

Caumanns, Ute

Miasto i zdrowie a perspektywa porównawcza : uwagi metodyczne na przykładzie reform sanitarnych w XIX-wiecznej Warszawie

Medycyna Nowożytna 7/1, 45-62

2000

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Ute Caumanns

Miasto i zdrowie a perspektywa porównawcza. Uwagi metodyczne na przykładzie reform sanitarnych w XIX-wiecznej Warszawie

George Rosen¹, jeden z pierwszych amerykańskich badaczy nad zdrowiem publicznym powiedział kiedyś:

„that the social history of health and disease must study the health problems of groups in terms of the social variables involved in their production and resolution, and that for such investigations the city provides a major and fruitful focus.”²

Jak zatem należy rozumieć sformułowanie Rosena „fruitful focus”? Dlaczego właśnie „miasta” stały się promotorem zdrowia publicznego? Z pewnością odgrywają tu rolę warunki związane z liczebnością: duża koncentracja ludności w jednym miejscu, zgrupowanie przedstawicieli inteligencji, lekarzy i instytucji, które

¹ George Rosen (1910–1977), uczeń Henry’ego Sigerista, lipskiego historyka medycyny, który wyemigrował do USA w 1932 r., był profesorem *Public Health Education* (Columbia-University) i później, profesorem historii medycyny i epidemiologii (Yale-University). Rosen wprowadził centralne dla tu przedstawionego tematu pojęcie zdrowia publicznego (*Public Health*). Por. m.in. George Rosen, *Health, History and Social Sciences* [w:] tenże, *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*, New York 1974, s. 37–59.

² „[...] społeczna historia problemów zdrowia i choroby musi być rozwijana w związku z problemami zdrowia grupowego w kategoriach kryteriów społecznych, związanych z ich powstawaniem i przeciwdziałaniem [negatywnym skutkom], i dla takich badań miasto stwarza ważną i owocną perspektywę.” Por. George Rosen, *Social Variables and Health in an Urban Environment: The Case of the Victorian City*, „*Clio Medica*”, 8, 1973, z. 1, s. 1–17, tu s. 14.

w najszerszym tego słowa znaczeniu zajmują się medycyna, higiena, dobroczynnością i masową edukacją. Ale nie tylko to: miasta – władze administracyjne i kupiectwo – były zawsze zainteresowane dobrym funkcjonowaniem życia publicznego. Wszelkiego typu zarazy (i spowodowane przez nie kwarantanny) zagrażały miastom w wyraźnie większym stopniu niż wsi, gdzie nie stosowano specjalnych środków zapobiegawczych³. Gwałtowny – specjalnie w drugiej połowie stulecia – rozwój miast i związane z tym problemy masowej migracji wymagały nowego podejścia do tego zagadnienia. Odpowiedzi szukano w rachunku zysków i strat, który jednak wyglądał różnie w zależności od grupy poszukującej rozwiązań problemów zdrowia publicznego. Specyficzne interesy, oczekiwania, cele, a także konflikty znalazły w nim swoje odbicie.

Chodzi tutaj o uchwycenie różnicy, między tematem „miasto i zdrowie” z jednej strony interpretowanym jako historia miasta, a z drugiej strony jako szczególny przypadek, który może być rozumiany jako część kontekstu ponadlokalnego. W pierwszym przypadku miasto przedstawiałoby się jedynie jako teren reform sanitarnych, ochrony zdrowia i – od przełomu wieków – także miejsce działalności na rzecz zdrowia grup ryzyka. Miasto można więc rozpatrywać jako indywidualny przypadek, ale można je traktować także jako przejaw szczególnego podejścia do danego zagadnienia na tle ogólnej sytuacji. Jeśli, za Alfonsem Labischem i Jörgiem Vögelem, rozumiemy miasto jako „[...] (bogata w konflikty i produktywna) płaszczyznę interakcji zdrowia publicznego, jego percepcji, interpretacji i działalności”⁴, wtedy miasto może stać się wykładnikiem polityki zdrowia publicznego, dyskusji politycznej i empirycznej diagnozy w ramach szerzej pojętej historii urbanizacji. Powoduje to konsekwencje metodyczne. W ten sposób rozumiana historia miasta wymaga porównania z innymi miastami – najbardziej zbliżonymi pod względem warunków. Porównanie oznacza, mówiąc za M. Blochem, rozszerzenie i wzmocnienie instrumentu historycznego rozumienia i wyjaśnienia, mianowicie należy „[...] constater les ressemblances et les differences et, dans la mesure du possible, expliquer les unes et les autres”⁵.

³ Alfons Labisch, *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt/M., New York 1992, s. 262n.

⁴ Alfons Labisch/Jörg Vögele, *Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland*, „Archiv für Sozialgeschichte” 37, 1997, s. 396-414, tu przede wszystkim s. 423.

⁵ „ustalić podobieństwa i różnice oraz, w miarę możliwości wyjaśnić jedne i drugie”. Por. Marc Bloch, *Pour une histoire comparée de sociétés européennes*, „Revue de synthèse historique”, XLVI, 1928, s. 15-50; przedruk w: tenże, *Histoire et historiens*, pod red. Étienne Bloch, Paris 1995, s. 94-123, patrz s. 95.

Porównanie stanowi więc heurystyczny środek przy rozważaniu systematycznego stawiania pytań dotyczących historii miasta, jego służby zdrowia, albo też historii urbanizacji oraz życia społecznego i kultury. Pod tym względem istnieją, moim zdaniem, w przypadku Warszawy następujące możliwości.

1) Porównanie z innymi wielkim miastem w Królestwie Polskim: a więc Warszawa jako centrum administracyjne i rezydencjalne w porównaniu do Łodzi, która występuje jako wzorcowy przykład wielkiego miasta o jednej gałęzi przemysłu o bardzo zróżnicowanej strukturze ludności. Możemy w ten sposób rozważać zagadnienie swobody działania polskich miast pod rosyjską administracją pochodzącą z mianowania⁶, jak również rozpatrywać wewnętrzne zróżnicowanie występujące w miastach, rolę życia publicznego i opinii publicznej (*Öffentlichkeit*)⁷. Przez to ostatnie można rozumieć odróżnienie tak zwanej opinii zbiorowej (*Versammlungsöffentlichkeit*) od komunikacji masowej. Specyficzna i polityczna funkcja tej ostatniej polega na wyborze i opracowaniu tematów, a także na dalszym przekazywaniu powstałej wskutek tego opinii publicznej⁸. Tego typu zróżnicowanie może mieć także znaczenie dla problemu odbioru społecznego oraz propagowania nowych, higienicznych norm i reformatorskich projektów sanitarnych wśród szerszych grup społecznych.

2) Porównanie Warszawy z innymi metropoliami w Europie Zachodniej. W tym miejscu możliwe byłoby rozważenie wielokrotnie już dyskutowanego problemu „względnej zacofania”⁹ oraz roli przekazywania wiedzy i osiągnięć dotyczących jej dopasowania do warunków (substytucji). Można by także postawić pytanie, czy formuła „epidemiologicznego przejścia” (*Epidemiologic Transition*)¹⁰ opracowana przez zachodnich naukowców, obowiązuje także dla

⁶ Terminologiczne odniesienie: Gebhardt Weiss, *Die russische Stadt zwischen Auftragsverwaltung und Selbstverwaltung. Zur Geschichte der russischen Stadtreform von 1870*, Bonn 1977.

⁷ Por. Jörg Requate, *Öffentlichkeit und Medien als Gegenstände historischer Analyse*, „Geschichte und Gesellschaft” 25, 1999, z. 1, s. 5; Kurt Imhof, „*Öffentlichkeit*” als historische Kategorie und als Kategorie der Historie „Schweizerische Zeitschrift für Geschichte”, 46, 1996, s. 3-25.

⁸ Por. Jörg Requate, *Öffentlichkeit und Medien*, s. 12n.

⁹ Por. przede wszystkim: Alexander Gerschenkron, *Economic Backwardness in Historical Perspective*, [w:] *The Progress of Underdeveloped Areas*, B. F. Hoselitz (Red.), Chicago 1952, s. 3-29; tu w tłumaczeniu niemieckim: *Wirtschaftliche Rückständigkeit in Historischer Perspektive*, [w:] *Geschichte und Ökonomie*, Hans-Ulrich Wehler (Hg.), Köln 1973, s. 121-139, patrz s. 122n.

¹⁰ Por. Jörg Vögele, *Sanitäre Reformen und der Sterblichkeitsrückgang in deutschen Städten, 1877-1913*, „Vierteljahreshefte für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte” 80, 1993, s. 345-365; Jörg Vögele, Wolfgang Woelk (Hgg.), *Stadt, Krankheit und Tod. Städtische Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition*, Berlin (w druku).

wschodniej części Europy. Termin ten oznacza zmieniające się pod koniec stulecia stosunki zdrowotne miasta na niekorzyść wsi, a mianowicie to, że śmiertelność w miastach – a szczególnie w wielkich miastach – okazała się niższa niż na wsi. Można uważać to za skutek podwyższonej świadomości mieszkańców miast i większych możliwości działania. Labisch/Vögele nazywają ten okres „rozkwitem samorządu komunalnego, w którym na szeroką skalę mogły się rozwinąć działania administracji (*Leistungsverwaltung*) ogarniającej wiele dziedzin, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia publicznego”¹¹. Nasuwa się tu pytanie o polityczne ograniczenie i możliwości działania władz tak wielkiego miasta jak Warszawa.

3) Porównanie ze wschodnioeuropejskimi szczególnie z rosyjskimi miastami. Pozwala ono na analizę ogólnego problemu stosunków państwa (z centralą w Petersburgu) i miasta (narzucone przez Rosjan władze miejskie + inicjatywa społeczna). Represje natury politycznej – jak na przykładzie Warszawy możemy to obserwować – nie wykluczały w określonym czasie pewnej swobody działania na szczeblu lokalnym.

W ten sposób rozumiana historia miasta pozwala na potraktowanie tematu „miasto i zdrowie” z różnych perspektyw. Po pierwsze stanowiłaby ona lokalne studium polityczno-społeczne. Można by ją także – ze względu na transfer nauki, przejmowane wzory – pojmować jako wkład do historii nauki, techniki i środków przekazu. Wreszcie mogłaby przez rekonstrukcję dyskursów przybliżyć nas do trudnego zagadnienia jakim jest pojmowanie koncepcji zdrowotnych i przekazywanie ich oraz recepcja społeczna.

Przykład Warszawy

Problemy społeczne i sanitarne szybko rozrastającej się metropolii Warszawy były ogromne. W ciągu trzydziestu lat – między 1877 a 1907 rokiem – liczba mieszkańców wzrosła z trzystu tysięcy do siedmiuset pięćdziesięciu tysięcy, więc podniosła się prawie o sto pięćdziesiąt procent¹². Według pierwszego spisu wszechrosyjskiego z 1897 roku, Warszawa znajdowała się na trzecim miejscu – tuż za Petersburgiem i Moskwą – wśród dzieiętnastu wielkich miast Cesarstwa¹³.

¹¹ Labisch/Vögele, *Stadt und Gesundheit*, s. 412.

¹² Józef Konczyński, *Ludność Warszawy. Studium Statystyczne 1877–1911 r.*, Warszawa 1913, s. 15. Dla porównania: ludność Berlina w tym samym okresie wzrosła „tylko” o sto procent.

¹³ Por. H. Bauer, A. Kappeler, B. Roth (red.), *Die Nationalitäten des Russischen Reiches in der Volkszählung von 1897*, Bde. A, B, Stuttgart 1991, s. 520, 526–538 i aneks dokumentów.

Kiedy w roku 1876 rosyjski generał Sokrat Starynkiewicz obejmował stanowisko prezydenta miasta, woda pitna w Warszawie pochodziła bezpośrednio z Wisły, ścieki spływały otwartymi rynsztokami. Statystyka umieralności, jako najważniejszy wskaźnik stanu zdrowia, jest tu bardzo znacząca: na tysiąc mieszkańców umierało w tym czasie czterdziestu – co znaczy, że Warszawa była bardzo niezdrowym miejscem w porównaniu z innymi miastami europejskimi¹⁴.

Pod rządami Starynkiewicza nastąpił pod względem sanitarnym lepsze czasy¹⁵. W ramach dyskusji nad modernizacją wodociągów i kanalizacji stało się jasne, że brakowało badań statystycznych. Dlatego w roku 1876, z jego inicjatywy – jak zresztą i pod presją opinii publicznej – założono przy Magistracie Sekcję Statystyczną¹⁶. Inżynier Starynkiewicz wbrew intencjom carskiego ustawodawstwa, dał Polakom możliwość współpracy. W roku 1879 – pod jego przewodnictwem – założono przy magistracie Obywatelski Podkomitet Sanitarny. Zaproszono do niego znanych lekarzy: Ludwika Natansona, Henryka Łuczkiwicza i Stanisława Markiewicza.

Z pewnością najważniejszym krokiem dla postępu higieny miejskiej była budowa nowej kanalizacji i nowych wodociągów z filtrami. Projekt Williama Lindleya¹⁷ dopomógł Warszawie pod względem higienicznym dołączyć do standardu zachodnich stolic europejskich. W rezultacie wcześniej wymieniona liczba czterdziestu umierających na tysiąc mieszkańców spadła w ciągu trzydziestu lat o połowę. (Tab. 1).

¹⁴ Konczyński podaje dla gorzej ujętych w statystykach lat 1864–1869 przeciętną liczbę 43,65 umierających na tysiąc mieszkańców; J. Konczyński, *Ludność Warszawy*, s. 79.

¹⁵ Por. m.in. (wydana pod kryptonimem) ocenę ówczesnego warszawskiego dziennikarza Zaleskiego: „Generał Starynkiewicz zrobił ze sprawy kanalizacyjnej kwestię niemal osobistą...”, Antoni Zaleski, *Towarzystwo Warszawskie. Listy do przyjaciółki przez Baronową XYZ*, opr. przez Ryszarda Kołodziejczyka, Warszawa 1971, s. 153n. Dalszych badań wymaga poruszone przez Zaleskiego zagadnienie asymilacji: „Dwa są systemata, które zwycięzcy stosować zwykli w zdobytych krajach: eksterminacyjny, polegający na wynaradawianiu gwałtem, siłą, i asymilacyjny, dochodzący do celu łagodnymi środkami, oswojeniem ludności z nowym porządkiem rzeczy, jednaniem jej dla niego dobrym obchodzeniem i uczciwością. Cel ten sam, a różnica w środkach tylko.” Tamże s. 157n.

¹⁶ Sekcja Statystyczna przeprowadziła dwukrotne spisy, w 1882 i 1892 r. Na ich podstawie zbadano warunki sanitarne w mieście.

¹⁷ Lindley wcześniej zmodernizował zaopatrywanie miasta w wodę pitną w Hamburgu, Düsseldorfie, Peszcie i we Frankfurcie nad Menem.

Tab. 1. Umieralność w Warszawie; 1877–1911 (Zgony na tyśnię mieszkańców)

1877–1881	1882–1886	1887–1891	1892–1896	1897–1901	1902–1906	1907–1911
36,3	29,0	25,4	24,7	21,8	20,5	19,5

Wyraźniej widać związek umieralności z asenizacją, jeśli bezpośrednio porównamy infrastrukturę sanitarną ze śmiertelnością na tyfus (Tab. 2)¹⁸. Tyfus brzuszny służy tutaj jako wskaźnik

Tab. 2. Kanalizacja i dostęp do wody filtrowanej a przypadki tyfusu brzuszego; Warszawa 1880–1899

Rok	Kanalizacja, długość rur na końcu roku. km	Dostęp do wody filtrowanej; litr na mieszkańca na dzień	Zgony na tyśnię mieszkańców	Tyfus brzuszny; zgony na 100.000 mieszkańców
1880	b.d.	b.d.	33,55	103,7
1881	b.d.	b.d.	32,57	93,7
1882	b.d.	b.d.	33,17	80,4
1883	0,2	b.d.	29,18	90,5
1884	4,1	b.d.	28,31	87,9
1885	10,0	b.d.	29,01	73,7
1886	17,6	3	29,16	71,8
1887	18,1	24	24,94	30,8
1888	27,2	28	24,82	18,9
1889	38,4	29	29,87	21,0
1890	42,6	30	24,91	23,0
1891	48,8	30	23,05	25,8
1892	62,9	35	28,65	30,0
1893	80,7	41	24,02	18,8
1894	93,1	49	24,38	17,8
1895	95,5	53	22,91	17,9
1896	96,4	54	23,54	19,7
1897	108,6	54	20,62	14,0
1898	118,4	58	23,59	15,4
1899	120,1	64	21,49	17,4

(Dane za: Józef Konczyński, *Ludność Warszawy. Studium Statystyczne 1877–1911 r.*, Warszawa 1913, s. XXIV; *brak danych)

¹⁸ Krytyczny wobec zbyt daleko idących wywodów przyczynowych, Jörg Vögele widzi reformy sanitarne jako katalizator ogólnego, dłuższego procesu; por. Jörg Vögele, *Die sanitären Reformen als Katalysator in einem insgesamt längeren Prozeß*. Vögele, *Sanitäre Reformen*, s. 361; por. też: tenże, *Typhus und Typhusbekämpfung in Deutschland als sozialhistorischer Sicht*, „Medizinhistorisches Journal”, 33, 1998, z. 1, s. 57–79.

jakości wody. Po uruchomieniu wodociągów i filtrów w roku 1886 liczba zgonów na tyfus spadła w ciągu jednego roku o połowę.

Do tych sanitarno-higienicznych sukcesów, przy trudnych warunkach politycznych, przyczynił się walcnie jako grupa nacisku, warszawski ruch higieniczny. Dał on także istotny impuls do debat – które się nasiliły pod koniec lat 70-tych – na temat warunków zdrowotno-politycznych¹⁹.

W roku 1885 założono, do dzisiaj istniejące, czasopismo „Zdrowie”. Marcin Kacprzak, w okresie międzywojennym jego długoletni redaktor naczelny, nazywał to pismo „sumieniem higienicznym” kraju w jego najcięższych czasach²⁰. Reprezentowało ono nowy pogląd na zdrowie publiczne: higienę pojmowano jako kompleksową naukę a zarazem program społeczny. W tym celu, wzorem angielskim, gromadzono wokół redakcji nie tylko lekarzy, lecz także inżynierów, meteorologów i statystyków z różnych części Polski²¹.

Znamienny jest fakt, że w roku 1887 otwarto w Warszawie pierwszą wystawę higieniczną, na miejscu dzisiejszego parku Ujazdowskiego. Była ona – jak podkreślali organizatorzy wywodzący się ze środowiska polskich higienistów – czwarta w Europie (po Berlinie, Londynie i Brukseli) i pierwsza we wschodniej części Europy. Obok inżyniera Lindleya wspierali i współorganizowali wystawę prezydent miasta Starynkiewicz i kierownik biura statystycznego Załęski. Do najważniejszych na wystawie należały eksponaty dotyczące zaopatrzenia wody i kanalizacji miasta Warszawy. Akcentowano też dydaktyczny aspekt higieny. Z tego powodu zachęcano do współpracy także nauczycieli. Trudno powiedzieć, jaka była prawdziwa liczba zwiedzających, ponieważ wielu gości zostało wpuszczonych na teren wystawy bez biletów. W każdym razie wahała się od pięćdziesięciu do stu tysięcy ludzi. Jakim powodzeniem cieszyła się wśród publiczności wystawa, pokazuje udział gości nie tylko z zachodu, lecz również ekspertów z Rosji. Właśnie percepcja w rosyjskiej części Cesarstwa była, jak się wydaje, niesłusznie pomijana w dotychczasowych badaniach historycznych. Mikołaj Dobrosławin, kierownik prestiżowego petersburskiego Instytutu Higieny i – obok Huldreicha Frie-

¹⁹ Prowadzono go nie tylko na łamach prasy fachowej, lecz również w prasie popularnej, głównie za sprawą kronik Bolesława Prusa; por. m.in. *Kroniki tygodniowe* w „Kurierze Warszawskim”, 1875–1887.

²⁰ M. Kacprzak, „Zdrowie” 1928, s. 522–523.

²¹ Z 31 członków redakcji w roku 1886 siedmiu nie pochodziło z zaboru rosyjskiego (4 z Krakowa, po jednym z Poznania, Lwowa i Pragi). Do zespołu redakcyjnego należeli również przedstawiciele różnych (poza lekarzami) zawodów: chemicy, technicy, inżynierowie budowlani (Lindley i Jr.), statystycy (Załęski); por. „Zdrowie”, 2 (1886), Nr 4 [styczeń].

dricha Erismanna²² – najbardziej renomowany przedstawiciel higieny w Rosji²³, napisał obszerny artykuł o wystawie w piśmie „Wojenno-Medicinskij Żurnał”²⁴.

Z ubolewaniem, z perspektywy rosyjskiej racji stanu zwrócił on uwagę na narodowy charakter tej wystawy, ponieważ w części prezentującej literaturę, z małymi wyjątkami, specjalnie – według niego – pominięto dzieła w języku rosyjskim²⁵. Z pewnością jakąś rolę w jego reakcji odegrał fakt, że zepchnięta do roli prowincjonalnego miasta Warszawa przewyższyła tą wystawą stolicę Rosji, gdzie tego typu wystawa została otwarta dopiero w 1894 roku. Dziewięć lat później, w 1896 roku, otwarto w Warszawie drugą Wystawę Higieniczną – na terenie dzisiejszej Politechniki. Zwiedziło ją wtedy sto czterdzieści tysięcy ludzi, ze wszystkich zaborów Polski, z Rosji i z zagranicy.

Wreszcie po przezwycięzeniu długotrwałych trudności w 1898 roku – przede wszystkim dzięki Józefowi Polakowi – ruch higieniczny znalazł swój kształt organizacyjny. Odtąd do najbardziej wpływowych organizacji należało Warszawskie²⁶ Towarzystwo Higieniczne występujące pod hasłem *Salus Populi²⁷ suprema lex esto*. W ówczesnej sytuacji politycznej, użyte tutaj słowo *populis* – naród, było świadectwem narodowej niepodległości.

Sądzić należy, że najsilniejsze impulsy tworzenia miejskiej polityki zdrowotnej i reform sanitarnych płynęły z działania wspomnianej już przeze mnie zbiorowej opinii różnych grup (*Versammlungsöffentlichkeit*). Biorąc pod uwagę, że na praktycznie należącym do Rosji terytorium, ogromną rolę odgrywała – także prewencyjna – cenzura, obserwujemy na poziomie komunikacji masowej (prasa popularna) odbicie polityki zdrowotnej i zasad higieny, co odpowiadało sprawowanej przez nią funkcji przekazywania tych treści społeczeństwu. Szczególnie zasłuży-

²² W Rosji znany jako Fedor F. Erisman. Erismann (1842-1915) był uczniem Maxa von Pettenkofera, od 1882 prowadził katedrę higieny na Moskiewskim Uniwersytecie. Z powodów politycznych został zwolniony ze służby państwowej w 1896 r.

²³ Por. m.in. E. I. Lotowa, *Russkaja intelligencija, i waprosy obszczestwiennoj gigjeny. Pjerwoje gigjenczeskoje obszczestwo w Rassiji*, Moskwa 1962, s. 10, 126 et passim.

²⁴ Nikolaj Dobrosławin, *Gigjenczeskaja wystawka w Warszawie 1887 goda*, „Wojenno-Medicinskij Żurnał”, 65 (1887), z. 159, s. 355-392.

²⁵ Dobrosławin, *Gigjenczeskaja wystawka*, s. 387n. Do wyjątków należy podrećnik do higieny I. P. Skworcowa, który w 1882 r. został powołany na nowo utworzoną katedrę higieny na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie nauczał przez kilka lat, aż do wyjazdu na Uniwersytet w Charkowie.

²⁶ Czytaj: „polskie” – sytuacja polityczna nie pozwalała na takie określenie; ambicje, aby ponad granicami zaborów ponosić odpowiedzialność za całą Polskę widać w wielu miejscach w pracy Towarzystwa, we współpracy z redakcją pisma „Zdrowie”, przede wszystkim w wyborze tematów i autorów.

²⁷ Populi – pisane wielką literą!

nym dla propagowania zagadnień higieny okazał się Bolesław Prus, który niezmordowanie i z zapałem poruszał tę problematykę w „Kronikach Tygodniowych”²⁸. Jeden z najbardziej znanych działaczy tej dziedziny i często opisywany przez Prusa Józef Polak pisał w 1883 r. w swoim dzienniku: „Czytelników Prusowych kronik oblicza się co najmniej na 50 tysięcy. Jestem więc popularny!”²⁹.

Wytrwała praca różnych instytucji i propagatorów higieny, postępy w asenizacji miasta dzięki modernizacji wodociągów i kanalizacji, wpłynęły w decydujący sposób na podniesienie jakości warunków życia większej części ludności Warszawy. Badaczom może to pomóc w odpowiedzi na pytanie, ciekawe nie tylko ze społeczno-historycznego punktu widzenia, w jaki sposób zaborcza polityka Petersburga była realizowana na szczeblu lokalnym; w pewnej – ale tylko w pewnej – odległości od politycznych sporów.

Sprawy zdrowia wskazują na pewną swobodę działania na szczeblu miejskim. Nawet magistrat, mianowany przez Rosjan³⁰, potrafił być widocznie czynny w tych sprawach – pod warunkiem, że jakaś czołowa osobistość angażowała się w to dobrowolnie, i że sprawy zdrowotno-polityczne zasadniczo leżały w gestii administracji miejskiej. Wymownym kontrprzykładem jest fatalna polityka szpitalna w tej samej Warszawie i w tym samym czasie: została ona – prawdopodobnie z powodu jej bardziej politycznego charakteru – podporządkowana za pośrednictwem Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (*Ministerstwo Wnntrennych Diet*). Tu swoboda działania praktycznie nie istniała, w każdym razie nie miała realnego wpływu na poprawę zdrowia warszawiaków. Powoływano jedynie komisje, których zalecenia wkrótce okazywały się nierealne czy też dalekie od prawdziwych problemów. Takie różnice zmuszają, moim zdaniem, do zwrócenia uwagi na to, aby lokalny przykład nie był nadużywany w ogólniejszej historiografii zaborów.

Wracając zaś do wstępnej postulowanej perspektywy porównawczej:

²⁸ Por. m.in. *Kroniki tygodniowe* w „Kurierze Warszawskim”, 1875–1887. B. Prus, *P. prezydent jako szachista*, „Kurier Warszawski”, nr 238, dn. 22 X 1881; w: *Kroniki*, t. V, Warszawa 1955, s. 169; tenże, *Zamach na ulepszenia sanitarne*, „Kurier Warszawski”, nr 90, dn. 22 IV 1881, Tamże, s. 299.

²⁹ Dziennik Józefa Polaka pod datą 7 maja 1883; cyt. za: Maciej Demel, *W służbie Hygei i Syreny. Życie i dzieło Józefa Polaka*, Warszawa 1970, s. 38.

³⁰ O reformie rosyjskiej administracji mianowanej (*Auftragsverwaltung*) ku autonomii, jednakże w odniesieniu wyłącznie do Rosji; Gebhard Weiß, *Die russische Stadt*, op.cit.

1) Porównanie Warszawy i Łodzi, a więc miast leżących w Królestwie. To porównanie wskazuje na możliwości działania wewnątrz tego samego państwa, i przy porównywalnych restrykcjach. W Łodzi – inaczej niż w Warszawie – brakowało politycznej woli do modernizacji infrastruktury sanitarnej. Zaopatrzenie w wodę i kanalizacja, jako dwa główne problemy higieny miejskiej, nie zostały rozwiązane w włókienniczej metropolii aż do końca zaborów³¹. Gdy porównuje się wydatki w głównych działach zdrowia publicznego, jak tutaj w roku 1911 (Tab. 3), widać wyraźne różnice w kosztach ponoszonych przez oba miasta. Pokazują one względnie niewielką rangę zdrowia publicznego w łódzkiej administracji mianowanej.

Tab. 3. Wydatki na cele związane ze stanem zdrowotnym: Warszawa – Łódź w 1911 r.

Wydatki	Warszawa		Łódź	
	tys. koron austr.	% budżetu miasta	tys. koron austr.	% budżetu miasta
Ochrona zdrowia (lecznictwo zamknięte, profilaktyka, leczenie ubogich itp.)	3.080	12,8	152	5,3
Wodociągi i kanalizacja	2.145	9	73	2,5
Oczyszczanie miasta	552	2,3	53	1,8

(Źródło: A. Ginsbert, *Łódź – Studium monograficzne*, Łódź 1962, s. 66; cyt. za: Jan Fijałek, Janusz Indulski, *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990, s. 122. Wyciąg z większej tabeli, w której dla umożliwienia porównania autor dokonał przeliczenia w koronach austriackich.)

Te różnice wskazują ponadto, że państwo z jego pojmowaniem problemu i ustalonymi przez nie normami jest tylko **jednym** czynnikiem w sieci działań dotyczących miasta i zdrowia. Państwo było w przypadku Łodzi i Warszawy to samo, a jednak w obu przypadkach różnią się stosunki zdrowotne i inspiracje prowadzące do reform sanitarnych. Inaczej motywowana administracja miejska z jednej strony i wpływowe społeczne grupy interesu (*pressure groups*) z drugiej przyczyniły się do zmian w Warszawie.

2) Porównanie z zachodnimi metropoliami: dopiero dzięki temu możliwe jest włączenie wschodnich lub środkowowschodnich

³¹ Por. Jan Fijałek, Janusz Indulski, *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990, s. 247n.

miast z ich specyfiką do ogólnej debaty o modernizacji, „epidemiologicznym przejściu”, „względny zacofaniu” szczególnie ze względu na nadawanie działaniom prozdrowotnym ideologicznego podtekstu³². Jeśli weźmiemy pod uwagę śmiertelność na tyfus brzuszny w Warszawie, zobaczymy, że nie odbiegała ona znacznie od stanu, jaki był w miastach Europy zachodniej. Polska metropolia nie należała, co prawda, do współczesnej sanitarnej awangardy, tak jak Londyn czy Berlin. Podobnie jak w Paryżu³³ głównych inwestycji w dziedzinie asenizacji dokonano w Warszawie później – bowiem w latach osiemdziesiątych XIX w. Uwidocznia się to, podobnie jak w Paryżu, w wieloletnich statystycznych średnich wartościach dotyczących śmiertelności na tyfus w latach dziewięćdziesiątych (Tab. 3). Wyniki dla Warszawy potwierdzają ponadto tezę, że tym wyraźniejsze były skutki asenizacji im wyższą była pierwotnie śmiertelność na poszczególne choroby – szczególnie na tyfus brzuszny³⁴.

Tab. 4. Tyfus brzuszny: śmiertelność w wielkich miastach, 1880–1895. (Zgony na 100.000 mieszkańców)

Lata	Warszawa	Paryż	Londyn	Berlin	Wiedeń
1880–1889	67	69	22	21	-
1890–1894	23	25	18	8	7
1895	18	11	14	5	5

(Dane za: Śmiertelność z powodu chorób zakaźnych w czterech wielkich stolicach Europy, „Zdrowie”, 1896, nr 12, s. 471; Józef Konczyński, *Ludność*, s. XXIV)

3) Porównanie z miastami rosyjskimi daje kolejne informacje o roli inicjatywy społecznej oraz czynnika państwowego w asenizacji miast. Kwestia swobody działania na szczeblu lokalnym, przedstawiona powyżej na przykładzie Warszawy, nasuwa się nie tylko w kontekście zaborów, ze swoją specyficzną konstelacją centrum-peryferia. Postęp asenizacji w Petersburgu i Moskwie³⁵ – odbywający się przecież w tym samym systemie, ale pozbawiony elementu konfrontacji polsko-rosyjskiej – wykazuje również wyraźne różnice. Różnice mogą wskazywać na wagę swobód dzia-

³² Gerschenkron, *Wirtschaftliche Rückständigkeit*, s. 134.

³³ Por. Matthew Ramsey, *Public Health in France*, [w:] Dorothy Porter (Red.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Atlanta 1994, s. 45–118, patrz s. 81; Lion Murard/Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870–1918*, Paris 1996, s. 342 et passim.

³⁴ Por. Vögele, *Sanitäre Reformen*, s. 364.

lania zarządów miejskich i ich poszczególnych interesów. W zakresie higieny sytuacja w Warszawie nie tylko dorównywała innym miastom, ale także ulegała poprawie przede wszystkim w porównaniu ze stolicą Rosji. Dowodzi tego dobitnie statystyka śmiertelności na tyfus. W początku lat osiemdziesiątych udział tyfusu w ogólnej śmiertelności wynosił w Warszawie trzy procent, a po realizacji reform sanitarnych około jeden procent. Petersburg natomiast odnotowywał niezmiennie złe statystyki jeszcze w dwudziestym wieku (Tab. 5).

Tab. 5. **Tyfus brzuszny: śmiertelność w wielkich miastach, 1895–1910 (udział tyfusu w ogólnej śmiertelności, %)**

	1895	1900	1905
Warszawa	0,8	0,9	1,0
Petersburg	2,7	2,7	3,9
Moskwa	1,2	0,4	0,7
Wiedeń	0,2	0,4	0,2
Londyn	0,7	0,9	0,4
Paryż	0,5	1,8	0,5

(Dane za: J. Konczyński: *Ludność Warszawy. Studium Statystyczne 1877–1911 r.*, Warszawa 1913, s. XXIV i E. A. Ferman, *Smertnost' ot Brijusznago Tifa v S. Peterburge za 12 Let s 1895 po 1906 god*, St. Petersburg 1902, s. 40–41, cyt. za J. H. Bater, *Modernization and Public Health in St. Petersburg, 1890–1914*, w: „Forschungen zur osteuropäischen Geschichte”, Berlin 1985, t. 37, s. 357–372, patrz tu s. 362.)

W petersburskiej Dumie, inaczej niż w Warszawie, dopiero w roku 1909 zapadła decyzja o budowie wodociągów z akweduktem. Według tego projektu nie miano czerpać wody z Newy, tylko z odległego o trzydzieści pięć kilometrów jeziora Ładoga³⁵. Ten projekt o zasadniczym znaczeniu nie został jednak zrealizowany przed pierwszą wojną światową. W przeciwieństwie do Warszawy, a tym bardziej do innych stolic europejskich, stolica imperium rosyjskiego nie dysponowała adekwatną infrastrukturą

³⁵ Por. Manfred Späth, *Wasserleitung und Kanalisation in Großstädten: Ein Beispiel der Organisation technischen Wandels im vorrevolutionären Rußland*, [w:] *Forschungen zur osteuropäischen Geschichte*, Band 25 (=Festschrift für Werner Philipp), Berlin 1978, s. 342–360, patrz s. 352; James H. Bater, *Modernization and Public Health in St. Petersburg, 1890–1914*, [w:] *Forschungen zur osteuropäischen Geschichte*, Band 37, Berlin 1985, s. 357–372, patrz tu s. 362.

³⁶ Poprzedziły ją długoletnie dyskusje, które docierały nawet do Warszawy. Dlatego w 1897 r. czasopismo „Zdrowie” donosiło o sporach i dyskusjach, toczących się od 1895 roku w kwestii zaopatrywania St. Petersburga w wodę pitną. Głównie chodziło o przestawienie się z wody pochodzącej z Newy na wodę źródlaną z okolic miasta; por. Emil Sokal, *Zaopatrzenie Petersburga w wodę źródlaną*, „Zdrowie” 13 (1897) z. 2, s. 77–78.

sanitarną. Samorząd³⁷ miejski Petersburga mógł więc także negatywnie oddziaływać na zdrowie publiczne.

Klucz do rozwoju Warszawy leży właśnie w swobodzie działania, jaką posiadały zarządy miejskie, oraz w znaczeniu społecznej inicjatywy. Podczas gdy w Petersburgu przedstawiciele rady miejskiej³⁸ nie chcieli przeznaczać dużych sum na inwestowanie w asenizację miasta – nie wydano na modernizację nawet dochodów otrzymanych z udostępnienia wody pitnej³⁹, w Warszawie widać skuteczną współpracę prezydenta miasta i miejskich reformatorów. Prezydent pośredniczył w prezentowaniu pakietu reform władzom centralnym, a polscy higieniści przekonywali miejską opinię publiczną i neutralizowali sprzeciwy właścicieli domów⁴⁰, dla których, podobnie jak w Petersburgu, decydujące były koszty tego przedsięwzięcia.

*

Związki między zdrowiem publicznym a warunkami politycznymi i ich dynamiką w określonym czasie, są wyjątkowo ściśle i dlatego powinny być traktowane jako zależne od siebie. Jak bardzo zdrowie publiczne zależne jest od panującego światopoglądu, można z dobrym rezultatem rozważyć na przykładzie XIX-wiecznej Warszawy. Warszawa jako centrum administracyjne i rezydencjalne tej części rosyjskiego imperium, położona na jego peryferiach, prezentowała taki układ warunków zdrowotnych i ich traktowania, jaki z jednej strony trzeba widzieć na tle pełnego napięć ogólnoeuropejskiego procesu industrializacji i urbanizacji (migracja, przeludnienie miasta, nędza mieszkaniowa, problemy wyżywienia itp.), z drugiej jednak nosi cechy specyficzne dla tego regionu. Jako punkt odniesienia może nam służyć Rosja (w jej

³⁷ Samorząd miejski oznacza tu oczywiście nie bezwzględna autonomię miasta wobec państwa, które przez cenzus i cenzurę było zawsze obecne na szczeblu miejskim; chodzi tu raczej o różnice polsko-rosyjskie i względne uprzywilejowanie miasta Petersburga.

³⁸ Prawa wprowadzone w ramach Wielkich Reform zostały w latach późniejszych ograniczone, a miejska administracja osłabiona. W roku 1892 liczba uprawnionych do głosowania do Dumy miejskiej została ograniczona ustawą do małego kręgu bogatych kupców i właścicieli nieruchomości; zadziałało to na niekorzyść i tak nielicznych przedstawicieli zaangażowanej politycznie i społecznie na szczeblu miejskim inteligencji. Por. Späth, *Wasserleitung*, s. 344.

³⁹ Bater, *Modernization*, s. 238.

⁴⁰ Por. m.in. artykuły redakcyjne *Projekt opłaty za wodę. Przy jakich warunkach nowy wodociąg nie pozostanie martwym kapitałem ale spełni doniosłe swe przeznaczenie?*, „Zdrowie”, 1 (1885) z. 3, s. 1–5; *Jeszcze w sprawie opłaty za wodę*, „Zdrowie”, [1] (1886) z. 5, s. 1–2; B. Prus, *P. prezydent jako szachista*, „Kurier Warszawski”, nr 238, dn. 22 X 1881; w: *Kroniki*, t. V, Warszawa 1955, s. 169; tenże, *Zamach na ulepszenia sanitarne*, „Kurier Warszawski”, nr 90, dn. 22 IV 1881, Tamże, s. 299.

części europejskiej) i Europa środkowowschodnia. Powstaje tutaj podwójna perspektywa: przede wszystkim należy rozważyć zagadnienie stosunków polsko-rosyjskich, a właściwie wcielenia ziem polskich do państwa rosyjskiego, i poszukiwanie w związku z tym *modus vivendi*. Z drugiej strony należy wziąć pod uwagę wciągnięcie medycyny i publicznej służby zdrowia w ruch narodowo-wyzwoleńczy.

Zdrowie staje się w tym kontekście wyznacznikiem identyfikującym i integrującym: przez hasło *salus Populi* rozumie się również, że zdrowie jednostki, jej zdrowe ciało, może przyczynić się do stworzenia zdrowego (własnego, polskiego) państwa. Pojęcie „zdrowego człowieka” zostało wynalezione i włączone do walki o świadomość narodową, głównie po roku 1864. Styl myślenia ówczesnej epoki odznaczał się odejściem od gloryfikacji powstań, wychowaniem narodu w duchu pozytywizmu, tak zwaną pracą organiczną jako pracą u podstaw, w czym szczególnie zasługi położyła Szkoła Główna.

Specyficzny – spowodowany podziałem ziem polskich – sposób realizacji miejskiej ochrony zdrowia zyskuje, jeśli przyglądać mu się na tle sytuacji ogólnej. Aby móc prowadzić sensowną dyskusję na temat zdrowia publicznego w związku z urbanizacją, industrializacją czy modernizacją należałoby potraktować ten temat w perspektywie porównawczej z sytuacją innych miast europejskich. Należałoby przypomnieć o roli przepływu wiedzy i możliwości jej zastosowania – który to aspekt znalazł wprawdzie odbicie w historiografii społeczno-gospodarczej, ale został zaledwie zauważony w studiach nad zdrowiem publicznym.

Nadająca się do porównania perspektywa stosunków lokalnych wzbogaca problem „względego zacofania” o nowe aspekty: dla miast, a tym bardziej dla metropolii w Europie wschodniej, nie da się w ogóle zastosować ogólnopaństwowych warunków strukturalnych i procesów rozwojowych. W przypadku zapewniania właściwych warunków sanitarnych chęć i możliwości interwencji znajdowały się głównie w rękach władz lokalnych. Ragnhild Münch dowodzi na przykładzie Berlina, że podjęte przez ministerstwo koncepcje tak zwanej „*Medicinische Policey*” były realizowane w ciągu całego XIX wieku, podczas gdy na płaszczyźnie komunalnej sprawy społeczno-ekonomiczne były jednak widziane jako część zdrowia publicznego⁴¹. Metropolii warszawskiej można, jako jedynej, przypisać podobną rolę w Królestwie Polskim.

⁴¹ Ragnhild Münch, *Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel*, Berlin 1995, patrz s. 12 et passim.

Wiele przemawia za wprowadzoną z przykładów niemieckich, sformułowaną przez Alfonsa Labischa, typologią dotyczącą zbieżności koncepcji zdrowotno-naukowych dla miejskiej i państwowej ochrony zdrowia. Według niego „specyficzna” teoria powstawania chorób, jak bakteriologia, mogła zostać łatwo przełożona na język praw, zarządzeń i działań interwencyjnych ze strony administracji, i w tym sensie odpowiadała poglądom i formom działania państwa. Higiena eksperymentalna lub higiena społeczna jako „niespecyficzne teorie zdrowia” wymagały natomiast otwartego pola działania⁴².

W Rosji (nie uwzględniając ziem polskich) istniała pod koniec XIX wieku słaba państwowa służba zdrowia. Najlepszym tego dowodem jest, że aż do końca istnienia państwa carów problematyka zdrowia podlegała ministerstwu spraw wewnętrznych⁴³. Z drugiej strony w czasach Wielkich Reform wprowadzonych przez Aleksandra II, od połowy lat sześćdziesiątych został powołany lokalny samorząd oraz medycyna ziemska, która mimo wszystkich trudności okazała się dość skuteczna. Nieprzypadkowo widzimy w szeregach działaczy ziemstwa przedstawiciele higieny eksperymentalnej, z imigrantem szwajcarskim Erismannem na czele. Tu, z dala od bezpośredniego nadzoru Petersburga, zgromadziło się grono krytycznej wobec rządu inteligencji, która dysponowała większą swobodą działania dla realizacji własnych koncepcji ochrony zdrowia.

Sytuacja w Królestwie Polskim była odmienna, bowiem carska polityka wobec Polski nie przewidywała dla tego terytorium lokalnego samorządu (ziemstwa) i autonomicznych praw miejskich. Zdrowie publiczne było tutaj w dużo większym stopniu poddane państwowej kontroli (ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa). Z drugiej strony obiektywne problemy i ograniczone możliwości finansowe państwa sprawiły, że w codziennej praktyce powstała pustka, która musiała zostać wypełniona przez inne czynniki. Bez autonomii miasta zrealizowanie naukowych koncepcji dotyczących ochrony zdrowia było zależne od nieustabilizowanej sytuacji prawnej i podlegało wahaniom koniunktur politycznych. A więc, jeśli sukces został osiągnięty, to dzięki takim przedstawicielom rosyjskich władz miejskich jak Starynkiewicz, jak też dzięki pracy warszawskich społeczników.

⁴² Alfons Labisch, *Homo hygienicus*, s. 271.

⁴³ Różne inicjatywy były hamowane przez liczne spory o kompetencje; na przykład projekt Gamalei czy też praca komisji Botkina. Por. John F. Hutchinson, *Politics and Public Health in Revolutionary Russia, 1890-1918*, (The Johns Hopkins University Press) Baltimore, London 1990, patrz tu m.in. s. 74-76, 82, 84.

Zdolność dopasowania się do sytuacji ze strony warszawskich reformatorów zdrowia, a także w pewnym sensie zrozumienie podwójnego kryzysu – politycznego i zdrowotnego – sprawiło, że starali się wykorzystać **wszystkie** możliwości zabezpieczenia zdrowia publicznego. Dlatego obok higieny eksperymentalnej – tj. higieny otoczenia, oświecenia i profilaktyki higienicznej – zajmowali się bakteriologią⁴⁴, kładli nacisk na diagnozę⁴⁵, dezynfekcję⁴⁶ i szczepienia⁴⁷. Wprowadzanie w życie reform polegających na stosowaniu się do osiągnięć bakteriologii funkcjonowało w Warszawie jako działalność społeczna. Administracja miejska popierała takie projekty, ale wykazywała samodzielną inicjatywę tylko o tyle, o ile zapraszała do współpracy warszawskich lekarzy i specjalistów od służb sanitarnych.

Wiele przemawia za tym, że Warszawa jest bardzo dobrym przykładem do rozważań nad tematyką „zdrowie i miasto”. Przeprowadzając rekonstrukcję lokalnych zależności, to znaczy rekonstrukcję naukowych poglądów i koncepcji dotyczących zdrowia oraz ich zastosowania na gruncie społecznych stosunków panujących w danym mieście, można wyciągnąć wnioski dotyczące przypadku Warszawy, czyli przypadku poszczególnego. Przyjęcie perspektywy porównawczej sprawia, że ten pojedynczy przypadek może być pomocny dla rozumienia tego, co ogólne; pod tym względem mógłby on być korzystny dla anglo-amery-

⁴⁴ W latach osiemdziesiątych XIX w. bakteriologia stała się – po ostrych dyskusjach – nauką wiodącą. Dla badaczy zdrowia publicznego jest ona ideologicznym znakiem nowoczesnej polityki zdrowotnej.

⁴⁵ Tak powstała w 1885 r. w mieszkaniu Odon Bujwida pierwsza w Polsce pracownia bakteriologiczna; utworzono w 1890 r. Stację Badania Produktów Spożywczych. Kontrola bakteriologiczna wody pitnej była przeprowadzana od 1887 r. Laboratorium, które prowadziło te badania było także kierowane przez Bujwida, aż do jego wyjazdu do Krakowa. Laboratorium to działało już w niedługi czas po tym jak w Berlinie została powołana przez Roberta Kocha pierwsza placówka tego rodzaju. Por. m.in. O. Bujwid, *Wyniki bakteriologicznych badań wody warszawskiej w latach 1887–8–9*, „Zdrowie” 5, 1889, s. 546–552.

⁴⁶ W Hamburgu zrezygnowano z realizacji budowy filtrów takich jak w Warszawie, także projektu Lindleya, z powodu kosztów. Miało to ogromne konsekwencje w czasie epidemii cholery w latach 1892/3. Hamburg jako jedyne zachodnioeuropejskie duże miasto został spustoszony przez ostatnią wielką epidemię cholery w Europie Zachodniej. Por. Richard J. Evans, *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years, 1830–1910*, Oxford 1987.

⁴⁷ (Prywatny) Instytut Zapobiegania Wścieklicznie został w 1886 r., wedle wzoru Pasteura, założony przez Odon Bujwida; finansowo wspierany był przez Kasę Pomocy Naukowej Imienia Mianowskiego. Bujwid w czasie pobytu naukowego w Paryżu zapoznał się z pracami Louisa Pasteura. Por. Odo Bujwid, *Powstanie Zakładów szczepień przeciwko wścieklicznie w Warszawie i Krakowie*, (Odb.: „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, Jg. 14, 1937, Nr. 13–14). Właściwie tylko na papierze istniejący Instytut Szczepienia Ospy Ochronnej przejął (w 1884 r.) i efektywnie rozbudował Józef Polak. Por. Demel, *W służbie Hygei*, s. 57.

kańskich i niemieckich badaczy, którzy do tej pory ograniczają się do przykładów leżących na własnym terytorium. Rozważając w ten sposób naukowo tę tematykę moglibyśmy przy pomocy ogólnego potraktowania objaśnić zagadnienia poszczególne; dopiero w porównaniu z ogólnym ujęciem mogą one uwydatnić swoje cechy szczególne.

Ute Caumanns

City and Health in a Comparative Perspective. A Few Methodological Comments Based on the Example of Sanitary Reforms in Warsaw at the Twilight of the 19th Century

Summary

The article raises the question of the possible study devoted to the subject „City and Health”. Such comparison is treated here as a heuristic means to examine systematic questions in the framework of the history of city and the history of Public Health, or possibly broader history of urbanization, history of culture, and social history. Based on the example of Warsaw, modernization of the urban infrastructure (here: potable water and sewage system) in the time of partition of Poland is discussed, particularly contrasted against the Russian metropolis – Petersburg. Fields of activity that result from specific local relationships – forced reforms on the part of *Intelligentsia*, profoundly self-confident, and the readiness of the Russian administration governed by the Mayor Sokrates Starynkevic, make such more energetic attempts at extending the history of partition times by studies focused on smaller areas quite reasonable. Notwithstanding, such noticeable mixture of political interests, social relations, and health policy concepts should be defined while respecting its dynamics, exceptionally visible in the partition area.

Stadt und Gesundheit in vergleichender Perspektive. Einige methodische Bemerkungen am Beispiel der sanitären Reformen in Warschau im späten 19. Jahrhundert

Zusammenfassung

Der Artikel fragt nach den Möglichkeiten einer Behandlung des Themas „Stadt und Gesundheit“. Der Vergleich wird dabei als heuristisches Mittel für die Erörterung systematischer Fragestellungen im Rahmen einer Stadt- und Public-Health-Geschichte bzw. einer größeren Urbanisierungs-, Sozial-, und Kulturgeschichte angesehen. Am Beispiel Warschaus wird die Modernisierung städtischer Infrastruktur (hier Trinkwasser und Kanalisation) unter den Bedingungen der Teilung Polens diskutiert und insbesondere in Bezug zur russischen Metropole Petersburg gesetzt. Die Handlungsspielräume, die sich durch die spezifischen lokalen Verhältnisse – Reformdruck seitens einer selbstbewußten *Inteligencja*, Kooperationsbereitschaft einer russischen Auftragsverwaltung unter dem Stadtpräsidenten Sokrates Starynkevič – ergeben, lassen es sinnvoll erscheinen, die Geschichte der Teilungszeit stärker als bisher um kleinräumige Studien zu erweitern. Das konkrete Mischungsverhältnis politischer Interessen, sozialer Verhältnisse und gesundheitspolitischer Konzepte ist dabei in seiner für die Teilungszeit besonders erheblichen zeitlichen Dynamik zu bestimmen.