

Włodzimierz Berner

Z DZIEJÓW WALKI Z OSTRYMI CHOROBYMI ZAKAŻNYMI
W POLSCE PO I WOJNIE ŚWIATOWEJ – DO 1924 R.
(Z UWZGLĘDNIENIEM WIELKICH MIAST)

Katedra i Zakład Historii Medycyny i Farmacji
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: Jerzy Supady

W Polsce po zakończeniu I wojny światowej jednym z najważniejszych problemów dla młodej państwowości były występujące masowo ostre choroby zakaźne. W ich zwalczaniu zasłużył się Urząd Naczelny Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami, który współpracował z innymi polskimi instytucjami sanitarnymi i organizacjami międzynarodowymi. Do 1924 r. opanowano największe ogniska chorób i ograniczono liczbę zachorowań.

Słowa kluczowe: ostre choroby zakaźne, instytucje powołane do zwalczania epidemii, szpitale zakaźne, kordony sanitarne, zakłady kąpielowe i dezynfekcyjne, szczepienia ochronne

Key words: acute contagious diseases, epidemic-controlling institutions, contagious disease hospitals, sanitary border posts, bath and disinfection centres, preventive vaccinations

WSTĘP

Pierwsza wojna światowa z towarzyszącymi jej zniszczeniami infrastruktury ekonomicznej i społecznej, w połączeniu z powszechnym bezrobociem, głodem i złymi warunkami bytowymi ludności, sprzyjały występowaniu ostrych chorób zakaźnych. Ich szerzenie się obserwowano również na ziemiach polskich, podzielonych między Austrię, Prusy i Rosję. Po odzyskaniu, w listopadzie 1918 r., niepodległości przez Polskę rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych nasiliło się, gdy przez kraj przetoczyła się fala emigrantów, zdemobilizowanych oddziałów żołnierzy i jeńców wojennych, w tym rosyjskich wziętych do niewoli w latach 1919-1920, w czasie wojny polsko-bolszewickiej.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA OSTRYCH CHOROÓB ZAKAŻNYCH PO I WOJNIE ŚWIATOWEJ

Po zakończeniu I wojny światowej największym zagrożeniem zdrowotnym dla odradzającego się państwa polskiego były ostre choroby zakaźne. Najwięcej zachorowań i zgonów wystąpiło latach 1919-1920. Od 1921 do 1924 r. sytuacja epidemiologiczna – za wyjątkiem 1922 r. – była już korzystniejsza, co potwierdzają wskaźniki śmiertelności, zapadalności i umieralności (tab. I).

Tabela I. Zachorowania, zgony, śmiertelność, zapadalność i umieralność na ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1919-1924

Table I. Incidence, deaths, mortality, morbidity rate and mortality rate for acute contagious diseases in Poland in the years 1919-1924

Rok	Zachorowania	Zgony	Śmiertelność %	Zapadalność na 10 tys.	Umieralność na 10 tys.
1919	479 208	24 372	5,1	176,3	9,0
1920	443 484	34 441	7,8	163,2	12,7
1921	244 256	18 404	7,5	89,9	6,8
1922	191 460	29 801	15,6	69,2	8,2
1923	83 841	6 451	7,7	29,8	2,3
1924	75 297	6 324	8,4	26,1	2,2

Uwaga: przy obliczaniu wskaźników przyjęto następujące dane o liczbie ludności Polski: dla lat 1919, 1920 (odpowiednio: 26 227 426, 26 621 642 osób, według danych szacunkowych Głównego Urzędu Statystycznego); dla 1921 r. (27 201 738 osób – I spis powszechny), dla lat 1922, 1923, 1924 (odpowiednio: 27 516 001, 28 162 429, 28 594 784 osób, według danych szacunkowych Głównego Urzędu Statystycznego).

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962. Praca zbiorowa. Red. J. Kostrzewski. Warszawa: PZWŁ; 1964: 74, 90; Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938. Warszawa: Wyd. Ministerstwo Opieki Społecznej; 1939: 48; Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej 1928. Warszawa; 1929: 5; Więckowska E. Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924. Wrocław: Wyd. Akademii Medycznej; 223, 225, 229.

Dane zebrane w tabeli I są niestety niekompletne, zarówno ze względu na niedokładną rejestrację, jak i z powodu braku wykazów z terenów objętych działaniami wojennymi. Dotyczy to lat 1919-1920 i częściowo 1921 r. Polepszenie rejestracji zachorowań i zgonów na ostre choroby zakaźne nastąpiło dopiero w 1922 r. (1), jakkolwiek i w następnych latach nie można wykluczyć niekompletnych danych, zwłaszcza w odniesieniu do chorób wieku dziecięcego. Liczba zgłaszanych zachorowań na płonicę, błonicę, odrę i krztusiec wzrosła znacznie od 1925 r., co wskazuje na to, że dane statystyczne były dokładniejsze dopiero od tego roku (2).

W latach 1919-1924 pierwsze miejsce pod względem zachorowań i zgonów zajęły dur płamisty, brzuszný i czerwonka; z pozostałych szczególną uwagę zwracano na cholere azjatycką (tab. II), która budziła przerażenie wśród ludności, z powodu dużej zaraźliwości, szybkiego przebiegu i znacznej śmiertelności, w porównaniu z innymi ostrymi chorobami zakaźnymi. Szerzenie się tych chorób związane było z warunkami bytowymi mieszkańców,

zależało też od przestrzegania podstawowych zasad higieny osobistej i najbliższego otoczenia oraz od dostępu do zdrowej bakteriologicznie wody pitnej.

Tabela II. Zachorowania (a), zgony (b) i śmiertelność (c) na wybrane ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1919-1924

Table II. Incidence (a), deaths (b) and mortality (c) from chosen acute infectious diseases in Poland in the years 1919-1924

Nazwa choroby		Rok					
		1919	1920	1921	1922	1923	1924
Dur plamisty	a	431 000	339 000	49 547	42 724	11 185	7 706
	b	19 000	22 573	4 199	3 199	898	666
	c	4,4%	6,7%	8,5%	7,5%	8,9%	6,6%
Dur brzuszny	a	11 421	21 466	30 067	22 056	14 037	16 288
	b	1 046	1 972	2 384	1 641	1 284	1 322
	c	9,2%	9,2%	7,9%	7,4%	9,1%	8,1%
Czerwonka	a	15 304	33 007	32 944	14 344	5 314	10 492
	b	2 500	5 168	4 988	1 739	853	1 533
	c	16,3%	15,7%	15,1%	12,1%	16,1%	14,6%
Płonica	a	4 690	16 664	28 164	14 717	15 746	18 030
	b	547	2 256	3 924	1 945	1 711	1 570
	c	11,7%	13,5%	13,9%	13,2%	10,9%	8,7%
Odra	a	6 933	10 831	23 143	23 830	22 159	10 154
	b	464	405	782	792	689	166
	c	6,7%	3,7%	3,4%	3,3%	3,1%	1,6%
Malaria	a	1 517	2 073	52 965	17 611	4 770	1 881
	b	13	25	41	13	4	1
	c	0,9%	1,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,05%
Dur powrotny	a	3 266	7 188	13 850	41 207	2 067	366
	b	149	293	414	1 461	44	12
	c	4,6%	4,1%	3,0%	3,5%	2,1%	3,3%
Krzusiec	a	1 126	3 674	4 356	8 219	4 367	4 681
	b	167	300	301	446	462	434
	c	14,8%	8,2%	6,9%	5,4%	10,6%	9,3%
Błonica	a	1 815	3 178	4 130	4 228	3 694	4 838
	b	219	387	544	414	426	494
	c	12,1%	12,2%	13,2%	9,8%	11,5%	10,2%
Ospa prawdziwa	a	2 105	5 996	5 078	2 399	502	861
	b	264	1 003	823	519	83	126
	c	12,5%	16,7%	16,2%	21,6%	16,5%	14,6%
Cholera azjatycka	a	35	205	12	125	-	-
	b	3	31	4	34	-	-
	c	8,6%	15,1%	33,3%	27,2%	-	-

Uwaga: kreska oznacza brak występowania choroby.

Źródło: jak w tabeli I.

Najwyższa zapadalność i umieralność (w przeliczeniu na 10 tys. osób) dotyczyły **dur** **plamistego**; wskaźniki te w 1919 r. wynosiły: 164,3 i 7,2; w 1920 r.: 127,3 i 8,5. W porównaniu z Polską wyższą zapadalność na dur plamisty odnotowywano w Rosji, np. w 1920 r. dochodziła ona do 265,1 (3 945 574 zachorowań) (3). Epidemii duru plamistego – w byłym zaborze rosyjskim i w Galicji – sprzyjała wojna polsko-bolszewicka, repatriacja jeńców wojennych i powroty ze Wschodu rzesz uchodźców (1, 4). W 1919 i 1920 r. najwyższa zapadalność wystąpiła w Krakowie – odpowiednio: 154,9 i 85,9 (2 773 i 1 545 zachorowań) i we Lwowie – odpowiednio: 117,4 i 124,1 (2 325 i 2 590 zachorowań). W Wilnie w 1920 r. zapadalność wynosiła 64,1 (863 zachorowania), w Warszawie w 1919 r. – 60,7 (4 982 zachorowania), a w Łodzi w 1919 r. – 36,7 (1 593 zachorowania) (5-9).

Dur brzuszny nie powodował tak wysokiej zapadalności i umieralności; w kulminacyjnym 1921 r. wskaźniki wynosiły: 11,1 i 0,9. Dur brzuszny objął zasięgiem głównie Kresy Wschodnie i środkową Polskę (1, 4). Wskaźniki zapadalności w wielkich miastach przewyższały zapadalność krajową. W Krakowie w 1921 i 1922 r. wynosiły: 15,5 i 26,9 (284 i 499 zachorowań), gdy w Łodzi w 1921 r. – 32,9 (1 489 zachorowań), w Wilnie w 1920 i 1922 r. – 23,7 i 23,0 (317 i 360 zachorowań), we Lwowie w 1920 r. – 22,9 (478 zachorowań), a w Warszawie w 1920 r. – 17,5 (1 656 zachorowań) (5-9).

Wzmózione szerzenie się **czernonki** obserwowano w latach 1920-1921 w województwach: białostockim, warszawskim, łódzkim, lubelskim, kieleckim, lwowskim i krakowskim (1, 4). W Polsce zapadalność i umieralność wynosiły: w 1920 r. – 12,4 i 1,9; w 1921 r. – 12,1 i 1,8. W Krakowie w 1921 r. zapadalność wynosiła 75,9 (1 394 zachorowań), we Lwowie w 1920 r. – 56,6 (1 182 zachorowania), w Wilnie w 1920 r. – 28,1 (379 zachorowań), w Warszawie w 1920 r. – 19,6 (1 870 zachorowań), w Łodzi w 1920 r. 16,5 (714 zachorowań) (5-9).

Po wojnie w Polsce występowała też **zimnica (malaria)**. Najwięcej zachorowań zgłoszono w 1921 i 1922 r., prawie wszystkie wśród repatriantów (1, 4); wskaźniki zapadalności wynosiły odpowiednio: 19,5 i 6,5 (umieralność była bardzo niska). W tym czasie ogromnym terenem endemicznym malarii była Rosja, w której w 1922 r. zanotowano 2 086 417 zachorowań, a w 1923 r. (styczeń–październik) ponad 2-krotnie więcej, czyli 4 887 000 (3).

Chorobą mniej rozpowszechnioną na ziemiach polskich był **dur powrotny**, występujący z wielkim nasileniem w Rosji, w której w 1920, 1921 i 1922 r. zarejestrowano: 2 178 106, 1 020 737 i 1 479 627 zachorowań (zapadalność wynosiła: 112,3; 59,3; 109,2) (3). W Polsce w 1922 r. – gdy epidemia duru powrotnego osiągnęła apogeum, głównie na skutek repatriacji ludności ze Wschodu (1, 4) – wskaźnik zapadalności wynosił 15,0.

Podczas I wojny światowej i po jej zakończeniu nastąpił wzrost zachorowań na **ospę prawdziwą**. W latach 1920-1921 występowała głównie na Kresach Wschodnich, w północnej części byłego Królestwa Polskiego i na Śląsku Cieszyńskim; wiosną 1921 r. pojawiła się na ziemi poznańskiej (1, 4). W 1920 i 1921 r. zapadalność wynosiła: 2,3 i 1,9; umieralność: 0,4 i 0,3. W 1921 r. duża epidemia ospy nawiedziła Warszawę, w której współczynniki zapadalności i umieralności wynosiły: 4,8 i 1,6 (451 zachorowań i 152 zgony) (10).

W latach 1919-1922 na ziemiach polskich występowała **cholera azjatycka**, na którą chorowało 377 osób, z czego zmarły 72. W 1920 r., gdy zachorowań było najwięcej, cholera została zawleczona przez jeńców bolszewickich. Pierwsze zachorowania stwierdzono z końcem września na pograniczu litewsko-białoruskim, kolejne w Warszawie i w jej okolicach oraz w innych rejonach kraju, w tym w Galicji Wschodniej. W 1922 r. do nowych

ognisk cholery przyczyniła się akcja repatriacyjna Polaków ze Wschodu (1). Tereny te – w przeciwieństwie do ziem polskich – były często nawiedzane przez cholere. W Rosji w 1920 r. (w 50 guberniach) zarejestrowano 25 tys. zachorowań, w 1921 r. (w 86 guberniach) liczba chorych wynosiła 203 tys., a w 1922 r. (w 77 guberniach) – dochodziła do 97,4 tys., w tym 42,5 tys. na Ukrainie, w której zapadalność wynosiła 16,3 (3).

Zagrożenie dla zdrowia i życia najmłodszej populacji mieszkańców Polski stwarzały płońca, błonica, odra i krztusiec. Wskaźniki śmiertelności z powodu tych chorób (za wyjątkiem odry) – obok cholery, ospy i czerwonki – zaliczano w omawianym okresie do wysokich (tab. II). Największą epidemię **płonicy** odnotowano w 1921 r.; zapadalność wynosiła 10,4; umieralność nie przekraczała 1,4. Większe epidemie **odry** pojawiły się w 1921, 1922 i 1923 r.; zapadalność kształtowała się na poziomie: 8,5; 8,7; 7,9; umieralność była niska i wynosiła: 0,3; 0,3; 0,2. Zapadalność i umieralność z powodu **krztuśca i błonicy** nie była wysoka. W latach największych epidemii współczynniki te wynosiły: przy krztuścu w 1922 r. – 3,0 i 0,2; przy błonicy w 1924 r. – 1,7 i 0,2.

W wielkich miastach choroby zakaźne wieku dziecięcego występowały ze znacznie większą intensywnością. Najwyższą zapadalność na płońcę odnotowano w 1920 r.: we Lwowie – 52,3 (1 091 zachorowań), w Warszawie – 34,9 (3 300 zachorowań), w Łodzi – 30,1 (2 192 zachorowania), w Krakowie – 27,1 (488 zachorowań), w Wilnie – 17,5 (236 zachorowań); w Poznaniu w 1921 r. wynosiła ona 15,1 (255 zachorowań) (5-9, 11).

Wysoką zapadalnością charakteryzowała się również odra; najwyższą zarejestrowano w Łodzi w 1923 r. – 32,9 (1 665 zachorowań), w Wilnie w 1921 r. – 32,0 (466 zachorowań) i w Warszawie w 1922 r. – 22,9 (2 192 zachorowań); we Lwowie w 1923 r. wynosiła ona 12,5 (293 zachorowania), a w Krakowie w 1920 r. – 9,4 (169 zachorowań) (5, 7, 9, 10, 12).

Najwyższą zapadalność na błonicę stwierdzono: w Wilnie w 1922 r. – 10,3 (162 zachorowania) i w Poznaniu w 1921 r. – 10,0 (168 zachorowań); w pozostałych miastach była niższa, w Łodzi w 1924 r. wynosiła 6,4 (302 zachorowania), w Warszawie w 1924 r. – 5,4 (526 zachorowań), w Krakowie w 1920 r. – 5,3 (96 zachorowań), we Lwowie w 1919 r. – 4,1 (82 zachorowania) (5-7, 9, 11, 13).

Zapadalność na krztusiec przedstawiała się następująco: we Lwowie w 1919 r. – dochodziła do 15,5 (308 zachorowań), ale już w 1920 r. spadła do 6,5 (136 zachorowań); w Łodzi w 1919 r. wynosiła 6,2 (267 zachorowań), w Krakowie w 1923 r. – 5,6 (107 zachorowań), w Warszawie w 1923 r. – 3,1 (302 zachorowania) (5-6, 9, 13).

PRAWODAWSTWO SANITARNE I INSTYTUCJE POWOŁANE DO ZWALCZANIA EPIDEMII OSTRYCH CHORÓB ZAKAŹNYCH

W odrodzonym w listopadzie 1918 r. państwie polskim jednym z podstawowych problemów, który wymagał natychmiastowego rozwiązania, było stworzenie korzystnych warunków na rzecz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności, w tym też w zakresie skutecznego przeciwdziałania szerzeniu się chorób zakaźnych. Działania takie podjęto po 13 grudnia 1918 r., gdy utworzono Ministerstwo Zdrowia Publicznego (MZP) (1). Z jego inicjatywy Sejm Ustawodawczy opracował i uchwalił najważniejsze dla zwalczania epidemii akty normatywne: 19 lipca 1919 r. ogłoszono ustawę o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie (14) i zasadniczą ustawę sanitarną (15), a 25 lipca 1919 r. ustawę w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych występujących nagminnie (16).

Zasadnicza ustawa sanitarna wytyczyła kierunki działań państwa w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego; nadzór nad zdrowotnością kraju powierzono MZP, a wykonawstwo – w tym m.in. nad zwalczaniem ostrych i przewlekłych chorób zakaźnych, prowadzeniem nadzoru nad zaopatrzeniem w wodę i usuwaniem nieczystości, kontrolą higieny mieszkań i ich otoczenia oraz zbieraniem danych dotyczących statystyki lekarsko-sanitarnej – spoczęło na terenowej, samorządowej służbie zdrowia (15).

Dla zwalczania epidemii najważniejsze znaczenie miała ustawa z 25 lipca 1919 r., w której wprowadzono – po raz pierwszy w dziejach polskiego prawodawstwa sanitarnego – obligatoryjność zgłaszania oraz rejestrowania zachorowań i zgonów na choroby zakaźne; rozpoznanie chorób należało do urzędów sanitarnych, reprezentowanych przez lekarza, a w wyjątkowych przypadkach przez podlegającego mu sanitariusza lub wolno praktykującego lekarza (pod nieobecność lekarza sanitarnego) (16). Po ogłoszeniu ustawy poza zasięgiem działania MZP znajdowały się niektóre ziemie wschodnie (m.in. Wileńszczyzna, znaczna część Galicji Wschodniej – bez Lwowa i inne tereny), na których Wojsko Polskie walczyło o ustalenie granic. Ustawa nie weszła w życie na ziemiach byłego zaboru pruskiego (na Pomorzu Gdańskim, w Wielkopolsce i na Górnym Śląsku), w którym nie stwierdzono ognisk chorób zakaźnych; na tych obszarach obowiązywały przepisy prawne ustawy Rzeszy z 30 czerwca 1900 r. i ustawy pruskiej z 28 sierpnia 1905 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Przeciwdziałanie epidemiom – w tym durowi plamistemu – wyłącznie siłami organów samorządowych nie przyniosło rezultatów. Z tego powodu MZP utworzył, 1 sierpnia 1919 r., Centralny Komitet do walki z durem plamistym, nazywany Cekadurem. Instytucja ta, jako organ kolegialny, nie była w pełni operatywna, a dalsze szerzenie się duru plamistego sprawiło, że MZP w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych powołał – rozporządzeniem z 30 grudnia 1919 r. – Nadzwyczajnych Komisarzy do zwalczania chorób zakaźnych; dla Małopolski, ziem Litewsko-Białoruskich i ziem Wołyńskich. Na obszarze wojennym podjęli działalność komisarze wojskowi mianowani, na wniosek MZP, przez Wodza Naczelnego. Pracą Nadzwyczajnych Komisarzy kierował – utworzony 28 lutego 1920 r. przez MZP – Urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza (NNK) do walki z epidemiami, z siedzibą w Warszawie (NNK był zarazem komisarzem dla terenów byłego Królestwa Polskiego). Zaprzestanie pracy przez Cekadur nastąpiło na początku marca 1920 r.; wtedy wprowadzono jednoosobowy system zarządu i osobistą odpowiedzialność NNK za zwalczanie chorób zakaźnych, co zatwierdzono ustawą Sejmu z 14 lipca tegoż roku (1, 17).

Urzędowi NNK podlegały komisariaty obwodowe (Ekspozytury, Delegatury i Inspektoraty), ich liczba zależała od sytuacji epidemiologicznej kraju. Np. na początku 1921 r. (oprócz centrali w Warszawie) było ich 4; od kwietnia 1922 r. – po utworzeniu kordonu sanitarnego, dla kontroli repatriantów powracających z Rosji – w strukturze organizacyjnej NNK znajdowały się: 4 Ekspozytury, 4 Inspektoraty etapowe i 2 Inspektoraty Sanitarne. Od stycznia 1923 r. placówki NNK podporządkowywano MZP, a po jego likwidacji (31 marca 1924 r.) Departamentowi Służby Zdrowia (DSZ) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Do końca 1924 r. rozwiązywano stopniowo wszystkie nadzwyczajne instytucje zwalczające epidemie, a ich kompetencje przejmowały agendy służby zdrowia, podlegające DSZ.

Wśród instytucji chroniących państwo przed epidemiami wymienić należy także, utworzony 30 grudnia 1918 r., Państwowy Urząd do Spraw powrotu Jeńców, Uchodźców i Robotników (określany mianem JUR-u), podległy Radzie Ministrów (urząd zlikwidowano w lipcu 1924 r., po zakończeniu repatriacji).

Działalność NNK i JUR-u wspierana była od 1920 r. przez Państwowy Zakład Epidemiologiczny w Warszawie (od września 1923 r. Państwowy Zakład Higieny – PZH) i jego terenowe filie oraz inne zakłady, podporządkowane MZP (1).

DZIAŁALNOŚĆ ADMINISTRACJI SANITARNEJ NA RZECZ ZWALCZANIA OSTRYCH CHOROÓB ZAKAŹNYCH

Walka z epidemiami ostrych chorób zakaźnych, w spauperyzowanej powojennej Polsce, prowadzona była nie tylko w oparciu o fundusze krajowe, ale również dzięki pożyczkom zagranicznym i wsparciu finansowemu ze strony organizacji międzynarodowych. Szerzące się w Rosji i w Polsce ostre choroby zakaźne stwarzały zagrożenie dla zdrowia i życia ludności państw zachodnioeuropejskich. Za najważniejsze uznano powstrzymanie zachorowań na dur plamisty; w tym celu – z inicjatywy Austriackiego Czerwonego Krzyża – zwołano do Wiednia Konferencję Międzypaństwową krajów Europy Środkowej (15-16 maja 1919 r.). W czerwcu tegoż roku, na Konferencji w Paryżu, Polska zawarła porozumienie z Amerykańską Misją Pomocy dla Europy – kierowaną przez Herberta Hoovera, od której uzyskano kredyt w kwocie 4 000 000 dolarów, przeznaczony na zakup samochodów, urządzeń i materiałów sanitarnych (w tym mydła, środków dezynfekcyjnych, bielizny itp.) oraz na dożywanie dzieci polskich (1, 4).

Zwalczaniu epidemii na ziemiach polskich poświęcono także Konferencję Sanitarną, zorganizowaną przez Ligę Narodów w Londynie (13-20 kwietnia 1920 r.) oraz posiedzenie Rady Ligi Narodów w Rzymie (13 maja 1920 r.), na którym zdecydowano o utworzeniu w Polsce Komisji Epidemicznej. Komisja podjęła działalność 29 stycznia 1921 r. (jej prace trwały do 1 lutego 1924 r.) i koordynowała międzynarodową pomoc dla Polski w zakresie dostaw materiałów sanitarnych oraz środków pieniężnych pomocnych w tworzeniu szpitali zakaźnych, łaźni, pracowni bakteriologicznych i punktów obserwacyjnych dla repatriantów (4). Do listopada 1923 r. Liga Narodów, za pośrednictwem Komisji, przekazała na rzecz walki z epidemiami 997 600 dolarów bezwrotnej subwencji; oprócz tego pomoc finansowa napłynęła też z fundacji Rockefellera (242 500 dolarów) i z Międzynarodowego Komitetu Towarzystwa Czerwonego Krzyża (1 900 000 dolarów). W tym samym okresie Polska otrzymała kilka pożyczek długoterminowych, w tym – oprócz wspomnianego wyżej kredytu amerykańskiego w wysokości 4 000 000 dolarów – od Wielkiej Brytanii 768 000 dolarów, a od innych państw 192 000 dolarów (1). Dodać warto, że wydatki Rządu Polskiego na ten cel – od zakończenia wojny do 1923 r. – wynosiły 4 093 394 funty sterlingi (4), co w sytuacji kraju odbudowującego swoją państwowość było kwotą bardzo dużą.

W likwidacji ostrych chorób zakaźnych ważną rolę spełniły szpitale epidemiczne. Po I wojnie światowej, w obliczu szerzenia się ostrych chorób zakaźnych, polska administracja sanitarna korzystała z pozaborowej bazy szpitalnej (ogólna liczba łóżek w szpitalach dla ostro zakaźnie chorych, bez łóżek w byłym zaborze pruskim, dochodziła do ok. 13 000). Stan sanitarny części szpitali, zwłaszcza na Kresach Wschodnich, budził wiele zastrzeżeń; w niektórych brakowało kadry medycznej. Najlepiej zorganizowane były szpitale państwowe, gorzej – samorządowe, których było najwięcej. Od sierpnia 1919 r. szpitalnictwo epidemiczne tworzył Cekadur, którego działalność dezorganizowała wojna polsko-bolszewicka (1). Podjęte prace ukończył NNK, który w połowie 1920 r. miał 113 szpitali, wyposażonych

w 6 500 łóżek; szpitalowi podlegał obszar w promieniu 20-25 km., a przyjmowani chorzy i osoby z ich otoczenia byli kapani, a ich rzeczy dezynfekowano. Zapotrzebowanie na szpitale powodowało, że lokowano je także w przenośnych barakach, a nawet w wagonach kolejowych (4).

Liczba szpitali epidemicznych, z których większość pracowała jako placówki ruchome, ulegała zmianie. W połowie 1921 r. pod zarządem lub nadzorem NNK było 130 szpitali z 8 450 łózkami, w połowie 1922 r. – 122 szpitale, liczące 11 730 łóżek (na tereny wschodnie przypadało 7 930 łóżek, tj. 67,6%), w 1923 r. – 131 szpitali, posiadających 10 391 łóżek, a w 1924 r. już tylko 24 szpitale, wyposażone w 1 450 łóżek. W pierwszym półroczu 1921 r. w szpitalach leczono najwięcej chorych na dur plamisty – 8 039 (33,4%), powrotny – 5 092 (21,1%), brzuszny – 1 551 (6,4%) i na czerwonkę 1 078 (4,5%), z innymi chorobami hospitalizowano – 8 342 (34,6%) osoby. Wykorzystanie łóżek – pomimo obowiązku izolacji chorego – nie było wysokie, w 1922 r. wynosiło ok. 30%, ponieważ chorzy niechętnie udawali się do szpitali, w których z nieodpłatnego leczenia skorzystać mogły rodziny niezamożne (1). Część osób zakażonych, gdy istniały warunki odseparowania ich od domowników, pozostawiano w domu pod kontrolą lekarza. Osoby z otoczenia chorego były poddawane izolacji i obserwacji. Odosobnienie chorych od zdrowych nie zawsze było przestrzegane, co było wynikiem niedostatecznej świadomości zdrowotnej ludności (1, 18-19).

Dzięki zorganizowaniu kordonów sanitarnych wzdłuż wschodniej granicy Polski zatrzymywano w celach sanitarnych i przeciwepidemicznych repatriantów, którzy kierowani byli do zakładów kąpielowo-dezynfekcyjnych; w 1921 r. było 40 zakładów, a w 1923 r. – 47. Zakłady, oprócz kąpeli, prowadziły odwyszawianie, dezynsekcję i dezynfekcję. Np. w punkcie sanitarnym w Baranowiczach (od 24 marca do 10 września 1921 r.) spośród 149 382 uchodźców i jeńców wykąpano 148 601 osób, rozdano 140 000 sztuk bielizny i zdezynfekowano wiele przedmiotów i ubrań. W zakresie dezynfekcji i dezynsekcji – prowadzonej w terenie – zasłużyły się ruchome kolumny dezynfekcyjne, których w połowie 1920 r. było 114, a w rok później – 163. Zależnie od wskazań repatrianci byli leczeni w szpitalach oraz poddawani szczepieniom (1).

Na działalność przeciwepidemiczną zwracano baczną uwagę w wielkich miastach. Służby sanitarne samorządów miejskich, oprócz kierowania chorych do szpitali, wiele uwagi poświęcały dezynfekcji, która – jako prowadzona z urzędu – była nieodpłatna. We Lwowie najwięcej dezynfekcji wykonano w 1919 r., ogółem 2 958 (23,9% po durze plamistym, 5,5% po czerwonke, 5,2% po płonicy, 3,8% po durze brzuszny) i w 1920 r., ogółem 4 625 (43,3% po durze plamistym, 17,6% po płonicy, 7% po durze brzuszny) (6). W Krakowie w 1920 r. liczba wykonanych dezynfekcji wynosiła 3 944, z czego 35,1% w związku z durem plamistym, 22,8% – z płonicą, 20,6% – z czerwonką, 5,3% – z durem brzuszny, 16,2% – w związku z innymi chorobami (5). Z wykazów dla Łodzi za lata 1918-1920 wynika, że w tym mieście przeprowadzono 12 158 dezynfekcji, z czego 11 715 (96,4%) nieodpłatnie. Wśród zabiegów realizowanych na koszt miasta odkażenia po durze plamistym stanowiły 29,4%, durze brzuszny – 22%, płonicy – 18%, czerwonke – 8,1% (20). W Warszawie w 1919 i 1920 r. wykonano odpowiednio: 6 783 i 8 479 dezynfekcji, w tym z powodu duru plamistego: 52,1% i 20,8%, z duru brzuszno: 10,2% i 16,3%, z płonicy: 7,3% i 29,1% i z powodu czerwonki: 3,8% i 13,8% (8).

O higienę mieszkańców, tak ważną w obliczu szerzenia się chorób zakaźnych, dbały miejskie łaźnie. Np. w Warszawie w 1921 r. było ich 7, w 1922 r. – 6, a w latach 1923-1924

– 5 (niektóre z nich wyposażone były w komory dezynfekcyjne). W 1921 r. wykąpano 124 002 osoby i przeprowadzono 91 827 dezynfekcji, w 1922 liczba udostępniionych kąpielni wynosiła 429 584, a wykonanych dezynfekcji – 60 926, w 1923 i 1924 r. z kąpielni skorzystało odpowiednio: 377 277 i 347 087 osób (10, 13). W Łodzi do łaźni udało się w 1922 r. 173 640 osób, a w 1923 r. – 197 446 (21).

Skutecznym środkiem zwalczania epidemii były szczepienia ochronne: z zastosowaniem krowianki (przeciwko ospie prawdziwej) i z użyciem „Tetry” (przeciwko cholercie, durowi brzuszemu i durom rzekomym A i B) oraz szczepienie doustne metodą Besredki (przeciwko durowi brzuszemu); szczepionki produkował PZH w Warszawie (1).

W największych polskich aglomeracjach miejskich, podobnie jak i na terenie kraju, wykonywano obligatoryjnie (w pierwszym rzędzie u niemowląt i u osób dotychczas nie uodpornionych) szczepienia przeciw ospowemu, których liczba – w zależności od wielkości miasta i bieżących potrzeb – utrzymywała się najczęściej w granicach od kilku do kilkudziesięciu tysięcy w roku. Np. w 1923 r. zaszczepiono osób: w Krakowie – 6 681, we Lwowie – 14 387, w Warszawie – 38 393; w 1924 r. liczba szczepień wynosiła: w Krakowie – 17 603, we Lwowie – 8 413, w Warszawie – 23 846 (5, 12-13). Najwięcej wakcynacji i rewakcynacji przeprowadzono w Warszawie w 1921 r., gdy w mieście wystąpiła duża epidemia ospy; z jej powodu specjalne kolumny zaszczepiły – w ciągu kilku miesięcy – 301,6 tys. osób (18).

Na początku lat 20. administracja sanitarna przystąpiła do propagowania nieodpłatnych szczepień przeciw durowi brzuszemu u osób z otoczenia chorych, zarówno w postaci iniekcji podskórnych jak i metodą Besredki, którą po raz pierwszy w Polsce zastosowano w większym zakresie – od października 1923 r. – w Łodzi (do 1928 r. zaszczepiono ponad 72 tys. łodzian) (1, 18). W Warszawie do zabiegów stosowano początkowo szczepionkę podskórną, która nie cieszyła się popularnością i z tego powodu w 1925 r. zastąpiona została łatwiejszą w użyciu szczepionką Besredki (19).

PODSUMOWANIE

Działalność przeciwepidemiczna podjęta i prowadzona przez organy administracji sanitarnej w Polsce po zakończeniu I wojny światowej zakończyła się sukcesem. Do 1924 r. opanowano i ograniczono szerzące się masowo zachorowania na ostre choroby zakaźne. Zdobyte doświadczenia w zakresie organizowania nadzoru sanitarno-medycznego, szpitalnictwa zakaźnego i innych czynności profilaktycznych, w tym szczepień ochronnych – podejmowane w odniesieniu do mieszkańców Polski i przybywających do kraju repatriantów – wykorzystano nie tylko w następnych latach, ale również po zakończeniu II wojny światowej.

*W Berner*HISTORY OF THE CONTROL OF ACUTE INFECTIOUS DISEASES IN POLAND AFTER
THE WORLD WAR I – UNTIL THE YEAR 1924 (INCLUDING BIG CITIES)

SUMMARY

Acute infectious diseases of high intensity, i.e. typhus fever, typhoid fever, dysentery, followed by scarlet fever, measles, malaria, relapsing fever, whooping cough, diphtheria, smallpox and Asiatic cholera spreading after the World War I in Poland posed one of the most significant problems in the reviving country. Their incidence resulted not only from bad living conditions of the population but also from poor personal and environmental hygiene and lack of access to bacteriologically healthy drinking water. The Polish-Bolshevik war (1919-1920) as well as repatriation of war prisoners and the Polish population from Russia (its territory was a reservoir of numerous infectious diseases) and the return of large groups of displaced people contributed to spread of epidemics. Morbidity rate of acute infectious diseases was the highest in the big Polish cities, especially in Warsaw, Lodz, Lvov, Cracow and Vilnius. The Bureau of Chief Emergency Commissar for fighting against epidemics, which closely cooperated with other Polish sanitary institutions and international organisations, rendered the greatest service to the control of infectious diseases. Until the year 1924, the largest foci of diseases were controlled and their incidence decreased, what was possible after formation of sanitary posts along the eastern border of Poland, organisation of infectious disease hospitals, bath and disinfection centres in the country, and implementation of protective vaccinations.

PIŚMIENNICTWO

1. Więckowska E. Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924. Wrocław: Wyd. Akademii Medycznej; 30, 42-74, 125-134, 135, 170, 175, 205-208, 218-219, 221, 223-224, 225, 229, 232, 234, 238, 240, 243, 246, 253-254, 259-260.
2. Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962. Praca zbiorowa. Red. J Kostrzewski. Warszawa: PZWL; 1964: 73-74, 89, 90, 103, 104, 124, 125.
3. Adamowiczowa St. Ze statystyki chorób zakaźnych w Związku S.S.R. Med Doświad i Społ 1924; II: 95, 96, 97.
4. Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938. Warszawa: Wyd. Ministerstwo Opieki Społecznej; 1939: 45-46, 48, 49, 50, 51, 116-119.
5. Statystyka miasta Krakowa 1936. Kraków; 1998: 129, 128, 138.
6. Wiadomości statystyczne o mieście Lwowie 1912-1922. Lwów; 1926: 77, 78, 80, 81.
7. Rocznik statystyczny Wilna 1921-1928. Wilno; 1930: 72.
8. Rocznik statystyczny m. st. Warszawy 1918-19-20. Warszawa; 1923: 54-57, 62.
9. Rocznik statystyczny miasta Łodzi. Rok 1925. Łódź; 1926: 51.
10. Rocznik statystyczny Warszawy 1921 i 1922. Warszawa; 1924: 44-45, 76, 90.
11. Rocznik statystyczny stoł. miasta Poznania za lata 1922-1924. Poznań; 1926: 63.
12. Wiadomości statystyczne o mieście Lwowie 1923-1925. Lwów; 1928: 113, 117.
13. Rocznik statystyczny Warszawy 1923 i 1924. Warszawa; 1926: 78, 89.
14. Dziennik Praw Państwa Polskiego (Dz.P.P.P.) 1919, nr 63, poz. 372.
15. Dz.P.P.P. 1919, nr 63, poz. 371.
16. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1919, nr 67, poz. 402.
17. Sadowska J. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w dwudziestolecu międzywojennym (1918-1939). Przegl. Epid. 1997; 51: 322.

18. Berner W. Działalność dozorów sanitarnych w wielkich aglomeracjach miejskich w okresie II Rzeczypospolitej na przykładzie Łodzi. *Przeł Epidemiol* 2006; 60: 645-646.
19. Berner W. Działalność dozorów/urzędów sanitarnych w Warszawie w okresie II Rzeczypospolitej. *Przeł Epidemiol* 2006; 60: 839-840.
20. Statystyka miasta Łodzi. Trzylecie 1918-1920. Łódź; 1922: 76.
21. Rocznik statystyczny miasta Łodzi. 1923. Łódź; 1925: 84.

Otrzymano: 11.02.2008 r.

Adres autora:

Dr Włodzimierz Berner

Katedra i Zakład Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

ul. J. Muszyńskiego 2, 90-151 Łódź