieście, zadymiając ulice i ciasne wąskie podwórza domów. Według spisu ludności z d. 30. IX. 1921 r. przypada w Łodzi przeciętnie na km<sup>2</sup> obszaru miasta 7699 mieszkańców. Ale są okręgi, w których zaludnienie stanowi 23.000,

\*) Rosset. Zagadnienia gospodarki samorządowej m. Łodzi.



36.000, 66.000 na km<sup>2</sup>. Zamieszkanie więc z natury rzeczy jest ciasne, skupione, bez dostatecznego dostępu powietrza i słońca.

Wreszcie trzeci czynnik. Gros ludności stanowi proletarijat, ciężko — o ile nie jest bezrobotny — pracujący i źle opłacany.

Oto są czynniki najważniejsze, dzięki którym gruźlica w zdrowotności Łodzi odgrywa wielką rolę, a które czynią z Łodzi naturalną stacją doświadczalną dla gruźlicy. Ale też i walka z gruźlicą w sieci organizacji zdrowia publicznego musiała zająć przodujące miejsce.

Materiał statystyczny, który posłużył za podstawę do niniejszej pracy, pochodzi z kartoteki Rady Naczelnej do walki z gruźlicą w Łodzi, instytucji powstałej w r. 1928 z inicjatywy Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi, a mającej na celu skoordynowanie akcji przeciwgruźliczej Magistratu, Kasy Chorych i Tow. opieki nad dzieckiem robotniczem. Szczegóły organizacji Rady, która spotkała się z uznaniem Zjazdu Przeciwgruźliczego w Zakopanem, ogłoszone zostały przeze mnie w art. „Rok koordynacji walki z gruźlicą w Łodzi“ (Warsz. Czas. Lek. 1929, Nr.47). Jednym z pierwszych poczynań Rady było założenie centralnej kartoteki ognisk gruźliczych w Łodzi. Za ognisko uznane zostało każde mieszkanie, w którym stwierdzony został przypadek gruźlicy otwartej lub wzgl. otwartej\*). Kartoteka zasilana jest przez zgłoszenia wszystkich poradni przeciwgruźliczych (w liczbie 6-ciu), lecznic Kasy Chorych, szpitali i zgonów z powodu gruźlicy na terenie m. Łodzi.

Wszystkie liczbowe dane, dotyczące ludności miasta i jej składu pochodzą z Roczników Statystycznych m. Łodzi, wydawanych przez Wydział Statystyczny Magistratu, i z pracy Edw. Rosseta „Proletarijat Łodzi w świetle badań demograficznych“.

\*

Pierwsze pytanie, na które należy odpowiedzieć, jest: w jakim stopniu Łódź jest zagrzuźliczona?

Kwestja zagrzuźliczenia miasta posiada podwójne znaczenie:

1) ze stwierdzenia statycznego stanu t. zn. ilości chorych na gruźlicę w momencie dzisiejszym wynikają konsekwencje dla obliczenia potrzebnej ilości instytucyj leczniczych. Jeśli się wie, jak wielki jest obiekt podlegający działaniu, można skonstruować racjonalny plan akcji, obliczyć ilość potrzebnych poradni, łóżek szpitalnych, sanatoryjnych i t. d.

2) stwierdzenie *dynamiki* zachorowalności umożliwia stwierdzenie tendencji rozwoju gruźlicy i skonstatowanie wpływu akcji zapobiegawczej, jako też warunków bytowania ludności na wzmoczenie, względnie osłabienie napięcia zachorowalności.

Wreszcie analiza materiału statystycznego umożliwia wnioski epidemiologiczne, t. j. stwierdzenie warunków, sprzyjających szerzeniu się gruźlicy.

W określaniu zagrzuźliczenia operować możemy 2 liczbami: 1) liczbą śmiertelności, 2) liczbą zachorowalności.

---

\*) Jako wzgl. otwartą nazywamy gruźlicę w przypadkach z brakiem łaseczników w danej płwocinie przy obecności klinicznych objawów rozpadu w płucach.

Dla gruźlicy jedynymi pewnymi liczbami są niestety tylko liczby śmiertelności, t. zn. liczby zmarłych na gruźlicę. Liczba zachorowalności ująć się nie da, i to nietylko z powodu braku przymusu zgłaszania przypadków gruźlicy. Gdyby przymus taki nawet istniał, osiągnięte przezeń liczby byłyby tak samo mało dokładne. Gruźlica jest chorobą o początku tak powolnym i maskowanym, a przebieg jej tak jest różnorodny, że niemożliwym jest ani dla chorego ani dla lekarza stwierdzenie terminu jej początku. A z badania rodzin chorych na gruźlicę, dokonywanych w przychodniach przeciwgruźliczych m. Łodzi wiemy, jak często stwierdza się gruźlicę czynną u ludzi, uważających się za zdrowych.

O ile w innych chorobach można choćby w przybliżeniu wnioskować o ilości zachorowań podług ilości zgonów dzięki temu, że znany jest mniej więcej % umieralności na tę chorobę, to w gruźlicy kierowanie się tem jest niemożliwe. Jeżeli znamy nprz. śmiertelność duru (mortalitas — Mt), znamy % umieralności (letalitas — Lt), możemy określić zachorowalność (morbidity — Mb), opierając się na formułce:

$$Mt = Mb \times Lt, \text{ czyli } Mb = \frac{Mt^*}{Lt}$$

W gruźlicy określenie Lt jest niemożliwe, gdyż umieralność przy tej chorobie — przewlekłej, przebiegającej okresami pogorszenia i polepszenia, o bardzo różnym trwaniu — wysoce zależna jest od całego kompleksu czynników. Niezaprzeczalnie wysoka śmiertelność od gruźlicy w czasie wojny została spowodowana nie podniesieniem liczby chorych, lecz większą ich umieralnością. Wobec tego orjentowanie się o ilości chorych na gruźlicę z mnożenia liczby zgonów gruźliczych przez jakikolwiek współczynnik jest zupełnie dowolne i nie może być uznane za oparte na naukowej podstawie.

Z tego powodu w dynamice epidemiologii gruźlicy opierać się musimy wyłącznie na liczbach śmiertelności i starać się musimy rozejrzeć w epidemiologicznym znaczeniu gruźlicy na podstawie jej wpływu na ogólną śmiertelność.

Śmiertelność od gruźlicy w Łodzi w czasokresie 1920 — 1929 przedstawia się w sposób następujący:

Tab. 1.

Rok	Ogólna ilość zgonów	Ilość zgonów na gruźlicę	Śmiertelność na 10.000 lud.	
			ogólna	na gruźlicę
1920	9577	1621	221,2	37,5
1921	7619	1139	168,5	27,4
1922	7827	1407	165,7	29,8
1923	8499	1474	168,0	29,2
1924	8238	1545	158,4	29,7
1925	7589	1365	140,5	25,3
1926	7909	1559	139,9	27,6
1927	8041	1561	138,8	27,0
1928	8198	1572	139,2	26,7
1929	7896	1469	131,3	24,4

\*) *Gottstein*. Allgemeine Epidemiologie der Tuberkulose. 1931.

Z tej tablicy widoczne jest zmniejszenie się śmiertelności gruźlicy w ciągu 10 lat z 37,5 na 10.000 ludności do 26,4, co stanowi spadek o 29,6%. W tym samym jednak czasie ogólna śmiertelność obniżyła się z 221,2 na 10.000 do 131,3 czyli o 40,6%. Mamy więc bardzo znaczną różnicę w zmniejszeniu się ogólnej śmiertelności a śmiertelności od gruźlicy na niekorzyść tej ostatniej. Inaczej mówiąc, gruźlica w statystyce przyczyn zgonów zajmuje obecnie poważniejsze miejsce, aniżeli przed 10 laty, i wpływ jej wobec tego na ogólną śmiertelność jest większy.

Jeszcze bardziej uwypukla się ten fakt przy porównaniu procentowego stosunku ilości zgonów od gruźlicy do ogólnej ilości zgonów z takimże stosunkiem zgonów od chorób zakaźnych ostrych:

Tab. 2.

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929
Ostre chor. zakaźne	17,2	8,4	5,8	19,1	7,1	7,0	6,0	6,8	5,6	5,7
Gruźlica . . . . .	16,9	16,3	18,0	16,5	18,7	18,0	19,7	19,4	19,1	18,6

Na zmniejszenie się ogólnej śmiertelności wywiera wpływ cały szereg czynników, które jednocześnie nie mogły nie odbić się na śmiertelności od gruźlicy. Do przyczyn tych należą: podniesienie stanu sanitarnego miasta, większe korzystanie z pomocy lekarskiej, w pierwszym rzędzie dzięki wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych, izolacja chorych, popularyzacja higieny i wczesnego lecznictwa i t. d. i t. d. Jeżeli jednak śmiertelność od gruźlicy nie spadła w tym stopniu, jak śmiertelność ogólna, oznacza to, że na śmiertelność od gruźlicy wpływ wywierają prócz czynników ogólnych jeszcze inne swoiste, które się nie zmieniły, lub zmieniły się zbyt mało.

Warunki, które mogły wpłynąć na pewne zmniejszenie się śmiertelności od gruźlicy, nie należą do tych, które mogły wywrzeć wpływ na zachorowalność na tę chorobę. Wcześniejsze i intensywniejsze leczenie gruźlików może spowodować zmniejszenie się śmiertelności ich, ale nie prawa z tego zmniejszenia wnioskować o mniejszej zachorowalności.

O tem, że leczenie gruźlików wzrosło, świadczą liczby zbadanych w miejskich poradniach przeci gruźliczych osób:

Tab. 3.

Rok	Ilość zbadanych	Rok	Ilość zbadanych
1920	4567	1925	7737
1921	4397	1926	7228
1922	4845	1927	7902
1923	5237	1928	10188
1924	7585	1929	11642

Pewnem jest, że im więcej poradnie przeciwgruźlicze zbadały osób, tem więcej było wcześniej rozpoznanych, a więc i poddanych leczeniu chorych gruźliczych\*). Pomędzy innymi czynnikami musiało to wpłynąć na zmniejszenie się śmiertelności. Jeżeli jednak nie w tym stopniu, jak na śmiertelność od innych chorób, przyczyny tego musimy szukać gdzie indziej i przede wszystkim zanalizować warunki bytowania chorych na gruźlicę.

\*

Jeżeli mówimy o chorych na gruźlicę, musimy abstrahować od jakiegokolwiek konkretnej liczby, pretendującej do objęcia wszystkich chorych, a musimy oprzeć się na zupełnie pewnej, możliwie największej, ale określonej ilości tych chorych. Taką ilość daje nam kartoteka Rady Naczelnej do walki z gruźlicą w Łodzi, która zawiera ściśle dane o zupełnie pewnych przypadkach gruźlicy otwartej i wzgl. otwartej w połączeniu z dotyczącymi każdego przypadku danymi, mającymi wartość epidemiologiczną. Kartoteka ta w chwili obecnej (listopad 1931) obejmuje 13.819 ognisk gruźliczych, czyli mieszkań, w których stwierdzono gruźlicę otwartą. Z tej liczby opracowano w niniejszej publikacji 10.000 ognisk. Wynikiem tego opracowania są wszystkie następujące dane.

### Skład zawodowy chorych.

Przy podziale na większe kategorie zawodowy skład chorych na gruźlicę w Łodzi przedstawia się jak następuje:

Tab. 4.

I. Robotnicy fizyczni . . . . .	8713	—	87,1%
II. Pracownicy umysłowi . . . . .	609	—	6,1%
III. Rzemieślnicy . . . . .	452	—	4,5%
IV. Handel . . . . .	193	—	1,9%
V. Właściciele domów, fabrykanci i t.p.	22	—	0,2%
VI. Samodzielna inteligencja zawodowa	11	—	0,1%

Z 10.000 więc chorych na gruźlicę w Łodzi przypada na proletarjat fizyczny i umysłowy 93,2%. Ażeby z liczb tych wyciągnąć miarodajne wnioski musimy porównać je z liczbowym składem zawodowym ludności

---

\*) Ilustracją wartości masowych badań w kierunku gruźlicy służy fakt następujący: Rada Naczelna do walki z gruźlicą w Łodzi spowodowała badania wszystkich członków rodzin gruźliczych chorych. Od chwili wprowadzenia tego w życie miejskie poradnie przeciwgruźlicze zbadały 5775 członków takich rodzin, którzy nie uważali się za chorych. W wyniku u 942 (16,3%) stwierdzono gruźlicę czynną, u 3088 (53,5%) gruźlicę gruźlicową, i tylko u 1550 (26,5%) brak objawów gruźlicy czynnej.



miasta. Nie mamy niestety zestawienia ludności Łodzi z okresu, z którego pochodzą nasze dane dotyczące gruźlicy. Zmuszeni więc jesteśmy posługiwać się danymi spisu ludności z r. 1921, opracowanymi przez Rosseta. Ludność Łodzi od tego czasu powiększyła się znacznie, nie możemy więc oprzeć się na absolutnych liczbach. Ale liczby względne mamy prawo traktować jako orjentacyjne, gdyż w strukturze społecznej większych zmian nie zaszło. Pewne odchylenia są możliwe i prawdopodobne, ale będą mogły być wzięte pod uwagę i posłużyć za podstawę do korygowania naszej analizy dopiero po obliczeniu nowego spisu ludności.

Z zastrzeżeniem tych błędów będziemy się jednak opierać na wymienionych liczbach względnych dla celów porównawczych.

Ilość robotników fizycznych w Łodzi według Rosseta wynosi 61,7% całej ludności. Jeżeli udział tychże wśród chorych na gruźlicę stanowi 87,1%, jest to jaskrawym potwierdzeniem tezy Sokołowskiego: „gruźlica — choroba proletariatu“.

Ta najliczniejsza kategoria — robotników fizycznych — rozбивa się na następujące grupy:

Robotnicy przemysłowi . . . . .	6196
Robotnicy nieprzemysłowi . . . . .	1391
Bez pracy . . . . .	415
Niewiadomo . . . . .	781

Do kategorii robotników nieprzemysłowych zaliczyłem takie zawody, jak dozorczy, tragarze, służba domowa, woźnice, gońcy, woźni i t. p. 415 robotników podało swój zawód jako „bez pracy“. O tych trudno jest powiedzieć, czy pracowali w przemyśle, czy też trudnili się inną fizyczną pracą najemną. Nie należy przypuszczać, że wśród kategorii, która podała swój właściwy zawód, niema bezrobotnych, aczkolwiek bezrobocie w r. 1929 nie zatoczyło jeszcze tak wielkich kręgów jak w r. 1931. Ale widocznie nie stracili oni jeszcze psychologicznej łączności z życiem produkcyjnym. Natomiast 415 robotników trzeba było wyłączyć w odrębną grupę „bez pracy“, jako już „zawodowych“ bezrobotnych.

Wreszcie grupę „niewiadomo“ stanowią ci, którzy podali się, jako „robotnik“ bez bliższego określenia. Część z nich prawdopodobnie należy do robotników zatrudnionych w przemyśle.

Widzimy, że proletarijat przemysłowy stanowi wśród chorych z kategorii robotników fizycznych 71,5%. Według zaś Rosseta tenże proletarijat stanowi 74,7% całego proletariatu łódzkiego. Różnica jest niewielka, która może być nawet wyrównana przez doliczenie części grup „bez pracy“ i „niewiadomo“ do grupy robotników przemysłowych. W każdym razie nasza statystyka nie pozwala na twierdzenie, że samo uprzemysłowienie szczególnie predysponować ma do gruźlicy.

Grupa robotników przemysłowych przy podziale na poszczególne gałęzie przemysłu daje obraz, uwidoczniiony w tab. 5.

Tab. 5.

Gałęzie przemysłu	Ilość chorych	% chorych rob. przem.	% prolet. przemysł.
Przemysł włókienniczy . . . . .	4726	76,0	80,5
„ odzieżowo-galanteryjny . . . . .	192	3,1	1,1
„ spożywczy . . . . .	124	2,0	2,5
„ budowlany . . . . .	248	4,0	1,9
„ drzewny . . . . .	254	4,1	1,1
„ metalurgiczny . . . . .	328	5,3	0,5
„ mineralny . . . . .	25	0,4	1,0
„ skórzany . . . . .	180	2,9	0,2
„ poligraficzny . . . . .	18	0,3	1,1
Zakłady użyteczności publicznej . . . . .	1	—	3,0

Z tabeli powyższej wynika niewspółmierna do ilości zatrudnionych w tych gałęziach przemysłu znaczna zachorowalność na gruźlicę w przemysłach odzieżowo-galanteryjnym, budowlanym, drzewnym, metalurgicznym i skórzanym. Co do przemysłów budowlanego, drzewnego i metalurgicznego objaw ten zgodny jest ze spostrzeżeniami, stwierdzeniami w innych statystykach. Somerfeld, który badał śmiertelność od gruźlicy w Ameryce, stwierdza również najwyższą śmiertelność w zawodach, połączonych z pyłem metalowym, drzewnym i kamiennym. Według Kōlscha (Handb. d. soz. Hygiene, T. 2) na 1000 żyjących zmarło w Bawarii w r. 1908 na gruźlicę w zawodach z pyłem od 3,69 do 4,64, wówczas gdy dla zawodów, pozbawionych pyłu, ilość ta wynosiła 2,14.

Dużą względnie zachorowalność w przemyśle odzieżowo-galanteryjnym sprowadzić należy do specyficznych warunków pracy w tej gałęzi, struktura której zbliżona jest do przemysłu domowego. A ten rodzaj przemysłu cechują bardzo złe warunki higieniczne i bardzo słabe stosowanie prawodawstwa ochrony pracy.

Niejasna jest narazie znaczna zachorowalność na gruźlicę w przemyśle skórzanym. Ten fragment podlega jeszcze specjalnemu zbadaniu. Może należałoby zwrócić uwagę na pochodzenie skór.

Małą natomiast zachorowalność wykazuje przemysł poligraficzny, uważany dawniej za szczególnie predysponujący do zachorowania na gruźlicę. Zupełnie znikomą zachorowalność dają zakłady użyteczności publicznej, co należy położyć na karb względnie dobrych warunków bytu pracowników tej kategorii.

Kategoria robotników nieprzemysłowych dzielić się daje na grupy następujące:

Dozorcy . . . . .	380
Woźni, gońcy . . . . .	160
Tragarze . . . . .	115
Woźnice . . . . .	108
Służba domowa . . . . .	91
Robotnicy ziemni . . . . .	50
Ogrodnicy, robotnicy rolni . . . . .	18

W tej kategorii rzuca się w oczy duża ilość dozorców, których w Łodzi jest wszystkiego około 10.000. Przyczynę ich znacznej zachorowalności należy doszukiwać się w opłakanych warunkach mieszkaniowych, którym była poświęcona specjalna ankieta Inspekcji Mieszkaniowej przy Wydziale Zdrowotności Magistratu m. Łodzi.

Ilość chorych pracowników umysłowych wynosi 609 czyli 6,1%. Odsetek tych pracowników wśród ludności Łodzi stanowi 9,0%. Chorzy z tej kategorii dzielą się na grupy następujące:

Biuraliści, administracja fabryczna, urzędnicy państwowi i komunalni . . . . .	527
Nauczycielstwo . . . . .	61
Muzycy . . . . .	13
Emeryci . . . . .	8

Kategoria rzemieślników wykazuje skład następujący:

Szwaczki . . . . .	144	—	32%
Szewcy . . . . .	111	—	24,6%
Krawcy . . . . .	83	—	18,3%
Błacharze . . . . .	25	—	5,6%
Ślusarze . . . . .	22	—	4,9%
Czapnicy . . . . .	15	—	3,4%
Kuśnierze . . . . .	10	—	2,2%
Inni . . . . .	42	—	9,0%

Wniosków narazie z tego zestawienia wyciągać nie mogę z powodu braku porównawczych liczb.

### Gruźlica a żydzi.

Rozpowszechniony jest pogląd, że żydzi są bardziej odporni na gruźlicę w porównaniu z nieżydami. Statystyki zarówno amerykańskie, jak i europejskie stwierdzają mniejszą śmiertelność od gruźlicy wśród ludności żydowskiej. Czynnione były różne próby tłumaczenia tego zjawiska. Wskazywano na mniejsze używanie alkoholu przez żydów. Mówiono o wiekowej urbanizacji żydów, która spowodowała u nich dziedziczną odporność, której nie posiadają świeżo przybywający do miast mieszkańcy wsi, dzięki czemu łatwiej padają ofiarami zakażenia gruźliczego.

Statystyka chorych na gruźlicę w Łodzi daje możliwość przeprowadzenia studjów i nad tą dotychczas sporną, a posiadającą dość dużą literaturę kwestją.

Jak się ona przedstawia w świetle naszych danych?

Ogólna ilość zgonów w r. 1929 wśród nieżydów wyniosła 5.934 = 75,2%.

Ta sama ilość wśród żydów wyniosła 1962 = 24,8%.

W tych liczbach zmarło na gruźlicę nieżydów 1270 = 21,4% zgonów, żydów zaś 199 = 10,1% zgonów.

Odsetek zgonów na gruźlicę żydów w stosunku do wszystkich zgonów na tę chorobę stanowi 13,5%. Odsetek zaś ludności żydowskiej w Łodzi przekracza 30%! Z zestawienia tego wynika, że żydzi mniej umierają na gruźlicę, aniżeli nieżydzi.

Zjawisko to może wynikać z dwóch przyczyn: 1) lżejszego przebiegu gruźlicy wśród żydów, 2) mniejszej zachorowalności żydów na gruźlicę.

Analiza naszych danych liczbowych rozwiązuje ten dylemat. Z 10.000 chorych jest 8.518 nieżydów (85,2%) i 1.482 żydów (14,8%). Otrzymujemy więc wśród chorych na gruźlicę odsetek żydów bardzo nieznacznie odbiegający od odsetka ich zgonów. Z tego wynika zupełnie wyraźnie, że umieralność na gruźlicę u żydów jest taka sama jak i u nieżydów, czyli że przebieg gruźlicy u żydów nie jest lżejszy, aniżeli u reszty ludności.

Natomiast rzuca się w oczy fakt mniejszej zachorowalności na gruźlicę u ludności żydowskiej.

Dalsza analiza liczb pomaga nam w wyjaśnieniu przyczyny tego zjawiska.

Widzieliśmy, że gros naszych chorych pochodzi z proletariatu fizycznego, który stanowiąc 61,7% ludności Łodzi daje 87,1% chorych. Procentowy stosunek robotników fizycznych do ogółu ludności jest wśród żydów i nieżydów bardzo różny. Wówczas gdy wśród nieżydów procent robotników fizycznych wynosi 72,1%, u żydów jest ich tylko 35,1%. A jeżeli największą ilość chorych dostarcza właśnie kategoria robotników fizycznych, różnica ta już a priori musi wpłynąć na zmniejszenie ilości gruźliczych chorych żydów. Jeśli więc chcemy wyjaśnić kwestję, czy żydzi jako tacy mniej chorują na gruźlicę, winniśmy operować liczbami wewnątrz poszczególnej kategorii zawodowej.

Wówczas okazuje się, że procentowy stosunek chorych robotników fizycznych do ogółu chorych stanowi wśród ludności nieżydowskiej 89,9%, wśród zaś ludności żydowskiej 73,8%, czyli różnica — bardzo znaczna w ogólnych liczbach chorych — zmniejsza się dwukrotnie. Pomiedzy pracownikami umysłowymi, liczba których wśród ludności nieżydowskiej wynosi 9,1%, a wśród ludności żydowskiej 8,5%, ilość chorych u nieżydów stanowi 4,9%, u żydów 6,6%.

Jeszcze bardziej uwypukla się zatarcie różnic przy rozpatrzeniu poszczególnych gałęzi przemysłu, jak to widać z tab. 6.

Tab. 6.

Gałęzie przemysłu	% chorych	% zatrudnion.	% chorych	% zatrudnion.
	nieżydów		żydów	
Włókienniczy . . . . .	87,8	89,0	12,2	9,6
Odzież.-galanter. . . . .	41,6	40,5	58,4	58,9
Spożywczy . . . . .	57,1	62,7	42,9	36,2
Budowlany . . . . .	88,4	91,2	11,6	7,2
Drzewny . . . . .	77,2	80,3	22,8	19,1
Metalowy . . . . .	97,6	87,5	2,4	10,8

Widzimy z tej tab., że nprz. w przemyśle włókienniczym, gdzie żydzi zatrudnieni są przeważnie w przemyśle domowym albo do niego zbliżonym, odsetek chorych jest wyższy od odsetka zatrudnienia. Przemysł odzieżowo-galanteryjny z jednakowymi warunkami pracy nieżydów i żydów daje jednakowy odsetek zachorowalności i zatrudnienia.

Z danych powyższych możemy wnioskować, że jednakowe warunki pracy i bytu powodują jednakową zachorowalność na gruźlicę. Nie mamy żadnej podstawy doszukiwania się tajemniczych rasowych pod tym względem skłonności.

### Warunki mieszkaniowe.

Jakie są warunki życia chorych na gruźlicę w Łodzi?

Karty epidemiologiczne naszych poradni nie zawierają danych, dotyczących zarobkowania, odżywiania, budżetu i t.d. Natomiast posiadają szczegółowy opis mieszkania, gdyż mieszkanie chorego na gruźlicę jest pod względem epidemiologicznym czynnikiem niezmiernie ważnym. Dlatego chcąc nakreślić warunki życia będziemy opierali się na warunkach mieszkaniowych. Te warunki mogą służyć za podstawę do wnioskowania o ogólnych warunkach bytowania, gdyż mieszkanie uważać można za wskaźnik ogólnego poziomu życiowego.

Nie sądzę jednak, abyśmy w naszych warunkach mieli prawo mówić o specyficznych warunkach mieszkaniowych chorych na gruźlicę, jako zupełnie odrębnej kategorii ludności Łodzi. Mamy tu przed sobą warunki życia 50.000 ludzi czyli  $\frac{1}{6}$  ludności miasta. W olbrzymiej części należą oni do proletariatu, zatrudnionego we wszystkich niemal gałęziach przemysłu łódzkiego. Nie jest to „dno“ życia wielkomiejskiego, nie jest to t. zw. „Lumpenproletariat“. Raczej z warunków życia tych 50.000 ludzi wnioskować możemy o tem, jak żyje gros łódzkiej ludności, będącej podwaliną życia gospodarczego miasta.

Jeżeli jednak opisowi warunków mieszkaniowych poświęcam miejsce w pracy o gruźlicy, to czynię tak dlatego, że zrozumiałem jest, że w tych warunkach mieszkaniowych, jakie się uwidocznia, gruźlica szerzyć się musi. Pewne też jest, że o ile nie uczyniony zostanie nadzwyczajny wysiłek, który zmieni te warunki mieszkaniowe, walka z gruźlicą pozostanie pracą mało owocną.

Jakie są te warunki mieszkaniowe?

10.000 ognisk oznacza 10.000 mieszkań. W tych 10.000 mieszkań zamieszkuje 50.510 osób.

Z tego:

mieszkań 1-izbowych	jest	7813	=	78,1%	z	38225	mieszkań	=	75,6%
„ 2-izbowych	„	1789	=	17,9%	z	9863	„	=	19,5%
„ 3-izbowych	„	321	=	3,2%	z	1934	„	=	3,8%
„ 4-izbowych	„	70	=	0,7%	z	443	„	=	0,8%
„ 5-izbowych	„	8	=	0,1%	z	43	„	=	0,08%

W tej liczbie 1711 mieszkań (17,1%) posiada sublokatorów. Z 50.510 mieszkańców 3536 (7%) są sublokatorami. Mieszkań, nie pozostających do dyspozycji jednej rodziny, lecz mieszczących sublokatorów, jest

śród mieszkań	1-izbowych	1328	(18,0%)	z	2765	sublokatorami
„	2-izbowych	299	(16,7%)	z	583	„
„	3-izbowych	60	(18,7%)	z	139	„
„	4-izbowych	19	(28,5%)	z	44	„
„	5-izbowych	5	(60,0%)	z	5	„

Z naszych 10.000 mieszkań 554 (5,5%) służy jednocześnie jako warsztat pracy, mianowicie:

śród mieszkań	1-izbowych	311	( 3,9%)
„	2-izbowych	213	(11,8%)
„	3-izbowych	28	(14,5%)
„	4-izbowych	2	( 4,8%)
„	5-izbowych	—	—

### Charakterystyka mieszkań.

Na kartach epidemiologicznych wywiadowczyń poradni przeciwgruźliczych notują jako charakter mieszkania rubryki: „słoneczne, jasne, ciemne, suche, wilgotne, czyste, brudne“. Zaznaczyć należy, że wywiadowczyń, określające w ten sposób mieszkania, nie są ani zbyt wymagające, ani też nie są specjalistkami w dziedzinie mieszkalnictwa. Nie sądzą one o wilgoci mieszkania z jakichkolwiek cech pośrednich, widocznych tylko dla fachowca. Wilgoć ta musi być znaczna i rzucać się w oczy już na pierwsze spojrzenie. To samo dotyczy wszystkich innych cech mieszkania. Wyniki więc obserwacji są raczej bardziej optymistyczne. Oto wyniki tych pobieżnych stwierdzeń:

Tab. 7.

Charakter mieszkania	I l o ś ć m i e s z k a ń					
	1-izbow.	2-izbow.	3-izbow.	4-izbow.	5-izbow.	Razem
Wilgotne . . . . .	711 — 9,1%	153 — 8,5%	8 — 2,4%	1 — 1,4%	—	873 — 8,7%
Ciemne . . . . .	528 — 6,7%	80 — 4,5%	16 — 4,9%	1 — 1,4%	—	625 — 6,2%
Brudne . . . . .	505 — 6,4%	121 — 6,9%	21 — 6,5%	3 — 4,3%	1 — 1,2%	651 — 6,5%
Ciemne i wilgotne .	515 — 6,6%	98 — 5,6%	15 — 4,6%	—	—	628 — 6,3%
Ciemne i brudne .	88 — 1,1%	16 — 0,9%	1 — 0,3%	—	—	106 — 0,1%
Wilgotne i brudne .	115 — 1,4%	32 — 1,8%	1 — 0,3%	—	—	148 — 1,5%
Ciemne, brudne i wilgotne . . . . .	205 — 2,6%	38 — 2,1%	3 — 0,9%	1 — 1,4%	—	246 — 2,5%
Dyskwalifikowano jako ciemne, brudne lub wilgotne . . . .	2667 — 34,2%	538 — 30,1%	65 — 20,2%	6 — 8,7%	1 — 1,2%	3277 — 32,7%

Z tab. 7 wynika, że wilgoć stwierdzono w 1896 mieszkaniach (19,0%), z tego w 1546 jednoizbowych (19,7%), 321 dwuizbowych (17,8%), 27 trzyizbowych (8,4%), a czteroizbowych (2,9%). Niedostateczne światło stwierdzono w 1605 mieszkaniach (16,0%), z tego w 1336 jednoizbowych (17,0%), 232 dwuizbowych (12,9%), 35 trzyizbowych (10,9%), 2 czteroizbowych (2,9%). Jako brudne zakwalifikowano 1151 mieszkań (11,5%), z tego 913 jednoizbowych (11,6%), 207 dwuizbowych (11,5%), 26 trzyizbowych (8,4%), 4 czteroizbowe (5,8%) i 1 pięcioizbowe (1,2%).

### Zaludnienie mieszkań.

Po zapoznaniu się z wartością higieniczną mieszkań najbardziej ważną pod względem epidemiologii gruźlicy jest kwestja gęstości zaludnienia mieszkania. Przedewszystkiem więc interesuje nas, ile osób zamieszkuje w jednej izbie. Odpowiedź na to pytanie daje tab. 8. Ilość osób w mieszkaniu jednoizbowym odpowiada ilości osób w jednej izbie. Dla mieszkań więcejizbowych należy odpowiednio przeliczyć.

Tab. 8

Ilość osób w 1 mie- szkaniu	M i e s z k a n i a									
	1-izbowe		2-izbowe		3-izbowe		4-izbowe		5-izbowe	
	ilość mieszk.	%	ilość mieszk.	%	ilość mieszk.	%	ilość mieszk.	%	ilość mieszk.	%
1	44	0,5	1	—	1	—	—	—	—	—
2	452	5,7	56	3,1	28	8,8	5	7,1	—	—
3	1097	14,0	160	8,9	43	13,5	16	25,8	1	12,5
4	1874	23,5	336	18,8	70	21,8	5	7,1	1	12,5
5	1965	24,8	438	24,5	58	18,2	14	19,0	2	25,0
6	1131	14,4	321	17,9	53	17,2	8	11,9	3	37,5
7	757	9,6	218	11,9	25	7,7	13	19,0	1	12,5
8	250	3,7	145	8,1	26	7,7	2	2,8	—	—
9	139	1,7	65	3,6	5	1,5	3	4,5	—	—
10	52	0,6	26	1,4	3	1,0	1	1,4	—	—
11	27	0,3	11	0,6	4	1,2	1	1,4	—	—
12	16	0,2	6	0,3	3	1,0	1	1,4	—	—
13	4	—	3	—	1	—	—	—	—	—
14	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
15	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
18	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Powinniśmy uważać za zaludnienie zupełnie higieniczne takie, przy którym każdy mieszkaniec ma dla siebie izbę. W każdym razie norma ta

nie powinna przekraczać 2 osób na izbę. Mieszkań, w których norma ta nie jest przekroczona, jest

śródmieszkań	1-izbowych	496	—	9,3%
”	”	2-izbowych	553	— 30,9%
”	”	3-izbowych	253	— 78,8%
”	”	4-izbowych	63	— 91,3%
”	”	5-izbowych	8	— 100,0%

Czyli 93,7% mieszkań 1-izbowych, 69,1% mieszkań 2-izbowych, 11,2% mieszkań 3-izbowych, 8,7% mieszkań 4-izbowych są przeludnione. Stopień przeludnienia widoczny jest z tab. 8 i nie wymaga komentarzy.

W tych przeludnionych mieszkaniach, ogólna ilość których wynosi 8627 (86,2%), z ogólnej liczby 50.510 mieszkańców mieszka 46.305 (91,9%).

Druga dla epidemiologii gruźlicy ważna kwestja jest, czy mieszkańcy izb, w których znajduje się chory gruźliczy, mają do swego rozporządzenia oddzielne łóżko. Okazuje się, że przypada 1 łóżko na jedną osobę tylko w bardzo nieznacznej liczbie mieszkań, jak to widać z tab. 9.

Tab. 9

1 łóżko na	w mieszkaniach									
	1-izbowych		2-izbowych		3-izbowych		4-izbowych		5-izbowych	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1 osobę	297	3,8	129	7,2	46	14,0	15	20,4	3	37,5
2 osoby	3927	50,1	1151	64,1	215	66,6	51	70,0	5	62,0
3 „	2868	36,6	449	25,0	55	16,6	6	9,2	—	—
4 „	610	7,8	54	3,0	5	1,5	—	—	—	—
5 osób	79	1,1	6	0,3	—	—	—	—	—	—
6 „	18	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
7 „	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8 „	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9 „	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 „	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12 „	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

A jeszcze ważniejszą jest kwestja, czy sam chory sypia w oddzielnym łóżku. Śród naszych chorych tak się dzieje:

w mieszkaniach	1-izbowych	u 1773	chorych	— 22,7%
”	2-izbowych	u 622	”	— 34,8%
”	3-izbowych	u 139	”	— 43,2%
”	4-izbowych	u 33	”	— 47,6%
”	5-izbowych	u 5	”	— 60,0%
	Razem	u 2572	chorych	— 25,7%



Trzy czwarte więc zarejestrowanych chorych z gruźlicą otwartą spędza noce we wspólnym z innymi członkami rodziny łóżku!

Zamykając rozdział poświęcony warunkom mieszkaniowym chorych na gruźlicę w Łodzi, nie można nie stwierdzić, że trudno jest o gorsze pod wszelkimi względami. Musimy sobie powiedzieć, że *conditio sine qua non* racjonalnej walki z gruźlicą musi stać się unormowanie kwestji mieszkaniowej.

\*

Studjum niniejsze nie pretenduje do całkowitego wyczerpania tak bogatego materiału, jaki przedstawia statystyka gruźlicy w Łodzi. Jest ono raczej opracowaniem pewnych fragmentów, które nam się wydawały zasługującymi na uwagę. Streszczając wyniki naszej statystyki, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Zmniejszenie się śmiertelności od gruźlicy w Łodzi idzie znacznie wolniej, aniżeli zmniejszenie się ogólnej śmiertelności.

2) Gros chorych na gruźlicę stanowi proletarjat fizyczny.

3) Uprzemysłowienie samo w sobie wcale nie jest czynnikiem szczególnie zachorowalność na gruźlicę wzmagającym.

4) Większą zachorowalność na gruźlicę wykazują gałęzie przemysłowe, połączone z pyłem drzewnym, metalowym i mineralnym, a także gałęzie o złych warunkach pracy (chałupnictwo).

5) Mniejsza śmiertelność na gruźlicę wśród żydów spowodowana jest ich mniejszą zachorowalnością, która tłumaczy się mniejszą wśród nich liczebnością proletariatu fizycznego. Natomiast wśród poszczególnych zawodów większe różnice pomiędzy zachorowalnością na gruźlicę żydów a nieżydów nie dają się stwierdzić.

6) Mieszkania chorych na gruźlicę w Łodzi są przeludnione, niehigieniczne, chorzy przeważnie nie mają własnego łóżka. Bez rozwiązania kwestji mieszkaniowej racjonalna walka z gruźlicą jest niemożliwa.

Biblioteka Główna WUM

**KS.1332**



210000001332



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

SZPITAL IM. KAROLA I M



B451