

Elżbieta Więckowska

ZWALCZANIE OSTRYCH CHORÓB ZAKAŻNYCH W PIERWSZYM ROKU ISTNIENIA POLSKI NIEPODLEGŁEJ 1918-1919

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. E. Waszyński

Artykuł ma na celu pokazać jak organizująca się administracja służby zdrowia, dysponująca ówczesnymi unormowaniami prawnymi w zakresie opieki zdrowotnej, wywiązała się ze swoich zadań zwalczania epidemii chorób zakaźnych grożących kłeską powszechną, w pierwszym roku po uzyskaniu niepodległości. Trwająca nadal na ziemiach polskich wojna nie sprzyjała budowaniu struktur administracji państwowej, w tym i struktur służby zdrowia. Gwałtowne rozprze-strzenianie się epidemii, szczególnie tyfusu plamistego, zmusiło państwo do podjęcia działań zapobiegających biologicznemu wyniszczeniu społeczeństwa.

Pierwsza wojna światowa, następnie wojna polsko-bolszewicka, gwałtowne zubożenie ludności, zaniedbania sanitarno-higieniczne, ruchy ludności cywilnej, wojska i jeńców, rozpoczynająca się repatriacja, brak mieszkań, głód, stresy wojenne, szerząca się gruźlica były między innymi przyczynami, gwałtownego rozpowszechniania się ognisk zakażeń chorobami zakaźnymi. Niewyczerpanym rezerwuarem ich zarazków była Rosja, z którą Polska posiadała w owym czasie płynną granicę.

Jednym z najważniejszych zadań po odzyskaniu przez Polskę niepodległości było zorganizowanie walki z chorobami zakaźnymi, grożącymi wyniszczeniem biologicznym narodu polskiego. Przeto jedną z pierwszych nominacji, udzielonych przez Wodza Naczelnego Józefa Piłsudskiego, była nominacja dr Witolda Chodźki na kierownika Ministerstwa Zdrowia Publicznego (dalej MZP) 13 grudnia 1918 r. (2). Jednym z pierwszych zadań podjętych przez państwo było przygotowanie odpowiedniej bazy normatywnej w celu podjęcia akcji zwalczania epidemii chorób zakaźnych. Wydane na przełomie 1918 i 1919 roku dekrety Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego, niemal bez zmian znalazły odzwierciedlenie w ustawach, regulujących walk z chorobami zakaźnymi. Ogłoszone ustawy: zasadnicza ustawa sanitarna (Dziennik Praw Państwa Polskiego 1919, nr 63, poz. 371), znowelizowana w listopadzie 1923 r. (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1923, nr 131, poz. 1060), o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie (Dziennik Praw Państwa Polskiego 1919, nr 63, poz. 372), o zwalczaniu chorób zakaźnych i innych chorób występujących nagminnie (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1919, nr 67,

poz. 402), ujednoliciły prawo polskie w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Obowiązywały nadal niemieckie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych z 28 sierpnia 1905 r. (Zbiór ustaw pruskich, s. 373) i z 30 czerwca 1900 (Dziennik Urzędowy Rzeszy 1900, s. 306). Ustawa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych przekazała walkę z tymi chorobami samorządowej służbie zdrowia, zachowując dla państwowej służby zdrowia czynności nadzorujące, koordynujące i kontrolne. Służby zdrowia państwowa i samorządowa tworzyły publiczną służbę zdrowia.

MZP starało się zmobilizować wszystkich lekarzy w państwie do podjęcia akcji walki z epidemiami. W tym celu wydało Odezwę do lekarzy powiatowych w sprawie tyfusu (3:45), w której niekryło powagi sytuacji, stwierdzając, że rozpowszechnienie chorób zakaźnych stanowiło bodaj większe zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa niż bezpośrednio działania wojenne. W Odezwie czytamy: „Každy lekarz powiatowy musi w obwodzie swoim zorganizować, stosowanie do sił i środków, walkę planową z szerzącą się zarazą. Tutaj otwiera się szerokie pole do wykazania swojej inicjatywy, pomysłowości i energii oraz poświęcenia, jakiego wymaga walka z epidemją chorób zakaźnych, a zwłaszcza z epidemją tyfusu płamistego. / Nasamprzód, zapewnić wypada sobie pomoc i współdziałanie miejscowych obywateli. / Trzeba stworzyć Centralny Komitet Powiatowy, a w razie potrzeby, także miejscowe Komitety gminne. / Do Komitetów zaprosić trzeba przedstawicieli duchowieństwa, zarówno chrześcijańskiego jak i izraelskiego, przedstawicieli i przedstawicielki obywatelstwa, lekarzy, osiadłych w powiecie, aptekarzy, inżynierów, nauczycieli, sędowników, przedstawicieli władz powiatowych (Komisarzy Ludowych), przedstawicieli władz gminnych..., przedstawicieli wszystkich organizacji społecznych i politycznych, dziennikarzy... / Komitet ten starać się powinien o zbieranie lub wyjednywanie pieniędzy, o zaopatrywanie ludności ubogiej w żywność, w bieliznę itd. Następnie o utrzymanie lub uruchamianie, już istniejących szpitali, kąpeli, odswszarni, lub o doprowadzenie do porządku należytego dawnych urządzeń zdrowotnych, o wyszukiwanie odpowiednich osób na pielęgniarzy i pielęgniarki, na dezynfektorów itd. / Komitet ten powinien wziąć w swoje ręce stronę administracyjną i gospodarczą, całej tej akcji. / Lekarzy cywilnych, osiadłych w powiecie powołać należy do pracy jako lekarzy epidemicznych. / O ile w powiecie nie ma lekarzy, którzyby do pracy tej nadawali się, należy zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia Publicznego o przesłanie lekarzy epidemicznych. / Lekarze ci mieć będą za zadanie badanie stanu epidemii w wyznaczonym im obwodzie i kontrolę wydanych zarządzeń. / Obok zwykłego, a znanego sposobu postępowania przy zwalczaniu tyfusu płamistego, polegającego na odosobnieniu chorego, wykąpaniu i ewentualnie odwszeniu współmieszkańców, oraz poddaniu ich 21-dniowej obserwacji, koniecznym jest w celu zapobieżenia dalszemu szerzeniu się zarazy, przeprowadzić masowe kąpanie oraz odwszenie ludności i mieszkań całej wsi lub osady, nawiedzanej kłeską tyfusu płamistego. / Ministerstwo Zdrowia Publicznego gotowe jest przyjsć z pomocą pieniężną na te cele. Oprócz tego, jak powiedziano wyżej, Ministerstwo opłacać będzie lekarzy epidemicznych, zaś lekarze powiatowi otrzymają czasowe dodatki do pensji. / Głód, wojna i choroby pochłonęły w kraju naszym już niezliczone ofiary. „Celowo tekst Odezwy przytoczono niemal w całości, gdyż zawarty został w niej plan zwalczania epidemii chorób zakaźnych nakreślony przez MZP. Idea powoływania komitetów obywatelskich, które zajmowały się opieką lekarską i sanitarną, była realizowana w latach I wojny przez powołanie Centralnego Komitetu Obywatelskiego z Wydziałem Zdrowia

Publicznego i komitetami lokalnymi oraz przez Komitet Krakowsko-Biskupi. Działalność ich w czasie wojennym nie sprawdziła się do końca w zakresie zwalczania chorób zakaźnych ostrych, była traktowana jako swego rodzaju pogotowie ratunkowe. Natomiast bardzo przydatnym dla polskiej służby zdrowia było, dokonane przez sekcje sanitarne komitetów, rozpoznanie potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i zwalczania epidemii na ziemiach byłych zaborów – rosyjskiego i austriackiego. Prawdopodobnie zatrudnienie w administracji służby zdrowia wielu byłych działaczy komitetów obywatelskich, przyczyniło się do podjęcia próby wykorzystania podobnej formy organizacji walki z chorobami zakaźnymi w pierwszym roku istnienia niepodległego państwa.

W celu osobistego rozpoznania stanu epidemiologicznego terenów zagrożonych epidemiami, minister zdrowia publicznego dr Tomasz Janiszewski odbył dwukrotny objazd sanitarny, pierwszy 31 stycznia i drugi 14 marca 1919 r. Pierwsza podróż przekonała go o konieczności podjęcia radykalnych kroków w zwalczaniu chorób zakaźnych, szczególnie rozprzestrzeniającego się gwałtownie tyfusu plamistego. W relacji z tego objazdu czytamy: „P. Minister Zdrowia Publicznego zwiedził już istniejące szpitale epidemiczne ... oraz oglądał budynki ... (Wolbrom, Olkusz, Sławków, Bolesław, Sosnowiec, Dąbrowa, Będzin, Nowo-Radomsk, Dziepulki – wieś pod Nowo-Radomskiem, Piotrków) ... przeznaczone na urządzenie nowych szpitali dla chorych tyfusowych, dalej odwyszarnie, kąpiele, mykwy, podwórza i ustępy; znaleziono wszędzie brud i niechlujstwa; ustępy urągają najprymitywniejszym wymogom higieny, wszędzie daje się odczuwać brak bielizny i mydła. Brak również urządzeń dezynfekcyjnych i dezynsekcyjnych. W konferencjach i rozmowach z przedstawicielami wszystkich sfer ludności p. Minister wskazywał na konieczność walki z szerzącą się zarazą tyfusu plamistego, stwierdzał, że aczkolwiek do skutecznego zwalczania epidemii niezbędna jest daleko idąca ofiarność rządu, jednakże natychmiastowe współdziałanie ludności, przy już posiadanych środkach, w walce z tyfusem plamistym.” (3 : 56). Było to stanowczo zbyt mało do skutecznego zwalczania zachorowań na tyfus plamisty.

Relacja z drugiej podróży służbowej ministra zdrowia mówiła o jego udziale w posiedzeniu zorganizowanym w Będzinie i poświęconym walce z tyfusem plamistym. Gospodarzem posiedzenia był dr Wierzbowski, lekarz powiatowy. (3 : 62) Brakowało zatem przy zwalczaniu epidemii chorób zakaźnych odpowiednich instytucji medycznych, głównie szpitali epidemicznych, sprzętu, potrzebnego szczególnie do odkażeń, wszelkiego wyposażenia, bielizny, środków czystości i do odkażania, a przede wszystkim brakowało odpowiednio przygotowanej zawodowo kadry, w tym wyszkolonych dezynfektorów.

Po odzyskaniu niepodległości rząd polski przystąpił do organizacji zakładów badawczych, uwzględniających najnowsze osiągnięcia medycyny celem wsparcia naukowego i praktycznego zwalczania epidemii. W końcu 1918 r. założono w Warszawie, przy Zakładzie Higieny Uniwersytetu – Państwowy Centralny Zakład Higieny. Istniała ogromna potrzeba założenia tego typu placówki, przede wszystkim w celu zorganizowania pracowni diagnostycznych, koniecznych przy prowadzeniu akcji zwalczania chorób zakaźnych, zakładów produkujących szczepionki, surowice i inne materiały biologiczne. W następnym roku rząd przejął pracujące w Warszawie zakłady: Wyrobu Surowic Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, Wyrobu Krowianki dr Tchórznickiego i Szczepienia przeciwko wodowstrętowi (wścieklicznie – E.W.) dr. Palmirskiego. Na prowincji utworzono nowe zakłady bakteriologiczne w Lublinie i w Krakowie oraz przejęto już istniejące w Łodzi, Lwowie i Płocku, które lepiej zorganizowano

i wyposażono. Połączenie organizacyjne wszystkich przejętych placówek, spowodowało, że od 1919 roku Zakład zaczął funkcjonować jako samodzielna instytucja państwowa, zajmująca się wszystkimi problemami związanymi ze zdrowiem publicznym. Zakład był podległy ministrowi zdrowia publicznego, zmienił też nazwę na Państwowy Zakład Epidemiologiczny, a od 1923 r. stał się Państwowym Zakładem Higieny (i pracuje do dnia dzisiejszego). Zbudowano zatem zaplecze diagnostyczne, laboratoryjne i naukowe dla prowadzenia walki z epidemiami, które ustalało źródła infekcji chorobami zakaźnymi, drogi ich roznoszenia, prowadziło badania w kierunku wykrywania zachorowań na cholera azjatycką i na nosicielstwo chorób zakaźnych, produkowało szczepionki i inne materiały biologiczne, służące lecznictwu epidemicznemu i prewencji (12).

W celu wyposażenia placówek medycznych założono składnicę aprowizacyjną przy MZP, która miała w miarę możliwości dostarczać im wyposażenie i sprzęt. Podstawą jej pracy były zapasy przekazane z zagranicy. Minister zdrowia T. Janiszewski nawiązał kontakt z Misją Hoovera. W wyniku konferencji przeprowadzonej w czerwcu 1919 r. w Paryżu rząd amerykański przekazał Polsce na kredyt (przekraczający 4 miliony dolarów) materiały sanitarne będące na składzie w tzw. American Army Liquidation Stocks we Francji. Zapoczątkowano także wielką akcję dożywiania dzieci polskich przez American Relief Administration z udziałem rządu polskiego (8).

Starano się także rozwiązać sprawę braku ludzi do pracy przy zwalczaniu epidemii. Nieliczni lekarze powiatowi i urzędowi byli bardzo obciążeni obowiązkami, oddano im do pomocy tzw. lekarzy epidemicznych, którzy mieli zająć się zwalczaniem epidemii. Zakres ich kompetencji wyznaczał Regulamin dla lekarzy epidemicznych z 1 października 1919 r. (6). MZP wystosowało ogłoszenie urzędowe adresowane do lekarzy, studentów medycyny, sanitariuszy, dezynfektorów, do wszystkich mających odpowiednie kwalifikacje i referencje zawodowe do zgłoszenia się do pracy przy zwalczaniu epidemii. W ogłoszeniu zwracano się z prośbą do lekarzy o natychmiastowe, osobiste zgłaszanie się na stanowiska lekarzy epidemicznych, ofiarując im gaże 50 mk dziennie, ubezpieczenie na życie i status urzędnika państwowego na okres zatrudnienia przy zwalczaniu epidemii (3: 69). Dwukrotny pobór lekarzy do czynnej służby wojskowej dekretemi z 16 stycznia i z 7 kwietnia 1919 r. (3: 23,5), przyczynił się do powstania kłopotów z obsadzeniem stanowisk lekarzy urzędowych. Dopiero zwolnienie ze służby wojskowej dużej grupy lekarzy wojskowych i czynnie zaangażowanych ich w zwalczanie epidemii, złagodziło trudności kadrowe (1). Zatrudnienie odpowiedniej liczby fachowo przygotowanego personelu pomocniczego i dobre opłacanie jego pracy w dużej mierze stanowiło o skuteczności akcji zwalczania chorób zakaźnych.

Podstawową informacją o zachorowaniu na ostrą chorobę zakaźną było jego zgłoszenie do odpowiednich władz sanitarnych, pracujących na danym terenie. W Polsce wprowadzono obowiązek zgłaszania zachorowania lub podejrzenia zachorowania na chorobę zakaźną dekretem, a następnie ustawą z 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie (Dziennik Ustaw Państwa Polskiego 1919, nr 67, poz. 402). Pozwalało to na podjęcie możliwie szybko prewencyjnych działań sanitarno-policyjnych. Odpowiednie władze przeprowadzały tzw. dochodzenie sanitarne w celu potwierdzenia lub wykluczenia zachorowania, ustalenia źródła zakażenia i dróg jego rozpowszechniania. Art. 2. 3. 4. 5 i 6 ustawy informowały o obowiązku zgłaszania.

Obowiązek zgłoszenia zachorowania lub podejrzenia o zachorowanie na chorobę zakaźną nie dotyczył kierowników zakładów karnych. W konsekwencji tego w końcu 1918 r. wybuchły epidemie tyfusu plamistego w więzieniu w Krakowie, w 1919 r. w Lublinie, w Rzeszowie i w innych więzieniach (7:45).

Nieprzemysłana i krótkowzroczna decyzja poczty polskiej, wprowadzająca w 1920 r. opłaty za zgłoszenia, utrudniała zbieranie materiału do statystyki zachorowań. MZP zdołało uzyskać od poczty zwolnienie z opłat zgłoszeń o zachorowaniu na cholera lub dżumę (11). Nie wprowadzenie znormalizowanego blankietu zgłoszenia zachorowania powodowało, że zgłoszenia dokonywane, szczególnie przez osoby z poza służby zdrowia, były niepewne, co utrudniało pracę i narażało na niepotrzebne koszty. Zgłoszenia należało bezzwłocznie przesłać do lekarza samorządowego lub do odpowiednich organów sanitarnych samorządowych, które przesyłały je do lekarza powiatowego (art. 8 ustawy).

Wydane przez MZP przepisy wykonawcze zobowiązywały lekarzy powiatowych do prowadzenia odpowiednich, znormalizowanych dzienników zachorowań i zgonów z powodu chorób zakaźnych, z uwzględnieniem tygodniowych przedziałów czasowych.

W przypadku otrzymania zgłoszenia zachorowania lub podejrzenia o zachorowanie lekarz samorządowy, a w przypadku jego braku, lekarz powiatowy lub jego zastępca miał obowiązek przeprowadzić tzw. dochodzenie sanitarne, które potwierdzało lub wykluczało zachorowanie, ustalało źródło zakażenia i drogi rozprzestrzeniania się choroby. W związku z przeprowadzaniem dochodzenia lekarz miał prawo wstępu do mieszkania chorego, przeprowadzenia wszelkich badań pozwalających potwierdzić lub wykluczyć zachorowanie oraz powinien być obecnym przy sekcji zmarłego z powodu choroby zakaźnej.

Wprowadzanie szczepień ochronnych i obowiązek szczepienia przeciw ospie miało na celu zahamowanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych oraz ochronę personelu pracującego przy ich zwalczaniu.

W celu stworzenia infrastruktury medycznej, koniecznej do prowadzenia walki z epidemiami, w miastach liczących więcej niż 25 tysięcy mieszkańców gminy miejskie obowiązane były posiadać szpitale epidemiczne, domy izolacyjne i zakłady dezynfekcyjne. Koszta leczenia, izolacji oraz badań na nosicielstwo, w każdym przypadku, gdy chodziło o mieszkańca gminy, mającego prawo do opieki bezpłatnej, pokrywała gmina.

Przy stwierdzeniu przez lekarza wystąpienia zachorowania na chorobę zakaźną, chorego, w zależności od panujących warunków, poddawano leczeniu szpitalnemu lub leczono go w domu. Nakazywano także przeprowadzenie izolacji osób mających kontakty z chorym i dezynfekcji mieszkania i najbliższego otoczenia chorego.

Sam nakaz lekarza nie wystarczał aby domownicy przestrzegali izolacji, do czasu przeprowadzenia dezynfekcji. Ludność, szczególnie wiejska miała specyficzny stosunek do „uczonych metod” walki z chorobami zakaźnymi. Bardzo często niewiara, że wszy przenoszą tyfus plamisty powodowała, że nie wypełniano zarządzeń lekarza. Brak podstawowych nawyków dotyczących higieny osobistej i najbliższego otoczenia, przechodzący wszelkie wyobrażenia brud, ogromna ilość żyjących w chatach wszy, pcheł, much, karaluchów, itp. stwarzały doskonale warunki rozwlekania ognisk zakażeń. Nie rozbudzone i nie uświadomione potrzeby zdrowotne i możliwości ich zaspakajania, mała liczba lekarzy praktykujących we wsiach i w miasteczkach, wysokie koszty leczenia, trudności w dotarciu do lekarza z powodu złego stanu dróg

lokalnych i braku koni, podstawowego środka lokomocji na wsiach, a także niewiara miejscowej ludności w pomoc lekarzy, którzy ponoć na chorobach występujących wśród ludności wiejskiej (choroby te to: kołtun, urzeczenie, przeszkadzanie krwi, macica) nie znali się, leżały u podstaw nie stosowania się do zaleceń lekarzy zwalczających epidemie chorób zakaźnych, często nie rozumiałych dla ludności, a odbieranych jako uciążliwe i kosztowne. Życie się od pokoleń z insektami nie budziło skojarzenia ich z przenoszeniem chorób zakaźnych, odmawiano zatem przeprowadzenia dezynfekcji i dezynsekcji. Niejednokrotnie ukrywano odzież i pościel bojąc się ich zniszczenia podczas nieumiejętnie przeprowadzanego odkażania. Odosobnienie chorego w domu i poddanie go leczeniu pod nadzorem lekarza najczęściej pozostawało w sferze życzeniowej. Ludność nie stosowała się bowiem do zaleceń lekarzy i nie podawała choremu pozostawionych przez lekarza urzędowego leków, gdyż nie wierzyła w ich skuteczność i nie miała do nich zaufania, były nowością budzącą lęk, były dotąd nieznanne, nikt bowiem do tej pory nie pozostawiał leków dla chorego z zaleceniem i dokładnym przepisem ich stosowania.

Nie wprowadzono przymusu leczenia szpitalnego chorego zakaźnie z powodu zbyt małej liczby łóżek w szpitalach i zbyt małej liczby szpitali epidemicznych, które dopiero miano organizować w przyszłości wraz z rozwojem akcji walki z ostrymi chorobami zakaźnymi. Przed wojną szpitale dla chorych zakaźnych istniały: w Warszawie (szpital św. Stanisława), w Krakowie – miejski szpital dla chorych zaraźliwych i oddział epidemiczny w Szpitalu Powszechnym we Lwowie. Zakładane w okresie 1915–1918 przez sekcję sanitarną Komitetu Książęco-Biskupiego w Krakowie lotne szpitale epidemiczne (17, 15), pracujące na terenie Małopolski i południowej części Królestwa Polskiego, realizujące w praktyce hasło: szpital przyjeżdża do chorego, a nie chory do szpitala, najlepiej nadawały się do walki z chorobami zakaźnymi, gdy przybywały do chorego, mogły być przenoszone z miejsca na miejsce, wykorzystywały w sposób maksymalny sprzęt i kadrę, a małe 10–20 łóżkowe szpitaliki epidemiczne spełniały dobrze swe zadania i w łatwy sposób mogły być przewożone tam, gdzie wystąpiły ogniska zakażeń. Na podobnej zasadzie lotności działały szpitale zorganizowane podczas wojny przez Galicyjski Oddział Austriackiego Czerwonego Krzyża. 1 stycznia 1919 r. szpitale epidemiczne w Chmielniku, Opatowie, Ostrowcu, Staszowie, Kielcach, Starczynowie, prowadzone przez Komitet Książęco-Biskupiego w Krakowie, zostały przekazane państwu polskiemu wraz z wyposażeniem i personelem. Stały się państwowymi szpitalami epidemicznymi i w historiografii noszą nazwę „Państwowe Kolumny Epidemiczne im. Ks. Biskupa A. Sapiehy” ich szpitale zachowały oddzielną numerację, wyrażoną liczbami arabskimi od 1–24.

1 lutego tegoż roku b. Galicyjskie Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża przekazało na własność państwu polskiemu cakowite wyposażenie 5 szpitali epidemicznych w: Dąbrowie, Klimontowie, Koźenicach, Puławach i Opolu. Kierownikiem Państwowym Kolumn Epidemicznych został profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego Emil Godlewski (junior), były kierownik sekcji sanitarnej i kolumn Komitetu Krakowsko-Biskupiego, w przyszłości Nadzwyczajny Naczelny Komisarz do walki z epidemiami (3 : 45). Państwowe Kolumny Epidemiczne stanowiły podstawę bazy szpitalnej w zwalczaniu chorób zakaźnych, w pierwszym roku po odzyskaniu niepodległości, następnie weszły w struktury organizacyjne Centralnego Komitetu do walki z dudem plamistym, a po jego rozwiązaniu – w struktury Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemiami. W pierwszym roku po odzyskaniu niepodległości utworzono

44 ruchome szpitale epidemiczne na 2 200 łózek, wliczając 103 istniejących szpitale z 4 400 łózek, łącznie dysponowano 6 600 łózek z możliwością przeznaczenia ich dla lecznictwa epidemicznego (12:157). Normy europejskie zakładały istnienie jednego łóżka dla chorych zakaźnych na każdy jeden tysiąc mieszkańców, zakładając ich zastosowanie w praktyce, w Polsce, powinno być zatem około 28 000 tysięcy takich łózek i to w okresie, gdy nie było epidemii (7:9). Ograniczoność dostępu do leczenia szpitalnego była jednym z powodów powstawania nowych ognisk zakażeń. Niski poziom oświaty zdrowotnej, brak nawyku korzystania z usług lekarza, z różnych powodów, także miały swój udział w roznoszeniu epidemii.

Gwałtowne szerzenie się na ziemiach polskich zachorowań na tyfus plamisty zmusiło Ministerstwo Zdrowia Publicznego do zaplanowania skutecznej z nim walki. Plan ten został następnie przyjęty przez Centralny Komitet do walki z dudem plamistym (14), zakłada powszechne odswszawienie wszystkich terenów. Odswszawienie miało być podstawą zwalczania tyfusu plamistego, w praktyce okazało się syzyfową pracą i nie zdało egzaminu jako środek hamujący powstawanie nowych ognisk zakażeń. Podstawą ich zwalczania powinna być powszechna, dobrze i fachowo przeprowadzona dezynfekcja, głównie z powodów dużych nakładów finansowych i braku odpowiednio przygotowanego personelu, nie były prawidłowo przeprowadzane. Powszechnie odstąpiono od 3-tygodniowej izolacji w przypadku zachorowania na tyfus plamisty, zalecanej i rygorystycznie przestrzeganej jeszcze przez władze okupacyjne (niemieckie), kosztownej, uciążliwej dla mieszkańców i dezorganizującej życie gospodarcze na terenach, na których zanotowano zachorowania na tyfus plamisty. Mających kontakty z chorym umieszczano w domach izolacyjnych na okres 24-48 godzin, to jest do czasu ukończenia dezynfekcji i dezynsekcji lokalu. Bardzo często nie wykonywano zaleconej dezynfekcji, z powodu braku sprzętu i odpowiednio wyszkolonej kadry. Materiały używane do dezynfekcji miały ograniczoną skuteczność, np. dezynfekcja formaliną nie zabijała gnid wszy. Fachowego personelu dezynfektor-skiego w Polsce nie było, kadry musiano szkolić w niesprzyjających warunkach nasilonej walki z epidemiami chorób zakaźnych.

Ministerstwo Zdrowia zorganizowało kursy dla dezynfektorów w maju i lipcu 1919 r. Następne kursy dla dezynfektorów organizował już Nadzwyczajny Komisarjat (w Płoskirowie, Grodnie, Sucheju, Granicy). Bardzo niskie uposażenie otrzymywane przez dezynfektorów przy ogromnym zagrożeniu zakażeniem, nie sprzyjało utrzymaniu stałości zatrudnienia, a tym samym doskonalenia zawodowego w praktyce. Brak wydanych przepisów o wykonywaniu dezynfekcji i dezynsekcji w przypadkach zakażeń poszczególnymi chorobami zakaźnymi, brak podręczników dla dezynfektorów, uwzględniających najnowsze osiągnięcia naukowe na tym polu oraz koszty obciążające ludność za przeprowadzone odkażania, były między innymi przyczynami nieskutecznego ich przeprowadzania lub zaniechania. Sprawy nie rozwiązało radykalnie zalecenie aby władze gminne zwalniały z ponoszenia kosztów odkażania niezamożnych mieszkańców.

Jednym ze skutecznych sposobów walki z tyfusem plamistym była izolacja. Wykorzystując doświadczenia zdobyte podczas epidemii tyfusu plamistego w Lublinie (1915-1916) i w Warszawie (1916-1917) Ministerstwo Zdrowia Publicznego zarządziło zastępowanie izolowania w specjalnych domach izolacyjnych, osób mających kontakt z chorymi zakaźnymi, izolacją w domach mieszkalnych prowadzoną pod nadzorem sanitariuszy, którzy prowadzili ich obserwację przez trzy tygodnie, zapisując jej wyniki

w książce służbowej. Wydano specjalną Instrukcję w sprawie kontroli domowej otoczenia chorych zakaźnych w miastach (7 : 60). W miastach i wsiach z powodu braku medycznej kadry pomocniczej, często nadzór sanitarny nad izolowanymi w domach sprawowali sołtys, sanitariusz gminny lub osoba izolowana zgłaszała się sama, w odpowiednich przedziałach czasowych, do zakładu dezynfekcyjnego, na obserwację. Ograniczenie kontaktu z odpowiednimi władzami sanitarnymi właśnie we wsiach, osadach i miasteczkach powodowało „nieszczelność” tak prowadzonej izolacji domowej, pogłębioną przez niską kulturę zdrowotną ich mieszkańców, na terenach, na których nasilenie epidemii chorób zakaźnych, w tym tyfusu plamistego, było największe.

Ogromną rolę w profilaktyce chorób zakaźnych odgrywała oświata zdrowotna, mająca na celu pouczenie i uświadamianie dróg i sposobów zakażeń ostrymi chorobami zakaźnymi oraz nauczenie zapobiegania ich roznoszeniu i nie dopuszczania do powstawania nowych ognisk zakażeń. Uwagę na rolę i znaczenie szerzenia oświaty zdrowotnej wśród społeczeństwa zwróciła sekcja oświaty zdrowotnej Centralnego Komitetu Obywatelskiego w Warszawie, pracująca podczas I wojny światowej (17). Do pouczania ludności o chorobach zakaźnych, drogach przenoszenia zakażenia i elementarnych sposobach zapobiegania im, wykorzystywano wszelkie sposoby komunikacji społecznej, np. pogadanki wygłaszane przez nauczycieli i innych wykształconych przedstawicieli społeczeństwa, odezwy, plakaty, broszury, obwieszczenia, artykuły w prasie codziennej, specjalnie wydawane czasopisma (Walka o zdrowie, Przyjaciel Zdrowia Ludu). Mała percepcja informacji o chorobach zakaźnych ogłaszanych drukiem była spowodowana dużą liczbą analfabetów, szczególnie licznych w społeczeństwie wiejskim. Wykorzystywano przeto współpracę z duchowieństwem, które z ambony propagowało oświatę zdrowotną.

Ustawa o szczepieniu ochronnym przeciw ospie, wprowadziła przymus i bezpłatne szczepienia, które w radykalny sposób zmniejszyły zachorowania na ospę. Postanawiała „W Państwie Polskim wszystkich mieszkańców obowiązuje przymusowe szczepienie ochronne przeciwko ospie”. Szczepienia i wydawanie świadectw o dokonaniu szczepienia były bezpłatne. Szczepienia ochronne stosowane w przypadku innych ostrych chorób zakaźnych (cholera, czerwonka, dury brzuszny i rzekomy) były wykonywane jako tzw. szczepienia z konieczności, w momentach gwałtownego rozwoju ognisk zakażeń. Szczepienia z konieczności mogły być zalecone także w przypadku rozpowszechniania się ospy, gdyż obowiązek jej szczepienia wprowadzono w połowie 1919 r. i nie wszyscy mieszkańcy zostali natychmiast mu poddani; część ludności była nie szczepiona.

Jednym ze sposobów zwalczania zakażeń chorobami zakaźnymi było ograniczenie w drodze administracyjnej ruchu ludności, które jednak poza lokalnymi ograniczeniami, nie zdało egzaminu i było nieskuteczne.

Odpowiedni sposób grzebania zmarłych z powodu chorób zakaźnych ostrych, szczególnie zmarłych z powodu cholery, miało wpływ na ograniczenie szerzenia się chorób zakaźnych. Bezpieczne chowanie zwłok było podstawowym warunkiem likwidowania tego źródła zakażeń. Do czasu wydania 28 maja 1920 (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1920, nr 42, poz. 257) rozporządzenia ministra zdrowia publicznego w sprawie przewożenia i ekshumacji zwłok zmarłych z powodu chorób zakaźnych, w ustawodawstwie polskim nie było oddzielnego aktu normatywnego, regulującego ten problem. Opierając się na obowiązujących przepisach sanitarnych, wydanych przez państwa zaborcze (austriackich i niemieckich) zakazywano obmywa-

nia i przebierania zwłok, nakazywano zawinięcie ich w prześcieradło, włożenie do trumny i bardzo szczelne zamknięcie; obowiązywał także zakaz wystawienia zwłok na widok publiczny. W razie zaistnienia potrzeby ekshumacji zwłok, obowiązywał zakaz udzielania na nią zezwolenia urzędowego przed upływem roku od pochówku.

W pierwszym roku po odzyskaniu niepodległości zwalczanie ostrych chorób zakaźnych było nieskuteczne. Przyczyny takiego stanu rzeczy były różnorakie i bardzo złożone. Instytucją odpowiedzialną za zwalczanie epidemii było MZP, które jako instytucja zwierzchnia w sprawach zdrowia publicznego sama się dopiero organizowała i ustalała kompetencje dla swoich poszczególnych agend, a także rozdzielała kompetencje pomiędzy państwową i samorządową służbę zdrowia. Okres ten był czasem wydania wielu dekretów, rozporządzeń, okólników i instrukcji mających na celu regulację prawne obowiązujące przy zwalczaniu epidemii.

Skuteczne zwalczanie epidemii utrudniał brak precyzyjnego, jasno sformułowanego planu walki z chorobami zakaźnymi. Obciążenie ponad miarę możliwości wykonawczych samorządowej służby zdrowia, która w zasadzie, szczególnie na terenach wschodnich, istniała na papierze, było jedną z głównych przyczyn nieskuteczności zwalczania epidemii.

W celu zwalczania epidemii, do połowy 1919 r. według danych podanych przez S. Sterlinga-Okuniewskiego, utworzono 44 państwowe ruchome szpitale epidemiczne, posiadające 2 200 łóżek, zarządy komunalne posiadały 103 szpitale o 4 400 łóżkach, urządzono 35 ruchomych kolumn dezynfekcyjnych i dezynsekcyjnych, uruchomiono 36 aparatów dezynfekcyjnych, przysłanych w ramach pomocy przez Stany Zjednoczone Ameryki. W celu wsparcia lekarzy powiatowych w ich obowiązkach dotyczących zwalczania epidemii, wydelegowano im do pomocy 25 lekarzy epidemicznych. Do wszystkich powiatów nowoutworzonego państwa polskiego wysłano środki dezynfekcyjne. Na terenach najbardziej zagrożonych epidemiami – na wschodzie w okolicy Brześcia Litewskiego, na południu w okręgu Hrubieszów-Tomaszów, utworzono specjalne komisariaty epidemiczne do zwalczania tyfusu plamistego. Przeznaczono dwa miliony marek polskich. W sierpniu 1919 r. zwalczanie tyfusu plamistego zinstytucjonalizowano powołując Centralny Komitet do walki z dudem plamistym, który po powołaniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza w marcu 1920 r. został rozwiązany (14).

Walkę z epidemiami ostrych chorób zakaźnych przejął Naczelnny Nadzwyczajny Komisariat, pracujący w latach 1920–1924 i skutecznie je zlikwidował (18).

E. Więckowska

FIGHT AGAINST ACUTE INFECTIOUS DISEASES IN POLAND IN THE FIRST YEAR OF INDEPENDENCE (1918-1919)

SUMMARY

In the first year of its independence (1918-1919), the main priority of the young state was the fight against ramp epidemics of acute infectious diseases. The most important task of the newly organized Ministry of Health was the organization of the control of infectious diseases, and especially typhus.

Up to the mid-1919, the authorities organized 44 mobile epidemic hospitals with 2 200 beds, 103 communal hospitals with 4 400 beds, and 35 mobile disinfection and desinfection units. Twenty three specially trained epidemic doctors collaborated with district physicians.

The difficult conditions associated with continuing war, starting migration and repatriation which caused huge movements of population, weak hospital infrastructure, a serious shortage of medical personnel, sanitary materials, drugs, solap and hospital infrastructure did not facilitate the control of epidemic infectious diseases in the first year of independence.

PIŚMIENICTWO

1. Archiwum Państwowe w Krakowie, V₂ 374 Dziennik Urzędowy Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu 1921, nr 12. poz. 93.
2. Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1918, 5:2.
3. Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego BMZP 1919, 6:23, 45, 56, 62, 69.
4. Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1919, 7:62.
5. Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1919, 8:20.
6. Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1920, 1:62–64.
7. Chodźko W. Podręcznik chorób zakaźnych, Książnica Atlas, z. 1, cz. 2, Warszawa 1923:9, 15, 45, 157.
8. Chodźko W. Polska Służba Zdrowia na terenie międzynarodowym, (w:) O zdrowie publiczne, Ars, Warszawa 1923:14–15.
9. Dekret Rady Regencyjnej z 30 października 1918 r., Dziennik Praw Państwa 1918 r., nr 14, poz. 41.
10. Nasierowski T. Świat lekarski w Polsce (II połowa XIX w. – I połowa XX w.) Idee – postawy – konflikty, Okręgowa Izba Lekarska, Warszawa 1992.
11. Rozporządzenie ministra poczt i telegrafów w przedmiocie postępowania z telegramami, dotyczącymi cholery lub dżumy z 13 listopada 1920, Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1921, 15:31.
12. Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1923, Minist. Zdr. Publ., Warszawa 1924:4–5.
13. Serling-Okuniewski S. Dur wysypkowy, Książnica Polska, wyd. 2 znacznie poszerz., Lwów – Warszawa 1922:128–147, 157.
14. Więckowska E. Centralny Komitet do walki z dudem płamistym (1 sierpnia 1919 – 5 marca 1920), Przegl Epidemiol 1998, 52:205–214.
15. Więckowska E. Komitet Sapieżyński w walce z chorobami zakaźnymi (1914–1918), Wyd. Uniw., Wrocław 1998.
16. Więckowska E. Organizacja centralnych urzędów publicznej służby zdrowia w II Rzeczypospolitej, Zdrowie Publiczne 1984, 95:601–608.
17. Więckowska E.: Społeczne ogniska opieki lekarskiej i służby sanitarnej komitetów obywatelskich Warszawy i Guberni Warszawskiej 1914–1916, Wyd. Uniw., Wrocław 1992.
18. Więckowska E.: Udział Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do walki z epidemiami w zwalczaniu chorób zakaźnych 1920–1923, Arch Hist I Fil Med. 1996, t. 59:1.

Adres autora:

Dr Elżbieta Więckowska

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Akademia Medyczna

ul. J. Mikulicza-Radeckiego 7, 50-366 Wrocław

tel. 207-596, 322-72-19