78 KPiP
1100078
1100078

MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ

DWADZIEŚCIA LAT PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE ODRODZONEJ

1918—1938

WARSZAWA — 1939

NAKŁADEM MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ

TŁOCZONO CZCIONKAMI DRUKARNI PAŃSTWOWEJ W WARSZAWIE, MIODOWA 22. Nr 104930

DWADZIEŚCIA LAT PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE ODRODZONEJ

1918 — 1938

Dwadzieścia lat pracy publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej jest już dość dużym okresem czasu, by z jednej strony upoważnić do złożenia społeczeństwu sprawozdania za ten okres, a z drugiej strony, by móc ocenić wartość i skuteczność pracy polskiego świata lekarskiego dla społeczeństwa.

Dobrze by było, gdyby sprawozdania służby zdrowia docierać mogły nie tylko do sfer nam najbliższych—lekarzy polskich, lecz do wielu, wielu obywateli, a będą mogli się oni wtedy przekonać, jaką stałą, codzienną, wytrwałą, wciąż na stopie mobilizacji opieką otoczone jest społeczeństwo w Polsce przez tych, co niewdzięczną czynność urzędowych opiekunów nad ich zdrowiem i życiem wykonują.

Wielokrotnie na zjazdach lekarzy publicznej służby zdrowia podnosiłem, iż jedynym sprawdzianem skutków ich pracy, jeśli nie całkowicie, to w każdym razie w znacznej bardzo mierze, jest stan zdrowotny poborowych i wskaźnik umieralności. Stała poprawa stanu fizycznego (wzrost i waga) i zdrowia naszych poborowych, mimo okresów kryzysowych, jest już dokładnie stwierdzona i znana, a dzięki stałemu spadkowi umieralności ocalone miliony istnień ludzkich w Polsce, są największą i najmilszą zapłatą światu lekarskiemu za roztaczaną, wedle opracowanego szczegółowego planu, opiekę.

Położenie dużo większego nacisku na zapobieganie chorobom przy nie zaniedbywaniu lecznictwa szpitalnego, rezultaty dać musiało i dało, lecz niestety nie w tych rozmiarach jak byśmy tego wszyscy pragnęli, bo nie zawsze i wszędzie były „wynalezione" czy wyżebrane fundusze, a fundusze te znalezione będą najprędzej i użyte najskuteczniej, przy wprowadzeniu powszechności ubezpieczenia czy zabezpieczenia chorobowego. Dzisiaj zwłaszcza, kiedy życie i zdro-

wie jednostki przestało być wartością pojedyńczego człowieka, czy jego najbliższych, a stało się dobrem całego społeczeństwa, realizacja postulatu powszechności lecznictwa jest konieczną, skuteczna bowiem, bezwątpienia, działalność dzisiejszych ubezpieczeń społecznych nie może już wystarczyć.

Kończąc tę krótką przedmowę do sprawozdania z 20-letniej pracy służby zdrowia mam do spełnienia jeszcze obowiązek podziękowania wszystkim pracującym w publicznej służbie zdrowia i polskiemu światu lekarskiemu za jakżeż często bezinteresowną a ciężką pracę.

Celem, który nam wszystkim w pracy przyświecał, była nie tylko maksyma każdego lekarza „Salus aegroti suprema lex esto", lecz raczej jej wyższy stopień „Salus Rei Publicae suprema lex esto".

Dr E. Piestrzyński
Podsekretarz Stanu

Warszawa, 15 kwietnia 1939 roku.

WSTĘP

OGÓLNA OCENA ZDROWOTNOŚCI I RZUT OKA NA STAN DEMOGRAFICZNY POLSKI W LATACH 1918—1938

Zdrowotność każdego kraju zależy, pominąwszy warunki klimatyczne i gospodarcze, w dużej mierze od gęstości zaludnienia oraz od ruchu naturalnego i migracji jego ludności.

W tych samych warunkach terenowych i gospodarczych, gdy gęstość zaludnienia jest zbyt mała, organizacja i administracja kraju oraz opieka nad zdrowiem ludności napotykają na trudności, które z kolei zwiększają chorobowość i umieralność ogólną, a przyrost naturalny ludności, pomimo bardzo dużej rozrodczości niweczy wielka śmiertelność niemowląt.

Optimum gęstości zaludnienia sprzyja dobrej organizacji życia publicznego, dobrobytowi ogólnemu i wysokiemu poziomowi zdrowia ludności.

Przy nadmiarze ludności w kraju skutki przeludnienia wywierają wybitnie ujemny wpływ na dobrobyt i na zdrowie ludności.

Polska obecna jest krajem wybitnie przeludnionym. Stan jej przeludnienia obliczają znawcy tego zagadnienia na 7 lub 8 milionów co stanowi około 20% ogółu ludności.

Gdyby jako podstawę dla porównania przyjąć, że stan organizacji i uprzemysłowienia Polski jest zbliżony do uprzemysłowienia Francji i jeżeli wziąć pod uwagę znacznie korzystniejsze warunki klimatyczne Francji, musielibyśmy wnioskować, że obecnie korzystna gęstość zaludnienia w Polsce nie powinna przekraczać 70 mieszkańców na 1km². Odpowiadałoby to liczbie 7.300.000 nadmiaru ludności Polski.

Ten wielki nadmiar ludności stanowi najważniejszą przeszkodę nietylko dla szybkiego wzrostu dobrobytu ogólnego ale i dla intensywnego podnoszenia się zdrowotności kraju.

BIBLIOTEKA M.P. KSIĘGOZBIÓR

GĘSTOŚĆ ZALUDNIENIA POLSKI W PORÓWNANIU Z NIEKTÓRYMI KRAJAMI EUROPY (r. 1938)

K R A J	Gęstość zaludnienia na 1 km²	U w a g i
Polska	89	(W tym województwa zachodnie — 103, centralne — 105, południowe — 115, Wschodnie — 49)
Dania	84	
Estonia	24	
Francja	76	
Hiszpania	49	
Irlandia	43	
Litwa	45	
Łotwa	30	
Niemcy	134	(w tym Austria 81)
Rumunia	65	
Szwajcaria	101	
Z. S. R. R. (część europejska)	23	
Europa cała	**46**	

Zarysowujący się ostatnio pomyślny rozwój uprzemysłowienia w Centralnym Okręgu Przemysłowym pociągnie za sobą doraźnie ujemne skutki dla zdrowia z uwagi na gwałtowny dopływ ludności na tereny niedostatecznie urządzone i zaopatrzone pod względem sanitarnym i mieszkaniowym.

Po paru już jednak latach zwiększenie zatrudnienia zmniejszy nieco stopień przeludnienia i przez to zacznie wywierać korzystny wpływ na zdrowie publiczne w ogóle.

Brak dotychczas zadawalającego liczbowo miernika zdrowotności utrudnia w stopniu wysokim ocenę tej zdrowotności w danym momencie i w porównaniu z latami ubiegłymi, na tym samym lub innym obszarze,. Wskaźnik umieralności ogólnej, najlepiej znany szerokiej publiczności. jest bardzo niedokładnym miernikiem zdrowotności publicznej, zależy on bowiem nietylko od liczby zgonów ale, w dużej mierze, także od stopy rozrodczości oraz od składu ludności według płci i grup wieku. Im wyższy odsetek ludności stanowią niemowlęta i starcy, tym większa będzie umieralność ogólna, choćby poziom zrdowotności ogólnej był wyższy.

To też dla zobrazowania istotnego postępu zdrowotności kraju konieczna jest wielostronna analiza stanu demograficznego ludności,

jego przyrostu naturalnego, ruchów migracyjnych, ślubności, rozrodczości, umieralności ogólnej i z powodu różnych chorób, w szczególności zakaźnych i społecznych, śmiertelności niemowląt, podziału ludności wg. płci i grup wieku oraz rozwoju i działalności agend publicznej służby zdrowia.

Cennym wreszcie wskaźnikiem mogą być masowe badania różnych grup ludności jak np. badania wagi, wzrostu i rozwoju dzieci szkolnych, ocena zdrowotności poborowych przed wstąpieniem ich do wojska itp. Ten ostatni wskaźnik wykazuje powolną ale systematyczną poprawę. W ciągu ostatnich kilkunastu lat wzrost poborowego, a więc przeciętnego mężczyzny w wieku ukończonym 21 lat, podniósł się o przeszło 1 cm i waga o 1 kg z górą.

Stan zdrowotny kraju zależy w dużej mierze od stopnia urbanizacji kraju. W dobie dzisiejszej rozwój miast sprzyja lepszej organizacji opieki nad zdrowiem ludności i przez to podnosi zdrowotność ogólną. Polska należy do krajów wybitnie rolniczych, mających nieznaczny odsetek ludności w dużych miastach.

W porównaniu z niektórymi krajami Europy stan urbanizacji kraju na podstawie ostatniego spisu ludności (1931 3r.) przedstawia się jak następuje:

K R A J	% ludności zamieszkałej miastach liczących ponad 10.000 mieszkańców
Polska	20,4
Anglia	77,3
Dania	43,2
Francja	39,4
Holandia	63,6
Niemcy	49,7

Struktura ludności według płci odbija się w pewnym stopniu na wskaźniku umieralności, gdyż umieralność mężczyzn niemal we wszystkich grupach wieku jest wyższa niż kobiet.

Liczba kobiet na 100 mężczyzn w Polsce w porównaniu z innymi krajami wynosi:

w Polsce (1931 rok)	106,9
(w wieku płodności od 15 do 49 lat	110,7)
w Anglii	108,8
we Francji	107,1
w Niemczech	105,1
w Italii	106,1

Większe i ważniejsze znaczenie dla oceny wskaźnika umieralności mają różnice podziału ludności według grup wieku, z uwagi na bardzo duże różnice umieralności osób różnego wieku. W tym względnie struktura ludności Polski pociąga za sobą większą umieralność w porównaniu z krajami Zachodniej Europy.

LUDNOŚĆ NIEKTÓRYCH KRAJÓW EUROPY WEDŁUG GRUP WIEKU W ODSETKACH OGÓŁU

Kraj i rok spisu ludności	grupy wieku						
	0—9	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60 i wyż.
Polska 1931	24,9	18,2	19,3	13,3	9,4	7,1	7,8
Anglia 1931	15,8	16,6	17,2	14,7	13,1	11,1	11,5
Francja 1931	17,3	13,1	16,7	14,7	12,8	11,4	14,0
Niemcy 1933	15,6	15,1	18,9	16,1	12,6	10,7	11,0

Przyjmując, że okres największej zdolności do pracy i najmniejszej umieralności przypada na wiek 20 do 59 lat, znajdujemy, że Polska ma strukturę ludności wywierającą wyraźny wpływ niepomyślny na jej dobrobyt i na zdrowie publiczne.

W tej grupie wieku było bowiem:

w Polsce tylko 49,1% ludności
w Anglii 56,1% ,,
we Francji 55,6% ,,
w Niemczech 58,3% ,,
w Italii 50,6% ,,
w Z. S. R. R. 44,6% ,,

Grupa wieku wykazującego bardzo wysoką umieralność, tj. dzieci w wieku od 0 do 9 lat jest w Polsce najliczniejsza.

RUCH NATURALNY LUDNOŚCI POLSKI, tj. URODZENIA, ZGONY I PRZYROST NATURALNY W LATACH 1921 — 1938 PRZEDSTAWIA SIĘ JAK NIŻEJ:

LATA	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
	na 1.000 mieszkańców		
1921	32,8	20,9	11,9
1922	35,3	19,9	15,4
1923	35,6	17,3	18,3
1924	34,5	17,9	16,6
1925	35,2	16,7	18,5
1926	33,1	17,8	15,3
1927	31,6	17,3	14,3
1928	32,3	16,4	15,9
1929	32,0	16,7	15,3
1930	32,5	15,5	17,0
1931	30,2	15,5	14,7
1932	28,8	15,0	13,8
1933	26,5	14,2	12,3
1934	26,5	14,4	12,1
1935	26,1	14,0	12,1
1936	26,2	14,2	12,0
1937	24,9	14,0	10,9
1938	24,5	13,8	10,7

Pod względem naturalnego przyrostu ludności aż do 1936 roku Polska zajmowała pierwsze miejsce w Europie. Składała się na to wysoka stopa urodzeń i stały, zdecydowany spadek umieralności ogólnej oraz śmiertelności niemowląt.

Poczynając od 1931 roku, w dużej mierze w następstwie kryzysu gospodarczego, liczba małżeństw a jeszcze więcej i urodzeń zaczęła gwałtownie spadać. A ponieważ spadkowi temu nie towarzyszył równoległy spadek umieralności ogólnej i śmiertelności niemowląt to przyrost naturalny zaczął się wybitnie zmniejszać i osiągnął w pierwszej połowie bieżącego roku 10,8 na 1000 ludności.

Za bardzo niekorzystny objaw należy uznać szczególnie mały przyrost naturalny największych miast, z wyjątkiem Gdyni.

Wynosił on w roku 1937:

w Warszawie	2,1	na 1000 ludności
w Łodzi	−0,6	,, ,, ,,
w Częstochowie	4,8	,, ,, ,,
w Sosnowcu	4,8	,, ,, ,,
w Lublinie	3,5	,, ,, ,,
w Białymstoku	2,7	,, ,, ,,
w Wilnie	0,8	,, ,, ,,
w Poznaniu	5,8	,, ,, ,,
w Bydgoszczy	7,5	,, ,, ,,
w Gdyni	22,7	,, ,, ,,
w Katowicach	6,0	,, ,, ,,
w Chorzowie	7,5	,, ,, ,,
w Krakowie	1,3	,, ,, ,,
we Lwowie	2,3	,, ,, ,,

Ujemny przyrost naturalny w Łodzi tłomaczy się największą w Polsce śmiertelnością niemowląt, wynoszącą w roku 1937 aż 190 zgonów w 1-ym roku życia na 1000 urodzonych żywo niemowląt.

Ta ogromna śmiertelność niemowląt z kolei tłumaczy się bardzo niską ślubnością (6,7 małżeństw na 1.000 ludności, gdy przeciętna dla wielkich miast przekracza 8,0). Śmiertelność zaś niemowląt nieślubnych jest wciąż w Polsce bardzo wysoka.

Umieralność ogólna zmniejszała się poczynając od 1918 roku systematycznie aż do 1933 roku; od tego czasu nie ulegała ona większym zmianom.

Za bardzo ujemny objaw w ocenie zdrowotności ogólnej należy przyjąć wciąż jeszcze b. wysoką śmiertelność niemowląt, która w ciągu ostatnich 10 lat uległa tylko nieznacznemu obniżeniu, (przynajmniej na podstawie posiadanych liczb urzędowych) i wynosi około 140 zgonów niemowlęcych (na 1000 żywo urodzonych) w 1-ym roku życia.

W porównaniu z krajami zachodniej Europy są to liczby ogromne, często 2 a czasem nawet 3 razy większe. Ocena tego wskaźnika musi jednak być ostrożna, z uwagi na duże braki statystyki urodzeń i zgonów niemowlęcych, które prawdopodobnie są z każdym rokiem coraz lepiej zgłaszane.

Na ruch naturalny, strukturę według płci i grup wieku oraz na zdrowotność ludności wywierają znaczny wpływ większe ruchy migracyjne.

WYCHODŹTWO ORAZ POWRÓT WYCHODŹCÓW I REPATRIANTÓW (1918—1938)

	Lata 1919-1925	1926-1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Wychodźtwo w ogóle	577.800	964.100	76.000	21.400	35.500	42.600	53.800	54.600	102.400
w tym do krajów Europy	230.000	679.100	64.200	11.800	18.300	21.800	19.200	29.700	78.600
do krajów zamorskich	347.800	285.000	11.800	9.600	17.200	20.800	34.600	24.900	23.800
Powrót wychodźców wogóle	—	459.700	87.700	38.600	18.800	34.000	53.400	43.700	40.800
z krajów Europy	—	426.500	80.500	32.700	14.900	31.800	51.700	41.500	39.000
z krajów zamorskich	—	33.200	7.200	5.900	3.900	2.200	1.700	2.200	1.800
Powrót uchodźców wojen. przymusowo ewakuowan. w czasie wojny światowej	*) 1.265.000	—	—	—	—	—	—	—	—

Na szczególną uwagę zasługuje fakt gwałtownego zahamowania wychodźtwa i powrotna fala reemigrantów w okresie kryzysu, co musiało się odbić wybitnie niekorzystnie na warunkach pracy i na stopie życia oraz na zdrowotności publicznej.

Jak z powyższych danych widać sytuacja demograficzna w kraju w latach 1918 — 1938 nie mogła być uważana za pomyślną dla szybkiego podnoszenia zdrowotności publicznej, a w okresie kryzysu oddziaływała wybitnie ujemnie.

W skutek zwiększenia się stopnia przeludnienia stanowi ona i obecnie poważną przeszkodę dla publicznej służby zdrowia.

Wspomniane już wyżej trudności oceny stopnia zdrowotności kraju na przestrzeni pierwszego 20-lecia Polski Odrodzonej nie pozwalają nam na liczbowe ujęcie wyników podniesienia stanu zdrowia ludności.

Analiza niniejszego sprawozdania wskazuje jednak w sposób bardzo widoczny, że mimo tak licznych przeszkód i trudności i nie sprzyjających warunków ogólnych poziom zdrowotności nietylko nie uległ pogorszeniu na żadnym odcinku, ale wykazywał dotychczas chociaż powolny, jednak naogół pomyślny rozwój, a jeżeli chodzi o ostre choroby zakaźne, opanowywanie epidemii było natyle skuteczne, że poczynając od końca wojny i zakończenia masowej repatriacji uchodźców przynoszących ze wschodu i roznoszących po kraju liczne, najgroźniejsze choroby zakaźne, rozległych epidemii lub pandemii nie notowano. Biorąc zaś pod uwagę bardzo nikłe środki przeznaczone w budżecie Państwa i samorządów na zdrowie publiczne należy uznać, że organizacja publicznej służby zdrowia w tym trudnym okresie zdała egzamin ze swej sprawności.

*) liczba nieścisła, prawdopodobnie znacznie niższa od rzeczywistej.

I. ADMINISTRACJA SANITARNA W POLSCE ODRODZONEJ

Początki organizacji Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej sięgają tych czasów, kiedy losy jej niepodległości jeszcze się ważyły, a wynik ostateczny niełatwy był do przewidzenia. W roku 1917, podczas najcięższego okresu okupacji ziem polskich przez koalicję mocarstw centralnych, przystąpiono do tworzenia polskiej służby zdrowia. W dniu 15 lutego 1917 r. w Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego powstał zalążek przyszłej Polskiej Służby Zdrowia w postaci Referatu Zdrowia Publicznego pod kierownictwem Dr W. Chodźki. W ciągu najbliższych kilku miesięcy referat ten został przekształcony na Wydział, potym na Sekcję, i wreszcie na Dyrekcję Służby Zdrowia Publicznego. Dekret Rady Regencyjnej z dnia 4.IV. 1918[1]) powołał już do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, ale jeszcze w tym samym roku, bo dekretem z dnia 30.X. 1918[1]) Ministerstwo to zostało podzielone na dwie części, mianowicie na Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz na Ministerstwo Ochrony Pracy.

Równocześnie z tymi pracami nad zorganizowaniem władz centralnych Służby Zdrowia szła praca w terenie przez organizowanie tzw. Okręgowych i Powiatowych Urzędów Zdrowia, które wszakże w znacznym stopniu były uzależnione od władz okupacyjnych. W ciągu lat 1917 i 1918 urządzone były dwa kursy specjalne dla lekarzy, którzy po ukończeniu przeszkolenia objęli stanowiska w wymienionych wyżej urzędach.

Z chwilą ustąpienia władz okupacyjnych z końcem 1918 roku z większości ziem polskich, zdewastowanych czteroletnią wojną, pustoszonych przez liczne epidemie, bardzo skomplikowane zadania organizacyjne Służby Zdrowia spadły na barki nowopowstającej

[1]) Dziennik Praw Królestwa Polskiego nr 5/1918.
[2]) Dziennik Praw Królestwa Polskiego nr 14/1918.

administracji polskiej. Trzeba było improwizować nowe kadry pracowników w warunkach zupełnego chaosu administracyjnego, trzeba było wreszcie zająć się zdrowiem nieszczęsnej ludności, o którą w okresie wojennym właściwie nikt nie dbał.

To też jednym z pierwszych dekretów Naczelnika Państwa w dniu 13.XII. 1918 r.[1]) ustanowił odrębne Ministerstwo Zdrowia Publicznego drogą mianowania jego kierownika, a w roku 1920[2]) powołano do życia, jako organ specjalny, Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami, wyposażony w szczególne daleko sięgające uprawnienia, a także stworzono Instytut Epidemiologiczny, jako centralne laboratorium diagnostyczne i wytwórnię szczepionek i surowic, niezbędnych do zwalczenia klęski chorób zakaźnych.

Organizacja, powstała w ten sposób, przetrwała do roku 1924, kiedy ze względów oszczędnościowych zniesiono Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a agendy jego podzielono pomiędzy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Dz. U. R. P. nr 9 z r. 1924, p. 86). Uczyniono to w ten sposób, że większość agend w zakresie Zdrowia Publicznego przekazano Ministerstwu Spraw Wewnętrznych. Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej powierzono sprawy opieki nad matką i dzieckiem, opiekę nad inwalidami i kalekami oraz higienę pracy. Wreszcie sprawy ubezpieczeń na wypadek choroby znalazły się również prawie całkowicie w kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Następne lata wykazały, że podział powyższy, zastosowany w administracji sanitarnej, zarówno w urzędach centralnych, jak i na terenie, stwarza wiele trudności i tarć z powodu niemożności ścisłego zastosowania go w praktyce. Coraz bardziej jasne się stawało, że wszystkie agendy Zdrowia Publicznego tworzą jedną nierozerwalną całość i że tylko przez scalenie ich można skoordynować i ułatwić pracę w tym zakresie. Wreszcie rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21.VI. 1932 r. przekazano wszystkie sprawy zdrowotne, pozostające dotychczas w kompetencji Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (Dz. U. R. P. nr 52, poz. 493), pozostawiając w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych tylko sprawy techniki sanitarnej.

Obecnie możemy uważać, że większość zagadnień Zdrowia Publicznego jest połączona i przekazana kompetencji Ministra Opieki Społecznej. Wyjątki od tej zasady stanowią (pominąwszy Wojskową Służbę Zdrowia, mającą zadania specjalne) jeden wyżej wymieniony dział, pozostawiony w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, a poza tym sprawy higieny szkolnej, pozostające dotychczas w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, higiena środków

[1]) Biuletyn Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego nr 5/1918.
[2]) Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej nr 61/1920.

komunikacyjnych — w Ministerstwie Komunikacji i higiena więzień — w Ministerstwie Sprawiedliwości. Dążeniem Państwowej Służby Zdrowia jest włączenie wszystkich tych agend do całokształtu zagadnień Zdrowia Publicznego.

Poza wymienionymi nielicznymi wyjątkami wszystkie sprawy Zdrowia Publicznego podlegają obecnie kompetencji Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. Departament ten składa się z 5 wydziałów. Wydział normatywny zajmuje się opracowywaniem przepisów prawnych, ich opiniowaniem, załatwia sprawy organizacyjne i międzynarodowe. Wydział nadzoru nad akcją zapobiegawczą sprawuje nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym Państwa, jemu podlegają poza tym sprawy walki z ostrymi chorobami zakaźnymi, sprawy opieki nad matką i dzieckiem i zwalczanie chorób społecznych. Wydział nadzoru nad lecznictwem wykonywa nadzór nad zakładami leczniczymi i uzdrowiskami. Wydział farmaceutyczny sprawuje nadzór nad produkcją i obrotem środkami leczniczymi. Wydział orzecznictwa opracowuje i wydaje orzeczenia oraz interpretacje prawne.

Poza tymi Wydziałami istnieje Inspektorat Służby Zdrowia, który kontroluje i koordynuje działalność podległych władz. Zarówno Dyrektor Departamentu, jak i Naczelnicy Wydziałów (z wyjątkiem Wydziałów Farmaceutycznego i Orzecznictwa), a także Inspektorzy Służby Zdrowia są lekarzami. Naogół Departament Służby Zdrowia zatrudnia obecnie 53 osoby, w tym 18 lekarzy, 6 prawników, 5 farmaceutów, 2 pielęgniarki, 1 chemika, 1 inżyniera, 1 agronoma i 19 innych pracowników.

Jako ciało doradcze w zakresie Zdrowia Publicznego istnieje przy Ministerstwie Opieki Społecznej Państwowa Naczelna Rada Zdrowia, powołana do życia w postaci obecnej rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7.I. 1926 (Monitor Polski nr 18, p. 52). Zadaniem tej Rady jest rozważanie i opiniowanie wszelkich projektów przepisów prawnych i zamierzeń, które przedkłada jej Minister Opieki Społecznej, a także przedstawianie takich projektów z własnej inicjatywy. Członkami Rady są 3 przedstawiciele Ministerstwa Opieki Społecznej, przedstawiciele Ministerstw zainteresowanych, przedstawiciele Państwowego Zakładu Higieny, Uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej, samorządu terytorialnego, zakładu ubezpieczeń społecznych oraz 7 osób, powołanych przez Ministra Opieki Społecznej. Przewodniczącym Rady jest Minister Opieki Społecznej a jego zastępcą — Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia. Rada posiada 21 sekcyj, do których poza członkami Rady wchodzą osoby kooptowane.

Poza Państwową Naczelną Radą Zdrowia, o charakterze ogólnym, istnieją przy Centralnej Służbie Zdrowia jeszcze dwie Rady o charakterze specjalnym, mianowicie Rada do spraw dozoru nad

artykułami żywności i przedmiotami użytku oraz Państwowa Rada do spraw uzdrowisk. Są to również organa rzeczoznawcze i doradcze przy Ministrze Opieki Społecznej, a pod względem składu podobne do Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Wymienione wyżej ciała zbiorowe dają możność Ministrowi w razie potrzeby zasięgnąć opinii różnych czynników zainteresowanych. Na posiedzeniu Rady można przedyskutować wszystkie najważniejsze zagadnienia, co w znacznym stopniu ułatwia współpracę Ministerstwa Opieki Społecznej z organizacjami, współdziałającymi na terenie Zdrowia Publicznego, a w pierwszym rzędzie z innymi zainteresowanymi Ministerstwami.

Współpraca z innymi Władzami Państwowymi nie ogranicza się oczywiście do terenu wymienionych wyżej Rad i do dyskusyj. Zgodnie z podziałem kompetencyj pomiędzy poszczególne Władze, wszelkie zarządzenia prawne podlegają wielokrotnemu uzgadnianiu i częstokroć są wydawane wspólnie. W miarę scalania agend Zdrowia Publicznego współpraca ta staje się coraz łatwiejsza, ponieważ znika cały szereg niejasności w interpretacji i sporów kompetencyjnych.

Państwowa Służba Zdrowia posiada poza tym jako organ pomocniczy Państwowy Zakład Higieny, który się stopniowo rozwinął ze wspomnianego wyżej Instytutu Epidemiologicznego i został ostatecznie zorganizowany na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10.VI. 1927 (Dz. U. R. P. nr 54, p. 477) w brzmieniu ustalonym obwieszczeniem Ministra Opieki Społecznej z dnia 9. V. 1936 (Dz. U. R. P. nr 45, p. 336 z r. 1936). Zadaniem Państwowego Zakładu Higieny jest prowadzenie badań naukowych, wykonywanie badań analitycznych, wyrób surowic i szczepionek, kształcenie personelu dla państwowej i samorządowej Służby Zdrowia i wreszcie różne czynności, zlecone Zakładowi przez Ministra Opieki Społecznej. Dla wykonania tych zadań podzielono Państwowy Zakład Higieny na następujące działy: Dział bakteriologii i medycyny doświadczalnej, Dział surowic i szczepionek, Dział chemii, Dział wodny, Dział badania żywności, Państwowa Szkoła Higieny i Instytut Higieny Psychicznej.

Państwowy Zakład Higieny w Warszawie posiada filie w Gdyni, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Lwowie, Łodzi, Łucku, Poznaniu, Stanisławowie, Toruniu i Wilnie. Funkcje filij Państwowego Zakładu Higieny pełnią również Wojewódzki Zakład Higieny w Katowicach i Miejska Pracownia w Brześciu, a zamierzone jest już w najbliższych latach utworzenie filii w każdym Województwie.

Wreszcie Ministerstwo Opieki Społecznej administruje także 19 szpitalami państwowymi, przeważnie w Województwach Wschodnich, oraz zdrojowiskami państwowymi (Burkut, Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Krynica i Szkło).

Utworzone w pierwszym roku niepodległego bytu okręgowe i powiatowe urzędy zdrowia były w początku w znacznym stopniu uniezależnione od administracji ogólnej. Stopniowo, w ciągu lat 1919 i 1920, zostały one przekształcone na Wydziały Zdrowia Publicznego przy Urzędach Wojewódzkich. Zarówno wojewódzkie, jak i powiatowe Urzędy Zdrowia zostały w tym samym czasie scalone z całą administracją ogólną, z wyjątkiem b. dzielnicy pruskiej, gdzie scalenia ostatecznego dokonano dopiero w roku 1928.

Po wcieleniu Departamentu Służby Zdrowia do Ministerstwa Opieki Społecznej, tj. od r. 1932, w większości Województw połączono Wydziały Pracy i Opieki Społecznej z Wydziałami Zdrowia Publicznego, tworząc wspólne Wydziały Pracy, Opieki i Zdrowia. Ze względu na bardzo buży zakres pracy połączenia tego nie dokonano w Województwach: Kieleckim, Krakowskim, Lwowskim, Łódzkim, Poznańskim, Śląskim, Warszawskim i w Komisariacie Rządu na m. st. Warszawę.

Na czele takiego Wydziału zespolonego czy też oddzielnego stoi zwykle lekarz, który w zakresie Służby Zdrowia ma przydzielonych kilku inspektorów. Są to urzędnicy o wykształceniu lekarskim lub farmaceutycznym, których głównym zadaniem jest dokonywanie objazdów na terenie Województwa i inspekcyj różnych objektów z punktu widzenia Zdrowia Publicznego (zakłady lecznicze, stan sanitarno-porządkowy, apteki itp.), kontrolują oni poza tym działalność lekarzy powiatowych i opracowują sprawozdania ze stanu zdrowotnego Województwa. Poza tym w skład personelu lekarskiego Urzędów Wojewódzkich wchodzą: epidemiolog, współpracujący ściśle z filiami Państwowego Zakładu Higieny, referent do spraw ratownictwa sanitarnego, przygotowujący aparat Służby Zdrowia na wypadek wojny, i inni referenci lekarscy w miarę potrzeby. Ogółem w roku 1934 było 81 urzędników tego rodzaju we wszystkich województwach.

W ciągu ubiegłych lat poczyniono również ze strony władz centralnych kroki, aby wymieniony skład osobowy uzupełnić przez dodanie jeszcze jednej osoby, mianowicie wojewódzkiej instruktorki pielęgniarstwa. Stało się to niezbędne z powodu szybkiego rozwoju sieci placówek leczniczych i zapobiegawczych w Polsce, których praca jest nie do pomyślenia bez odpowiednio wykwalifikowanyj pielęgniarki. Obecnie posiadamy już takie placówki we wszystkich Urzędach Wojewódzkich. Zadaniem instruktorki jest kontrola pracy pielęgniarek, zatrudnionych na terenie województwa.

Dążeniem Państwowej Służby Zdrowia jest także, ażeby w każdym województwie posiadać również inżyniera sanitarnego, któryby mógł, jako jednostka fachowa, zająć się sprawami higieny otoczenia, jednakże zamierzenia te nie wykroczyły dotychczas poza sferę projektów, a to ze względu na trudności finansowe, związane z realijowaniem takiego planu.

Zadaniem lekarza powiatowego jest nadzór nad wszystkimi sprawami, dotyczącymi Zdrowia Publicznego na terenie powiatu. Jednocześnie jest on z urzędu lekarzem zaufania władz państwowych i z tego tytułu pełni funkcje lekarza sądowego, jako też członka różnych komisyj kwalifikacyjnych, poborowych, emerytalnych itp. Ogólna liczba lekarzy, zatrudnionych w Państwowej Służbie Zdrowia na terenie powiatów, wynosi obecnie 270 osób.

W ramach organizacji i działalności, skreślonych wyżej, wydatki Skarbu Państwa nie są wielkie. Stanowią one zaledwie ułamek odsetka ogólnych wydatków budżetowych. Wydatki Państwowej Służby Zdrowia w ciągu dwudziestu lat jej istnienia wynosiły kilkanaście milionów złotych rocznie. W budżecie na rok 1938/39 wynoszą one brutto 17.902.930 zł, podczas gdy dochodów przewiduje się 9.764.905 zł. Wydatki netto wynoszą wobec tego 8.138.025 zł, co stanowi 0,25 zł na jednego obywatela.

Szczegóły, dotyczące wydatków i dochoódw Państwowej Służby Zdrowia według budżetu na r. 1938/39 podane są na załączonej tablicy nr 1. Zaznacza się, że nie obejmują one wydatków na pomoc lekarską dla funkcjonariuszów państwowych, jako nie wchodzących w zakres ściśle pojętej służby zdrowia. Na te ostatnie wydatki przewidziano w budżecie na r. 1938/39 kwotę 8.500.000 złotych.

Tablica nr 1

BUDŻET PAŃSTOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA NA ROK 1938/39

WYDATKI.

Wydatki personalne (w przybliżeniu)	1.660.000 zł
Udział Polski w międzynarodowych organizacjach Zdrowia Publicznego	16.230 ,,
Państwowe Szkoły Położnych	149.760 ,,
Państwowy Zakład Higieny	1.374.320 ,,
Służba Zdrowia (walka z chorobami, opieka nad lecznictwem, ratownictwo sanitarne)	4.655.790 ,,
Przedsiębiorstwa i zakłady:	
Zdrojowiska Państwowe	4.582.320 ,,
Przedsiębiorstwa Państwowego Zakładu Higieny . .	1.985.550 ,,
Szpitale Państwowe	3.478.960 ,,
Razem złotych	17.902.930

DOCHODY:

Lekarze powiatowi	100 zł
Państwowe Szkoły Położnych	7.200 ,,
Państwowy Zakład Higieny	346.075 ,,
Służba Zdrowia (dotacja Państw. Monopolu Spirytus,)	547.700 ,,

Przedsiębiorstwa i zakłady:	
Zdrojowiska Państwowe	4.582.320 ,,
Przedsiębiorstwa Państwowego Zakładu Higieny . .	2.052.550 ,,
Szpitale Państwowe	2.228.960 ,,
Razem złotych	9.764.905
Wydatki netto złotych	8.138.025

Stosunkowo niewielkie wydatki na Państwową Służbę Zdrowia tłumaczą się tym, że zadania jej ograniczone są głównie do czynności legislacyjnych i nadzorczych. Do tego dochodzi akcja udzielania zapomóg różnym instytucjom i zakładom w stosunkowo niewielkim zakresie. Wykonawstwo natomiast jest prawie całkowicie w rękach samorządu, co jest zupełnie zgodne z duchem i literą odnośnych przepisów prawnych, normujących życie samorządu. Obowiązki samorządu w zakresie Zdrowia Publicznego ustala zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19.VII. 1919 r. (Dz. Pr. Państw. nr 63, p. 371) i inne późniejsze przepisy prawne, normujące poszczególne zagadnienia natury zdrowotnej.

Wojewódzkie i powiatowe organa Państwowej Służby Zdrowia nadzór swój nad samorządem sprawują głównie drogą kontroli jego budżetów. Przy zatwierdzaniu tych budżetów przez władze nadzorcze dana jest możność wywarcia odpowiedniego wpływu na wysokość i jakość zamierzonych wydatków. Nadzór ten na terenie powiatu jest jeszcze ułatwiony przez to, że Starosta jest jednocześnie ex officio przewodniczącym Wydziału Powiatowego.

Inna droga, pozwalająca na pewien wgląd w gospodarkę samorządów i na skierowywanie jej we właściwym kierunku, polega na udzielaniu samorządom na poszczególne cele zapomóg z funduszów państwowych, stawiając jednocześnie pewne wymagania i warunki. Ten tryb postępowania znajduje również częste zastosowanie ze strony władz Państwowej Służby Zdrowia.

Samorządowa Służba Zdrowia czynna jest na obszarze całego Państwa, zarówno na terenie miast, jak i wsi.

Zakres działania samorządu na terenie gromady, a nawet gminy jest, o ile chodzi o Zdrowie Publiczne, niewielki. Sprowadza się do pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych, czasem także do subwencjonowania położnej gminnej. Wyższą jednostką samorządu terytorialnego jest powiat. Samorząd ten posiada własnych, często nawet licznych, urzędników. A ponieważ jest on powołany w myśl przepisów obowiązujących do pełnienia różnych obowiązków w zakresie Zdrowia Publicznego, więc pomiędzy innymi funkcjonariuszami musi mieć również fachowca-lekarza do załatwiania spraw, wchodzących w zakres administracji sanitarnej.

To też w początkach prac organizacyjnych nad Publiczną Służbą Zdrowia mieliśmy w wielu powiatach jednego lekarza powiatowego, mianowanego przez władzę państwową, a drugiego tzw. sejmikowego — przez samorząd. Taki stan rzeczy nie był do utrzymania na dłuższą metę. Lekarze ci w swej działalności przeszkadzali jeden drugiemu, spory kompetencyjne były na porządku dziennym. Zmieniono stopniowo ten stan rzeczy w ten sposób, że drogą perswazyj skłoniono samorządy do przyjęcia lekarzy państwowych, jako swych doradców. Argumenty, przemawiające za taką reformą, były następujące: po pierwsze — dwutorowość w administracji jest rzeczą niepożądaną, a Państwo nie może się zrzec swej funkcji nadzorczej, po drugie — lekarze państwowi przechodzą specjalne przeszkolenie w zakresie administracji sanitarnej, którego nie posiadają inni lekarze, a po trzecie — jeżeli samorząd posiada własnego lekarza sejmikowego, to musi mu płacić za jego pracę pełne wynagrodzenie, natomiast, korzystając z usług lekarza państwowego, płaci mu zwykle tylko dodatek do jego pensji, jako urzędnika państwowego.

W ten sposób, nie posiadając wyraźnego przepisu prawnego, normującego tę sprawę, udało się doprowadzić do takiego stanu rzeczy, że obecnie powiaty, mające podwójną władzę sanitarną, należą do rzadkości. Z reguły państwowy lekarz powiatowy jest jednocześnie fachowym doradcą samorządu w sprawach Zdrowia Publicznego.

Jednakże lekarz powiatowy ma za zadanie tylko nadzór nad wszystkimi sprawami, dotyczącymi Zdrowia Publicznego na terenie powiatu. Wykonawstwo musi się znaleźć w rękach samorządu. A więc szpitale ze względu na stosunkowo duże koszty ich prowadzenia są utrzymywane przez samorządy terytorialne wyższego rzędu, — szpitale ogólne przez samorząd powiatowy, a specjalne, w szczególności zakłady psychiatryczne, przez samorząd wojewódzki, tam, gdzie on istnieje, bądź też przez specjalne związki celowe samorządów.

Inaczej się rzecz ma z akcją zapobiegania chorobom, która nie może być tak centralizowana, jak lecznictwo, a raczej powinna obsługiwać ludność na miejscu. W warunkach obecnych nie można jednakże tą działalnością obarczać gminy, jako jednostki naogół finansowo zbyt słabej. To też w zakresie zapobiegania domagamy się aby każdy powiat był podzielony na kilka okręgów (rejonów) sanitarnych, składających się każdy z kilku gmin. Dla wykonywania zadań, związanych z akcją zapobiegawczą, na takim terenie potrzebny jest lekarz okręgowy, którym może być praktyk, poświęcający kilka godzin pracy dziennie dla Służby Zdrowia w zakresie opieki nad zdrowiem ludności danego okręgu. Aby umożliwić wykonanie tych zadań, każdy lekarz okręgowy powinien być jednocześnie kie-

rownikiem miejscowego Ośrodka Zdrowia. Lekarz taki powinien mieć charakter służbowy pracownika samorządowego, a w prrcy swej powinien podlegać lekarzowi powiatowemu, jako ogólnemu kierownikowi Służby Zdrowia na terenie powiatu. Ażeby tym wszystkim zamierzeniom o charakterze organizacyjnym dać trwałą podstawę prawną Ministerstwo Opieki Społecznej przygotowało projekt nowej ustawy o Publicznej Służbie Zdrowia, której zadaniem ma być wprowadzenie w życie wyżej wyłuszczonych założeń. Projekt ten został już złożony Izbom Ustawodawczym.

Tablica nr 2

OŚRODKI ZDROWIA W LATACH 1934, 1935 i 1936

	1934	1935	1936	1937
Liczba Ośrodków Zdrowia:				
Ogólna	260	310	397	482
z działem walki z gruźlicą	246	294	366	436
„ „ „ „ jaglicą	231	273	362	444
„ „ „ „ chorob. wener.	119	154	245	314
„ „ opieki nad dzieckiem	170	227	287	364
„ „ „ „ matką	119	156	203	222
„ „ higieny szkolnej	112	156	228	322
„ „ sanitarnym	74	51	107	156
„ innymi działami	71	81	104	143
Personel:				
Liczba lekarzy	662	776	996	1.138
„ pielęgniarek	453	544	692	840
„ kontrolerów sanitarnych	65	75	89	115
„ innych pracowników	363	433	231	277
Liczba osób pod opiekę:				
Ogólna	523.872	704.914	1.085.329	1.407.272
na 1 ośrodek	2.015	2.274	2.734	2.920
Liczba porad udzielonych:				
Ogólna	1.331.213	1.462.122	2.233.014	2.663.880
na 1 lekarza	2.011	1.884	2.242	2.341
Liczba odwiedzin domowych:				
Ogólna	246.602	283.339	378.176	425.018
na 1 pielęgniarkę	544	521	546	506
Koszty utrzymania:				
Ogólne	3.356.705	4.680.721	5.119.217	5.898.972
na 1 ośrodek	12.910	15.099	12.895	12.238

Do zrealizowania wyżej naszkicowanego planu Państwowa Służbia Zdrowia zdąża już od wielu lat .W roku 1925 powstały dwa pierwsze Ośrodki Zdrowia, pomyślane jako instytucje, zespalające w sobie wszystkie działy pracy w zakresie zapobiegania chorobom. Działają one przez opiekę nad człowiekiem (kobieta ciężarna, niemowlę, dziecko w wieku przedszkolnym, dziecko w wieku szkolnym, walka z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, alkoholizmem i t. p.), a także nad otoczeniem człowieka (zaopatrzenie w należytą wodę, żywność, racjonalne usuwanie nieczystości, budownictwo mieszkaniowe, stan sanitarno-porządkowy i t. p.). Ośrodek Zdrowia w tej koncepcji jest tą jednostką podstawową, na której oparty jest cały gmach Publicznej Służby Zdrowia. Takich Ośrodków Zdrowia w dniu 1.I. 1939 mieliśmy już ponad 600, a liczba ich wzrasta z roku na rok. Stan posiadania w tym zakresie, jako też działalność Ośrodków Zdrowia ilustruje tablica nr 2.

Jak wynika z tej tablicy, dalecy jeszcze jesteśmy od tego, aby każdy powiat posiadał kilka Ośrodków Zdrowia, bo wtedy liczba ich musiałaby wynieść conajmniej 1000. Osiągnięcie tego planu zostało zahamowane przez kryzys, panujący w ciągu kilku lat, który w znacznym stopniu uszczuplił finanse samorządowe.

Ogółem samorząd terytorialny w całym Państwie preliminował na rok budżetowy 1932/33[1]) na wszystkie działy kwotę zł 745.279.797, z tego na Zdrowie Publiczne (Dział VIII) wypadło zł 52.505.672, co stanowi 7,05% wydatków ogólnych, a na jednego mieszkańca zł 1,64.

Przy bliższej analizie tych wydatków według rozmieszczenia geograficznego poszczególnych części Państwa okazuje się, że najwięcej na jednego mieszkańca wydaje na zdrowie Warszawa—zł 8,72, Potem idzie Woj. Śląskie z kwotą zł 5,00, Województwa Zachodnie — zł 1,94, Województwa Południowe—zł 1,39, Województwa Centralne — zł 1,17 i Województwa Wschodnie — zł 0,62. (Tablica nr 3).

Jeżeli pominiemy w tym zestawieniu Warszawę, jako wielkie miasto, mające specjalne wymagania i obowiązki, to okazuje się, że wydatki zmniejszają się wyraźnie w kierunku od zachodu na wschód. Jest to wyrazem ogólnego poziomu kultury materialnej poszczególnych dzielnic Polski, która jest najwyższa na zachodzie, a pozostawia bardzo dużo do życzenia w Województwach Wschodnich.

[1]) Wzięto jako przykład rok budżetowy 1932/33, ponieważ wydatki tego roku zostały dokładnie opracowane (Praca i Opieka Społeczna, r. 1933, nr 2). Na rok 1937/38 wszystkie samorządy terytorialne preliminowały 691,7 milionów złotych, z czego 52,7 miliona przeznaczono na Zdrowie Publ.

Tablica nr 3

SUMY PRELIMINOWANE WE WSZYSTKICH SAMORZĄDACH NA ROK 1932/33 WEDŁUG GRUP WOJEWÓDZTW

Grupy Województw	Wydatki ogólne w zł	Wydatki na Zdrowie Publiczne (Dz. VIII)		Ludność w/g spisu z r. 1931	Wydatki w dziale Zdr. Pub. na 1 mieszk.
		w złotych	% wyd. ogóln.		
w. st. Warszawa	118,281,227	10.280,694	8,69	1,178,914	8,72
Woj. Centralne	222,440,652	14,243,412	6,40	12,211,452	1,17
,, Wschodnie	67,822,722	3,441,531	5,07	5,548,199	0,62
,, Południowe	139,117,700	11,825,604	8,50	8,504,504	1,39
,, Zachodnie	124,234,911	6,219,076	5,01	3,200,042	1,94
,, Śląskie	73,382,585	6,495,355	8,85	1,298,352	5,00
Polska	**745,279,797**	**52,505,672**	**7,05**	**31,941,463**	**1,64**

Tablica następna (nr 4) pozwala nam zorjentować się w gospodarce samorządów miejskich i wiejskich w zakresie Zdrowia Publicznego. Widać z niej, że miasta, które według spisu ludności z r. 1931 obejmują w Polsce tylko 27,2% ludności, wydają 69,3% wszystkich kwot, przeznaczonych przez samorządy na Zdrowie Publiczne, podczas gdy udział samorządów wiejskich, obejmujących 72,8% całej ludności, wynosi tylko 30,7% tych wydatków. Na jednego mieszkańca miast preliminowano według tych danych zł 4,19

Tablica nr 4

SUMY, PRELIMINOWANE WE WSZYSTKICH SAMORZĄDACH NA ROK 1932/33 Z PODZIAŁEM NA SAMORZĄD MIEJSKI I WIEJSKI

Rodzaj samorządu	Wydatki ogólne w złotych	Wydatkt na Zdrowie Publiczne (Dział VIII)		Udział w całości wydatków na Zdr. Publiczne	Ludność według spisu z r. 1931		Wydatki w Dz. Zdrowia Publ. na 1 mieszkańca zł
		w złotych	w % wyd. ogóln.		ogółem	w % % całości	
Miejski . . .	456,626,463	36,401,235	7,97	69,3	8,679,979	27,2	4.19
Wiejski . .	288,653,334	16,104,437	5,58	30,7	23,261,484	72,8	0,69
Razem	**745,279,797**	**52,505.672**	**7.05**	**100,0**	**31,941,463**	**100,0**	**1,64**

na Zdrowie Publiczne, zaś w okręgach wiejskich tylko zł 0,69, czyli że miasta przeznaczają przeciętnie 6 razy więcej na 1 mieszkańca niż wieś. Nic dziwnego przeto, że wieś jest pod względem zdrowotnym upośledzona i że warunki sanitarne ludności wiejskiej w porównaniu z ludnością miast są znacznie gorsze.

W pracy nad podniesieniem stanu zdrowotnego Rzeczypospolitej Państwowa i Samorządowa Służba Zdrowia, zwane także łącznie Publiczną Służbą Zdrowia, znajdują wydatną pomoc w organizacjach społecznych. Wiele z nich, jak Polski Czerwony Krzyż, Polski Związek Przeciwgruźliczy, Polski Związek Przeciwwenerycznу, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Polskie Towarzystwo Eugeniczne, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet i inne, mają już w tej dziedzinie chlubnie zapisane karty. Działalność ich w zakresie Zdrowia Publicznego trudno jest ująć w liczby. Praca ta ma raczej charakter pionierski. Torują one drogę i robią eksperymenty, czego nie można wymagać od ciężkiej machiny Państwowej i Samorządowej Służby Zdrowia. W takim zakresie jest to pomoc nieoceniona. Jeżeli eksperyment się udał i placówka nowozozałożona rozwija się należycie, następujące zwykle po pewnym czasie przejęcie jej przez samorząd i tym samym jej stabilizacja. Poza tym pomoc organizacyj społecznych ma kolosalne znaczenie w przypadkach klęsk nieprzewidzianych, kiedy niejednokrotnie Publiczna Służba Zdrowia nie mogłaby sprostać swym zadaniom.

Ubezpieczalnie społeczne (dawniej Kasy Chorych) są siłą rzeczy, a także z mocy obowiązujących je przepisów prawnych, bardzo zainteresowane w stanie zdrowotnym całej ludności, której część stanowią ubezpieczeni i ich rodziny. Są to naogół instytucje pod względem finansowym dość dobrze sytuowane i dlatego w należytym zrozumieniu swych obowiązków udzielają niejednokrotnie pomocy instytucjom Zdrowia Publicznego. Współpraca Publicznej Służby Zdrowia z Ubezpieczalniami była utrudniona przed rokiem 1932 przez to, że władze te podlegały dwu różnym Ministerstwom. Po przeniesieniu Departamentu Służby Zdrowia z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Ministerstwa Opieki Społecznej szkopuł ten odpadł i współpraca ta rozwija się obecnie z roku na rok coraz pomyślniej.

Wszystkie wyżej opisane prace organizacyjne musiały być siłą rzeczy związane z wydatną pracą legislacyjną, która daje dopiero racjonalną podstawę dla wykonawstwa.

W chwili powrotu do bytu niepodległego zastaliśmy na ziemiach polskich aż pięć różnych ustawodawstw. Z tych dwa istniały na terenie b. zaboru rosyjskiego. Należy bowiem na tym terenie odróżnić obszar Województw Centralnych czyli t. zw. Królestwa Kongresowego, gdzie obowiązywał Kodeks Napoleona i szereg ustaw, wydanych w okresie względnej odrębności legislacyjnej (lata 1815—1863), od t.zw. Województw Wschodnich, które pod względem ustawodawczym były prawie całkowicie zrównane z Rosją rdzenną.

Również dwa ustawodawstwa odziedziczyliśmy po byłej monarchii Austro-Węgierskiej. Mianowicie w Województwach Południowych (dawna Galicja) obowiązywało ustawodawstwo austriackie, a tylko drobny odcinek Podhala, który przed wojną światową stanowił terytorialnie część Słowaczyzny, zachował ustawodawstwo węgierskie.

W Województwach Zachodnich i na Śląsku obowiązywało oczywiście ustawodawstwo pruskie.

Można sobie łatwo wyobrazić, jakie trudności miała do pokonania nowopowstająca administracja z powodu takiego stanu rzeczy. Na obszarze jednego Państwa z powodu różnorodnego ustawodawstwa te same czyny, uznane za niedozwolone i karalne w jednej dzielnicy, były zupełnie legalne w drugiej, a ludność, choć jednolita narodowo, będąc wychowana w różnych tradycjach prawnych, utrudniała jeszcze bardziej pracę władzom.

Trzeba było dużo wysiłków i dużo dobrej woli zarówno ze strony społeczeństwa, jak i władz, ażeby w takich warunkach nie powstał całkowity chaos prawny. Odrazu przystąpiono do pracy ustawodawczej — a więc znoszono przepisy przestarzałe, opracowywano nowe, wypełniając w ten sposób luki, istniejące w ustawodawstwie obowiązującym. We wszystkich tych pracach miano również na uwadze konieczność unifikowania przepisów prawnych na terenie całego Państwa i przystosowania ich do nowych zdobyczy wiedzy.

Pierwszą ustawą, opracowaną jeszcze w roku 1919 i stanowiącą kamień węgielny całego ustawodawstwa sanitarnego w Polsce Odrodzonej, była zasadnicza ustawa sanitarna (Dz. Pr. Państw. nr 63 p. 371). W latach późniejszych opracowano szereg najniezbędniejszych przepisów prawnych, osiągając ten stan, że obecnie mniej więcej 3/4. ustawodawstwa w zakresie Zdrowia Publicznego zostało już wydane. Wiele ustaw i rozporządzeń, których wydanie się przewiduje, są już przygotowane w projektach. Po za tymi głównymi przepisami normatywnymi wydana została duża liczba okólników, komentarzy, instrukcyj i tp.

Prace legislacyjne, prowadzone od lat dwudziestu, nie są jeszcze ukończone i wiele jeszcze wysiłków będzie potrzeba, aby ustawodawstwo ziem polskich zunifikować całkowicie, ale to, co dokonano pozwala już uważać Polskę pod względem ustawodawstwa sanitarnego za pewną całość. [1])

[1]) W roku 1935 polskie przepisy prawne w zakresie Zdrowia Publicznego zostały skodyfikowane i ogłoszone drukiem przez pp. Prökla i Dra Kowalczewskiego pod tytułem „Polskie Prawo Sanitarne" (Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Higienicznego).

II. SPRAWY ZAWODOWE

Kiedy okres działań wojennych minął, jednym z pierwszych zadań Państwowej Służby Zdrowia było uporządkowanie na ziemiach polskich zagadnień stanu lekarskiego i zawodów pomocniczych. Mieliśmy wówczas w Polsce spory zastęp ludzi tych zawodów z dyplomami i uprawnieniami istotnymi, wydanymi na podstawie dawnych przepisów państw zaborczych. Ale okres wojenny ma także to do siebie, że, wobec niewystarczającej zwykle liczby personelu sanitarnego, władze udzielają w drodze wyjątku uprawnień osobom niedostatecznie wykwalifikowanym. Pozatym, jak to zwykle bywa w okresie pewnego zamętu, zjawiło się sporo dyplomów o wartości wątpliwej. Wreszcie w związku z działaniami wojennymi dużo dyplomów i świadectw zaginęło. W rezultacie powstał chaos, w którym trzeba było zrobić porządek, aby nie narazić zdrowia ludności na poważny szwank, powierzając je różnym osobom bez właściwych kwalifikacyj, szarlatanom, znachorom i t. p,

Zaprowadzenie takiego ładu wymagało przede wszystkim poważnych prac legislacyjnych. a później stopniowego wprowadzania ich w życie. Prace te były uciążliwe i długotrwałe dlatego, że z jednej strony musiały one mieć na widoku dobro ogółu, który powinien być jak najlepiej obsłużony przez lekarzy i zawody pomocnicze zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym; z drugiej strony — tego rodzaju porządki wymagają niejednokrotnie pozbawienia pewnych osób prawa wykonywania zawodu, który był uprawniony w ciągu wielu lat i który jest jedynym środkiem utrzymania. Taki krok wymaga zawsze poważnego zastanowienia się i zawsze stwarza sytuację nader drażliwą. Przy sposobności porządkowania tych spraw trzeba było, jednocześnie unifikować odnośne ustawodawstwo i modernizować je. Prace te dotychczas, t. j. po upływie lat 20-tu, nie są jeszcze całkowicie zakończone.

L e k a r z e. Pierwsza próba unormowania spraw, dotyczących zawodu lekarskiego, była podjęta w r. 1921 przez wydanie

„Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskim"[1]). Doświadczenie lat następnych wykazało konieczność wprowadzenia pewnych zmian do tej ustawy, co zostało uskutecznione rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z roku 1932. [2]). W myśl tych przepisów prawnych i rozporządzeń wykonawczych, wydanych na ich podstawie, prawo wykonywania praktyki lekarskiej w zasadzie mają tylko obywatele Państwa Polskiego, którzy posiadają dyplom lekarski jednego z uniwersytetów polskich, odbyli roczną praktykę szpitalną i należą do Izby Lekarskiej. Poza tym uznane zostały również dyplomy, wydane przez uniwersytety byłych państw zaborczych przed odzyskaniem niepodległości przez Polskę.

Lekarz traci prawo wykonywania praktyki w razie utraty obywatelstwa polskiego, w razie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby umysłowej, a poza tym może być pozbawiony tego prawa wyrokiem sądu powszechnego lub wojskowego, jako też wyrokiem sądu dyscyplinarnego Izby Lekarskiej. Każdy lekarz, który nie przekroczył 35 lat, może być powołany do Publicznej Służby Zdrowia w przypadku groźnego szerzenia się epidemij.

W drodze umów międzynarodowych z Czechosłowacją (1925)[3]), Rumunią (1929)[4]) i Niemcami (1931)[5]) lekarze, zamieszkali w pasie pogranicznym jednego państwa, mają prawo wykonywać swój zawód także w pasie pogranicznym po stronie drugiej. Umowa turystyczna z Czechosłowacją (1922)[6]) przewiduje poza tym wykonywanie praktyki lekarskiej i położniczej przez obywateli jednej strony na terenie miejscowości kąpielowych drugiej strony, w czasie sezonu. Wreszcie umowa Polsko-Gdańska z roku 1933 ustala prawo lekarzy polskich do wykonywania swego zawodu na terenie w m. Gdańska.

Załatwianie spraw zawodu lekarskiego powierzone zostało autonomicznym Izbom Lekarskim, działającym pod nadzorem i kontrolą Ministerstwa Opieki Społecznej. Powołano je do życia ustawą z roku 1921, [7]) zmienioną w roku 1934 [8]) Zgodnie z postanowieniami tych przepisów prawnych utworzone zostały Naczelna i Okręgowe Izby Lekarskie. Zadania tych instytucyj polegają na współdziałaniu z władzami rządowymi i samorządowymi, na krzewieniu i strzeżeniu etyki lekarskiej. są one przedstawicielstwem zawodu lekarskiego, sprawują pieczę nad stanem materialnym członków, popierają instytucje naukowe, a także wykonywują sądownictwo dyscy-

[1]) Dz. U. R. P. nr 105/1921.
[2]) Dz. U. R. P. nr 81/1932.
[3]) Dz. U. R. P. nr 43/1926.
[4]) Dz. U. R. P. nr 61/1931.
[5]) Dz. U. R. P. nr 101/1933.
[6]) Dz. U. R. P. nr 57/1926.
[7]) Dz. U. R. P. nr 105/1921.
[8]) Dz. U. R. P. nr 31/1934.

plinarne i polubowne. Działalność Okręgowej Izby Lekarskiej obejmuje jedno lub więcej województw. Jej organa, jak to rada, zarząd. komisja rewizyjna i sąd dyscyplinarny pochodzą z wyborów. Naczelna Izba Lekarska jest władzą nadzorczą dla izb okręgowych. Obecnie, poza Naczelną Izbą Lekarską istnieją izby okręgowe Warszawsko-Białostocka, Krakowska, Lubelska, Lwowska, Łódzka, Poznańsko-Pomorska, Wileńsko-Nowogródzka i Śląska.

Nie posiadamy ścisłych danych, dotyczących stanu liczebnego lekarzy na obecnym terytorium Polski w okresie przedwojennym. a to dlatego, że .statystyki ówczesne obejmowały inne terytoria. a także, jak np. na terenie byłego zaboru rosyjskiego, były bardzo niedokładne. Możemy przeto w celach porównawczych operować tylko liczbami względnymi, obliczając, ile mieszkańców przypadało w różnych dzielnicach i o różnym czasie na jednego lekarza. Takie zestawienie podane jest na tablicy nr 5.

Tablica nr 5

LICZBA MIESZKAŃCÓW NA 1 LEKARZA WEDŁUG LAT I GRUP WOJEWÓDZTW

Grupy województw	Rok 1911	Rok 1921	Rok 1933	Rok 1935	Porównanie r. 1911 z r. 1935. Poprawa w %%
Centralne	6,100	4,300	2,800	2,500	59%
Wschodnie	11,500	5,900	5,000	4,400	62%
Zachodnie	5,100	4,700	3,100	2,600	49%
Południowe	5,500	5,500	2,900	2,400	56%

Największy wzrost liczby lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców można zaobserwować na obszarze obecnych Województw Wschodnich, następnie w Województwach Centralnych, Południowych i wreszcie w Zachodnich. Widoczna jest w tym tendencja do największaego wzrostu liczby lekarzy tam, gdzie ich było najmniej, co jest oczywiście zjawiskiem zupełnie normalnym.

Liczby absolutne, dotyczące lekarzy na terenie Rzeczypospolitej, mamy dopiero z okresu powojennego. Są one podane na tablicy nr 6.

Tablica nr 6

LICZBA LEKARZY W POLSCE WEDŁUG LAT I GRUP WOJEWÓDZTW

Grupy województw	Rok 1921	Rok 1927	Rok 1933	Rok 1935
m. st. Warszawa . . .	1,329	1,874	2,335	2,850
Woj. Centralne . . .	1,292	2,228	2,589	2,875
,, Wschodnie . .	707	888	1,160	1,346
,, Zachodnie . .	863	1,149	1,493	1.797
,, Południowe . .	1,357	2,659	3,067	3,559
Polska . . .	**5,548**	**8,798**	**10,644**	**12,427**

Widać z tych liczb, że ogólna liczba lekarzy w Polsce wzrosła od roku 1921 do 1935 przeszlo dwukrotnie, podczas gdy ludność w Państwie w tym samym czasie wzrosła tylko o 23%. A więc przyrost liczby lekarzy był w tym okresie przeszło 4-krotnie szybszy od przyrostu ludności.

Mimo to dalecy jeszcze jesteśmy od tego, kiedy możnaby twierdzić, że liczba lekarzy w Polsce jest wystarczająca. W Województwach Wschodnich mamy dotychczas połacie kraju, gdzie w promieniu kilkunastu kilometrów niema ani jednego lekarza. Według danych z roku 1935 mamy 12.427 lekarzy t. j. 1 lekarza na 2.800 mieszkańców, podczas gdy Czechosłowacja i Niemcy posiadają 1 lekarza na 1.350 mieszkańców, czyli że państwa te posiadają przeszło dwukrotnie większą liczbę lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców.

Poza tym rozsiedlenie lekarzy w Polsce jest niewłaściwe, gdyż grupują się oni przeważnie w miastach.

A więc według danych z roku 1935 w małych miasteczkach (poniżej 25,000 mieszkańców) i okręgach wjejskich przypadał 1 lekarz na 6.250 mieszkańców. podczas gdy w miastach większych —1 lekarz na 595 obywateli. W mieście Krakowie w r. 1935 stosunek ten wynosił nawet 1:310.

Dążenie lekarzy do osiedlania się w większych miastach nie jest wszakże właściwe tylko dla Polski, daje się ono zaobserwować na całym świecie. Walka z tym zjawiskiem jest bardzo trudna. W Polsce starano się do niedawna tę sprawę rozwiązać drogą różnych zarządzeń pośrednich, ułatwiających lekarzowi osiedlenie się w okolicy, pozbawionej opieki lekarskeij. A więc przez umieszczenie na takim terenie oddziału Ubezpieczalni Społecznej, garnizonu wojskowego, czy też Ośrodka Zdrowia ludność uzyskiwała lekarza, lekarzowi zaś zapewniano choćby niewielkie stałe uposażenie i uniezależniano go przez to w dużym stopniu od praktyki prywatnej, która sama jedna w tych warunkach nie wystarczyłaby na normalne bytowanie.

Takie metody właściwego rozsiedlenia lekarzy nie dały jednakże wyników zadawalających i dlatego zaszła konieczność znowelizowania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej z roku 1921 przez wydanie nowej ustawy [1]), która wymaga, aby każdy lekarz po zdobyciu dyplomu conajmniej 2 lata praktykował w gminach wiejskich, lub w miastach, liczących poniżej 5.000 mieszkańców..

Dodać należy, że dla uzyskania większej liczby lekarzy wydziały lekarskie uniwersytetów polskich zwiększyły w ciągu lat ostatnich liczbę słuchaczy przyjmowanych na medycynę o 25 — 30. W toku są również prace nad stworzeniem jeszcze jednego lub dwuch nowych wydziałów lekarskich.

System nauczania medycyny, stosowany na uniwersytetach w Polsce jak i za granicą jest oceniany krytycznie przez wielu lekarzy. Dotychczasowy system, oparty na tradycji, sięgającej wieków średnich, jest obecnie, w wieku szybkiego postępu wiedzy i metod nauczania, oraz rozwoju lecznictwa zbiorowego i profilaktyki przestarzały. Coraz częstsze są głosy, domagające się reformy studiów lekarskich, zbierane są odpowiednie materiały, ogłaszane są projekty zmian, nieraz bardzo daleko idące, ale dotychczas sprawa ta nie wyszła ze stadium rozważań teoretycznych.

Lekarze dentyści. W okresie przedwojennym sprawy praktyki lekarsko-dentystycznej na terenie trzech byłych zaborów były unormowane przepisami prawnymi w sposób rozmaity. Na terenie byłego zaboru rosyjskiego do wykonywania tej praktyki byli uprawnieni tylko lekarze dyplomowani, t. zw. stomatolodzy, i lekarze-dentyści, absolwenci specjalnych szkół dentystycznych. W byłym zaborze pruskim byli również stomatolodzy i lekarze-dentyści, ale poza tym praktykowali technicy dentystyczni, uprawnieni do wykonywania tego zawodu. W byłym zaborze austriackim praktykę lekarsko-dentystyczną mogli uprawiać tylko lekarze-stomatolodzy i technicy dentystyczni; lekarzy-dentystów na tym terenie nie było.

Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej na terenie byłych zaborów austriackiego i pruskiego przez techników dentystycznych, tj. przez osoby o ogólnym wykształceniu przeważnie niskim, bez należytego przeszkolenia teoretycznego w swoim zawodzie i tylko na podstawie kilkoletniej praktyki, było już przed wojną na tym terenie uważane za anomalię i przeżytek z tych czasów, kiedy każdy kto chciał mógł uprawiać lecznictwo. To też dążenia Służby Zdrowia w odrodzonym Państwie, uwzględniając interesy zdrowotne ludności,

[1]) Dz. U. R. P. nr 57/1938.

i w zgodzie z domaganiami się większości przedstawicieli zawodu lekarsko-dentystycznego szły w kierunku zupełnego zreformowania tego stanu rzeczy.

Zagadnienia te zostały ostatecznie unormowane przez wydanie w roku 1927 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej[1]) i kilku rozporządzeń wykonawczych. W myśl tych przepisów prawnych praktyką lekarsko-dentystyczną mogą się zajmować tylko obywatele Państwa Polskiego, którzy bądź posiadają dyplom lekarski jednego z uniwersytetów polskich, bądź też dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany lub uznany przez Akademię Stomatologiczną (dawniej Państwowy Instytut Dentystyczny) w Warszawie. Poza tym, analogicznie do postanowień, dotyczących dyplomów lekarskich, uznane zostały uprawnienia, wydane przez byłe państwa zaborcze. Wreszcie Ministrowi Opieki Społecznej rozporządzenie to przyznaje prawo udzielania uprawnień do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej niektórym kategoriom osób, w rozporządzeniu tym wymienionych. Wspomniane wyżej rozporządzenie z mocą ustawy normuje poza tym także sprawę techników dentystycznych.

W roku 1938 wydana została ustawa,[2]) powołująca do życia izby lekarsko-dentystyczne, zorganizowane na zasadach analogicznych do izb lekarskich. Powstały cztery okręgowe izby lekarsko-dentystyczne (Warszawa, Kraków, Poznań, Wilno) i jedna naczelna (Warszawa).

Tablica nr 7.

LICZBA LEKARZY-DENTYSTÓW I LICZBA MIESZKAŃCÓW, PRZYPADAJĄCYCH NA 1 LEKARZA-DENTYSTĘ.

Grupy województw	Rok 1921		Rok 1927		Rok 1933		Rok 1938	
	Liczba lekarzy dent.	L. mieszk. na 1 lek. dentystę	Liczba lekarzy dent.	L. mieszk. na 1 lek. dentystę	Liczba lekarzy dent.	L. mieszk. na 1 lek. dentystę	Liczba lekarzy dentyst.	L. mieszk. na 1 lek. dentystę
m. st. Warszawa	—	—	868	1,100	1,137	1,100	1,324	950
W. Centralne .	807	19,200	1,022	10,700	1,192	12,400	1,215	10,900
„ Wschodnie .	—	—	491	8,900	473	12,300	500	12,200
„ Zachodnie .	53	77,400	140	33,400	198	23,200	387	12,400
„ Południowe .	—	—	97	83,200	157	56,100	235	38,700
Polska	**860**	**31,600**	**2,618**	**11,200**	**3,157**	**10,500**	**3,661**	**9,400**

Dane liczbowe, dotyczące wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, są umieszczone na tablicy nr 7. Obejmuje ona liczby lekarzy dentystów i liczby mieszkańców, przypadających na 1 lekarza-dentystę, według dzielnic Państwa i według lat (1921, 1927, 1933 i 1938). Można z niej wywnioskować, że liczba lekarzy-dentystów, obliczona w stosunku do liczby mieszkańców, wzrosła w ciągu tego okresu w całej Polsce mniej więcej trzykrotnie. W poszczególnych grupach województw sprawa ta przedstawia się różnie. O ile w Warszawie, w województwach centralnych i wschodnich mamy w ciągu ostatnich lat pewne, stosunkowo nieznaczne, polepszenie sytuacji, to w województwach zachodnich i południowych, gdzie liczba lekarzy-dentystów była bardzo mała, widać jej poważny wzrost. Naogół daje się zauważyć wyraźna tendencja do wyrównania różnic dzielnicowych pod względem zaopatrzenia ludności w pomoc lekarsko-dentystyczną.

[1]) Dz. U. R. P. nr 4/1934.
[2]) Dz. U. R. P. nr 6/1938.

F a r m a c e u c i. Z chwilą uzyskania niepodległości, jednym z najważniejszych zadań w zakresie spraw zawodu farmaceutycznego była reforma studiów farmaceutycznych.

Rozszerzenie i pogłębienie tych studiów zawodowe sfery farmaceutyczne proponowały jeszcze przed wojną światową, szczególniej w województwach centralnych, na zjazdach w Częstochowie w 1909 r. i w Łodzi w 1912 r. Realizacja reformy studiów rozpoczęta już była w 1916 roku przez uchwały specjalnej komisji, powołanej dla rozważania tego zagadnienia na terenie Uniwersytetu Warszawskiego. W wyniku tych uchwał w dniu 15 grudnia 1920 roku Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego ogłosił statut i plan studiów dla oddziałów i przyszłych wydziałów farmaceutycznych w uniwersytetach.[1]) Plan studiów rozłożony był na trzy lata, wypełniając szczelnie wykładami i ćwiczeniami laboratoryjnymi całe dnie akademickiego roku szkolnego.

Jednocześnie ówczesny Minister Zdrowia Publicznego wydaje rozporządzenie[2]) w dniu 11 grudnia 1920 roku, mocą którego osoby, pragnące poświęcić się zawodowi farmaceutycznemu, winny wykazać się świadectwem dojrzałości, uzyskanym w jednej z państwowych humanistycznych ogólnokształcących szkół średnich. Zarządzenia te były nietylko realizacją gorących pragnień zawodu farmaceutycznego, ale jednocześnie wynikiem harmonijnego poglądu przedstawicieli ciał naukowych i zainteresowanych resortów państwowych (w szczególności sanitarnych, oświecenia i wojskowości) na rolę i zadania aptekarza w społeczeństwie, który nietylko winien sprostać swym trudnym bezpośrednim zadaniom zawodowym, ale jednocześnie przyczynić się do rozwoju rodzimego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego w charakterze technologa-farmaceuty, umieć wykonywać badania produktów spożywczych oraz badania z zakresu chemii fizjologicznej, a w razie potrzeby być wykwalifikowanym pracownikiem w dziedzinie chemii gazów bojowych.

[1]) Dz. Urz. M. W. R. i O. P. nr 22/1920.
[2]) Dz. U. R. P. nr 112/1920 i nr 19/1932.

W związku z powyższymi zadaniami zakres studiów farmaceutycznych musiał być rozszerzony i od roku szkolnego 1932/33 rozłożony został na 4 lata.

Studia farmaceutyczne obecnie prowadzone są na Wydziale Farmaceutycznym w Uniwersytecie Warszawskim, oraz w Uniwersytetach Poznańskim, Krakowskim, Lwowskim i Wileńskim. Po ukończeniu studiów farmaceuci uzyskują stopień magistra farmacji, uprawniający ich do pracy w aptekach, wytwórniach środków leczniczych i laboratoriach chemiczno-farmaceutycznych. Po odbyciu 3 do 5-letniej pracy w aptekach magister farmacji uzyskuje prawo zarządu aptekami lub wyżej wymienionymi zakładami, nabywania aptek oraz ubiegania się o uzyskanie koncesji aptekarskiej bądź to w drodze konkursu, bądź to po wykazaniu się niezbędną dodatkową liczbą lat pracy zawodowej — w zależności od obowiązujących w tej mierze przepisów dzielnicowych dotychczas niezunifikowanych.

Od roku 1932 mogą odbywać praktykę w aptekach wyłącznie magistrowie farmacji,— w pierwszym roku w charakterze aspirantów, w następnych 2-ch latach w charakterze uprawnionych do sporządzania lekarstw pod kontrolą zarządzających aptekami—asystentów.

Sprawy wykonywania zawodu aptekarskiego zostały ostatecznie unormowane ustawą z dnia 25.III.1938[1]), która wprowadza jednolite zasady postępowania na terenie całego Państwa.

Zawodowy personel aptekarski w latach od 1918 do 1933 r. liczył (magistrów farmacji, prowizorów i asystentów aptekarskich):

	w r. 1918	1923	1928	1933	1938
osób	2880	3081	4251	4467	5923

F e l c z e r z y. Ustawa o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich,[1]) wydana w roku 1921, stanowi, że prawo do wykonywania tego zawodu mają obywatele Państwa Polskiego, którzy nabyli to prawo na mocy uprzednio obowiązujących przepisów prawnych. Zawód ten istniał w okresie przedwojennym tylko na terenie byłego zaboru rosyjskiego i tylko na tym terenie może być obecnie wykonywany.

Jako dowód uprawnień do wykonywania zawodu felczerskiego służy zaświadczenie o ukończeniu jednej z dawnych szkół felczerskich, względnie dowód złożenia odpowiedniego egzaminu przed byłym rosyjskim gubernialnym urzędem lekarskim, lub też przed komisją specjalną, wyznaczoną w roku 1919 przez Ministra Zdrowia Publicznego.

[1]) Dz. U. R. P. nr 23/1938.
[1]) Dz. U. R. P. nr 64/1921.

Felczerzy są uprawnieni do udzielania pomocy lekarskiej przed przybyciem lekarza, do uprawiania pielęgniarstwa i ratownictwa, do wykonywania szczepień ochronnych, do wykonywania zabiegów w zakresie tzw. małej chirurgii, mogą oni poza tym zapisywać lekarstwa, jednakże z pominięciem leków silnie działających i trujących.

Obecnie na obszarze ziem byłego zaboru rosyjskiego mamy około 1.700 felczerów (1938 r.). Szkoły felczerskie zostały zamknięte, egzaminów więcej się nie przewiduje. Wobec stale rosnącej liczby lekarzy, z drugiej zaś strony biorąc pod uwagę utworzenie kadr należycie wykwalifikowanych pielęgniarek, zawód felczera uznany został za zbędny.

P o ł o ż n e. Sprawy tego zawodu zostały zasadniczo unormowane rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych z roku 1928,[1]) uzupełnionym w roku 1933.[2]) W myśl tych przepisów prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej przysługuje obywatelkom Państwa Polskiego, które bądź ukończyły jedną z państwowych lub uznanych przez Państwo szkół położnych, bądź też złożyły odpowiedni egzamin w jednej z tych szkół. Poza tym może Minister Opieki Społecznej przyznać to prawo także innym kategoriom osób, wymienionych w wyżej wspomnianym rozporządzeniu. Obowiązki i uprawnienia położnych obejmują: opiekę i pomoc przy porodzie i w połogu, jako też opiekę nad noworodkami. Do szkoły położnych przyjmowane są kandydatki, które ukończyły conajmniej szkołę powszechną, mają od 18 do 35 lat i są zdrowe pod względem fizycznym i psychicznym. Okres nauczania w szkołach dla położnych trwa 2 lata. Po ukończeniu szkoły każda położna obowiązana jest do odbywania kursów periodycznego przeszkalania co 5 lat. Nadzór i kontrolę nad działalnością położnych sprawują lekarze powiatowi.

Ogólna liczba położnych w Państwie Polskim wynosiła w r. 1921 — 6357, w r. 1927 — 6857, w r. 1933 — 9554, a w chwili obecnej przekroczyła 10.000. Dokładną analizę liczb z r. 1921 w porównaniu z rokiem 1933 podaje tablica nr 8.

Widać z niej, że najmniej stosunkowo mamy położnych na Wschodzie i że, porównywując dwa wymienione roczniki, największy przyrost liczby położnych w stosunku do liczby mieszkańców daje się również zauważyć w województwach wschodnich. W województwach zachodnich stosunek liczby położnych do liczby mieszkańców wypada jak gdyby nawet na niekorzyść roku 1933.

[1]) Dz. U. R. P. nr 5/1928.
[2]) Dz. U. R. P. nr 84/1933.

Tablica nr 8.

LICZBA POŁOŻNYCH I LICZBA MIESZKAŃCÓW, PRZYPADAJĄCYCH NA 1 POŁOŻNĄ

Grupy województw	Rok 1921		Rok 1933		Różnica w %% (porównanie r. 1921 z r. 1933)
	Liczba położnych	L. mieszk. na 1 położną	Liczba położnych	L. mieszk. na 1 położną	
m. st. Warszawa . .	914	1,000	1,301	900	+ 10%
Woj. Centralne . .	1,651	5,700	3,392	3,700	+ 35%
,, Wschodnie .	353	11,900	883	6,600	+ 45%
,, Zachodnie . .	1,155	3,500	1,118	4,100	— 17%
,, Południowe .	2,284	3,300	2,860	3,100	+ 6%
Polska . . .	**6,357**	**4,300**	**9,554**	**3,500**	**+ 19%**

W roku 1933 jedna położna wypadała w Polsce na 3,500 mieszkańców (przeciętna dla całego Państwa). Liczby tej bynajmniej nie można uważać za wystarczającą. Jeszcze i teraz duży odsetek porodów, zwłaszcza na wsi, odbywa się zupełnie bez pomocy fachowej, lub też pomoc ta udzielana jest przez tzw. babki, czyli starsze kobiety bez żadnego przeszkolenia, niemające pojęcia o zasadach czystości i aseptyki. W wyniku takiego stanu rzeczy gorączka połogowa jest w Polsce zjawiskiem dość częstym, a przypadki spowodowanych takim postępowaniem zgonów matek i niemowląt lub też w lepszym razie kalectw matek i dzieci, nie są ujęte żadną statystyką, choć niewątpliwie liczba ich jest znaczna.

Dość często się zdarza, że ludność unika zwracania się do położnej o pomoc, natomiast udaje się w tym celu do ,,babki". Przyczyna tego zjawiska leży częściowo w tradycji i zabobonach, ale także nierzadko wynika z niemożności uiszczenia położnej należnej opłaty. To też dążenia Państwowej i Samorządowej Służby Zdrowia idą w tym kierunku, żeby nie było w Polsce gminy bez położnej. Chcąc jednakże jak najbardziej obniżyć pobierane przez nią opłaty, z drugiej zaś strony umożliwić położnej egzystencję, dąży się do tego, by samorząd sam lub z pomocą Skarbu Państwa czy też instytucyj społecznych udzielał takim położnym stałych subwencyj.

Samorządy zdają sobie naogół sprawę z konieczności takiej akcji i organizacja pomyślana w ten sposób była na najlepszej drodze do rozwoju, kiedy lata kryzysowe zmusiły samorządy do jak największej oszczędności w wydatkach i spowodowały załamanie się osiedlania tzw. położnych gminnych. Nie ulega wszakże najmniejszej wątpliwości, że z chwilą poprawy sytuacji finansowej samorządów akcji tej przywrócone będzie jej znaczenie zasadnicze w walce ze śmiertelnością matek i niemowląt.

T e c h n i c y d e n t y s t y c z n i. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej z r. 1927, znowelizowane w roku 1934, normuje także sprawy tego zawodu. Przewiduje ono, że wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby, nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem lekarza i na jego zamówienie. Tak zwani ,,samodzielni technicy dentystyczni", a także ,,uprawnieni technicy dentystyczni" pozostali jedynie na terenie byłych zaborów austriackiego i pruskiego, gdzie pozostawiono im nabyte dawniej prawa do pracy samodzielnej w różnym zakresie, zależnie od kwalifikacyj. Dla tych zaś z pośród techników dentystycznych, którzy pragnęli nabyć uprawnienie do wykonywania praktyki samodzielnej, urządzone były specjalne egzaminy.

Liczba osób, posiadających uprawnienia samodzielnych i uprawnionych techników dentystycznych, wynosi obecnie w byłym zaborze pruskim około 500, a w byłym zaborze austriackim około 400, razem mniejwięcej 900 osób. Liczba ich w przyszłości nie będzie wzrastała, gdyż ustawodawstwo nie przewiduje nadal wydawania uprawnień tego rodzaju.

P i e l ę g n i a r k i. Zawód pielęgniarki przebył w ciągu lat 20 wielką ewolucję na ziemiach polskich. W okresie przedwojennym pod ,,pielęgniarką" rozumiano osobę bez specjalnego wykształcenia, spełniającą różne posługi przy chorym. Poza tym istniały tzw. siostry zakonne, których zadania nie były ściśle określone — częściowo opiekowały się one chorym, częściowo sprawowały funkcje administracyjne i gospodarcze.

W okresie działań wojennych dużo kobiet z inteligencji i o dużym zasobie wiedzy stanęło do pracy, jako pielęgniarki. Później w latach powojennych, nie tylko utrzymały one zdobyty stan posiadania, ale jeszcze go rozszerzyły. Wzorem państw zachodniej Europy, a w szczególności państw anglosaskich, zaczęto tworzyć typ pielęgniarki, jako osoby, posiadającej kilkoletnie wykształcenie specjalne w zakresie opieki nad chorym, jako też w zakresie akcji zapobiegania chorobom.

Takie pielęgniarki są kształcone obecnie w specjalnych szkołach, których program, wzorowany z początku na szkołach amerykańskich, został stopniowo przystosowany do wymagań życia polskiego. Szkoły te przyjmują kandydatki z wykształceniem conajmniej gimnazjum nowego typu lub równorzędnym; kurs trwa 2½ roku. Przez cały czas trwania kursu słuchaczki mieszkają w internacie. Pierwsze dwie szkoły tego rodzaju założono w roku 1921 w Warszawie i w Poznaniu. Obecnie mamy już w Polsce 7 takich szkół, wypuszczających corocznie razem około 240 odpowiednio wykwalifikowanych pielęgniarek. Liczba tych dyplomowanych pielęgniarek stale wzrasta. Podczas gdy w roku 1921 było ich tylko 21, to na

początku roku 1938 mieliśmy około 1.500. Pracują one jako instruktorki wojewódzkie, w lecznictwie (szpitale, lecznice, pielęgniarstwo prywatne), a także coraz częściej w pielęgniarstwie społecznym (Ośrodki Zdrowia, poradnie społeczne).

Poza tymi pielęgniarkami dyplomowanymi mamy wszakże w Polsce jeszcze dużo pielęgniarek świeckich i zakonnych dawnego typu. A więc mamy około 1,000 takich, które zdobyły pewne przeszkolenie w pracy społecznej (przeważnie kursy kilkomiesięczne), wreszcie około 8 — 9 tysięcy, nieposiadających żadnego przeszkolenia teoretycznego, lub też niewystarczające.

Pragnąc dać zawodowi pielęgniarskiemu prawną podstawę istnienia analogicznie do innych zawodów, poprzednio wymienionych, a także dążąc do uprowadzenia ładu w zagadnienia, związane z wykonywaniem tego zawodu, wydana została w r. 1935 ustawa o pielęgniarstwie.[1]) Ustawa ta przewiduje, że wykonaywnie praktyki pielęgniarskiej obejmuje: zawodowe pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i w domach prywatnych, wykonywanie zleceń lekarza przy chorych; pracę w instytucjach społecznych, zapobiegawczych, szkołach itp. w zakresie szerzenia higieny oraz zapobiegania chorobom. Prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej mają osoby, które posiadają obywatelstwo polskie i dyplom szkoły pielęgniarstwa, uznanej przez Ministra Opieki Społecznej. Ponadto tym osobom, które pracowały w zawodzie pielęgniarskim conajmniej 4 lata, ale nie posiadały ukończonej szkoły pielęgniarstwa, dano możność uzyskania uprawnień do wykonywania tego zawodu drogą złożenia specjalnego egzaminu przed Komisją Wojewódzką.

Każda pielęgniarka obowiązana jest zarejestrować się w Urzędzie Wojewódzkim. Utrata prawa wykonywania praktyki może nastąpić z powodu ubezwłasnowolnienia na skutek choroby psychicznej, z powodu choroby niebezpiecznej dla otoczenia i z orzeczenia wyroku sądowego. Pielęgniarkę obowiązuje naróuni z lekarzem tajemnica co do wszystkiego, o czym się dowie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu. Szkoły pielęgniarstwa podlegają Ministrowi Opieki Społecznej. Każda szkoła musi posiadać internat. Warunki, którym winny odpowiadać kandydatki do szkół pielęgniarstwa, są następujące: ukończenie gimnazjum nowego typu, lub wykształcenie równorzędne, lat 18 do 30, zdrowie fizyczne i psychiczne. że pielęgniarki dyplomowane, zdobywają sobie coraz większe uznanie władz i ludności, a dowodem tego może być fakt, że zapotrzebowanie na pracownice tego rodzaju wzrasta z roku na rok.

Wprowadzenie w życie przepisów omówionej wyżej ustawy powoduje stopniowe usuwanie z zawodu pielęgniarskiego wielu osób, które obecnie jeszcze wykonywują ten zawód, nie posiadając po

[1]) Dz. U. R. P. nr 27/1935.

temu żadnych kwalifikacji. Z tego wynika pewien ubytek personelu zatrudnionego dotychczas, a że liczba szkół pielęgniarstwa jest również niewystarczająca, więc w roku 1937 wyszło rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o czasowym prawie wykonywania praktyki pielęgniarskiej[1]), przyznające ograniczone prawo wykonywania tej praktyki położnym oraz niektórym osobom, które rozpoczęły pracę w zawodzie pielęgniarskim przed wydaniem ustawy, a nie nabywają odpowiednich uprawnień na jej podstawie.

K o n t r o l e r z y s a n i t a r n i. Jest to zawód, który w postaci obecnej powstał dopiero po wojnie. Zadania kontrolerów sanitarnych, określone okólnikiem Ministra Spraw Wewnętrznych z roku 1930[1]), polegają na wykonywaniu inspekcyj sanitarno-porządkowych ulic, posesyj, studzien, ustępów i tp., mają oni sprawować nadzór nad jakością artykułów spożywczych, których próby pobierają i przesyłają do badania, wreszcie wykonywują w razie potrzeby dezynfekcje i dezynsekcję. Krótko tę rzecz ująwszy, kontroler sanitarny jest pomocnikiem lekarza urzędowego w zakresie jego działalności sanitarnej tak, jak pielęgniarka społeczna jest jego pomocnicą w dziedzinie higieny społecznej.

Kontrolerzy sanitarni szkoleni są w Państwowej Szkole Higieny na specjalnych kursach, trwających 4 miesiące. Przyjmowani są kandydaci z ukończoną conajmniej szkołą powszechną. Po ukończeniu kursu są oni zatrudniani przez samorządy, jako pomocnicy lekarzy urzędowych w urzędach sanitarnych, Ośrodkach Zdrowia, i t. d. Pierwszy kurs tego rodzaju miał miejsce w roku 1928, od tego czasu powtarzane są one corocznie. Obecnie mamy na terenie Państwa około 400 wykwalifikowanych w ten sposób kontrolerów sanitarnych, pozatym pracuje około 200 kontrolerów, którzy nie mają bądź żadnego przeszkolenia teoretycznego, bądź też nieuystarczające.

I n ż y n i e r o w i e s a n i t a r n i. Omówienie spraw tego zawodu umieszczono na końcu rozdziału nie dlatego, żeby ktokolwiek mogł uważać zawód ten za mniej ważny od innych, lecz że zawód taki w Polsce właściwie nie istnieje. Mamy wszystkiego kilku inżynierów sanitarnych, kształconych poza granicami Polski, przeważnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Zadania, spełniane przez pracowników tego rodzaju, mają pierwszorzędne znaczenie dla Zdrowia Publicznego. Polegają one na nadzorze, kontroli i opracowywaniu planów urządzeń, zaopatrujących ludność w dobrą wodę i zmierzających do usuwania nieczystości w sposób, niezagrażający zdrowiu mieszkańców. W tym zakresie jest w Polsce niesłychanie dużo do zrobienia, a pracowników, odpowiednich na stanowiska kierownicze, brak.

[1]) Dz. U. R. P. nr. 63/1937.
[2]) Okólnik M. S. Wewn. nr 126 (nr ZI 616/30) z dnia 15.VII. 1930.

Już w roku 1929 ówczesny Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych rozpoczął starania o stworzenie specjalnego wydziału lub choćby odpowiednich katedr techniki sanitarnej przy Politechnikach polskich. Dzięki tym staraniom uzyskano pewne zmiany w programie studiów Wydziału Inżynieri Politechniki Warszawskiej. Mianowicie wprowadzone zostały wykłady techniki sanitarnej, chemii sanitarnej i higieny publicznej.

Należy mieć nadzieję, że zakres tych studiów będzie nadal rozszerzany i że Służba Zdrowia zdobędzie w ten sposób nader cennych współpracowników w jej pracach nad podniesieniem stanu zdrowotnego Państwa.

Jak widać z powyższych wywodów, sprawy niektórych zawodów są już unormowane prawie zupełnie (np. lekarze, lekarze-dentyści, farmaceuci, położne), w innych zawodach, wchodzących w skład Służby Zdrowia, pozostaje jeszcze do wykonania szereg prac celem doprowadzenia ich do stanu pożądanego (np. pielęgniarki, inżynierowie sanitarni, kontrolerzy sanitarni), Poza tymi kategoriami pracowników pozostaje wszakże jeszcze szereg innych zawodów, być może o mniejszym znaczeniu (np. masażyści i t. p.), co do których w dalszym ciągu pozostają w mocy różnorodne przepisy dawnych państw zaborczych. W ciągu lat najbliższych można się spodziewać, że i te sprawy będą unormowane analogicznie do wymienionych poprzednio.

III. OSTRE CHOROBY ZAKAŹNE.

W pierwszych latach bytu niepodległego walka z tymi chorobami stanowiła zagadnienie najważniejsze.

W każdym społeczeństwie ostre choroby zakaźne znajdują podczas wojny i wkrótce po niej grunt podatny do rozwoju z powodu zniszczenia wielu siedzib, ogólnego zubożenia ludności i spowodowanego tym gorszego odżywiania. Poza tym wchodzą tu w grę ciągłe przegrupowania wojsk i wędrówki ludności, usuwanej ze swych domostw, co w znacznym stopniu ułatwia szerzenie się chorób. Wszystkie te czynniki istniały w Polsce, a jeżeli zważymy jeszcze zupełny chaos administracyjny, dość niski naogół poziom kulturalny ludności i sąsiedztwo takiego zbiornika chorób zakaźnych, jakim była ówczesna Rosja, to zrozumiemy, dlaczego ostre choroby zakaźne na ziemiach polskich podczas wojny i w okresie pierwszych lat po wojnie stały się plagą, zagrażającą już nie tylko Polsce, ale i całej Europie.

Jeszcze w czasie trwania wojny światowej (1914 — 1918) armje okupacyjne wprowadziły pewne zarządzenia, zmierzające do zwalczania zła, które im zagrażało. A więc zarządzono:

1) zgłaszanie obowiązkowe chorób zakaźnych,
2) odosabnianie chorych w szpitalu,
3) odosabnianie otoczenia chorych na pewien czas w zakładach specjalnych,
4) odwszawianie całych osiedli, połączone gdzieniegdzie z obowiązkową kąpielą,
5) ograniczenie wędrówek ludności, przy czym pozwolenie na wyjazd uzależnione były od odwszenia.

Jednocześnie działał Krakowski Książęco-Biskupi Komitet na terenie Małopolski i części Królestwa Kongresowego, okupowanej przez armię austro-węgierską. Komitet ten zakładał małe szpitaliki, do których zwożono chorych z okolicy. W razie niemożności umieszczenia chorego w spitalu, roztaczano nad nim opiekę w domu.

Jednocześnie prowadzono akcję dezynfekcyjną oraz szczepienia ochronne przeciwko ospie, durowi brzusznemu i cholerze. Razem założono wówczas 25 szpitali i leczono w nich przeszło 4.000 osób. Zaszczepiono na terenie b. Galicji 1.534.560 osób, a w b. Królestwie — 370.445 osób. Środki na tą akcję pochodziły częściowo ze źródeł prywatnych, częściowo zaś materiały dostarczała armia austriacka. Wydatki na tą akcję wyniosły około 3 milionów koron w złocie.

Zarządzenia władz okupacyjnych w połączeniu z działalnością Komitetu Biskupiego hamowały do pewnego stopnia rozwój chorób zakaźnych. Po ukończeniu wojny światowej i ustąpieniu władz okupacyjnych nastąpiło na razie zupełne rozprężenie organizacyjne, na nowo zaczęły się przemarsze wojsk, wędrówki ludności i w związku z tym nowe nasilenie chorób zakaźnych, głównie duru plamistego, którego w jednym roku 1919 zarejestrowano 219.088 przypadków, przy czym rejestracji ówczesnej bynajmniej nie można uważać za dokładną.

Jednym z pierwszych kroków, zmierzających do unormowania istniejącego stanu rzeczy, było wydanie w lipcu 1919 r. „ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie". Ustawa ta wprowadziła obowiązek zgłaszania urzędom sanitarnym wszystkich przypadków chorób zakaźnych, a także innych chorób, o ile zarządzi to Minister Zdrowia Publicznego. Obowiązkowi temu podlegały w równej mierze także przypadki, podejrzane o wspomniane choroby. Zgłosić obowiązany był przede wszystkim lekarz leczący, a w braku jego, personel pomocniczy, czynny przy osobie chorej, głowa rodziny, gospodarz domu i tp., wreszcie każdy, kto miał styczność z chorym, lub wiedział o przypadku choroby, podlegającej zgłoszeniu. Doniesienie o chorobie lub o podejrzeniu wpływa do lekarza powiatowego, który obowiązany jest w każdym przypadku przeprowadzić dochodzenie i wydać niezbędne zarządzenia, a więc w razie potrzeby umieścić osobę chorą w szpitalu, roztoczyć opiekę nad otoczeniem, zarządzić szczepienie ochronne i tp. Poza tym na żądanie lekarza powiatowego władza administracyjna miała prawo wzbronić wstępu do pomieszczeń zakażonych, wykluczyć otoczenie chorego od zajęć, zarządzić przymusowe odkażenie, ograniczyć komunikację na terenie, objętym epidemią, zamknąć szkoły i inne zakłady, ograniczyć obrót przedmiotami, które mogą przenosić zarazę i tp.

Wydania tej ustawy[1]), jakkolwiek dawała ona władzom możność prowadzenia walki z chorobami zakaźnymi, nie można było uważać za środek wystarczający do ich zwalczania. Zbyt wielkie było nasilenie epidemii i zbyt anormalne warunki ogólne bytowania. Zachodziła potrzeba stworzenia organu specjalnego, który powo-

[1]) Dz. U. R. P. nr 67/1919. Ustawę tę znowelizowano w r. 1935 (Dz. U. R. P nr 27/35), nie wprowadzając zmian zasadniczych.

łano również w lipcu 1919 r. w postaci Centralnego Komitetu do walki z durem plamistym (t. zw. popularnie „Cekadur"). Nabyto wówczas za 4 miliony dolarów z demobilu amerykańskiego 200 samochodów ciężarowych, 400 samochodów sanitarnych, 25 wielkich pralni, duże ilości mydła, jako też aparatów i środków dezynfekcyjnych, znaczne zapasy bielizny i td. Koszty innych zakupów wyniosły około 200.000 funtów angielskich. Jednocześnie wyłoniła się konieczność uzyskania specjalnych pełnomocnictw dla władz administracji sanitarnej. Na wniosek Ministra Zdrowia Publicznego Sejm w r. 1920 uchwalił ustawę o powołaniu do życia urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami[1]). Na mocy tej ustawy Komisarz Nadzwyczajny uzyskał prawo rekwizycji pomieszczeń na cele walki z epidemiami, prawo powoływania lekarzy i personelu pomocniczego do świadczeń przymusowych, prawo mobilizacji wytwórni przemysłowych na cele zwalczania epidemii, prawo wydawania rozporządzeń obowiązujących, korzystania ze środków komunikacyjnych na warunkach armii w polu i tp.

Obszar, na którym epidemia się srożyła, mianowicie ziemie wschodnie i Królestwo Kongresowe, podzielono w wykonaniu tej ustawy na 5 t. zw. ekspozytur. Na czele każdej z nich stanął Nadzwyczajny Komisarz i każda z nich została podzielona na okręgi, a w każdym z nich mianowano kilku lekarzy epidemicznych.

Prace, podjęte na zasadach nowej organizacji, dość szybko uwidoczniły, że kraj wyniszczony i zdewastowany nie jest w stanie zdobyć się na należyty wysiłek. W roku 1919, a potem ponownie w r. 1920, Rząd Polski zwrócił się o pomoc w tej sprawie do Ligi Narodów, która, w myśl życzeń zgłoszonych, powołała do życia specjalną Komisję Epidemiczną.

Komisja ta udzielała zapomóg na szpitale, pograniczne punkty obserwacyjne, łaźnie, zakłady bakteriologiczne, i tp. Fundusze asygnowane przez tę Komisję, pochodziły z kwot, przyznanych na ten cel przez różne państwa i ogranizacje (Czerwony Krzyż różnych Państw, Joint Distribution Committee i t.p.) łącznie w wysokości 187.424 funtów angielskich w ciągu 5 lat, t. j. do 1.II, 1924 r. W tym samym czasie wydatki Rządu Polskiego na walkę z epidemiami wyniosły 4.093.394 funtów angielskich.

Czynnikiem podstawowym w ówczesnej walce z chorobami zakaźnymi były ruchome szpitale epidemiczne, a głównym ich zadaniem było zwalczanie duru plamistego. Chorych odosobniano w szpitalu po uprzednim odwszeniu, odwszawiano również otoczenie chorego. Ogółem Naczelny Nadzwyczajny Komisariat uruchomił 113 szpitali tego typu o 6.500 łóżkach. Promień działalności takiego szpitala wynosił 20 — 25 klm. Ale i ta liczba łóżek okazała

[1]) Dz. U. R. P. nr 61/1920.

się wkrótce niewystarczająca. Trzeba było zastosować dodatkowe baraki przenośne dla umieszczenia w nich szpitali prowizorycznych, które lokowano zresztą także w szkołach, pałacach, a nawet w wagonach kolejowych.

Poza tym Naczelny Nadzwyczajny Komisariat uruchomił także 53 kąpieliska i łaźnie, a każdy szpital wyposażył w kolumnę dezynfekcyjno-kąpielową, która obsługiwała zresztą całą ludność okoliczną.

Wszystkie te zarządzenia sprawiły, że w pierwszej połowie 1921 r. dał się zauważyć wyraźny spadek nasilenia epidemii, ale wkrótce nastąpiło nowe wzmożenie się liczby przypadków, związane z potężną falą reemigracji ludności, ewakuowanej podczas wojny do Rosji. Ogółem wróciło wówczas do Polski około 2 milionów ludzi. Pociągi przychodziły z setkami osób chorych i zmarłych. W jednym miesiącu październiku 1921 r. przez stację kwarantannową w Baranowiczcah przeszło 50.981 uchodźców. Z tej liczby 804 osoby trzeba było umieścić w szpitalu, a 497 — zmarło. W następnym miesiącu listopadzie, również w Baranowiczach na 259.843 uchodźców 1227 umieszczono w szpitalu, a 1400 zmarło. W tej jednej stacji kwarantannowej zmarły na dur plamisty 182 osoby personelu lekarskiego i pomocniczego.

Taka była sytuacja w Baranowiczach, gdzie była opieka i pomoc. Można sobie wyobrazić, jaki stan rzeczy panował wzdłuż całej bardzo słabo strzeżonej granicy, gdzie przeważnie pomocy nie było, lub była bardzo niedostateczna.

W tym to czasie, a więc w marcu 1922 roku, dla naradzenia się nad sposobami usunięcia groźby, która zawisła nad całą Europą, Rząd Polski z inicjatywy Ligi Narodów zwołał do Warszawy konferencję międzynarodową, w której wzięli udział przedstawiciele prawie wszystkich państw Europy. Powzięto szereg uchwał, uzupełniających tekst Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej z 1912 roku, która wówczas normowała stosunki międzypaństwowe w dziedzinie Zdrowia Publicznego. W wykonaniu uchwał konferencji warszawskiej Polska zawarła szereg konwencyj sanitarnych ze swymi sąsiadami: z Z. S. S. R, Rumunią, Czechosłowacją, Niemcami, Łotwą i Estonią.

W myśl uchwał konferencji stworzono wzdłuż granicy rosyjsko-polskiej kordon sanitarny. Idąc od wschodu na zachód, składał się on przede wszystkim z punktów wejściowych dla repatriantów. Najważniejszymi punktami były Stołpce i Zdołbunów. Tu udzielano tylko pierwszej pomocy, a chorych umieszczano w specjalnych wagonach, poczym transport przesyłano do drugiej linii kordonu, do stacyj kwarantannowych, z których największe były w Baranowiczach i w Równem. W stacjach kwarantannowych uchodźcy pozostawali conajmniej 5 dni. Ludzi zdrowych kąpano, poddawano

odwszawianiu, ubranie i bagaż dezynfekowano i dezynsekowano, a także stosowano szczepienie ochronne przeciwko ospie, durowi brzusznemu i cholerze. Po tym następowała powtórna kąpiel i odjazd dalej na zachód. Chorych umieszczano w szpitalach. Następną linią obrony były t. zw. stacje etapowe (najważniejsze w Białymstoku i Dorohusku), gdzie mieściły się duże spitale, do których kierowano nadmiar chorych ze stacyj kwarantannowych i gdzie repatrianci byli ponownie badani, a w razie potrzeby podlegali ponownej kąpieli i dezynsekcji. Wszystkie punkty kontroli i szpitale wyposażone były w pracownie bakteriologiczne, które dokonały setek tysiący badań rozpoznawczych.

Zarządzenia te zaczęły już wkrótce dawać wyniki. Zresztą i reemigracja osłabła. To też w roku 1923 nasilenie epidemii spadło na tyle, że można było znieść urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami. Uprawnienia tego urzędu przelane zostały na Ministra Zdrowia Publicznego, po czym skolei przeszły na innych Ministrów, którym podlegały sprawy Zdrowia Publicznego. W r. 1935 nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych zniosła zupełnie ten Urząd, a uprawnienia zostały przeniesione do innych ustaw.

Od roku 1923 Polska pod względem nasilenia chorób zakaźnych wchodzi w okres normalny o tyle, że liczba przypadków utrzymuje się na pewnym dość równomiernym poziomie, a wahania dają się przewidzieć. Jednakże walka z tymi chorobami na ziemiach polskich, zwłaszcza na wschodzie, jest w dalszym ciągu bardzo trudna ze względu na pewne cechy, właściwe szerokim warstwom tej ludności. Poziom kulturalny tej ludności jest naogół niski, a poza tym złe warunki mieszkaniowe, niewłaściwe odżywianie i brak nawyknień higienicznych stwarzają wciąż warunki, sprzyjające szerzeniu się chorób zakaźnych. Natomiast aparat Służby Zdrowia, mający zwalczać te choroby, jest, ze względu na oszczędną gospodarkę, nie zawsze dostateczny. W każdym razie tak obecnie, jak i przed laty, w związku z wyższym poziomem kultury materialnej w Województwach Zachodnich, mamy tam o wiele mniej chorób zakaźnych, niż we wschodniej połaci Polski.

Dane liczbowe, dotyczące przebiegu głównych chorób zakaźnych w Polsce od roku 1919, podane są na tablicy nr 9. Są to liczby przypadków i zgonów z poszczególnych chorób w ciągu roku, zebrane na podstawie zgłoszeń obowiązkowych, przesyłanych lekarzom powiatowym. Można mieć pewne wątpliwości co do ścisłowści tej regestracji w ciągu pierwszych lat odzyskanej niepodległości. Z biegiem lat dokładność regestracji wzrastała, a dane z lat ostatnich pod względem dokładności nie ustępują danym statystycznym innych państw środkowej i zachodniej Europy.

Pozostają jeszcze do omówienia niektóre szczegóły, dotyczące poszczególnych chorób, charakteryzujące ich przebieg i metody, stosowane w walce z nimi.

Tablica nr 9.

WYKAZ LICZBOWY ZACHOROWAŃ I ZGONÓW NA GŁÓWNIEJSZE CHOROBY ZAKAŹNE

Rok	Ospa naturalna		Cholera azjatycka		Dur brzuszny i rzekomy		Dur plamisty		Dur powrotny		Czerwonka		Płonica		Błonica		Zimnica	
	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.	Zach.	Zg.
1919*)	1.864	264	3	3	11.421	1.046	219.088	18.641	3.266	149	7.734	1.226	4.690	547	1.815	219	1.513	13
1920*)	3.948	687	57	31	21.466	1.972	168.098	22.575	7.188	293	31 020	5.168	16.664	2.256	3.178	387	2.073	25
1921	5.078	823	12	4	30.067	2.384	49.547	4.199	13.850	414	32.944	4.988	28.164	3.924	4.130	544	52.965	41
1922	2.399	519	125	34	22.056	1.641	42.724	3.199	41.207	1.461	14.344	1.739	14.717	1.945	4.228	414	17.611	13
1923	502	83	—	—	14.037	1.284	11.185	898	2.067	44	5.314	853	15.746	1.711	3.694	426	4.770	4
1924	861	126	—	—	16.288	1.322	7.706	666	366	12	10.492	1.533	18.030	1.570	4.838	494	1.881	1
1925	77	3	—	—	14.025	1.099	4.196	338	104	3	3.285	357	25.210	2.403	5.888	567	1.777	4
1926	69	5	—	—	15.933	1.256	3.568	266	15	1	4.805	611	37.673	3.600	6.826	622	761	4
1927	36	5	—	—	19.035	1.507	2.950	265	13	2	5.011	644	36.300	3.288	8.640	824	646	5
1928	21	2	—	—	14.102	1.169	2.401	161	10	—	1.784	206	28.898	2.159	10.460	863	745	3
1929	12	1	—	—	15.451	1.052	1.988	146	3	—	2.750	197	20.909	1.164	11.977	733	315	1
1930	21	—	—	—	11.962	910	1.640	112	3	—	1.910	306	29.991	1.135	17.074	963	199	1
1931	9	2	—	—	12.188	916	2.154	144	2	—	1.293	137	19.115	693	14.917	858	134	1
1932	3	2	—	—	20.398	1.409	2.424	185	6	—	7.244	852	22.015	729	18.757	1.059	151	1
1933	5	1	—	—	12.523	920	3.454	200	2	—	675	42	21.961	607	17.324	877	222	1
1934	5	—	—	—	18.560	1.334	5.127	303	2	—	16.717	1.753	20.968	508	23.370	1.088	255	—
1935	4	—	—	—	13.590	1.108	4.149	249	2	—	4.326	447	17.898	482	17.849	894	251	—
1936	—	—	—	—	15.807	1.107	3.757	234	1	—	7.603	755	21.173	561	19.565	997	263	1
1937	1	—	—	—	17.490	1.184	3.477	196	5	—	8.375	969	24.896	493	21.084	1.185	309	—

*) Dane wybitnie niekompletne, zarówno z uwagi na słabo rozwiniętą organizację służby zdrowia, jak i dla tego, że znaczna część terytorium była podówczas zajmowana przez wojska obce.

Ospa naturalna. Przed wojną ospy nie było prawie zupełnie w b. zaborze pruskim. W b. zaborze austriackim było około 30 przypadków rocznie, a w b. Królestwie Kongresowym 3 — 4 tysiące. W czasie wojny i w okresie pierwszych lat po wojnie liczba zapadnięć na ospę wzrosła w całym kraju. W roku 1919 uchwalona została ustawa o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie, w myśl której każde dziecko podlega dwukrotnemu przymusowemu szczepieniu przeciwko ospie, w 1-ym i w 7-ym roku życia. Poza tym lekarz powiatowy zarządza szczepienie innych osób, będęcych w styczności z chorymi, a w razie potrzeby może nakazać przeszczepienie całej ludności gminy. W związku z ścisłym wykonywaniem przepisów tej ustawy i poprawą warunków ogólnych, liczba przypadków ospy, poczynając od 1921 r., zaczęła szybko spadać i wynosi obecnie najwyżej kilka w ciągu roku. Liczba szczepień ochronnych przeciwko ospie, dokonywanych w Polsce, dochodzi w ciągu lat ostatnich do 2 milionów rocznie.

Cholera azjatycka była nieznana na ziemiach polskich w okresie ostatniego dziesiątka lat przed wojną. Wszystkie przypadki cholery, stwierdzone w ciągu lat 1919 — 1922, były zawleczone ze wschodu i wystąpiły przeważnie na terenie Województw Wschodnich. Walka z cholerą polegała na dokładnym badaniu repatriantów, izolowaniu chorych i szczepieniach ochronnych wśród ludności terenów najbardziej zagrożonych. Dokonano wówczas, w ciągu 3-ch lat, przeszło 2 milionów szczepień. Od roku 1923 cholery w Polsce niema.

Dur brzuszny był przed wojną i jest obecnie chorobą w Polsce endemiczną i stanowi bardzo poważne zagadnienie. Liczba przypadków waha się od 12 do 20 tysięcy rocznie, liczba zgonów wynosi około 1000 rocznie. Przypadki duru brzusznego notowane są we wszystkich dzielnicach ale najwięcej w Województwach Centralnych. Dzieje się to prawdopodobnie dlatego, że tu jest najwięcej ludności miejskiej, żyjącej w ciasnocie, nieposiadającej ani dobrej wody do picia, ani należytych urządzeń do usuwania nieczystości. Na zachodzie warunki sanitarne są lepsze, a na wschodzie zaludnienie rzadsze, — dlatego też tam dur brzuszny występuje rzadziej. Walka z tą chorobą prowadzona jest przez stopniowe polepszanie higieny otoczenia w naszych osiedlach miejskich, a poza tym przez szczepienia ochronne, których dokonywuje się rocznie około 300 tysięcy.

Prawdopodobnie też wskutek tej akcji, prowadzonej w Polsce od wielu lat, dur brzuszny nie przybrał nigdy postaci gwałtownej epidemii, jak naprzykład dur plamisty.

Dur plamisty odegrał na ziemiach polskich wielką rolę w latach wojny i powojennych, kiedy liczba przypadków w ciągu roku przekraczała 100 a nawet 200 tysięcy, a liczba zgonów 20

tysięcy. Z dużym prawdopodobieństwem można twierdzić, że w Województwach Wschodnich przechorowało do 75% ludności, w Województwach Centralnych i Południowych odsetek ten był o wiele niższy, a w Województwach Zachodnich duru plamistego nie było prawie zupełnie. Choroba ta, jako przenoszona przez wszy, znajdowała podłoże do rozwoju tylko tam, gdzie brak było czystości.

Obecny stan rzeczy jest tego rodzaju, że mamy dokładnie stwierdzone ogniska endemiczne duru plamistego na terenie Województw Wschodnich; w innych Województwach jest on rzadkością, przeważnie zawleczony ze wschodu. Walka z durem plamistym prowadzona jest przez specjalne kolumny, działające na obszarze województw wschodnich. Kolumn takich jest 21. Obowiązki kolumny polegają na wyszukiwaniu chorych, na ustaleniu rozpoznania, izolowaniu chorych i osób stykających się z nimi, na dezynfekcji i dezynsekcji, jako też na propagandzie zasad czystości wśród ludności miejscowej. Poza tym stosuje się również szczepienia ochronne metodą prof. Weigla ze Lwowa. Szczepienia te dają bardzo dobre wyniki, ale, niestety, nie można tej szczepionki przygotować w dużej ilości. Wobec tego szczepienia stosowane są przede wszytkim u personelu, który ma do czynienia z chorym, a także wśród otoczenia chorego i w niektórych ogniskach endemicznych. W roku 1937 dokonano przeszło 15 tysięcy takich szczepień.

Liczba przypadków duru plamistego wynosi w ciągu lat ostatnich 3 — 4 tysiące rocznie i utrzymuje się na tym poziomie pomimo wszystkich stosowanych metod walki.

Dur powrotny jest podobnie jak dur plamisty chorobą przenoszoną przez pasożyty i szerzył się w latach 1919 — 1923. Był on całkowicie importowany ze Wschodu. Dzięki organizacji kordonu sanitarnego postęp jego został szybko wstrzymany. Obecnie duru powrotnego w Polsce niema.

Czerwonka jest chorobą, występującą stale na ziemiach polskich, przeważnie w województwach południowych i południowo-wschodnich. W okresie lat 1920 — 1921 roczna liczba przypadków przekroczyła 30 tysięcy, a zgonów było około 5 tysięcy rocznie. Obecnie liczby te są znacznie mniejsze. Walka z czerwonką prowadzona jest przez podniesienie ogólnego stanu sanitarnego kraju i drogą szczepień ochronnych, których liczba waha się około 300 tysięcy rocznie.

Płonica i błonica są dość rozpowszechnione w Polsce, podobnie zresztą, jak i w krajach sąsiednich. Są to przeważnie choroby wieku dziecięcego. Poza izolowaniem chorych stosuje się w walce z nimi szczepienia ochronne. Zwłaszcza energicznie były prowadzone w ciągu lat ostatnich szczepienia przeciwbłonicze, a w r. 1936 ukazało się Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej,[1]) wprowadzające obowiązek stosowania tych szczepień u dzieci. Szczepienia te są wykonywane stopniowo na terenach najbardziej dotkniętych epidemią. Dotychczas przeszczepiono dzieci w Województwach Łódzkim, Poznańskim i Śląskim. W roku 1937 dokonano 506.000 takich szczepień.

Zimnica wystąpiła w większej liczbie przypadków w latach 1921 i 1922 prawie wyłącznie wśród repatriantów, jako choroba zawleczona ze wschodu. Obecnie występuje tylko na Polesiu i to w stopniu nieznacznym. W innych dzielnicach przypadki zimnicy występują sporadycznie. Ponieważ jest to choroba przenoszona przez komary, więc i walka z nią polega, poza leczeniem chorych, przede wszystkim na tępieniu komarów.

Walka z chorobami zakaźnymi w ciągu pierwszych lat odzyskanej niepodległości to wysiłek, z którego słusznie Polska Służba Zdrowia może być dumna. Pod względem jego znaczenia historycznego można go śmiało przyrównać do takich wysiłków Polski w przeszłości, jak obrona zachodniej kultury przed Tatarami, później przed Turkami, a ostatnio przed falą rewolucji, idącej ze wschodu. Jak o tym sądzą cudzoziemcy, niechaj zaświadczy zdanie Dr. F. R. Seyumor'a, wyższego urzędnika Ministerstwa Zdrowia Publicznego w Londynie, który, bawiąc w roku 1933 przez kilka tygodni w Polsce, jako uczestnik wycieczki naukowej lekarzy zagranicznych, urządzonej przez Ligę Narodów, w czasopiśmie „The Medical Officer" tak się wypowiedział o walce z chorobami zakaźnymi na terenie Rzeczypospolitej:

„Tworzy to rozdział w historii zdrowia publicznego Europy i trudno jest przecenić zasługi, okazane Zachodniej Europie zwycięską walkę, prowadzoną przez Polskę przeciwko napływowi chorób zakaźnych ze Wschodu. Dzieje tej walki są tak samo chwalebne i o wiele bardziej dobroczynne dla ludzkości, niż jakakolwiek obrona orężna. W Baranowiczach wzniesiono pomnik dla 182 członków personelu sanitarnego, którzy padli w walce z durem plamistym i do każdego z nich można zastosować słowa, użyte w stosunku do Spartan, którzy zginęli pod Termopilami: „Przechodniu, powiedz Sparcie, że posłuszni jej prawom, spoczywamy tu, polegli w boju".

[1]) Dz. U. R. P. Nr 22/1936.

IV. CHOROBY SPOŁECZNE.

Chorobami społecznymi, w szerokim tego słowa ujęciu, nazywamy poważne schorzenia, które są wśród ludności bardzo rozpowszechnione i mają naogół charakter przewlekły. Rozpowszechnianie ich zależy w dużej mierze od warunków społecznego bytowania ludności, a z kolei choroby te wywierają wielki wpływ na te warunki. W związku z tymi cechami charakterystycznymi powodują one: 1) duże straty w materiale ludzkim bądź to przez zgony przedwczesne, bądź też przez długotrwałe charłactwo lub kalectwo, 2) a także powodują wynikające z tego duże straty natury gospodarczej przez to, że osoby chore dłuższy czas mają zmniejszoną zdolność do wytwarzania dóbr społecznych, albo też zupełnie ją zatracają i stają się ciężarem dla społeczeństwa. Wiele z tych chorób należy do kategorii udzielających się, co zwiększa jeszcze niebezpieczeństwo z ich strony, natomiast wszystkie mają jeszcze tą cechę wspólną, że można im w znacznym stopniu zapobiec i dlatego stanowią one główną domenę akcji zapobiegawczej, czyli profilaktyki.

Do chorób społecznych zaliczamy gruźlicę, jaglicę, choroby weneryczne, nadmierną umieralność matek i niemowląt, alkoholizm i tp., które poniżej będą omówione bardziej szczegółowo. Ażeby zdać sobie sprawę z tego, jaką groźbę one stanowią dla zbiorowości ludzkiej, wystarczy porównać ich skutki ze skutkami ostrych chorób zakaźnych. Te ostatnie, omówione w poprzednim rozdziale, są groźne i szerzą wielkie spustoszenie wtedy, kiedy występują w postaci epidemii, podczas gdy choroby społeczne są zawsze zjawiskiem masowym.

W poszczególnym przypadku ostrej choroby zakaźnej chory jest groźny dla swego otoczenia przez krótki stosunkowo okres trwania choroby, a i w tym okresie jest on zwykle odosobniony i styka się z bardzo niewielką liczbą osób. Zresztą obcowanie z innymi ludźmi jest u takiego chorego zwykle uniemożliwione przez ciężki stan pacjenta i jego unieruchomienie, spowodowane chorobą. Tym-

czasem w każdym przypadku gruźlicy osobnik chory jest niebezpieczny dla swego otoczenia częstokroć w ciągu szeregu lat, w którym to okresie chory jest stałym źródłem zarazy, gdyż choroba nie przeszkadza mu obcować z nieograniczoną liczbą osób.

Biorąc te względy pod uwagę, nie zdziwi to nas, że statystyka przyczyn zgonów wykazuje o wiele większą liczbę ofiar z chorób społecznych, niż z ostrych chorób zakaźnych. W roku 1937 w m. st. Warszawie zmarło z jednej tylko gruźlicy 1824 osoby, podczas gdy z wszystkich podlegających zgłoszeniu ostrych chorób zakaźnych tylko 648 osób, czyli że gruźlica pochłonęła mniejwięcej 3 razy więcej ofiar, niż wszystkie ostre choroby zakaźne wzięte razem. Gdyby można było porównać w ten sam sposób liczby, dotyczące zapadalności, których niestety nie posiadamy w stosunku do chorób społecznych, to niewątpliwie różnice byłyby niemniej jaskrawe. Wiemy przecież skądinąd, że przeszło 90% wszystkich ludzi przechodzi w swym życiu zakażenie prątkami gruźlicy.

Jak wielkie znaczenie mają choroby społeczne dla ludzkości, uświadomiono sobie dopiero w ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu, a na ziemiach polskich walka z nimi przed wojną była ledwie zapoczątkowana. Okres działań wojennych uwypuklił znaczenie chorób społecznych. Choroby te rozpowszechniły się wówczas w sposób niesłychany, pociągając za sobą znacznie więcej ofiar, niż bezpośrednie działania wojenne. To też po ukończeniu wojny we wszystkich państwach kulturalnych wzmogło się zrozumienie konieczności walki z chorobami społecznymi i walkę tę energicznie podjęto. W akcji tej wzięła udział także i Polska Odrodzona, walcząc o zdrowie swych obywateli.

Walka ta jest trudna i zwykłe metody, stosowane przy leczeniu innych chorób, a w szczególności przy zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych, nie dają się tu zastosować. Przede wszystkim choroby społeczne są zjawiskiem masowym i występują przeważnie wśród ludności ubogiej, a więc akcja zwalczania ich musi mieć poniekąd charakter przymusowy i prawie zawsze powinna być bezpłatna. Poza tym nie można wszystkich chorych izolować, gdyż jest ich zbyt wiele i choroba trwa zbyt długo. Wreszcie, ze względu na długi okres trwania choroby i biorąc pod uwagę środowisko, w którym się one szerzą, nie wystarcza dorywczy kontakt lekarza z chorym. Potrzebna jest ciągła kontrola, nadzór i pouczanie.

Wszystkie te przyczyny zmusiły Służbę Zdrowia do zastosowania, jako środka walki z chorobami społecznymi, t. zw. przychodni społecznej, tj. przychodni, prowadzonych czy to przez instytucję społeczną, czy przez samorząd lub Państwo, przeważnie niepobierających żadnych opłat za swe świadczenia. W każdej takiej przychodni mamy personel lekarski, który bada osoby zgłaszające się, ustala rozpoznanie i udziela wskazówek lekarskich, ale mamy tam również niemniej

ważny personel pielęgniarek społecznych, które są obecne i pomagają lekarzowi przy badaniu, a poza tym odwiedzają rodziny osób, będących pod opieką takiej przychodni. Tam sprawdzają one, jakie są warunki bytowania, przestrzegają ścisłego wykonywania wskazań lekarskich oraz udzielają wskazówek i pouczeń co do właściwego zachowania się członków rodziny w związku z danym przypadkiem choroby społecznej. W ciągu takich odwiedzin wyławia pielęgniarka społeczna inne przypadki, które się same nie zgłosiły, a także skierowuje osoby, będące w styczności z chorym, do przychodni celem ich zbadania. Wreszcie zarówno lekarz, jak i pielęgniarka mają za zadanie w każdym zetknięciu się z ludnością oświecać ją co do niebezpieczeństwa, które grozi ze strony chorób społecznych, a także co do środków, które należy przedsięwziąć, aby się ustrzec przed grożącym niebezpieczeństwem.

Tak pomyślana przychodnia społeczna jest czynnikiem podstawowym w walce z chorobami społecznymi. Poza tym zachodzi konieczność tworzenia zakładów specjalnych dla leczenia osobników chorych na poszczególne choroby.

Walka, prowadzona w ten sposób, ma to do siebie, że nie tylko wpływa na większe uświadomienie ludności w zakresie spraw Zdrowia Publicznego, przez co poprawia się stan zdrowotny całej ludności, ale jednocześnie przez ciągłe uświadamianie i pouczanie szerokiego ogółu podnosi się poziom kulturalny tej ludności, co jest czynnikiem pierwszorzędnym na drodze postępu ogólnego.

Walkę tę prowadzimy, wychodząc z założenia, że naszym zadaniem naczelnym jest nietyle uleczenie osobnika chorego, ile zapobiegnięcie szerzeniu się zarazy, a w tym celu musimy jednakże przede wszystkim wyleczyć względnie podleczyć chorego. To też przychodnie społeczne nazywamy zwykle instytucjami zapobiegawczymi lub profilaktycznymi, zdając sobie sprawę z tego, że wykonywują one do pewnego stopnia także i lecznictwo, ale lecznictwo w nich stoi na drugim planie i jest tylko środkiem, a nie celem samo w sobie, jak to ma miejsce naprzykład w szpitalu.

G r u ź l i c a. Choroba ta jest najbardziej rozpowszechniona ze wszystkich chorób społecznych i na całym świecie stanowi jedną z głównych przyczyn zgonu.

W ostatnich latach przed wojną były już czynione pewne wysiłki na terenie ziem polskich w kierunku walki z gruźlicą, jako złem społecznym. Powstały wówczas Towarzystwa Przeciwgruźlicze Warszawskie, Lwowskie i Krakowskie, a także pierwsze przychodnie przeciwgruźlicze. W okresie działań wojennych nie zapomniano również o tym zagadnieniu, bowiem gruźlica zaczęła się szerzyć w sposób zatrważający. Według danych statystycznych z dużych miast umie-

ralność z gruźlicy w latach wojennych wzrosła kolosalnie w porównaniu z okresem przedwojennym. W Warszawie wzrost był przeszło trzykrotny (tabl. nr 10).

Tablica nr 10.

UMIERALNOŚĆ Z GRUŹLICY W DUŻYCH MIASTACH

(liczba zgonów na 10,000 mieszk.).

Lata	Warszawa	Lwów	Poznań	Kraków
1910 — 1914	31,5	46,9	24,1	36,8
lata wojny 1915	41,1	59,2	24,5	27,6
lata wojny 1916	60,0	53,9	30,6	43,7
lata wojny 1917	97,4	64,6	32,9	50,3
lata wojny 1918	78,4	60,5	46,7	46,1
lata wojny 1919	59,3	75,6	43,2	47,6
lata wojny 1920	34,0	44,3	33,5	36,9
1921 — 1926	25,1	28,7	23,0	27,8
1927 — 1932	" 21,1	19,1	19,6	19,4
1933	16,0	15,3	19,0	16,2
1934	17,1	12,4	18,8	13,1
1935	15,2	14,6	17,4	13,3
1936	15,3	14,7	17,9	14,4

W roku 1917 nowopowstała Polska Służba Zdrowia uzyskała od władz okupacyjnych zgodę na obowiązkowe zgłaszanie wszystkich przypadków zgonu z gruźlicy płuc i krtani, na odkażanie mieszkań osób zmarłych z gruźlicy i na utrzymywanie specjalnych łóżek szpitalnych dla chorych na tę chorobę. W roku 1918 całą tę akcję władze okupacyjne przekazały polskim lekarzom powiatowym. W tym samym roku Ministerstwo Zdrowia Publicznego opracowało pierwszy projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Ustawa ta jednak nie weszła w życie, gdyż sprawa walki z gruźlicą musiała być odsunięta na dalszy plan wobec szerzącej się gwałtownie klęski ostrych chorób zakaźnych, które wymagały skupienia wszystkich wysiłków w tym jednym kierunku.

Jednakże już w roku 1919 ustawa o zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych, wymieniając choroby, podlegające zgłoszeniu, rozciąga ten obowiązek także na każdy przypadek „gruźlicy, niebezpiecznej dla otoczenia". Poza tym rozpoczęto w tym czasie również akcję zakładania i wspierania przez Państwo powstających przychodni przeciwgruźliczych, sanatoriów, towarzystw itd. (tablica nr 11).

Tablica nr 11.

PRZYCHODNIE PRZECIWGRUŹLICZE, ŁÓŻKA DLA CHORYCH NA GRUŹLICĘ W SZPITALACH I SANATORIACH.

Rok	Przychodnie przeciwgruźlicze				L. łóżek dla chorych na gruźlicę w szpitalach i sanatoriach
	L. ogólna	L. osób pod opieką	Liczba porad	L. odwiedzin domowych	
1918	8				
1920	30				
1922	37				
1925	65				
1926	122				
1927	150	78,930	221,240	56,357	5,729
1928	209	139,456	359,352	83,668	6,827
1929	266	180,175	369,886	117,320	7,371
1930	332	234,097	451,123	134,355	8,703
1931	351	273,196	457,972	140,147	7,414
1932	352	316,473	452,942	140,233	10,057
1933	341	287,890	443,132	141,783	9,759
1934	351	302,982	491,007	150,174	9,985
1935	391	292,026	506,156	157,223	10,205
1936	458	323,107	577,760	171,158	10,516
1937	532	351.360	645,476	178,899	—

W roku 1924 powstał Polski Związek Przeciwgruźliczy, którego zadaniem jest współpraca z Państwową Służbą Zdrowia w zakresie walki z gruźlicą, a w szczególności zespolenie i uzgodnienie działalności poszczególnych towarzystw przeciwgruźliczych, zbieranie środków pieniężnych na akcję przeciwgruźliczą, szkolenie personelu, propaganda, opracowywanie danych statystycznych, dotyczących tego zagadnienia itp.

W następnych latach wydano szereg przepisów, normujących pracę wszystkich czynników w zakresie walki z gruźlicą, powiększano stopniowo kredyty na tę walkę, utworzono sekcję przeciwgruźliczą Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. Opracowano także nowy projekt ustawy przeciwgruźliczej, który zawiera następujące postanowienia o charakterze zasadniczym. Każdy przypadek zachorowania na gruźlicę, jako też zmiany mieszkania lub śmierci osoby chorej na gruźlicę podlega zgłoszeniu. Chorzy powinni być odosobnieni dobrowolnie, lub przymusowo. Obowiązek prowadzenia akcji przeciwgruźliczej spada przede wszystkim na samorządy, które samodzielnie, lub

z pomocą Ubezpieczalni Społecznej i innych organizacji współdziałających mają zakładać i utrzymywać na swym terenie wszystkie przychodnie, sanatoria itp. instytucje, niezbędne do prowadzenia tej akcji. Państwo zastrzega sobie rolę nadzorczą oraz udzielanie zapomóg samorządom finansowo słabym. Projekt ten został już ostatecznie opracowany, uzgodniony z wszystkimi Ministerstwami i innymi czynnikami, które są zainteresowane walką z gruźlicą, i przygotowany do wydania w postaci obowiązującej. W r. 1938 projekt ten został złożony Izbom Ustawodawczym i przyjęty przez Komisję Sejmową, ale jeszcze nie uchwalony na plenum.

Wydanie takiej ustawy da Publicznej Służbie Zdrowia wreszcie mocne podstawy do prowadzenia akcji przeciwgruźliczej i skoordynuje wszystkie wysiłki w tym zakresie, ale już przed tym wydano cały szereg przepisów prawnych, które częściowo wkraczają w zagadnienie tej walki i normują poszczególne jej odcinki. A więc Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej o zakładach leczniczych z roku 1928[1]) mówi o zakładaniu szpitali i przychodni, między innymi także i przeciwgruźliczych. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o dozorze nad artykułami żywności[2]) z tego samego roku dało podstawę do rozporządzeń specjalnych, zakazujących osobom z otwartą gruźlicą wykonywania czynności, związanych z wyrobem, pakowaniem, przewozem i sprzedażą artykułów żywności. Analogiczne przepisy mamy dla zakładów fryzjerskich[3]) i kąpielowych[4]). Rozporządzenie o zwalczaniu i zapobieganiu chorobom zawodowym z roku 1928[5]) zalicza do tych chorób także i gruźlicę. Regulamin więzienny z r. 1931[6]) nakazuje izolowanie więźniów, obarczonych gruźlicą. W myśl rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z roku 1924[7]) kobieta, dotknięta gruźlicą, nie może być karmicielką obcego niemowlęcia. Wydano również szereg okólników, dotyczących walki z gruźlicą, a także opracowano wzorowe statuty przychodni przeciwgruźliczej i prewentorium.

Wobec dużych kosztów, związanych z zakładaniem i utrzymywaniem takich zakładów, jak sanatoria i prewentoria, a także ze względu na to, że długotrwałe odseparowanie chorego od rodziny i otoczenia nie zawsze jest możliwe i pożądane, wyłoniła się w ciągu lat ostatnich koncepcja tworzenia t. zw. półsanatoriów (półprewentorium, stacja leśna, sanatorium dzienne, sanatorium nocne). W takim zakładzie osoba chora przebywa tylko część doby, a poza tym może nawet wykonywać swój zawód i utrzymywać kontakt z rodziną i otoczeniem.

[1]) Dz. U. R. P. nr 38/1928.
[2]) Dz. U. R. P. nr 36/1928.
[3]) Dz. U. R. P. nr 78/1935.
[4]) Dz. U. R. P. nr 44/1936.
[5]) Dz. U. R. P. nr 5/1929.
[6]) Dz. U. R. P. nr 71/1931.
[7]) Dz. U. R. P. nr 94/1924.

Akcja zwalczania gruźlicy może być prowadzona w sposób należyty tylko przez odpowiednio wykwalifikowany personel lekarski i pielęgniarski. Celem przygotowania takiego personelu urządzane są co roku specjalne kursy, na których zapoznaje się uczestników z najnowszymi zdobyczami wiedzy o gruźlicy.

Jedną z takich zdobyczy lat ostatnich w dziedzinie walki z gruźlicą są szczepienia ochronne niemowląt przeciw gruźlicy t. zw. szczepionką BCG. W roku 1925 powstał w Warszawie Komitet szczepień przeciwgruźliczych z filiami w innych większych miastach polskich. Komitet ten wspólnie z Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym stosuje te szczepienia i do roku 1936 włącznie zaszczepiono już 38,644 niemowląt. Szczepienia te dają wyniki bardzo zachęcające i liczba ich wzrasta z roku na rok.

Wreszcie podkreślić należy, że w roku 1934 odbył się w Warszawie Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, przy udziale przeszło 1000 uczestników z całego świata.

Walka z gruźlicą, prowadzona w sposób opisany wyżej, niewątpliwie przyczyniła się w znacznym stopniu do zmniejszenia niebezpieczeństwa, grożącego naszej ludności ze strony tej choroby społecznej. Statystyka przyczyn zgonów, prowadzona dokładnie w dużych miastach polskich, wykazuje stopniowy i stały, choć powolny spadek umieralności z gruźlicy. Jeżeli porównamy dane z lat 1921 — 1926 z danemi za rok 1936, to liczba zgonów z gruźlicy na 10,000 mieszkańców spadła w Warszawie z 26,1 na 15,3, we Lwowie z 28,7 na 14,7, w Poznaniu z 23,0 na 17,9 i w Krakowie z 27,8 na 14,4. Spadek ten prawdopodobnie nie dotyczy ludności wiejskiej. Są nawet zdania lekarzy, że zachorowalność na gruźlicę na wsi wzrasta, co się daje zresztą wytłomaczyć wzrastającym przeludnieniem wsi i pogorszeniu warunków bytowania w związku ze zubożeniem wsi.

J a g l i c a była dość rozpowszechniona na ziemiach polskich już w latach przedwojennych, ale dokładnych danych statystycznych z tego okresu nie posiadamy. Wiemy tylko, że upośledzała ona wzrok licznych tysięcy, a w wielu przypadkach była przyczyną ślepoty. Zwalczanie jaglicy było prowadzone doraźnie we wszystkich trzech dzielnicach, ale nigdzie nie miało charakteru akcji systematycznej, zakrojonej na szerszą skalę. W okresie lat 1914 — 1920 działania wojenne, a w ciągu pierwszych kilku lat po wojnie groźne epidemie, do tego stopnia przesłoniły inne zagadnienia, że jaglicą zajmowano się niewiele. Jednakże, kiedy stwierdzono, że jaglica jest rozpowszechniona wśród dzieci, powracających z Rosji, to już w roku 1917 otwarto dla takich dzieci specjalny zakład leczniczy w Oświęcimiu. Pomiędzy dziećmi, powracającymi do Polski, dużo było sierot i dzieci opuszczonych. Umieszczano je w specjalnych zakładach wychowawczych, tworzonych ad hoc w warunkach bardzo trudnych. Nic dziwnego,

że zakłady te nie mogły odpowiadać wszystkim wymogom higieny i że właśnie w tych zakładach jaglica znalazła najlepsze warunki rozwoju.

W roku 1924, po ukończeniu reemigracji i po zwalczeniu głównej fali ostrych chorób zakaźnych sprawa walki z jaglicą dojrzała na tyle, że odbyła się w Krakowie konferencja profesorów okulistyki uniwersytetów polskich z przedstawicielami Państwowej Służby Zdrowia oraz innych czynników zainteresowanych, na której stwierdzono konieczność prowadzenia należytej, zorganizowanej walki z jaglicą. Akcja ta miała obejmować: zbieranie danych statystycznych o nasileniu jaglicy, zwłaszcza w zakładach opiekuńczych i w szkołach, założenie odpowiednich specjalnych zakładów leczniczych, szkolenie lekarzy w walce z jaglicą i propagandę.

Przeglądy okulistyczne, dokonane w myśl tych uchwał, ujawniły dopiero całą powagę sytuacji. Okazało się, że w roku 1925/26 w 74% wszystkich skontrolowanych zakładów opiekuńczych stwierdzono obecność jaglicy, a odsetek dzieci, dotkniętych tym cierpieniem, wynosił przeszło 13% (Tablica nr 12). W bardzo wielu szkołach, zarówno powszechnych, jak i średnich, stwierdzono także jaglicę u 1—8% wszystkich dzieci. Dzieci chore trzeba było izolować i leczyć. W tych warunkach jedyny zakład leczniczy, wspomniany wyżej, który w międzyczasie został przeniesiony z Oświęcimia do Witkowic pod Krakowem, okazał się niewystarczający. Wobec tego zorganizowano jeszcze 5 takich zakładów w Pruszkowie, Warszawie, Wilnie, Częstochowie i Śremie. Poza tym tworzono także mniejsze zakłady, prowizoryczne. Liczba miejsc w tych zakładach wynosiła łącznie w roku 1927 — 2,000, a liczba dzieci leczonych dochodziła do 3,000.

Tablica 12.

WYNIKI PRZEGLĄDÓW OKULISTYCZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKUŃCZYCH

Rok	Liczba zakładów badanych	Liczba dzieci zbadanych	Liczba dzieci zajagliczonych	%
1925/26	784	40,782	5,349	13,1
1927/28	724	37,931	1,763	4,6
1929/30	648	29,650	775	2,6
1931/32	418	21,505	414	1,9
1934	363	22,761	205	0,9
1936	361	27,830	175	0,6

Jednocześnie, opierając się na ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych z roku 1919, Ministerstwo Zdrowia Publicznego zarządziło obowiązkowe zgłaszanie wszystkich przypadków jaglicy. Corocznie prowadzono dokładne badania poborowych na jaglicę. Rozpoczęto tworzenie specjalnych przychodni przeciwjagliczych, w których leczono chorych, a także prowadzono usilną akcję zapobiegawczą drogą pouczania ludności, wygłaszania odczytów, rozdawania ulotek itp. propagandy, uświadamiającej ludność o tym, jak należy się zachowywać, żeby się uchronić przed jaglicą.

Liczby przypadków zgłoszonych za poszczególne lata i nasilenie jaglicy wśród poborowych zebrane są na tablicy nr 13, działalność przychodni przeciwjagliczych wyjaśnia tablica nr 14.

Tablica nr 13.

ZGŁASZANE PRZYPADKI JAGLICY I JAGLICA WŚRÓD POBOROWYCH

Rok	Zgłoszone przypadki jaglicy		Jaglica wśród poborowych (na 1,000)
	Liczba absolutna	na 10 tys. mieszkańców	
1925	4,751	1,8	11,0
1926	7,144	2,7	13,9
1927	13,182	4,9	11,7
1928	13,941	5,2	11,6
1929	14,028	5,2	13,9
1930	24,689	9,2	15,5
1931	22,440	7,0	15,4
1932	20,535	6,4	14,0
1933	19,588	6,1	13,2
1934	20,432	6,4	13,0
1935	20,272	6,0	11,0
1936	22,244	6,5	11,0
1937	20,421	5,9	11,0

W roku 1928 w drodze dekretu wydane zostało rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej[1]), które przewiduje, że każdy przypadek jaglicy powinien być przez lekarza zgłoszony powiatowej władzy administracji ogólnej. Osoby chore obowiązane są leczyć się. Lekarz obowiązany jest poza tym także uświadomić chorego o możności zarażenia osób innych i doręczyć mu pouczenie w druku o tym, jak się ma zachować, aby zarazy nie szerzyć. Obowiązek prowadzenia akcji przeciwjagliczej ciąży na samorządach, które w tym celu mają utrzy-

[1]) Dz. U. R. P. nr 36/1928.

mywać z pomocą Państwa specjalne przychodnie, oddziały szpitalne i inne niezbędne zakłady. Dla podołania tym obowiązkom samorządy słabsze finansowo powinny się łączyć w związki celowe. Porady i leczenie w przychodniach są bezpłatne.

Ta podstawa prawna dała dopiero możność należytego rozwoju walki z jaglicą w całym kraju. Coraz gęstsza sieć przychodni przeciwjagliczych pozwala na stopniowe wyławianie i leczenie przypadków jaglicy. Liczba osób, wymagających leczenia w zakładach specjalnych, zmniejsza się z roku na rok tak, że zakłady te ulegają stopniowej likwidacji. Obecnie pozostał czynny tylko jeden zakład w Witkowicach, w którym znajduje pomieszczenie około 200 chorych.

Tablica nr 14.

PRZYCHODNIE PRZECIWJAGLICZE

Rok	Liczba ogólna	Liczba osób pod opieką	Liczba porad	Liczba zabiegów operacyjnych	Liczba odwiedzin domowych
1925	11	—	—	—	—
1926	24	1,744	72,653	—	—
1927	69	31,289	245,921	—	—
1928	197	70,706	418,721	7,153	11,432
1929	279	99,508	709,644	25,197	22,297
1930	337	144,874	910,659	31,976	29,333
1931	347	180,585	959,115	51,885	40,626
1932	366	190,053	1,027,941	47,234	46,374
1933	379	205,123	1,036,660	55,221	46,811
1934	419	216,441	1,116,468	57,412	52,697
1935	505	241,960	1,205,726	86,035	58,645
1936	590	265,393	1,359,897	99,732	72,325
1937	656	292,020	1,428,516	116,912	76,546

W okolicach, w których brak pomocy okulistycznej (Wileńszczyzna) Polski Czerwony Krzyż z pomocą Uniwersytetu Stefana Batorego i Ministerstwa Opieki Społecznej uruchomił dwa lotne oddziały oczne, które, przesuwając się z miejsca na miejsce, prowadzą energiczną akcję leczniczą i propagandową. Poza tym istnieje także t. zw. instrukcyjna kolumna przeciwjaglicza, utrzymywana wyłącznie przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Jej zadania polegają na wykonywaniu bezpośredniego nadzoru nad całą akcją przeciwjagliczą na terenie Państwa, a częściowo także na udzielaniu pomocy okulistycznej ludności.

W Państwowej Szkole Higieny urządzane są co roku kursy specjalne dla lekarzy z zakresu walki z jaglicą. Wydano również różnego rodzaju popularne druki i ulotki, które służą propagandzie przeciwjagliczej.

W wyniku tak zakreślonej działalności stwierdzić można, że jaglica w szkołach, a nawet w zakładach opiekuńczych jest zjawiskiem coraz rzadszym (tabl. nr 12). Jeżeli tablica nr 13 wykazuje, że liczba zgłaszanych przypadków nie spada, a odsetek jaglicy wśród poborowych utrzymuje się mniejwięcej na poziomie 1%, to przyczyny tego stanu należy szukać przede wszystkim w coraz lepszej regestracji przypadków jaglicy zarówno wśród ogółu ludności, jak i wśród poborowych. Jednakże, pomimo coraz dokładniejszej statystyki, liczby te mają w ciągu lat ostatnich tendencję do spadku, co niewątpliwie świadczy o zmniejszeniu się nasilenia jaglicy w Polsce.

Choroby weneryczne na ziemiach polskich stanowią bardzo ważne zagadnienie tylko w większych skupiskach ludzkich. Wśród ludności wiejskiej sprawa ta naogół odgrywa mniejszą rolę z wyjątkiem kilku okolic, o których będzie mowa niżej. Choroby te powodują bardzo poważne zaburzenia, ostre i przewlekłe, w organizmie ludzkim, a często odbijają się także ujemnie na potomstwie osób chorych.

Zwalczanie chorób wenerycznych jest prowadzone częściowo w sposób analogiczny do walki z innymi chorobami społecznymi. Poza tym jednakże specjalną uwagę zwraca się na walkę i nadzór nad głównym źródłem chorób wenerycznych, którym jest nierząd.

W okresie przedwojennym we wszystkich trzech dzielnicach Polski walka z chorobami wenerycznymi sprowadzała się właściwie do nadzoru nad nierządem. Było to wykonywane przez władze policyjne, które regestrowały osoby, uprawiające nierząd, i poddawały stan ich zdrowia periodycznej kontroli, a w razie potrzeby także przymusowemu leczeniu. Wreszcie była w szpitalach pewna liczba łóżek dla chorych wenerycznie.

W okresie lat wojennych, w związku z ciągłymi przemarszami wojsk, nasilenie chorób wenerycznych wzrosło do tego stopnia, że na terenie b. Galicji obliczano w tym czasie liczbę takich chorych na milion, a na terenie byłego Królestwa Kongresowego nawet na dwa miliony.

Po odzyskaniu niepodległości rozpoczęto energiczną walkę z chorobami wenerycznymi. Przede wszystkim już w roku 1919 stworzono po miastach urzędy i referaty sanitarno-obyczajowe dla nadzoru nad nierządem. Przy tym zmieniono zasadniczo dawny tryb postępowania w tej sprawie. O ile poprzednio, przy systemie t. zw. reglamentacji, całość akcji spoczywała w rękach policji, a badanie i leczenie stanowiły zagadnienie uboczne, o tyle teraz, przy t. zw. systemie neoreglamentacji, akcja zwalczania nierządu znalazła się w rękach lekarza urzę-

dowego, którego głównym zadaniem jest leczenie chorych i któremu do pomocy dodano komisję sanitarno-obyczajową. Do komisji tej, poza przedstawicielami władz, wprowadzono również element społeczny. Komisja, jako ciało kolegialne, decyduje o wpisaniu poszczególnej kobiety do rejestru osób uprawiających nierząd, a także decyduje o jej skreśleniu z rejestru. Jednocześnie domy publiczne zostały zniesione. Te zarządzenia, wydane doraźnie, zostały później ujęte w rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z roku 1922 o nadzorze nad nierządem[1]). Rozporządzenie to stanowi do chwili obecnej podstawę prawną zwalczania nierządu w Polsce i dopiero w latach ostatnich wyłonił się projekt nowego ujęcia sprawy nierządu i walki z nim. Nowy projekt ustawy został opracowany w Ministerstwie Opieki Społecznej.

Inny projekt ustawy ujmuje całość walki z chorobami wenerycznymi w Państwie z punktu widzenia zdrowia publicznego. Projekt ten został już opracowany i uzgodniony z wszystkimi zainteresowanymi czynnikami; obecnie jest on złożony ciałom ustawodawczym. Przewiduje on, że każda osoba, chora na chorobę weneryczną, obowiązana jest leczyć się u lekarza. Lekarz leczący obowiązany jest zgłosić lekarzowi powiatowemu każdy przypadek choroby wenerycznej, uchylający się od leczenia, przy czym obydwu ich obowiązuje zachowanie tajemnicy lekarskiej. Poza tym lekarz leczący powinien pouczyć chorego o konieczności leczenia się i przestrzegania przepisów zapobiegawczych, a także o karalności za zarażenie innych osób. Osobom chorym zabrania się obcowania płciowego i wstępowania w związki małżeńskie.

Zadaniem lekarza urzędowego (powiatowego) jest przypilnować, a w razie potrzeby wydać niezbędne zarządzenia, aby chory się leczył. Osoby oporne, niezależnie od płci, można leczyć przymusowo. W razie uzasadnionego podejrzenia choroby wenerycznej może lekarz urzędowy zażądać przedłożenia sobie wyniku zbadania takiej osoby przez lekarza, bądź też sam może zarządzić zbadanie. Samorządy obowiązane są utrzymywać przychodnie przeciwweneryczne, gdzie osoby zgłaszające się mogą otrzymać bezpłatną pomoc leczniczą. Gminy miejskie obowiązane są także posiadać odpowiednią liczbę łóżek szpitalnych dla chorych wenerycznie.

Projekt ten zmierza do zniesienia systemu neoreglamentacji i wprowadzenia t. zw. abolicjonizmu. Zniesiona byłaby zupełnie regestracja osób uprawiających nierząd, a każdy chory, niezależnie od płci i zawodu, musiałby się leczyć. System ten, stosowany już od szeregu lat w innych państwach, dał wyniki zadawalające.

Z przepisami tymi, które, choć bliskie realizacji, są jeszcze w sferze projektów, wiąże się ściśle obowiązujący już art. 245 Kodeksu Kar-

[1]) Dz. U. R. P. nr 78/1922.

nego z roku 1932, głoszący, że „kto, będąc dotknięty chorobą weneryczną, naraża inną osobę na zarażenie tą chorobą", podlega karze więzienia do lat 3, lub aresztu do lat 3.

Tablica nr 15.

PRZYCHODNIE PRZECIWWENERYCZNE

Rok	Liczba ogólna	Liczba osób pod opieką	Liczba porad	Liczba odwiedzin domowych
1923	14	8,610		
1924	15	15,678		
1925	16	9,816		
1926	26	12,980		
1927	34	14,443		
1928	69	16,023		
1929	93	18,835	45,073	1,984
1930	107	19,142	68,129	2,961
1931	125	21,781	94,359	2,738
1932	134	23,492	158,301	4,521
1933	149	30,059	201,584	5,157
1934	161	32,249	225,851	1,999
1935	175	33,431	265,451	4,302
1936	291	90,239	631,292	7,747
1937	507	176,480	946,899	11,295

Jednakże pomimo braku dotychczas przepisów prawnych, nakazujących zakładanie przychodni przeciwwenerycznych, mamy już sporo takich przychodni czynnych, a na utrzymanie ich składają się Skarb Państwa, samorządy i organizacje społeczne. Przychodnie są czynne bądź samodzielnie, bądź też przy urzędach sanitarno-obyczajowych, lub jako część składowa Ośrodka Zdrowia. Ich liczbę i działalność ilustruje tablica nr 15. Są one prowadzone na tych samych zasadach, co inne przychodnie do zwalczania chorób społecznych z tą jedynie różnicą, że wykonywanie wywiadów domowych w wielu przypadkach chorób wenerycznych napotyka na trudności ze względu na to, że sam przypadek choroby niejednokrotnie stanowi tajemnicę dla otoczenia i odwiedziny pielęgniarki społecznej w takim przypadku mogłyby tę tajemnicę ujawnić, co bynajmniej nie leży w intencjach przychodni.

Liczba łóżek szpitalnych dla chorych wenerycznie wciąż jeszcze jest niewystarczająca (tablica nr 16).

Tablica nr 16.

LICZBA ŁÓŻEK DLA CHORYCH WENERYCZNO-SKÓRNYCH W ZAKŁADACH LECZNICZYCH

	1914	1928	1933	1938
m. st. Warszawa	364	500	722	647
Województwa Centralne	140	697	591	425
,, Wschodnie	.	223	259	251
,, Zachodnie	.	681	885	566
,, Południowe	600	702	741	938
Razem	.	2803	3198	2827

W dziedzinie walki z chorobami wenerycznymi specjalna uwaga Publicznej Służby Zdrowia jest zwrócona na te okolice, gdzie mamy większe nasilenie kiły. Takich ognisk z t. zw. kiłą endemiczną mamy w Polsce dwa — są to Huculszczyzna, a dokładniej powiedziawszy powiaty Kołomyjski, Nadwórniański, i Kosowski, oraz powiat Brasławski w Woj. Wileńskim.

Na Huculszczyźnie kiła endemiczna datuje się od połowy XIX wieku, kiedy przez te okolice przechodziła armja rosyjska w pochodzie na Węgry. W powiatach tych już w latach przedwojennych władze austriackie zapoczątkowały na niewielką skalę leczenie chorej ludności. Władze polskie rozpoczęły intensywniejszą działalność przez badanie krwi ludności poszczególnych gmin na odczyn Wassermann'a oraz przez akcję przychodni przeciwwenerycznych, które bezpłatnie leczą chorych.

Badania krwi były prowadzone na Huculszczyźnie w ciągu lat 1928—1931, przy czym zbadano, poza akcją przychodni, 13114 osób, wśród których odczyn dodatni Wassermann'a stanowił 10,9%. Na terenie tym władze państwowe w ścisłej współpracy z samorządami prowadzą 15 przychodni przeciwwenerycznych, które w roku 1937 miały w leczeniu 4323 osób.

Ognisko kiły endemicznej w pow. Brasławskim zostało wykryte w ciągu lat ostatnich wśród staroobrzędowców, zamieszkujących te okolice. Pięć przychodni przeciwwenerycznych, czynnych na tym terenie ma w leczeniu ponad 1000 chorych.

Poważniejsze znaczenie ma także przychodnia dla chorych wenerycznie, założona w Gdyni w wyniku przystąpienia Polski do porozumienia Brukselskiego z roku 1924 w sprawie ułatwienia marynarzom handlowym leczenia chorób wenerycznych. W przychodni tej otrzymują bezpłatną poradę i leczenie marynarze statków handlowych wszystkich krajów. Świadczenia te, udzielane w myśl wspomnianego

porozumienia międzynarodowego, oparte są oczywiście na zasadzie wzajemności.

W walce swej z chorobami wenerycznymi Publiczna Służba Zdrowia otrzymuje pewną pomoc od Towarzystwa Eugenicznego, którego zadaniem jest walka z wszelkimi czynnikami zwyradniającymi. Pomiędzy tymi czynnikami jedno z głównych miejsc zajmują choroby weneryczne. Towarzystwo Eugeniczne utrzymuje kilka przychodni przeciwwenerycznych, przychodnie przedślubne i prowadzi akcję uświadamiającą.

Wreszcie, jako odpowiednik Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, założono w roku 1928 Związek Przeciwwenerycznych, który ma za zadanie zespolenie i koordynację wysiłków wszystkich czynników zainteresowanych w walce z chorobami wenerycznymi, a więc zarówno państwowych, jak samorządowych i społecznych. Związek ten poza tym udziela władzom państwowym opinii w sprawach, dotyczących walki z chorobami wenerycznymi, a także prowadzi działalność propagandową.

Wyniki naszej pracy w zakresie zwalczania chorób wenerycznych trudno jest ocenić, gdyż nie posiadamy dokładnych danych, dotyczących ich rozpowszechnienia.

Zarządzane były kilka razy spisy chorych wenerycznie, polegające na tym, że każdy lekarz lub zakład leczniczy podaje, ile w ciągu określonego miesiąca miał w leczeniu chorych wenerycznie, i podział ich według płci i rodzaju choroby[1]). Jednakże dane, otrzymane w ten sposób, okazały się bardzo nieścisłe. Natomiast dokładniejsze są dane, ogłaszane periodycznie przez Ubezpieczalnie (Kasy Chorych), a dotyczące częstości zapadnięć na choroby weneryczne wśród ubezpieczonych (tabl. nr 17).

Tablica nr 17.

ODSETEK UBEZPIECZONYCH W UBEZPIECZALNIACH SPOŁECZNYCH (KASACH CHORYCH), DOTKNIĘTYCH CHOROBĄ WENERYCZNĄ.

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Woj. Centralne	4,92	5,13	5,18	4,57	4,51	3,84	3,96	3,63
,, Wschodnie	3,25	3,43	4,08	4,58	4,53	3,08	2,84	3,06
,, Zachodnie	3,36	3,60	3,86	3,28	3,45	3,57	3,59	3,77
,, Południowe	2,58	2,39	2,49	2,30	3,57	3,96	3,56	5,74
Śląsk Cieszyński	2,32	3,41	2,84	1,83	1,89	1,66	1,67	2,20
Polska[2])	**3,60**	**4,00**	**4,14**	**3,67**	**3,97**	**3,72**	**3,67**	**4,10**

[1]) Analogiczny spis zarządzony został na m. październik 1938 r.
[2]) Z wyjątkiem części Górnośląskiej Woj. Śląskiego.

Z dużą dozą prawdopodobieństwa możemy przypuścić, że każdy z ubezpieczonych, chorych na chorobę weneryczną, korzysta z przysługującego mu prawa leczenia się. To też liczby, podane w tej tablicy, dają nam pojęcie o rozpowszechnieniu chorób wenerycznych w Polsce. Są one dość duże, a zmniejszenia się tych liczb można się spodziewać dopiero po wejściu w życie wyżej streszczonej ustawy, która nakazuje leczenie każdego przyp dku choroby wenerycznej.

Umieralność nadmierna matek i dzieci jest w Polsce zjawiskiem powszechnym. Aby zdać sobie sprawę z tego, wystarczy porównać kilka liczb, dotyczących tego zagadnienia na terenie Europy Zachodniej z jednej strony, a Polski z drugiej . A więc umieralność niemowląt w ciągu pierwszego roku życia wynosiła w roku 1930 na sto urodzin żywych w miastach holenderskich tylko 4,1, w Wiedniu — 7,1, w Pradze Czeskiej — 9,0, w Warszawie — 11,8. W tym samym roku przeciętna umieralność niemowląt dla całej Polski wynosiła 14,3%.

Wymieranie niemowląt jest szczególnie duże w rodzinach ubogich, gdzie nieraz dochodzi ono do 35%, a wśród niemowląt nieślubnych przekracza nawet czasem 50%.

Przyczyn tego stanu rzeczy należy się dopatrywać w niskim naogół poziomie uświadomienia naszej ludności co do zagadnień, związanych z ciążą i połogiem, a także z wychowaniem i pielęgnowaniem niemowlęcia. Panują tu jeszcze często przesądy i zabobony. Poza tym wchodzą tu w grę i inne czynniki, jak warunki materialne otoczenia, w którym niemowlę przychodzi na świat, zagadnienia matek i dzieci nieślubnych, kwestia zatrudnienia kobiet i młodocianych w przemyśle itp.

Wśród oświeconych warstw społeczeństwa polskiego już w okresie przedwojennym istniało zrozumienie dla tych zagadnień, ale z powodów, niewymagających specjalnego omówienia, niewiele można było zdziałać. Jednakże już w roku 1904 powstała w Łodzi pierwsza na ziemiach polskich przychodnia dla niemowląt, nazwana według wzorów francuskich ,,Kroplą Mleka" (Goutte de lait). W roku 1914 było już 6 stacyj opieki nad matką i dzieckiem, a pod koniec lat wojennych w roku 1920,—39.

W roku 1919 zorganizowano ,,Centralny Komitet Pomocy Dzieciom", a w roku następnym, 1920, z udziałem rządów Polskiego i Stanów Zjednoczonych A. P. przekształcono ten Komitet na fundację, którą nazwano ,,Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom". Instytucja ta rozpoczęła na ziemiach polskich szeroko zakreśloną akcję doraźną, polegającą głównie na dożywianiu ludności, a w szczególności dzieci, ale wkrótce po tym zajęła się także akcją propagandy zasad higieny macierzyństwa i wieku dziecięcego, szkoleniem personelu pielęgniarskiego, wreszcie zakładaniem przychodni dla matek

i dzieci. Taką działalność P. A. K. P. D. prowadził do roku 1922, kiedy Amerykanie wycofali się z tej akcji, pozostawiając nam cały majątek instytucji oraz inicjatywę dalszej pracy. Powstał w ten sposób ,,Polski Komitet Pomocy Dzieciom", istniejący do chwili obecnej.

Tablica 18.

LICZBA PRZYCHODNI DLA MATKI I DZIECKA I UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT WEDŁUG LAT

Rok	Liczba przychodni	Liczba zgonów niemowląt na 100 urodzeń żywych
1914	6	
1915	8	
1916	15	
1917	21	
1918	25	
1919	33	
1920	39	
1921	55	
1922	71	
1923	77	
1924	86	
1925	105	
1926	120	
1927	143	15,1
1928	179	14,5
1929	231	14,9
1930	287	14,3
1931	360	14,2
1932	396	14,3
1933	377	12,8
1934	387	14,1
1935	423	12,7
1936	488	14,1
1937	570	13,6

W tej nowej postaci Komitet zmienił charakter akcji dotychczasowej, mianowicie zamiast poprzedniej akcji, przeważnie doraźnej, rozpoczął na szerszą skalę tworzenie instytucyj stałych, a więc przychodni, burs, zakładów specjalnych, które początkowo utrzymywał całkowicie, po tym przekazywał czynnikom lokalnym, stopniowo zmniejszając pomoc finansową. Poczynając od roku 1929, działalność

ta staje się coraz słabsza z powodu braku odpowiednich funduszów, a w ciągu lat ostatnich sprowadza się do wydawania 3 czasopism („Pediatria Polska", „Życie Młodych" i „Matka i dziecko"), oraz monografii z dziedziny pediatrii, do akcji propagandowej (ulotki, plakaty itp.) i do prowadzenia 2 stacyj opieki nad matką i dzieckiem w m. Warszawie.

Obecnie akcja opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem jest prowadzona prawie całkowicie przez samorządy z wydatną pomocą oraz pod nadzorem Państwowej Służby Zdrowia i przy współpracy innych instytucyj zainteresowanych w tym zagadnieniu (Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet, Polski Czerwony Krzyż, Towarzystwo Opieki nad zdrowiem ludności żydowskiej itp.) Cechą charakterystyczną tej pracy w ciągu lat ostatnich jest coraz wyraźniejsze przenikanie jej na teren wsi.

Pod względem legislacyjnym warto podkreślić, że już w Konstytucji z roku 1919 mamy art. 103, który zawiera zasadnicze postanowienia, dotyczące opieki nad matką i dzieckiem. Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu od choroby z roku 1920[1]) i 1933[2]) przewidują obowiązek udzielania położnicom pomocy lekarskiej i położniczej, a także zasiłku pieniężnego, poza tym matki karmiące otrzymują specjalny zasiłek.

Ustawa o pracy młodocianych i kobiet z roku 1924[3]) nie pozwala na zatrudnianie kobiet i młodocianych w warunkach niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia. Przyznaje ona kobiecie prawo przerywania pracy podczas ciąży, a także w okresie połogu i popołogowym. W zakładach, zatrudniających ponad 100 kobiet, pracodawca obowiązany jest założyć i utrzymywać żłobek dla niemowląt.

Również w roku 1924 Minister Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych wydał rozporządzenie o prawach i obowiązkach kobiet, karmiących obce niemowlęta[4]), określając warunki, w jakich kobiety mogą się podejmować wykarmiania niemowląt, przy czym bierze się w obronę zarówno kobietę karmiącą, jak i niemowlę.

Obecnie w przygotowaniu jest projekt ustawy o opiece nad zdrowiem dziecka, który ma za zadanie ująć w normy prawne opiekę zdrowotną nad płodem ludzkim, niemowlęciem, dzieckiem w wieku przedszkolnym i dzieckiem w wieku szkolnym do lat 15-tu.

Prace nad rozbudową aparatu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem prowadzone były bardzo intensywnie. W ciągu lat ostatnich zwrócono w tej akcji szczególną uwagę na teren wsi, gdzie powstają liczne przychodnie. Liczba przychodni dla matki i dziecka

[1]) Dz. U. R. P. nr 44/1920.
[2]) Dz. U. R. P. nr 51/1933.
[3]) Dz. U. R. P. nr 65/1924.
[4]) Dz. U. R. P. nr 94/1924.

wzrosła od roku 1918 z 25 do 570 w roku 1937. Instytucje te w roku 1937 miały pod opieką 19,902 matek i 187,871 dzieci, którym udzielono łącznie 662,507 porad lekarskich, dokonano 347,969 odwiedzin domowych, wydano 3,260,870 litrów mleka oraz 10,303,023 porcji mieszanek. Porównanie tych liczb, dotyczących roku 1937, z liczbami z roku 1931 (tablica nr 19) świadczy o dużym postępie w działalności stacyj opieki nad matką i dzieckiem. Możemy porównać także liczby łóżek ginekologiczno-położniczych i dla dzieci w różnego rodzaju zakładach leczniczych. Łóżek pierwszego rodzaju mieliśmy w roku 1927 — 2345, w roku 1937 — 6377, łóżek dla dzieci było w roku 1927 — 3090, a w roku 1937 — 4740. I tu widoczny jest duży postęp.

Tablica nr 19.

DZIAŁALNOŚĆ PRZYCHODNI DLA MATKI I DZIECKA

	1931	1933	1935	1937
Liczba przychodni	360	377	423	570
L. osób pod opieką	107,052	138,200	143,275	207,773
L. porad lekarskich	314,523	519,412	523,920	662,507
L. odwiedzin domowych	196,452	295,202	293,643	347,969

W związku z wyżej opisanymi pracami, stanowiącymi duży wysiłek na przestrzeni lat 20-tu, stoi niewątpliwie stały choć powolny spadek umieralności niemowląt, który możemy stwierdzić pomimo złych warunków ekonomicznych i higienicznych, w jakich żyje ludność Polski. Umieralność ta spadła w okresie od roku 1927 do 1937 z 15,1 na 13,6 zgonów na 100 żywych urodzeń. Fakt ten nie będzie nasuwał wątpliwości jeżeli zważymy, że umieralność niemowląt, będących pod opieką stacji, jest kilkakrotnie mniejsza od umieralności niemowląt, niekorzystających z takiej opieki.

Rozwój opieki społecznej nad zdrowiem matki i dziecka jest tym bardziej konieczny, że liczba urodzin w Polsce spada. Daje się zauważyć coraz bardziej dążność do ograniczenia liczby urodzin, szczególnie w rodzinach urzędniczych i wolnych zawodach. Jeżeli pragniemy, aby Polska stała się potężnym mocarstwem i osiągnęła należne jej stanowisko w świecie, to jednym z nieodzownych warunków jest wzrost liczby ludności. Należy przeto dołożyć wszelkich starań, aby zmniejszyć umieralność, a w tym kierunku środkiem bardzo skutecznym jest zwłaszcza opieka nad źródłem mocy narodu, nad matką i dzieckiem.

Alkoholizm w szeregu innych chorób społecznych wyróżnia się charakterystycznie tym, że rozpowszechnienie jego uzależnione jest nie od swoistych zarazków, jak to ma miejsce w gruźlicy, chorobach wenerycznych, jaglicy itp., ale zależy całkowicie od działania alkoholu na organizm człowieka.

Rolę zarazka wypełnia tutaj powszechny zwyczaj używania napojów, zawierających alkohol, i nie tylko zwyczaj, ale także pewien przymus towarzyski i tradycje w tym kierunku. Poza tym alkoholizm przyczynia się bezpośrednio lub pośrednio do rozpowszechnienia i pogłębienia innych klęsk społecznych, jak przede wszystkim pauperyzmu, chorób wenerycznych, gruźlicy, oraz powoduje ogólną degenerację ludności.

Tym niemniej racjonalnie stosowane metody zwalczania alkoholizmu wydały w szeregu krajów kulturalnych niewątpliwie dodatnie wyniki w postaci poważnego spadku alkoholizmu w ostatnich kilku dziesięcioleciach.

Odrodzone Państwo Polskie w dziedzinie walki z alkoholizmem zastało stan następujący: w b. zaborze rosyjskim od chwili wybuchu wielkiej wojny obowiązywał całkowity zakaz wyrobu i sprzedaży napojów alkoholowych. Jeszcze przed tym gminy wiejskie uzyskały prawo uchwalania na obszarze swoim miejscowego zakazu sprzedaży alkoholu.

W b. zaborze austriackim obowiązywała od roku 1977 t. zw. ustawa przeciw opilstwu — faktycznie niemal zupełnie niewykonywana.

W b. zaborze pruskim nie było żadnych przepisów przeciwalkoholowych.

Z chwilą okupacji b. zaboru rosyjskiego przez wojska niemieckie i austriackie została przywrócona wolna sprzedaż napojów alkoholowych; jednakże brak surowców, z których wyrabia się alkohol, spowodował, że na rynku legalnym dawał się odczuć brak spirytusu. Wskutek powyższego zaczęły się gwałtownie rozwijać potajemny, nielegalny wyrób i sprzedaż alkoholu. Zjawisko to przybrało tak zastraszające rozmiary, że zwróciły nań uwagę i władze sanitarne odradzającego się Państwa i Sejm Ustawodawczy.

W Ministerstwie Zdrowia Publicznego został utworzony na początku roku 1919 referat do spraw walki z alkoholizmem, Sejm zaś, obok rezolucji, wzywającej Rząd do walki z tajnym gorzelnictwem i tajną sprzedażą alkoholu, zajął się zagadnieniem ustawodawczego zwalczania alkoholizmu. Zgłoszono w tej mierze kilka wniosków.

Wreszcie w dniu 23 kwietnia 1920 r. uchwalona została ustawa „o ograniczeniach" w sprzedaży napojów alkoholowych[1]).

[1]) Dz. U. R. P. nr 37/1920.

W myśl tej ustawy napoje, zawierające do 2,5% alkoholu, nie podlegały żadnym ograniczeniom, najmocniejszy napój alkoholowy mógł zawierać 45% alkoholu; gminy miejskie i wiejskie uzyskały prawo uchwalania w drodze głosowania powszechnego zakazu sprzedaży napojów alkoholowych; liczba miejsc wyszynku i sprzedaży napojów alkoholowych ograniczona została do 1 na 2,500 ludności. Odległość miejsc wyszynku i sprzedaży napojów alkoholowych od szkół, sądów, kościołów, fabryk itp. określono w miastach na 100 m, na wsi na 300 m. Podawanie i sprzedaż jakichkolwiek napojów alkoholowych dzieciom i młodzieży do lat 21 zostało wzbronione. Wzbroniono również sprzedaży i podawania napojów alkoholowych, zawierających ponad 2,5% alkoholu w bufetach kolejowych, w pociągach, na przystaniach i na statkach parowych, na całym obszarze koszar i fabryk, w bufetach, sklepach i obozach wojskowych, w lokalach sportowych i gimnastycznych, w domach ludowych, w pomieszczeniach straży ogniowej, w budynkach, oddanych do użytku służby publicznej. W dni świąteczne i niedziele od godz. 15 dnia przedświątecznego do godz. 10-ej rano dnia poświątecznego oraz w dni targów, jarmarków, odpustów, pielgrzymek, podczas poboru i mobilizacji, wyborów do ciał ustawodawczych oraz komunalnych obowiązywał zakaz całkowity.

W roku 1931 została uchwalona przez ciała ustawodawcze nowa ustawa przeciwalkoholowa[1]), zmieniająca poprzednią i znacznie od niej łagodniejsza, ale i ta ustawa uległa poważnym zmianom na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r.[2]).

Obecnie obowiązująca ustawa wprowadza pewne ograniczenia co do sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na obszarze koszar i obozów wojskowych, zabudowań fabrycznych, w pomieszczeniach straży ogniowej, oraz w lokalach i miejscach, przeznaczonych do ćwiczeń sportowych i gimnastycznych. W domach ludowych i lokalach, oddanych do użytku służby publicznej, obowiązuje zakaz alkoholu z wyjątkiem piwa, które wogóle nie podlega żadnym ograniczeniom. Władze administracyjne mogą w razie potrzeby zakazać sprzedaży lub wyszynku napojów alkoholowych na czas wyborów do ciał ustawodawczych, samorządu terytorialnego, gospodarczego i ubezpieczeń społecznych, poboru wojskowego lub mobilizacji, sądów doraźnych, stanu wyjątkowego oraz w soboty i inne dni wypłat robotnikom od godz. 14. W dni świąteczne obowiązuje zakaz sprzedaży od godz. 6 do godz. 14-ej. Miejsca wyszynku napojów alkoholowych nie mogą się znajdować w odległości mniejszej niż 100 m od zewnętrznych granic budynków, w których się mieszczą kościoły, klasztory, szkoły, sądy, więzienia, stacje kolejowe, przystanie statków, koszary, zakłady,

[1]) Dz. U. R. P. nr 51/1931.
[2]) Dz. U. R. P. nr 96/1934.

zatrudniające ponad 50 robotników, jednakże władze administracyjne mogą czynić wyjątki od tej zasady. Ważny jest poza tym przepis, który zakazuje sprzedaży detalicznej lub innego detalicznego pozbycia, tudzież podawania do spożycia w lokalach i miejscach publicznych napojów, zawierających jakiekolwiek ilości alkoholu: a) nieletnim do lat 21, lub uczniom wszelkiego rodzaju szkół niższych i średnich bez względu na ich wiek, b) innym spożywcom wzamian za zboże, lub inne wytwory gospodarstwa wiejskiego, albo na pokrycie zobowiązań, lub za wykonaną pracę.

Jeżeli chodzi o leczenie notorycznych alkoholików, to jeszcze przed wojną istniała w Poznaniu stacja opiekuńcza dla nich, a w Gościejewie (pow. Oborniki) przytułek dla alkoholików. Poza tym na całym terenie obecnych ziem polskich nie było żadnych instytucyj lub zakładów leczniczych tego rodzaju. Zakład w Gościejewie na 45 łóżek przeznaczony jest obecnie wyłącznie dla kobiet. Poza tym z funduszów państwowych założony został drugi zakład tego typu, przeznaczony dla mężczyzn. Mieści się on w Świacku (poczta Sopoćkinie, Woj. Białostockie, 22 km od Grodna), w dawnym pałacu Wołłowiczów, i posiada wszystkie najnowsze urządzenia terapeutyczne. Zakład obliczony jest na 120 łóżek. Obydwa te zakłady przeznaczone są przede wszystkim dla alkoholików, a następnie dla narkomanów — morfinistów, kokainistów i nerwowo wyczerpanych.

Tablica nr 20.

PRZYCHODNIE PRZECIWALKOHOLOWE

(1925 — 1937)

Rok	Liczba przychodni	Liczba osób pod opieką	Liczba porad udzielonych	Liczba odwiedzin domowych
1925	1			
1926	2			
1927	3			
1928	6	927	5,091	1,731
1929	6	1,226	7,811	1,487
1930	10	1,436	7,049	1,737
1931	9	1,265	5,301	1,687
1932	7	1,484	10,371	1,280
1933	11	1,843	4,869	2,942
1934	11	2,058	5,200	2,204
1935	11	1,490	4,900	2,102
1936	10	1,355	5,798	2,588
1937	11	1,694	5,860	2,612

Obecnie w Rzeczypospolitej mamy także 14 przychodni dla alkoholików: w Warszawie (2), w Wilnie (2), w Białymstoku, w Gdyni, w Poznaniu, w Katowicach, w Łodzi, w Płocku, w Kowlu, we Lwowie, Lublinie i Krakowie. Działalność ich przedstawiona jest na tabl. nr 20.

W ostatnich czasach coraz więcej Ośródków Zdrowia włącza do zakresu swej działalności walkę z alkoholizmem chociaż niezawsze w formie zakładania przychodni przeciwalkoholowych.

Były Krakowski Okręgowy Związek Kas Chorych i takiż związek we Lwowie utworzyły przed kilku laty ruchome wystawy przeciwalkoholowe, obficie zaopatrzone w eksponaty.

Dla zapoznania szerszego ogółu z powagą tego zagadnienia urządzane są także co roku w Państwowej Szkole Higieny kursy alkohologii. Kursów takich odbyło się już 13. Każdy kurs obejmuje trzydzieści kilka godzin wykładów. Podobne kursy, ale na mniejszą skalę, urządzane są przez organizacje przeciwalkoholowe w innych miastach, jak Kraków, Lwów, Poznań, Kowel, Katowice, Łódź, Radom. Słuchacze rekrutują się w największej części spośród nauczycielstwa, działaczów społecznych, lekarzy, duchowieństwa itd.

Ciekawą próbę wędrownej wystawy przeciwalkoholowej, urządzonej w wielkim wagonie kolejowym, zorganizowała Abstynencka Liga Kolejowców. Wystawa-wagon zawiera przeważnie eksponaty z dziedziny alkoholizmu, a także gruźlicy i chorób wenerycznych. Po kolei wagon ten objeżdża wszystkie Dyrekcje P. K. P., zatrzymując się na wielu stacjach, gdzie odpowiednio wykwalifikowani prelegenci udzielają objaśnień zwiedzającym.

Usiłowania i próby utworzenia w Polsce sieci gospód i restauracji bezalkoholowych nie wydały dotychczas większych rezultatów. Niektóre tego rodzaju gospody w Warszawie, Pruszkowie, Kościanie, Kaliszu, Grudziądzu i Porzeczu koło Grodna nie zyskały szerszej klijenteli i upadły.

W związku z wymienioną akcją wydano również szereg pomocy naukowych w postaci literatury specjalnej, tablic, oraz wykresów statystycznych i przezroczy.

Poza tym należy zaznaczyć, że istniejąca przy Ministrze Opieki Społecznej Państwowa Naczelna Rada Zdrowia posiada m. in. Sekcję do walki z alkoholizmem.

W roku 1937 odbył się w Warszawie XXI Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy, połączony z Międzynarodową Wystawą. W wyniku tego pozostało w Warszawie Międzynarodowe Muzeum walki z alkoholizmem, do którego weszła większość eksponatów, nadesłanych z różnych krajów.

Liczba czynnych przychodni przeciwalkoholowych jest niewystarczająca.

Poza tym zachodzi potrzeba stworzenia specjalnego zakładu dla izolowania alkoholików chronicznych, u których rozwój choroby sięgnął już tak daleko, że nie może być mowy o ich wyleczeniu.

W postaciach lżejszych powinna być przeprowadzona zasada przymusowego leczenia, zwłaszcza u alkoholików niebezpiecznych dla otoczenia.

Należy dążyć także do wprowadzenia nauczania alkohologii w szkołach wszystkich typów oraz w wyższych zakładach naukowych.

Akcję zwalczania r a k a, pod którą rozumiemy także walkę z innymi złośliwymi nowotworami, zapoczątkowano w Polsce już w okresie powojennym. Jest ona prowadzona przez organizacje społeczne, subwencjonowane przez Skarb Państwa.

W roku 1921 powstał w Warszawie Polski Komitet do Zwalczania Raka, który uruchomił pierwszą przychodnię dla chorych na nowotwory złośliwe. Komitet ten wydaje również własne czasopismo p. t. „Nowotwory". Analogiczne lokalne komitety, utrzymujące również przychodnie specjalne, powstały także we Lwowie, Łodzi i Wilnie. Przy Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia powołano do życia specjalną sekcję do walki z rakiem.

W r. 1937 powołano do życia Polski Związek Przeciwrakowy, który zespala działalność organizacyj i instytucyj, prowadzących walkę z nowotworami złośliwymi.

Bardzo ważną zdobyczą w tej dziedzinie jest poza tym powstały w Warszawie, jako dar narodowy dla Marii Skłodowskiej-Curie, Instytut Radowy, który został otwarty w końcu roku 1931. Składa się on z działu diagnostycznego, działu leczenia ambulatoryjnego, z kliniki na 60 łóżek, z działu leczenia radem i promieniami Roentgena, a także z kilku pracowni naukowych.

W o l e w Polsce można również uważać za chorobę społeczną, ponieważ jest bardzo rozpowszechnione i ma charakter cierpienia przewlekłego, powodującego zmniejszenie zdolności do pracy, a często połączonego z poważnymi zaburzeniami układu nerwowego i krążenia.

Według obliczeń przybliżonych mamy w Polsce koło miliona przypadków wola. Stosunkowo dokładnych danych statystycznych w tej sprawie dostarczają nam komisje poborowe. Wynika z nich, że przeciętnie na 100 poborowych przypada 2, dotkniętych tym cierpieniem. Nasilenie wola jest jednakże niejednolite w Państwie. Największe jest ono w Woj. Krakowskim i powiatach przyległych, czyli w okolicach górskich i podgórskich, gdzie do r. 1935 odsetek poborowych, obarczonych wolem, przekraczał 16.

Celem podjęcia walki z tą chorobą utworzono w roku 1932 Polski Komitet do walki z wolem, który zajął się przede wszystkim zebraniem danych statystycznych, przytoczonych wyżej. Po wyjaśnieniu sytuacji przystąpiono do zorganizowania dostarczania ludności Woj.

Krakowskiego jodu, jako środka zapobiegawczego, w postaci soli jodowanej. Jak wynika z doświadczenia państw innych, posiadających to samo zagadnienie, a przede wszystkim Szwajcarii, taka metoda postępowania daje już po kilku latach znaczne zmniejszenie nasilenia wola.

Sól jodowaną wprowadzono w r. 1935 na terenie Woj. Krakowskiego i przyległych powiatów górskich. Od tego czasu nasilenie wola wyraźnie spada. W r. 1937 mieliśmy na wymienionym terenie tylko 2,9% poborowych, dotkniętych wolem.

C h o r o b y p s y c h i c z n e należy też ujmować z punktu widzenia społecznego i prowadzić z nimi walkę, stosując metody zapobiegawcze, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Wchodzi to w zakres t. zw. higieny psychicznej, której zadaniem jest zachowanie istniejącego psychicznego zdrowia, a także zabezpieczenie przed możliwością zachorzenia psychicznego tych ludzi, którzy na skutek warunków biologicznych, czy też społecznych są na takie niebezpieczeństwo narażeni.

W okresie przedwojennym niektóre zagadnienia higieny psychicznej były podejmowane dorywczo i w szczupłym zakresie przez Towarzystwo Higieniczne, Towarzystwo opieki nad nerwowo i psychicznie chorymi i Towarzystwo badań nad dziećmi. W Polsce odroczonej z towarzystw społecznych w szerszym zakresie zajęło się tymi zagadnieniami Towarzystwo Eugeniczne, które, prowadząc walkę ze zwyrodnieniem rasy, tym samym wszczęło akcję zapobiegania chorobom umysłowym. Doniosłą rolę w tym zakresie odgrywa również „Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej", który kształci nauczycieli dla szkół specjalnych, przeznaczonych dla dzieci upośledzonych i zaniedbanych umysłowo lub moralnie, i organizuje te szkoły. Szkół takich mamy już całą sieć i to stojących na dość wysokim poziomie.

W Warszawie i w niektórych większych miastach polskich (Kraków, Lwów, Łódź, Wilno) zorganizowano przez samorządy, kilniki uniwersyteckie lub stowarzyszenia społeczne szereg przychodni, zajmujących się udzielaniem porad wychowawczo-leczniczych dla dzieci nerwowych, neuropatycznych, psychopatycznych, upośledzonych i zaniedbanych moralnie i umysłowo, z zaburzeniami mowy itp.

W byłym Ministerstwie Zdrowia Publicznego istniał specjalny Wydział Psychiatryczny, który organizował akcję leczenia i zapobiegania chorobom umysłowym. Wydział ten przestał istnieć jednocześnie ze zwinięciem Ministerstwa Zdrowia Publicznego i dopiero w roku 1933, dążąc do bardziej celowego ujęcia zagadnień higieny psychicznej w Polsce, powołano do życia w Ministerstwie Opieki Społecznej specjalny referat higieny psychicznej.

W ciągu roku 1933 opracowano statut i przystąpiono do zorganizowania „Polskiej Ligi Higieny Psychicznej", która ma na celu sku-

pienie rozproszonych wysiłków i prowadzenie pracy badawczej i propagandowej.

W tym samym roku została utworzona Sekcja Higieny Psychicznej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Wreszcie w roku 1935 utworzony został w Warszawie Instytut Higieny Psychicznej, jako nowy dział Państwowego Zakładu Higieny. Po kilku latach pracy organizacyjnej instytut ten obejmuje w chwili obecnej 6 przychodni różnego rodzaju dla dzieci, młodzieży i dorosłych, a specjalnie dla dzieci i młodzieży oddział obserwacyjny i opiekę pozakładową, prowadzoną na terenie rodzin zastępczych w Puszczy Mariańskiej (pow. Skierniewicki). Poza tym instytut wydaje własny kwartalnik oraz rozmaite wydawnictwa propagandowe, a także szkół lekarzy, psychologów i personel pomocniczy do pracy w zakresie zagadnień higieny psychicznej.

R e u m a t y z m (gościec) i schorzenia, powstałe na jego tle, stanowią zagadnienie, które dopiero zaczyna się wyłaniać, jako choroba społeczna. W roku 1931 powstało Polskie Towarzystwo do walki z gośćcem, które postawiło sobie jako zadania: zbieranie danych statystycznych, dotyczących gośćca w Polsce, popieranie badań naukowych nad tym zagadnieniem, jako też prowadzenie propagandy w zakresie zapobiegania i leczenia tego cierpienia. Powstały także specjalne przychodnie przeciwreumatyczne w Warszawie, Lwowie i Poznaniu.

Wreszcie Służba Zdrowia współpracuje w ścisłym porozumieniu z Inspekcją Pracy w dziedzinie zwalczania c h o r ó b z a w o d o w y c h, które w niektórych okręgach uprzemysłowionych, dzieki swemu nasileniu, przybierają charakter choroby społeczenej.

Pierwsze posunięcia w tej dziedzinie pochodzą z r. 1919, kiedy ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych[1]) przewidywała również obowiązek zgłaszania niektórych chorób zawodowych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego[2]) (1920) określiło szczegółowo obowiązek zgłaszania zatruć zawodowych ołowiem, cynkiem, arsenem i rtęcią. W r. 1927 zostało ogłoszone Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu[3]). Przepisy te obejmują już 49 jednostek chorobowych, uznanych za choroby zawodowe i podlegających zgłoszeniu u lekarza powiatowego. W myśl tych przepisów lekarz powiatowy obowiązany jest wspólnie z inspektorem pracy przeprowadzić badanie warunków pracy w danym zakładzie.

Wydano poza tym rozporządzenia szczegółowe o obrocie szmatami (1924), [4]) o zakazie używania białego i żółtego fosforu (1927)[5]),

[1]) Dz. U. R. P. nr 67/1919.
[2]) Biuletyn Min. Zdr. Publ. nr 5/1920.
[3]) Dz. U. R. P. nr 78/1927.
[4]) Dz. U. R. P. nr 8/1925.
[5]) Dz. U. R. P. nr 43/1927.

o produkcji, przywozie i używaniu bieli ołowianej (1927)[1]), o gospodarstwach rolnych i leśnych (1931)[2]), o robotach budowlanych(1935)[3]) i o pracy w garbarniach (1937)[4]).

Zgłaszanie chorób zawodowych nie obejmuje jednakże dotąd wszystkich przypadków. Prace nad usprawnieniem tej regestracji są w toku. Według sprawozdań lekarskiej inspekcji pracy w ciągu lat 1929 — 1936 zgłoszono ogółem 2005 przypadków chorób zawodowych, z tego 1330 przypadków przypada na Województwo Śląskie.

* * *

Prowadzona od lat 20 w Polsce walka z chorobami społecznymi daje naogół wyniki dodatnie. Dzięki tym wysiłkom ratujemy zdrowie i życie wielu jednostek, oszczędzamy też społeczeństwu kolosalnych wydatków na opiekę nad różnymi kalekami, chorymi i niedołężnymi. Prace w tej dziedzinie wymagają wszakże dalszej nieustannej czujności, a nawet wzmożenia dotychczasowych wysiłków. Do prowadzenia takiej akcji w sposób należyty potrzebne są jednakże dość znaczne fundusze, o które często jest trudno.

Wobec tego zachodzi konieczność zmobilizowania wszystkich źródeł finansowych, nadających się do wykorzystania w tym celu. Spośród instytucyj, przeznaczających pewne kwoty na akcję zdrowotną w terenie, należy wymienić Ubezpieczalnie Społeczne. Są one przede wszystkim zainteresowane w zdrowiu ubezpieczonych i ich rodzin, ale zachowanie ich w zdrowiu jest niemożliwe, a conajmniej bardzo utrudnione, jeżeli dokoła wśród nieubezpieczonych szerzą się choroby, przenoszone z człowieka na człowieka. I dlatego w dobrze zrozumianym swym interesie Ubezpieczalnie Społeczne współpracują ze Służbą Zdrowia nad zachowaniem zdrowia ogółu ludności. Współpraca ta, jej zakres i rozpiętość, wzrasta z roku na rok i rokuje jaknajlepsze nadzieje na przyszłość.

Różne dobrowolne organizacje społeczne (Polski Czerwony Krzyż, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet, Polskie Towarzystwo Higieniczne itp.) przyczyniają się również w miarę swych możliwości do ułatwienia akcji zwalczania chorób społecznych w terenie, dając swą pracę, a często udzielając także pomocy finansowej. Zarysowuje się także możliwość, że poważniejszej pomocy w tej dziedzinie będzie mogła udzielić ,,Fundacja imienia Jakuba hr. Potockiego''. Jest to zapis wartości około 60 milionów złotych przeznaczony przez zmarłego w r. 1934 ofiarodawcę na cele ,,niesienia cierpiącej ludzkości pomocy przez popieranie rozwoju skutecznej walki z chorobami, ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy i nowotworów złośliwych''.

[1]) Dz. U. R. P. nr 62/1927.
[2]) Dz. U. R. P. nr 44/1931.
[3]) Dz. U. R. P. nr 50/1935.
[4]) Dz. U. R. P. nr 53/1937.

V. HIGIENA PUBLICZNA.

Pod ,,higieną publiczną" rozumiemy zwykle ten dział higieny, który dotyczy nietyle człowieka bezpośrednio, ile raczej jego otoczenia. Jest rzeczą oczywistą, że nieodpowiednie otoczenie może upływać ujemnie na zdrowie człowieka. Dlatego też dbałość o właściwe otoczenie jest jednym z ważnych działów zapobiegania chorobom i wchodzi w zakres bezpośrednich obowiązków Publicznej Służby Zdrowia.

Wykonawstwo w tym zakresie jest o tyle trudniejsze, niż w innych działach administracji sanitarnej, że uzdrowotnienie otoczenia częstokroć wymaga kosztownych inwestycyj, które w naszych warunkach trudno jest zrealizować. Ale nie można całej działalności w zakresie higieny publicznej oprzeć na inwestycjach, choćby nawet bardzo potrzebnych, a w braku odpowiednich funduszów zaniechać całej akcji. Nawet w najuboższym otoczeniu drogą udzielania odpowiednich wskazówek i pouczeń można, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, wpłynąć na ukształtowanie się przyzwyczajeń życia codziennego, a częściowo nawet spowodować ich zmianę w kierunku odczuwania potrzeby większej czystości, świeżego powietrza, światła itd. i w ten sposób przyczynić się do uzdrowotnienia otoczenia. Woda i mydło kosztują niewiele, a stosowanie ich w szerszym zakresie może się przyczynić do zapobiegnięcia wielu chorobom, o czym już na poprzednich stronicach niejednokrotnie była wzmianka.

Tak zakrojona działalność wychowawcza wymaga dłuższego czasu i stałych wysiłków, aby osiągnąć dodatni skutek. Praca w tym kierunku jest prowadzona głównie przez samorządy i instytucje społeczne. Rola czynnika państwowego w tej dziedzinie ogranicza się do nadawania ogólnego kierunku, do prac legislacyjnych, do kontroli i nadzoru.

Władze centralne Państwowej Służby Zdrowia dążą do tego, aby wszędzie w terenie istniały komórki administracyjne, któreby się zajmowały sprawami higieny publicznej. W wielu większych i mniej-

szych miastach mamy specjalne urzędy, poświęcone tym zagadnieniom (urzędy sanitarne, dozory sanitarne itp). Takie organizowanie specjalnych urzędów jest jednakże nie do pomyślenia w warunkach wiejskich, gdzie zarówno ze względów ekonomicznych, jak i ze względu na uproszczenie wykonawstwa, dążymy do tego, żeby całość zapobiegania chorobom, a więc i sprawy sanitarne, były załatwiane przez Ośrodki Zdrowia. Scalenie takie jest zresztą wskazane i w miastach, gdyż prowadzi ono do oszczędności, a poza tym włączenie higieny publicznej do zadań Ośrodka Zdrowia odbiera tym zagadnieniom charakter policyjny, którego one mieć nie powinny.

Najważniejszymi zagadnieniami z zakresu higieny otoczenia ludzkiego, co do których zachodzi konieczność stałego nadzoru ze strony Publicznej Służby Zdrowia, są sprawy zaopatrzenia ludności w dobrą wodę, dbałość o należyte usuwanie nieczystości, zaopatrzenie w odpowiednią żywność i sprawy stanu sanitarno-porządkowego.

Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości są to zagadnienia ściśle ze sobą związane. W tym zakresie, tak, jak innych dziedzinach, mamy znaczne różnice, idąc od wschodu gdzie warunki są bardzo prymitywne, na zachód, gdzie stan kulturalny ludności jest o wiele wyższy. Jednakże na całym obszarze Państwa okres wojenny dał się we znaki bardzo ujemnie, powodując zniszczenie lub uszkodzenie wielu urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych, a także studzien, ujęć źródlanych itd. Trzeba było w wielu okolicach zaczynać zupełnie od początku, jeżeli zważymy, że do 90% wszystkich domostw uległo zniszczeniu, a ludność przez długie lata jeszcze gnieździła się w opuszczonych rowach strzeleckich i lepiankach. Musimy poza tym odróżnić stan omawianego zagadnienia w miastach, gdzie zawsze istnieje pewna dbałość o zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości, od stanu tegoż zagadnienia na wsi, gdzie zawsze był brak zrozumienia dla takich spraw, a także brak jakiegokolwiek czynnika, któryby się nimi interesował. To też pozostawiona swemu losowi wieś wykazuje jeszcze teraz stan zaopatrzenia w wodę i usuwania nieczystości, który niewiele odbiega od tego, jaki istniał przed kilku wiekami. Mamy dotychczas wsie bez studni, gdzie ludność czerpie wodę z przepływającej zanieczyszczonej rzeczki, lub strumienia.

Stan zaopatrzenia w wodę miast ilustruje tabela Nr 21. Wynika z niej, że na ogólną liczbę 625 miast w Polsce (według spisu ludności z roku 1931) tylko 198 posiada centralne zaopatrzenie w wodę. Zresztą i w tych miastach niezawsze wodociąg zaopatruje całe miasto i niezawsze woda jest odpowiednia.

W innych miastach i na wsi w powszechnym użytku są studnie kopane. W bardzo wielu przypadkach są one nieodpowiednio zbudowane i utrzymane, często są za płytkie, a w związku z tym woda w nich nie odpowiada wymogom higieny.

Tablica nr 21.

WODOCIĄGI I KANALIZACJA

Województwa	Liczba miast, posiadających wodociągi		Liczba miast, posiadających kanalizację	
	1914	1938	1914	1938
Centralne	8	40	2	21
Wschodnie	1	6	1	3
Zachodnie	44	109	25	55
Południowe	15	43	10	40
Razem . . .	68	198	38	119

Tablica Nr 22 podaje nam dane przybliżone (oparte nie na wszystkich województwach), dotyczące rodzaju studzien, używanych w różnych dzielnicach Polski. Widać z niej, że lepsze rodzaje studzien (wiercone i kopane z cembrowiną betonową) są rozpowszechnione na zachodzie, podczas gdy na wschodzie przeważają studnie o cemrowinie drewnianej.

Tablica nr 22.

RODZAJE STUDZIEN W ODSETKACH (ROK 1932)

	Województwa			
	Zach.	Połud.	Centr.	Wschod.
Studnie wiercone	26%	4%	2%	—[1])
Studnie kopane:				
z cembrowiną betonową . . .	64%	63%	49%	9%
„ drewnianą . .	10%	33%	49%	91%
Razem.	100%	100%	100%	100%

Mówiąc o usuwaniu nieczystości, mamy zwykle na myśli zarówno nieczystości płynne, jak i stałe. Usuwanie ich jest poważnym zagadnieniem, zwłaszcza w miastach, z powodu większego skupienia ludzi. Jeżeli chodzi o nieczystości płynne, to najlepszą metodą usuwania ich jest zastosowanie kanalizacji miasta z późniejszym oczyszczaniem ścieków. Niestety, niewiele jeszcze mamy miast

[1]) poniżej 0,5%.

z takimi urządzeniami (tabl. 21). Usuwanie śmieci może być wykonywane różnymi metodami (spalanie, fermentacja itd.), a sposobem najczęściej stosowanym w Polsce jest wywożenie ich poza miasto na miejsca, specjalnie na ten cel wyznaczone.

W warunkach małomiasteczkowych i wiejskich Publiczna Służba Zdrowia dąży do tego, żeby przy każdym domu był przynajmniej jeden odpowiedni ustęp dla usuwania wydalin ludzkich. Wiele domów mieszkalnych jednakże dotychczas nie posiada tego urządzenia. Inne nieczystości płynne spływają wprost do rynsztoka, lub rowu przydrożnego, bądź też wsiąkają w ziemię, zanieczyszczając ją i pobliskie studnie. Nawóz zwierzęcy wraz ze śmieciami wyrzucany jest na gnojowiska, które też przeważnie dalekie są od tego, jak powinny być urządzone, stając się zbyt często źródłem zanieczyszczenia powietrza, ziemi i wody.

Jak widać z powyższej krótkiej charakterystyki istniejący stan rzeczy, jest daleki od zadawalającego i władze odrodzonego Państwa odrazu przystąpiły do pracy nad uzdrowieniem tych stosunków. Już w roku 1920 Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemiami wydał rozporządzenie o budowie i utrzymaniu studni[1]), określające dokładnie warunki, jakim ma odpowiadać studnia i woda, którą z niej czerpią. W roku 1922 wyszło inne rozporządzenie N.N.K. o korzystaniu z urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych[2]), które stanowiło, że urządzenia takie powinny być stale utrzymywane w dobrym stanie, a korzystanie z nich powinno być zawsze umożliwione osobom, dla których urządzenia te są przeznaczone.

W roku 1922 wyszło pozatym rozporządzenie dotyczące kąpielisk[3]). Określa ono szczegółowo, jakim warunkom ma odpowiadać zarówno budynek zakładu kąpielowego, jak i jego urządzenia. Na otwarcie takiego zakładu wymaga się specjalnego zezwolenia. Winien on być zawsze czysto utrzymany, mieć odpowiednią wodę i dostateczną ilość bielizny kąpielowej i td. Rozporządzenie to zostało znowelizowane w r. 1936 [4]) bez wprowadzenia doń zasadniczych zmian.

Ankieta rozpisana w r. 1937 wykazała, że ogółem mieliśmy wówczas w Polsce 1519 zakładów kąpielowych publicznych, czyli o 113 zakładów więcej, niż w r. 1926 (p. tabl. nr 23).

W dziedzinie zaopatrzenia w wodę i usuwania nieczystości największe znaczenie posiadają jednakże wydane w roku 1928 dwa rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, a dotyczące jedno ,,zaopatrywania ludności w wodę",[5]) drugie — ,,usuwania nieczystości

[1]) Dz. U. R. P. nr 102/1920.
[2]) Dz. U. R. P. nr 9/1922.
[3]) Dz. U. R. P. nr 77/1922.
[4]) Dz. U. R. P. nr 44/1936.
[5]) Dz. U. R. P. nr 32/1928.

i wód opadowych".[1]) Pierwsze z tych rozporządzeń z mocą ustawy głosi przedewszystkim, że piecza nad zaopatrywaniem ludności w dobrą wodę do picia należy do obowiązków gminy, określa poza tym warunki, jakim ta woda powinna odpowiadać, wymaga prowadzenia badań wody. Gminom przysługuje zasadniczo prawo budowy i eksploatacji wodociągów publicznych. Władze centralne mają natomiast prawo nakazać gminie założenie wodociągu, a także przysługuje im prawo zatwierdzania planów takich urządzeń. Poza tym przewiduje się, że tereny, z których czerpana jest woda, a także same urządzenia, służące do tego celu, chronić należy przed zanieczyszczaniem. Nadzór w tym zakresie sprawują władze administracji ogólnej.

Tablica nr 23.

LICZBA PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW KĄPIELOWYCH

	1926	1937
m. st. Warszawa . . .	43	92
Woj. Centralne	565	497
,, Wschodnie	210	230
,, Zachodnie	229	340
,, Południowe . . .	359	360
Razem	1.406	1.519

Drugie z tych rozporządzeń ustala analogicznie, że piecza nad należytym usuwaniem nieczystości jest również obowiązkiem gmin, które są nawet obowiązane w miejscowościach, liczących ponad 25.000 mieszkańców, zakładać urządzenia kanalizacyjne. W miejscowościach mniejszych można stosować inne sposoby usuwania nieczystości, jednakże zawsze tak, aby nie zanieczyszczać gleby, wody i powietrza. Pozatym gminy powinny także czuwać nad usuwaniem śmieci z osiedla i wyznaczać w razie potrzeby tereny, na które śmieci mają być wywożone. Żąda się pobudowania ustępów publicznych na placach i ulicach, a także zaopatrzenia w ustępy budynków mieszkalnych. Ścieki fabryczne winny być oczyszczane. Wreszcie, analogicznie do rozporządzenia o zaopatrywaniu w wodę, władze centralne mogą wyznaczyć gminie termin przedłożenia projektów i wykonania budowy kanalizacji. Są one powołane także do zatwierdzania odnośnych planów i do sprawowania nadzoru za pośrednictwem podległych urzędów.

[1]) Dz. U. R. P. nr 32/1928.

W roku 1928[1]) ogłoszono także prawo budowlane, które zawiera szereg przepisów, dotyczących zaopatrzenia w wodę. Normują one odległość studzien od źródeł zanieczyszczenia (ustępy, obory, stajnie i td.), budowę cembrowiny, stan najbliższego otoczenia studni i tp. Inne artykuły tego prawa zajmują się także sprawami usuwania nieczystości i zawierają przepisy budowlane dla ustępów, obór, stajni, gnojowisk i td.

Poza wymienionymi zasadniczymi normami prawnymi wydano szereg szczegółowych przepisów, dotyczących zarówno zaopatrywania ludności w wodę, jak i usuwania nieczystości.

Jeżeli chodzi o zdanie sobie sprawy z wyników tych wszystkich posunięć, to tabl. Nr 21 wykazuje, że w dziedzinie zaopatrynia miast w dobrą wodę i należytego usuwania nieczystości osiągnęliśmy pewne polepszenie warunków. Od roku 1914 przybyło 130 urządzeń wodociągowych i 81 kanalizacyjnych. Funkcjonariusze Służby Zdrowia, którzy od lat wielu wykonywują swe obowiązki w okolicach wiejskich, stwierdzają i tam pewną poprawę, która jednakże trudno jest ująć w liczby. Wiemy w każdym razie, że na skutek akcji, wdrożonej w roku 1927, a zmierzającej do zakładania w miastach śmietników, a przy wszystkich domach mieszkalnych — ustępów, już w końcu roku 1928 stwierdzono, że w miastach około 60% domów posiada śmietniki, a około 80% — ustępy. Według danych z r. 1933 na 779.264 zabudowań mieszkalnych w miastach stwierdzono w 15,6% brak ustępów, a w 21,3% — brak śmietników. Na wsi było w r. 1928 około 60% domów mieszkalnych, zaopatrzonych w ustęp.

Nadzór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

W okresie rządów b. zaborców dozór nad żywnością traktowany był niejednolicie w poszczególnych dzielnicach Państwa. Na terenie b. zaboru rosyjskiego czynna była jedynie Miejska pracownia badania żywności w Warszawie, założona w roku 1889. Na terenie b. zaboru austriackiego funkcjonował od roku 1897 Państwowy Zakład badania żywności w Krakowie, oraz Miejska Pracownia badania żywności w Krakowie (od r. 1889) i Miejska Pracownia badania żywności we Lwowie.

W b. dzielnicy pruskiej istniał jeden Zakład badania żywności w Poznaniu.

Za okupacji niemieckiej zorganizowany został w roku 1915 Instytut Higieniczny w Łodzi z dwoma oddziałami: bakteriologicznym i badania żywności. Po przejęciu Instytutu przez władze

[1]) Dz. U. R. P. nr 23/1928.

polskie w listopadzie 1918 r. wydzielony został dział badania żywności i utworzony Państwowy Zakład badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi.

Jednocześnie został utworzony w Warszawie analogiczny Państwowy Zakład badania żywności i przedmiotów użytku, który zaczął funkcjonować w połowie 1919 roku.

W roku 1924 wydzielony został z uniwersytetu poznańskiego Zakład badania żywności i wciągnięty do rzędu Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku.

Rozbudowa aparatu dozoru poszła dalej w kierunku utworzenia w r. 1929 w Wilnie filji warszawskiego Zakładu badaniu żywności i przedmiotów użytku oraz w r. 1930 w Gdyni filji Zakładu Poznańskiego.

Na terenie Województwa Śląskiego funkcjonował od roku 1925 Wojewódzki Zakład badania żywności w Pszczynie,, przeniesiony w roku 1930 do Katowic.

Praca tych zakładów szła w kierunku przeprowadzenia kontroli i pobierania prób we wszystkich miejscach wyrobu, przechowywania, sprzedaży lub innego obiegu artykułów żywności i przedmiotów użytku. Na podstawie orzeczeń, opartych na wynikach badania sprawy o przekroczenie obowiązujących przepisów kierowane są przez Zakłady do władz wymiaru sprawiedliwości.

Działalność Zakładów w ujęciu liczbowym, przedstawia załączona tablica.

Tablica nr 24.

DZIAŁALNOŚĆ PAŃSTWOWYCH ZAKŁADÓW BADANIA ŻYWNOŚCI I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

Rok	Zbadano prób	% prób zakwestionowanych	Rok	Zbadano prób	% prób zakwestionowanych
1919	28,662	47,5	1927	86,448	21,7
1920	66,071	59,1	1928	95,543	22,9
1921	66,014	44,1	1929	99,646	21,6
1922	70,616	35,9	1930	86,474	22,2
1923	71,702	43,1	1931	85,978	22,2
1924	70,286	32,7	1932	95,785	22,7
1925	65,183	24,2	1933	91,771	23,2
1926	78,772	24,2	1934	80,308	28,1
			1935	81,434	26,1

Z tablicy tej widać, że odsetek prób zakwestionowanych stopniowo spada. Zbliża się on powoli do tego poziomu, który jest notowany w państwach Zachodniej Europy, posiadających już od dziesiątków lat aparat nadzoru nad żywnością.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z r. 1934[1]) zarządziło wcielenie Państwowych Zakładów Badania żywności i przedmiotów użytku do Państwowego Zakładu Higieny przez utworzenie w centrali specjalnego działu, a w filiach oddziałów, poświęconych tym zagadnieniom. W związku z tym dalszy rozwój tej działalności podany będzie w sprawozdaniu Państwowego Zakładu Higieny.

W akcji badania żywności z władzami państwowymi współdziałają komunalne organa oraz komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku. Wzrost liczby tych ostatnich, mimo ustawowego przepisu (pracownie w miastach powyżej 50.000 mieszkańców) idzie bardzo powoli, a choć w roku 1937 liczba ich wynosi 17, to jednak większość ich stanowi jednostki małe i niestojące na wysokości zadania. Brak ich wogóle w 11 miastach o ludności powyżej 50.000 mieszkańców.

Działalność tych pracowni wynosiła łącznie:

w roku 1932 — 120,355 prób zbadanych,
„ 1933 — 122,681 „ „
„ 1934 — 111,545 „ „
„ 1935 — 108,184 „ „
„ 1936 — 106,692 „ „

Opracowanie podstaw prawnych dla rozbudowy akcji i dozoru nad żywnością było zagadnieniem bardzo ważnym, gdyż sprawy te wymagały ujednostajnienia i wypełnienia luk prawodawczych, zwłaszcza na terenie b. zaboru rosyjskiego. Niejednolity kierunek nadawany był przez odmienne w różnych dzielnicach Państwa ustawodawstwo: austriacką ustawę o obiegu artykułów żywności i przedmiotów użytku z r. 1896, pruską ustawę o obiegu artykułumi żywności i przedmiotami użytku z r. 1879 i przepisy rosyjskiej ustawy lekarskiej. Konieczności życiowe wymagały szybkiego uregulowania pewnych działów.

Już w r. 1919 opublikowany został dekret o nadzorze nad wyrobem i sprzedażą artykułów zastępczych — surogatów produktów spożywczych i przedmiotów użytku publicznego[2]) wobec wprowadzenia na rynek szeregu namiastek w braku naturalnych produktów w okresie wojennym i powojennym. Dekret ogranicza nadmierny napływ surogatów przez podadnie restrykcjom ich wyrobu i obiegu.

[1]) Dz. U. R. P. nr 110/1934.
[2]) Dz. Pr. P. P. nr 14/1919.

Sprawa wyrobu pieczywa i urządzenia piekarń wymagała również szybkiego uregulowania ze względu na trudności w aprowizacji i wynikające z tego tytułu nadużycia. To też w r. 1921 wydano rozporządzenie[1]), dotyczące urządzenia i utrzymania piekarń i sklepów z pieczywem oraz wypieku chleba, używania domieszek do mąki i chleba oraz stosowania mechanicznych urządzeń do przesiewania mąki, mieszania i zagniatania ciasta w piekarniach, cukierniach i innych zakładach przemysłowych, wytwarzających pieczywo.

Wobec masowych zafałszowań masła tłuszczami roślinnymi konieczne było dla celów ochrony masła, a za tym w interesie konsumenta, wydać przepis analogiczny do obowiązującego na terenie b. zaboru austriackiego i pruskiego o dodawaniu, w celach rozpoznawczych, oleju sezamowego przy wyrobie margaryny i innych stucznych tłuszczów jadalnych. Przepis ten wydano jako rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej w r. 1928[2]).

Ustawa, zaprojektowana w roku 1917, weszła w życie dopiero w r. 1928, jako rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej, o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku[3]). Była ona przedmiotem nieprzerwanych w ciągu tego okresu prac; wytyczne, wykreślone w pierwotnym projekcie: dozór stały, systematyczny, powszechny, wykonywany jednolicie przez funkcjonariuszów fachowo wyszkolonych, — znalazły swój wyraz i w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej. Dozór, w ujęciu przepisów prawnych, ma w pierwszym rzędzie na celu ochronę ludności pod względem zdrowotnym i ekonomicznym, które to wytyczne uwydatnione są w ścisłych definicjach produktów „szkodliwych dla zdrowia", „zepsutych", „podrobionych", „sfałszowanych" i „fałszywie oznaczonych". Definicje te zostały po raz pierwszy wprowadzone do ustawodawstwa europejskiego tego działu, znajdują one ścisłe odpowiedniki w sankcjach karnych.

Wykonawstwo dozoru spoczywa w rękach Państwa, w pierwszym rzędzie Ministra Opieki Społecznej (od r. 1932), dalej władz administracji ogólnej oraz w zakresie zleconym organom komunalnych. Do współpracy z władzami dozoru powołane zostały Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku (od r. 1935 Państwowy Zakład Higieny) komunalne pracownie badania żyw-ności i przedmiotów użytku oraz inne organa komunalne.

Wobec ramowego charakteru rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej przystąpiono bezzwłocznie do rozwinięcia jego tez w formie rozporządzeń wykonawczych, przy tym kierowano się

[1]) Dz. U. R. P. nr 26/1921.
[2]) Dz. U. R. P. nr 25/1928.
[3]) Dz. U. R. P. nr 36/1928.

zasadą regulowania w pierwszym rzędzie spraw życiowo najistotniejszych. Przepisy te stanowią początek Polskiego Kodeksu żywnościowego, który obejmie całokształt przepisów prawnych tego działu.

A więc przede wszystkim już w roku 1928 ogłoszone zostało rozporządzenie w sprawie statutu Rady do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku[1]) oraz regulamin dla tej Rady. Rozporządzenie o organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku z roku 1929[2]) wykreśla budowę aparatu dozoru i czynności wszystkich poszczególnych komórek. Rozporządzenie o opłatach za badanie artykułów żywności i przedmiotów użytku z tego samego roku[3]) stanowi taksę urzędową, obowiązującą za dokonywane badania.

Rozporządzenie o barwieniu artykułów żywności i przedmiotów użytku z roku 1930[4]) zawiera wykaz dopuszczalnych do tych celów barwników, które podlegają obowiązkowi rejestracji; oddzielnym rozporządzeniem z r. 1934[5]) uregulowano sprawę barwienia lodu sztucznego celem łatwego odróżnienia go od lodu naturalnego i przeciwdziałaniu stosowania tego ostatniego do celów jadalnych. Rozporządzenie z r. 1931[6]) o konserwowaniu artykułów żywno ści zawiera wykaz dopuszczalnych środków konserwujących i norm obowiązujących przy stosowaniu tych środków dla celów konserwacji.

Uregulowanie spraw z dziedziny artykułów żywności codziennej potrzeby dokonane zostało drogą rozporządzeń o dozorze nad:

1) wyrobem i obiegiem tłuszczów i olejów jadalnych[7]) (1930 r.)

2) wyrobem i obiegiem mąki i przetworów mącznych[8]) (1929, 1934 i 1937),

3) mlekiem i jego przetworami[9]) (1932),

4) mięsem i przetworami mięsnymi[10]) (1932 i 1936).

Przepisy te obejmują całokształt spraw, związanych z wyrobem, przechowywaniem, przewozem, sprzedażą i wszelkim obiegiem tych produktów czy to naturalnych, czy to przerobionych.

Z działu przedmiotów użytku uregulowano sprawę wyrobu i obiegu środków kosmetycznych[11]) (1934) przez określenie niedo-

[1]) Dz. U. R. P. nr 66/1928.
[2]) Dz. U. R. P. nr 64/1929.
[3]) Dz. U. R. P. nr 78/1929.
[4]) Dz. U. R. P. nr 5/1930.
[5]) Dz. U. R. P. nr 54/1934.
[6]) Dz. U. R. P. nr 68/1931.
[7]) Dz. U. R. P. nr 53/1930.
[8]) Dz. U. R. P. nrnr 78/1929, 15/1934 i 25/1937.
[9]) Dz. U. R. P. nr 19/1932.
[10]) Dz. U. R. P. nrnr 64/1932 i 92/1936.
[11]) Dz. U. R. P. nr 62/1934.

puszczalnych w nich składników, przepisanie sposobu pakowania ich i deklarowania, oraz poddanie niektórych z tych środków obowiązkowi rejestracji. W roku 1937 wydano rozporządzenie, normujące sprawy obrotu czteroetylkiem ołowiu[1]).

Stan sanitarno-porządkowy.

Tym mianem nazywamy splot zagadnień, związanych z utrzymaniem czystości w otoczeniu człowieka. Nie można, coprawda, żądać od władzy interwencji w kierunku zachowania czystości osobistej w życiu codziennym,— tak daleko nie sięga ingerencja administracji. Do tego celu zmierzać można tylko pośrednio drogą pouczania i propagandy. Akcję w tym kierunku prowadzą przedewszystkim czynniki społeczne i szkoła. Ale władze, zarówno państwowe, jak i samorządowe mogą i powinny dbać o to, aby czystość była zachowywana tam wszędzie, gdzie w zachowaniu jej zainteresowany jest ogół ludności, a gdzie nie zachowanie jej może się odbić ujemnie na zdrowiu obywateli.

Tego rodzaju działalność w okresie przedwojennym była prowadzona bardzo energicznie w b. zaborze pruskim, w słabszym stopniu — na ziemiach b. zaboru austriackiego, a była prawie zupełnie zaniedbana w b. zaborze rosyjskim. Skutki takiego postępowania są po dzień dzisiejszy widoczne w rożnicach kultury otoczenia poszczzgólnych dzielnic.

Nowe władze polskie musiały siłą rzeczy podjąć i tę część walki o zdrowie ludności. Już w r. 1921 Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemiami wydał rozporządzenie o utrzymaniu porządku w domach, na dziedzińcach, chodnikach i jezdniach w gminach miejskich)[2], które żądało utrzymania tych objektów w czystości i porządku. W myśl wspomnianego rozporządzenia obowiązek ten ciąży na dozorcy domowym, natomiast obowiązkiem właściciela nieruchomości jest dostarczyć wszystkich urządzeń i narzędzi, niezbędnych do utrzymania porządku. Wymaga się poza tym urządzenia odpowiedniej liczby ustępów, śmietników i właściwego usuwania nieczystości płynnych. Każde miasto obowiązane jest wydać własny regulamin sanitarno-porządkowy. W r. 1935 rozporządzenie to zostało znowelizowane i uzupełnione.[3])

Po tym z roku na rok wydawano coraz to nowe zarządzenia, dotyczące stanu sanitarno-porządkowego. Obejmowały one sprawy hoteli, pokojów umeblowanych i pensjonatów (1922, 1926 i 1935)[4]), zakładów fryzjerskich i golarskich (1922 i 1935),[5]), urzędów, biur,

[1]) Dz. U. R. P. nr 88/1937.
[2]) Dz. U. R. P. nr 55/1921.
[3]) Dz. U. R. P. nr 76/1935.
[4]) Dz. U. R. P. nrnr 10/1922, 27/1926 i 54/1935.
[5]) Dz. U. R. P. nrnr 40/1922 i 78/1935.

sklepów, magazynów i innych pomieszczeń publicznych (1923) [1]), teatrów świetlnych (1923)[2]), szkół powszechnych i średnich (1930), więzień (1931), dworców kolejowych i autobusowych (1932) i wiele innych. Wszystkie te przepisy stanowią o tym, jakim warunkom pod względem czystości i porządku mają odpowiadać wymienione obiekty. Jednakże po za wydawaniem specjalnych przepisów sanitarno-porządkowych mamy znaczną liczbę takich, które ubocznie tylko omawiają tę stronę zagadnienia- tak na przykład we wspomnianych wyżej przepisach, dotyczących obrotu artykułami żywności, studzien, kąpielisk itd., uwzględniono oczywiście i sprawy sanitarne.

Dużo pracy i uwagi poświęca się ciągłemu nadzorowi nad wykonywaniem i przestrzeganiem tych przepisów. Wszyscy funcjonariusze zarówno państwowej, jak i samorządowej Służby Zdrowia nieustannie czuwają nad tymi sprawami. Wydano też w tej dziedzinie cały szereg instrukcyj i okólników do władz podległych o tym, jak należy organizować tę pracę, jak tworzyć komisje stałe i lotne, które dokonywują oględzin różnych obiektów, jak dokonywać inspekcyj i jak wreszcię, w razie konieczności, wymierzyć grzywnę lub skierować sprawę na rozpatrzenie władz sądowych.

Zwłaszcza w latach 1927 i 1928 akcja ta była prowadzona z dużą energią i nie bez skutku. Już wkrótce można było zauważyć pewną poprawę w stanie sanitarnym kraju. Jednakże wobec kryzysu, który w następnych latach rozpoczął swe panowanie, trzeba było i w tym zakresie zredukować wymagania.

Tablica nr 25.

STAN SANITARNO-PORZĄDKOWY MIAST W R. 1933

	Stan zły w %
Nieruchomości	23,8
Rynki i targowiska	26,4
Rzeźnie	18,5
Jatki	26,8
Masarnie	22,1
Wędliniarnie	19,4
Sklepy spożywcze	24,6
Piekarnie	29,1
Cukiernie i kawiarnie	21,7
Restauracje	20,1
Hotele	12,5
Fryzjernie	23,1

[1]) Dz. U. R. P. nr 84/1923.
[2]) Dz. U. R. P. nr 79/1923.

Ażeby zdać sobie sprawę z tego, jaki jest obecny stan sanitarno-porządkowy miast w Polsce, wystarczy rzucić okiem na tablicę nr 25, której dane oparte są na wynikach oględzin 11,297,081 obiektów, obejrzanych w ciągu roku 1933 we wszystkich osiedlach miejskich.

Widać z tej tablicy, jak duży odsetek obejrzanych w miastach obiektów nie odpowiada wymogom higieny i określony został jako zły. Analogicznych liczb dla wsi nie posiadamy, ale trudno przypuszczać, aby w warunkach wiejskich rzeczy te wyglądały lepiej.

Przy omawianiu spraw sanitarno-porządkowych należy wspomnieć także o wydanej w r. 1932 ustawie o chowaniu zmarłych i stwierdzaniu przyczyny zgonu[1]), która wprowadziła nowe jednolite przepisy dla całego Państwa w miejsce dawnych różnorodnych i przestarzałych przepisów państw zaborczych. Ustawa ta przewiduje po za cmentarzami wyznaniowymi także tzw. cmentarze gminne, zakładane i utrzymywane przez gminy polityczne, a na których mogą być grzebane zwłoki wszystkich wyznań. Ustala ona również, że dochody, płynące z cmentarza, mogą być obracane tylko na cele cmentarne. Wreszcie wprowadza bardzo ważną zasadę, że żadne zwłoki nie mogą być pochowane bez uprzedniego stwierdzenia zgonu i jego przyczyny.

Po wprowadzeniu w życie tej ostatniej zasady będziemy w Polsce posiadali wreszcie dokładne liczby statystyczne o umieralności i jej przyczynach.

A z kolei te dane, zbierane z roku na rok, pozwolą dopiero na dokładne zorientowanie się w tym, jaki jest istotnie stan zdrowotny Polski. Dotychczasowe dane, które posiadamy w tym względzie, grzeszą bowiem na ogół brakiem ścisłości.

[1]) Dz. U. R. P. nr 35/1932.

VI. LECZNICTWO.

Zadania Państwowej Służby Zdrowia w zakresie lecznictwa polegają w zasadzie na tym, żeby ludności dostarczyć na wypadek choroby opiekę lekarską i pielęgniarską, przy czym opieka ta powinna być dostępna dla wszystkich i jak najlepsza jakościowo. Celem przeprowadzenia tych postulatów władze państwowe stosują raczej metody pośrednie, niż działalność bezpośrednią.

W chwili dużego niebezpieczeństwa, jak np. na terenie działań wojennych, lub w razie epidemii, może Państwo wziąć na siebie, i nieraz brało, obowiązek bezpośredni dostarczenia ludności pomocy leczniczej, ale w warunkach normalnych akcja Państwowej Służby Zdrowia w Polsce sprowadza się głównie i przede wszystkim do opracowywania odpowiednich przepisów prawnych, normujących zagadnienia, dotyczące lecznictwa, i do nadzoru nad wykonywaniem tych przepisów. Zadaniem jej jest również nadawanie ogólnego kierunku pracom w zakresie rozbudowy szpitalnictwa i udzielanie pewnej pomocy w razie potrzeby. Akcja bezpośrednia na terenie wykonywana jest normalnie przez samorządy, Ubezpieczalnie i instytucje oraz osoby, trudniące się lecznictwem.

Jako działalność bezpośrednią Państwa w zakresie lecznictwa można obecnie wymienić także prowadzenie we własnym zakresie pewnej liczby szpitali, administrowanie uzdrowiskami państwowymi pomoc lekarską dla funkcjonariuszów państwowych.

Zakłady lecznicze. Wyposażenie poszczególnych dzielnic Państwa w zakłady lecznicze wogóle, a w szczególności w szpitale, jest bardzo nierównomierne. W byłym zaborze austriackim żywioł polski korzystał na tyle z samorządu, że mógł tworzyć nawet większe zakłady krajowe i szpitale, i dlatego też aż do ostatnich czasów przed wojną szpitale i inne zakłady lecznicze tej dzielnicy były przystosowane do miejscowych potrzeb i warunków, aczkolwiek pod względem budżetowym i gospodarczym w ramach na ogół skromnych. W tej dzielnicy jednakże działania wojenne poczyniły w zakładach leczniczych duże spustoszenia.

W byłym zaborze pruskim, pomimo prowadzenia polityki na ogół dla polskości nieprzychylnej, władze dbały o kulturę materialną podległych im terenów i w związku z tym na tych obszarach Polska odziedziczyła szpitale w liczbie mniejwięcej dostatecznej i w stanie niezłym. Że jednak większość tych zakładów powstała stosunkowo dawno, więc są one często przestarzałe.

Wreszcie w byłym zaborze rosyjskim, w którym i przed wojną sprawa szpitali przedstawiała się najgorzej, stan rzeczy był zaraz po wojnie, zwłaszcza na Kresach Wschodnich, tak rozpaczliwy, że np. na wielkich obszarach Woj. Poleskiego nie ostał się bez znacznych uszkodzeń żaden szpital, a niektóre zostały całkowicie obrócone w perzynę.

Sprawa doryweczego choćby, ale szybkiego uporządkowania i uruchomienia szpitali na terenie całego Państwa była tym bardziej aktualna, że z ustaniem działań wojennych napłynęła od Wschodu fala reemigracji, o której była już mowa poprzednio, a z nią tysiące przypadków przeróżnych chorób, które trzeba było leczyć. Wówczas Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami zajął się szybką organizacją i budową szpitali zakaźnych, uruchamiając w krótkim czasie 113 szpitali na 6.550 łóżek, których liczba do końca roku 1923 wzrosła do 11,100 łóżek. W latach następnych część szpitali, założonych przez Naczelny Nadzwyczajny Komisariat, które okazały się już zbędne, została zlikwidowana; inne, których utrzymanie uznano za potrzebne, zostały przeznaczone na ogólne cele szpitalne i przeważnie przekazane samorządom terytorialnym (58 szpitali). Jednakże do chwili obecnej 11 z tych szpitali pozostaje nadal w administracji państwowej, gdyż dalsze ich istnienie jest konieczne, zaś niema czynnika, któryby mógł i chciał podjąć się ich prowadzenia.

Unormowanie spraw lecznictwa w Polsce nie mogło się też obyć bez prac legislacyjnych w tym zakresie. Niektóre z nich, dotyczące zawodów lekarskiego i pomocniczych, były już omówione w rozdziale II-gim, ale zasadniczą normą prawną w tej dziedzinie jest wydane w roku 1928 rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.[1]). Rozporządzenie to, z mocą ustawy, dotyczy zarówno szpitali i lecznic, tj. zakładów leczniczych dla osób, wymagających stałego leczenia, jak i przychodni dla chorych przychodzących. Zakładanie i prowadzenie szpitali należy do obowiązków samorządu terytorialnego. Unormowane są prawa i obowiązki tych zakładów, organizacja pracy, zarząd, pomieszczenia, sprawy finansowe i gospodarcze itd. Odrębne postanowienia tegoż rozporządzenia dotyczą klinik uniwersyteckich. Każdy zakład leczniczy obowiązany jest posiadać statut, zatwierdzony przez władzę nadzorczą. Nadzór w tym zakresie należy do władz administracji ogólnej. Przepisy te w r. 1937 zostały rozciągnięte specjalną ustawą na obszar

[1]) Dz. U. R. P. nr 38/1928.

Województwa Śląskiego[1]), jednakże dotychczas nie dotyczą Województw Południowych, gdzie pozostają w mocy dawne przepisy państw zaborczych. W rozwinięciu wspomnianego rozporządzenia opracowano, a częściowo i wydano także szereg rozporządzeń wykonawczych.

Specjalne rozporządzenia, wydane na przełomie roku 1934, unormowały także współpracę szpitali i Ubezpieczalni,[2]) jako też kwestję rozrachunków pomiędzy szpitalami i instytucjami ubezpieczeń społecznych.[3])

Szpitale publiczne mają poważne trudności finansowe z tego względu, że sprawa pokrywania kosztów leczenia za ubogich chorych nie jest należycie i jednolicie rozwiązana na terenie całego Państwa. Dotychczas obowiązują w tej mierze przepisy b. państw zaborczych, a ściąganie należności, zwłaszcza w b. zaborze rosyjskim jest wielce utrudnione z powodu złego stanu finansowego gmin. Ministerstwo Opieki Społecznej przygotowało już projekt nowej ustawy o pokrywaniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych, której zadaniem będzie uporządkowanie tego zagadnienia. Projekt ten przewiduje podział wymienionych kosztów między gminę, powiat i specjalny Fundusz Wojewódzki.

Poza tym od kilku lat prowadzone są prace nad zredagowaniem projektu ustawy o opiece nad osobami psychicznie chorymi. Projekt ten ma za zadanie uregulować w sposób jednolity dla całego Państwa doniosłe sprawy opieki nad umysłowo chorymi i sprawę umieszczania ich w zakładach specjalnych.

Po za pracami legislacyjnymi, które dają tylko podstawy ogólne akcji nad rozwojem szpitalnictwa, szła praca organizacyjna. W zakresie szpitali zastaliśmy tuż po wojnie 304 zakłady z 44,205 łóżkami (w tym 10,194 łóżka psychiatryczne). Opracowano wówczas sieć szpitali, niezbędnych dla obsłużenia ludności, i sieć tę stopniowo wprowadzano w życie. Wskutek tych wysiłków zarówno liczba szpitali, jak i łóżek wzrastała z roku na rok aż do roku 1931 (patrz tablica Nr 26), kiedy ogólna liczba łóżek wyniosła 70,937 w 726 zakładach. W latach następnych stwierdza się pewne zmniejszenie liczby zakładów jednakże bez zmniejszenia liczby łóżek.

Wynika to bądź z likwidacji niezdolnych do życia i zbędnych, zbyt małych szpitalików fundacyjnych i społecznych, mających raczej charakter przytułków, bądź też z komasacji w jedną całość podobnych szpitalików (miejskich, społecznych, wyznaniowych itp.), dokonanej w szeregu większych miast. W ten sposób wyjaśnione zmniejszenie liczby zakładów jest więc raczej zjawiskiem dodatnim pod względem organizacyjnym, leczniczym i gospodarczym.

[1]) Dziennik Ustaw Śląskich nr 16/1937.
[2]) Dz. U. R. P. Nr 103/1933.
[3]) Dz. U. R. P. Nr 10/1934.

W ostatnich latach liczba łóżek szpitalnych wzrasta stopniowo, osiągając w r. 1937 stan około 75 tysięcy łóżek.

Tablica nr 26.

ZAKŁADY LECZNICZE (1923 — 1937)

Rok	Liczba zakładów	Liczba łóżek
1923	590	54,992
1924	570	51,580
1925	635	54,235
1926	656	57,313
1927	673	58,836
1928	698	61,205
1929	718	64,923
1930	718	67,342
1931	726	70,937
1932	710	70,763
1933	676	69,453
1934	679	70,775
1935	672	70,734
1936	669	72.247
1937	677	74.999

Wśród 74.999 łóżek w roku 1937 było 14.058 łóżek dla chorych wewnętrznych, 13.545 — dla chirurgicznych, 6.377 — ginekologiczno-położniczych, 4.740[1]) — dla dzieci, 5.520 — dla chorych zakaźnych, 2.827 — dla przypadków skórnych i wenerycznych, 6.747 — dla gruźlicy,[2]) 16.780 — dla chorych psychicznych i 4.405 innych.

Wszystkie zakłady lecznicze dzielą się na państwowe, samorządowe, społeczne i prywatne. Państwowych mamy 72 zakłady na 11.873 łóżek (wliczono tu kliniki i zakłady uniwersyteckie oraz szpitale więzienne, natomiast nie wliczono zakładów wojskowych). Samorządowych zakładów leczniczych mamy 283 na 37.659 łóżek, a społecznych 214 na 23.496 łóżek (w tym Ubezpieczalnie mają 25 zakładów o 4.363 łóżkach). Wreszcie mamy prywatne zakłady lecznicze (na ogół niewielkie lecznice, kliniki specjalne i sanatoria, obliczone na dochód) w liczbie 108 o 1.971 łóżkach.

[1]) W tym 1571 łóżek dla dzieci gruźliczych.
[2]) Tylko dla dorosłych.

W porównaniu z rokiem 1920 liczba łóżek w zakładach leczniczych wzrosła mniej więcej o 70%, jednakże w dalszym ciągu mamy ich za mało. Przy skromnych wymaganiach za niezbędne uważać należy 4 łóżka szpitalne na 1.000 ludności, a są państwa wyposażone o wiele lepiej. Nawet przy tak skromnych wymaganiach powinniśmy mieć mniejwięcej 140.000 łóżek. Jeżeli mamy ich tylko 75.000, to niedobór wynosi 46%.

Zwłaszcza dotkliwy jest brak łóżek dla chorych psychicznych, a w Województwach Wschodnich warunki są pod tym względem najgorsze. Świadczą o tym liczne przestępstwa na osobach i mieniu popełniane przez obłąkanych.

O ile szpitale ogólne są przeważnie zakładane i prowadzone przez samorządy powiatowe i miejskie, to większe zakłady specjalne, a w szczególności psychjatryczne, mogą być tworzone i utrzymywane tylko przez jednostki większe i zasobniejsze, a więc bądź przez samorząd wojewódzki, bądź też przez specjalne związki celowe samorządów terytorialnych.

To też w województwach południowych i zachodnich, które posiadały rodzaj samorządu wojewódzkiego (krajowego), zakładów takich mamy poddostatkiem. Natomiast w województwach b. zaboru rosyjskiego, gdzie takiego samorządu nie było i niema, w ciągu lat ostatnich przystąpiono do utworzenia związków celowych, aby w ten sposób umożliwić utworzenie niezbędnych zakładów dla chorych psychicznie. Skarb Państwa udzielił również wydatnej pomocy finansowej i tą drogą udało się zbudować 3 nowoczesne zakłady psychiatryczne (Chełm — Woj. Lubelskie, Choroszcz — Woj. Białostockie, i Gostynin — Woj. Warszawskie).

Pewne odciążenie dla takich zakładów stanowi stosowana w ostatnich latach w niektórych miejscach tzw. opieka pozazakładowa, polegająca na tym, że chorzy spokojni oddawani są pod opiekę odpowiednio wybranych rodzin, pozostając oczywiście jednocześnie pod opieką lekarza psychiatry. System ten daje dobre wyniki, ale tylko w niewielkim stopniu może powiększyć pojemność zakładów. Z opieki takiej w chwili obecnej korzysta przeszło 1.500 chorych.

Poza czynnikami państwowymi, samorządowymi i społecznymi coraz większe usługi sprawie szpitalnictwa w Polsce oddaje założone w roku 1929 „Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa", powstałe „celem podniesienia poziomu i rozwoju szpitalnictwa pod względem lekarskim, budowlano-technicznym i administracyjnym". W dodatniej i owocnie rozwijającej się pracy tego towarzystwa, będącego członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Szpitalnictwa (Association Internationale des Hôpitaux), biorą stały udział przedstawiciele Państwowej Służby Zdrowia.

W roku 1938 odbyła się w Warszawie I-a Polska Wystawa Szpitalnictwa, połączona z I-ym Ogólno-Polskim Zjazdem, dla spraw Szpi-

talnictwa. Był to przegląd generalny braków w tej dziedzinie, a także zobrazowanie osiągniętych wyników.

Uzdrowiska na ziemiach polskich w latach przedwojennych nie były popierane przez żadne z byłych państw zaborczych. Nawet w byłym zaborze austriackim polityka szła raczej po linii popierania rozwoju uzdrowisk w Czechach, Tyrolu i innych „krajach koronnych", podczas gdy „Galicję" z niewykorzystanymi bogactwami pozostawiano świadomie na szarym końcu. Lata wojenne przeważnie zniszczyły i ten niewielki stan posiadania, tak, że to, cośmy odziedziczyli, jako Państwo niepodległe, było w stanie prawie całkowitej ruiny.

Odbudowa i rozbudowa uzdrowisk jest to zadanie, wymagające dużych funduszów na inwestycje różnego rodzaju. Na to zubożałe wskutek długotrwałej wojny społeczeństwo mogło się zdobyć tylko powoli i stopniowo. Jednakże duży wysiłek w tym kierunku już został dokonany i osiągnięto wcale niezłe wyniki.

Porządkowanie gospodarki uzdrowiskowej rozpoczęto w roku 1922[1]) od wydania „Ustawy o uzdrowiskach", którą znowelizowano po tym w roku 1928[2]). Ustawa ta dzieli uzdrowiska na zdrojowiska, stacje klimatyczne i kąpieliska morskie. Przy tym zasadniczo odróżnia uzdrowiska o charakterze użyteczności publicznej od takich, które tego charakteru nie posiadają. Charakter użyteczności publicznej jest nadawany uzdrowiskom drogą specjalnego rozporządzenia Rady Ministrów i obdarza je przywilejami, a także obowiązkami. Uzdrowiskami takimi mogą być tylko te, które posiadają cenne zdroje lecznicze lub bardzo dobre warunki klimatyczne, a poza tym muszą one być zaopatrzone w dobrą wodę i wyposażone w należyte urządzenia do usuwania nieczystości, niezbędne pomieszczenia do izolacji chorych na choroby zakaźne, urządzenia do odkażania oraz dom przedpogrzebowy. Uzdrowisko takie powinno mieć swój statut, plan zabudowy i komisję uzdrowiskową, która zarządza sprawami uzdrowiska. Pomiędzy innymi uprawnieniami komisji uzdrowiskowej znajduje się także prawo ustalania swego budżetu i wyznaczania taksy kuracyjnej. Jeżeli uzdrowisko o charakterze użyteczności publicznej jest prowadzone niewłaściwie, to może być wywłaszczone na rzecz Skarbu Państwa. Wspomnian ustawa przewiduje również utworzenie organu doradczego przy władzach centralnych w postaci Państwowej Rady do spraw uzdrowisk.

Poza tym wydano także szereg przepisów wykonawczych, a więc rozporządzeń i okólników, wśród których podkreślić należy okólniki, nakazujące lekarzom powiatowym, aby co roku przed rozpoczęciem sezonu dokonali komisyjnych oględzin każdego uzdrowiska na terenie powiatu ze szczególnym uwzględnieniem urządzeń leczniczych, hoteli, pensjonatów, pokojów do wynajęcia, restauracyj itp. oraz by zarządzili doprowadzenie wszystkich tych obiektów do właściwego stanu.

[1]) Dz. U. R. P. nr 31/1922.
[2]) Dz. U. R. P. nr 36/1928.

Tuż po okresie wojennym pod zarząd nowopowstających władz polskiej Państwowej Służby Zdrowia przeszły następujące uzdrowiska, które i dawniej posiadały charakter uzdrowisk państwowych: Burkut (pow. Kosowski, Woj. Stanisławowskie), Busko (pow. Stopnicki, Woj. Kieleckie), Ciechocinek (pow. Nieszawski, Woj. Pomorskie), Krynica (pow. Nowosądecki, Woj. Krakowskie) i Szkło (pow. Jaworowski, Woj. Lwowskie). Do tych uzdrowisk przybyły przejęte w roku 1930 od Banku Gospodarstwa Krajowego Druskieniki (pow. Grodzieński, Woj. Białostockie).

Burkut, położony malowniczo w górach między źródłami Czarnego i Białego Czeremoszu, mógłby dzięki swym źródłom (szczawy ziemno-alkaliczne) być bardzo cennym uzdrowiskiem. Zniszczony jednak został w okresie wojennym doszczętnie i dotychczas jest zupełnie nieczynny.

Szkło, położone o 40 klm od Lwowa, posiada najobfitsze w Polsce, a bodaj i w Europie, źródła siarczane. Zakład zdrojowy, który istniał przed wojną, został zniszczony. Obecnie jest stopniowo odbudowywany i przerabiany tak, że od r. 1932 chorzy mogą już korzystać z jego urządzeń, które są narazie jednakże bardzo skromne.

Busko posiada źródła siarczano-słone, używane już mniejwięcej od stu lat, jednakże nawet w najlepszych latach przedwojennych frekwencja nie przekraczała 4.000 kuracjuszów. Od czasu odzyskania niepodległości odwiercono w Busku kilka nowych źródeł mineralnych, a także słodkiej wody do picia. Zbudowano elektrownię, nowe zakłady i wprowadzono liczne ulepszenia w istniejących urządzeniach.

Ciechocinek ze swymi źródłami słonymi czynny jest również mniejwięcej od stu lat. W okresie działań wojennych wiele urządzeń uległo zniszczeniu, a w związku z tym doprowadzenie Ciechocinka do należytego stanu wymagało dużej pracy i nakładu. Między innymi pracami przystąpiono także do osuszenia całego terenu uzdrowiska, przeprowadzono kanalizację, opracowano plan regulacyjny, wybudowano basen z pływalnią o powierzchni 4.000 m² i 2 mniejsze baseny lecznicze. Najważniejszą inwestycją jest jednakże dowiercenie w roku 1931 głębokiego (1.305 m), gorącego źródła solankowego, które zasila łazienki i wspomniane baseny.

Krynica ucierpiała namniej wskutek wojny. Jednakże w najlepszych latach przedwojennych jej frekwencja nie przekraczała 10.000 kuracjuszów. I w tym uzdrowisku przystąpiono energicznie

do prac inwestycyjnych. Po za istniejącymi już dawniej sześciu źródłami szczaw alkalicznych dowiercono dziewięć nowych źródeł o dużej wydajności. Budowa wspaniałego gmachu nowych łazienek przysporzyła Krynicy około 200 kabin kąpielowych. Stary Dom Zdrojowy rozbudowano, wprowadzono w nim różne ulepszenia, nowy Dom Zdrojowy jest na ukończeniu. Uruchomiono wytwórnię tabletek z wody Zubera. Wybudowano także nową elektrownię i całe uzdrowisko skanalizowano. Wreszcie wprowadzono szereg drobniejszych inwestycyj, a w roku 1933 rozstrzygnięty został konkurs na plan zabudowania Krynicy.

Druskieniki po przejściu na własność Państwa (1930) uzyskały nowe źródła solankowe, wodociąg i kanalizację, rozbudowano łazienki, kąpiele słoneczno-powietrzne i otwarto baseny-pływalnie.

Podobny postęp mamy również do odnotowania, poza wspomnianymi sześciu uzdrowiskami państwowymi, także w 20 innych uzdrowiskach, które uzyskały charakter użyteczności publicznej. Są to: Horyniec, Inowrocław, Iwonicz, Jaremcze, Krzeszowice, Lubień-Wielki, Morszyn, Nałęczów, Ojców, Otwock, Rabka, Rymanów, Solec, Swoszowice, Szczawnica, Truskawiec, Worochta, Zakopane, Zaleszczyki i Żegiestów.

Tablica nr 27.

FREKWENCJA W UZDROWISKACH PAŃSTWOWYCH I INNYCH WIĘKSZYCH UZDROWISKACH O CHARAKTERZE UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

	1919	1928	1937
Busko	2,500	7,976	6,797
Ciechocinek	9,568	16,941	17,885
Krynica	9,660	35,559	34,191
Otwock	9,250	16,420	30,053
Rabka	5,269	15,610	26,753
Truskawiec	997	11,623	16,150
Zakopane	10,500	43,639	57,981
Razem	47,744	147,768	189,810

Wszystkie wyżej wymienione zmiany, stanowiące wyraźny postęp w dziedzinie lecznictwa uzdrowiskowego, były umożliwione przez politykę władz centralnych, polegającą na tym, że cały czysty dochód uzdrowisk państwowych obracany jest na ich potrzeby. Inne uzdrowiska, nieznależące do Państwa, zastosowały podobną politykę i w wyniku mamy znakomity wzrost frekwencji (Tablice nr 27 i nr 28).

Uzdrowiska polskie dzięki swym nowoczesnym urządzeniom przyczyniają się niewątpliwie do podniesienia stanu zdrowotnego kraju i coraz mniej obawiają się konkurencji uzdrowisk zagranicznych. Stanowią one poważny czynnik gospodarczy, dając pracę tysiącom obywateli polskich i zapobiegając wywożeniu wielkich funduszów corocznie poza granice Rzeczypospolitej.

Tablica nr 28.

UZDROWISKA

Rok	Uzdrowiska państwowe		Uzdrowiska niepaństwowe, posiadające charakter użyteczności publicznej	
	Frekwencja osób	Liczba wydanych zabiegów	Frekwencja osób	Liczba wydanych zabiegów
1919	21,728	430,228	35,115	129,648
1920	21,680	422,893	45,876	149,563
1921	30,425	679,133	60,690	286,885
1922	28,858	673,907	62,488	296,533
1923	37,264	716,798	79,103	409,998
1924	31,083	642,522	82,923	483,604
1925	34,212	653,595	93,912	504,849
1926	43,326	765,804	106,673	586,488
1927	53,261	954,061	127,739	747,190
1928	60,476	1,013,689	139,315	837,234
1929	57,677	1,041,120	140,516	798,722
1930	59,099	1,029,526	133,602	703,678
1931	56,765	912,238	130,569	703,254
1932	58,183	855,457	132,188	629,536
1933	57,563	821,397	142,908	749,981
1934	55,439	806,358	148,496	629,869
1935	61,659	885,276	165,459	800,122
1936	65,757	923,239	181,259	883,910
1937	70,529	982,292	196,913	983,589

Odłogiem leżało dotychczas, niemal zupełnie, stosowanie i rozpowszechnianie naszych wód mineralnych poza samymi uzdrowiskami. Chodzi jednakże o to, by nie wywozić zagranicę miljionów złotych za wody mineralne i inne produkty zdrojowe, które można zastąpić krajowymi.

Prace w tym kierunku zostały podjęte i od roku 1923 mamy w Warszawie ośrodek propagandy i sprzedaży krajowych wód mi-

neralnych i produktów leczniczych. Ośrodek ten (sklep i biuro sprzedaży — Warszawa, Krakowskie Przedmieście 11) rozwija się znakomicie i obejmuje sprzedaż wód i produktów zdrojowych nietylko zdrojowisk państwowych, ale także i innych. Czynione są również przygotowania, aby umożliwić eksport wód mineralnych polskich zagranicę. Zasadniczo zaś zamierzenia Państwowej Służby Zdrowia na przyszłość idą w kierunku postawienia uzdrowisk polskich na możliwie najwyższym poziomie, a także zdążają do udostępnienia ich najszerszym warstwom ludności.

W pracy nad rozwojem uzdrowisk polskich czynnikiem bardzo ważnym jest „Związek Uzdrowisk Polskich", który reprezentuje interesy zorganizowanego przemysłu uzdrowiskowego, stanowiącego poważną gałąź gospodarstwa krajowego. Współpraca Związku z Państwową Służbą Zdrowia jest bardzo ścisła.

Wreszcie wielką doniosłość dla rozwoju uzdrowisk polskich będzie miał niechybnie „Polski Instytut Balneologiczny", wzorowany na podobnych instytucjach, istniejących w innych państwach o poważnym przemyśle uzdrowiskowym. Instytut taki miałby w omawianych sprawach decydujący wpływ w zakresie naukowym, leczniczym, społecznym i gospodarczym. Prace nad powołaniem do życia takiego instytutu są już na ukończeniu i można się spodziewać uruchomienia jego w najbliższym czasie.

Państwowa pomoc lekarska dla funkcjonariuszów państwowych.

Ustawa o państwowej służbie cywilnej z roku 1922[1]) zapewnia „urzędnikowi i jego najbliższej rodzinie opiekę lekarską i środki lecznicze w zakresie, przewidzianym w osobnej ustawie".

Zanim jednak ta ustawa została uchwalona, początkowo przy Wydziale Higieny Ministerstwa Zdrowia Publicznego utworzono tymczasową pomoc lekarską i zaangażowano jako wykonawców szereg lekarzy, przy czym do obowiązków lekarzy tych należało leczenie pracowników państwowych i ich rodzin, a także wydawanie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy oraz świadectw szczepienia ospy. Kierowanie pomocą lekarską należało do lekarzy powiatowych na powiatach, a w miactach — do lekarzy okręgowych tymczasowej pomocy lekarskiej. Podług instrukcji, wydanej dla lekarzy tymczasowej pomocy lekarskiej, udzielanie pomocy odbywało się na zasadzie „karty porady", której ważność trwała tylko 2 dni od daty jej wydania. W przypadkach nagłych wystarczała narazie legitymacja urzędnicza, a kartę porady dostarczano później. Podług wyżej wspomnianej instrukcji pracownik państwowy poza poradą otrzymywał również lekarstwa, jednakże przy przepisywaniu lekarstw i materiałów leczniczych i opatrunkowych należało stosować możliwą oszczędność: unikać patentowanych nazw, natomiast używać formuł chemicznych i przepisywać ilości ściśle potrzebne i td. Jednakże dążenie do oszczędności nie ograniczało lekarza w wyborze środka niezbędnego do szybkiego i skutecznego leczenia.

[1]) Dz. U. R. P. nr 21/1922.

Dłuższy czas poza wymienioną instrukcją nie było żadnego innego przepisu prawnego w tej sprawie. Dopiero w roku 1924 ukazało się rozporządzenie Rady Ministrów o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych, sędziów i prokuratorów, ich rodzin oraz emerytów[1]), które po raz pierwszy ujmuje konkretnie rodzaj udzielanych świadczeń lekarskich oraz ich zakres.

Przyznawało ono bezpłatną pomoc lekarską ogólną i specjalistyczną, w szczególności zaś położniczą i dentystyczną (usuwanie zębów i plombowanie), a poza tym za opłatą 25% niezbędne leki i środki opatrunkowe, okulary oraz leczenie szpitalne w ciągu 6 miesięcy dla urzędników i emerytów, lub w ciągu 3 miesięcy dla członków rodzin, w roku kalendarzowym. Rozporządzenie to przewidywało również możność udzielania zapomóg pieniężnych i zaliczek bezprocentowych na leczenie w uzdrowiskach. „Karty porady" nadal pozostały dokumentem, uprawniającym do otrzymania pomocy lekarskiej, lecz wyznaczono za nie opłatę w wysokości 50 groszy, a ważność przedłużono do końca miesiąca, w którym zostały wydane.

W dwa lata później (1926 r.) Rada Ministrów wydała nowe rozporządzenie[2]) w myśl którego pomoc lekarska obejmowała: 1) poradę lekarską wraz z zapisywaniem recept, 2) pomoc lekarską, do której należało najniezbędniejsze zabiegi chirurgiczne, zabiegi w zakresie chorób gardła, nosa, uszu, zabiegi ginekologiczne, chirurgiczno-akuszeryjne, zabiegi w zakresie chorób skórnych i wenerycznych oraz pomoc położnicza; 3) dostarczanie niezbędnych lekarstw, za które Skarb Państwa pokrywał 50%, zaś za specyfiki 25%; 4) leczenie w szpitalach. Poza tym w państwowych zakładach zdrojowych funkcjonariusze państwowi otrzymywali kąpiele i zabiegi balneoterapeutyczne za pół ceny.

Do niesienia państwowej pomocy lekarskiej byli umówieni specjalni lekarze lub też lekarze urzędowi (powiatowi), a pomoc lekarska była nadal udzielana na zasadzie „kart porad", wydawanych przez władzę służbową funkcjonariusza, — w mieszkaniu lekarza, jedynie obłożnie chorych odwiedzał lekarz w ich mieszkaniu.

Z zabiegów fizykoterapeutycznych rozporządzenie objęło tylko naświetlanie lampą kwarcową i prześwietlanie promieniami Roentgena, a pomocy położniczej udzielano w mieszkaniu rodzących, w szpitalach lub innych zakładach leczniczych.

[1]) Dz. U. R. P. nr 73/1924
[2]) Dz. U. R. P. nr 25/1926,

Zorganizowanie pomocy lekarskiej według zasad, ustalonych wyżej wymienionym rozporządzeniem, przeprowadziło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem Skarbu.

Leczenie obłożnie chorych funkcjonariuszów państwowych odbywało się w szpitalach państwowych, samorządowych lub w innym zakładzie, uznanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Funkcjonariusze państwowi mogli być również umieszczani w sanatoriach uznanych, przy czym jak za szpitalne leczenie, tak i za leczenie santoryjne Skarb Państwa opłacał 75% taksy, a skierowywali na leczenie początkowo lekarze umówieni, później tylko lekarze powiatowi.

W dniu 22 marca 1932 r. zostało wydane nowe rozporządzenie Rady Ministrów[1]), które wprowadziło pewne ograniczenia w zakresie państwowej pomocy lekarskiej.

Wreszcie w dniu 28 stycznia 1934 r. ukazało się rozporządzenie Rady Ministrów o pomocy lekarskiej[2]), obowiązujące od dnia 1 lutego 1934 r. Nowe to rozporządzenie wprowadza zmiany, idące w kierunku ponownego rozszerzenia pomocy lekarskiej, a mianowicie: za lekarstwa ponownie Skarb Państwa pokrywa 75% kosztów, zaś za specyfiki 50%, przy czym lekarstwa lekarze umówieni przepisują w ramach uchwalonego przez Ministerstwo lekopsisu, obejmującego przeszło 850 lekarstw.

Poza tym wprowadzono leczenie ortopedyczne dla funkcjonariuszów państwowych, przy czym Skarb Państwa pokrywa 50% kosztów aparatów; rozszerzono zakres zabiegów fizykoterapeutycznych; uznano szereg zakładów, jako nadających się dla leczenia funkcjonariuszów państwowych.

W ramach wyżej podanych przepisów prawnych pomoc lecznicza dla funkjconariuszów państwowych rozwija się z roku na rok. W wielu miejscowościach, zwłaszcza w dużych miastach, powstały specjalne ambulatoria, wyposażone we wszystkie niezbędne urządzenia lecznicze. Wzmaga się także zaufanie najszerszych rzesz urzędniczych do udzielanej im pomocy lekarskiej. To też kiedy w roku 1925 liczba udzielonych porad wyniosła 411,617, to w roku 1933/34 było ich 894,502, a w roku 1937/38 — 1.277.870. Jednocześnie koszty pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych, które w roku 1925 wynosiły 2.404,607 zł, wzrosły w r. 1933/34 do kwoty 6.263.593 zł, a w roku 1937/38 wyniosły 10.690.440 zł.

[1]) Dz. U. R. P. nr 27/1932.
[2]) Dz. U. R. P. nr 10/1934.

VII. SPRAWY FARMACEUTYCZNE.

Środki lecznicze wyrabiane są w aptekach i fabrykach chemiczno-farmaceutycznych oraz wytwórniach środków specjalnych jak surowice i szczepionki, preparaty organoterapeutyczne i inne.

Opieka nad lekiem powierzona jest farmaceucie, który ponosi całkowitą wobec prawa odpowiedzialność za dobroć leku i właściwe dostarczenie go choremu.

Ogólny nadzór nad wyrobem i obrotem środków leczniczych sprawuje Ministerstwo Opieki Społecznej za pośrednictwem wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych przy współprrcy Państwowego Zakładu Higieny.

A p t e k i: W chwili obecnej obowiązują jeszcze w Polsce ustawy państw zaborczych, wydane zresztą w bardzo oddalonych od siebie okresach, bo począwszy od niemieckiej ustawy aptekarskiej z 1801 r. do rosyjskich ustaw lekarskich, normujących również ustrój aptek z lat 1892—1905 i do austriackiej ustawy o aptekach z 1906 r. Na obszarze województw centralnych obowiązuje „Polska ustawa dla farmaceutów i aptek", zatwierdzona przez Radę Administracyjną Królestwa Polskiego z dnia 21 października 1844 r., wyróżniająca się najbardziej odpowiednim ujęciem zagadnienia aptekarskiego.

W tych różnorodnych przepisach dotyczących aptek, jest jedna wspólna wszystkim im zasada, a mianowicie możność zakładania i prowadzenia aptek wyłącznie na podstawie koncesji, udzielonej przez władze państwowe, inaczej mówiąc struktura ustroju aptekarstwa we wszystkich zaborach oparta była na tak zwanym systemie koncesyjnym ze wszystkimi jego atrybutami, obowiązującymi koncesjonariusza. Najważniejsza z tych zasad to możność założenia apteki w miejscu i w czasie ze względu na wygody publiczności z góry ściśle określonym, obowiązek wydawania lekarstw w każdej porze dnia i nocy według cen, ustalonych przez władze państwowe, utrzymywanie wyłącznie fachowego personelu i odpowiedzialnego za drobne nawet uchybienia.

Pomimo jednak wspólnego tym ustawom systemu koncesyjnego dla aptek, przepisy, dotyczące przewłaszczenia aptek, dziedziczenia i uprawnień zawodowych, są bardzo odmienne, co stwarza szereg powikłań i trudności dla władz administracyjnych i aptekarstwa i komplikuje umożność wprowadzenia w życie przepisów jednolitych.

Stan ten uległ już częściowej zmianie. Została wydana w marcu 1938 r. ustawa o wykonywaniu zawodu aptekarskiego,[1]) która uregulowała prawa i obowiązki zawodowe farmaceutów. Przygotowany też jest projekt ustawy o aptekach ,która ureguluje całość zagadnienia dotyczącego opieki nad lekiem i dostarczania go ludności.

Wobec konieczności normowania odrębnych zagadnień z dziedziny wyrobu środków leczniczych i obrotu nimi władze wydały na zasadzie dotychczasowych przepisów prawnych szereg. rozporządzeń. Celem ich jest zapewnienie dostarczenia choremu leku przygotowanego przez fachowca w warunkach, odpowiadających nowoczesnym wymaganiom wiedzy farmaceurtycznej.

W wyniku kilkunastoletnich prac Komisji Farmakopei Polskiej, w których brali udział najwybitniejsi przedstawiciele świata naukowego w tej dziedzinie została wydana w roku 1937 nowa Farmakopea Polska[2]) jako wydanie drugie (pierwsza była wydana w roku 1817).

Ceny na lekarstwa ustalane są przez władze w drodze rozporządzeń. Dla szeregu kategorii odbiorców środków leczniczych przewidziane są opusty od cen normalnych. W dążeniu do zapewnienia najuboższej ludności możności korzystania z lekarstw wydana została w r. 1938 tak zwana Farmakopea dla ubogich,[3]) z której leki są wydawane przez apteki po cenach bardzo niskich.

W związku z powyższym, jak również z uwagi na zmienione zadania i potrzeby, prowadzona jest stale na terenie aptek akcja w kierunku dostosowania ich do nowych warunków. Rozbudowywane są tam laboratoria farmaceutyczne i analityczne w celu przygotowywania w jak najszerszym zakresie na miejscu potrzebnych artykułów i możliwie wszechstronnego ich badania. Laboratoria analityczne po za bezpośrednim swoim przeznaczeniem mogą służyć do celów specjalnych jak badanie wody do picia produktów spożywczych itp., bowiem personel farmaceutyczny posiada w tym kierunku odpowiednie przygotowanie.

Dogodne zaopatrzenie ludności w leki, szczególnie w pierwszych latach niepodległości, było bardzo utrudnione. Znaczna część kraju zniszczona działaniami wojennymi wymagała jak najrychlejszej odbudowy, szczególnie w zakresie służby zdrowia, wobec szerzących się chorób zakaźnych. Spośród ogólnej liczby półtora tysiąca

[1]) Dz. U. R. P. nr 23/1938.
[2]) Dz. U. R. P. nr 52/1937.
[3]) Dz. U. R. P. nr 58/1938.

istniejących w tym czasie aptek około 150 było zupełnie lub prawie nieczynnych, zniszczonych lub opuszczonych, względnie nieposiadających żadnego zapasu środków leczniczych. Niezależnie od tego liczba ich nawet w normalnych warunkach była nieuystarczająca dla dogodnego zaopatrywania się ludności w środki lecznicze.

Tablica nr 29.

STAN APTEK W OKRESIE OD 1918 DO 1938 ROKU

	1918	1923	1928	1933	1938
Liczba aptek publicznych .	1147	1294	1474	1569	1675
,, ,, wiejskich ...	345	377	358	362	402
,, ,, filialnych ...	18	19	26	29	32
,, ,, domowych lekarzy	28	31	32	29	23
,, ,, zakładowych Ubezp. Społ.	—	23	84	97	85
,, ,, zakładowych innych	22	28	68	71	93
Razem.....	1560	1772	2042	2157	2310

Szczególnie jaskrawo stosunki te uwidoczniały się na obszarze województw wschodnich, gdzie apteki były oddalone od siebie od 15 do 40 klm. To też władze sanitarne energicznie zajęły się sprawą jak najrychlejszego ponownego uruchomienia aptek już istniejących, zaopatrzenia ich w niezbędne środki lecznicze oraz stworzenia planowego systemu zakładania nowych aptek. Jednocześnie intencją władz sanitarnych było, aby koncesje na apteki udzielane były osobom, posiadającym odpowiednie zawodowe kwalifikacje oraz zasługi obywatelskie i społeczne. W 1921 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego [1]) wprowadza zasadę udzielania koncesji aptekarskiej w drodze konkursu, ustalając znacznie niższe normy ludności, przypadającej na jedną aptekę, od norm, ustalonych przez władze rosyjskie. Zasady te zostały jeszcze szerzej rozwinięte w instrukcji z 1931 r.,[2]) obejmującej województwa centralne i wschodnie.

[1]) Monitor Polski nr 118/1921.
[2]) Monitor Polski nr 136/1931.

Drogerie. Struktura przemysłu drogeryjnego opiera się również na przepisach państw zaborczych. Zakres uprawnień tego przemysłu unormowany jest bądź to przepisami ustaw przemysłowych (województwa zachodnie i południowe). ,bądź to specjalną ustawą dla materialistów z 1844 roku, obowiązującą na obszarze województw centralnych i poszczególnymi artykułami rosyjskiej ustawy lekarskiej z 1905 r., normującymi zakres handlu drogeryjnego na obszarze województw wschodnich. Uprawnienia do handlu drogeryjnego dla osób, zamierzających trudnić się tym handlem, ustalone są również wyżej wymienionymi przepisami. Drogerie powołane są do utrzymywania i wydawania trucizn dla celów technicznych, oraz pewnych kategoryj środków leczniczych, stosowanych równocześnie w przemyśle, technice lub gospodarstwie domowym. Zasadniczo te środki lecznicze, do których utrzymywania i sprzedaży drogerie są uprawnione, objęte są szczegółłowymi wykazami. Liczba 1.800 drogeryj, istniejących w Polsce w roku 1918, szybko wzrastała i dosięgła w roku 1938 liczby 2.374. W Poznaniu i w Łodzi uruchomione zostały specjalne kursy wieczorowe dla praktykantów drogistowskich.

Przemysł farmaceutyczny. Polski przemysł farmaceutyczny a w szczególności przemysł chemiczno farmaceutyczny w okresie przed niepodległością prawie nie istniał. Były drobne próby jego tworzenia. Hamowane one jednak były przez doskonale rozwinięty i zorganizowany przemysł zagraniczny. Istniało kilka mniejszego typu wytwórni w byłym zaborze rosyjskim i kilka o jeszcze mniejszym zakresie w b. zaborze austriackim.

Z odzyskaniem niepodległości jasną stała się konieczność usamodzielnienia się na tym polu w możliwie najszerszym zakresie. W szczególności należało położyć nacisk na rozbudowę przemysłu chemiczno-farmaceutycznego.

Władze zajęły się tą sprawą, dając swoje poparcie, a gdzie potrzeba i inicjatywę. W roku 1921 utworzona została Komisja do spraw specyfików farmaceutycznych, której zadaniem jest opiniowanie zgłaszanych do wypuszczania na rynek specyfików co do ich celowości, trwałości i nowości stanowiącej postęp w lecznictwie.

Szczególna uwaga położona jest na rozwój produkcji artykułów zasadniczego dla lecznictwa znaczenia.

W ciągu dwudziestolecia niepodległości powstał szereg fabryk farmaceutycznych, a dawniej istniejące rozwinęły znacznie swoją działalność.

Rozwijają się też działy chemiczno-farmaceutyczne w fabrykach chemicznych, wytwarzających chemikalia do celów przemysłowych.

Spośród artykułów chemicznego pochodzenia wytwarzane są preparaty arsenobenzenowe, salicylowe, benzoesowe, bizmutowe, srebrowe, inozytofosforowe, złotowe, barbiturowe itd.

W niedalekiej przyszłości zostanie uruchomiona produkcja pochodnych pyrazolonowych oraz pochodnych p-fenetydyny.

Rozwinęła się produkcja preparatów organoterapeutycznych, a dzięki ujęciu jej w ścisłe rygory prawne stanęła ona odpowiednim poziomie i zaczyna zdobywać zagraniczne rynki zbytu.

Produkcja surowic i szczepionek pokrywa całkowicie zapotrzebowanie kraju.

Zorganizowana została produkcja w kraju pochodnych opiumowych używanych w lecznictwie (kodeiny, morfiny, pantoponu), przy czym wykorzystany tu jest surowiec krajowy, którym jest słoma makowa.

Liczba znajdujących się w obrocie zarejestrowanych specyfików która w roku 1921 wynosiła 20, w roku 1938 sięga liczby 1.577, z czego więcej niż połowa jest produkcji krajowej.

W dzisiejszym stanie krajowy przemysł farmaceutyczny może już pokryć przeważną część zapotrzebowania wewnętrznego.

Wytwory krajowego przemysłu farmaceutycznego są dziś jeszcze oparte w dużej mierze na surowcu i półfabrykacie zagranicznym; jednak i tu jest pewna poprawa szczególnie gdy chodzi o półprodukty.

Środki odurzające. Sprawa nadzoru nad obrotem środkami odurzającymi i walki z narkomanią na terenie międzynarodowym przed rokiem 1918 była poruszana niejednokrotnie, czego dowodem jest zawarcie Konwencji Haskiej z roku 1912, ale Polska, pozbawiona samodzielnego bytu politycznego do konwencji tej przystąpiła dopiero w roku 1919, wywiązując się z zobowiązań, przyjętych na podstawie art. 295 Traktatu Wersalskiego.

Obowiązujące w tej dziedzinie ustawodawstwo było opracowane w latach 1923—1938,. Powstała wówczas ustawa o substancjach i przetworach odurzających,[1]) wzorowana na najlepszej i uznanej za wzorową ustawie belgijskiej z roku 1921, oraz szereg rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy, a mianowicie normujące obrót hurtowy i detaliczny środkami odurzającymi, o trybie postępowania przy przywozie i wywozie środków odurzających, o uznaniu niektórych substancyj i przetworów odurzających za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia, o rozciągnięciu na kodeinę systemu certyfikatów przywozu i wywozu.

Ustawodawstwo to unormowało sprawę obrotu narkotykami i nadzoru nad nimi w sposób celowy i wszechstronny. Środki odurzające w Polsce mogą być wyrabiane, przerabiane, sprzedawane i prze-

[1]) Dz. U. R. P. nr 72/1923.

chowywane wyłącznie dla celów leczniczych i naukowych, za nielegalny obrót nimi są przewidziane wysokie kary i grzywny, więzienie, pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarskiego i aptekarskiego.

Dopiero w roku 1929 akcja nadzoru nad przywozem i obrotem środkami odurzającymi została skoncentrowana w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia, Wydział Farmaceutyczny), a od roku 1934 w Ministerstwie Opieki Społecznej.

Akcja ta wyraża się w udzielaniu koncesji na wyrób, przeróbkę i sprzedaż środków odurzających oraz w nadzorze nad dostarczaniem ich chorym, jak również w zwalczaniu nielegalnego handlu. Ministerstwo współdziała w tych sprawach ze Strażą graniczną, Centralą Służby Śledczej i Urzędami Wojewódzkimi. Całkowity obrót środkami odurzającymi jest skoncentrowany w hurtowniach aptecznych, posiadających na ten obrót zezwolenia Ministerstwa Opieki Społecznej, oraz w aptekach publicznych i zakładowych. Przywóz substancji i przetworów odurzających z zagranicy został zahamowany wobec wytwarzania tych artykułów na miejscu. Polska należy do rzędu krajów europejskich, zużywających małe ilości tych środków, to też wyrób ich pokrywa całkowicie zapotrzebowanie, ostatnio nawet zaczęto wywozić niektóre z nich za granicę.

Zielarstwo lecznicze. Ministerstwo Zdrowia Publicznego od początku swego zorganizowania posiadało w Sekcji Farmaceutycznej specjalny wydział dla spraw krajowej produkcji roślin leczniczych. Przejęło ono w 1918 r. od okupantów plantacje roślin leczniczych w Dąbrowie pod Opocznem; prowadzono tam obserwacje nad 38 gatunkami roślin leczniczych, gromadząc spostrzeżenia nad wpływem nawożenia, kosztami uprawy i zbioru oraz nad wysokością plonu. Ponadto prowadzono produkcję nasion i sadzonek, które następnie rozdawano lub sprzedawano organizacjom i poszczególnym plantatorom w celu spopularyzowania uprawy roślin leczniczych.

W roku 1919 zorganizowana została stacja doświadczalna w Kłódzienku w pow. błońskim.

Działalność obu tych plantacyj trwała zaledwie do roku 1922, w którym uległy one likwidacji wskutek trudności finansowych. Przez dłuższy okres czasu podczas kolejnych przeobrażeń, jakim uległo pierwotne Ministerstwo Zdrowia Publicznego, sprawy zielarskie nie mogły być przedmiotem należytego zainteresowania władz centralnych.

W tym czasie zielarstwo lecznicze przechodziło okresy większego lub mniejszego nasilenia rozwoju w zależności od inicjatywy prywatnej i koniunktury handlowej. W każdym razie produkcja krajowa roślin leczniczych w małej tylko mierze pokrywała zapotrzebowania rynku wewnętrznego.

Dopiero w roku 1930 z inicjatywy Państwowego Instytutu Eksportowego oraz przy współudziale zainteresowanych Ministerstw utworzony został Polski Komitet Zielarski, mający za zadanie propagandę rozwoju zielarstwa, skupiający przedstawicieli wszystkich zainteresowanych sfer, mianowicie: lekarskich, farmaceutycznych, producentów, handlowych, przemysłowych itp. Polski Komitet Zielarski współpracuje z zainteresowanymi Ministerstwami nad zapewnieniem samowystarczalności w dziedzinie zielarstwa, ważnej zarówno z punktu widzenia bilansu handlowego, jak i uniezależnienia się od zagranicy pod względem zaopatrzenia w krajowe artykuły lecznicze pochodzenia roślinnego. Stały delegat Ministerstwa Opieki Społecznej bierze czynny udział w pracach i konferencjach Komitetu, ponadto Ministerstwo subwencjonuje tę działalność.

W związku z uchwałą Komitetu Ekonomicznego Ministrów z dnia 5 maja 1933 r. Ministerstwo Opieki Społecznej podjęło pracę nad wzmożeniem produkcji i stosowania surowców eroślinnych pochodzenia krajowego. 1 lipca 1933 r. utworzony został w Departamencie Służby Zdrowia referat zielarski, do którego zadań należy normowanie, koordynowanie i popieranie poczynań, związanych z zielarstwem.

Przystąpiono do opracowania projektu ustawy zielarskiej, który był omawiany na zwołanych przez Departament Służby Zdrowia konferencjach fachowców. Projekt ustawy tej, mający uregulować sprawy przygotowania surowców leczniczych, ich obrotu, eksportu i importu, oraz kwalifikacyj osób, trudniących się zawodowo zbiorem, skupem ziół leczniczych, nie został dotąd uzgodniony.

W ostatnich latach działalność Ministerstwa idzie głównie w kierunku osiągnięcia samowystarczalności w zakresie zaopatrzenia w krajowe surowce roślinne, a więc propagandy rozwoju uprawy i zbioru roślin dziko rosnących, uwzględniając jednocześnie koordynacje wszystkich związanych z nią zagadnień, jak: fachowe przysposobienie producentów i zbieraczy, badania naukowe nad sposobami uprawy i jakością wyprodukowanych surowców, unormowanie spraw taryf kolejowej i celnej na rośliny lecznicze, organizacja skupu, wzmożenie eksportu, rozwój przetwórczości produktów roślinnych, wreszcie propagandy ziołolecznictwa wśród lekarzy.

W zakresie akcji wykorzystania krajowych surowców włókienniczych Ministerstwo Opieki Społecznej współpracuje z innymi Ministerstwami nad wprowadzeniem najszerszego stosowania krajowych wyrobów lnianych przez wprowadzenie ich do użytku w podległych mu instytucjach użyteczności publicznej.

Przeprowadzone z inicjatywy Ministerstwa badania nad wyrobem waty i gazy z surowców krajowych zamiast stosowanych dotąd waty i gazy bawełnianych, osiągnęły pożądane rezultaty i wata i gaza lniana zostały częściowo wprowadzone zarówno w zakładach leczniczych, jak i w obrocie detalicznym.

VIII. SPRAWY MIĘDZYNARODOWE.

Z chwilą odzyskania niepodległości Państwo Polskie weszło w kontakt z innymi państwami kulturalnymi również w dziedzinie międzynarodowej ochrony zdrowia publicznego.

W myśl art. 282 p. 19 Traktatu Pokojowego zawartego w Wersalu w dn. 28 czerwca 1919 r. Polska zobowiązała się do przystąpienia do Konwencji Sanitarnych Międzynarodowych z r. 1892, 1893, 1894, 1897 i 1904; ponieważ Konwencja Sanitarna z 1903 r. zastąpiona została przez Konwencję z 1912 r. Sejm Ustawodawczy, na wniosek Rządu, uchwalił „Ustawę w przedmiocie przystąpienia Polski do sanitarnej Konwencji Paryskiej z dn. 17 stycznia 1912 r." w dn. 23 września 1922 r.[1]), która upoważniła Rząd do zgłoszenia przystąpienia Polski do powyższej Konwencji.

Rząd Polski notyfikował w myśl art. 159 Konwencji Sanitarnej 1912 r. przystąpienie Polski do tego aktu międzynarodowego we francuskim Ministerstwie Spraw Zagranicznych w dn. 12 maja 1923 r. przystąpienie zaś W. Miasta Gdańska w dn. 29 maja 1923 r.

Przystąpienie Polski do Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej (Office International d'Hygiene Publique), przewidzianego art. 181 Konwencji Sanitarnej Międzynarodowej 1903 r., do której Polska przystąpiła na mocy Traktatu Wersalskiego, nastąpiło na podstawie uchwały Rady Ministrów z dn. 1 kwietnia 1920 r. z jednoczesną desygnacją delegata Rządu Polskiego do powyższego Urzędu.[2])

Według załączonego do Układu Rzymskiego Statutu Organicznego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej głównym jego zadaniem jest zbieranie i komunikowanie Państwom, biorącym udział w pracach Urzędu, faktów i dokumentów, tyczących się ochrony zdrowia publicznego w szczególności zaś chorób zakaźnych, objętych Konwencjami Sanitarnymi (art. 4), rządy komunikują Urzędowi zarządzenia sanitarne w związku z wykonywaniem postanowień Kon-

[1]) Dz. U. R. P. nr 86/1922
[2]) Był nim dr W. Chodźko.

wencji Sanitarnych Międzynarodowych; Urząd ma prawo proponowania zmian w obowiązujących Konwencjach Sanitarnych Międzynarodowych (art. 5 Statutu). W ten sposób instytucja ta pozyskała prawo kontroli i inicjatywy w sprawach wykonywania Konwencji Sanitarnych Międzynarodowych i stała się jedynym źródłem informacji o sprawach sanitarnych portów morskich i kolonii całego świata.

Na podstawie propozycji Urzędu zwołana przez rząd francuski w r. 1926 Międzynarodowa Konferencja Sanitarna uchwaliła Konwencję Sanitarną z dn. 21 czerwca 1926 r., która wprowadziła poważne zmiany do poprzednio obowiązującej Konwencji. W tej Konferencji po raz pierwszy brała udział oficjalnie Polska przez swych delegatów — Konwencję 1926 r. rząd Polski ratyfikował w dn. 27 sierpnia 1932 r., zaś W. Miasto Gdańsk przystąpiło do niej w dn. 30 czerwca 1934 r.

Poza tym Międzynarodowy Urząd Higieny Publicznej opracował Międzynarodową Konwencję Sanitarną dla Żeglugi Powietrznej z 1933 r., ratyfikowaną przez Polskę w dn. 22 czerwca 1935 r. oraz Układ Międzynarodowy w sprawie leczenia chorych wenerycznie marynarzy okrętów handlowych z r. 1924, do którego przystąpiła również Polska. Na mocy powyższego Układu urządzono w Gdyni przychodnię dla chorych wenerycznie marynarzy.

Na sesjach Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej odbywanych periodycznie, delegat Rządu Polskiego odczytał 36 memoriałów i raportów, tyczących się poszczególnych zagadnień sanitarnych Polski, przez siebie opracowanych, poza tym zaś przedstawił 15 raportów opracowanych przez 10 pracowników Departamentu Służby Zdrowia, Państwowego Zakładu Higieny oraz Państwowej Szkoły Higieny. W ten sposób raportów i memoriałów polskich zakomunikowano Międzynarodowemu Urzędowi Higieny Publicznej ogółem 51. Wszystkie te prace były ogłoszone w Protokułach obrad i w Biuletynie tego Urzędu. Poza tym delegat Polski komunikował Uzrędowi do druku w jego Biuletynie wszystkie ustawy i ważniejsze rozporządzenia polskie, związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych i organizacją Służby Zdrowia w Polsce.

* * *

Uznając, że zagadnienie walki z epidemiami w Polsce nosiło charakter międzynarodowy nietylko ze względu na genezę tych epidemii (wojna światowa, przejście przez terytorium Polski z górą 2 milionów jeńców etc.), ale i ze względu na to, że nieopanowanie szybko tych epidemii idących ze Wschodu (dur plamisty, dur powrotny, cholera) groziło bezpośrednio krajom Europy Środkowej i Zachodniej, polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego już w początkach 1919 r. podjęło starania w najrozmaitrzych kierunkach o uzyskanie dla Polski wydatnej pomocy międzynarodowej, uświadamiając państwa zachodnio-europejskie i Stany Zjednoczone Ameryki Północnej o grożącym Polsce i Europie straszliwym niebezpieczeństwie.

Wobec zupełnego ogołocenia Państwa z wszelkich środków lekarskich Ministerstwo Zdrowia Publicznego poczyniło starania o uzyskanie znaczniejszych zapasów leków w celu zaopatrzenia aptek choćby w najniezbędniejsze środki. Dzięki tym zabiegom Ministerstwo Skarbu W. Brytanii otworzyło na rachunek polskiego Ministerstwa Zdrowia w marcu 1919 r. kredyt w wysokości 100.000 funtów st. na zakup w Anglii leków i materiału sanitarnego. Przed upływem 1919 r. z tych zapasów sprowadzono i rozdzielono pomiędzy apteki leki na sumę z górą 20 milionów marek polskich.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego wzięło udział w Konferencji Międzypaństwowej krajów Europy Środkowej w sprawie walki z durem plamistym, zwołanej w Wiedniu w dn. 15 — 16 kwietnia 1919 r. z inicjatywy Austriackiego Czerwonego Krzyża.

Zainicjowano również porozumienie z Amerykańską Misją Pomocy dla Europy, znajdującej się pod kierownictwem Herberta Hoovera; konferencja odbyta w Paryżu w czerwcu 1919 r. przez ówczesnego ministra Zdrowia Publicznego, dra T. Janiszewskiego z H. Hooverem doprowadziła do przekazania przez Rząd Stanów Zjednoczonych Ameryki Północkiej na kredyt, przekraczający 4 miliony dolarów, materiałów sanitarnych, będących w rozporządzeniu tzw. „American Army Liquidation Stocks" we Francji oraz do zapoczątkowania wielkiej akcji dożywiania dzieci polskich przez „American Relief Administration" z udziałem Rządu Polskiego.

W sierpniu 1919 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego zorganizowało ankietę o stanie sanitarnym Polski, dokonaną przez Misję Międzykoalicyjną, złożoną z przedstawicieli Ligi Towarzystw Czerwonego Krzyża, w której wzięli udział lekarz amerykański, angielski, francuski i włoski; raport tej komisji złożono Międzynarodowemu Urzędowi Higieny Publicznej w Paryżu w dn. 30 października 1919 r., który powziął jednogłośiną rezolucję, domagającą się udzielania pomocy Polsce w jej walce z epidemiami ze strony rządów państw zwycięskiej Koalicji.

Znacznej pomocy udzieliły wówczas Polsce Liga Czerwonych Krzyżów, angielsko-amerykańska organizacja Kwakrów (Society of Friends), Towarzystwa Czerwonego Krzyża: Brytańskie, Amerykańskie, Szwedzkie, Austrialijskie etc.

Z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia Publicznego Rada Ligi Narodów na posiedzeniu w dn. 13 marca 1920 r., odbytym w Paryżu, poleciła zwołać Konferencję Sanitarną w Londynie w kwietniu 1920 r. w celu obmyślenia konkretnych środków przyjścia z pomocą Polsce.

Na Konferencji tej, odbytej w Londynie w angielskim Ministerstwie Zdrowia (13 — 20 kwietnia 1920 r.) na podstawie wniosków

polskich ustalono w liczbach najpilniejsze potrzeby Polski w zakresie zaopatrzenia w materiały sanitarne.

Wśród uchwał Konferencji Londyńskiej znajduje się ustęp następujący:

„Konferencja jest całkowicie przeświadczona, że zwalczanie duru plamistego w Polsce i zapobieżenie przeniesieniu się tej choroby z Polski do innych krajów jest sprawą, która nagląco wymaga wspólnej urzędowej akcji międzynarodowej. Konferencja wyraża hołd pracy już dokonanej w zakresie walki z tą klęską przez władze sanitarne polskie w ciągu ostatnich lat dwuch z wzrastającym wciąż powodzeniem"... a dalej: „Konferencja uważa, iż zasady walki z durem plamistym, przyjęte przez polską administrację służby zdrowia i zastosowanie już przez nią w zakresie, na jaki pozwoliły okoliczności i posiadane przez nią zasoby, są słuszne i nieodzowne".

Na posiedzeniu Rady Ligi Narodów w Rzymie w dn. 13 maja 1920 r. uchwalono zwrócić się do rządów o fundusze na zwalczanie epidemii w Polsce i zamianować Komisarza Epidemicznego dla Polski, któryby działał w ścisłym porozumieniu z polskim Ministerstwem Zdrowia Publicznego. Komisarzem mianowano angielskiego epidemiologa dr. N o r m a n a W h i t e' a; powyższe uchwały Rady Ligi Narodów zostały przyjęte przez I Ogólne Zgromadzenie Ligi Narodów w listopadzie 1920 r.

W początkach 1921 r. Komisja Epidemiczna Ligi Narodów [1]) rozwinęła obszerną akcję dostawy materiałów sanitarnych dla Polski i dostarczyła funduszów (około 180.000 funtów st.) na budowę i remont szpitali dla chorych zakaźnych i budowę łaźni, na udoskonalenie urządzeń stacji obserwacyjnych i kwarantannowych naszych na granicy rosyjskiej etc.

Na posiedzeniu Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej w dn. 20 października 1920 r. po raz trzeci jednogłośnie powzięto rezolucję, zwracającą uwagę Rady Ligi Narodów na groźny stan sanitarny Polski i konieczność niezwłocznej realizacji uchwał, powziętych w Rzymie w maju 1920 r.

W odpowiedzi na wezwanie Ligi Narodów 19 państw Europy, Azji i Ameryki wzięło udział w subskrypcji na rzecz zwalczania epidemii w Polsce (pierwsza co do czasu Bułgaria, ostatnia Francja) składając w ciągu 1½ roku sumę 187.424 funty sterl. Fundusz ten stosunkowo niewielki wobec ogółu wydatków, poniesionych przez Państwo Polskie na zwalczanie epidemii, które wyniosły w ciągu pierwszych 5 lat (1918 r. — 1923 r.) sumę 4.093.394 funtów sterl.,

[1]) Komisja Epidemiczna Ligi Narodów rozpoczęła swoje czynności w Polsce w dn. 29 stycznia 1921 r. o czym podała do wiadomości publicznej: „Odezwa Prezydium Rady Ministrów w sprawie rozpoczęcia działalności Komisji Epidemicznej Ligi Narodów w Polsce" z dn. 7 lutego 1921 nr 2311 (Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego nr 16, z dn. 1 kwietnia 1921 r.)."

pozwolił jednak Komisji Epidemicznej Ligi Narodów na udzielenie skutecznej pomocy, należy się więc tej Komisji wdzięczna pamięć narodu polskiego. Komisja Epidemiczna Ligi Narodów zlikwidowała swoje czynności w Polsce w dn. 1 lutego 1924 r. Międzynarodowa subskrypcja na rzecz zwalczania epidemii w Polsce była manifestacją powszechnej życzliwości, jaką otoczono zmartwychwstałą Polskę w najtrudniejszych chwilach jej nowej historii.

Poza tym Ministerstwo Zdrowia Publicznego zainteresowało sprawami ochrony zdrowia publicznego w Polsce F u n d a c j ę R o c k e f e l l e r a, która wyasygnowała sumę wynoszącą z górą 200.000 dolarów na pokrycie części kosztów budowy Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie oraz pokrywa stale koszta studiów urzędników polskiej służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, jak również przyczyniła się w poważnym stopniu do zapoczątkowania sprawy tworzenia Ośrodków Zdrowia w Polsce.

* * *

Pakt Ligi Narodów, stanowiący część I Traktatu Pokojowego, podpisanego w Wersalu w dn. 28 czerwca 1919 r., postanowienia w art. 23 p. f. co następuje.

„Członkowie Ligi Narodów postarają się podjąć zarządzenia charakteru międzynarodowego, mające na celu zapobieganie chorobom i ich zwalczanie".

Nie ulega wątpliwości, że epidemie polskie w bardzo znacznym stopniu przyczyniły się do przyśpieszenia powstania Komitetu Higieny Ligi Narodów, którego wspomniana wyżej Komisja Epidemiczna Ligi Narodów była pierwszym zawiązkiem, na co wskazują uchwały drugiego Ogólnego Zgromadzenia Ligi, zapadłe we wrześniu 1921 r.. Cele Komitetu Higieny Ligi Narodów sformułowano w głównych zarysach jak następuje:

1) służenie Lidze Narodów radą w sprawach zdrowia publicznego;

2) nawiązanie ściślejszych stosunków pomiędzy służbami zdrowia rozmaitych krajów;

3) zorganizowanie szybszej wymiany informacji w przypadkach, kiedy może stać się niezbędne powzięcie bezpośrednich zarządzeń zapobiegawczych przeciw chorobom epidemicznym;

4) współdziałanie i współpraca z Międzynarodową Organizacją Pracy, do której zakresu działania należą sprawy i zarządzenia, tyczące się ochrony pracowników od chorób i wypadków z ich pracą związanych;

5) organizowanie misyj w sprawach ochrony zdrowia publicznego z udziałem krajów zainteresowanych etc.

Rada Ligi mianowała pierwszych 10 członków Komitetu Higieny, pochodzących z krajów następujących: Anglia, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Japonia, Polska, [1]) Szwajcaria i Włochy, już w dn. 22 czerwca 1921 r. W listopadzie 1921 r. Sekretarz Generalny Ligi Narodów zamianował ówczesnego dyrektora Państwowego Zakładu Epidemiologicznego w Warszawie, dr. Rajchmana, dyrektorem Sekcji Higieny w Sekretariacie Ligi Narodów.

Przejąwszy czynności Komisji Epidemicznej Ligi Narodów, która działała na terytorium Państwa Polskiego Organizacja Higieny Ligi Narodów zwrócić musiała z natury rzeczy baczną uwagę na sprawy epidemii w Polsce. Na wieść, że w Rosji Sowieckiej gwałtownie poczyna się szerzyć cholera i zaczyna zagrażać granicom Polski Rząd Polski, na propozycję sekretarza Generalnego Ligi Narodów, zwołał do Warszawy w marcu (20—28) 1922 r. pierwszą po wojnie światowej Europejską Konferencję Sanitarną w celu wspólnego naradzenia się i wspólnego ustalenia oraz przeprowadzenia planu obrony sanitarnej państw graniczących z Rosją oraz dla zachodnich prowincji Rosji. W Konferencji wzięło udział 27 państw europejskich oraz Japonia; po raz pierwszy od ukończenia wojny światowej i wojny polsko-rosyjskiej do jednego stołu obrad obok przedstawicieli państw Koalicji zasiedli delegaci Niemiec, Austrii, Bułgarii, Turcjii, jak również delegaci Rosji i Ukrainy Sowieckiej i Litwy.

Niektóre uchwały tej Konferencji znalazły zastosowanie w postanowieniach późniejszej Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej Paryskiej 1926 r. (jak wyżej) a mianowicie o rozciągnięciu jej przepisów na dur plamisty i ospę, o ściślejszej organizacji kontroli sanitarnej na granicach lądowych. Zalecenia Konferencji Warszawskiej, tyczące się zawierania Konwencji Sanitarnych sąsiedzkich znalazły swój wyraz w zawarciu konwencji sanitarnych między Polską a Łotwą, Czechosłowacją, Rumunią, Rosją, Ukrainą i Białorusią Sowiecką oraz umowie sanitarnej polsko-niemieckiej w sprawie wymiany informacji w powiatach pogranicznych, podpisanej w Dreźnie w dn. 18 grudnia 1922 r.; dalej w Konwencji sanitarnej między Rumunią a Bułgarią, Rumunią a Serbią, między Serbią a Bułgarią, między Łotwą a Estonią, Łotwą a Rosją Sowiecką, między Estonią a Rosją Sowiecką. Na prośbę Rady Ligi Narodów postanowienia Konferencji Warszawskiej były przedmiotem obrad Międzynarodowej Konferencji Genueńskiej 1922 r. na której szefem delegacji polskiej był ówczesny Minister Spraw Zagranicznych, ś. p. Prof. Gabriel Narutowicz.

Do najaktualniejszych zagadnień, które zwróciły na siebie uwagę Komitetu Higieny Ligi Narodów, należała niewątpliwie sprawa

[1]) Polskim członkiem Komitetu Higieny był dr W. Chodźko, obecnie, od stycznia 1937 r. jest nim Prof. dr G. Szulc, Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny.

studiów nad stanem sanitarnym i higieną wsi oraz nad wiejskimi ośrodkami zdrowia; do prac nad sprawą tych ostatnich Komitet Higieny wyłonił oddzielną „Komisję wiejskich ośrodków zdrowia", której kierownictwo powierzono polskiemu członkowi Komitetu Higieny. Komisja ta z okazji otwarcia pierwszych wiejskich ośrodków zdrowia na Węgrzech odbyła swoją pierwszą sesję w Budapeszcie w październiku 1930 r.,; podczas tej sesji opracowano całkowity plan i program działania ośrodków zdrowia w okręgach wiejskich.

Całokształt spraw, związanych z ochroną zdrowia wsi, objęła I Europejska Konferencja w sprawie Higieny Wsi, zwołana z inicjatywy Rządu hiszpańskiego do Genewy w czerwcu 1931 r., która obok lekarzy higienistów zgromadziła lekarzy praktykujących, inżynierów sanitarnych, agronomów, ekonomistów i prawników administracyjnych 23 państw europejskich. Konferencja postulaty swoje sformułowała w szeregu uchwał, które niewątpliwie dały pewne linie wytyczne poczynaniom sanitarnym wielu państw kulturalnych, i wytknęły drogi postępowania; w każdym razie Konferencja ta nasunęła uwadze Rządów problem, pozostający dotąd w zaniedbaniu: zagadnienie ochrony zdrowia olbrzymich mas włościańskich. Polska wzięła czynny udział w tej Konferencji.

Z inicjatywy i pod egidą Organizacji Higieny Ligi Narodów organizowano zjazdy dyrektorów Szkół Higieny, owych nowego typu instytucyj pomocniczych dla służby zdrowia, mających na celu szkolenie personelu sanitarnego i personelu pomocniczego służby zdrowia oraz zapoznawanie z istotą, zadaniami i celami higieny rozmaitych kategoryj pracowników instytucyj publicznych oraz działaczy społecznych.

Trudności, na jakie lekarze higieniści natknęli się w swej działalności praktycznej na terenie spowodu niechęci i braku współdziałania ze strony lekarzy praktykujących, a które wynikały przeważnie z niedostatecznego zrozumienia zasad i metod współczesnej higieny, społecznej na wydziałach lekarskich uniwersytetów nie wykładanej, skłoniły Komitet Higieny Ligi Narodów do zajęcia się sprawą stanu nauczania higieny w najszerszym pojęciu tego wyrazu w krajach kulturalnych, — inicjatywę w tym względzie dał wniosek polskiego członka Komitetu Higieny, złożony w styczniu 1923 r.

W związku z powyższym wnioskiem wyłoniono Komisję nauczania higieny, która za pośrednictwem swoich członków albo dobranych rzeczoznawców zbadała stan nauczania higieny w szeregu krajów (Austria, Dania, Finlandia, Francja, Holandia, Niemcy, Polska, Rumunia, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Szwajcaria, Węgry, Włochy) — w pracach z tego zakresu brali również udział delegaci polscy.

Komisja odbyła specjalną sesję w Warszawie w kwietniu 1926 r. z okazji otwarcia Państwowej Szkoły Higieny, a następnie w paź-

dzierniku 1927 r. w Zagrzebiu—w związku z otwarciem Państwowego Zakładu Higieny tamże.

Z narad tej Komisji wyłoniły się później konferencje dyrektorów Państwowych Szkół Higieny w Paryżu i w Dreźnie w r. 1930, na których omawiano program nauczania i przeszkalania w dziedzinie higieny.

Spośród Konferencji Międzynarodowych, organizowanych przez Organizację Higieny, a w których brali udział przedstawiciele Polski wymienić również należy Międzynarodową Konferencję w sprawie wodowstrętu zwołaną do Paryża w kwietniu 1927 r.

* * *

Na mocy art. 23 p. c. Paktu Ligi Narodów, powierzającego Lidze Narodów ogólną kontrolę wykonywania umów międzynarodowych w przedmiocie zwalczania handlu kobietami i dziećmi, powołana została Komisja Doradcza do spraw walki z handlem kobietami i dziećmi w r. 1922 z udziałem delegatów polskich. Obecnie Komisja ta objąwszy sprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą nosi nazwę Komisji Doradczej do Spraw Społecznych. Już w czerwcu 1921 r. zwołano do Genewy Konferencję Międzynarodową w przedmiocie dalszych modyfikacji poprzednich Konwencyj 1904 r. i 1910 r., tyczących się handlu kobietami i dziećmi. W tej konferencji wzięły udział 34 państwa, wśród nich Polska.

Pod kierunkiem Komisji Doradczej do spraw handlu kobietami i dziećmi zorganizowany został, dzięki poparciu finansowemu Amerykańskiego Biura Higieny Społecznej, Komitet rzeczoznawców, którego zadaniem było zbadanie:

1) czy istnieje międzynarodowy handel kobietami i dziećmi w celach nierządu;

2) między jakimi krrjami odbywa się ten handel i jakie są metody, używane w celu dobierania i wywożenia kobiet i dziewcząt;

3) jaki skutek osiągają zarządzenia poszczególnych państw mające na celu skasowanie tego handlu.

Ankieta Komitetu rzeczoznawców objęła szereg krajów Europy i Ameryki, między nimi zaś i P o l s k ę. Komitet zakończył pracę w r. 1927 i przedstawił obszerne sprawozdanie Komisji Doradczej Ligi Narodów, które potwierdziło niezbicie fakt istnienia handlu kobietami i określiło sposoby, używane przez handlarzy kobietami oraz drogi tego handlu.

Ankieta przeprowadzona przez Komisję Doradczą w Krajach Dalekiego Wschodu, dokonana w r. 1930 — 1932, w której ze strony polskiej brał udział i której wyniki opracował radca K a r o l P i n d o r, wyjaśniła stosunki, panujące w tych krajach w dziedzinie prostytucji i handlu kobietami.

Na podstawie propozycji i wniosków Komisji Doradczej podpisano w r. 1933 Konwencję Międzynarodową w przedmiocie zwalczania handlu kobietami dorosłymi, którą Polska ratyfikowała w r. 1937.

* * *

W myśl art. 295 Traktatu Pokojowego, podpisanego w Wersalu w dn. 28 czerwca 1919 Polska narówni z innymi państwami zaprzyjaźnionymi i sprzymierzonymi przystąpiła automatycznie do Konwencji Opiumowej, podpisanej w Hadze w dn. 23 stycznia 1912 r.

Na mocy art. 23 p. c. Paktu Ligi Narodów, upoważniającego Ligę do rozciągnięcia ogólnej kontroli nad wykonywaniem umów międzynarodowych, tyczących się handlu opium i innymi substancjami odurzającymi, powołana została specjalna Komisja Opiumowa Ligi Narodów, odbywająca periodycznie swoje sesje raz, a w razie potrzeby dwa razy do roku, — pierwsza jej sesja odbyła się w maju 1921 r. Na mocy decyzji Rady Ligi Narodów P o l s k a weszła do Komisji Opiumowej w roku 1931 i po raz pierwszy przez swego delegata brała udział w czternastej sesji tej Komisji w styczniu 1931 r.

Jako główny cel Komisja Opiumowa Ligi Narodów postanowiła sobie doprowadzenie spożycia środków odurzających do norm, odpowiadających zapotrzebowaniu lekarskiemu ludzkości. W tym celu należało ograniczyć nadmierną fabrykację środków odurzających, stwarzającą nadmierną podaż tych środków, a tym samym ułatwiającą narkomanię oraz przemyt środków odurzających. Olbrzymie zapotrzebowanie na opium do palenia i inne narkotyki ze strony ludności ogromnego państwa chińskiego i emigrantów chińskich w krajach Azji i Ameryki stanowiło i stanowi dotąd jedną z najważniejszych przeszkód na drodze unormowania fabrykacji i produkcji środków odurzających i zwalczania potajemnego handlu narkotykami.

Ponieważ Międzynarodowa Konwencja Opiumowa, podpisana w Hadze w r. 1912, okazała się niedostateczna, a jednocześnie nielegalny handel i nielegalna fabrykacja narkotyków przybrały w czasie wojny światowej niebywałe rozmiary, Komisja Opiumowa Ligi Narodów dążyła do wypracowania i przeprowadzenia nowych umów międzynarodowych w sprawie środków odurzających. W ten sposób dzięki nieustannej pracy Komisji powstały:

Konwencja Opiumowa 1925 r. (tzw. „Konwencja Międzynarodowa Genewska" 1925), która wprowadziła ograniczenia przywozu i wywozu środków odurzających za pomocą tzw. „certyfikatów wywozowych i przywozowych";

Międzynarodowa Konwencja Opiumowa 1931 r. (tzw. „Konwencja Genewska" 1931 r.), która wprowadziła ilościowe ograniczenia środków odurzających, fabrykowanych przez zakłady chemiczne (morfina, heroina, kokaina i ich pochodne).

Międzynarodowa Konwencja 1936 r. w sprawie karania nielegalnego obrotu środkami odurzającymi bardzo znacznie wzmogła kary i represje w stosunku do handlarzy i przemytników narkotyków.

Wszystkie powyższe konwencje wymagały zwoływania do Genewy Konferencyj Międzynarodowych, w których Polska była reprezentowana przez swego delegata w Komisji Opiumowej.

* * *

W roku 1929 została opracowana przez delegację Rządu Polskiego i przedstawicieli Senatu w. m. Gdańska gdańska ustawa o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, przy tym tekst jej został uzgodniony z rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r.[1]). W związku z tym została zawarta w dniu 4 marca 1930 roku umowa, mająca na celu uregulowanie wzajemnego obiegu artykułów żywności i przedmiotów użytku z terenu Państwa Polskiego i w. m. Gdańska oraz ze wspólnej zagranicy. Celem umowy było zunifikowanie pod względem legislacyjnym obszaru w. m. Gdańska z Państwem Polskim, dające obustronne korzyści: dla Polski — możność wywarcia odpowiedniego wpływu na produkcję gdańską, mającą zbyt na rynku polskim; dla Gdańska — ułatwienia w rozwoju życia gospodarczego i ekonomicznego, gdyż Polska, jako rynek zbytu, zarówno jak źródło nabycia produktów, zwłaszcza z dziedziny żywności, jest Gdańskowi bezwzględnie potrzebna.

W związku z umową z dn. 4.III. 1930 r. w. m. Gdańsk przyjęło z polskich rozporządzeń wykonawczych z działu dozoru nad żywnością: rozporządzenie o tłuszczach i olejach jadalnych, rozporządzenie o barwieniu artykułów żywności i przedmiotów użytku, rozporządzenie o środkach konserwujących, rozporządzenie o opłatach za badanie żywności i przedmiotów użytku. Umowa z r. 1930 wygasła w r. 1933, a w roku następnym została zawarta nowa umowa jako układ z dn. 6.VIII. 1934 (Rozp. Prez. Rzecz. z dn. 24.X.34)[2]) zawarty pomiędzy Rządem Polskim a Senatem Wolnego Miasta Gdańska o przepisach, dotyczących artykułów żywności i przedmiotów użytku, obowiązująca do chwili obecnej. Reguluje ona stosunki z działu żywności pomiędzy Polską a W. M. Gdańskiem w sposób analogiczny jak umowa pierwsza. W wykonaniu układu tego przyjęte zostały przez W. M. Gdańsk rozporządzenia o:

Dozorze nad mięsem i przetworami mięsnymi,
Dozorze nad mąką i wyrobami mącznymi,
Dozorze nad wyrobami i obiegiem środków kosmetycznych.

* * *

[1]) Dz. U. R. P. nr 36/1928.
[2]) Dz. U. R. P. nr 96/1934.

Po za wyżej wymienionymi stałymi organizacjami międzynarodowymi polska służba zdrowia była reprezentowana na licznych doraźnych zjazdach i kongresach międzynarodowych.

Lekarze polskiej służby zdrowia poza tym brali udział we wszystkich „wymianach" („échanges)" — podróżach zbiorowych dla studiowania urządzeń saintarnych różnych państw kulturalnych, które były organizowane przez Sekcję Higieny Ligi Narodów. Jedna z takich podróży zbiorowych lekarzy higienistów rozmaitych krajów zwiedzała instytucje sanitarne polskie w r. 1933, — objazd Polski trwał od 28 maja do 29 czerwca 1933 r. W związku z tą podróżą Organizacja Higieny Ligi Narodów opublikowała pracę zbiorową p. t. „L'hygiène publique en Pologne" (Varsovie, 1933).

Dla zapoznania czynników lekarskich międzynarodowych ze sprawami sanitarnymi Polski szereg pracowników Służby Zdrowia ogłaszał drukiem w czasopismach zagranicznych swe prace z zakresu higieny społecznej i administracji sanitarnej.

IX. PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY.

Powstanie i rozwój zakładu.

Z chwilą, kiedy władze okupacyjne opuściły w 1918 roku terytorium Polski, Rząd Polski przystąpił do zorganizowania własnych zakładów badawczych, niezbędnych do potrzeb polskiego sanitariatu, mających za zadanie rozwój nauki i zastosowanie jej wymagań do życia codziennego.

Dla zaspokojenia tych potrzeb, stworzony został w Warszawie w końcu 1918 roku Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny, który był zaczątkiem obecnego Państwowego Zakładu Higieny. Mieścił się on początkowo przy Zakładzie Higieny Uniwersytetu, ul. Nowy Świat 19, a później przy ul. Chocimskiej 24, zajmując w r. 1919/1920 mały domek, w którym obecnie znajduje się Oddział Wyrobu Krowianki.

Wkrótce po tym Rząd przejął inne zakłady w Warszawie mające związek z higieną, a mianowicie:

1) Zakład Wyrobu Surowic Towarzystwa Naukowego Warszawskiego,

2) Zakład Wyrobu Krowianki D-ra Tchórznickiego,

3) Zakład Szczepienia przeciw wodowstrętowi D-ra Palmirskiego.

Ponadto, na terenach znacznie oddalonych od centrum, powstały w większych miastach zakłady prowincjonalne.

Ponieważ zakłady warszawskie mieściły się w lokalach nie odpowiadających warunkom pracy, Ministerstwo Zdrowia nabyło w lutym 1919 roku duży niewykończony budynek, również przy ul. Chocimskiej z myślą, aby w nim zespolić i scentralizować całą pracę w warunkach, odpowiadających potrzebom rozwijającej się instytucji. Gmach został wykończony w roku 1920; przeniesiono do niego wszystkie wyżej wspomniane Zakłady warszawskie.

Rok 1921 zaznacza się dalszym postępem w organizacji Zakładu. Na podstawie uchwały Rady Ministrów z dnia 6 października 1921 roku, zarządzono połączenie wszystkich Zakładów, zarówno warszawskich, jak i prowincjonalnych w jeden Zakład i zatwierdzono statut organizacyjny nowej instytucji. W ten sposób powstał Państwowy Zakład Epidemiologiczny z 7-ma oddziałami, a mianowicie: 1) Ogólny (administracyjny), 2) Wyrobu Surowic, 3) Wyrobu Szczepionek, 4) Szczepienia Ospy (Wyrób Krowianki), 5) Szczepień przeciw wodowstrętowi (Pasteurowski), 6) Bakteriologiczny, 7) Epidemiologiczny.

Prowincjonalne Zakłady zostały podporządkowane Państwowemu Zakładowi Epidemiologicznemu w Warszawie i od tego czasu funckjonują jako jego filie.

W celu rozwinięcia działalności pedagogicznej Państwowego Zakładu Epidemiologicznego, w roku 1922 nawiązuje Ministerstwo Zdrowia rokowania z Fundacją Rockefellera. W dniu 10 lipca 1922 r. zostaje zawarty układ między Ministerstwem a Fundacją, na mocy którego Fundacja Rockefellera asygnuje 212.500 dolarów, sumę, którą następnie zwiększono do 292.500, na budowę gmachu Państwowej Szkoły Higieny. Powstaje Międzyministerialny Komitet Budowy Szkoły, który rozpoczyna prace budowlane we wrześniu 1922 roku. Wobec tego jednak, że i tak zwiększona suma okazała się niewystarczająca, Rząd Polski ze swej strony wyasygnował 500.000 złotych (prócz placu) na wykończenie szkoły i jej urządzenie. Jednocześnie Rząd Polski zobowiązał się całkowicie utrzymywać Szkołę, wykorzystując ją do potrzeb własnej służby zdrowia.

W tymże 1922 roku, dnia 8 września, dzięki zapomodze amerykańskiego „Joint Distribution Committee", nabyta została przez Rząd posesja Amelin (Puławska 91). Obszerny plac i kilka budynków. Następnie na tym terenie powstał Ośrodek Zdrowia z przychodniami, mającymi służyć za praktyczną uczelnię dla słuchaczów Państwowej Szkoły Higieny i bursa, z której korzystają słuchacze Szkołu.

Rok 1923 przynosi dalsze zmiany organizacyjne. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 września 1923 r. zostaje zmieniona nazwa Państwowego Zakładu Epidemiologicznego na Państwowy Zakład Higieny.

Lata następne poświęcone były dalszemu rozwojowi Zakładu we wszystkich kierunkach jego działalności. W 1926 r. nastąpiło przyłączenie do Zakładu Instytutu Farmaceutycznego, oraz otwarcie Państwowej Szkoły Higieny, jako integralnego działu P. Z. H.

W roku 1927 określone zostały rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. cele i zadania Państwowego Zakładu Higieny. Według art. 4 wymienionego rozporządzenia, do zadań Państwowego Zakładu Higieny należy:

a) prowadzenie badań naukowych w zakresie higieny publicznej, celem przystosowania zdobyczy wiedzy do potrzeb zdrowia publicznego, a w szczególności do potrzeb administracji sanitarnej;

b) prowadzenie badań bakteriologiczno-serologicznych, chemicznych, farmakognostycznych, epidemiologicznych itp. dla użytku władz administracyjnych w związku z działalnością tych władz, w zakresie administracji sanitarnej;

c) wyrób surowic, szczepionek i produktów biologicznych stosowanych w medycynie i weterynarii w celach zapobiegawczych i leczniczych, oraz w miarę konieczności innych środków leczniczych;

d) wykonywanie według zasad, jakie ustali Minister Spraw Wewnętrznych (obecnie Minister Opieki Społecznej) czynności zleconych w zakresie administracji sanitarnej, a w szczególności w akcji zwalczania chorób zakaźnych, oraz w akcji propagandy higieny;

e) szkolenie fachowego personelu, zatrudnionego w państwowej i samorządowej administracji sanitarnej, personelu zatrudnionego w innych dziedzinach administracji publicznej, wkraczających w zakres spraw zdrowotnych oraz kształcenie pomocniczego personelu lekarskiego (pielęgniarek, kontrolerów sanitarnych itp.).

Na mocy rozporządzenia Prezydenta R. P. z dn. 28 grudnia 1934 r. (Dz. U. R. P. nr 110, p. 997) zostały złączone z Państwowym Zakładem Higieny w 1935 r. wszystkie Państwowe Zakłady Badania Żywności i przedmiotów użytku, mianowicie: Zakład Warszawski, Krakowski, Łódzki i Poznański, oraz Ekspozytury Zakładów Warszawskiego i Poznańskiego w Wilnie i Gdyni. Zakład Warszawski został przemianowany na Dział Państwowego ZakładuHigieny, inne Zakłady i Ekspozytury otrzymały nazwę filii P. Z. H. Działalność P. Z. H. została w ten sposób uzupełniona przez dozór nad żywnością, wodą i przedmiotami użytku.

W związku z tymi zmianami zostało odpowiednio zmienione rozporządzenie Prezydenta R. P. z dn. 10 czerwca 1927 r. przez ogłoszenie jednolitego tekstu rozporządzenia w Dz. U. R. P. dnia 15 czerwca 1936 r. nr 45, poz. 336.

Dozór nad wodą został uregulowany w ten sposób, że ustanowiono w Państwowym Zakładzie Higieny specjalny Dział Wodny, którego zakres czynności ustala zarządzenia Ministra Opieki Społecznej z dn. 7 kwietnia 1936 r. W zakres czynności tego działu wchodzi:

a) prowadzenie badań naukowych w zakresie higieny wody;

b) prowadzenie badań fizycznych, chemicznych, bakteriologicznych i hydrologicznych wód użytkowych, lodu, naturalnych zbiorników wodnych, wód ściekowych, dla użytku władz administracyjnych w związku z ich działalnością w zakresie administracji sanitarnej.

W 1935 r. powstał przy pomocy Fundacji Rockefellera Instytut Higieny Psychicznej (zarządzenie Ministra Opieki Społecznej z dn. 17 lipca 1935 r.) jako Dział P. Z. H.

Wreszcie zarządzeniem Ministra Opieki Społecznej z dn. 5 sierpnia 1937 r. utworzone zostały dwie nowe filie P. Z. H. w Łucku i Stanisławowie. Poza tym uzupełnione zostały filie w Krakowie, Gdyni i Wilnie przez utworzenie oddziałów wodnych i bakteriologicznych.

W roku 1934 powstał przy współudziale P. Z. H. doskonale wyposażony Wojewódzki Zakład Higieny w Katowicach, który będąc Zakładem samorządowym spełnia rolę filii P. Z. H.

O r g a n i z a c j a.

Organizacja Państwowego Zakładu Higieny dostosowana jest do jego różnorodnej działalności, aczkolwiek w szczegółach dotąd nie została zakończona. Brak jest bowiem dotąd rozporządzeń wykonawczych i regulaminów szczegółowych, normujących działalność tego Zakładu.

Na czele Państwowego Zakładu Higieny stoi Dyrektor, powołany do kierowania całokształtem jego działalności, oraz prowadzenia jego administracji.

Na czele poszczególnych Działów znajdują się kierownicy Działów, do których należy kierownictwo fachowe i naukowe pracami Działów, oraz administracja.

Państwowy Zakład Higieny składa się z 7-iu następujących Działów:

1) D z i a ł B a k t e r i o l o g i i i M e d y c y n y D o ś w i a d c z a l n e j.
2) D z i a ł P r o d u k c j i S u r o w i c i S z c z e p i o n e k.
3) D z i a ł C h e m i i.
4) D z i a ł N a u c z a n i a (P a ń s t w o w o w a S z k o ł a H i g i e n y).
5) D z i a ł B a d a n i a Ż y w n o ś c i i P r z e d m i o t ó w U ż y t k u.
6) D z i a ł W o d n y.
7) I n s t y t u t H i g i e n y P s y c h i c z n e j.

Każdy z Działów składa się z kilku Oddziałów, przeznaczonych do specjalnych funkcyj.

1) W skład Działu Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej wchodzi następujących 5 Oddziałów:

a) Oddział Diagnostyki Bakteriologicznej.
b) ,, Parazytologii.

c) Oddział Kontroli Surowic i Szczepionek.
d) ,, Szczepień Ochronnych.
e) Stacja Dezynfekcyjno-Dezynsekcyjna.

2) Dział Produkcji składa się z następujących 5-iu Oddziałów:

a) Oddział Wyrobu Surowic.
b) ,, Wyrobu Szczepionek.
c) ,, Pasteurowski.
d) ,, Krowianki Ospowej.
e) ,, Organopreparatów.

Dział Produkcji posiada do swojej dyspozycji fermę Służew, w odległości 5 kilometrów od Warszawy, w której znajduje się stajnia dla koni szczepionych, laboratorium do szczepień i pobierania surowicy, hodowla zwierząt doświadczalnych, oraz małe gospodarstwo wiejskie.

3) Dział Chemii dzieli się na 3 Oddziały:

a) Oddział Chemiczny.
b) ,, Farmakognostyczny.
c) ,, Badania Wód Mineralnych.

4) Państwowa Szkoła Higieny (Dział Nauczania) mieści w sobie następujące Oddziały:

a) Oddział Statystyki i Higieny Społecznej, czasowo połączonyz epidemiologią.
b) ,, Higieny Pracy.
c) ,, Higieny Żywienia i Biochemii.
d) ,, Kontroli Organopreparatów.
f) ,, Administracji Sanitarnej.

5) Dział Badania Żywności i Przedmiotów Użytku składa się z oddziałów:

a) Oddziału Ogólnego.
b) ,, Nabiałowego.
c) ,, Mącznego.
d) ,, Toksykologicznego.

6) Dział Wodny składa się z 3-ch Oddziałów:

a) Oddziału Chemiczno-Bakteriologicznego.
b) ,, Limnologicznego.
c) ,, Inżynierii Sanitarnej.

7) Instytut Higieny Psychicznej prowadzi 5 przychodni z zakresu higieny psychicznej dla dzieci i młodzieży.

Państwowy Zakład Higieny posiada 13 Filii, których zadania są w przybliżeniu te same co i Centrali, z tą różnicą, że obsługują one teren jednego lub conajwyżej 2-ch województw. Każda filia składa się z 3-ch oddziałów: bakteriologicznego, żywnościowego i wodnego. Filie te znajdują się w następujących miastach wojewódzkich 1) w Łodzi, 2) w Wilnie, 3) w Lublinie, 4) w Krakowie, 5) we

Lwowie, 6) w Stanisławowie, 7) w Łucku, 8) w Poznaniu, 9) w Toruniu, 10) w Gdyni, 11) w Kielcach (w stadium organizacji). Poza tym rolę filii spełniają Śląski Zakład Higieny w Katowicach i Miejska Pracownia w Brześciu n/Bugiem. Wreszcie Centralny Zakład w Warszawie spełnia rolę filii, obsługując teren województwa Warszawskiego i Białostockiego.

Budżet.

Budżet Państwowego Zakładu Higieny w roku 1937/38 wynosił w wydatkach 1.142.005 zł. W latach 1930—1935 wobec niepomyślnej koniunktury dla rozwoju instytucyj naukowych i badawczych środki finansowe Zakładu uległy znacznym ograniczeniom. Od roku 1936 P. Z. H. powoli zbliża się do poziomu., jaki miał przed okresem kryzysu.

Tablica nr 30.

BUDŻET PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY W LATACH 1929/30 — 1937/38

Rok	Wykonanie budżetu		Wydatki personalne
	Dochody	Wydatki	
1929/30	82.478	910.061	605.173
1930/31	73.583	852.895	604.323
1931/32	65.532	771.256	403.716
1932/33	54.473	644.322	398.604
1933/34	55.718	599.112	371.211
1934/35	346.631	921.302	555.592
1935/36	299.931	1021.631	638.048
1936/37	297.391	1067.922	670.044
1937/38	363.532	1142.005	693.022

Znaczne pozornie zwiększenie budżetu w roku 1934/35 i następnych lat pochodzi stąd, że do P. Z. H. przyłączone zostały w tym czasie Państwowe Zakłady Badania Żywności.

Budżet ten nie obejmuje Działu Produkcji Surowic i Szczepionek, który posiada oddzielną rachunkowość i oddzielną gospodarkę, opartą na zasadach samowystarczalności. Wydatki w Dziale Produkcji pokrywane są całkowicie przez dochód ze sprzedaży surowic, szczepionek, i produktów biologicznych, a nadwyżka dochodów wpłacana jest do Skarbu Państwa i nie może być użyta na wydatki innych działów Państwowego Zakładu Higieny.

Poza tym w charakterze samowystarczalnych przedsiębiorstw istnieją przy Państwowym Zakładzie Higieny:

a) Pracownia Analityczna, wykonująca płatne badania z zakresu diagnostyki lekarskiej dla urzędników państwowych, oraz techniczne badania wody. Wreszcie na korzyść tej pracowni wpływają dochody z opłat za badania witamin i organopreparatów.

b) Samowystarczalnym przedsiębiorstwem jest również Bursa dla słuchaczów Szkoły.

c) Instytut Higieny Psychicznej utrzymywany z opłat z poradni i z dotacji (Od 1 kwietnia 1938 roku Bursa została połączona administracyjnie z Instytutem Higieny Psychicznej i prowadzi wspólną gospodarkę).

Personel.

Państwowy Zakład Higeny, łącznie z Działem Produkcji i Filiami zatrudnia obecnie 589 osób, w tej liczbie 327 pracowników umysłowych i 262 pracowników fizycznych. Odpowiecdnie liczby dla Centrali w Warszawie wynoszą 379 (192 i 187).

Liczbą tą nie są objęci robotnicy rolni na fermie Służew, oraz siły pomocnicze, angażowane czasowo w Dziale Produkcji w miarę potrzeb.

Jako wewnętrzny organ opiniodawczy i doradczy przy Dyrektorze w zakresie spraw, związanych z fachowem kierownictwem Państwowego Zakładu Higieny funkcjonuje Rada Kierowników: członkowie Rady są mianowani przez Ministra Opieki Społecznej. W skład tej Rady wchodzą: Dyrektor, jako przewodniczący, oraz Kierownicy Działów jako członkowie, wreszcie za zgodą Ministra Opieki Społecznej mogą być kooptowani do Rady również poszczególni kierownicy różnych oddziałów i pracowni.

Pomieszczenia zakładu.

Państwowy Zakład Higieny zajmuje duży komplet zabudowań przy ulicy Chocimskiej nr 24, i składa się z 3-ch większych gmachów, oraz małego budynku administracyjnego. Największy jest 4-ro piętrowy budynek Państwowej Szkoły Higieny o łącznej kubaturze 33.000 mtr-. Budynek ten mieści w sobie liczne pracownie, sale wykładowe i sale ćwiczeń, muzeum, biura i bibliotekę, do dyspozycji całego Zakładu.

Drugim co do wielkości jest 3-piętrowy gmach z mansardą, mieszczący w sobie Działy: Bakteriologii, Chemii i Wyrobu Surowic i Szczepionek, oraz Dział Badania Żywności i przedmiotów użytku. W pomieszczeniu suterynowym tego Działu znajdują się wielkie instalacje do masowego wyrobu pożywek i szczepionek i do produkcji organopreparatów. 1-sze piętro zajmowane jest przez Dział Produkcji z licznymi laboratoriami i z wzorowo urządzoną rozlewnią surowic i szczepionek. 2-gie, 3-cie i 4-te piętro zajęte jest przez

liczne pracownie bakteriologiczne i chemiczne, oraz przez Dział Badania Żywności. Łączna kubatura tego gmachu wynosi 21.728 m.

Oddział Wyrobu Krowianki i Oddział Pasteurowski znajdują się w małym narożnym 1-no piętrowym budynku, w którym mieszczą się pracownie, przychodnia dla szczepionych, oraz dwie stajenki dla jałówek zaszczepionych krowianką.

Wreszcie budynek administracyjny mieści w sobie portiernię, biura kancelarii ogólnej i intendentury, oraz biuro sprzedaży surowic i szczepionek. Znajduje tu również pomieszczenie kancelaria Działu Badania Żywności.

Bursa Szkoły w Amelinie składa się z 4-ch budynków 1-no piętrowych, o łącznej kubaturze około 12.000 mtr. i zajmuje bardzo malowniczy teren, położony na uboczu wzgórza o powierzchni 29.600 metrów. Górna część posesji oddana jest do użytkowania miastu wraz z dwoma największymi budynkami i tu mieści się 1-szy Ośrodek Zdrowia, utrzymywany przez miasto i kierowany pod względem fachowym przez specjalną radę fachowo - administracyjną, w skład której wchodzi również Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny. Dwa dolne budynki przeznaczone są na bursę i na Instytut Higieny Psychicznej i mieszczą szereg pokojów mieszkalnych, przychodnie i biura.

Filie Państwowego Zakładu Higieny mieszczą się bądź to we własnych budynkach, bądź to w wynajętych, albo też użyczonych przez miasta. Stan majątkowy P. Z. H. przedstawia się jak następuje:

Tablica nr 31.

1. Nieruchomości.

a) Budynek Państwowego Zakładu Higieny o kubaturze 21.728 m³. Wartość	zł	1.848.880
b) Budynek Państwowej Szkoły Higieny IV piętrowy, o pełnej kubaturze 33.000 m³. Wartość	zł	4.290.000
c) Budynek narożny 1 piętrowy (oddz. wyrobu krowianki ospowej) o kubaturze 3.375 m³	zł	151.875
d) Budynek administracyjny 1.940 m³	zł	164.900
e) Plac zajęty przez budynki wymienione pod a, b, c, d, wraz z podwórzami, zieleńcami wynosi m² 6.878.80. Wartość przybliżona.	zł	550.296
f) Posesja Amelin: 4 Budynki 1 piętrowe, bez specjalnych instancji, o kubaturze łącznej 14.936 m³ . . .	zł	522.755
Ponadto posesja Amelin posiada teren o powierzchni 29.600 m²; wartość przybliżona	zł	550.000
g) Posesja Filii Lwowskiej przy ul. Piekarskiej nr 56. Budynek z podwórzami i ogródkiem, o powierzchni 966 m² i z parcelą 1.386 m². Wartość	zł	111.000
Ogółem wartość nieruchomości P. Z. H. wynosi: . . .	zł	8.187.706

Suma powyższa nie obejmuje szacunku budynków i gruntów (22,5 ha), będących w użytkowaniu Działu Surowic i Szczepionek (ferma Służew, królikarnia, budynek dla zwierząt).

Wartość tych budynków wynosi w przybliżeniu . . .	zł	270.000
Wartość gruntów	zł	70.000

2. Ruchomości.

Wartość urządzeń laboratoryjnych, mebli biurowych, maszyn itp.

a) Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej . .	zł	164.162
b) ,, Chemii	zł	57.326
c) Państwowa Szkoła Higieny	zł	380.260
d) Dział Badania Żywności i Przedm. Użytku	zł	63.998
e) Dział Wodny	zł	46.114
f) Oddział Ogólny	zł	40.120
g) Bursa Amelin i Instytut Higieny Psychicznej . . .	zł	121.834
Filia Wilno	zł	21.589
,, Stanisławów	zł	10.000
,, Kraków	zł	110.000
,, Lwów	zł	61.382
,, Łódź	zł	60.135
,, Poznań	zł	39.756
,, Lublin	zł	10.000
,, Gdynia	zł	34.000
,, Toruń	zł	10.967
,, Łuck	zł	10.000
Pracownia Analityczna	zł	14.766
Ogółem wartość inwentarza ruchomości P. Z. H. bez Działu Surowic i Szczepionek	zł	1.287.837

3. Biblioteka.

Wartość księgozbiorów Biblioteki P. Z. H.:

1) książek 2.969 tomów	zł	57.300
2) broszur 8.237.	zł	8.237
3) czasopism 4.447 woluminów	zł	112.000
4) biblioteka Lwowska	zł	29.000
5) ,, Poznańska	zł	11.300
Ogółem	zł	217.837

Działalność naukowa Państwowego Zakładu Higieny.

Działalność naukowa Państwowego Zakładu Higieny, skierowana jest na zaspokojenie potrzeb, jakie się nasuwają w związku z czynnością Służby Zdrowia. Badania naukowe prowadzone są albo z ini-

cjatywy własnej pracowników Państwowego Zakładu Higieny, albo też z inicjatywy kierownictwa Służby Zdrowia. Praca naukowa ma doniosłe znaczenie, gdyż pozwala na rozstrzygnięcie rozmaitych trudnych zagadnień, z którymi się spotyka administracja sanitarna, a poza tym pozwala na utrzymanie wysokiego poziomu naukowego i fachowego, personelu, ekspertów i wykładowców tej instytucji. W ostatnim dziesięcioleciu wyszło z Państwowego Zakładu Higieny powyżej 1.147 prac z dziedziny bakteriologii, chemii i higieny.

Większość prac z Państwowego Zakładu Higieny o typie archiwalnym, drukuje się w czasopiśmie Medycyna Doświadczalna i Społeczna, które może być uważane za organ reprezentacyjny Państwowego Zakładu Higieny, aczkolwiek nie oficjalny. Poza tym prace są umieszczane w innych czasopismach lekarskich polskich.

Kontrola i ekspertyza.

W tej sferze działalności największą liczbę badań wykonywa Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej. Liczba badań w dziedzinie chorób zakaźnych od 1930 r. przekracza rocznie 200.000 i, ulegając z każdym rokiem zwiększeniu, doszła w roku 1937 do 450.092. Od powstania Zakładu w roku 1919, roczna liczba badań pochodzących od chorych zakaźnych, z 32.000 zwiększyła się od 400.000 (w liczbach okrągłych), co świadczy o tym, że Zakład wyzyskany jest w należytym stopniu.

Badania wykonywane są albo z inicjatywy własnej Zakładu, albo materiał jest nadsyłany przez lekarzy urzędowych i przez szpitale. W działalności diagnostycznej na pierwszy plan wysuwają się badania na cztery choroby: dur brzuszny, dur plamisty, zakażenie zarazkiem Banga i błonicą tworząc wspólnie grupę, na którą przypada około 45% ogółu analiz rocznie.

Celem skoncentrowania w P. Z. H. wszelkich danych, dotyczących rozpowszechnienia duru brzusznego w państwie, nawiązany został kontakt z pracowniami szpitalnymi, samorządowymi i ubezpieczalniami. Na podstawie nadesłanych wykazów można ustalić, iż np. w 1937 roku na 100 przypadków duru brzusznego zbadanych we wszystkich pracowniach państwa przypada na P. Z. H. 72,7%; pracownie szpitalne 13,9%; samorządowe 7,0%; ubezpieczalnie 6,4%.

Dalszym krokiem w kierunku usprawnienia rejestracji duru jest utrzymywanie imiennej kartoteki chorych na tyfus brzuszny i plamisty, opartej na danych z województw, od lekarzy powiatowych i epidemicznych i z wyżej wspomnianych pracowni. Dane te stwierdzają, iż przeciętny odsetek przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wynosił w 1937 r. dla duru brzusznego 80% (w 1932 r.— 30%); dla duru plamistego 77,9%.

Z usług stacji Wassermanowskich P. Z. H. korzystają w znacznym stopniu szpitale, kliniki i ubezpieczalnie społeczne, więzien-

Tablica nr 32.

LICZBA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DOKONANYCH W PAŃSTWOWYM ZAKŁADZIE HIGIENY I JEGO FILIACH W LATACH 1919 — 1937 wł.

Nr Filii	Miejscowość	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
I.	Warszawa	4553	4955	6397	11439	12027	13509	19070	37794	46266	66537	72377	82690	86379	81340	77779	100692	100291	123173	133129
II.	Łódź	11477	10956	15749	29434	32327	9640	3828	6369	8256	10339	11097	31101	37058	44352	43441	58266	54938	70670	54795
III.	Wilno	—	—	—	—	—	1677	2443	5022	4134	7297	11714	18666	19309	21491	27999	52841	43318	48773	51946
IV.	Lublin	1008	2649	2230	2220	4087	3488	4080	7864	7689	7186	7953	10132	11579	9679	12885	28459	26872	38027	43507
V.	Kraków	1461	1423	1241	856	4163	3027	3382	8815	9820	11690	14861	22762	24341	28106	43640	—	—	4359	15105
VI.	Lwów	13978	17547	13554	10869	11843	6594	8991	22158	29858	35460	42109	43166	44021	48754	45775	59740	63801	49147	47276
VII.	Stanisławów	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6224
VIII.	Łuck	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2399
IX.	Poznań	—	—	—	—	—	—	—	14960	18336	19096	20250	24624	22687	27532	27184	29305	27694	22205	35216
X.	Toruń	—	—	—	469	3170	6849	2870	7248	8829	8555	8973	10949	12015	15070	14204	14820	17824	22480	24492
XI.	Gdynia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7103
XII.	Kielce	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Brześć n/B	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9033	9066	8694	10836
	Katowice	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27857	50551	26955	18064
Razem		**32477**	**37530**	**39171**	**55287**	**67617**	**44784**	**44664**	**110230**	**133188**	**166160**	**189334**	**244090**	**257389**	**276324**	**292907**	**381013**	**394355**	**414483**	**450092**

nictwo itp. Badania te tworzą obecnie około 18% ogółu badań diagnostycznych P. Z. H.

Znaczny wzrost zachorowań na błonicę, który został stwierdzony nie tylko w Polsce w ostatnich latach, ale i we wszystkich krajach Europy, zmusił do rozpoczęcia energicznej akcji w tej dziedzinie. Państwowy Zakład Higieny od 7-iu lat prowadzi szczepienia przeciwbłonicze w miarę środków, liczba tych szczepień wzrasta z każdym rokiem, wynosząc w latach 1930—37 w okrągłych liczbach powyżej 200.000.

Dział Bakteriologii wykonywa poza tym niezmiernie ważną czynność, a mianowicie Państwową Kontrolę Surowic i Szczepionek, wytwarzanych w kraju i sprowadzanych z zagranicy. Sprawa tej kontroli uregulowana jest przepisami wydanymi w 1921 r., a znormalizowanymi w 1932 r. Zadaniem tego Działu jest przygotowanie i przesyłanie żądanych surowic wzorcowych. Wreszcie tu odbywa się również państwowa kontrola każdej serii salwarsanu. Niezmiernie surową kontrolę przeprowadza się nad szczepionką B. C. G. wytwarzaną w Dziale Produkcji. W pracowni Wassermanowskiej Działu Bakteriologii przygotowane są antygeny do badań. Z antygenów tych korzystają prawie wszystkie pracownie państwa, co bardzo dodatnio wpływa na ujednostajnienie metod badania kiły w całym kraju.

W Dziale Chemii wykonywa się kontrola lekarstw i środków leczniczych pobranych w aptekach, oraz środków i specyfików leczniczych, zgłaszanych do rejestracji, wymaganej przez prawo. Materiał jest nadsyłany: a) przez Departament Służby Zdrowia, b) przez inspektorów farmaceutycznych ze wszystkich województw, c) przez osoby prywatne.

Roczna liczba analiz wynosi około 1.250. Odsetek preparatów farmaceutycznych nie odpowiadających wymaganiom dzięki ścisłej kontroli stale spada. W 1935 roku wynosił jeszcze 43,2%, w 1937 r. spadł do 29,9%.

W Dziale znajduje się osobny oddział do badania wód mineralnych. Polska posiada liczne źródła mineralne o wielkim znaczeniu leczniczym, każdy rok przynosi odkrycia nowych źródeł o własnościach odmiennych. Z tych względów wytworzenie placówki naukowo-badawczej, do szczegółowej analizy tych źródeł, stało się koniecznością. Placówka ta przeprowadziła badania wody krynickiej, morszyńskiej, druskienickiej i innych.

W Dziale Chemii funkcjonują następujące Komisje:

a) Państwowa Komisja Kontroli pochodnych arsenobenzenowych;

b) Komisja do spraw specyfików farmaceutycznych;

c) Komisja opiniodawcza do spraw przemysłu chemiczno-farmaceutycznego.

Oddział Kontroli Organopreparatów zorganizowany w 1936 r. posiada obecnie 5 pracowni: chemiczną, biologiczną, histologiczną, farmakologiczną i tranową i prowadzi badania kontrolne dla urzędów państwowych i firm prywatnych. Liczba badań kontrolnych waha się od 400 do 500 rocznie. Poza Kontrolą oddział zajmuje się jeszcze lustracją wytwórni. Przy P. Z. H. istnieje specjalna Komisja do spraw organopreparatów, która rozpatruje podania o rejestrację i dopuszczenie do obrotu preparatów hormonalnych.

W Oddziale Biochemii przeprowadza się systematyczną kontrolę preparatów odżywczych i leczniczych na obecność witamin. Brak kontroli w tej dziedzinie dał powód do licznych szkodliwych dla zdrowia publicznego nadużyć, gdyż pojawiły się w handlu liczne produkty takie, jak chleb, drożdże, napoje itd., deklarowane jako obfitujące w witaminy. Za te produkty, otrzymywane zwykle w tajemniczy sposób, sprzedawcy pobierali znacznie wyższe ceny, dając małowartościowy materiał i nadużywając w ten sposób propagandy naukowej za spożyciem witamin.

Oddział Biochemii utrzymuje żywy kontakt i stałą współpracę z Funduszem Pracy przy oparcowaniu posiłków letnich dla pracowników fizycznych i umysłowych, przy opracowaniu planu pomocy zimowej dla bezrobotnych; z Warszawską Izbą Rolniczą, Instytutem Gospodarstwa Domowego itp.

Liczne, pojawiające się w ostatnich czasach środki dezynfekcyjne do rozmaitego celu, wymagały również naukowego zbadania. do tego celu został stworzony w Państwowym Zakładzie Higieny Oddział Dezynfekcyjno-Dezynsekcyjny, który przeprowadza badanie tych środków, a również dla celów doświadczalnych rozwija akcję dezynfekcyjno-dezynsekcyjną na terenie Warszawy i najbliższych okolic. Głównie zajęto się opracowaniem dobrej metodyki odpluskwiania i odwszawiania. W laboratorium Stacji badane są preparaty dezynfekcyjne i deratyzacyjne na żądanie władz, lub na skutek zgłoszenia tych preparatów do rejestracji przez poszczególne firmy.

Dział Badania Żywności i Przedmiotów Użytku. Zespolone w 1935 r. z Państwowym Zakładem Higieny, Państwowe Zakłady Badania Żywności tworzą obecnie Dział Badania Żywności i Przedmiotów Użytku w Centrali P. Z. H., który jest odpowiedzialny za:

a) bezpośredni dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku w m. st. Warszawie i w województwach Warszawskim, Białostockim, Poleskim, Wołyńskim oraz

b) za organizację i prace oddziałów badania żywności w Filiach P. Z. H. (w 1937 r. z ogólnej liczby 13 filii P. Z. H., 7 posiadało oddziały badania żywności).

Przeciętna liczba prób zbadanych w Dziale wraz z oddziałami prowincjonalnymi wynosi powyżej 70.000 rocznie (72.463 w 1937 r.). Odsetek zakwestionowanych prób wyniósł w ostatnim roku sprawozdawczym 24,9% (29,5% w 1929 r.). W zakresie niektórych produktów spożywczych występuje niewątpliwie poprawa (np. mleko).

Na terenie wszystkich oddziałów prowadzona jest akcja, zmierzająca do żywego zainteresowania władz administracji ogólnej zagadnieniem kontroli artykułów żywnościowych, zwiększenia liczby prób nadsyłanych do analizy. Pod tym względem daje się zauważyć stopniowy, ale wyraźny zwrot na lepsze. Nie od rzeczy będzie wspomnieć, iż oddział badania żywności w Filii P. Z. H. w Wilnie wysunął zasadnie takiej obsługi terenu, by na 1.000 mieszkańców przypadało 4 próbki żywności zbadane w ciągu roku. Zadanie to w 1937 r. zostało wykonane z nadwyżką.

Poza zagadnieniami kontroli Dział zajmuje się przygotowaniem personelu dla nowych oddziałów, dodatkowym szkoleniem na krótkich kursach lekarzy, kontrolerów, praktykantów; organizuje wspólnie z Państwową Szkołą Higieny kursy informacyjne dla sędziów i prokuratorów, orzekających w sprawach żywnościowych.

Wobec tego, że brak polskiego Kodeksu Spożywczego daje się dotkliwie odczuwać przy prowadzeniu kontroli produktów spożywczych w państwie, Dział zajmuje się zbieraniem odpowiednich materiałów w tej dziedzinie.

Praca Działu Wodnego koncentruje się głównie na organizacji oddziałów wodnych w filiach P. Z. H. i współpracy z terenem nad podniesieniem poziomu kontroli urządzeń wodnych. Obecnie wszystkie filie P. Z. H. (prócz Torunia) posiadają oddziały wodne, kierownicy oddziałów przeszli wyszkolenie w Centrali; współpraca z terenem polegała na dążeniu do usystematyzowaia kontroli urządzeń wodnych (wspomnieć tu należy o akcji naprawy studzien w zakładach mleczarskich), oraz pouczaniu o właściwym sposobie pobierania i nadsyłania prób.

We wszystkich pracowniach wodnych Zakładu wykonywuje się około 20.000 prób rocznie (chemicznych i bakteriologicznych).

Produkcja surowic i szczepionek.

Państwowy Zakład Higieny wyrabia prawie wszystkie surowice i szczepionki, używane dla celów zapobiegawczych i leczniczych. W 1932 r. zawarta została umowa między Państwowymi Zakładami Higieny w Pradze, Zagrzebiu, Kopenhadze i Warszawie, celem podziału produkcji surowic takich, które są potrzebne w małych ilościach i których produkcja na małą skalę się nie opłaca. W następnych latach przystąpiły do tej umowy Zakłady w Sofii i Bukareszcie.

Wyrób surowic i szczepionek jest uzasadniony w ramach państwowej instytucji:

1) w interesie higieny i profilaktyki leży, aby te produkty posiadały najwyższy stopień jakości i z tego względu łatwiej wyrabiać je pod najsurowszą kontrolą własną, niż przeprowadzać kontrolę gotowych preparatów różnych firm, nie zawsze stosujących ścisły nadzór nad wyrobem; 2) produkcja tych preparatów w instytucji państwowej, nie obliczonej na dochód, pozwala puszczać na rynek te produkty po niskich cenach i umożliwia ich szerokie rozpowszechnienie i stosowanie w każdym przypadku choroby.

Produkcja surowic i szczepionek odbywa się stosownie do zapotrzebowań ze strony władz cywilnych, wojskowych, oraz wymogów rynku prywatnego. Poniżej umieszczona tablica daje obraz produkcji za lata 1919 — 1937 włącznie.

Tablica nr 33.

DZIAŁ SUROWIC I SZCZEPIONEK W LATACH 1919—1937 WŁĄCZNIE

A. Sprzedaż surowic leczniczych (w litrach).

błonica końska	8.657,22
,, barania	47,99
,, bydlęca	1,52
tężcowa	7.218,77
czerwonkowa	2.489,85
paciorkowcowa wielowartościowa	2.495,16
płonicza	3.227,95
paciorkowcowa przeciwko róży ludzkiej	381,26
paciorkowcowa przeciwko zakażeniu połogowemu	1.065,94
meningokowa wielowartościowa	2.919,51
pneumokokowa wielowartościowa	234,88
przeciwko zgorzeli gazowej	697,71
przeciwko jadowi kiełbasianemu	70,12
kokluszowa	64,19
grypowa	21,46
P. B. Coli	77,31
gronkowcowa	48,08
wąglikowa	22,52
przeciw jadowi żmij	50,81
przeciwko chorobie Heine-Medina ozdrow.	15,95
surowica Pettit'a	2,71
normalna końska	874,30
anti-peritonitis	23,15
razem	30.708,36

B. Produkcja (sprzedaż) szczepionek ochronnych. (w litrach).

I. choleryczna	3.020,09
durowa	10.162,50
czerwonkowa	5.195,36
„Tetra"	14.014,84
„Sexta"	500,95
płonicza Gabryczewskiego	2.372,36
płonicza (toksyna)	594,50
płonicza anatoksyczna	167,21
płonicza (anatoksyna)	216,25
błonicza (anatoksyna)	3.070,52
błoniczo-płonicza	3.324,89
razem	42.639,47
II. szczepionka B. C. G. dla dzieci (w dawkach)	23,93
szczepionka B. C. G. dla zwierząt	3,20
przeciw wściekliźnie	2.262,57
krowianka ospowa	38.297,66
choleryczna Besredki	0,64
durowa Besredki	1.714,15
czerwonkowa Besredki	195,52
durowa płynna doustna	61,23
czerwonkowa doustna	8.922,80
razem	51.481,70

C. Produkcja (sprzedaż) szczepionek leczniczo-ochronnych. (w litrach).

paciorkowcowa	68,94
gronkowcowa	154,49
meningokokowa	29,15
pneumokokowa	11,68
kokluszowa	141,36
prątka okrężnicy	18,47
gonokokowa	376,84
gonokokowa mieszana	114,23
grypowa	15,67
przeciw astmie w/g Coca	27,74
szczepionka Danysza do zastrzyków	21,77
szczepionka Danysza doustna	506,19
Szczepionka w/g Delbet'a	315,24
antivirus mieszany	1.185,93
,, paciorkowcowy	34,13
,, gronkowcowy	26,67

antivirus B. Ozaenae	12,30
„ różne inne	1,50
bakteriofagi różne	0,80
anatoksyna gronkowcowa	0,69
anatoksyna tężcowa	27,00
razem	3.090,79

D. Produkcja (sprzedaż) preparatów do celów weterynaryjnych. (w litrach).

surowica przeciw różycy świń	12.729,90
surowica tężcowa	15,60
hodowla prątka różycy świń	444,00
szczepionka Banga	96,70
hodowla prątka tyfusu mysiego	2.246,70
razem	15.532,90

E. Produkcja (sprzedaż) preparatów diagnostycznych. (w litrach).

surowice aglutynujące	14,73
„ precypitujące	37,26
„ hemolityczne	10,69
antygeny do odczynu	130,86
cholesteryna do odczynu Wassermann'a	10,96
zawiesiny bakteryjne do aglutynacji	234,25
odczynnik Dick'a (w dawkach badawczych)	572,19
odczynnik Schick'a (w dawkach badawczych)	665,90
tuberkulina (w litrach)	11,41
izoaglutynina kompletów	753,00

F. Produkcja (sprzedaż) organopreparatów w okresie 1924 — 1933.

insulina à 10 jedn. w 1 cm³	ltr. jedn.	3,17
	jednostek	31.80
insulina à 20 jedn. w 1 cm³	ltr. jedn.	1.175,56
	jednostek	32.566.65
insulina à 40 jedn. w 1 cm³	ltr. jedn.	962,89
	jednostek	38.516.60
insulina à 80 jedn. w 1 cm³	ltr. jedn.	6.12
	jednostek	490.00
	razem jedn.	71.605.05
pituitrol	litrów	190.13
	jednostek	2.194.14

Tablice te wykazują, iż najważniejsze pozycje produkcji stanowią surowice: przeciwbłonicza, przeciwtężcowa, meningokokowa-paciorkowcowa, oraz szczepionki: durowa, błonicza (anat.), czer, wonkowa doustna, błoniczo-płonicza, przeciw wściekliźnie i krowianka. W roku 1937 szczególnie wielki popyt miała szczepionka czerwonkowa doustna; w roku 1936 przygotowano jej 3.000 litrów, tj. 218.000 dawek indywidualnych; w 1937 r. — 5.600 litrów, czyli 370.000 dawek indywidualnych, a na 1938 r. Min. Op. Społ. i Min. Spr. Wojsk. zamówiły przeszło 10.000 litrów.

Państwowy Zakład Higieny jest jedyną instytucją, produkującą insulinę w Polsce. W okresie od 1930 do 1937 r. włącznie, sprzedano 71.605.050 jednostek insuliny. Roczna sprzedaż insuliny na potrzeby krajowe wynosi obecnie około 14.000.000 jednostek. Za granicę sprzedano w 1937 r. — 3.287.000 jednostek.

Dla celów kontroli i produkcji preparatów leczniczych, Zakład posiada, jak już było wspomniane, własną hodowlę zwierząt doświadczalnych na fermie Służew. Ferma jest obecnie rozbudowywana według planu, mającego na celu przeniesienie całkowitej produkcji surowic, szczepionek i organopreparatów do Służewa.

Na osobne omówienie zasługuje wyrób krowianki ospowej. Aczkolwiek istnieją w Polsce 3 prywatne zakłady wyrobu krowianki i wyrób jest dozwolony każdemu, kto uzyska koncesję od Departamentu Służby Zdrowia, to jednakże zapotrzebowanie szczepionki w całym kraju pokryte jest prawie wyłącznie przez produkcję Państwowego Zakładu Higieny. Zakład wypuszcza obecnie na rynek przeszło 2 miliony dawek krowianki ospowej i tyleż mniej więcej szczepień dokonywa się w Polsce co roku.

Oddział Pasteurowski od kilku lat zmienił sposób przygotowania szczepionki przeciwko wściekliźnie. Obecnie szczepionka przygotowywana jest metodą Sempl'a, tj. stosuje się obecnie szczepionkę karbolizowaną, a więc taką, której zarazek napewno został zabity. Ułatwia to znacznie stosowanie szczepionki, gdyż do leczenia nie jest rzeczą konieczną sprowadzanie pacjenta do Zakładu, jak to się czyniło dawniej. Obecnie szczepionka wysyłana jest na zapotrzebowanie na miejsce i leczenie przeprowadzane jest przez lekarzy urzędowych, a nawet prywatnych. Produkcja roczna szczepionki przekracza teraz 15.000 dawek. Skuteczność tej szczepionki jest taka sama, jak dawniej.

Szczepionka Pasteurowska wyrabiana jest również i w Filii Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie.

Szkolenie.

Do najważniejszych zadań Państwowego Zakładu Higieny należy przygotowywanie personelu fachowego Służby Zdrowia.

Państwowa Szkoła Higieny, wchodząca w skład Państwowego Zakładu Higieny, została oficjalnie otwarta 20 kwietnia 1926 r., czyn-

ności swe rozpoczęła jednak już w 1924 r. Jest to jedyny Zakład badawczo-naukowy na terenie Rzeczypospolitej, który zajmuje się szkoleniem lekarzy-higienistów i znacznej części personelu pomocniczego.

Kursy Państwowej Szkoły Higieny dzielą się na zasadnicze i informacyjne. Do zasadniczych kursów należą:

a) Kurs Higieny Publicznej dla lekarzy kandydatów na stanowiska w Publicznej Służbie Zdrowia;

b) Kurs mikrobiologii lekarskiej dla podchorążych sanitarnych rezerwy;

c) Kursy dla Kontrolerów Sanitarnych.

Zgodnie z ustawą o państwowej służbie cywilnej, każdy lekarz powiatowy winien przejść roczny kurs, a po tym zdać egzamin państwowy, w skład którego wchodzą: epidemiologia, statystyka lekarska, higiena społeczna, administracja sanitarna, prawodawstwo sanitarne i medycyna sądowa. Przepis ten nie dotyczy tylko lekarzy starszych, którzy nabyli prawa przed wejściem w życie rozporządzenia. Kurs jest podzielony w ten sposób, że kandydat 6 miesięcy znajduje się w Państwowej Szkole Higieny, resztę czasu zaś pracuje na terenie, a więc w Ośrodkach Zdrowia, w urzędach administracji sanitarnej.

Kurs odbywa się corocznie, począwszy od 1926 r. (początkowo kurs trwał 9 miesięcy). Do roku 1937 włącznie przeszło przez te kursy 415 lekarzy (w tym 69 przeszło skrócony kurs kilkotygodniowy). Niestety, przepisy dotyczące obowiązkowych studiów w Państwowej Szkole Higieny, nie obowiązują lekarzy miejskich, choć wykonują oni w miastach te same funkcje, co i lekarze powiatowi. Tylko dzięki zrozumieniu i dobrej woli niektórych samorządów miejskich (władz sanitarnych miejskich), coraz częściej na stanowiska higienistów w miastach brani są lekarze, którzy przeszli studia w Państwowej Szkole Higieny.

Kursów mikrobiologii lekarskiej dla podchorążych rezerwy odbyło się trzy. Kursy trwają 6 miesięcy i liczą około 20 słuchaczy.

Spośród personelu pomocniczego, na specjalną uwagę zwraca Państwowa Szkoła Higieny na szkolenie kontrolerów sanitarnych. Jest to personel dla lekarzy niezbędny, zwalniający ich od wielu zajęć uciążliwych, zabierających wiele czasu, a nie wymagających specjalnych kwalifikacji lekarskich. W grę tu wchodzi przede wszystkim higiena otoczenia, czystość sklepów, podwórz, ustępów, ulic, nadzór nad czystością źródeł wody, nad produktami spożywczymi, dezynfekcja w mieszkaniach chorych zakaźnych itd. Kursy dla kontrolerów sanitarnych trwają 5 miesięcy. Na kurs przyjmowani są kandydaci, mający za sobą skończoną przynajmniej szkołę powszechną. Dotąd urządzono 11 kursów, przez które przeszło 463 słuchaczów.

Z kursów informacyjnych na oddzielną wzmiankę zasługują kursy lekarzy praktyków, zajmujących się higieną dodatkowo, lub biorących udział w akcji zapobiegawczej. Tu należy wymienić przede wszystkim kursy dla lekarzy Ośrodków Zdrowia, w których skupia się znaczna część działalności zapobiegawczej.

Poczynając od roku 1929, kursy dla lekarzy Ośrodków Zdrowia urządzane są corocznie; ogółem przeszkolono w ten sposób w okresie sprawozdawczym 298 lekarzy, pracujących lub zamierzających pracować w Ośrodkach Zdrowia.

Oprócz ogólnego szkolenia lekarzy Ośrodków Zdrowia, przeprowadzane były krótkie kursy dla specjalistów, prowadzących poszczególne poradnie w Ośrodkach Zdrowia, lub zatrudnionych w jakimś innym dziale medycyny zapobiegawczej. Tu należy wymienić kursy trachomatologii, kursy higieny szkolnej, kursy eugeniki, kursy dla lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Obok personelu sanitarnego Państwowa Szkoła Higieny kształci w dziedzinie higieny pracowników różnych kategorii, którzy w działalności swej mają dużo do czynienia z higieną. Tu należy wymienić inżynierów, inspektorów pracy, sędziów i prokuratorów. Przywiązując wielką wagę do krzewienia higieny od podstaw wśród dzieci i młodzieży, która dopiero wyrabia swe przyzwyczajenia higieniczne, Państwowa Szkoła Higieny urządza corocznie kursy z higieny dla nauczycieli szkół powszechnych. Kursy takie urządzane są w okresie wakacyjnym, kiedy nauczyciele mają wolny czas; kursy trwają 3 tygodnie, cieszą się dużym powodzeniem. Przeszło przez te kursy 1.235 słuchaczów.

Wreszcie Państwowa Szkoła Higieny prowadzi szkolenie, a raczej propagandę o specyficznym charakterze wśród działaczy społecznych. Jako przykład można przytoczyć urządzane raz do roku tygodniowe kursy alkohologii.

Ogółem do końca 1937 r. zorganizowano w Państwowej Szkole Higieny 147 kursów z liczbą słuchaczy 7.777, z czego 2.235 lekarzy.

Muzeum.

Jako ważne narzędzie nauczania i propagandy w dziedzinie higieny, należy uważać muzeum higieniczne, ograniczone miejscem, jakiem dysponuje na ten cel Państwowa Szkoła Higieny; zostało ono wyzyskane w ten sposób, że tylko niektóre działy higieny publicznej zostały tu umieszczone. Liczono się z tym faktem, że inne instytucje w Warszawie urządzają u siebie również działy muzealne i w przyszłości muzea te będą się wzajemnie uzupełniały. Państwowa Szkoła Higieny posiada muzeum chorób zakaźnych, wyposażonoe w szereg artystycznie wykonanych tablic, rysunków i wykresów. Liczne modele z tej dziedziny uzupełniają całość. W głównym pomieszczeniu muzealnym zobrazowane są dane statystyczne, dotyczące stanu

chorób zakaźnych w Polsce i przebiegu epidemii, oraz zachorowań masowych. Na dużym modelu wyobrażone są środki, jakimi rozporządza Państwowa Służba Zdrowia. Wreszcie na szeregu modeli, tablic barwnych i fotografii, pokazano, jakie są zadania w dziedzinie higieny wsi.

Jako wstęp do zagadnień odtworzonych w muzeum, należy traktować część muzeum, zatytułowaną „Zdrowie i choroba", która to część wyjaśnia na przykładach, na czym polegają epidemie, jakie są warunki ich szerzenia, na czym polega odporność i usposobienie ustroju i jak warunki zewnętrzne mogą modyfikować usposobienie do chorób.

W pomieszczeniu suterenowym osobne pomieszczenie przezna czone zostało na technikę sanitarną i higienę mieszkania. Sprawa sztucznego oświetlenia zobrazowana została w szeregu modeli naturalnej wielkości.

Frekwencja muzeum wynosi około 5.000 osób rocznie.

Biblioteka.

Zakład posiada skromną, ale dostatecznie zaopatrzoną bibliotekę, w której prenumerowane są prawie wszystkie pisma, dotyczące higieny i nauk pokrewnych. W 1937 r. biblioteka otrzymywała 237 czasopism oraz wydawnictw ciągłych. Inwentarz jej zawierał 2.387 tytułów książek, ponad 8.000 broszur i 740 czasopism. Z biblioteki korzystają przedewszystkim pracownicy Zakładu, oprócz tego jednak biblioteka jest licznie odwiedzana przez pracowników z innych instytucji, którzy mają tu wstęp wolny.

Instytut Higieny Psychicznej.

Zadaniem Instytutu Higieny Psychicznej jest scentralizowanie i uporządkowanie prac naukowo-badawczych, normatywnych, nauczanie i propaganda w zakresie higieny psychicznej, oraz zorganizowanie i prowadzenie wzorowych placówek klinicznych w danym zakresie. Instytut uruchomił 5 różnych przychodni dla dzieci i młodzieży. Frekwencja w ambulatoriach dla dzieci wynosiła w 1937 r. 1.839, liczba wizyt w przychodni dla dorosłych 302.

Poza tym Instytut wysyła za pośrednictwem Wydziału Opieki Społecznej ubogie dzieci o zaburzeniach psychopatycznych do rodzin zastępczych na wsi, opracowuje kartotekę zakładów wychowawczo-leczniczych w Polsce, organizuje kursy dla pielęgniarek społecznych i wychowawczyń, odczyty dla rodziców, wydaje biblioteczkę popularno-naukową itp.

ŚLĄSK ZAOLZIAŃSKI.

Sprawozdanie niniejsze oczywiście, nie mogło objąć działalności Służby Zdrowia na ziemiach Śląska Zaolziańskiego, gdyż dopiero od października 1938 r. Ziemia ta wróciła w granice Państwa Polskiego.

Należy jednak w tym miejscu naszkicować przynajmniej w ogólnych zarysach obraz tego kraju, który stanowi najbardziej na południowy zachód wysunięty skrawek ziemi polskiej, gdyż z jego położenia geograficznego i z jego struktury gospodarczo-społecznej wyniknie szereg zagadnień, których rozwiązaniem służba zdrowia będzie musiała zająć się już w najbliższym czasie.

Nie duży ten obszar, zajmujący zaledwie 1050 km², jest zamieszkały przez przeszło 250 tysięcy ludności (1930 r.). Jednakże jego położenie między Słowakami, Czechami i Niemcami i silne uprzemysłowienie stanowi jego ciężar właściwy i wymaga swoistej, a spotęgowanej opieki sanitarnej. Jest to kraj czarnych diamentów i ciężkiego przemysłu mtealowego. Zwłaszcza północna jego część jest nieprzerwanym łańcuchem gęstych skupień ludności przemysłowej, ciągnącej się od Karwiny przez Orłowę, Pietwałd aż do Bogumina. Swoiste warunki ciężkiej i niebezpiecznej pracy w podziemiach oddawna we wszystkich niemal krajach cywilizowanych spowodowały roztaczanie przez państwo specjalnie czujnej opieki nad zdrowiem i życiem górników. Nie jest i być nie może inaczej również i w Polsce.

Powiat Frysztacki — posiada gęstość zaludnienia 551 na 1 km² i stanowi pod tym względem (poza powiatami grodzkimi) trzeci z kolei powiat w Polsce, ustępując tylko powiatowi katowickiemu (1.397 na km²) i Świętochłowickiemu (2.515 na 1 km²). Bardzo uprzemysłowiony powiat Będziński (504 na 1 km²) już mu nie dorównuje.

Na obszarze 257,6 km² w pow. Frysztackim znajduje się:

Zakładów górniczych (kopalnie i koksownie)	22	zatrudn.	22.038 rob.
Brykieciarni	5	,,	1.398 ,,
Kamieniołomów i zakładów ceramicznych	40	,,	851 ,,
Zakładów metalurgicznych	175	,,	5.998 ,,
,, chemicznych	10	,,	831 ,,
,, włókienniczych	21	,,	40 ,,
,, papierniczych	16	,,	28 ,,
,, graficznych	24	,,	103 ,,
,, skórniczych	25	,,	55 ,,
,, drzewnych	133	,,	667 ,,
,, spożywczych	338	,,	1.211 ,,
,, odzieżowych i obuwniczych	598	,,	1.408 ,,
Razem	1.437	,,	34.628 ,,

Południowo-zachodnia część powiatu Cieszyńskiego zajmuje przeszło dwa razy większy obszar (544 km²) i stanowi przeważnie kraj rolniczy z jednym dużym ośrodkiem przemysłowym w Trzyńcu (stalownia i walcownia przeszło 5.000 robotników), tym niemniej jest również dość gęsto zaludniona, gdyż na 1 km² przypada tu 156 mieszkańców.

Na tym rolniczym terenie rozrzuconych jest 1.051 mniejszych zakładów przemysłowych, zatrudniających razem przeszło 6.000 robotników (razem z zakładami trzynieckimi przeszło 11.000 rob.).

Na całym Śląsku Zaolziańskim znajduje się blisko 31.000 gospodarstw rolnych, których powierzchnia użytkowa wynosi 75.500 ha, w tym:

Obszar pola ornego obejmuje	36.500	ha
,, łąk ,,	3.700	,,
,, pastwisk ,,	9.000	,,
,, lasów ,,	22.300	,,
,, stawów rybnych ,,	386	,,

Z urządzeń użyteczności publicznej na Śląsku Zaolziańskim znajduje się: wodociągów 10, gazowni 2, elektrowni 5. Prawie wszystkie ośrodki, bardziej uprzemysłowione, są skanalizowane.

Na Zaolziu pełniło służbę sanitarną 2 lekarzy powiatowych (Cieszyn, Frysztat) i 25 lekarzy okręgowych, a mianowicie:

1) w pow. Cieszyńskim w następujących miejscowościach: w Cieszynie 3, w Trzyńcu 2, w Jabłonkowie 2, w Bystrzycy, Błędowicach i Gnojniku po 1,

2) w pow. Frysztackim po 1 w miejscowościach: Frysztat, Darków, Karwina, Orłowa, Dolna Sucha, Górna Sucha, Stanawa, Łazy, Dąbrowa, Niemiecka Lutynia, Pietwałd, Rychwałd, Piotrowiec, Bogumin i Poręba.

Wszystkich lekarzy było w pow. Frysztackim 65, w pow. Cieszyńskim 66, na całym przeto Zaolziu — 131, poza tym 7 lekarzy dentystów. Większość z nich osiadła na Śląsku już po roku 1920, głównie w celu zasilenia obcego elementu narodowościowego. Po objęciu Zaolzia przez Polskę liczni lekarze czescy samorzutnie opuścili swe stanowiska. Emigracja ta dotąd jeszcze się nie ukończyła. Luki, stąd powstające, należy wypełniać dobrze wyszkolonymi i zarazem uspołecznionymi lekarzami Polakami. Część z nich da się zrekrutować spośród lekarzy, pochodzących z Zaolzia. A ich przede wszystkim należy uwzględniać, gdyż oni najlepiej znają ludność śląską i najłatwiej zdołają przystosować się do miejscowych warunków życia.

Niezależnie od tego, czy dotychczasowa organizacja sanitarna na Zaolziu zostanie utrzymana, przewidywać należy konieczność osiedlenia się na Śląsku kilkudziesięciu lekarzy, a śród nich — szeregu wysoko wykwalifikowanych fachowców dla obsadzenia ośmiu szpitali i sanatoriów o przeszło 1.200 łóżkach.

Część tych zakładów leczniczych, a mianowicie: 2 w Karwinie (125 łóżek), po jednym w Orłowej (154 łóżka), w Trzyńcu (114 łóżek) i w Jabłonkowie (80 łóżek) należy zreformować i podnieść w nich lecznictwo na wyższy poziom. Natomiast reszta: w Boguminie (332 łóżka), w Cieszynie (145 łóżek) i w Jabłonkowie (sanatorium dla gruźlików na 283 łóżka) stoją na wysokości swego zadania i co najmniej na tym samym poziomie należy je nadal utrzymywać. Zwłaszcza pięknie i zupełnie nowocześnie urządzony jest szpital w Boguminie i sanatorium w Jabłonkowie.

Aptek na Zaolziu było 20. Nie wszystkie one czynią zadość ustawowym wymaganiom, tak iż kilka z nich w ostatnim czasie musiano zamknąć.

Leki na Zaolziu na ogół były tańsze niż w Polsce. Przyczyną tego była między innymi ta okoliczność, iż ,,taxa laborum" czeska jest o 30% niższa od polskiej.

Do profilaktycznej akcji na Śląsku Polskim Czesi widocznie nie przywiązywali większej wagi. Nieliczne ogniska tej akcji, jak poradnie dla matki i dziecka, służyły raczej celom wynaradowiania, niż higienie. Np. do korzystania z kuchni mlecznych dla nie-

mowląt były dopuszczone tylko te matki, których starsze dzieci były zapisane do szkoły czeskiej. W dwóch poradniach przeciwgruźliczych, jakie prowadzili czesi, przed opuszczeniem Śląska zniszczyli oni wszystkie akta, a urządzenie — wywieźli.

Z prywatnych zakładów leczniczych na Zaolziu wspomnieć należy o pięknie rozbudowanym kąpielisku w Darkowie. Zakład ten posiada kilka bogatych źródeł wody jodowobromowej, zawierającej przeszło 0,4% jodu. Właścicielem jest hr Mönnich-Larisch, obszarnik i właściciel licznych kopalni węgla.

Lecznictwo społeczne na Zaolziu ześrodkowuje się w dwóch kasach chorych: w pow. kasie chorych frysztackiej i cieszyńskiej. Poza tym kasy dla chorych górników posiada każde gwarectwo, centrala zaś ich znajdowała się w Morawskiej Ostrawie.

BIBLIOTEKA M.P.T.O.S. KSIĘGOZBIÓR

SPIS RZECZY

		Stronice:
Przedmowa		5— 6
Wstęp	— Ogólna ocena zdrowotności i rzut oka na stan demograficzny Polski w latach 1918 — 1938	7— 14
I	— Administracja Sanitarna w Polsce Odrodzonej	15— 28
II	— Sprawy zawodowe	29— 42
III	— Ostre choroby zakaźne	43— 52
IV	— Choroby społeczne	53— 80
V	— Higiena Publiczna	81— 94
VI	— Lecznictwo	95—106
VII	— Sprawy farmaucetyczne	107—114
VIII	— Sprawy międzynarodowe	115—126
IX	— Państwowy Zakład Higieny	127—146
	Śląsk Zaolziański	147—150

78 KPiP
1100078