

*Jolanta Sadowska*

ZWALCZANIE OSTRYCH CHORÓB ZAKAŻNYCH W POLSCE  
W DWUDZIESTOLECIU MIĘDZYWOJENNYM (1918-1939)

Katedra Historii Medycyny i Farmacji Akademii Medycznej w Łodzi  
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. *J. Supady*

*Ochrona zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej, a szczególnie zwalczanie ostrych i przewlekłych chorób zakaźnych było poważnym wyzwaniem dla Państwa Polskiego.*

*Charakteryzująca się dbałością o zdrowie społeczeństwa polityka socjalna państwa, wyrażała się m.in. w wielokierunkowych działaniach prawno-organizacyjnych z udziałem wszystkich sektorów lecznictwa, instytucji naukowych, towarzystw lekarskich itp. jak również w systematycznym rozwijaniu współpracy międzynarodowej.*

W badaniach historii opieki zdrowotnej przed i po 1939 r. interesujące w sensie poznawczym jak i praktyczno-użytkowym jest zagadnienie współodpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia społeczeństwa. W przypadku niniejszego artykułu, kwestię tę ukazuje autor na przykładzie walki z chorobami zakaźnymi.

Zagrożenie epidemiami ostrych chorób zakaźnych w początkowym okresie uzyskania przez Polskę niepodległości, było skutkiem wcześniejszych działań wojennych – I wojna światowa, wojna polsko-rosyjska, zaniedbań sanitarno-higienicznych, zubożenia ludności oraz znacznej w tych latach migracji, a przede wszystkim przemieszczających się ze wschodu na zachód zdemobilizowanych oddziałów żołnierzy i jeńców wojennych (17).

Należy zaznaczyć, że w okresie I wojny światowej jak i po jej zakończeniu, na terytorium Rosji występowały liczne ogniska tyfusu plamistego, tyfusu brzuszego, cholery azjatyckiej, ospy prawdziwej i czerwonki. Według rosyjskich danych statystycznych w 1919 r. stwierdzono 2 119 549, a w 1920 r. 2 354 656 przypadków tyfusu plamistego (21). Zdaniem *J. Kostrzewskiego* liczby te były wielokrotnie wyższe np. w 1920 r. zarejestrowano 3 945 774 chorych, a w rzeczywistości liczba zachorowań „mogła sięgać około 10 000 000” (16).

Nasilenie zapadalności na ostre choroby zakaźne w Rosji, stanowiło zagrożenie bezpośrednie nie tylko dla Polski ale także dla państw Europy zachodniej.

W Polsce systematyczna walka z epidemiami rozpoczęła się od momentu utworzenia w dn. 13 XII 1918 r. Ministerstwa Zdrowia Publicznego (dalej MZP) (13).

Z inicjatywy MZP opracowano i wydano trzy istotne dla zwalczania epidemii akty normatywne: w dn. 19 VII 1919 r. ustawę o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie (3) i zasadniczą ustawę sanitarną (4) oraz w dn. 25 VII 1919 r. ustawę w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych występujących nagminnie (5). W odniesieniu do ostatniej z wymienionych ustaw należy zaznaczyć, że nie obejmowała ona województw zachodnich – pomorskiego i poznańskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego. Na tych obszarach obowiązywały nadal przepisy ustawy Rzeszy z dn. 30 VI 1900 r. i ustawy pruskiej z dn. 28 VIII 1905 r. dotyczące m.in. zwalczania chorób zakaźnych.

Ujednolicenie przepisów o postępowaniu z chorobami zakaźnymi na terytorium Państwa Polskiego nastąpiło w dn. 21 II 1935 r. wraz z wydaniem nowej ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu. Od tej pory traciły moc prawną wcześniej obowiązujące nakazy ustawodawcze (26).

W nawiązaniu do ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych z 1919 r. należy stwierdzić, że miała ona decydujące znaczenie dla całokształtu działań przeciwepidemicznych. Na jej podstawie MZP utworzyło z dn. 1 VIII 1919 r. Centralny Komitet do walki z dudem plamistym tzw. Cekadur (21).

Działalność Komitetu wobec narastającego zagrożenia epidemicznego okazała się niewystarczająca. W zaistniałej sytuacji niezbędne stało się powołanie jednoosobowego stanowiska dla zarządzania i podejmowania szybkich doraźnych decyzji. Wydane w dn. 30 XII 1919 r. wspólne rozporządzenie MZP i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (dalej MSW), ustanawiało instytucję Nadzwyczajnego Komisarza do zwalczania chorób zakaźnych w Małopolsce oraz na obszarze ziem litewsko-białoruskich i ziem wołyńskich. Jednocześnie dla ujednolicenia działalności przeciwepidemicznej i objęcia nią województw centralnych, MZP powołało instancję nadrzędną w osobie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza (23). Ponadto dla wzajemnego informowania się władz centralnych o skuteczności podejmowanych akcji, utworzono Naczelną Radę Sanitarną w dn. 26 II 1920 r. (17). Do Rady weszli: Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemiami, Kierownik Departamentu Sanitarnego MSW, Szef Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych, Szef Służby Sanitarnej Naczelnego Dowództwa, Naczelny Lekarz Ministerstwa Kolei Żelaznych i Szef Departamentu Zdrowia Publicznego w b. Dzielnicy Pruskiej.

Decyzja Rady o przekazaniu przez Ministra Zdrowia Publicznego specjalnych pełnomocnictw – Naczelnemu Nadzwyczajnemu Komisarzowi, została uprawomocniona przez Sejm RP w dn. 14 VII 1920 r. Możemy stwierdzić, że powstanie za zgodą Sejmu Urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami groźnymi Państwu klęską powszechną (6), było najważniejszym postanowieniem prawno-organizacyjnym w walce z ostrymi chorobami zakaźnymi. Urzędowi Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza z siedzibą w Warszawie podlegało 5 ekspozytur: wileńska obejmująca województwo nowogrodzkie i ziemię Wileńską; białostocka z województwami – poleskim i białostockim; kowelska z województwem wołyńskim; lwowska z województwami – lwowskim, stanisławowskim i tarnopolskim, oraz ekspozytura krakowska z podległymi jej województwami krakowskim i Górnym Śląskiem.

Za przebieg akcji przeciwepidemicznej odpowiedzialni byli kierownicy ekspozytur z inspektorami sanitarnymi, lekarzami epidemiologami oraz współdziałający z nimi dyrektorzy wojewódzkich urzędów zdrowia i lekarze powiatowi.

Naczelnny Nadzwyczajny Komisarz, otrzymał nieograniczone prawo do rekwizycji pomieszczeń na cele walki z epidemiami, do powoływania lekarzy i innych pracowników medycznych do świadczeń przymusowych, do mobilizacji wytwórni przemysłu farmaceutycznego na rzecz produkcji niezbędnych środków leczniczych, i prawo do wydawania rozporządzeń obowiązkowych.

Bardzo ważna była współpraca Komisarza z Instytutem Epidemiologicznym w Warszawie, pełniącym rolę centralnego laboratorium diagnostycznego i zajmującego się produkcją szczepionek. Należy podkreślić, że Państwowy Zakład Epidemiologiczny, a od 1923 r. Państwowy Zakład Higieny (dalej PZH) przez cały okres II Rzeczypospolitej, przygotowywał programy szczepień ochronnych, które realizowali lekarze powiatowi przy pomocy tzw. kolumn szczepiennych (19). W zależności od istniejącej sytuacji epidemiologicznej, PZH produkował potrzebne ilości surowic i szczepionek, udostępniając je po cenach zaniżonych celem szerokiego rozpowszechnienia i szybkiego stosowania w każdym, wymagającym szczepienia przypadku choroby. Np. w latach 1919–1937 wyprodukowano i sprzedano m.in. – surowic leczniczych: błonicy końskiej 8 657,22 litra, tężcowej 7 218,77 l., płoniczej 3 227,95 l., czerwonej 2 489,85 l. oraz – szczepionek ochronnych: „Tetra” 14 014,84 litra, durowej 10 162,50 l., czerwonej 5 195,36 l., błonicy-płoniczej 3 324,89 l., cholearycznej 3 020,09 l. (17).

Podjęta przez Państwo Polskie walka z epidemicznymi chorobami zakaźnymi, otrzymała w niedługim czasie znaczne wsparcie międzynarodowe. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce i w Rosji, stała się tematem ogólnej konferencji Czerwonego Krzyża w sprawie walki z tyfusem plamistym, która odbyła się w Genewie w dn. 15–16 IV 1919 r. Podjęto wówczas deklaracje o przystąpieniu do działań prewencyjnych powstrzymujących rozprzestrzenianie się zarazy na zachód Europy (17). Następne deklaracje dotyczące zaostrzenia walki z epidemiami, miały miejsce na konferencjach sanitarnych zorganizowanych przez Ligę Narodów: w Londynie w dniach 13–20 IV 1920 r. i w Rzymie w dn. 19 V 1920 r.

Za najważniejsze postanowienia konferencji należy uznać powołanie Komisji Epidemicznej Ligi Narodów z siedzibą w Polsce. Przewodniczącym Komisji, która rozpoczęła swą działalność w dn. 29 I 1921 r. został dr *Fr. White*, współpracujący z dr *L. Rajchmanem* – dyrektorem Instytutu Epidemiologicznego w Warszawie (21). Nadrzędnym celem Komisji było udzielanie niezbędnych subsydiów na organizowanie szpitali zakaźnych, stacji bakteriologicznych i na kontrolowanie pod względem sanitarnym przybywających do kraju repatriantów.

Niezależnie od działalności Komisji, Polska otrzymała pomoc finansową bezpośrednio od Ligi Narodów w wysokości 187 424 funtów sterlingów; od Amerykańskiej Misji Pomocy dla Europy kierowanej przez *H. Hoovera* w wysokości 4 000 000 dolarów w formie kredytu na materiały sanitarne i dożywianie dzieci; od Fundacji *Rockefellera* w wysokości 200 000 dolarów na budowę państwowej szkoły higienicznej w Warszawie i organizowanie ośrodków zdrowia na wsiach i w małych miasteczkach (17).

Skuteczność akcji przeciwepidemicznej niezależnie od wsparcia finansowego uwarunkowana była ogólnoeuropejskim programem walki z ostrymi chorobami zakaźnymi. Zagadnieniu temu poświęcono odrębną konferencję sanitarną Ligi Narodów, zwołaną w Warszawie w dn. 20–28 III 1922 r. z udziałem 27 państw (21).

Zgodnie z postanowieniami Konferencji Polska zawarła oddzielne bilateralne konwencje sanitarne z Rosją, Ukrainą i Białorusią, z Łotwą, Rumunią, Czechosłowacją i z Niemcami (15). Od tej pory wprowadzono zasadę udzielania wyczerpujących informacji o nasileniu się zachorowalności na ostre choroby zakaźne. Podpisujące konwencje państwa, zobowiązano do tworzenia na swych granicach punktów sanitarno-nadzorczych.

W Polsce powstały na granicy wschodniej tzw. kordony sanitarne ze stacjami kwarantanny w: Baranowiczach, Równem i w Stołpcach. Stacje wyposażono w urządzenia dezynfekcyjne i w pracownie bakteriologiczne. W miejscach wzmoczonego ruchu emigracyjnego, uchodźcy zatrzymywani byli na okres 5 dni i dłużej. Stacje przeprowadzały ogólną dezynfekcję cjanowodorową włącznie z odswawianiem, wykonywały badania bakteriologiczne i masowe szczepienia „Tetrą”.

Szczególne role w walce z epidemiami przypadła ruchomym szpitalom epidemicznym. Szpitale te organizowano „w barakach przenośnych lub doraźnie zarekwizowanych budynkach głównie szkolnych a nawet w wagonach kolejowych (25).

W ówczesnym okresie uruchomiono 113 szpitali tymczasowych z 6 500 łózkami (17), jak również 3 szpitale stałe w: Świącianach na 100 łózek, Mińsku Lit. na 200 i w Wilnie na 400 łózek (2).

O tym jak uciążliwe były warunki pracy w czasie natężenia epidemii świadczy następujący cytat „tylko w jednej stacji kwarantannowej w Baranowiczach zmarły w tym okresie na dur plamisty 182 osoby spośród personelu lekarskiego i pomocniczego” (25).

Efektom dobrze zorganizowanych, intensywnych działań przeciwepidemicznych było zahamowanie wzrostu zachorowań na ostre choroby zakaźne. Liczba stwierdzonych przypadków tyfusu plamistego obniżyła się z 219 088 w 1919 r. do 11 185 w 1923 r., tyfusu brzuszego i tyfusu rzekomego z 30 067 w 1921 r. do 14 037 w 1923 r. (17).

Zmniejszenie zagrożenia epidemicznego na ziemiach polskich spowodowało odwołanie z dn. 1 I 1923 r. Urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza i przekazanie przysługujących mu uprawnień wraz z zapleczem materiałowym, wojewódzkim urzędowi zdrowia i lekarzom powiatowym. Kompetencje organów administracji państwowej i samorządowej w zakresie zwalczania chorób zakaźnych pozostały nie zmienione do końca 1939 r. Ogólny nadzór do 1924 r. sprawowało MZP, a po jego rozwiązaniu departamenty lekarskie w MSW i w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej od 1932 r. Ministerstwie Opieki Społecznej (dalej MPiOS, MOS) (7).

W tym samym czasie w dn. 1 II 1924 r. zawiesiła swoje czynności Komisja Epidemiczna Ligi Narodów (21). Polska pozostała nadal uczestnikiem międzynarodowych komisji d.s. epidemiologii.

Od 1921 r. stałym przedstawicielem Polski w Międzynarodowym Urzędzie Higieny Publicznej w Paryżu, był w-ce Minister Zdrowia dr *T. Janiszewski*, natomiast w Komitecie Higieny Ligi Narodów od 1922 r. Minister Zdrowia *W. Chodźko*.

Wymienione instytucje przekazywały aktualne informacje o epidemiach powoływały misje specjalne dla ochrony zdrowia publicznego jak również zajmowały się opracowywaniem konwencji międzynarodowych. Polska ratyfikowała dwie konwencje, w 1926 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych – cholery, dżumy, żółtej febry, tyfusu plamistego, a w 1930 r. o zakładaniu punktów wenerologicznych dla marynarzy w większych portach morskich i śródlądowych (17).

Niezależnie od zwalczania chorób epidemicznych, w polityce zdrowotnej Państwa, szczególne miejsce zajmowała ochrona społeczeństwa przed zachorowaniami na przewlekłe choroby zakaźne, a przede wszystkim na gruźlicę i choroby weneryczne. Niebezpieczeństwo tych schorzeń dla bytu biologicznego ludności polegało na ich masowym występowaniu.

Szerzeniu się przewlekłych chorób zakaźnych sprzyjały: trudne warunki materialno-bytowe pogarszające się w okresach kryzysów gospodarczych, ogólne niedożywienie, niski poziom higieny osobistej i świadomości zdrowotnej wśród najuboższych warstw społeczeństwa.

W wielosektorowym systemie opieki zdrowotnej w II Rzeczypospolitej panowała całkowita zgodność co do zadań i metod walki z chorobami społecznymi. Koordynatorem działań w zwalczaniu chorób społecznych było w latach 1918–1924 MZP, a po tym okresie departamenty lekarskie MSW, MPiOS a następnie MOS (18). Na szczeblu wojewódzkim i powiatowym problematyką tą zajmowały się specjalistyczne jednostki organizacyjne jak np. Sekcje do walki z gruźlicą, Sekcje do walki z jaglicą, oraz referaty sanitarno-obyczajowe do nadzoru nad nierządem.

Współdziałanie instytucji państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych i społecznych, polegało głównie na określaniu metod i zasad walki z wymienionymi chorobami. Przy opracowywaniu programów prewencyjnych uczestniczyły również towarzystwa lekarskie, Polski Czerwony Krzyż, robotnicze Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, Chrześcijańskie i Żydowskie towarzystwa dobroczynne i inne organizacje społeczne.

Jedną z najgroźniejszych chorób społecznych nie tylko w Polsce ale i w świecie była gruźlica. Chorobę tę stwierdzano najczęściej w środowisku ludzi biednych. Stąd też zwalczanie gruźlicy odbywało się na zasadzie bezpłatności i w pewnym stopniu przymusowości.

Według danych statystycznych dotyczących umieralności w Polsce w 1917 r. zmarły na gruźlicę 8 102 osoby, natomiast na czerwonkę 2 434, a na tyfus plamisty 1 441 osób. W dużych aglomeracjach miejskich np. w 1919 r. na 10 000 mieszkańców umierało na gruźlicę: we Lwowie 75,6, w Warszawie 59,3, w Łodzi 58,5, w Krakowie 47,6, w Poznaniu 43,2 osoby (1).

Okręgowe i powiatowe Urzędy Zdrowia Publicznego, powierzały realizację zadań w zakresie zwalczania gruźlicy lekarzom powiatowym. Ich działania określała ustawa sanitarna z 1919 r. Brak było jednak szczegółowego aktu prawnego odnośnie kompleksowo rozumianej walki z gruźlicą. Przygotowywany od 1919 r. projekt ustawy wniesiono dopiero pod obrady Sejmu RP w 1938 r. Konieczność dalszych uzupełnień merytorycznych, opóźniła jego realizację przed 1939 r. Niemniej zawarte w nim zasadnicze treści znalazły się w wydanej 20 lat później, w dn. 22 IV 1959 r. ustawie o zwalczaniu gruźlicy w Polsce (12).

Podstawy prawne o zwalczaniu gruźlicy w II Rzeczypospolitej z wyjątkiem ustawy sanitarnej, normowały pojedynczo wydawane rozporządzenia m.in. Rozporządzenie MPiOS z dn. 14 X 1924 r. Zakazujące kobiecie chorej na gruźlicę karmienia niemowląt; Rozporządzenie Prezydenta RP z dn. 22 VIII 1927 r. o dozorcze nad artykułami żywnościowymi, oraz z tego samego dnia i roku Rozporządzenie Prezydenta RP o zapobieganiu chorobom zawodowym do których zaliczano gruźlicę (10). Ponadto należy wymienić, bardzo ważne przy organizowaniu przychodni i sanatoriów przeciwgruźliczych, Rozporządzenie Prezydenta RP z dn. 12 III 1928 r. o zakładach leczniczych (8).

W tym samym czasie ukazywały się wydawane okólniki MPIOS, MOS, dotyczące m.in. działalności placówek leczniczych w walce z gruźlicą na terenie województw, ogólnych akcji profilaktycznych szczepień ochronnych BCG (szczepionka Bacillus Calmette Guerin) (18).

Skuteczność walki z gruźlicą podobnie jak z innymi chorobami zakaźnymi, niezależnie od działań legislacyjnych, polegała przede wszystkim na realizacji zadań profilaktyczno-leczniczych w przychodniach, szpitalach i w sanatoriach. Systematyczne organizowanie przychodni przeciwgruźliczych rozpoczęło się od 1918 r. Powstało ich wówczas 8. Z każdym rokiem liczba przychodni zwiększała się np. w 1925 r. było ich 65, a w 1937 r. 532 tego typu placówki.

Pod kontrolą przychodni, które należały do sektora publicznego pozostawało: w 1927 r. 78 930 osób, w 1937 r. 351 360 osób chorych na gruźlicę (17). Przychodnie przeciwgruźlicze oprócz funkcji leczniczych poświęcały wiele uwagi profilaktyce, przeprowadzały wywiady środowiskowe, uświadamiały o sposobach zarażania się i zapobiegania, wydawały skierowania na leczenie szpitalne i sanatoryjne oraz przeprowadzały masowe szczepienia ochronne. W 1933 r. zaszczepiono BCG 23 000 a w 1936 r. 38 644 niemowląt (22).

Ciężar walki z gruźlicą spoczywał głównie na samorządach miejskich i powiatowych. Znaczną pomocą i wsparciem finansowym służyły samorządom instytucje ubezpieczeniowe – Kasy Chorych, Ubezpieczalnie Społeczne a także inne organizacje społeczne. Zadania państwa ograniczały się do funkcji nadzorczych, prawodawstwa i subwencjonowania słabszych finansowo samorządów. Istniejący od 1924 r. Polski Związek Przeciwgruźliczy udzielał koniecznej pomocy fachowej i koordynował działalność towarzystw lekarskich a także zajmował się badaniami statystycznymi i gromadzeniem pieniędzy na cele propagandowe i kolonijne dla dzieci (14).

Kompleksowe działania jakimi charakteryzowała się walka z gruźlicą w Polsce międzywojennej, przyczyniły się do wielokrotnego obniżenia wskaźnika umieralności. Liczba zgonów na 10 000 mieszkańców w porównaniu z 1919 r. zmniejszyła się w 1936 r. we Lwowie z 76,3 do 14,7; w Warszawie z 59,3 do 15,3; w Łodzi z 58,5 do 13,9 itd. (11).

Spadek umieralności na gruźlicę był wymownym przykładem skutecznej interwencji leczniczej i prewencyjnej tym bardziej, że nie stosowano terapii środkami chemicznymi. Era leczenia gruźlicy chemioterapeutykami – penicyliną, streptomycyną, hydrazidem kwasu izonikotynowego i solami kwasu paraamino-salicylowego, rozpoczęła się z początkiem lat 40-tych XX wieku (9).

Równocześnie ze zwalczaniem gruźlicy starano się uporządkować akcje przeciwko chorobom wenerycznym. Przed I wojną światową, zwalczanie chorób wenerycznych, których głównym powodem był nierząd, znajdowało się w gestii policji. W wyzwolonej Polsce zadanie te przekazano lekarzom urzędowym.

Prowadzenie walki z chorobami wenerycznymi wymagało od samego początku określonych aktów legislacyjnych. W 1922 r. wydano rozporządzenie o nadzorze nad nierządem dotyczące likwidowania domów publicznych. W 1932 r. w myśl art. 245 Kodeksu Karnego, osoby chore wenerycznie i zagrażające otoczeniu, podlegały karze więzienia do 3 lat (24). Wymienione rozporządzenia o charakterze ogólnikowym nie posiadały szczegółowych zaleceń profilaktyczno-leczniczych. Starano się je uwzględnić w projekcie ustawy. Podobnie jak w przypadku gruźlicy projekt ten został zreali-

zowany po 1945 r. Ukazał się w formie dekretu w dn. 16 IV 1946 r. (12). W okresie II Rzeczypospolitej, analogicznie jak przy zwalczaniu gruźlicy, podstawową jednostką profilaktyczno-leczniczą były przychodnie przeciwweneryczne. Zakładano je przy urzędach sanitarno-obyczajowych, ośrodkach zdrowia, bądź włączano do poradni dermatologicznych. Pomiędzy 1923 a 1937 rokiem, liczba przychodni przeciwwenerycznych zwiększyła się 36-krotnie z 14 do 507 placówek. Wzrosła również liczba osób leczących się z 8 610 w 1923 r. do 176 480 w 1937 r. Uległy także zmianie metody diagnostyczno-terapeutyczne. Zaczęto stosować odczyn A. Wassermana, a w terapii-salwarsan o właściwościach krętkobójczych (20).

Skuteczność w zwalczaniu chorób wenerycznych wyrażała się m.in. w ograniczeniu ognisk endemicznych na Huculsczyźnie w powiatach: nadworniańskim, kołomyjskim i kosowskim oraz w powiecie brasławskim w województwie wileńskim (17). Należy podkreślić, że w walce z chorobami wenerycznymi z wyjątkiem państwowej i samorządowej służby zdrowia czynnie uczestniczyły instytucje ubezpieczeniowe i towarzystwa lekarskie z działającym od 1938 r. Polskim Związkiem Przeciwwenerycznym (18).

Państwo Polskie z okresu dwudziestolecia międzywojennego w swej polityce zdrowotnej, odzwierciedlało właściwie rozumianą ochronę zdrowia publicznego. W zakresie walki z ostrymi i przewlekłymi chorobami zakaźnymi aktywizowało działania wszystkich sektorów lecznictwa, towarzystw lekarskich i innych instytucji społecznych.

Niezaprzeczalnym osiągnięciem realizowanego wówczas programu opieki zdrowotnej było zahamowanie wskaźnika umieralności na choroby zakaźne, zorganizowanie instytucjonalnych form lecznictwa, rozwijanie zadań profilaktycznych oraz rozbudzenie świadomości i odpowiedzialności zdrowotnej społeczeństwa polskiego.

Przedstawione kierunki rozwoju epidemiologii w Polsce międzywojennej, jakkolwiek nie zawsze właściwie oceniane po 1945 r. ze względu na swą przeszłość kapitalistyczną, stały się fundamentalne dla analiz naukowo-badawczych w zakresie ochrony zdrowia publicznego.

*Jolanta Sadowska*

## THE FIGHT AGAINST INFECTIOUS DISEASES IN POLAND BETWEEN THE TWO WORLD WARS, 1918–1939

### SUMMARY

In the health policy of the Polish State during the period between the two World Wars, the fight against acute and chronic infectious diseases was considered as a great priority.

Besides legislative activities, the most important task in this policy, was the organization of the institutional forms of medical care and permanent preventive activities, as well as the formation of the people's health awareness and responsibility. Those activities resulted in, among others, the reduction of morbidity and mortality due to acute infections and social diseases. The progress in the health care was the result of a consistent cooperation between all medical care sectors, medical associations, social and scientific institutions and the essential financial support from the international organizations.

## PIŚMIENICTWO

1. *Biernacki H.*: Społeczna walka z gruźlicą i Kasy Chorych. Kraków 1927, s. 4. – 2. *Chrzanowski G.*: *Lek. Pol.* 1926, 5. – 3. *Dziennik Praw Państwa Polskiego*, 1919, nr 63, poz. 377. – 4. *Dziennik Praw Państwa Polskiego*, 1919, nr 63, poz. 372. – 5. *Dziennik Ustaw RP*, 1919, nr 67, poz. 402. – 6. *Dziennik Ustaw RP*, 1920, nr 61, poz. 388. – 7. *Dziennik Ustaw RP*, 1926, nr 9, poz. 86. – 8. *Dziennik Ustaw RP*, 1928, nr 38, poz. 382. – 9. *Dzierzanowski R.*: Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji, Warszawa 1983, s. 343, 361. – 10. *Fijalek J., Indulski J., Sadowska J.*: Opieka zdrowotna w przemyśle polskim na przykładzie Łodzi do roku 1945, w: *Studia i Materiały Monograficzne*. Łódź 1948, s. 92.
11. *Główny Urząd Statystyczny*, *Mały Rocznik Statystyczny* 1938, s. 292. – 12. *Indulski J., Leowski.*: Podstawy medycyny społecznej, Warszawa 1971, s. 453, 460. – 13. *Janiszewski T.*: *Zdrowie* 1918, 12:108
14. *Jeśmian C.*: Zwalczanie gruźlicy w Warszawie w latach 1924–1944, w: *Rola Towarzystw Naukowych w rozwoju medycyny i farmacji w Polsce*, Warszawa 1988, s. 97. – 15. *Kasprzak M.*: Zwalczanie chorób zakaźnych, Warszawa, 1937, s. 10. – 16. *Kostrzewski J.*: Dur wysypkowy (*Typhus exanthematicus*), w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, pod red. *J. Kostrzewskiego*, PZWL, Warszawa 1964, 440. – 17. *Ministerstwo Opieki Społecznej*. Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918–1938, Warszawa 1939, s. 48, 57, 64, 65, 130, 140, 141. – 18. *Ministerstwo Opieki Społecznej*. Polityka społeczna Państwa Polskiego w latach 1918–1935, Warszawa 1935, s. 19, 308. – 19. *Przesmycki F.* *Zdr. Publ.* 1949, 54, 3–4: 46. – 20. *Seyda B.* *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973, s. 348, 397. – 21. *Sterling-Okuniewski S.* (red.) podręcznik *Chorób Zakaźnych*, Warszawa, 1925, cz. II, s. 106, 107, 110. – 22. *Sterling S.* *Gruźlica*. Zbiór prac 1894–1932. Łódź 1934, s. 170. – 23. *Sztolcman G.*: Rola państwowej służby zdrowia w walce z epidemiami, Warszawa 1923, s. 10. – 24. *Wernic L.*: Walka z nierządami i chorobami wenerycznymi w Państwie Polskim prowadzona przez urzędy sanitarno-obyczajowe. *Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego*, 1920, 1:103. – 25. *Wiór H.* Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1919–1962, w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, (pod red. *J. Kostrzewskiego*), PZWL, Warszawa 1964, 54. – 26. *Zaleska H.*: Akty prawne dotyczące zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych wydane w Polsce w latach 1919–1962, w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, pod red. *J. Kostrzewskiego*, PZWL, Warszawa, 1964, s. 464, 468.

Adres: 90-233 Łódź, ul. Pomorska 115 m. 21