

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XV

WARSZAWA, 11 LISTOPADA 1938 R.

Nr. 42

11.XI.1918 – 11.XI.1938.

Gdy lat dziesięć temu stwierdziliśmy na tym miejscu bezsporny postęp na polu urzędzeń i zarządzeń zdrowotnych w okresie pierwszego dziesięciolecia wskrzeszonego Państwa Polskiego, zakończyliśmy to stwierdzenie słowami: „A za lat 10 znowu my albo nasi następcy o innych, nowych sukcesach Polski pisać będą”.

Dziś, w radosnym dniu dwudziestolecia Niepodległości, zobowiązanie to spełniamy, bądź kontynuując poruszone wówczas problemy, bądź rejestrując postępy, w innych dziedzinach sanitariatu osiągnięte. I znowu, jak przed laty dziesięciu, zanotować możemy tu poważny krok naprzód: świadczą o tym wymownie cyfry, które czytelnik w numerze niniejszym znajdzie. Nie są to więc puste przechwałki, lecz rzetelne zwycięstwa polskiego dorobku zdrowotnego. A dążąc w dalszym ciągu do uzupełniania braków, których nie taimy, z wiarą niezachwianą w zrealizowanie tych dążeń, spoglądamy w przyszłość pewni, że za lat 10 nowe postępy w doskonaleniu publicznej Służby Zdrowia tu uwiecznimy.

Wkraczając zaś w inne dziedziny życia Narodu z myślą o jego zdrowiu, zdrowiu fizycznym i moralnym, bo in corpore sano mens sana, ufamy, że symbolem Wielkiej i Potężnej Polski będzie wiecznie płonąca pochodnia Postępu, Sprawiedliwości i Miłości bliźniego.



R o z p r a w y

Medycyna i przyroda *).

Podał

Prof. dr Franciszek VENULET (Warszawa).

Antropomorfizm, jaki cechuje nasze podejście do przyrody i jej zjawisk, nabiera szczególnej wyrazistości i barwności, gdy chodzi o zagadnienia, związane z medycyną. *Larga manu* przypisujemy przyrodzie wszechwiedzę, mądrość, dobroć i wiele innych zalet. Matka natura, twierdzimy, wie najlepiej, czego nam do zdrowia potrzeba, należy tylko słuchać jej głosu-instynktu. Ona to troszczy się o nas w chorobie, przekazując do naszego użytku zioła lecznicze, źródła mineralne, promienie słoneczne, zbawienne klimaty, piękne krajobrazy.

W rzeczywistości sprawa doskonałości natury bynajmniej nie przedstawia się tak różowo. Przecież klęski żywiołowe, wyrządzone przez powodzie i posuchy, upały i mrozy, przez huragany, orkany i trąby powietrzne, burze gradowe i pioruny, pomijając już trzęsienia ziemi i erupcje wulkaniczne, należą do stałego repertuaru wyczynów natury. Powietrze, woda i słońce to potęgi, które mogą nie tylko tworzyć kulturę, ale i niszczyć (Giese). Wbrew ogólnemu mniemaniu przyrodę cechuje raczej dysharmonia; okresy harmonii w przyrodzie sprowadzają się właściwie do „*lucida intervalla*”.

Nawet zjawisko, wzbudzające największy podziw ludzkości, zjawisko powstawania z komórek rozrodczych nowych ustrojów nie jest wolne od usterek, poczynając od mało znaczącej, lecz powszechnej niemal asymetrii obu połów ciała, zwłaszcza twarzy, poprzez częste i liczne wady rozwojowe, na potworkach kończąc.

Sądzimy, pozornie słusznie, że przyroda „obdarzyła” nas chorobami, gdyż wszystko, co żyje, choruje, bądź jest stale narażone na możliwość zachorowania. W akcji tej przyroda przejawia poza tym niezwykłą „rozrzutność”. „Choroby, na które cierpimy, mówi Nicolle, są równie niezliczone, jak i bez miary. Przyczyny ich, też niezliczone, należą do rzędu zjawisk naturalnych, istniejących stale dokoła nas. Wszystko, co nas otacza, jest groźbą dla człowieka: siły fizyczne, czynniki chemiczne, żywe istoty”. Z antropomorfistycznego punktu widzenia matka natura staje się już macochą; zwłaszcza, że wielkie epidemie należą do „arcydzieł” przyrody (Nicolle), że zarazki tylko „czyhają” na nadarzącą się sposobność, aby „napastować” organizm, który musi z nimi „staczać walki”, że śmierć jest „nieubłagana”, jak „bezlitosny” jest wilk, gdy pożera „biedną” owcę, której los niezależnie od tego wypadku jest przecież przesądzony. A czyż potężny i potworny zarazem świat owadów nie stanowi istotnie jednej z największych plag ludzi i zwierząt?

Znaczenie czynników klimatycznych w patogenezie różnych schorzeń ostatnio coraz częściej zaprzęta umysł badaczy.

Szerzenie się wielu chorób tylko w pewnym klimacie, np. podzwrotnikowym, wskazuje na bezwzględną współzależność czynników klimatycznych i chorobotwórczych. Dużą rolę odgrywa przy tym brak przystosowania się ustroju do danego klimatu. Dlatego też klimat podzwrotnikowy uchodzi za zabójczy dla europejczyków. Lecz i *vice versa*: senegalczyki w Europie nie

zwykle łatwo zakażają się gruźlicą i giną masowo nie tylko dlatego, że należą do rasy „dziewiczej”. Ogólnie znany jest wpływ klimatu na częstość gościa stawowego, np. w Anglii. Szwecja wydaje na inwalidów reumatyków dwa razy więcej, niż na gruźlików; w kraju tym na reumatyzm choruje głównie ludność wiejska oraz pracująca na powietrzu. Poza tym nawet w danym klimacie zachorowalność jest częściowo uzależniona od pór roku. Wahania te w niektórych schorzeniach zaznaczają się tak przejrzysto, iż mówi się wprost o chorobach sezonowych, że wymienimy tylko biegunki letnie u dzieci, jesienne nieżyty dróg oddechowych, wiosenne nasilenia krzywicy i tężyczki, chorobę sienną. Szczególną wrażliwość wykazuje nasz ustrój na nagłe zmiany pogody oraz na silne wiatry. Przeziębienie, pomimo powtarzających się od czasu do czasu tendencji dyskredytowania go, odgrywa jednak dużą rolę w patogenezie wielu schorzeń. Z drugiej strony słońce, źródło życia na ziemi, czyż nie wywołuje u nieświadomych lub nieopatrznych ciężkich oparzeń, nie mówiąc już o porażeniu słonecznym i zapaści.

Pośród chorób, trapiących ludzkość, niepoślednie miejsce zajmują choroby zakaźne, których powstanie „zawdzięczamy” przecież przyrodzie (Nicolle „Narodziny, życie i śmierć chorób zakaźnych”, Warszawa 1936, wyd. Mathesis). W przebiegu spraw zakaźnych jakże często uderza nas niewspółmierność między siłą infekcji i intoksykacji a siłami obronnymi ustroju.

Odporność, powstała w warunkach naturalnych w następstwie przebytych zakażeń lub stałej styczności z pewnym zarazkiem, jest niezawodnie wyrazem przystosowania się organizmu do danego zarazka. Trzeba jednak długich wieków czasu i niezliczonych ofiar, aby odporność, osiągnięta w ten sposób, przemieniła się w odporność dziedziczną i ew. gatunkową. W przeciwstawieniu do jedynej drogi, dostępnej przyrodzie, geniusz ludzki wynalazł szczepienia ochronne, szczepionki i surowice lecznicze, chemoterapię. Zwalczając choroby zakaźne, człowiek dąży do wykrycia i wytępienia wszelkich źródeł zakażeń, rozsianych po świecie, przeprowadza kwarantanny, izoluje chorych. Pracę w tym kierunku utrudniają, nie mówiąc o klęskach żywiołowych i wojnach, złe warunki higieniczne szerokich mas, nosicielstwo. Szczególnie groźne dla otoczenia są postacie nosicielstwa na tle zakażeń utajonych, zwłaszcza zaś zakażeń bezobjawowych (Nicolle), między którymi istnieją wszelkie możliwe przejścia. Wytwarzają się bowiem niewidoczne rezerwuary zarazka w gatunkach, rasach i osobnikach odpornych lub mniej wrażliwych. Nic więc dziwnego, że młoda patologia bezobjawowa jest już podstawą współczesnej epidemiologii (Hirschfeld).

Przystosowanie się ustroju do pewnego zarazka lub klimatu — to tylko różne przejawy zjawiska podstawowego, jakim jest zdolność przystosowania się istot żywych do zmiennych warunków bytu. Zjawisko to, na które pierwszy zwrócił uwagę Darwin, związane ściśle z pobudliwością żywej materii, wysuwa się na miejsce naczelną w regulacjach patologicznych. Przystosowanie się dzięki siłom zapasowym, na razie czynnościowe, staje się z biegiem czasu również przystosowaniem się anatomicznym, jak np. przerost mięśnia sercowego u sportowców i w wadach serca, przerost pozostałej nerki po nefrektomii.

Szczególną misternością odznacza się wzajemne

*) Według odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Warsz. dnia 14 czerwca 1938 r.

przystosowanie się matki i płodu w pewnych warunkach patologicznych. Kościec zwierząt ciężarnych, pozbawionych wapnia i fosforu, ubożeje w te składniki i staje się miękki. W przeciwstawieniu do matek młode nie wykazują odchylenia od normy. W celu zachowania gatunku niedobór odbija się wyłącznie na zdrowiu matki. W razie pozbawienia ciężarnej matki żelaza przebieg doświadczenia jest pozornie odmienny. Rola żelaza w ustroju jest podwójna: jako żelazo czynne w postaci hemoglobiny przenosi tlen, a jako tkankowe żelazo zapasowe służy w razie potrzeby do tegoż celu. Podając zwierzętom ciężarnym paszę, pozbawioną żelaza, stwierdzamy zubożenie ustroju w żelazo tkankowe przy normalnym poziomie żelaza we krwi; potomstwo tych zwierząt wykazuje natomiast wyraźne zubożenie w hemoglobinę. „Dbałość“ przyrody o potomstwo jest tutaj zachwiana, ale tylko pozornie. Chociaż hemoglobina płodu wytwarza się z żelaza zapasowego matki, to jednak zapotrzebowanie tlenu przez płód zaspakaja wyłącznie hemoglobina matki. Z tego względu pełne zaopatrzenie w żelazo płodu, którego krwinki z powietrzem się nie stykają, byłoby nie tylko bezcelowe, ale wręcz szkodliwe dla obu stron. Zaoszczędzenie natomiast hemoglobiny matki umożliwiłoby pomyślne doprowadzenie ciąży do końca; młode, aczkolwiek anemiczne i nieodporne, uzupełni brak żelaza z pożywienia (wg. H. Pfeiffera).

Jak wiadomo, płód przejawia niezwykłą energię życiową, żywiołowy pęd do wzrostu. Przyswaja zatem wapń, pozbawiając go matkę, u której w następstwie, już w warunkach fizjologicznych, zaznacza się próchnica zębów ciężarnych. W zaniechaniu tegoż zjawiska w stosunku do żelaza widzimy tym niemniej nie „mądrość“ przyrody, lecz arcydzieło zdolności przystosowawczej do odmiennych warunków. Tym łomaczy się też wyrównawczy przerost wysepka Langerhansa płodów zwierząt, pozbawionych trzustki.

Z omawianą „dbałością“ przyrody o potomstwo kolidują pewne nowe spostrzeżenia. Gdy przy urodzeniu stosunek liczbowy chłopców do dziewcząt wynosi 1060 : 1000, stosunek płodów męskich do płodów żeńskich w pierwszych miesiącach ciąży, według obliczeń Pfaundlera, równa się 1462 : 1000. Pomijając znaczenie niepomyślniejszy stosunek, ustalony przez Czuprowa (cyt. wg. Hirsfeldowej), fakty te świadczą wymownie o straszliwym mordzie, jakiego natura dokonywa w łonie matki, zwłaszcza, że nie wszystkie płody żeńskie zostają donoszone.

Jak daleka jest przyroda od doskonałości w zrozumieniu ogólnoludzkim, za dowód tego mogą służyć niezliczone wprost niedociągnięcia i braki t. zw. siły leczniczej przyrody (*vis medicatrix naturae*). Do zjawisk najpospolitszych należy szkodliwa rozpiętość nasilenia odczynów ustrojowych, gdyż reakcja ustroju na czynnik patologiczny może być z jednej strony niewystarczająca, hipergiczna, nie mówiąc o jej zupełnym braku (anergia), z drugiej nadmierna, hiperergiczna. W pierwszym przypadku staramy się defekt przyrody wyrównać za pomocą leczenia bodźcowego, dopiero tą drogą, na ogół poprzez układ siateczkowo-śródbłonkowy, osiągając pożądaną wynik, w drugim — wszelkimi dostępnymi środkami dążymy do zatamowania w istocie pozytywnej, lecz zbyt burzliwej i przez to szkodliwej reakcji ustroju. Chodzi tu przede wszystkim o natężenie procesów zapalnych, zwłaszcza ropnych, o wysoką, przez czas dłuższy utrzymującą się ciepłotę ciała.

O istnieniu siły leczniczej przyrody świadczy naj-

piej ta okoliczność, że wiele chorób przechodzi bcz wszelkiego leczenia, czemu sprzyjają dodatnie warunki higieniczne; już samo przebywanie w łóżku stanowi ważki czynnik zdrowienia. Tymczasem zapisuje się na ogół dużo leków zbędnych. Pomijamy przy tym wcale nierzadkie przypadki, kiedy lekarz, wbrew zasadzie „*primum est non nocere*“, w najlepszej wierze wyrządza choremu szkodę.

Tym niemniej jakże często siły lecznicze przyrody zawodzą kompletnie!

Jeżeli chodzi o zaburzenia hormonalne, to np. niewydolności tarczycy przyroda nie jest w stanie wyrównać: chory, któremu lekarz w krótkim czasie z łatwością przywraca zdrowie, zdany na los przyrody, ginie w stanie zupełnego marazmu. Czyż, odwrotnie, w nadczynności tarczycy zabieg operacyjny, nie mówiąc o innych metodach leczniczych, nie jest niekiedy jedynym ratunkiem? To samo da się powiedzieć o pozostałych gruczolach dokrewnych i ich hormonach z insuliną na czele.

Jeżeli chodzi o nowe zdobycze medycyny, to czyż niedokrewności złośliwej nie uważano przed laty za chorobę nieuleczalną? Wylczenie, zresztą trudno wykonalne, wszystkich zabiegów leczniczych, bez zastosowania których siły lecznicze przyrody zawodzą, w różnych dziedzinach medycyny z chirurgią na czele, byłoby ponadto wyważaniem drzwi otwartych. Natomiast w chorobach, w których zwalczaniu wciąż jeszcze jesteśmy dość bezsilni, np. w raku, na pomoc przyrody nie ma co liczyć. Przypadki samowyleczenia należą tutaj do unikatów; wyjątkowość ta świadczy niezbicie o niemocy natury. Pomijamy, że, według B o r s t a, sam nowotwór stanowi „eine dem Sinn des Organismus zuwiderlaufende Bildung“. W stosunku do raka przyroda „zawiniła“ jeszcze pod innym względem. Ból, ten sygnał ostrzegawczy, który niekiedy z taką pasją daje znać o sobie w schorzeniach błahych (ból zęba), jakże często nie występuje w raku albo zjawia się wtedy, gdy jest już za późno. Również stan samopoczucia, który skłonni jesteśmy poczytywać za głos natury, bynajmniej nie odzwierciadla istotnego stanu naszego zdrowia: w przeciwstawieniu do licznych niedomagań chorych z urojenia ludzie ciężko chorzy niekiedy nic nie odczuwają.

Wyrazy, jak „*circulus vitiosus*“, „błędno koło“ należą do repertuaru codziennej gwary lekarskiej. Jest coś tragicznego w zjawisku stałego wzajemnego oddziaływania schorzenia i wywołanych przez nie zmian w kierunku potęgowania cierpienia. Niekiedy trudno wprost ustalić, co było przyczyną cierpienia, a co jest tylko jego następstwem. Klasycznym przykładem podobnego stanu mogą być hipertyreozy z jednej strony, nadpobudliwość układu współczulnego oraz psyche z drugiej. Brak łaknienia — wczesny objaw niedoboru witaminowego — jeszcze bardziej ogranicza dowóz witamin. Niewydolność serca i niedomoga nerek, zaburzenia krążenia i bezsenność, nerwice serca i psyche, kurcz moczowodu w następstwie dostania się doń kamyczka — to typowe spośród niezliczonych błędne koła patologii, które z *vis medicatrix naturae* nie tylko nie mają nic wspólnego, lecz są jakby jej zaprzeczeniem.

Nie dość jednak tego, że zdrowiu naszemu na każdym niemal kroku zagraża niebezpieczeństwo, już na świat przychodzimy z zawiązkami przyszłych chorób lub co najmniej skłonnością do nich. Istnieje przecież wyraźna współzależność między budową ciała a skłonnością do pewnych chorób, nie wyłączając psychicznych. Wyrazem tego są już nawet konstytucje normalne, nie

mówiąc o konstytucjach patologicznych. Znamienne jest, że w konstytucji patologicznej obok wzmożonej predyspozycji do pewnych schorzeń zaznacza się jednocześnie wzmożona odporność w stosunku do innych. Znana jest odporność skaz artretycznej i wysiękowej wobec gruźlicy, rzadkość klasycznych zaburzeń przemiany materii w *habitus asthenicus*.

Tragizm dziedziczności występuje w całej grozie w razie istnienia tej samej choroby u obojga rodziców. Częstość dziedziczenia np. głuptactwa w tych warunkach wynosi aż 91%, zamiast 41%, gdy dotknięte jest tylko jedno z rodziców. Zbieżność schizofrenii u bliźniąt jednojajowych, czyli osobników o konstytucji jednolitej, wynosi 75%, gdy u bliźniąt dwujajowych dotychczas zbieżności w ogóle nie stwierdzono. U bliźniąt jednojajowych zbieżność przebiegu choroby nawet w szczegółach jest niekiedy wręcz niewiarogodna. Tego rodzaju *curiosum* podał niedawno Schindler: obydwaj bracia od dzieciństwa chorowali na żołądek, u obydwóch nastąpiło w 37-ym roku życia pęknięcie wrzodu okrągłego o jednakowym umiejscowieniu, następnie dolegliwości po zszyciu, rezekcja żołądka, poprawa.

Zelazne prawa dziedziczności dotyczą zarówno cech dodatnich, jak i ujemnych; jedne i drugie mogą posiadać własności dominujące, bądź ustępujące. Jakże często medycyna jest bezsilna wobec przejawów dziedziczności, tego podstawowego zjawiska biologicznego. Dla wielu też nieszczęsnych, którzy cierpią niewinnie, dziedziczność — to fatum. Dla innych znów jest ona źródłem talentów. Już od chwili poczęcia ludzie nie są sobie równi.

Mylne byłoby jednak przypuszczenie, „że w geniuszu mamy uosobienie najwyższej siły, zdrowia i dzielności w biologicznym znaczeniu słowa“ (Kretschmer). W przeciwstawieniu do tępej, ale zdrowej psyche, umysł twórczy, genialny powstaje najczęściej na niezrównoważonym podłożu psychicznym. Zachodzi nawet bliski związek między genialnością a konstytucją psychopatyczną. W tym sensie wypowiedział się już Arystoteles: *nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae fuit*. Nic więc dziwnego, że największe zdobycze kultury ogólnoludzkiej zawdzięczamy w znacznym stopniu psychopatom, a nawet obłąkańcom. Dla eugenistów jest to niezawodnie trudny orzech do zgryzienia.

Z drugiej strony nie jest wyłączone, że pierwsze próby stałego chodzenia nie na czworakach były ongiś źle widziane, jako sprzeczne z naturą, i uważano je nawet za degenerację. Fakt, że człowiek wciąż jeszcze nie przystosował się do pionowego ustawienia tułowia, ma niewątpliwie duże znaczenie dla medycyny. Stan ten, charakterystyczny zwłaszcza dla konstytucji astenicznej, jest przyczyną znacznych zbroczeń anatomicznych, upośledzających czynność wielu narządów. Tak więc wzmożonej w pozycji pionowej pracy serca nie zawsze może poddać serce zwisające (kropelkowate), o czym między innymi świadczą żyłaki odbytnicy i kończyn dolnych. Upośledzona jest ruchomość klatki piersiowej, co wzmaga znów skłonność płuc do różnych schorzeń. Opuszczenie żołądka i jelit powoduje zaburzenia trawienia oraz zaparcie. Przeciążenie kończyn dolnych pociąga za sobą osłabienie więzadeł i płaską stopę. Te i inne jeszcze odchylenia, jak np. ruchoma nerka, oddziaływając ujemnie na układ nerwowy, prowokują neurastenię. Przystosowanie się natomiast, w następstwie pionizacji tułowia, mięśni dna miednicy do ciężaru trzewi czyni poród u człowieka, w przeciwstawieniu do czwo-

ronożnych, tak ciężkim. Trudności te w progenii człowieka jeszcze się wzmogą wobec dalszego rozwoju mózgowca i całego sklepienia czaszkowego w związku z wzrostem mózgu (L o t h). Wobec zaś skurczenia się szczęki brak miejsca dla zębów, których jest coraz mniej. Na podstawie oceny cech prymitywnych człowieka i cech o charakterze postępującym L o t h widzi dalsze losy ludzkości w świetle ponurym; gdyż „może nadejść ten moment, że kiedyś po wielu tysiącach lat, narody, które po nas przyjdą, nie będą już mogły opanować mnożących się trudności i niedomagań morfologicznych; a wówczas rozpocznie się zmierzch ludzkości, aż wreszcie człowiek zaginie tak, jak bezpowrotnie zaginęły liczne gatunki potężnych zwierząt, które kiedyś zamieszkiwały naszą ziemię. Postępujący więc rozwój rodu ludzkiego zbliża nas krok za krokiem do jego całkowitej zagłady“.

Jakaż ewolucja czeka psyche ludzką? W porównaniu z przyszłymi przeobrażeniami somatycznymi granice ewolucji psychicznej trudno przewidzieć. Nie wiadomo, jak długo jeszcze nad ludzkością będą ciążyły przemożne wpływy czasów odległych, gdy człowiek, nawpół zwierzę, stał się ciężką walką o byt, żył w ciągłym strachu i wierzył w różne czary. Zabobony, dotyczące również chorób, ich leczenia oraz zapobiegania im, panoszą się dotychczas nie tylko wśród ciemnych mas. W najlepszym razie zabobony zastąpiono różnymi fikcjami. W przeciwstawieniu do powszechnej życzliwości, uczucia, w dużym stopniu przesiąkniętego czynnikami racjonalistycznymi (A. H u x l e y), nienawiść jest uczuciem bardziej pierwotnym i naturalnym. Nadal „postawą naturalną człowieka wobec świata i bliźnich jest walka“ (A. C a r r e l). Toteż człowiek współczesny wciąż jeszcze łaknie krwi; masowo przejawia się to zwłaszcza podczas wojny. Obok instynktu krwiożerczego drzemiają w człowieku jeszcze inne instynkty asocjalne.

Jak głęboko w naturze ludzkiej zakorzeniona jest skłonność do nałogów, o tym świadczą zarówno ich rozpowszechnienie, jak i trudność ich zwalczania. Pomimo niewątpliwie szkodliwości alkoholizmu nadużycie trunków wysokowych jest szeroko rozpowszechnione nawet w warstwach, uświadomionych co do ujemnych następstw tego nałogu. Jak głęboko zakorzeniony jest nałóg palenia tytoniu, o tym świadczy jego powszechność: różnice socjalne palaczy sprowadzają się co najwyżej do gatunku tytoniu. Chociaż czyste powietrze jest podstawowym czynnikiem zdrowia, miliony ludzi przebywa wiele godzin dziennie w atmosferze, zatrutej tlenkiem węgla i nikotyną. Nałóg obżarstwa dziś nie przybiera, co prawda, tak monstrualnych form, jak w wiekach ubiegłych, ale nawet lekarze nie zawsze zdają sobie sprawę, że po pięćdziesiątce wartość kaloryczna pożywienia musi ulec redukcji.

Nie ulega wątpliwości, że człowiek coraz bardziej oddala się od przyrody. Ściśle biorąc, cała cywilizacja jest odstępstwem od natury pierwotnej człowieka, jeżeli o takiej wobec stałej ewolucji może być mowa. Przecież mydło, szczoteczka do zębów i papier klozetowy to wytwory kultury a nie natury. Cóż dopiero powiedzieć o zdobyczach nauki we wszystkich dziedzinach wiedzy! Tym niemniej w szerokich masach, nie wyłączając inteligencji, po dzień dzisiejszy pokutuje przesąd, pochodzenia niezawodnie atawistycznego, że w dziedzinie lecznictwa wszystko, co jest związane z przyrodą, posiada szczególną wartość. W przeciwstawieniu do wytworów przemysłu chemicznego ogólnie jest znana predylekcja do leków pochodzenia roślinnego, jako

nieszkodliwych, co też wyzyskują ich producenci. Zapominamy przy tym zarówno o istnieniu roślin trujących (iluż to ludzi wciąż jeszcze pada ofiarą grzybów trujących), jako też o tym, że dopiero wyodrębnienie z roślin wysoce trujących alkaloidów umożliwiło racjonalne leczenie takich stanów chorobowych, gdy wyciągi całkowite, nie pozbawione zresztą pewnych zalet, zawiodą zupełnie. Z drugiej strony, czyż można sobie wyobrazić skuteczne leczenie np. kiły środkami pochodzenia roślinnego? Czy chemoterapia chorób zakaźnych, ostatnio róży, nie wykazuje stałego postępu? Czyż związki salicylowe nie spopularyzowały się do tego stopnia, iż stały się niemal lekami ludowymi? A antyseptyka? W przeciwstawieniu do znanych związków chemicznych świat roślinny, pomimo nawet bakteriobójczych właściwości niektórych olejków lotnych, nie odznacza się wybitniejszym działaniem odkażającym. Jeżeli wykazują je produkty przemiany flory odległych okresów geologicznych, nie zmienia to postaci rzeczy.

Dużym zamiłowaniem wśród publiczności cieszą się też metody przyrodolecnicze. Niezawodnie mogą one być bardzo skuteczne w całym szeregu cierpień, ale tylko w ręku doświadczonych fachowców. Z dzieła *Znani i niewidani* widać, jak złożone jest takie np. wzdolecznictwo, wiele może zaszkodzić nieumiejętne manipulowanie zwykłą wodą. Dopiero wiedza daje nam do pewnego stopnia gwarancję należytego terapeutycznego wyzyskania rozrzuconych po całym globie źródeł mineralnych, jako też wielu innych czynników przyrodoleczniczych. Bez ścisłej wiedzy nie ma racjonalnego przyrodolecznictwa.

Życie człowieka, w zależności od warunków jego bytowania, sprowadza się w większym lub mniejszym stopniu do walki z przyrodą. Nic więc dziwnego, że, zwalczając choroby, często jesteśmy zmuszeni walczyć z przyrodą, czego przejawem najjaskrawszym jest zwalczanie śmierci. Śmierć jest niezawodnie najpotężniejszym ciosem przyrody dla wszakiego, co żyje. Człowiek nie cieszy się żadnym uprzywilejowaniem ze strony przyrody poza inteligencją, której rozwój mu umożliwiła, pozbawiając go innych cennych właściwości. „Natura nie jest zainteresowana w usunięciu cierpienia, choroby i śmierci jednostki“ (*Hirszfeld*), jak nie obchodzi jej nic, czy ziemia wyda obfity plon, czy też

zniszczą go w zarodku lub później wrogie żywioły. Dla natury nie istnieje różnica między geniuszem a człowiekiem pospolitym: pomijając rzadkość objawiania się geniuszu, jakże stosunkowo często umiera on młodo w rozkwicie sił twórczych. Oddając „na strawienie ziemi“ młody talent, czyż nie „doznajemy uczucia (są to słowa *Jana Parandowskiego*) jakby nam kazano spełnić czyn przeciwny rozumowi, okrutny i występny“.

Umieraniu zazwyczaj towarzyszą ciężkie cierpienia. Niedaremnie ludzi, którzy zmarli śmiercią nagłą, zwłaszcza podczas snu, zalicza się do szczęśliwców. Jeżeli, według maksymy *Hipokratesa*, „*sedare dolorem opus divinum est*“, to usuwanie cierpień umierającym, których przyroda mu nie szczędzi nawet w sytuacji zupełnie beznadziejnej, należy do szczytnych zadań lekarza (*euthanasia*).

Jak wynika z całokształtu zagadnień, poruszonych tylko fragmentarycznie, zjawisko życia nie podlega prawom logiki. „Życie, głosi *Nicolle*, tworzy na oślep. Jakże uważać za wynik rozumowania i dzieło rozsądku to, co jest tylko wypadkową szczególnych warunków? Życie nie zna rozsądku. Szuka jedynie możliwości przenoszenia się, próbując ich za każdym razem, gdy tylko na nie natrafi. Znane nam są tylko pomyślnie wyniki. Oto czemu wydaje się nam, że przyroda kieruje się rozumem“. „Przypisywanie ludzkiej inteligencji nieznanym nam przyczynom, niezmiernym głębiom dziejących się spraw, całemu chaosowi aktów przyrody należy do najpospolitszych i najgorszych błędów“. Z punktu naszej inteligencji przyroda jest nierozumna, wobec czego należy przestać używać terminu „rozum przyrody“, a mówić raczej „sposób jej postępowania“ (*Nicolle*).

Przypisując przyrodzie cechy, których nie posiada, trudno rościć do niej pretensje, że nie ziszcza naszych urojeń. Żal z tego powodu żywić możemy tylko do siebie.

W przyrodzie wszystko jest względne. W stanach alergicznych nawet pożywienie idealnie „zdrowe“ może być przyczyną ciężkich zaburzeń. Względna jest też celowość w przyrodzie. Nic więc dziwnego, że metody, jakimi posilkuje się medycyna, nie zawsze przyrodę naśladują i wspomagają, ale się też przyrodzie przeciwstawiają.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej.

Podał

Dr Stanisław TUBIASZ (Warszawa).

Administracja sanitarna.

W okresie wojny światowej, kiedy wrogie sobie armie toczyły boje na ziemiach polskich, a losy tych ziem ważyły się na szalach zdarzeń dziejowych, kładziono już pierwsze podwaliny Polskiej Służby Zdrowia. W Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu w dniu 15 lutego 1917 roku powołano do życia Referat Zdrowia Publicznego, a kierownikiem jego został Dr *W. Chodźko*. W kwietniu 1918 roku powstało już Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, które w październiku tegoż roku zostało podzielone na dwie części

ci — na Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz na Ministerstwo Ochrony Pracy.

W tym samym czasie organizowano pracę w terenie, tworząc okręgowe i powiatowe Urzędy Zdrowia, które były jednakże całkowicie uzależnione od władz okupacyjnych.

Z chwilą ustąpienia tych władz i przejęcia całej administracji przez urzędy polskie zagadnienia zdrowia publicznego stanęły w całej grozie przed światem lekarskim. Był to okres szerzenia się groźnych epidemii na ziemiach polskich, spowodowanych ciągłymi ruchami wojsk i ludności, ogólną nędzą i niedożywieniem, a dostarczanych ze Wschodu.

Do walki z tym stanem rzeczy niezbędna była sprężysta organizacja, wyposażona w odpowiednie pełnomocnictwa. Toteż już w grudniu 1918 r. powołano do życia odrębne Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a w roku 1920 utworzono poza tym specjalny urząd

Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami oraz Instytut Epidemiologiczny jako centralne laboratorium diagnostyczne.

Organizacja, ujęta w ten sposób, przetrwała do roku 1924, kiedy ze względów oszczędnościowych zniesiono Ministerstwo Zdrowia Publicznego, przekazując główną część jego agend Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, częściowo zaś przenosząc je do Ministerstwa Opieki Społecznej.

Taki podział kompetencji okazał się jednakże już wkrótce trudny do urzeczywistnienia, i dlatego w roku 1932 nastąpiła nowa reorganizacja centralnych władz Służby Zdrowia, polegająca na przeniesieniu Departamentu Służby Zdrowia z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Ministerstwa Opieki Społecznej.

Ten stan rzeczy trwa do chwili obecnej, dając prawie całkowite zespolenie agend Zdrowia Publicznego w jednym ministerstwie. Poza Ministerstwem Opieki Społecznej pozostają: sprawy techniki sanitarnej (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych), sprawy higieny szkolnej (Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego), higiena środków komunikacyjnych (Ministerstwo Komunikacji) i higiena więzień (Ministerstwo Sprawiedliwości).

Przy Ministerstwie Opieki Społecznej istnieje poza tym jako ciało doradcze i opiniodawcze Państwowa Naczelną Radą Zdrowia, składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Opieki Społecznej i innych Ministerstw, zainteresowanych sprawami zdrowia. W skład jej wchodzi również delegaci Państwowego Zakładu Higieny, Uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Samorządu terytorialnego itp.

Bardzo ważnym organem pomocniczym Państwowej Służby Zdrowia jest Państwowy Zakład Higieny, który powstał ze wspomnianego poprzednio Instytutu Epidemiologicznego. Zadaniem tej instytucji jest prowadzenie badań naukowych, wykonywanie badań analitycznych, wyrób surowic i szczepionek, kształcenie personelu rządowej i samorządowej Służby Zdrowia oraz różne czynności zlecone zakładowi przez Ministra Opieki Społecznej. Państwowy Zakład Higieny ma 11 filii, obsługujących poszczególne Województwa, a w najbliższych latach przewiduje się, że każde miasto wojewódzkie będzie posiadało taką filię.

Wreszcie Ministerstwo Opieki Społecznej administruje zdrojowiskami państwowymi (Burkut, Busk, Ciecocinek, Druskieniki, Krynica i Szkoło) i 19 szpitalami państwowymi (przeważnie w Województwach Wschodnich).

Organizacja Służby Zdrowia w terenie polegała na przekształceniu wspomnianych wyżej okręgowych urzędów zdrowia na Wydziały Zdrowia Publicznego w Urzędach Wojewódzkich. W roku 1932, kiedy sprawy zdrowia umieszczono w Ministerstwie Opieki Społecznej, wydziały te połączono z Wydziałami Pracy i Opieki Społecznej, tworząc wspólne Wydziały Pracy, Opieki i Zdrowia prawie we wszystkich Województwach.

Kierownikiem takiego Wydziału jest zwykle lekarz, który ma do pomocy kilku tzw. inspektorów (lekarskich i farmaceutycznych). Zadaniem tych inspektorów jest kontrola działalności różnych instytucji Zdrowia Publicznego w terenie. Z innych urzędników lekarskich, zatrudnionych w Urzędach Wojewódzkich, należy wymienić epidemiologów, których zadaniem jest zwalczanie chorób zakaźnych, a działających w ścis-

łym porozumieniu z filiami Państwowego Zakładu Higieny, i referentów ratownictwa sanitarnego, zajętych przystosowaniem aparatu sanitarnego do warunków wojennych. Wreszcie w każdym Urzędzie Wojewódzkim jest obecnie instruktorka pielęgniarstwa, która nadzoruje działalność pielęgniarek w terenie, w zakładach leczniczych i zapobiegawczych.

W każdym mieście powiatowym jest lekarz powiatowy jako urzędnik państwowy, który sprawuje nadzór nad Zdrowiem Publicznym na terenie powiatu.

Tak ujętej organizacji Państwowej Służby Zdrowia odpowiada właściwy dział w budżecie Państwa. Wydatki te nie są wielkie i wahają się w granicach około 10 milionów złotych rocznie, co stanowi zaledwie ułamek odsetka wydatków ogólnych, a na jednego obywatela wynosi 25—30 groszy w stosunku rocznym.

Wydatki te są dlatego tak niewielkie, że w myśl założeń ustawodawstwa polskiego zadania Państwowej Służby Zdrowia są ograniczone do czynności legislacyjnych i nadzorczych, a częściowo także do akcji udzielania zapomóg różnym instytucjom, współdziałającym w zakresie Zdrowia Publicznego. Bezpośrednie wykonawstwo w terenie natomiast należy do zadań samorządu terytorialnego i wymienionych instytucji społecznych.

Działalność samorządu gromadzkiego i gminnego w zakresie Zdrowia Publicznego jest minimalna i sprowadza się przeważnie do pokrywania kosztów leczenia ubogich chorych, a czasem do udzielania zapomogi położnej gminnej. Dopiero samorząd powiatowy ma większy zakres działania i większy budżet. Utrzymuje on cały szereg placówek leczniczych: zapobiegawczych, a doradcą tego samorządu w sprawach zdrowia jest z reguły lekarz powiatowy.

Jednakże zagadnienia zdrowotne na terenie powiatu są zbyt rozległe i liczne, a żeby jeden lekarz urzędowy mógł im podołać, i dlatego od lat przeszło dziesięć władze centralne Państwowej Służby Zdrowia prowadzą akcję w kierunku podziału każdego powiatu na kilka części, tzw. okręgów (rejonów) sanitarnych. W każdym takim okręgu, składającym się z kilku gmin, ma być lekarz okręgowy, opłacany przez samorząd, a pracujący pod kierunkiem lekarza powiatowego. Każdy lekarz okręgowy powinien mieć warsztat pracy w postaci Ośrodka Zdrowia.

Pierwsze 2 Ośrodki Zdrowia powstały w r. 1925. Liczba ich wzrastała w szybkim tempie, a w dniu 1.1. 1938 r. mieliśmy ich 482. Jednakże jest to jeszcze liczba daleka od tego, co być powinno. Licząc przeciętnie po 5 Ośrodków na powiat, dopiero 1300 Ośrodków Zdrowia jako tako może obsłużyć ludność, a ideałem naszym jest, żeby każda gmina posiadała taką placówkę.

Zadaniem każdego Ośrodka Zdrowia jest opieka nad człowiekiem (opieka nad matką i dzieckiem, walka z chorobami zakaźnymi i społecznymi) i nad jego otoczeniem, (nadzór nad wodą, nad żywnością, usuwaniem nieczystości). Ośrodek Zdrowia w tym ujęciu jest podstawową jednostką Służby Zdrowia.

W roku 1936 było czynnych 397 Ośrodków Zdrowia, które roztoczyły opiekę nad 1,085,329 osobami, udzielając im 2,233,014 porad lekarskich i wykonywając 378.176 odwiedzin domowych przez pielęgniarki. Koszt ogólny prowadzenia tych Ośrodków w roku 1936 wyniósł 5,119,217 złotych.

Wszystkie wydatki samorządu terytorialnego w r. 1937/38 wyniosły 691,7 miliona złotych, z czego na

sprawy Zdrowia Publicznego przeznaczono 52,7 miliona. A więc wydatki na zdrowie stanowią 7,6% wydatków ogólnych, a na jednego obywatela wypada 1,55 zł.

Niektóre instytucje społeczne, jak Polski Czerwony Krzyż, Polski Związek Przeciwgruźliczy, Polski Związek Przeciwweneryczny, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet itp., są dużą pomocą służby Zdrowia w jej wysiłkach nad podniesieniem stanu zdrowotnego Państwa. Działalność ich jednak trudno jest ująć w liczby. Ma ona raczej charakter pionierski. Torują one drogę i przygotowują teren do działalności samorządu. Pomoc ta ma zwłaszcza duże znaczenie w przypadkach klęsk nieprzewidzianych, kiedy normalna machina administracyjna nie może czasem sprostać swym zadaniom.

W ostatnich latach rozwija się coraz bardziej działalność Ubezpieczalni Społecznych w dziedzinie Zdrowia Publicznego. Stanowi to tylko pośredni przedmiot zainteresowania tych tak potężnych finansowo instytucji. Jednakże pomoc ta w zakresie prowadzenia szpitali i Ośrodków Zdrowia jest bardzo cenna, i współpraca ze Służbą Zdrowia rozwija się pomyślnie z roku na rok.

Wszystkie wspomniane dotychczas czynniki, działające na terenie Zdrowia Publicznego, a więc Państwo, samorząd i instytucje społeczne, muszą dla swej akcji mieć oparcie w przepisach prawnych, nadających tej akcji pewien określony i jednolity kierunek.

Władze polskie, organizując nową administrację w państwie odrodzonym, napotkały na ziemiach polskich aż pięć różnych ustawodawstw. Z tych dwa na terenie byłego zaboru rosyjskiego (Królestwo Kongresowe i Województwa Wschodnie), dwa na terenie byłego zaboru austriackiego (Województwa Południowe i Spisz) i jedno pruskie. Dużych wysiłków trzeba było ze strony władz państwowych i dużo dobrej woli ze strony obywateli, żeby w tych warunkach uniknąć chaosu legislacyjnego i żeby wprowadzić pewien ład. Trzeba było całe ustawodawstwo w zakresie Zdrowia Publicznego przerobić i zunifikować, przystosowując je do warunków życia polskiego i do wymogów wiedzy współczesnej.

Prace te nie są jeszcze ukończone, ale pozostałości ustawodawstwa państw zaborczych są minimalne, i można już bezwzględnie uważać Polskę pod względem ustawodawstwa sanitarnego za pewną całość, uwzględniającą wszystkie najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej.

Sprawy zawodowe.

Jednym z najważniejszych zadań nowopowstałej Państwowej Służby Zdrowia było zunifikowanie i uporządkowanie zagadnień stanu lekarskiego i zawodów pomocniczych. Było to tym konieczniejsze, że w okresie wojennym namnożyło się dużo świadectw i dyplomów o wartości wątpliwej, dużo innych świadectw i dyplomów zaginęło na skutek działań wojennych. Toteż stopniowo, w ciągu lat, ukazywały się przepisy, normujące warunki wykonywania poszczególnych zawodów, jako to: sprawy praktyki lekarskiej (1921), lekarsko-dentystycznej i techników dentystycznych (1927), farmaceutów (1932), felczerów (1921), położnych (1928), pielęgniarek (1935) i kontrolerów sanitarnych (1930).

Obecny stan rzeczy jest taki, że lekarzy, uprawnionych do wykonywania praktyki w Państwie Polskim, według danych z roku 1935, mamy 12,427, czyli

jednego na 2,800 mieszkańców, podczas gdy Niemcy i Czechosłowacja mają 1 lekarza na 1,350 mieszkańców. Ze lekarzy w Polsce jest za mało, świadczą trudności zdobycia odpowiednich kandydatów na różne wolne stanowiska, zwłaszcza na prowincji.

Rozsiedlenie lekarzy w terenie jest również niewłaściwe. Podczas gdy w miastach większych wypada 1 lekarz na 595 obywateli (w Krakowie nawet 1 na 310), w małych miasteczkach i wsiach na 1 lekarza wypada 6,250 mieszkańców. W rezultacie wieś jest prawie zupełnie pozbawiona opieki lekarskiej.

Ażeby uzyskać większą liczbę lekarzy, poczynione zostały starania, aby z jednej strony zwiększyć liczbę słuchaczy na wydziałach lekarskich, z drugiej zaś wszczęte zostały kroki, mające na celu otwarcie nowych wydziałów lekarskich. Dla osiągnięcia bardziej racjonalnego rozsiedlenia lekarzy wydana została ustawa (1938), wymagająca, aby każdy lekarz po ukończeniu uniwersytetu praktykował co najmniej 2 lata poza większymi miastami.

Lekarzy dentystów jest w Polsce według danych z roku 1938 — 3661, farmaceutów 5923, położonych — około 10,000, pielęgniarek — około 1500, kontrolerów sanitarnych około 400. Liczby te są na ogół niewystarczające i szybki rozwój aparatu Służby Zdrowia wymaga powiększenia ich w najbliższym czasie. Po za tym mamy w Polsce około 1,700 felczerów i mniej więcej 800 techników dentystycznych, uprawnionych do wykonywania praktyki dentystycznej. Dwa ostatnie zawody uznane zostały za zbędne. Pozostawiono jedynie uprawnienia tym osobom, które je nabyły w państwach zaborczych.

Ostre choroby zakaźne.

Zaraz po odzyskaniu niepodległości najgroźniejszym objawem w życiu ludności były epidemie, szerzące się w sposób zastraszący. Jeszcze w czasie trwania wojny władze okupacyjne, mając na widoku zdrowie armii, wydały szereg zarządzeń, nakazujących zgłaszanie chorób zakaźnych, odosabnianie chorych, ograniczenie wędrówek ludności itd. Na terenie, okupowanym przez armię austro-węgierską działał poza tym tzw. Krakowski Księzęco-Biskupi Komitet, który zakładał małe szpitaliki, prowadził akcję szczepienia i odkażania. Zaszczepiono wówczas przeciwko ospie, cholercie i durowi brzuszemu na terenie b. Galicji 1,534,560 osób, a w b. Królestwie Kongresowym — 370.445 osób.

Pomimo tych zarządzeń stan epidemiczny kraju był fatalny i w jednym roku 1919 zarejestrowano 219,088 przypadków duru plamistego.

Dopiero młoda administracja polska zabrała się energicznie do walki z klęską. Stworzono podstawę prawną do tej walki przez wydanie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych (1919) i powołano do życia specjalny urząd Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami, wyposażony w nadzwyczajne pełnomocnictwa. Jednocześnie, wobec katastrofalnego braku funduszy i wobec groźby, jaką epidemie na ziemiach polskich stanowiły dla Europy Zachodniej, zwrócono się o pomoc do Ligi Narodów, która tej pomocy, choć w niewielkiej mierze, udzieliła.

Ogółem uruchomiono wówczas (1919—1924) 113 szpitali o 6.500 łózkach oraz 53 kąpieliska i łaźnie. Wzdłuż granicy wchodniej, skąd napływały liczne rzesze reemigrantów, utworzono kordon sanitarny. Skła-

dał się on przede wszystkim z punktów wejściowych, gdzie udzielano pierwszej pomocy, chorych umieszczano w specjalnych wagonach i transportowano do drugiej linii, tj. do stacji kwarantanowych. Tu repatrianci pozostawali około 5 dni. Ludzi zdrowych kąpano i poddawano odwszeniu, stosowano szczepienia ochronne. Chorych umieszczano w szpitalach. Następną, trzecią linią obrony były tzw. stacje etapowe, gdzie mieściły się duże szpitale. Repatriantów badano i w razie potrzeby poddawano ponownie kąpielem i dezynsekcji.

Tak energiczne i celowe zarządzenia doprowadziły szybko do spadku nasilenia epidemii. Reemigracja ustała również. Toteż, poczynając od roku 1923, można już uważać, że wielkie epidemie w Polsce wygasły. Zdarzają się sporadyczne niewielkie wybuchy, ale na ogół liczba przypadków chorób zakaźnych jest mniej więcej stała.

Choroby zakaźne w Polsce
(liczby przeciętne, roczne)

	1919-1924		1933-1938.	
	L. przypad.	L. zgonów	L. przypad.	L. zgonów
Ospa naturalna	2758	475	3	0
Dur brzuszny i rzekomy	19809	1665	15608	1132
Dur plamisty	98128	9902	3993	236
Dur powrotny	13516	472	2	0
Czerwonka	18271	2795	7539	793
Plonica	15996	2077	21379	530
Blonica	3409	398	19838	1008
Zimnica	15786	19	260	1
Razem	187673	17803	68622	3700

Załączona powyżej tablica ilustruje nasilenie najważniejszych chorób zakaźnych w Polsce, podając dla porównania przeciętną roczną liczbę przypadków i zgonów w pięcioleciu 1919—1924 i pięcioleciu 1933—1938. Widać z niej, że znikły prawie zupełnie ospa naturalna, dur powrotny i zimnica. W znacznym stopniu zmniejszyło się nasilenie duru plamistego i czerwonki. Liczba przypadków duru brzuszego pozostaje mniej więcej na tym samym poziomie, a pewien wzrost nasilenia daje się zauważyć w błonicy i błonicy.

Jeżeli chodzi o ospę, to przed wojną nie było jej w b. zaborze pruskim, ale w b. zaborze austriackim było rocznie około 30 przypadków, a w b. zaborze rosyjskim 3—4 tysięcy przypadków rocznie. W czasie wojny i w pierwszych latach po wojnie liczby te znacznie wzrosły. W 1919 r. wydano ustawę o szczepieniu ochronnym przeciw ospie, wymagającą, by każde dziecko było zaszczepione w 1-ym i 7-ym roku życia. Stosowane energiczne szczepienia, których liczba przekracza 2 miliony rocznie, sprawiły, że od r. 1921 nasilenie ospy spada, a obecnie liczba przypadków wynosi kilka w ciągu roku.

Walka z dudem brzuszny prowadzona jest przez stopniowe polepszanie warunków bytowania (zaopatrywanie w wodę, usuwanie nieczystości itp.). Ten system walki, aczkolwiek niewątpliwie skuteczny, wymaga dużych nakładów pieniężnych, i dlatego poprawa nie jest wyraźna. Jednocześnie stosowane są szczepienia ochronne, których rocznie dokonywa się około 300 tysięcy.

O wiele poważniejszym zagadnieniem podczas woj-

ny i zaraz po wojnie był dur plamisty. Liczba przypadków tej choroby w latach 1919 i 1920 przekraczała 100 tysięcy, a liczba zgonów 20 tysięcy. Obecnie liczba tych przypadków waha się około 4.000 rocznie prawie wyłącznie w wojew. wschodnich, ale zawsze istnieje możliwość wybuchu groźnej epidemii. Walkę z tą chorobą prowadzi specjalne kolumny, złożone z lekarza, pielęgniarki i dezynfektora, a wyposażone w niezbędny sprzęt. Udają się one do miejscowości, gdzie dur plamisty występuje, i przeprowadzają dokładną izolację chorych, dezynfekcję i dezynsekcję otoczenia a także starają się prowadzić propagandę czystości wśród ludności miejscowej. Wreszcie stosowane są również szczepienia metodą prof. Weigla, niestety, na niewielką skalę. Liczba ich nie przekracza kilkunastu tysięcy rocznie.

Czerwonka występuje głównie w województwach południowo-wschodnich. Walkę z nią prowadzi się również przez podniesienie ogólnego stanu sanitarnego kraju i drogą szczepień ochronnych, których liczba wynosi przeciętnie kilkanaście tysięcy rocznie.

Liczba przypadków płonicy i błonicy wzrosła w ciągu lat ostatnich, ale analogiczny wzrost nasilenia daje się zauważyć także we wszystkich państwach Zachodniej Europy. Specjalnie zaś w odniesieniu do błonicy Ministerstwo Opieki Społecznej wydało w r. 1936 rozporządzenie o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko tej chorobie. Na razie przeszczepiono dzieci w województwach łódzkim, poznańskim i śląskim.

Trudno jest jeszcze wydać ostateczną opinię o tych szczepieniach, gdyż na wielką skalę są stosowane dopiero od dwóch lat.

Dur powrotny i zimnica nie stanowią obecnie w Polsce poważnego zagadnienia.

Choroby społeczne.

Chcąc scharakteryzować działalność Służby Zdrowia w walce o podniesienie stanu sanitarnego kraju, wypada z kolei przejść do omówienia walki z tzw. chorobami społecznymi, tj. z tymi cierpieniami o charakterze przewlekłym i masowym, które powodują dla społeczeństwa kolosalne straty w materiale ludzkim oraz natury gospodarczej, a które posiadają jeszcze tę cechę wspólną, że można im w dużym stopniu zapobiec.

Do chorób tych zaliczamy gruźlicę, jaglicę, choroby weneryczne, nadmierną umieralność matek i niemowląt, alkoholizm i inne podobne zagadnienia.

Walka z chorobami społecznymi prowadzona jest głównie przez zakładanie przychodni specjalnych, działających bądź samodzielnie, bądź też coraz częściej w przychodniach różnego rodzaju, połączonych w tzw. Ośrodki Zdrowia, o których była mowa wyżej.

W przychodniach tych stosowane są przede wszystkim metody ścisłego rozpoznawania choroby i udzielania choremu, wzgl. jego otoczeniu, wskazań co do właściwego zachowania się, a w miarę potrzeby stosuje się także metody leczenia ambulatoryjnego zależnie od rodzaju choroby i przypadku. Pielęgniarka, współpracująca z lekarzem, odwiedza chorego w domu, sprawdza, czy polecenia lekarza są wykonywane, i udziela ze swej strony wskazań co do zachowania ogólnej czystości. Poza tą akcją pozostaje, oczywiście, sprawa leczenia zakładowego, o czym będzie mowa dalej.

Otóż w walce z gruźlicą pierwsze przychodnie powstały w r. 1918, było ich wówczas 8. Na początku roku 1938 mamy ich 532. Liczba łóżek dla chorych na gruźlicę wynosiła w r. 1928 — 6.827, a w roku 1937 — 8.318.

W r. 1924 powstał Polski Związek Przeciwgruźlicy, którego zadaniem jest zespolenie i uzgodnienie działalności poszczególnych towarzystw i instytucji przeciwgruźliczych. Wydano również szereg przepisów, normujących działalność przychodni przeciwgruźliczych, a także opracowano projekt specjalnej ustawy przeciwgruźliczej. Projekt ten, opracowany w Ministerstwie Opieki Społecznej, został złożony Izbowi Ustawodawczemu do zatwierdzenia. Wreszcie prowadzone są od dłuższego czasu szczepienia ochronne niemowląt przeciw gruźlicy tzw. szczepionką BCG. Akcja ta, rozpoczęta w r. 1925, rozwija się stopniowo. W roku 1936 zaszczepiono 36.844 dzieci.

Okres wojenny i lata powojenne wzmogły także poważnie nasilenie jaglicy, która zawsze istniała na ziemiach polskich. Kiedy w latach 1925 i 1926 zbadano w tym kierunku dzieci w zakładach opiekuńczych i szkołach, okazało się, że w 74% zakładów opiekuńczych stwierdzono jaglicę u dzieci i to w odsetku ponad 13%. W szkołach powszechnych i średnich znaleziono jaglicę u 1—8% dzieci. Dzieci chore trzeba było izolować i leczyć. W tym celu stworzono 6 zakładów specjalnych, a liczba dzieci, leczonych w tych zakładach, dochodziła do 3.000.

W roku 1928 ukazał się dekret Prezydenta Rzeczypospolitej, który stanowił, że każdy przypadek jaglicy powinien być zgłaszany, a samorzady obowiązane są do zakładania i prowadzenia zakładów niezbędnych do zwalczania tej choroby społecznej.

Pierwsze przychodnie przeciwjaglicze powstały w roku 1925 w liczbie 11. Na początku roku 1938 było ich 696. Poza tym uruchomione zostały specjalne kolumny przeciwjaglicze wspólnie z Polskim Czerwonym Krzyżem, które dojeżdżają do miejscowości o największym nasileniu jaglicy i prowadzą energiczną akcję leczniczą i propagandową.

W wyniku tych posunięć stwierdzić należy, że nasilenie jaglicy spada z roku na rok. W szkołach i zakładach opiekuńczych jaglica jest już zjawiskiem stosunkowo rzadkim. W związku z tym można było zlikwidować 5 z wymienionych zakładów leczniczych, pozostawiając jeden w Witkowicach pod Krakowem.

Choroby weneryczne szerzą się gwałtownie wśród ludności miejskiej i wymagają prowadzenia na tym terenie energicznej akcji. W tym celu zakładane są liczne przychodnie, których w roku 1923 było 14, a na początku roku 1938 — 507. Liczne przychodnie są prowadzone również w okolicach z kiłą endemiczną, a więc przede wszystkim na Huculszczyźnie, a także powiecie brzesławskim.

W roku 1928 zawiązano Polski Związek Przeciwweneryczny o zadaniach podobnych do Związku Przeciwgruźliczego. Opracowano również w Ministerstwie Opieki Społecznej projekt ustawy przeciwwenerycznej, który został złożony Izbowi Ustawodawczemu do zatwierdzenia.

Umieralność niemowląt w Polsce w okresie lat 1931—1935 wyraża się liczbą 13,7 zgonów na 100 urodzeń żywych. Odsetek ten w r. 1930 w miastach holenderskich wynosił tylko 4,1. Umieralność matek w okresie połogu jest też duża ze względu na brak opieki w tym okresie, lub też z powodu opieki nieodpowiedniej. Akcję walki z tymi zjawiskami prowadzi się w Polsce, tak samo, jak i w innych krajach, przede wszystkim w przychodniach dla matki i dziecka. Kilka takich przychodni istniało już na ziemiach polskich przed wojną światową, ale właściwy rozwój akcji przypada na okres powo-

jenny. W roku 1914 było 6 przychodni dla matki i dziecka, obecnie mamy ich już 669.

W roku 1920 powstał przy współdziałaniu rządu Stanów Zjednoczonych A. P. tzw. Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom, który zajmował się przede wszystkim akcją dożywiania dzieci, ale także założył szereg przychodni dla matek i dzieci. W roku 1922, kiedy Amerykanie wycofali się z tej instytucji, została ona przekształcona na Polski Komitet Pomocy Dzieciom, który istnieje do chwili obecnej.

W przygotowaniu jest projekt ustawy o opiece nad zdrowiem dziecka, który ma sprawę tę ostatecznie zorganizować i nadać jej trwałe podstawy finansowe.

Zwalczanie alkoholizmu jest prowadzone również częściowo w przychodniach, których w chwili obecnej mamy 11. Ale poza tym prowadzona jest rozległa propaganda przez stowarzyszenia, które się w tym celu zawiązały. Akcja ta korzysta z subwencji ze Skarbu Państwa.

Istnieje również ustawa przeciwalkoholowa z roku 1920 (zmieniana wielokrotnie), która wprowadza ograniczenia w obrocie alkoholem, mające na celu zmniejszenie możliwości spożycia w pewnych okolicznościach.

Z funduszy państwowych utrzymywane są także dwa zakłady lecznicze dla alkoholików i narkomanów. Jeden z nich — dla mężczyzn — znajduje się w Świacku-Wołówiczkowskim (pów. Augustów), drugi — dla kobiet — w Gościejewie (pow. Oborniki).

Poza wymienionymi chorobami społecznymi są jeszcze inne cierpienia, które dopiero nabierają charakteru chorób społecznych, i którymi Służba Zdrowia dopiero zaczyna się interesować. Są to takie choroby, jak rak, reumatyzm, choroby psychiczne. Zorganizowanie racjonalnej walki z tymi cierpieniami będzie prawdopodobnie zadaniem Służby Zdrowia już w niedalekiej przyszłości.

Higiena publiczna.

Zwalczanie chorób byłoby tylko częściowe, gdyby polegało wyłącznie na opiece nad człowiekiem, trzeba dbać także o otoczenie człowieka, które wywiera potężny wpływ na jego stan zdrowotny. Państwowa Służba zdrowia i w tym kierunku poczyniła poważne wysiłki.

Przed wszystkim wydano szereg ustaw, normujących te zagadnienia. Do takich należą przepisy o zaopatrywaniu ludności w wodę (1928), o usuwaniu nieczystości (1928), prawo budowlane (1928), o dozorcach nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (1928), o chowaniu zmarłych i stwierdzaniu przyczyny zgonu (1932). Poza tym wydano wiele rozporządzeń i okólników w tych samych sprawach. Wreszcie wszystkie placówki Służby Zdrowia, zarówno rządowej, jak i samorządowej, prowadzą energiczną akcję propagandową i inspekcyjną, mającą na celu podniesienie stanu sanitarnego kraju.

W wyniku tych prac stwierdzić można poprawę w różnych dziedzinach. A więc, podczas gdy w r. 1918 tylko 68 miejscowości na ziemiach polskich było zaopatrywanych w wodę z wodociągów, to w r. 1938 liczba ta wynosi już 198, analogicznie liczba miejscowości, posiadających kanalizację, wzrosła z 38 na 119. Liczba prób artykułów żywności, zbadanych w państwowych zakładach badawczych, wynosiła w r. 1919 — 28.662, zaś w roku 1936 — 69.114.

Pomimo wszelkich wysiłków jest rzeczą, nie ulegającą wątpliwości, że stan sanitarny kraju pozostawia

jeszcze dużo do życzenia. 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 podstawie tych samych obserwacji stwierdzono w r. 1933 stan nieodpowiedni: nieruchomości — 23,8%, rynków i targowisk — 26,4%, rzeźni — 18,5%, jatek — 26,8%, sklepów spożywczych — 24,6%, piekarń — 29,1%, jadłodajni — 20,1%, hoteli — 12,5%, fryzjerni — 23,1%.

Lecznictwo.

Stan zakładów leczniczych, które Polska odziedziczyła po państwach zaborczych, pozostawiał dużo do życzenia, zwłaszcza zaś w byłych zaborach rosyjskim i austriackim działania wojenne poczyniły duże spustoszenie, a liczba łóżek szpitalnych była niewystarczająca.

Tuż po wojnie mieliśmy na ziemiach polskich 304 szpitale z 44.205 łózkami. Już w okresie pierwszych lat powojennych uczyniono duży wysiłek, zakładając 113 nowych szpitali o 6.500 łózkach, o czym już była mowa wyżej. Akcję tę prowadzono w dalszym ciągu pomimo kryzysu gospodarczego, mobilizując do tego celu fundusze ze wszelkich możliwych źródeł. W ciągu lat ostatnich większej pomocy w tym zakresie udzielił Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W wyniku tych wysiłków możemy stwierdzić, że na początku roku 1938 mieliśmy już 667 szpitali, a w nich 74,999 łóżek. Stanowi to od r. 1914 przyrost o 70%, a na 1000 mieszkańców mamy obecnie 2,2 łóżka.

Są to oczywiście liczby dalekie od wystarczających, jeżeli zważymy, że w Niemczech na 1000 mieszkańców przypada 9,8 łóżek, w Austrii 7,8, a w Czechosłowacji 5,4. Gdybyśmy się zadowolili skromną liczbą 4 łóżek na 1000 mieszkańców, to trzeba by ich mieć w chwili obecnej około 140 tysięcy, czyli, że brak nam przeszło 40% liczby niezbędnej. Jest rzeczą jasną, że poza tą stroną liczbową omawianego zagadnienia pozostaje zagadnienie jakości szpitali, które nie zawsze stoją na wysokości zadania.

Podstawy prawne dla sprawy szpitali zostały położone w r. 1928 przez ogłoszenie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych. Niestety, przepisy te nie obowiązują na terenie Województw Południowych, gdzie dotychczas pozostały w mocy przepisy b. władz austriackich. Jednakże należy się spodziewać, że sprawa unifikowania ustroju szpitalnictwa będzie zrealizowana już w najbliższym czasie. Odpowiednie prace są w toku.

Nierozstrzygnięta dotychczas jest również kwestia, kto ma ponosić koszty leczenia zakładowego ubogich chorych. Jest to zagadnienie natury finansowej trudne do rozwiązania, i w zakresie tym wciąż jeszcze obowiązują przepisy b. państw zaborczych. To, że nie przewidziano w odpowiednim przepisie prawnym, kto takie koszty pokrywa, i że nie znaleziono właściwych źródeł na ich pokrycie, powoduje, że ludność uboga unika szpitala, bo koszty leczenia mogą niejednokrotnie zupełnie zrujnować mańrolnego włościanina. Takie unikanie szpitala zachodzi nawet w przypadkach chorób zakaźnych, i to jest prawdopodobnie jednym z powodów, że choroby te trwają w Polsce uporczywie i tak trudne są do wyłknięcia.

Projekt ustawy o pokrywaniu kosztów leczenia został już przygotowany w Ministerstwie Opieki Społecznej, i można mieć nadzieję, że przy sprzyjających okolicznościach już w niedługim czasie uzyska on moc obowiązującą.

Polska posiada skarby nieocenione w postaci uzdrowisk różnego rodzaju, począwszy od miejscowości letniskowych, których całą zaletą jest krajobraz sielski, aż do wspaniałych zdrojowisk, wyposażonych w komfort wyszukany i najwymyślniejsze metody lecznicze, do nadmorskich miejscowości, gdzie kuracjusze mają do dyspozycji tak potężny czynnik leczniczy, jakim jest działanie wody morskiej i klimatu morskiego, i do położonych w górach osiedli z klimatem alpejskim.

Skarby te są wyzyskane tylko w niewielkim stopniu, gdyż państwa zaborcze nie dbały o rozwój uzdrowisk polskich, a dwadzieścia lat pracy w warunkach trudnych nie wystarczyło jeszcze do rozwiązania sprawy tak, jakby się ją rozwiązać pragnęło. W każdym razie rąk nie założono.

Już w roku 1922 wydana została Ustawa o uzdrowiskach, która normuje stronę prawną tego zagadnienia. Utworzono Państwową Radę do spraw uzdrowisk. Zawiązano także „Związek Uzdrowisk Polskich“, a dla rozwiązania zagadnień naukowych z tego zakresu w toku są prace nad utworzeniem „Polskiego Instytutu Balneologicznego“ w Krakowie.

W zdrojowiskach, należących do Państwa (Busko, Ciechocinek, Druskieniki, Krynica i Szklno), które były przejęte od zaborców w stanie zupełnego zniszczenia, od lat 20 cały dochód obracany jest na inwestycje i ulepszenia. Podobnie i w uzdrowiskach, stanowiących własność prywatną, duży wysiłek włożono w to, aby zmienić na lepsze warunki pobytu i leczenia przybywających gości.

Skutki takiej polityki nie dały długo na siebie czekać. Frekwencja w uzdrowiskach polskich wzrasta z roku na rok, a pobyt w nich coraz bardziej zastępuje uważany dawniej za konieczny wyjazd za granicę. Kiedy w roku 1919 frekwencja w uzdrowiskach państwowych i innych, posiadających charakter użyteczności publicznej, wynosiła łącznie tylko 56.843, to w roku 1937 było w tych samych uzdrowiskach już 398.060 kuracjuszy. W ciągu lat ostatnich rozpoczęto także na szerszą skalę sprzedaż wód mineralnych i produktów zdrojowych poza samymi uzdrowiskami.

Sprawy farmaceutyczne.

Sprawy zakładania i prowadzenia aptek dotychczas podlegają przepisom b. państw zaborczych, często przestarzałym. Wydanie jednej dla całego Państwa nowej ustawy aptekarskiej napotyka poważne przeszkody natury gospodarczej. Jednakże projekt takiej ustawy został już opracowany i prawdopodobnie w ciągu lat najbliższych i ten dział Służby Zdrowia uzyska racjonalne, nowoczesne podstawy prawne.

Wysiłki Służby Zdrowia w zakresie aptekarstwa szły w tym kierunku, ażeby zwiększyć liczbę aptek i odpowiednio rozmieścić je w terenie. Podczas gdy w roku 1918 było w Polsce 1.560 aptek, to w roku 1938 jest ich już 2.310. Poza tym starania szły w tym kierunku, ażeby umożliwić jak najszerszym masom ludności korzystanie z leków w razie potrzeby. W tym celu w ciągu ubiegłych lat 20 przerabiano kilkakrotnie takse aptekarską, obniżając ją do granic możliwości.

Po wielu latach pracy specjalnej Komisji naukowej wydano w r. 1937 farmakopeę polską, a pragnąc ją znów przystosować do potrzeb i możliwości ubogiej ludności, wydano poza tym w r. 1938 specjalny wykaz środków leczniczych do przepisywania dla chorych ubogich. Ceny leków, zawartych w tym wykazie, nie przekraczają ceny kosztu.

Oddzielną gałąź spraw farmaceutycznych stanowią zagadnienia przemysłu farmaceutycznego. Przemysł taki na ziemiach polskich w okresie przedwojennym właściwie nie istniał, a prawie całkowite zapotrzebowanie w tym zakresie pokrywały przemysły niemiecki i francuski.

Władze polskie szczególną opieką otoczyły nowopowstający rodzimy przemysł farmaceutyczny. Stopniowo powstawały wytwórnie preparatów arsenobenzenowych, salicylowych, benzoesowych, bizmutowych, inozyto-fosforowych itd., itd. Podczas gdy w roku 1918 przemysł farmaceutyczny polski pokrywał zaledwie 10% zapotrzebowania wewnętrznego, a 90% sprowadzano z zagranicy, to obecnie mamy stosunek raczej odwrotny; odsetek materiału sprowadzonego z innych krajów wynosi tylko około 10%, a resztę wyrabia się w Polsce. Liczba zarejestrowanych specyfików krajowych wynosiła w r. 1921 — 20, a w chwili obecnej wynosi — 1.978.

Taka samowystarczalność pod względem preparatów farmaceutycznych ma oczywiście duże znaczenie gospodarcze, gdyż unika się w ten sposób wywożenia corocznie milionów złotych za granicę, a jednocześnie daje się zatrudnienie siłom roboczym w kraju.

Państwowy Zakład Higieny.

Prowadzenie racjonalnej walki z chorobami zakaźnymi jest obecnie nie do pomyślenia bez należytej obsługi laboratoryjnej. Toteż już w końcu r. 1918 powołano do życia Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny, który był przekształcony później, w r. 1923, na Państwowy Zakład Higieny. Z biegiem lat działalność tego zakładu i jego filii (o których była mowa wyżej) rozszerzała się nie tylko liczebnie, ale i jakościowo, tj. przybierała coraz to nowe działy pracy.

W r. 1927 ustalono organizację zakładu w ten sposób, że utworzono jako części składowe: dział bakteriologii i medycyny doświadczalnej, dział produkcji surowic i szczepionek, dział chemii farmaceutycznej i dział nauczania (Państwowa Szkoła Higieny). W r. 1934 do Państwowego Zakładu Higieny i jego filii wcielono Państwowe Zakłady Badania Żywności i Przedmiotów Użytku, przekształcając je na dział Badania Żywności w centrali, a odpowiednie oddziały w filiach. W r. 1936 nastąpiło pewne przegrupowanie czynności w działach dotychczasowych z wyłonieniem specjalnego działu wodnego, a w r. 1937 dodano jeszcze jako dział odrębny Instytut Higieny Psychiczej.

Każdy z wymienionych działów prowadzi energiczną i wydajną akcję, polegającą na badaniach naukowych i na bezpośredniej pracy w terenie. Dla zilustrowania rozwoju tej pracy wystarczy zacytować, że w r. 1919 ówczesny Zakład Epidemiologiczny wraz z filiami wykonał 32.477 badań diagnostycznych, a w r. 1937 liczba tych badań wyniosła 450.092. Produkcja surowic i szczepionek wystarcza prawie całkowicie na pokrycie zapotrzebowania wewnętrznego. W Państwowej Szkole Higieny prowadzony jest co roku kurs 6-cio miesięczny Higieny Publicznej dla lekarzy powiatowych i cały szereg krótszych kursów dla lekarzy, kontrolerów sanitarnych, nauczycieli i działaczy społecznych. Instytut Higieny Psychiczej ma przychodnię dla dzieci neuropatycznych i psychopatycznych, połączoną z oddziałem obserwacyjnym, a poza tym prowadzi kursy dla lekarzy, pielęgniarek i wychowawców z zakresu higieny psy-

chicznej, szkołę dla rodziców dzieci trudnych do prowadzenia i dział wydawniczo-propagandowy.

Działalność Państwowego Zakładu Higieny rozwija się w tym stopniu, że dotychczasowe pomieszczenia centrali (Warszawa, Chocimska 24) stają się już zbyt szczupłe i zamierzona jest już ich rozbudowa. W każdym z miast wojewódzkich powstaje filia Zakładu, zawierająca działy pracy niezbędne na danym terenie.

Sprawozdanie powyższe w sposób raczej ogólnikowy podaje i charakteryzuje prace, wykonane w zakresie Zdrowia Publicznego w ciągu 20 lat istnienia Polski Odrodzonej. Zestawienie faktów podanych wyżej o poszczególnych odcinkach tej działalności pozwala wszakże wyprowadzić pewne wnioski.

Pierwszy z nich o charakterze optymistycznym jest tego rodzaju, że na żadnym z odcinków Zdrowia Publicznego nie próżnowano. Postęp rzetelny widać w każdym dziale, często nawet postęp niespodziewany, jeżeli zważyć stan, jaki odziedziczyliśmy po zabórcach, stosunkowo krótki okres działania i skąpe fundusze, jakie były do dyspozycji. Jako działy, w których widać wyraźny postęp, można przykładowo wymienić: walkę z chorobami zakaźnymi, organizowanie nowoczesnej Służby Zdrowia (Ośrodki Zdrowia), działalność Państwowego Zakładu Higieny itd. Świadomość tych osiągnięć, które przekraczają często zdobycze innych krajów o starszej kulturze i większych zasobach pieniężnych, napawa nas otuchą i rokuje jaknajlepsze nadzieje na przyszłość.

Drugi wniosek, który należało by wyprowadzić, jest jednakże natury wręcz odmiennej. Należy stwierdzić, że stan zdrowotny kraju pozostawia jeszcze bardzo dużo do życzenia, nawet w porównaniu z krajami o podobnym poziomie kultury i bytowania (np. stan sanitarno-porządkowy, szpitalnictwo).

Trzeba jeszcze wielkich wysiłków ze strony Rządu, samorządu, organizacji społecznych i samego społeczeństwa, żeby podciągnąć Polskę na ten poziom w sprawach Zdrowia Publicznego, jaki Jej się słusznie w rodzinie narodów kulturalnych należy.

A trzeba także zdać sobie sprawę z tego, że, podnosząc stan zdrowotny, zmniejszamy liczbę osobników chorych i niedołączonych, natomiast przysparzamy Państwu obywateli pełnowartościowych. Przez to zmniejszamy straty, wynikłe z konieczności utrzymania elementów, obciążających budżet społeczny, a tym samym zwiększamy ogólny dochód społeczny. Nie ulega również wątpliwości, że, podnosząc społeczeństwo na wyższy poziom zdrowotny i przyswajając mu różne zwyczaje, z tym związane, podwyższamy jednocześnie poziom kultury ogólnej.

Wreszcie nie zapominajmy o tym, że nie ma radości życia bez zdrowia, a więc, dając ludziom zdrowie, dajemy im zarazem możliwość pełnego, świadomego wykorzystania wielkiego daru, jakim jest życie.

Obsługa bakteriologiczna i epidemiologiczna Państwa *).

Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość.

Podał

Prof. Dr Ludwik HIRSZFELD (Warszawa),

Kierownik Działu Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej Państwowego Zakładu Higieny.

W memoriale **), opracowanym dla Rady Nauk Ścisłych i Stosowanych, i na posiedzeniu Naczelnej Rady Zdrowia w roku 1937 przedstawiłem szereg postulatów, których realizacja jest niezbędna do zwalczania chorób zakaźnych w Polsce. Postulaty te dotyczyły głównie spraw, związanych z działalnością Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Podkreślałem małą liczbę lekarzy, która się stała obecnie powszechnie uznaną klęską społeczną, wtórny analfabetyzm lekarski, brak ośrodków kultury lekarskiej na prowincji, niewystarczający budżet Wydziałów Lekarskich itp. W dzisiejszym referacie pragnę zwrócić uwagę na wysiłki Państwowej Służby Zdrowia w kierunku rozbudowy niektórych z omówionych agend, ograniczając się specjalnie do ostrych chorób zakaźnych. Czynię to tym chętniej, ponieważ w tym roku mija lat 20 od utworzenia „Centralnego Instytutu Epidemiologicznego”. Chwila ta wymaga rzutu oka wstecz i w przyszłość.

Zakład nasz powstał bezpośrednio po ukończeniu wielkiej wojny, z inicjatywy ówczesnego Ministerstwa Zdrowia i pierwszego Dyrektora Zakładu, Ludwika Rajchmana, gdy fale duru plamistego i powrotnego, choiery itp. przelewały się przez wschód Europy. Powstał on z początku jedynie w celu walki z epidemiami, jako Centralny Instytut Epidemiologiczny. Poza oddziałem diagnostycznym Zakład posiadał Oddział Wyrobu Surowic i Szczepionek. Przy Centralnym Instytucie Epidemiologicznym zgromadziły się zakłady, nastawione na normalne warunki rozwoju Państwa: Zakład Badania Surowic i Instytut Farmaceutyczny. Dzięki pomocy Fundacji Rockefellera, agendy Zakładu zostały rozszerzone na sprawy dydaktyki w ramach, interesujących Państwową Służbę Zdrowia. W roku 1926 została otwarta w Warszawie pierwsza na kontynencie Państwowa Szkoła Higieny. Powstały w niej oddziały niezbędne do rozbudowy sanitarnej Państwa: Oddział Higieny Pracy, Inżynierii Sanitarnej, Medycyny Społecznej i Higieny odżywiania. W ten sposób stworzone zostały ośrodki pracy dydaktycznej i badawczej, bardziej zróżniczkowane, niż odpowiednie instytuty uniwersyteckie. Podczas więc, gdy katedry higieny w uniwersytetach musiały walczyć z niewystarczającym budżetem, utrudniającą pracę naukową, wymagającą dalej posuniętej specjalizacji warsztatów pracy, nie dającej się wtłoczyć w zakres zainteresowań jednego człowieka, to w Szkole Higieny widzimy powstanie ośrodków pracy badawczej i dydaktycznej poszczególnych gałęzi higieny. Szkoła Higieny zostaje otwarta w roku 1926, w tym też roku Zakład Badania Surowic i Instytut Farma-

ceutyczny zostają statutowo zespolone z Zakładem Epidemiologicznym. Powstaje instytucja, obejmująca diagnostykę bakteriologiczną, wyrób surowic i szczepionek, kontrolę surowic, medycynę doświadczalną, kontrolę środków farmaceutycznych, higienę pracy, higienę społeczną, higienę odżywiania, inżynierię sanitarną, zagadnienia dydaktyki i t. p. i t. p. Widomym wyrazem tej przemiany jest zmiana nazwy: Centralny Instytut Epidemiologiczny przekształca się w Państwowy Zakład Higieny. Rozwój Zakładu zmusza do otwierania nowych oddziałów: Oddział Badania Organopreparatów, zajmujący się kontrolą hormonów i witamin, poza Oddziałem Statystycznym powstaje Oddział Higieny Społecznej, wreszcie niezależnie od Oddziału Inżynierii Sanitarnej powstaje Dział Wodny, obejmujący zagadnienia gospodarki wodnej na terenie Państwa. Wyłania się konieczność kontroli środków spożywczych raczej z punktu widzenia higieniczno-lekarskiego: znajduje to wyraz we włączeniu Zakładu Kontroli Środków Spożywczych do Państwowego Zakładu Higieny. Ostatnio przy pomocy Fundacji Rockefellera powstaje Dział Higieny Psychiczej. Zakład zatem, który rozpoczął swą działalność jako placówka o charakterze diagnostycznym, obejmuje obecnie bodaj że całokształt zagadnień higieny.

Rola, którą odgrywa PZH, wymaga rozbudowy Filii. Powstały one wraz z Centralą, by nieść pomoc laboratoryjną dla lekarzy Państwowej Służby Zdrowia. Trudność w ich organizacji polega nie tyle na pracy laboratoryjnej, ile na jej wykorzystaniu. Należało formalnie przeorać psychikę lekarzy, ażeby zrozumieli rolę pracowni bakteriologicznych. Owa walka o współpracę lekarzy trwa od wielu lat i nie od razu znaleźliśmy drogę do porozumienia. Tym tłumaczę, że nie od razu zrozumiano doniosłość Filii, jak ośrodka pracy lekarskiej na prowincji. Minęły szczęśliwie czasy, kiedy groza redukcji stawała na przeszkodzie rozumnej rozbudowie naszych agend. Nie bez dumy pragnę podkreślić, że udało nam się przewidzieć i uchylić niebezpieczeństwo redukcji. Jeszcze w czasach dobrej konjunktury stworzyliśmy odrębne przedsiębiorstwo, obsługujące diagnostycznie urzędników państwowych i niektóre Ubezpieczalnie Społeczne. Filie w Lublinie i Toruniu są w dużym stopniu samowystarczalne. Filię w Wilnie utrzymujemy wspólnie z Ubezpieczalnią; dzięki tej współpracy możemy utrzymać placówkę na naszych kresach wschodnich. Oddział Badania Surowic wprowadził opłaty za badania, dzięki czemu kontrola surowic w Polsce stała się samowystarczalna. Również i badanie wody (z wyjątkiem przypadków epidemicznych) opiera się na samowystarczalności. Jedynie dzięki podobnym i to w porę jeszcze poczynionym zarządzeniom przetrwaliśmy te czasy kompresji i obecnie możemy narzucić już nie tylko obraz niezłej teraźniejszości, ale, co ważniejsze, możemy przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia stale dostosowywać rozwój naszych Zakładów do potrzeb Państwa.

Struktura naszego Zakładu jest następująca: Na czele Zakładu stoi Dyrektor Naczelny. Zakład dzieli się na Działy i Oddziały: na czele Działów stoją Dyrektorzy, którzy stanowią tzw. Radę Dyrektorów, do której należą również niektórzy kierownicy Oddziałów i która jest organem opiniodawczym Naczelnego Dyrektora P. Z. H.

*) Referat wygłoszony dn. 13.VI.1938 r. na posiedzeniu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

***) Lekarz Polski, 1938 r. Nr 5.

Działy te są następujące:

Tabl. I.

Działy: I. Bakteriologii i Medycyny Dośw.	II. Surowic i szczepione:	III. Chemii (Kontrola aptek)	
Oddziały: Diagnostyki bakt. Badania Surowic Parazytologii Dezynf. i Dezynsekcji. Szczepień ochronnych Filie. Epidemiologii	Surowic Szczepionek Krowianki Pasteurowski Insuliny.		
Działy: IV. Szkoła Higieny	V. Wodny Filie	VI. Badania Żywności Filie	VII. Higieny psychicznej
Oddziały: Higieny Społecznej Statystyki Inż Sanitarnej Hig. Pracy Biochemii Organopreparatów Muzeum			

Staraliśmy się strukturę organizacyjną Filii dostosować do naszych zadań. Uczyniliśmy to w sposób prosty, powierzając nadzór fachowy nad Filiami poszczególnym działom Centrali. Filie nasze, choć jeszcze nie wszędzie, składają się z trzech części: Oddziału Bakteriologicznego, Oddziału Kontroli żywności i Oddziału Wodnego.

Następująca tabliczka odzwierciedla obecny stan Filii:

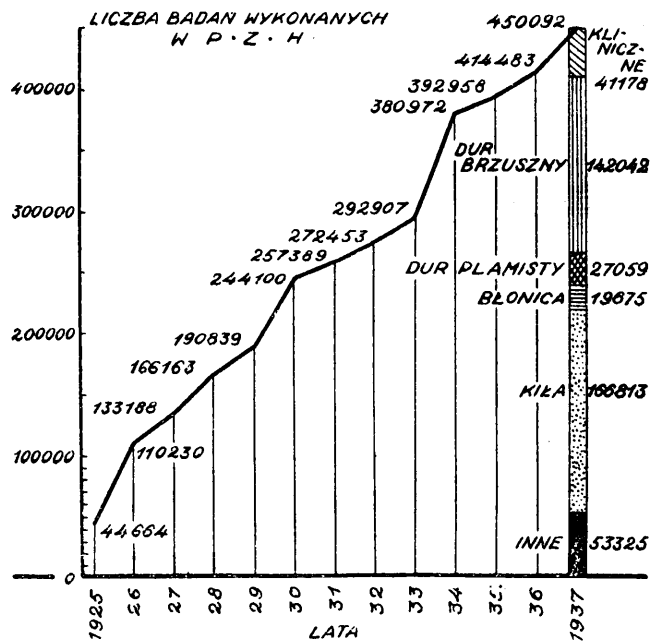
Tabl. II.

Filie	Oddział Bakteriologii	Oddział Wodny	Oddział Kontroli Żywności
Warszawa	+	+	+
Poznań	+	+	+
Łódź	+	+	+
Kraków	+	+	+
Lublin	+	+	—
Lwów	+	+	—
Stanisławów	+	+	+
Wilno	+	+	+
Łuck	+	+	+
Gdynia	+	+	+
Toruń	+	—	—
Brześć n/B	+	+	+
Katowice (Wojew) miejskie	+	+	+

Tablica wykazuje, że jedynie Toruń nie posiada Oddziału Wodnego i Oddziału Badania Żywności, Lublin i Lwów nie posiadają Oddziałów Kontroli Żywności. W tym roku otworzymy Filie w Kielcach, uzupełnimy Oddziały Żywności, zaś w przeciągu następnych kilku lat otworzymy Filie we wszystkich pozostałych województwach.

Każdy z Oddziałów Filii poddany jest odpowiedniemu Działowi w Centrali. W ten sposób wyrastają przed Działami Centrali ogromne zadania: muszą one nie tylko dbać o organizację powierzzonego sobie odcinka pracy fachowej, lecz muszą jednocześnie podnosić poziom odpowiedniej gałęzi wiedzy. A zatem w Centrali należy opracowywać metodykę, popularyzować najnowsze zdobycze nauki przez ogłaszanie monografii, organizowanie kursów dokształcających, szkolenie pracowników, idących w teren. Praca Centrali ma zatem, niezależnie od spraw bieżących, zadanie podwójne: koordynowanie prac na swoim odcinku na całym terenie Państwa i doskonalenie

nie metodyki badań. To ostatnie zagadnienie posiada znaczenie nie tylko dla Zakładu. Obowiązkiem naszym jest ulepszenie, względnie wprowadzanie nowych metod badawczych, i zadanie to jest tak doniosłe, że będzie ono wymagało najpewniej w przyszłości rozbudowy.



Ryc. 1.

Tak pojęta działalność wymaga stałego kontaktu pomiędzy poszczególnymi Filiami i Działami. Mimo zatem, że sprawy te nie zostały jeszcze uregulowane statutowo, życie już wysunęło konieczność stworzenia stanowiska inspektora Filii *).

Rozwój działalności Filii uwypukla tablica Nr III i rycina 1. Widzimy, że z 44.000 badań w roku 1926 krzywa przekroczyła 450.000 badań w roku 1938. Filie, które dopiero rozpoczęły swoją działalność, jak Łuck, Stanisławów i Gdynia, wykazują już liczbę, przekraczającą kilka tysięcy badań.

Tabl. III.

Zakład	Liczba badań				
	1933	1934	1935	1936	1937
Warszawa	77779	100692	100291	123173	133129
Poznań	27184	29305	27694	22205	35216
Lwów	45775	59740	63801	49147	47276
Katowice	43640	27857	50551	26955	18064
Kraków				4359	15105
Wilno	27999	52841	43318	48773	51946
Toruń	14304	14820	17824	22480	24492
Łódź	43441	58266	54938	70670	54795
Lublin	12885	23459	26872	38027	43507
Brześć		9033	9066	8694	10836
Gdynia					7103
Łuck					2399
Stanisławów					6224
	292907	381013	394355	414483	450092

W ten sposób już obecnie 13 województw będzie w posiadaniu Filii. Będziemy dążyli do tego, by Filie w Gdyni rozwijać w kierunku medycyny podzwrotnikowej i higieny portowej. Zakład posiada znawców medycyny podzwrotnikowej. Gałęź tę zamierzamy roz-

*) Rolę tę spełnia z wielką ofiarnością i umiejętnością Doc. Dr Przesmycki.

winać nie tylko ze względu na potrzeby metropolii, ale i konieczność opieki sanitarnej nad emigrantami i ocenę sanitarnej ewentualnych obszarów kolonialnych.

Któż obsługuje obecnie bakteriologicznie Państwo? Dział Bakteriologii od szeregu lat prowadzi ankiety w tej sprawie i otrzymuje dane ze strony Ubezpieczalni Społecznych, szpitali i pracowni komunalnych. Jako wykładnik pracy bakteriologicznej otrzymuje stale sprawozdania o badaniach na dur brzuszny. Dane te otrzymywane są na mocy wykazów imiennych. Następująca tablica IV wykazuje porównawczo badania bakteriologiczne na dur brzuszny, dokonywane w pracowniach naszych, w pracowniach szpitalnych, komunalnych i Ubezpieczalniach Społecznych.

Dr. Adamski w przemówieniu, wygłoszonym 3 lata temu na zjeździe Kierowników Filii, zwrócił uwagę na zjawisko, które odczuwaliśmy bardzo silnie w związku z naszą działalnością i które jest równocześnie bólem wszystkich pracowni bakteriologicznych: brak kontaktu z terenem, niewystarczające wykorzystanie pomocy laboratoryjnej przez lekarzy i niewystarczające przyciąganie fachowców epidemiologów do poszczególnych epidemii. Ażeby temu zaradzić, stworzyliśmy w porozumieniu z Departamentem Służby Zdrowia specjalne stanowiska epidemiologów. Zapoczątkowaliśmy to skromnie w kilku województwach najbardziej zaka-

Tabl. IV.

Pracownie	Zbadano osób		Kałów wzgl. moczków		Posiewów krwi		Odczyn Widnia	
	ogółem	dodatn.	zbadano	dodatn.	zbadano	dod.	zbad.	dodatn.
PZH i Filie	29133	10774	18054	1276	21675	3125	25255	9775
Szpitalne	5573	2600	3786	549	2026	451	5573	2600
Samorządowe	2817	385	2196	105	660	37	838	317
Ubezpieczalniane	2576	732	422	100	597	85	2580	744
Razem	40099	14491	24458	2030	24958	3698	34146	13456
Te same dane w %								
PZH i Filie	72,7	74,3	73,9	62,8	86,9	84,6	73,9	72,6
Szpitalne	13,9	17,9	15,4	27,2	8,1	12,1	16,5	19,4
Samorządowe	7,0	2,7	8,9	5,1	2,7	1,0	2,0	2,5
Ubezpieczalniane	6,4	5,1	1,8	4,9	2,3	2,3	7,6	5,5
	100	100	100	100	100	100	100	100

Tablica ta wykazuje, że $\frac{2}{3}$ badań dokonywanych jest w naszych Filiach. Można bez przesady powiedzieć, że $\frac{2}{3}$ całkowitej obsługi bakteriologicznej Państwa spoczywa zatem na barkach Państwowego Zakładu Higieny. Tablica wykazuje, jak nierównomiernie pracują poszczególne pracownie: Na przykład pracownie ubezpieczalni wykonywają wszystkiego 6,4% badań, natomiast zaledwie 1,8% przypada na badanie kału i 2,3% na badanie bakteriologiczne krwi. Ponieważ badanie bakteriologiczne krwi jest niezbędne ze względu na wczesne rozpoznanie, badanie kału ze względów epidemiologicznych, to tablica ta jest dowodem, że pracownie ubezpieczalni nie są dostatecznie wykorzystywane. Doświadczenie nasze wskazuje na to, że metodyka małych pracowni jest często przestarzała, że pracownie posiadają niewystarczające wyposażenie, zbyt mały lokal, nie posiadają niezbędnych pism itp. Moim zdaniem, możliwe są 2 wyjścia. Albo ubezpieczalnie społeczne zbudują sobie jeden wielki Zakład Centralny, koordynujący prace, tak, jak my to robimy dla naszych filii, albo znajdzie się pewna droga kontaktu pomiędzy Zakładami naszego typu i pracowniami Ubezpieczalni. Kontakt ten mógłby nawet iść tak daleko, że niektóre tereny mogłyby być obsługiwane bakteriologicznie przez Ubezpieczalnie Społeczne, zaś niektóre analizy dla Ubezpieczalni byłyby, jak się to dzieje w wielu Filiach, wykonywane w naszych zakładach. Jeśli do pewnego porozumienia nie dojdzie, to Departament będzie najpewniej zmuszony uznawać jedynie rozpoznania niektórych pracowni, dających gwarancję dobrej i stale modernizowanej metodyki.

Rozwój naszych agend nie ogranicza się do dotychczas nakreślonej działalności laboratoryjnej. Pan Dyr.

żonych na kresach wschodnich. Funkcje epidemiologa okazały się jednak tak istotne, że zdecydowaliśmy się rozszerzyć ich działalność na wszystkie województwa. Ten doniosły krok został poczyniony w roku sprawozdawczym, obecnie jedynie 2 Województwa nie mają jeszcze obsadzonych etatów epidemiologów. Kontakt z wojewódzkim urzędem zdrowia zagwarantowany jest w ten sposób, że epidemiolog jest jednocześnie referentem chorób zakaźnych, pracować jednak musi zarówno w województwie, jak i w PZH. Zdajemy sobie sprawę, że zakres działania epidemiologa musi być ustalony, jego typ psychiczny niejako zmontowany. Dążymy do tego, by epidemiolodzy byli zarówno specjalistami w dziedzinie mikrobiologii, jak i higieny ogólnej.

Starania nasze będą szły w tym kierunku, aby wysiłki epidemiologów były skierowane nie tylko na zwalczanie poszczególnych ognisk epidemicznych, ale aby znalazły wyraz w opisie epidemiologicznym kraju. Epidemiologia Polski jest nieznana. W kraju o tak ogromnej liczbie chorób zakaźnych, jak Polska, zagadnienia epidemiologii powinny w nauczaniu stać na pierwszym planie, a, niestety, nie stoją na żadnym. Nasi lekarze i studenci nie wiedzą, gdzie, w jakich województwach panują takie lub inne choroby zakaźne. Stwarzając zawód epidemiologa, mamy nadzieję, że epidemiologia, ta istotna gałąź wiedzy lekarskiej w Polsce, zostanie pchnięta na nowe tory. Wykształcenie epidemiologa musi być wszechstronne, musi on znać się na klinice chorób zakaźnych, na bakteriologii i na higienie ogólnej, musi znać problematykę mikrobiologii, ażeby pogłębiać i uzupełniać przesłanki teoretyczne. Nie będą tutaj zajmował czasu i miejsca opisem dzia-

łałości poszczególnych epidemiologów, chciałbym jedynie dać wyraz temu, jak sobie wyobrażamy przyszłość tych agend. Sądzę, że będzie ona wymagała pewnego ośrodka koordynującego, któryby zespała agenda epidemiologiczne tak, jak są zespolone agenda bakteriologiczne i inne. Oddział epidemiologiczny w Dziale Bakteriologii zostanie stworzony wówczas, gdy dojrzą nasze organizacje epidemiologiczne na terenie, i wówczas przystąpimy też do opracowania *Epidemiologii Polski*.

Sprawą, która się wiąże z epidemiologią, choć wymaga nieco innego przygotowania, są szczepienia ochronne. Interpretacja szczepień ospowych jest łatwa, ponieważ pozostawiają one odporność silną, której infekcja nie jest w stanie przełamać. Inaczej jest jednak przy ocenie szczepień przeciwdurowych i przeciwbłoniczych. Stwierdzamy jedynie zmniejszenie zapadalności i od stopnia tego zmniejszenia zależy, czy społecznie akcja szczepienia się opłaca. W grę wchodzi tutaj wysiłek olbrzymi: wystarczy wspomnieć, że przeciwko durowi brzuszemu szczepiono w roku sprawozdawczym 360.324 osoby. Departament Służby Zdrowia wprowadził obowiązkowe szczepienia błonicy. Jak wielkie masy ludności wchodzi w grę, niech wystarczy wspomnieć, że w woj. łódzkim w r. 1936 szczepiono wszystkie dzieci między 1—10 r. życia, w r. 1937 szczepiono przeszło 30.000 dzieci. Na Górnym Śląsku zaszczepiono w 1937 r. 221.975, w Warszawie zaś 46.000 dzieci. Statystyka Warszawy do r. 1934 została opracowana i ogłoszona w specjalnej monografii*). Przekonaliśmy się, jak olbrzymie różnice można stwierdzić w uodpornialności poszczególnych kategorii wieku. Dotychczas nie wiemy, czy odeski zdolne są do wysiłku odpornościowego. Opracowując materiał warszawski, można było wykazać, że wyniki szczepień zależą od środowiska, od zakażeń utajonych, od stanu epidemicznego itp. Wszystkie te teoretyczne zastrzeżenia nie znalazły wystarczającego wyrazu statystycznego. W interpretacji wyniku szczepień, i to nie tylko u nas, ale i za granicą, popełniane są ogromne błędy immunobiologiczne i statystyczne; nie uwzględniane są różnice w ekspozycji, w uodpornialności różnych kategorii wieku itp. Olbrzymi szczepienny materiał Polski jest, z małymi wyjątkami, naukowo niewykorzystany, a przecież chodzi tutaj o sprawy nie tylko sanitarne, ale i budżetowe. Czy i kiedy powinniśmy powtarzać szczepienia przeciwbłonicze, na to nauka jeszcze nie daje odpowiedzi ścisłej. Sądzę, że Zakłady naszego typu są powołane do ujęcia zagadnienia tego w ścisłe ramy naukowe. Akcja szczepienna musi być kontrolowana przez fachowca statystyka z jednej, i fachowca immunobiologa z drugiej strony. Dlatego wydaje mi się niezbędnym, by Państwowy Zakład Higieny zajął się opracowaniem naukowym materiału szczepiennego na terenie Polski. Obsługa bakteriologiczna i epidemiologiczna kraju, opracowanie naukowe szczepień ochronnych — to są 3 najbliższe cele, które bezpośrednio sobie stawiamy.

Z epidemiologią kraju wiąże się sprawa gospodarki wodnej. Sprawy te podlegają Działowi Wodnemu (Inż. Szniolis). Sprawozdanie moje, dotyczące zagadnień chorób zakaźnych, nie obejmuje działalności Działu Wodnego. Jednakże dla uwypuklenia działalności podaję dzięki uprzejmości p. Inż. Szniol-

lisa krótkie zestawienie prac Działu Wodnego od czasu jego powstania:

Zorganizowano Oddziały Wodne prawie we wszystkich Filiach PZH., Wyszkolono 20 chemików w dziedzinie badania wody dla PZH i innych zakładów badawczych. Wprowadzono na terenie całego Państwa jednakowe kwestionariusze o studniach, ściekach itp. Zbadano wodę wszystkich wodociągów miejskich, założono tzw. kartotekę wód czystych, co pozwoli z biegiem czasu na zebranie bogatego materiału o wodach polskich, udzielono ogromnej liczby porad sanitarnych. Wreszcie w trakcie realizacji jest wyszkolenie nauczycieli ludowych w sprawie budowy studzien. Przedmiot ten będzie wprowadzony do szkół rzemieślniczych.

Tak wielka rozbudowa naszych agend wymaga szkolenia bakteriologów. Od 4 lat organizujemy wyższe kursy mikrobiologii lekarskiej, na które urzędy państwowe i samorządowe przydzielają słuchaczy. Z liczby przydzielonych na kurs lekarzy zdołaliśmy wyszkolić i zatrzymać przy naszej pracy bakteriologicznej lub epidemiologicznej pewną liczbę pracowników, jak to przedstawia następujące zestawienie.

Wyszkolonych		z tego pozostało w PZH
r. 1935	8	5
1936	13	10
1937	16	2
1938	11	7

Kurs wyższej mikrobiologii trwa 6 miesięcy, obejmuje przeszło 200 godzin wykładów, 600 godzin zajęć praktycznych i 2-miesięczną praktykę w pracowniach. Jeżeli jesteśmy w stanie wypełnić kadry, to jedynie dzięki intensywnej działalności pedagogicznej. Departament Służby Zdrowia przydzielił nam 6 stypendiów dla młodych lekarzy i dał większe sumy do rozporządzenia (20.000 zł) dla opłacania praktykantów. Nie tylko w Centrali, ale i we wszystkich Filiach szkolą się u nas pracownicy z bakteriologii, chemii wody, chemii żywności itd., i tylko dzięki tym funduszom jesteśmy w stanie szkolić nowych pracowników.

Jakież jeszcze zagadnienia mogłyby być przekazane naszemu Zakładowi? Nie mogę, naturalnie, omawiać całokształtu agend Zakładu, lecz jedynie sprawy, dotyczące mojego Działu. Otóż istnieje dział medycyny, grający olbrzymią rolę, którego organizacja jest niezbędną dla obrony Państwa: organizacja transfuzji krwi. Polska jest pierwszym krajem na kontynencie, który uregulował zagadnienie dawców krwi prawnie. Nie mamy natomiast żadnej organizacji, zapewniającej w czasie pokoju i na wypadek wojny dobrodziejstwa przetaczania szerszym masom ludności. W Anglii, Holandii i we Włoszech istnieją wielkie zrzeszenia dawców krwi, w Rosji Instytuty Hematologiczne, we Francji powstał ostatnio Instytut przetaczania krwi. W Polsce zarejestrowanych jest dotychczas 9 ośrodków, opartych na dawcach płatnych. Ludność uboga i ludność na prowincji nie ma zapewnionej pomocy pod tym względem. Moim zdaniem, najprostszym byłoby stworzenie we wszystkich szpitalach ośrodków dawców krwi, zaś określanie grup krwi i kontrola odczynu Wassermanna mogłyby sponoczywać w rękach PZH. W ten sposób możnaby małym wysiłkiem bez wielkich kosztów otoczyć kraj siecią ośrodków transfuzyjnych, co miałoby i na wypadek wojny znaczenie olbrzymie. Sprawa ta była omawiana na posiedzeniu Naczelnej Rady Zdrowia, i mam nadzieję wejdzie wkrótce w okres realizacji,

*) Współczesne zagadnienia błonicy. Wyd. Tow. Med. Zapobiegawczej pod redakcją L. Hirszfelda.

Nie poruszam planów naszych w dziedzinie zwalczania chorób społecznych, chciałbym jednak zwrócić uwagę, że nasze Filie mogłyby obsłużyć diagnostycznie ludzi chorych na nowotwory. Wymagałoby to naturalnie stworzenia oddziałów histologicznych. Odpowiedni projekt został złożony w swoim czasie Fundacji Potockiego, ponieważ z naszego budżetu trudno byłoby przystąpić do realizacji tych agend.

Omówiłem nasze obecne i przysze zamierzenia na odcinku bakteriologiczno-epidemiologicznym. Zdaje mi się, że Zakład nasz posiada dość silnie rozbudowany aparat, ażeby przystąpić do zadań dalej idących, do podniesienia nie tylko kultury sanitarnej, ale i kultury lekarskiej w ogóle. Walka z wtórnym analfabetyzmem lekarskim jest walką o poziom naszego leczenia, a zatem o stan zdrowia Narodu. Brak nam nie tylko lekarzy na prowincji, ale brak nam ośrodków kultury lekarskiej, stowarzyszeń lekarskich, bibliotek itp. Lekarze, pozostawieni na głuchej prowincji sami sobie, zostają zbyt łatwo wciągnięci w szarżynę dnia powszedniego. Instytucje tak zróżnicowane, jak nasza, posiadające fachowców z różnych gałęzi wiedzy, mogą łatwiej zorientować się w kierunkach medycyny współczesnej. Sądze zatem, że przy naszych Filiach mogłyby powstać biblioteki lekarskie i muzea propagandowe, że filie nasze powinny stać się ośrodkami propagandy nie tylko higieny, ale i kultury lekarskiej w ogóle. Myśl ta, usilnie wysuwana przez Dyr. Szułca, może mieć doniosłe konsekwencje dla poziomu pracy lekarskiej kraju.

W ten sposób dawny Centralny Zakład Epidemiologiczny, będący z początku ośrodkiem walki z epidemiami, przekształca się w Zakład, obejmujący całokształt zagadnień Higieny. Plany, tutaj wyłuszczone, sięgają daleko, ale przecież pierwszym warunkiem realizacji jest uświadomienie sobie potrzeb kraju i dostosowanie do nich dążeń pewnego zespołu.

Rzut oka na przeszłość, teraźniejszość i przyszłość szpitalnictwa w Polsce, a w szczególności w Warszawie.

Podał

Dr Konrad ORZECZOWSKI (Warszawa).

Szpitalnictwo w Polsce jest jednym z najstarszych w Europie i posiada bogatą tradycję historyczną. Początek polskiego szpitalnictwa datuje się od wieku XI, kiedy król Bolesław Chrobry sprowadził do Polski Benedyktów, którzy w swoim klasztorze założyli pierwszy przytułek dla chorych. W wieku XII książę Mieczysław Stary założył dla ubogich i podróżujących chorych szpital św. Michała w Poznaniu. W tym że okresie czasu powstały szpitale w różnych miastach, a więc w Jędrzejowie, w Zamściu, w Krakowie i w Sandomierzu.

Wielki król polski Stefan Batory był twórcą pierwszego w Polsce szpitala dla inwalidów wojennych.

Za czasów Wolnej Rzeczypospolitej mieliśmy stosunkowo dużo szpitali. W chwili pierwszego rozbioru posiadaliśmy 497 szpitali.

Jeśli chodzi o szpitalnictwo w Polsce Niepodległej, to w roku 1918 było w całym kraju około 500 zakładów leczniczych o ogólnej pojemności 40.000 łóżek szpitalnych. Od tego czasu rozwój szpitalnictwa stale postępuje naprzód, tak, że w chwili obecnej posiadamy 677 szpitali o pojemności 52.581 łóżek ogólnych, a prócz tego 5.638 łóżek sanatoryjnych i 16.780 łóżek psychiatrycznych. Według powszechnie przyjętych norm, w stosunku do zaludnienia kraju w chwili obecnej naszą zapo-

trzebowanie na łóżka szpitalne określa się liczbą 90.000 łóżek i z górą 30.000 łóżek psychiatrycznych. Ustalono bowiem, iż dla wsi powinno przypadać 1 łóżko na 500 mieszkańców, dola miast — 1 łóżko na 200 mieszkańców, wreszcie dla stolicy — 1 łóżko na 100 mieszkańców.

Z podanych liczb wynika, iż braki szpitalnictwa polskiego są wielkie.

Przechodząc z kolei do charakterystyki szpitalnictwa warszawskiego, należy wyodrębnić trzy zasadnicze okresy jego rozwoju.

I. Szpitale w przeszłości.

Jednym z najstarszych szpitali w Warszawie jest szpital św. Ducha, powstały w roku 1413.

Drugim z kolei, co do czasu założenia, był szpital św. Łazarza, założony przez Bractwo Miłosierdzia w roku 1595.

Zgodnie z danymi, opracowanymi i podanymi przez specjalną Komisję lekarską, powołaną do zbadania stanu szpitalnictwa warszawskiego w roku 1898, szpitale warszawskie poza szpitalem psychiatrycznym posiadały 2.240 łóżek dla chorych i wyrobiły w tym roku 531.613 dni szpitalnych. Naówczas Warszawa liczyła 646.000 mieszkańców.

Przy szpitalach znajdowały się następujące kliniki: chirurgiczna, terapeutyczna i propedeutyczna — założone w szpitalu Dzieciątka Jezus w roku 1860, oraz chirurgiczna i terapeutyczna, uruchomione w roku 1864 w szpitalu św. Ducha.

Obsada personalna w szpitalach wynosiła: lekarzy 139, felczerów 76, S.S. Miłosierdzia 58, służby salowej 262 osoby, przy 12-godzinnym dniu pracy.

Komisja lekarska stwierdziła, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, dysponując niedostatecznymi środkami materialnymi, zdołała jednak osiągnąć pewne rezultaty, a mianowicie: zorganizować zapasowy szpital zakaźny, rozbudować szpital na Pradze, rozpocząć budowę szpitala Dz. Jezus. Pomimo to stan szpitali uznano za niezadowalający i stwierdzono konieczność reorganizacji i modernizacji szpitali. Opiekę lekarską i pielęgniarską uznano za niedostateczną. Wreszcie stwierdzono, że liczba łóżek szpitalnych nie odpowiada potrzebom ludności m. Warszawy, liczącej 646.000 mieszkańców. Wydano orzeczenie, że Warszawa powinna posiadać co najmniej 3.230 łóżek szpitalnych i wyrobić nie mniej, niż 1.179.000 dni szpitalnych.

Stan finansowy szpitali warszawskich w tym okresie przedstawiał się katastrofalnie.

Toteż w roku 1907 w dniu 1 listopada Magistrat m. Warszawy objął zarząd szpitali na zasadzie Ukazu Najwyższego z dnia 11 sierpnia tegoż roku. Dla wykonywania rozporządzeń i uchwał Magistratu oraz bezosobnego zarządu szpitalami powołano specjalny Wydział Dobroczynności Publicznej.

II. Szpitale w okresie 1908—1928 r.

Do dyspozycji Magistratu m. Warszawy oddano około 2.650 łóżek i finanse w opłakany stan. Wydział Dobroczynności przystąpił niezwłocznie do uregulowania finansów, do rozbudowy szpitali i do podniesienia ogólnego poziomu szpitalnictwa.

W roku 1908 szpitale warszawskie posiadały 3.008 łóżek i wyrobiły 1.170.498 dni szpitalnych. Warszawa liczyła wówczas 751.595 mieszkańców.

Liczba służby niższej na oddziałach wahała się zależnie od szpitali i rodzaju chorych — przeciętny jednak stosunek wynosił 1 posługacz na 10 chorych.

Personel szpitali i zakładów położniczych miejskich w roku 1910 przedstawiał się w sposób następujący: lekarzy 212, służby pomocniczo-lekarskiej 63 osoby, personelu pielęgniarskiego 83 (w tym personelu zakonnego 63 osoby, oraz 20 pielęgniarek świeckich), służby salowej 345 osób.

Szpitalne były stale przepełnione, a zwłaszcza szpitale ogólne.

Odsetek śmiertelności w szpitalach warszawskich dochodził wtedy do 10%, a liczba osób wyleczonych i wypisanych z poprawą wynosiła 75%.

Ambulatoria szpitalne znajdowały się przy wszystkich szpitalach warszawskich z wyjątkiem szp. św. Jana Bożego i św. Stanisława. Ogólna liczba porad wynosiła w 1908 r. 266.073. W ambulatoriach pracowało 75 lekarzy.

Wydatki na utrzymanie szpitali i zakładów w 1908 roku wyniosły 1.610.069 rb. Rzeczywisty koszt jednego dnia szpitalnego wynosił 1,4 rb.

Dochód roczny wszystkich szpitali i zakładów wynosił 792.866 rb. Ponadto zebrano z podatku rublowego oraz z opłat od biletów teatralnych, totalizatora i innych 224.903 rb. Rzeczywisty deficyt wyniósł 592.300 rb.

W okresie 20 lat doprowadzono liczbę łóżek do 5 tys. z górą, podczas gdy liczba mieszkańców wyniosła wtedy 1.071.000.

Dobry ogólny stan finansowy miasta i możliwość otrzymania pożyczek zagranicznych sprzyjały znakomicie rozwojowi szpitalnictwa warszawskiego w ostatnich latach wspomnianego okresu.

III. Szpitale w okresie 1928—1938 r.

Okres 1928—1933 r.

W 1929/30 r. wskutek coraz bardziej odczuwanych trudności ekonomicznych zastosowano jak najdalej idące oszczędności w dziedzinie szpitalnictwa. Trudności finansowe nie pozwalały na niezbędne urządzenie i inwestycje szpitalne. Pod względem administracyjnym szpitalnictwo wchodziło w skład wspólnego Wydziału Opieki Społecznej i Szpitalnictwa. Bezpośrednie kierownictwo sprawami fachowymi znajdowało się w rękach Inspektora Lekarskiego, organem doradczym Wydziału była Rada Szpitalna.

Zarząd Miejski rozporządzał wtedy 15 szpitalami w mieście oraz dwoma zakładami dla gruźlików, położonymi poza Warszawą (Sanatorium w Otwocku i szp. św. Józefa w Mieni). Liczba łóżek w szpitalach miejskich wynosiła 5.429.

Personel lekarski w szpitalach bez klinik wynosił 228 osób, personel pomocniczo-lekarski 128 osób, personel pielęgniarski świecki 123 osoby, zakonne 162 osoby i służba salowa 663 osoby.

W 1929/30 r. wyrobiono łącznie z klinikami 1.795.946 dni szpitalnych. Na jedno łóżko szpitalne wypadało przeciętnie rocznie 374,4 dni, liczba dni szpitalnych na jednego chorego wynosiła 27,3.

Ogólna liczba chorych, którzy przeszli przez wszystkie szpitale miejskie łącznie z klinikami, wynosiła 71.070 osób. Śmiertelność ogólna 7,6%.

Liczba porad, udzielonych przez 10 przychodni miejskich i 2 kliniczne, wynosiła razem 451.716. Liczba godzin przyjęć doszła w tym roku do 29.565.

Wydatki na utrzymanie szpitali i zakładów wynosiły w budżecie zwyczajnym 21.937.232 zł. Dopłaty do szpitali, preliminowane na sumę 105.941 zł, w rzeczywistości przyniosły 14.914.759 zł.

Przeciętny dzienny koszt utrzymania chorego wynosił 10,74 zł.

W tym okresie sytuacja finansowa miasta, a w związku z tym szpitali, stała się b. ciężka. W ciągu trzech lat budżetowych 1928/29, 1929/30 i 1930/31 dopłaty do utrzymania szpitali wyniosły 41,2 miliona zł.

W dniu 26 października 1931 r. Magistrat m. Warszawy uchwalił zasadę rozdzielania zupełnego spraw Opieki i Szpitalnictwa, a w dniu 18 stycznia 1932 r. zatwierdził statut organizacyjny Wydziału Szpitalnictwa, który rozpoczął swe czynności z dniem 1 stycznia 1932 r.

Na czele Wydziału Szpitalnictwa, jak również na czele każdego ze szpitali zgodnie z ustawą o Zakładach Leczniczych z dnia 22.III.1928 r. stanął dyrektor-lekarz.

Jednym z pierwszych posunięć Wydziału Szpitalnictwa było uregulowanie sprawy pokrywania kosztów leczenia za ubogich mieszkańców m. st. Warszawy.

Już w budżecie 1932/33 przewidziano kredyt w wysokości 6.431.169 zł na pokrycie kosztów leczenia ubogich, na zasadzie r-ków, zgłoszonych przez szpitale. W ten sposób rzucono światło na istotę deficytów szpitalnych i wykazano, co było źródłem i przyczyną ogromnych dopłat ze strony miasta do utrzymania szpitali i zakładów. W szpitalach przebywali chorzy, którzy nadawali się raczej do leczenia ambulatoryjnego, a wielka liczba chorych chronicznych, którzy powinni leżeć w innych, tańszych zakładach opiekuńczych, zajmowała łożka szpitalne. Szpitale spełniały w znacznej mierze rolę zakładów opiekuńczych zamiast roli nowoczesnych zakładów leczniczych, co więcej, w szpitalach miejskich leczył się znaczny odsetek, przeciętnie 15%, chorych z gmin obcych, które prawie bez wyjątku nie pokrywały kosztów leczenia za ubogich swych mieszkańców.

Drugim momentem, mającym zapobiec powstawaniu deficytów szpitalnych, było ześrodkowanie i rozwinięcie intensywnej działalności windykacyjnej zaległych kosztów kuracyjnych. Stało się to tym bardziej konieczne, że mimo dobrej koniunktury gospodarczej wpływy szpitalne z tytułu leczenia były niewielkie, wskutek czego powstały zaległości, dochodzące w dniu 1 kwietnia 1933 r. do 40 mil. zł.

Z dniem 1.IV.1932 r. windykacja kosztów leczenia została przekazana Wydziałowi Szpitalnictwa, który powierzył windykację należności zaległych, powstałych przed 1.IV.32 r., referatowi windykacyjnemu, zorganizowanemu przy Wydziale, natomiast ściąganie należności bieżących przekazał zarządom szpitali.

Okres 1934—1938 r.

W r. 1933/34 ogólna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 5.781. Liczba wyrobionych dni szpitalnych doszła do 1.744.687. Łóżko pracowało przeciętnie 327,4 dni w roku. Liczba dni szpitalnych, przypadających na jednego chorego, wynosiła 28,6. Warszawa w tym czasie liczyła 1.181.300 mieszkańców.

Personel zatrudniony w zakładach leczniczych miejskich bez przychodni i klinik uniwersyteckich wynosił: lekarzy 253, personelu pomocniczo-lekarskiego 146 osób, personelu pielęgniarskiego zakonnego 276 osób, świeckiego 207 osób i służby salowej 697 osób.

W okresie tym należyte rozwiązanie opieki nad umysłowo-chorymi stało się zagadnieniem nader palącym. Toteż niezmiernie ważnym posunięciem w zwalczaniu chorób umysłowych na terenie Warszawy było postanowienie przystąpienia gminy m. st. Warszawy w charakterze członka do Białoostockiego Związku Mię-

dzykomunalnego dla założenia i utrzymania Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego w Choroszcy.

Wr. 1933/34 w celu poprawienia warunków pracy w oddziałach w szpitalach ogólnych, które posiadały nieodpowiednie urządzenia i pomieszczenia, poczyniono daleko idące posunięcia, dzięki którym uzyskano poprawę warunków sanitarnych.

W ostatnich kilku latach skryształizowały się zasady polityki szpitalnej, które są podstawą do nadawania kierunku pracy w szpitalach i realizowania programu działania na wszystkich odcinkach życia szpitalnego.

Główne wytyczne polityki szpitalnej opierają się na: 1) likwidacji małych szpitali przy jednoczesnym powstawaniu większych, nowoczesnie urządzonych jednostek szpitalnych, 2) utrzymaniu lecznictwa i opieki pielęgniarskiej na odpowiednio wysokim poziomie, 3) podążaniu naprzód z postępem wiedzy lekarskiej i techniki przez modernizację istniejących urządzeń, popieranie pracowni naukowych i specjalizację lecznictwa, 4) ścisłe przestrzeganie stałego odpływu chronicznych i nieuleczalnych do zakładów opiekuńczych, 5) wprowadzenie możliwie niskiej opłaty szpitalnej, 6) umożliwienie szerszemu ogółowi korzystania z usług szpitali.

Wymienione zasady polityki szpitalnej przejawiają się w działalności Zarządu Miejskiego, przybierając w poszczególnych punktach na przestrzeni 1933—1938 r. większe lub mniejsze nasilenie zależnie od warunków finansowych.

Rozbudowa szpitala Przem. Pańskiego została dokonana przez zużytkowanie dla celów lecznictwa niewykończonego od kilku lat gmachu administracyjnego. W wyniku przeprowadzonej reorganizacji powiększono ogólną liczbę łóżek w szpitalu Przem. Pańskiego z 425 do 550.

Rozbudowa Zakł. Poł. im. ks. Anny Mazowieckiej zwiększyła pojemność tego zakładu o 53 łóżka, wyrównując w ten sposób braki, powstałe wskutek zamknięcia zakł. poł. św. Elżbiety, zupełnie nieodpowiadającego współczesnym wymaganiom szpitalnym. Posunięcie to pozwoliło na uzyskanie dość dużych oszczędności.

W rozbudowanym zakł. poł. ks. Anny Mazowieckiej otwarto pierwszy w Warszawie oddział dla obłożnie chorych na gruźlicę oraz urządzono oddział dla niemowląt, uodpornianych przeciwko gruźlicy B. C. G.

Dalszym posunięciem o charakterze programowym było przeniesienie szp. Wolskiego z ul. Wolskiej 4 do nowoczesnie urządzonego gmachu przy ul. Płockiej 26.

Przeniesienie szpitala Wolskiego jest początkiem realizacji planowej walki z gruźlicą na odcinku szpitalnym w m. st. Warszawie. Plan polega na utworzeniu centrali rozpoznawczo-rozdzielczej dla wszystkich chorych na gruźlicę płuc i kości w szp. przy ul. Płockiej, na wzór Instytutu Przeciwgruźliczego Forlaniniego w Rzymie, oraz na rozbudowie Sanatorium w Otwocku, przy równoczesnej likwidacji oddziałów gruźliczych w szpitalach ogólnych.

Posunięciem o większym znaczeniu było również zwrócenie uwagi przez obecny Zarząd Miejski na racjonalne wykorzystanie łóżek szpitalnych. Zwrócono uwagę na fakt, że kilkaset łóżek szpitalnych było stale zajętych przez chronicznie chorych. W miesiącu sierpniu 1934 r. Prezydent Miasta wydał decyzję usunięcia wszystkich chroniczków ze szpitali do zakładów opiekuńczych. Dzięki temu posunięciu szpitale miejskie mogły

na początku 1935 r. oddać około 200 łóżek do właściwego wykorzystania.

Wobec trudności finansowych Zarząd Miejski nie był w możności zrealizować na szeroką skalę budowy nowych jednostek szpitalnych i poszedł po linii jak największego wykorzystania każdego istniejącego łóżka szpitalnego.

Temu samemu dążeniu daje wyraz tendencja do skracania czasu pobytu chorego w szpitalu. Idea skrócenia okresu leczenia szpitalnego została wysunięta przez Zarząd Miejski w r. 1934, jako zagadnienie, wiążące się z kwestią liczby łóżek szpitalnych. Z uwagi na rolę, jaką w tym względzie odgrywa współdziałanie ambulatoriów ze szpitalami, w r. 1935/36 przeprowadzono reorganizację ambulatoriów.

W dążeniu do podniesienia poziomu kwalifikacji personelu pomocniczo-lekarskiego i rozwinięcia służby społecznej w szpitalach wprowadzono do ambulatorium 18 pielęgniarek społecznych.

Ważnym posunięciem w dziedzinie lecznictwa ambulatoryjnego było otwarcie w r. 1937/38 nowego ambulatorium szpitala Dz. Jezus przy ul. Oczki z jednoczesnym zlikwidowaniem dawnego ambulatorium, znajdującego się w nieodpowiednim własnym parterowym budynku przy Al. Jerozolimskiej 99. W nowoutworzonym ambulatorium znajdują się nowoczesne gabinety lekarskie w zakresie różnych specjalności oraz dział wodo-lecznictwa i terapii fizykalnej.

Akcja, dążąca do skrócenia czasu pobytu chorego w szpitalach, dała oczekiwane wyniki. W porównaniu z r. 1933/34, kiedy przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu wynosił 28,6 dni, na rok 1937/38 przypada przeciętnie 25,6 dni, czyli czas pobytu chorego w szpitalu zmniejszył się wybitnie.

Śmiertelność w szpitalach miejskich spadła z 10% w 1908 r. do 7,6% w r. 1929/30 i do 7,17% w r. 1937/38.

Rozwinięto również działalność w zakresie tworzenia nowych oddziałów szpitalnych. Zarząd Miejski uruchomił oddział położniczy septyczny w szpitalu Przem. Pańskiego. Oddział ten na 50 łóżek, wyposażony w nowoczesne urządzenia i aparaty, uruchomiony został w 1937 r. Powstała nowa placówka znacznie odciążała oddziały ginekologiczne i zakłady położnicze oraz pozwoliła na postawienie lecznictwa zakażeń połogowych na odpowiednim poziomie.

Idąc z duchem postępu Zarząd Miejski przeprowadził nadbudowę Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w szp. Dz. Jezus. W nowym pomieszczeniu został utworzony 24-łóżkowy oddział, który ma być wyposażony przez Uniwersytet w specjalną aparaturę wynalazku Pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Oddział ten będzie przeznaczony dla chorych, leczonych górskim powietrzem.

Dążenia do modernizacji urządzeń szpitalnych były realizowane przy okazji przeprowadzania dorocznych remontów.

W szp. Przem. Pańskiego dokonano nadbudowy i adaptacji IV piętra w gmachu głównym od ul. Zygmuntońskiej na pomieszczenie szkoły pielęgniarstwa S.S. Mił., którą przeniesiono ze szp. św. Rocha. Dzięki temu liczba uczennic została zwiększona z 30 do 50.

Jednym z ważnych posunięć lat ostatnich było stałe zwiększenie w szpitalach liczby pielęgniarek dyplomowanych i SS. Miłosierdzia przeszkolonych. Już w budżecie na rok 1933/34 preliminowano zwiększenie liczby S.S. Mił. we wszystkich szpitalach, razem o 91 osób.

Ponadto w szp. Starozakonnych liczbę 78 etatowych pielęgniarek powiększono do 122, w szp. św. Łazarza wprowadzono po raz pierwszy pielęgniarki świeckie w liczbie 28 osób.

Prócz tego w roku 1938-ym istniejące kursy pielęgniarskie dla S.S. Mił. przy szp. św. Rocha zostały przeniesione wraz z internatem dla uczennic do szp. Przem. Pańskiego. Program tych kursów został przystosowany do programu dwuletniej Szkoły Pielęgniarskiej i tworzy podwaliny pod przyszłą szkołę pielęgniarską dla S.S. Mił.

Po dokładnej rewizji etatów lekarskich w szpitalach i zakładach leczniczych miejskich okazało się, że nie we wszystkich szpitalach liczba lekarzy była wystarczająca. Zaszła konieczność zwiększenia liczby etatów lekarskich. W r. 1933/34 zwiększono liczbę etatów lekarskich z 221 na 236. Prócz tego do 138 etatów personelu pomocniczo-lekarskiego (laborantów, instrumentariuszy, felczerów) dodano 18 etatów.

Wobec niedostatecznej opieki lekarskiej w miejskich zakładach leczniczych w nocy Zarząd Miejski wprowadził stanowiska lekarzy miejscowych. Okazało się to w praktyce posunięciem b. korzystnym tak dla chorych, jak i dla samych lekarzy.

Dalej utworzono 45 stanowisk lekarzy stażystów w zakładach leczniczych miejskich, z takim obliczeniem, że na jednego lekarza miejscowego w danym szpitalu przypada jeden stażysta. Stażyści ci otrzymują bezpłatne pożywienie w szpitalach i 30 zł jako ekwiwalent mieszkaniowy.

Liczba personelu w szpitalach i zakładach położniczych miejskich w roku 1938/39 wyniosła: lekarzy 308, stażystów 51, personelu pomocniczo-lekarskiego 185 osób, personelu pielęgniarskiego zakonnego 316 i świeckiego 226 osób, służby salowej 766 osób. Jednocześnie wprowadzono stałych zastępców na dni wypoczynkowe i chorobowe służby pomocniczo-lekarskiej i służby niższej w ogólnej liczbie 288 osób.

Szpitala miejskie odgrywają znaczną rolę, jako ośrodki, kształcące młodych lekarzy. Liczba lekarzy, kształcących się w szpitalach miejskich, wynosi około 500 rocznie. Oprócz stałego kształcenia lekarzy wolontariuszy i stażystów szpitale miejskie współpracują z Władzami Państwowymi i uniwersyteckimi w dokształcaniu lekarzy w rozmaitych dziedzinach wiedzy lekarskiej na kursach, urządzanych na terenie szpitali miejskich. W działalności naukowej szpitale miejskie zajmują przodujące miejsce. Świadczy o tym wielka liczba wydanych drukiem prac naukowych oraz liczba referatów, wygłaszanych przez lekarzy szpitali miejskich na posiedzeniach naukowych. Szpitale miejskie, śledząc postęp wiedzy lekarskiej, posługują się najnowszymi metodami i nowoczesnymi środkami leczniczymi w leczeniu chorych. Wyposażenie szpitali w aparaty pomocniczo-lekarskie, aczkolwiek jeszcze niedostateczne, jednak z roku na rok ulega stałej poprawie.

Stopniowa likwidacja małych jednostek szpitalnych z równoczesną rozbudową większych, daleko idące oszczędności i prace normalizacyjne w różnych dziedzinach gospodarki szpitalnej oraz oszczędności w dziale personalnym sprawiły, że zdołano osiągnąć dość pożądaną obniżkę kosztów utrzymania chorego w szpitalu.

W związku z tym uległy obniżeniu opłaty w szpitalach z 10.— zł w r. 1930/31 i 8.50 zł w r. 1933/34 do 6.80 dziennie w r. 1937/38.

Ilustrują to najlepiej dane budżetowe. Dla porównania podajemy tu dane z dwu okresów czteroletnich:

okres 1930/31 i okres 1333/34 i okres 1934/35 do 1937/38 r.

Wykonanie budżetu wydatków:

1930/31 r.	1931/32 r.	1932/33 r.	1933/34 r.
19.914.056 zł.	17.088.631 zł.	15.568.434 zł.	13.692.196 zł.
1934/35 r.	1935/36 r.	1936/37 r.	1937/38 r.
12.848.003 zł.	12.724.746 zł.	12.564.122 zł.	13.140.517 zł.

Powyższe zestawienie jaskrawo ilustruje planową akcję oszczędnościową przy jednoczesnym stałym zwiększaniu liczby łóżek szpitalnych, szczególnie w porównaniu I okresu 4-letniego z ostatnim 4-ro leciem:

I czterolecie	zł. 66.263.317
II „ „	zł. 51.277.388

Osiągnięcie tak poważnych oszczędności nie pozostało bez wpływu na koszt dnia szpitalnego, który kształtował się, jak niżej:

1930/31 r.	1931/32 r.	1932/33 r.	1933/34 r.
10,09 zł.	8,55 zł.	8,41 zł.	7,37 zł.
1934/35 r.	1935/36 r.	1936/37 r.	1937/38 r.
7,58 zł.	6,85 zł.	6,44 zł.	6,86 zł.

Podkreślić należy, że przeciętny koszt dnia szpitalnego w okresie od 1930 r. do 1934 wynosił 8,61 zł, a w okresie ostatnich czterech lat 6,88 zł.

Stosunek wydatków personalnych do rzeczowych w koszcie dnia szpitalnego przesunął się w kierunku wzrostu wydatków personalnych w następstwie zwiększenia się w ostatnim 4-ro leciu liczby personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, a mianowicie:

I czterolecie wyd. personalne 52%	rzeczowe 48%
II „ „ „ „ 57%	„ 43%

Dochody miejskich zakładów leczniczych, pomimo obniżen opłaty szpitalnej, wykazują znaczny wzrost, jak to ilustruje poniższa tablica:

Wykonanie budżetu dochodów:

1930/31 r.	1931/32 r.	1932/33 r.	1933/34 r.
6.371.383 zł.	4.621.022 zł.	5.494.860 zł.	6.071.151 zł.
1934/35 r.	1935/36 r.	1936/37 r.	1937/38 r.
6.023.918 zł.	5.948.559 zł.	5.486.703 zł.	7.097.938 zł.

Zestawienie dochodów:

I czterolecie	22.558.416 zł.
II „ „	24.557.116 zł.

(W tablicy nie uwzględniono sumy 5.246.484 zł, która wpłynęła w roku 1936/37 z rozrachunku z Ubezpieczalnią Społecznymi, i sumy 523.569.19, która wpłynęła w roku 1937/38 z rozrachunku ze Skarbem Państwa. Wpływy te nie zostały przeprowadzone przez budżety Wydziału Szpitalnictwa).

Wobec obniżenia się wydatków, a wzrostu dochodów do pła ty do utrzymania szpitali, łącznie z obciążeniem z tytułu leczenia biednych mieszkańców Warszawy, przedstawiały się następująco:

1930/31 r.	1931/32 r.	1932/33 r.	1933/34 r.
13.542.673 zł.	12.467.609 zł.	10.073.574 zł.	7.621.045 zł.
1934/35 r.	1935/36 r.	1936/37 r.	1937/38 r.
6.824.085 zł.	6.776.187 zł.	7.077.419 zł.	6.042.578 zł.

W okresie więc czteroletnim 1930/31 r. do 1934/35 r. dopłata wyniosła 43.704.901 zł, a w ostatnim czteroleciu 26.720.269 zł, przy czym dopłata w r. 1930/31 do-

sza do wysokości 13.542.673 zł, a w roku 1937/38 spadła do 6.042.578 zł.

Planowa i celowa akcja obecnego Zarządu Miejskiego na terenie szpitalnictwa pozwoliła na zwiększenie liczby łóżek z 5781 w r. 1933/34 do 6.255 w roku 1938/39, co wraz z Zakładem Psychiatrycznym w Choroszczy, należącym w połowie do m. st. Warszawy, wynosi 6.655 łóżek szpitalnych miejskich.

Pobyt chorego w szpitalu został skrócony o pełne 3 dni i wynosił w roku 1937/38 — 25.6 dni szpitalnych. Przy uwzględnieniu ogólnej liczby dni szpitalnych, wyrobionych w 1937/38 r. w sumie 1.857.059, oraz liczby chorych leczonych w 1937/38 r. w sumie 79.503, daje to pojęcie o liczbie zaoszczędzonych dni szpitalnych i umożliwieniu przez to korzystania większej liczby chorych, wymagających leczenia szpitalnego.

IV. Szpitale w przyszłości.

Analizując dotychczasową gospodarkę szpitalną, należy dojść do wniosku, że nie da się wykorzystać w większym jeszcze stopniu istniejącego aparatu, i należy iść w kierunku zasadniczych posunięć organizacyjnych i budowy nowych większych jednostek szpitalnych, by uzupełnić brak łóżek, jaki się obecnie odczuwa.

Projektowana rozbudowa szpitalnictwa w Warszawie, poza rozbudową szpitali ogólnych, musi uwzględnić pewne programowe zagadnienia walki z chorobami społecznymi.

Jednym z trudniejszych zagadnień służby zdrowia, które stanowi część programu szpitalnego, jest należyte ujęcie walki z gruźlicą. Zarząd Miejski dysponuje kilkoma oddziałami szpitalnymi, przeznaczonymi dla chorych na gruźlicę. W szpitalu na Czystem są dwa oddziały gruźlicze, dające razem 154 łóżka, w szpitalu zakaźnym św. Stanisława, z wyłączeniem okresu epidemii ostrych chorób zakaźnych, jest 110 łóżek gruźliczych, w szp. Wolskim — 200 łóżek, w szp. św. Łazarza 52 łóżka, w szp. Przem. Pańskiego — 40 łóżek, w szp. św. Ducha 36 łóżek i w szp. im. Karola i Marii dla dzieci 6 łóżek.

Prócz tego Miasto posiada szpital-sanatorium w Mieni o 70 łóżkach i Sanatorium w Otwocku o 270 łóżkach. Ogółem łóżek dla gruźlicy jest 944. Gdy się uwzględni jeszcze prywatne szpitale i sanatoria, ściśle związane z Warszawą, to ogólną liczbę łóżek gruźliczych można określić na 1250.

Liczne oddziały w różnych szpitalach nie mogą być należycie urządzone i zaopatrzone oraz podporządkowane jednemu specjalnemu kierownictwu. Wszak rozpoznanie, leczenie i zapobieganie gruźlicy powinno się oprzeć na jednostce klinicznej, zdolnej do wszechstronnego ujęcia zagadnienia nie tylko pod względem leczniczym, ale również dydaktycznym i społecznym. Toteż w Warszawie powinien powstać centralny szpital gruźliczy, tzw. Instytut Przeciwgruźliczy, do którego zadań poza leczeniem i nauczaniem, należałoby uzgadnianie i nadawanie jednolitego kierunku w walce z gruźlicą. Misja ta ma być powierzona szpitalowi Wolskiemu, mającemu wszelkie możliwości rozwoju i rozbudowy do 455 łóżek i mogącemu wchłonąć gros oddziałów gruźliczych z innych szpitali. Centralny szpital gruźliczy z jednej strony byłby powiązany z przychodniami przeciwgruźliczymi i ośrodkami zdrowia, a z drugiej strony z sanatoriami klimatycznymi.

Rozbudowa Sanatorium w Otwocku do 700 łóżek staje się nieodzownym momentem racjonalnej walki z gruźlicą.

Dopiero po zrealizowaniu wszystkich tych zamierzeń będzie można prowadzić jednolitą i ściśle skoordynowaną akcję przeciwgruźliczą.

Drugim nie mniej ważnym zagadnieniem, wysuwającym się na czoło programu szpitalnego, jest możliwość zmontowania aparatu szpitalnego do walki z epidemiami w takiej skali, jak tego zachodzi potrzeba dla miasta, liczącego już obecnie z górą 1.200.000 mieszkańców.

Dla orientacji należy zaznaczyć, że w m-cach wrześniu i październiku dwóch lat poprzednich obłożenie łóżek szpitalnych przez chorych zakaźnych warszawskich dochodziło do 1.000 — 1.500 łóżek dziennie.

W tych warunkach budowa specjalnego szpitala zakaźnego staje się pilnym pod względem realizacji fragmentem programu, opracowanego na najbliższy okres 4 lat.

Dalej — szpitalnictwo dziecięce na terenie Warszawy należy do dziedzin b. upośledzonych. Pod zarządem władz Miejskich jest tylko jeden szpital im. Karola i Marii dla dzieci, posiadający zaledwie 130 łóżek, a gdy się uwzględni wszystkie inne szpitale dla dzieci na terenie miasta, daje to razem 571 łóżek dziecięcych, nie licząc łóżek zakaźnych w szpitalu św. Stanisława.

Na zasadzie doświadczeń wielkich miast zachodniej Europy i Ameryki przyjąć należy, że na każde 100.000 mieszkańców należy rozporządzać 130 łózkami dziecięcymi. W odniesieniu do potrzeb stolicy liczba ta powinna wynosić z górą 1.000 łóżek po odliczeniu łóżek zakaźnych.

Projektowana zatem rozbudowa szpitala im. Karola i Marii o 362 łózkach staje się sprawą palącą.

Wreszcie ostatnim zagadnieniem programowym o charakterze walki z chorobami społecznymi jest zorganizowanie opieki nad umysłowo chorymi. Nawiązanie kontaktu z Białostockim Związkiem Międzykomunalnym pozwoliło na rozbudowanie w dwójnasób istniejącego dotychczas szpitala dla umysłowo chorych w Choroszczy i umożliwiło gminie m. st. Warszawy ulokowanie w roku bieżącym około 1000 chorych. Obecnie Zarząd Miejski jest już członkiem Międzykomunalnego Związku Warszawsko-Białostockiego i w ten sposób opieka nad umysłowo chorymi m. st. Warszawy byłaby na najbliższe lata zapewniona. Gdy chodzi o program rozbudowy na okres 25 lat, Warszawa musi zwiększyć posiadaną liczbę łóżek psychiatrycznych (500 łóżek w Warszawie—1000 łóżek w Choroszczy) i uwzględnić budowę nowoczesnego szpitala psychiatrycznego dla dorosłych i dzieci, obliczonego na 1000 łóżek. Byłoby pożądane, by Zakład dla umysłowo chorych w Drewnicy, po odpowiednim zmodernizowaniu go i rozudowie, mógł się stać szpitalem psychiatrycznym dla rejonu warszawskiego i w ten sposób rozwiązałby na dłuższy przeciąg czasu zagadnienie opieki nad umysłowo chorymi w Warszawie.

Przechodząc z kolei do szpitalnictwa ogólnego, należy stwierdzić, iż liczba łóżek poszczególnych specjalności jest niedostateczna. W/g norm, przyjętych za granicą, i w/g obliczeń teoretycznych, Warszawa powinna posiadać 100 łóżek szpitalnych na każde 10.000 mieszkańców. Przyjmując ludność m. Warszawy za lat 25 w ramach 1.600.000 mieszkańców należy projektować przyszłą pojemność szpitali warszawskich w skali 16.000 łóżek. W chwili obecnej Warszawa posiada około 8.000

łóżek, a więc projektowana rozbudowa szpitali musi przewidywać podwojenie obecnego stanu posiadania, zarówno w szpitalnictwie ogólnym, jak i w zakładach chorób społecznych (sanatoria, szpitale) ogólne i za-
kazne.

Opierając się na dotychczasowym doświadczeniu w prowadzeniu większych jednostek szpitalnych, należy dojść do wniosku, że pojemność każdego z projektowanych szpitali nie powinna przekraczać 1.200 łóżek. Powyżej tej normy szpital będzie wymagał skomplikowanych urządzeń centralnych i będzie nastęrczał dużo trudności administracji szpitalnej, pociągając za sobą nadmierną jej rozbudowę i mniej korzystną kalkulację kosztów utrzymania.

Rozbudowanie szpitali w terenie musi uwzględnić możliwie równomierną obsługę ludności, a odległość szpitala od skupień ludzkich nie może być zbyt wielka.

Ambulatorium, wchodzące w skład szpitala i organicznie z nim związane, jest powołane do obsługiwaniania chorych przychodzących. Frekwencja tych chorych w większym szpitalu wynosi 200 osób dziennie. Pokonywanie dużej odległości przez chorych, pomimo dostatecznej komunikacji, byłoby nader uciążliwe. Względny natury wojennej również przemawiają za równomiernym rozlokowaniem szpitali w poszczególnych rejonach celem uniknięcia ześrodkowania szpitali w jednym lub dwu miejscach. W myśl tych przesłanek Zarząd Miejski wysuwa projekt budowy szpitali rejonowych. Rozlokowanie szpitali, podział łóżek na specjalności, terminy budowy i koszty z tym związane zostały ujęte w szczegółowym programie. Realizacja podanych wyżej zamierzeń wymaga kredytu inwestycyjnego w wysokości około 90.000.000 zł. Wydaje się słusznym, iż zbilansowanie obecnej gospodarki szpitalnej jest nieodzownym warunkiem dalszej rozbudowy szpitalnictwa i szybkiego jego rozwoju. Niestety, obowiązująca obecnie procedura ściągania należności za leczenie od osób prywatnych tzw. samopłacących i gmin obcych sprzyja wytwarzaniu się zaległości i naraża te związki komunalne, które posiadają szpitale, a w pierwszym rzędzie Warszawa, na milionowe straty. W wyniku tego m. st. Warszawa, nie uzyskawszy w porę należności, straciła w okresie 1923 do 1936 około 20.000.000 zł. Należy żywić nadzieję, że wkrótce nastąpi nowelizacja Ustawy z dnia 29.3.1926 r. o pokrywaniu kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych (Dz. U. R. P. Nr 36 poz. 214) i rozporządzeń wykonawczych, w tym sensie, że szpitale będą zabezpieczone przed dalszymi stratami i uzyskają większą łatwość w ściąganiu swych należności. Leczenie ostrych chorób zakaźnych i przewlekłych, tzw. społecznych, przekracza możliwości finansowe większości osób prywatnych i gmin. Toteż udział w tej akcji Skarbu Państwa, celem utworzenia wspólnie ze Związkami Komunalnymi specjalnego funduszu wyrównawczego, wydaje się rzeczą konieczną. Pomimo ciężkich warunków finansowych możliwości rozbudowy szpitalnictwa warszawskiego są dość pomyślne, zwłaszcza, gdy się uwzględni poza Zarządem Miejskim wszystkie inne czynniki, powołane do wzięcia udziału w tej akcji. Jednym z poważniejszych czynników jest Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie i Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W obecnej chwili Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie liczy 360.000 ubezpieczonych a wraz z rodzinami liczba ta dochodzi do 700.000. Stosunek ubezpieczonych do reszty ludności Warszawy wskazuje, iż potrzeby Ubezpieczalni w zakresie szpitalnictwa są wielkie.

Drugim czynnikiem, mogącym wpłynąć potężnie

na rozwój szpitalnictwa, są fundacje. Możliwość wydobycia uwięzionych w majątkach, przynajmniej w części, kapitałów fundacyjnych i obrócenia ich na budowę szpitali fundacyjnych przyczyniłaby się w znacznej mierze do rozbudowy szpitali.

Wreszcie Uniwersytet powołany jest do odegrania poważnej roli w dalszym rozwoju szpitali warszawskich. Kliniki nie posiadają odpowiednich pomieszczeń i stają wobec konieczności uzyskania nowych, przeto udział Skarbu Państwa we wspólnym wysiłku budowania nowoczesnych szpitali jest nieunikniony.

Nie można również pominąć możliwości inicjatywy osób prywatnych i instytucji, których udział w rozbudowie szpitali uległ znacznemu zmniejszeniu w stosunku do lat dawniejszych.

Z b. Szpitala Ś-go Aleksandra

(Lekarz naczelny: Dr E. Sonnenberg)

i

z Urzędu Sanitarно-Obyczajowego w Łodzi

(Kierownik: Dr M. Lipski).

Jeszcze o prewencyjnym leczeniu bizmutem.

Podał

Dr E. SONNENBERG (Łódź).

Jeżeli raz jeszcze powracam do tej sprawy, tyle razy przeze mnie już wentylowanej, robię to dlatego, że pragnę zadość uczynić życzeniu Szanownej Redakcji.

Przy tej sposobności mam zamiar poruszyć tu jedną jeszcze sprawę, która pozostaje w ścisłym związku z problemem prewencyjnego leczenia kiły. Ale o tym później.

Zacznę od działu sprawozdawczego.

Ostatnią pracę na temat prewencyjnego leczenia bizmutu ogłosiłem w r. 1935¹⁾. Od owego więc czasu upłynęły 3 lata. Prewencyjne leczenie w łódzkim urzędzie sanitarно-obyczajowym jest w dalszym ciągu i w tej samej prowadzone postaci. Kierownikiem urzędu po śmierci nieodżałowanego kolegi, ś. p. Dra Jana Dobrowolskiego, jest kol. Michał Lipski.

Leczenie prewencyjne prostytutce odbywa się od pierwszej chwili bez najmniejszego z naszej strony przymusu. prostytutki mają możność nieskrępowanego wyboru poddawania się leczeniu prewencyjnemu lub nie. Ale już od drugiego roku prowadzonych przez nas badań, tj. od 11 lat, wszystkie nowowstępujące, rejestrowane w urzędzie, a niezarażone jeszcze kiłą prostytutki zgłaszają samorzutnie gotowość przystępowania do tego leczenia. Umożliwiło to nam wyjście poza szczypty zakres prób i realizowanie programu na szerszą skalę.

Zastrzykiwania od r. 1929 odbywają się nie co tydzień, lecz co dwa tygodnie. Kobiety otrzymują za każdym razem 2,5 saletranu bizmutu w 10% zawieszynie na olejku migdałowym. Lek ten jest stosowany przez nas w terapii kiły od r. 1925.

A oto nasz materiał statystyczny za okres czasu 1935—1938.

¹⁾ Dr E. Sonnenberg: „Dziewięć lat prewencyjnego leczenia kiły bizmutem w Łodzi“. „Przeg. Dermatologiczny“ 1935. Nr 4. Praca przedstawiona przez prof. Levaditiego w Pańskiej Akademii Lekarskiej w d. 5.X.1935. Nagrodzona na konkursie im. Xawerego Watraszewskiego w Warszawie w r. 1937.

TABLICA.

Rok	Liczba prostytutek, leczonych przewencyjnie.	Ilość wstrzykiwanego bizmutu.	Częstość dokonywanych wstrzykiwań	Liczba prostytutek, które zachorowały na kiłę podczas leczenia ochronnego.
1935	79	2,5	Co 2 tygodnie	3
1936	85			1
1937	85			4
1938	72			3

do 15.X.38.

Badając okoliczności, wśród których w okresie sprawozdawczym następowało zarażenie się prostytutek, widzimy, że i tym razem powtórzyło się to samo, cośmy już spostrzegali wielokrotnie. Oto kobiety, leczone przewencyjnie bizmutem, wychodziły podczas leczenia obronną ręką tylko wówczas, kiedy nie naruszały ustalonych przez nas podstaw leczenia, a więc, o ile nie powodowały poważniejszych odchyień w ilości wprowadzanego do ustroju bizmutu. A odchylenia takie powstają zawsze na skutek przerw w leczeniu, nieregularnego przychodzenia na zastrzykiwania. Wówczas ilość bizmutu, obliczona przez nas jako niezbędne minimum dla utrzymania ustroju w stanie ochronności przed kiłą, ulega zmniejszeniu się. W konsekwencji takiego stanu rzeczy ustrój kobiety, zaniedbującej się w leczeniu, staje się już podatny na zakażenie kiłowe, w chwilach bowiem rozstrzygających poziom bizmutu znajduje się poniżej niezbędnego minimum.

Kiedy przeglądamy nasz materiał doświadczalny za okres sprawozdawczy, jeden zwłaszcza szczegół przykuwa do siebie mocno naszą uwagę. Podkreśliłem to już przed 3 laty, kiedy omawiał 9 lat leczenia przewencyjnego bizmutem. Już wówczas zaznaczyłem, że wśród kobiet, które stanowiły nasz materiał statystyczny, było 5, które korzystały z leczenia przewencyjnego w ciągu 9 lat bez przerwy, 6 — w ciągu 8 lat, 10 kobiet — w ciągu 7 lat itd.

A oto odnośny nasz materiał w przekroju roku 1938.

Przekrój r. 1938.

Osób	Leczonych bez przerwy od roku:	Leczonych bez przerwy lat
2	1926	12
1	1927	11
3	1928	10
4	1929	9
5	1930	8
6	1931	7
9	1932	6
11	1933	5 i t d.

W przekroju więc roku 1938 widzimy, że z przewencyjnego leczenia, prowadzonego bez przerwy, korzystały 2 kobiety w ciągu 12 lat, 1 kobieta — w ciągu 11 lat, 3 kobiety w ciągu 10 lat, 4 — w ciągu 9 lat itd. itd.

Ustalenie tych szczegółów, tych długich lat pobierania bez przerwy leczenia przewencyjnego, musi ze względów zrozumiałych budzić refleksje.

Prostytutki, pobierające leczenie przewencyjne bez przerwy w ciągu 12 lat!

Przecież 12 lat w życiu prostytutki — to całkowi-

ty niemal okres jej procederu, jej młodości, powodzeń itd. Kiedy rozpoczynały leczenie — jedna miała 24 lata, druga — 25 lat. Dziś są już prawie u końca swej kariery. Nie zdawały sobie one należyte sprawy, że ten krok, który uczyniły zgadzając się na leczenie przewencyjne, odda im największą w ich życiu przysługę — że zaoszczędzi im nieodłącznej od ich procederu zarazy syfilitycznej.

A ileż to razy w ciągu ich kariery zaraza wysuwała swe macki! Ileż to razy w chwilach krytycznych, kiedy ważyły się ich losy, trochę zmagazynowanego bizmutu ratowało sytuację!

Wszystko więc świadczy, że prostytutki, leczone bez przerwy przewencyjnie bizmutem w ciągu całej swej kariery, aż do starzenia się i zejścia z areny, wychodziły obronną ręką z próby życia w atmosferze, za trutej zarazkiem kiły. Leczone przewencyjnie naszą metodą, nie tylko były w stanie odwrócić to, co im groziło w każdej chwili, ale jeszcze mogły podczas stosowania leczenia wytrwać długie lata bez poważniejszych wstrząśnień, bez szkody dla zdrowia.

Nie zachorowały same i innym w ciągu 12 lat zarazy nie udzielały. Czy można było oczekiwać z tej strony większej wyrazistości i jaskrawszego uwydatnienia walorów bizmutu, tego wspaniałego daru, jaki otrzymaliśmy od Levaditiego? Bizmutu, środka, który połączył w sobie najdoskonalsze pierwiastki lecznicze i ochronne...

Zaiste, są to fakty bez precedensu, jedyne w swoim rodzaju.

Prostytutki więc, które były w ciągu 12 lat bez przerwy przewencyjnie leczone bizmutem, pozostały przez kiłę nietknięte. Były więc one dla miasta naszego nie groźne, nie mając bowiem same kiły, nie mogły szerzyć wokoło siebie zarazy. A liczba tych prostytutek, jak wynika ze sprawozdań statystycznych urzędu łódzkiego, była wcale pokazna.

Wobec tego, rzecz prosta, narzuca się pytanie: w jakich warunkach pod względem frekwencji zachorowań na kiłę znajduje się Łódź, miasto, w którym od 12 lat jest prowadzony ten eksperyment?

Kiedyśmy w r. 1925 przystępowali do naszych doświadczeń, nie ocenialiśmy wywodów ze stanowiska jakiegokolwiek korzyści. Chodziło nam jedynie o stronę teoretyczną przedmiotu. Kwestia użyteczności nie wchodziła w rachubę. Nie kierowała nami żadna celowość, mieliśmy na uwadze jedynie kwestię o znaczeniu zasadniczym. Dziś po 12 latach planowego i systematycznego stosowania bizmutu u prostytutek, za regulamentowanych w łódzkim urzędzie sanitarno-obyczajowym, sytuacja, która się wytworzyła, siłą rzeczy musiała już wybiec poza zakres rozważań czysto teoretycznych i oddać usługi praktyczne. Doświadczenia nasze, zakreślone na szerszą skalę i prowadzone 12 lat bez przerwy, mimowoli musiały się stać akcją lecznictwa zapobiegawczego i zostały zużyte na przeciwdziałanie pladze tak ciężkiej w skutkach społecznych, jaką jest kiła. Trudno zaprzeczyć, że uzyskane w ten sposób korzyści w dużym stopniu zabezpieczyły interesy zdrowia naszego miasta. Naturalnie, nie możemy ująć rzeczy w formę liczb i wskazać tego statystycznie. Tyle o naszym mieście.

A jak się przedstawia sprawa przewencyjnego leczenia bizmutem w innych miastach w Polsce?

W innych polskich miastach wykorzystywanie wartości bizmutu dla celów ochronnych przed kiłą nie znalazło dotąd żywego oddźwięku.

Dlaczego?

Przecież koncepcja posługiwania się bizmutem, jako środkiem profilaktycznym, usprawiedliwiła się całkowicie. Ustaliły to wielokrotnie badania Levadiego na zwierzętach, a nasze spostrzeżenia na człowieku, dokonywane w Łodzi, zostały w całej rozciągłości przez niego i jego współpracowników: Vaismana, Manina, Lépine'a, Schoena, Rousse'a i Sanschis-Bayarię — potwierdzone.

Poza tym nasza metoda prewencyjnego leczenia została zaraz po przedstawieniu jej przez prof. Levadiego w Paryskiej Akademii Medycznej (1935 r.) wprowadzona przez francuskiego ministra kolonii dla profilaktycznego leczenia prostytutek we wszystkich koloniach francuskich.

Może tych słów kilka ze względu na wagę problemu i wyjątkową chwilę, jaką stanowi 20-lecie Niepodległości Państwa, znajdzie szersze zrozumienie i dopomoże do przełamania bierności społeczeństwa.

Może prewencyjne leczenie bizmutem nie będzie u nas tylko zagadnieniem oderwanym.

Przecież warunki po temu zdają się u nas zapowiadać jaknajpomyślniej. Uchwalone przed kilkoma laty zniesienie reglamentacji prostytucji nie weszło dotąd w życie. Mamy więc ułatwione zadanie. Może za lat kilka takiej okazji już nie będzie. Nic więc nie byłoby prostszego, niż wprowadzenie prewencyjnego leczenia we wszystkich urzędach sanitarno-obyczajowych. Konsekwencje takiego zorganizowania walki z kiłą na większą skalę poszłyby bez wątpienia daleko, i osiągnięcia nasze byłyby pełniejsze, niż dotąd.

Zresztą, można by to uczynić rodzajem próby, jak to uczyniła Francja w swoich koloniach. Od chwili wprowadzenia naszej metody rodzajem próby w koloniach francuskich upływają 3 lata, a próba się jeszcze nie skończyła: trwa dalej, i wszystko zdaje się zapowiadać, że dalej trwać będzie.

Brak miejsca nie pozwala mi na przytaczanie szczegółów z dyskusyj, które toczyły się w tej sprawie w roku ubiegłym na kongresach francuskich. Z tej samej również przyczyny nie mogę przytoczyć sprawozdań, przysyłanych z francuskiego Marokka, Algieru, Tunisu i t. d.

Ograniczę się tu jedynie do przytoczenia ostatniego biuletynu, nadesłanego do Towarzystwa Medycyny Egzotycznej w Paryżu, o wynikach prowadzonego w Indochinach leczenia prewencyjnego. Biuletyn ten w skróceniu brzmi:

„Wyniki spostrzeżeń, zrobionych w Saigonie (Indochiny) przez doktorów Ramijeana i Tran-Tan-Phanta, przedstawiają się, jak następuje: Żadna z 57 prostytutek, które otrzymywały systematycznie co tydzień ochronne zastrzykiwania bizmutowe, nie zachorowała na kiłę. Natomiast na 28 prostytutek, którym dla porównawczej oceny bizmutu nie zastrzykiwano, zapadło na kiłę osób 15, czyli więcej, niż 50% (...²⁾).

W tym ujęciu metoda ochronnego leczenia kiły znalazła swój wyraz najmocniejszy. Bardziej jaskrawego stwierdzenia wartości prewencyjnego leczenia kiły — chyba mieć już nie możemy.

A więc metoda prewencyjnego leczenia kiły bizmutem, która mieści w sobie ze stanowiska naukowego gwarancje prawdy, znalazła również i w szeroko zakreślonej akcji ochronnej w koloniach francuskich — swe prawie pełne rozstrzygnięcie.

Czy wobec tego nie powinna ona znaleźć pozycji trwałej i w naszym lecznictwie zapobiegawczym?

Rozwój polskiego przemysłu farmaceutycznego w okresie dwudziestolecia niepodległości Państwa Polskiego.

Podał

Dr Stefan OTOLSKI (Warszawa).

Jakkolwiek twórcami farmacji, w obecnym pojęciu tej specjalności, byli Arabowie, którzy we wczesnym średniowieczu odegrali wybitną rolę i zaznaczyli swój wpływ w wielu kierunkach, to jednak — nie licząc dawnego aptekarstwa — historia tej części farmacji, która nosi miano przemysłu, mieści się w okresie ostatnich lat stu. Przemysł farmaceutyczny jest więc na tyle młodym terenem działalności ludzkiej, że, dotykając spraw tego przemysłu, trudno pominąć jego historię.

Specjalizacja w działalności farmaceutycznej doprowadziła do podziału na aptekarstwo i przemysł. Apteki, będące dawniej wyłącznymi wytwórcami leków, zmieniły stopniowo swój charakter, a część swej działalności zmuszone były oddać fabrykom chemicznym i farmaceutycznym.

Obecna farmacja nie jest już tylko aptekarstwem, bowiem obok aptekarstwa występuje przemysł farmaceutyczny. Przemysł farmaceutyczny, opierając swoją działalność przede wszystkim na zdobyczach chemii, stanowi część przemysłu chemicznego i z punktu widzenia gospodarczego całkowicie do ostatniego należy.

Dodać należy, że w obecnych czasach postępu różnych kierunków wiedzy przyrodniczej, działalność przemysłu farmaceutycznego opiera się nie tylko na dziedzinie chemicznej, bowiem podstawą działalności farmacji jest również biologia w szerokim jej znaczeniu. Ponieważ znów prace ostatniej nie mogą obejść się bez stosowania operacyj chemicznych, to przemysł farmaceutyczny jest niczym innym, jak jedną z gałęzi przemysłu chemicznego.

Granice działalności przemysłu farmaceutycznego w całości przemysłu chemicznego trudno jest dokładnie określić, bowiem wytwarzane przez przemysł chemiczny i ich przetwory miewają często obok zastosowania w lecznictwie inne zastosowania w technice. Z drugiej strony, jeśli farmację rozpatrywać jako specjalność techniczną, obejmującą wszystko, co się tyczy higieny i lecznictwa, to wraz z rozszerzeniem granic farmacji rozszerzy się również działalność przemysłu farmaceutycznego.

Tak, czy inaczej, ujmując granicę działalności polskiego przemysłu farmaceutycznego, rozwój tego przemysłu u nas na ziemiach polskich przed wojną światową był znacznie opóźniony, a miało to miejsce z przyczyn politycznych, tj. niemożności stanowienia o sobie. Działalność tego przemysłu u nas rozpoczęła się dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia, a do tego dodać należy, że działalność ta przez długi okres czasu istniała na małą skalę i w znacznej mierze koncentrowała się w laboratoriach przyaptecznych.

Przy rozpatrywaniu naszego przemysłu farmaceutycznego ograniczymy się do działalności jego w trzech kierunkach, tj. 1) do wytwórczości chemikalii leczni-

²⁾ B. Levaditi: „Métallo-préventio bismuthique de la syphilis“. (La Presse Médicale Nr 16. 1938). Société de pathologie exotique. 8 Décembre 1937 p. 301.

czych, 2) do przerobu chemikalii lub surowców roślinnych, czy zwierzęcych na przetwory farmaceutyczne i 3) do nadawania przetworom form odpowiednich do stosowania w lecznictwie. Tytuły powyższe wskazują, że najważniejszym działem przemysłu farmaceutycznego jest wytwórczość chemikalii, jako produktów podstawowych, bez których nie można by otrzymywać przetworów i nadawać im form farmaceutycznych.

Przemysł farmaceutyczny w Polsce, tak, jak i w innych krajach, rozwinął się z aptekarstwa. Przewodzący obecnie firmy przemysłowe wywodzą swoje rodowody z aptek warszawskich. Tak więc firma Fr. Karpiniński — od założonej w roku 1788 apteki, której właścicielem był następnie Wincenty Karpiniński. Firma Ludwik Spiess i Syn — od istniejącej w roku 1803 apteki i składu aptecznego Spiess i Rakoczy. Firma „Motor“ — od założonej w roku 1824 fabryki wód mineralnych i apteki Prof. Wernera. Firma Magister Klawe — od istniejącej w roku 1860 apteki Klawego. Charakterystyczny jest fakt, że i obecnie kierownicze stanowiska w firmach tych zajmują farmaceutyci, pochodzący ze starych rodów aptekarskich. Poza tym w końcu ubiegłego stulecia istniały inne firmy, które wpłynęły na powstanie naszych placówek przemysłowo-farmaceutycznych. Wymienić tu należy następujące apteki warszawskie: Gessnera, Russiana, później Kowalskiego, Lilpopa, później Modlińskiego, Treutlera, Borowskiego, Jarnuszkiewicza, później Malinowskiego, Bukowskiego i inne. Również w owych czasach istniały i rozwijały swą działalność warszawskie laboratoria: Świetlińskiego, Zembruskiego, Dąbrowskiego, Chodakiewicza, Strzeleckiego, Niemojewskiego. Ponadto wymienić należy istniejące w początkach obecnego stulecia Sieleckie Zakłady Chemiczne w Warszawie i Laboratorium Gąseckiego w Płocku.

Wymienione firmy farmaceutyczne istniały w fazie większego lub mniejszego rozwoju również w roku 1914, tj. w chwili wybuchu wojny światowej. Przedmiotem fabrykacji tych firm były tylko w nieznacznej mierze chemikalia, a działalność wymienionych przedsiębiorstw kierowała się głównie do przetworów farmaceutycznych i nadawania im form odpowiednich dla lecznictwa. Wytwory warszawskich firm farmaceutycznych znajdowały zbyt nie tylko w Kongresówce, ale wędrowały również do odległych zakątków Rosji. Przemysłowy obrót powyższych firm w roku 1914, tj. w roku wybuchu wojny europejskiej, obliczany był w przybliżeniu na 1 milion rubli, co odpowiadałoby obecnym 5 milionom zł rocznie.

Z chwilą wybuchu wojny, zakończonej dopiero w roku 1918, nie mogło być mowy o rozwoju przemysłu farmaceutycznego, bowiem życie przemysłowe na ziemiach polskich, pozostających w całkowitej zależności od Niemiec jako okupantów, było zatrzymane. W okresie jednak tak długotrwałej wojny wzbudził się pęd do drobnej produkcji farmaceutycznej, co w pewnym stopniu miało wpływ dodatni, co jednak bynajmniej nie mogło podnieść poziomu przemysłowego działalności farmaceutycznej.

Dopiero z odbudową Państwa Polskiego zaczął się bardziej racjonalny rozwój naszej produkcji farmaceutycznej. Skarby naturalne b. zaboru austriackiego, mające tak wielkie znaczenie dla przemysłu chemicznego, nie były do owego czasu wykorzystane z powodu przeciwnych temu tendencji gospodarczych monarchii naddunajskiej. Ziemię wielkopolskie i pomorskie, znaj-

dujące się pod zaborem niemieckim, zostały przeznaczone, jako teren, dostarczający przede wszystkim produktów rolnych i surowców. Górny Śląsk, pomimo wszelkich danych dla daleko idącej eksploatacji przemysłowej, zgodnie z dążeniem wielkich przemysłowców westfalsko-nadreńskich i rządu berlińskiego, został zatrzymany w produkcji chemicznej na niższym szczeblu rozwoju z ograniczeniem wytwórczości tylko do kwasu siarkowego, superfosfatów i produktów destylacji smoły gazowej, bynajmniej nie dochodząc do chemikalii precyzyjnych i artykułów farmaceutycznych. Toteż, pomimo że wojna i okupacja dała się bardzo odczuć w przemyśle b. zaboru rosyjskiego, przemysł farmaceutyczny podczas wojny i niezwłocznie po wojnie europejskiej prosperował najlepiej w Kongresówce, zależnej przez wiek cały od polityki rosyjskiej.

W roku 1918, w chwili restytuowania się Państwa Polskiego, istniały prawie wszystkie wyliczone poprzednio firmy farmaceutyczne przedwojenne. Przetrwwały one długi okres wojny i wracały do życia w zubożałej jednak formie. Obrót finansowy firm, istniejących w owym czasie, był niższy od takiegoż obrotu przed wojną europejską. Dodać należy, że były to w większości nie fabryki, lecz laboratoria farmaceutyczne. Do produkcji firm farmaceutycznych w owym czasie należałoby dołączyć produkcję tych firm chemicznych, które — jak i przed wojną — wytwarzały niektóre chemikalia, znajdujące częściowo zastosowanie w lecznictwie. Nie były to jednak fabryki farmaceutyczne, gdyż potrzebami lecznictwa nie interesowały się, i dlatego, rozpatrując rozwój przemysłu farmaceutycznego, nie można było zaliczać ich do właściwego przemysłu farmaceutycznego.

Godny zaznaczenia jest rozwój już w owym czasie jednej grupy chemicznej leków. Rozpoczęta w roku 1917 produkcja inozytofosforanów zaczęła się rozwijać w tym okresie jako grupa chemikalii leczniczych, wytwarzanych z surowców krajowych. Inozytofosforany, z czołowym produktem, noszącym nazwę Phosphit, stały się w krótkim czasie wielce interesującymi lekami polskimi nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale też i z punktu widzenia gospodarczego kraju.

W roku 1918 rozpoczęła się produkcja preparatów żelazowych. W tym też czasie poczęła się rozwijać produkcja szczepionek i surowic.

Niestety, w roku 1920 wojna polsko-bolszewicka znów powstrzymała restaurację naszego przemysłu. Po szczęśliwej jednak obronie kraju naszego przed bolszewizmem przemysł nasz znów szybko przybierał na siłach. Przyłączenie w roku 1922 części ziem Górnego Śląska dodatkowo wpłynęło na rozwój naszego przemysłu chemicznego. Możliwości korzystania z własnych surowców i własnego rynku zbytu stworzyły podstawy istnienia samostojnej produkcji chemicznej. Opieka własnej państwowości z ukształtowaniem się taryfy celnej i innych odpowiednich warunków stała się czynnikiem ewolucji i postępu naszego przemysłu chemicznego i farmaceutycznego. Nasze tendencje emancypacji przemysłowej zostały ułatwione przez paroletni bojkot produktów niemieckich. W okresie lat bojkotu nasz stan przemysłu farmaceutycznego, znajdując dużo słabszą konkurencję ze strony importu leków niemieckich, zrobił znaczne postępy. Nasze fabryki i laboratoria farmaceutyczne dość szybko zaczęły przechodzić na produkcję chemikalii leczniczych. W tym okresie też dał się zaobserwować jednocześnie znaczny postęp w produkcji

specyfików farmaceutycznych, zastępujących specyfiki importowe.

W roku 1922 trzy od razu polskie fabryki rozpoczęły produkcję preparatów arsenobenzenowych. Produkcja tych preparatów, należących do syntezy chemicznej, wpłynęła zachęcająco na wprowadzenie innych preparatów syntetycznych. W roku tym również powstała produkcja preparatów białkowych, wśród których przodujące miejsce zajęły związki srebra. Nie od razu jednak możliwy był szybki postęp w kierunku trudnej do opanowania syntezy leków. Pierwsze lata powojenne musiały być traktowane przez polskie firmy farmaceutyczne jako okres przygotowawczy do trudnego technicznie i finansowo zadania; rozwijająca się szybko produkcja preparatów galenowych i specyfikowych dostarczała jednak sił naukowo-technicznych i finansowych, niezbędnych do podniesienia produkcji własnej chemikaliów farmaceutycznych, a poprawiająca się stale w latach tych koniunktura gospodarcza przyczyniła się wydatnie do rozwoju fabrykacji nowych leków przez placówki polskie.

W roku 1926 rozpoczęto produkcję związków barbiturowych. Po roku 1928 rozpoczął się w Polsce kryzys gospodarczy, co jako zjawisko wtórne odbiło się na przemyśle farmaceutycznym. Dzięki jednak wielkiemu wysiłkowi pracy i obywatelskiemu nastawieniu kierujących czynników naszego przemysłu farmaceutycznego, pomimo pogłębiającego się kryzysu, stale przybywały nowe, brakujące w Polsce leki własnej produkcji, i dlatego spadek obrotów finansowych nie dał się zbyt znacznie odczuć. Lata następne zaznaczyły się szybkimi postępami w produkcji leków, a wraz z postępującą poprawą koniunktury obroty przemysłu farmaceutycznego wzrastały. Ważną rolę odegrały w tym okresie ugrupowania gospodarcze, przyczyniające się do rozwoju różnych branż naszego przemysłu. Większe nasze firmy farmaceutyczne przemysłowe skoncentrowały się jako Grupa w Związku Przemysłu Chemicznego R. P. Wspólna działalność w sprawach gospodarczo-zawodowych znacznie ułatwiła postępy w produkcji. Duże znaczenie dla dźwignięcia się naszego przemysłu farmaceutycznego miało mocne stanowisko Wojska, co wyraźnie wpłynęło na konieczność zracjonalizowania i podniesienia produkcji leków w Polsce.

Z podniesieniem poziomu działalności w okresie lat powyższych niektóre nasze fabryki farmaceutyczne wystąpiły na racjonalną drogę łączenia produkcji z własnymi badaniami naukowymi. Wiadomo, że współpraca badań naukowych z praktyką fabryczną jest szczególnie owocna w dziedzinie przemysłu chemicznego, a energia twórcza, ujawniająca się w wynalazkach i odkryciach odgrywa tu nadzwyczaj doniosłą rolę. Szczególnie jest to ważne względem chemikaliów leczniczych, otrzymywanych na podstawie syntezy. Naukowe badania tego rodzaju idą nie tylko na drodze chemicznej, ale też biologicznej, a następnie klinicznej. Dla rozwoju wytwórczości w każdej specjalności, a może najwięcej dla produkcji farmaceutycznej potrzebne są szczegółowe badania naukowe, często bardzo oddalone od bezpośrednich celów użytkowych, do których w przyszłości bywają wykorzystywane. Godnym jest zaznaczenia, że wprowadzanie do produkcji chemikaliów i przetworów farmaceutycznych według oryginalnych pomysłów i wynalazków polskich napotyka trudności w ich zbyciu, lekarze bowiem polscy chętniej sobie przyswajają preparaty, znane za granicą, zaniedbując popieranie inwencji

polskiej. Dlatego też wytwórcy interesują się przede wszystkim namiastkami preparatów zagranicznych.

W ślad za rozwojem współpracy naukowej i fabrycznej podniósł się w owym okresie i poziom propagandy, jaka w niektórych, co prawda, firmach farmaceutycznych zasługuje na miano propagandy naukowej. W krótkim też czasie zrozumiano, że propaganda leków musi być naprawdę naukowa, że musi się opierać na solidnych, naukowych wiadomościach i że nie może być utożsamiona z reklamą. Branża chemikaliów leczniczych znajduje się pod względem sprzedaży i zastosowania ich przez świat lekarski w specjalnych warunkach, gdyż nie może się ograniczać tylko do umiejętnej działalności handlowca. W działalności przedsiębiorstwa farmaceutycznego, produkującego artykuły lecznicze, pomiędzy umiejętnością wytwarzania i sprzedaży potrzebna jest umiejętność propagandowa, wykonywana przez przygotowanych dobrze naukowo ludzi (S. O t o l s k i — Rola społeczna propagatora i znaczenie propagandy farmaceutycznej, „Kronika Farmaceutyczna“ r. 1937). Zawdzięczając dobremu zrozumieniu, propaganda farmaceutyczna w Polsce, nie istniejąca i nieznaną u nas przed 30-tu laty, a będąca przed laty 20-tu w powijkach, rozwinęła się racjonalnie.

W roku 1928 liczyliśmy około 20-tu fabryk i większych laboratoriów farmaceutycznych. Obroty towarowe tych przedsiębiorstw przemysłowych obliczyliśmy na 13.000 q przy obrocie pieniężnym 24 milionów zł (S. O t o l s k i: Przemysł farmaceutyczny w okresie dziesięciolecia Państwa Polskiego, — „Przemysł i Handel, 1918—1928).

Przy rozwoju ilościowym artykułów farmaceutycznych, produkowanych za ostatnie lata w Polsce, stwierdzić należy stały przyrost jakościowy, a w tym godny jest zaznaczenia rzeczywisty postęp w kierunku chemikaliów. Tak więc w roku 1928 rozpoczęto produkcję kwasu salicylowego i jego połączeń, a więc przede wszystkim kwasu acetylo-salicylowego. W tym samym roku rozpoczęto produkcję witamin. W roku 1929 rozpoczęliśmy produkcję tak ważnego leku, jakim jest dwuetylowy amid kwasu pirydyno-beta-karbonowego. W roku 1931 rozpoczęto produkcję hormonów, żeńskiego, męskiego i innych. W roku 1933 rozpoczęto produkcję preparatów bizmutowych. W roku 1934 rozpoczęto na drodze syntezy produkcję hydrastiny. W tym roku również wypuszczono do handlu lanolinę produkcji polskiej. W roku 1935 rozpoczęto produkcję alkaloidów makowcowych, a na pierwszym miejscu kodeiny i morfiny, stosując jako surowiec krajową słomę makowcową. Produkcja ta wymagała stworzenia firmy specjalnej „Motor-Alkaloida“. W roku 1936 zreformowano produkcję witaminy D₂ na drodze półsyntetycznej przez naświetlanie ergosterolu przy pomocy prądu elektrycznego o wysokim napięciu. W tym samym roku 1936 rozpoczęto produkcję szeregu preparatów p-amino-benzeno-sulfamidowych. Przytoczone tu grupy chemikaliów farmaceutycznych, jakie zaczęliśmy produkować w Polsce, świadczą o postępach w naszej fabrykacji leków. Pomijamy tu z braku miejsca wyliczanie poszczególnych preparatów, przybawających stopniowo produkcji polskiej.

Niestety, pomimo stałego posuwania się naprzód w naszej produkcji farmaceutycznej mamy znaczne braki. Braki te w widocznej mierze spowodowane są niedostatkiem półproduktów chemicznych, jakie służą do przeróbki na chemikalia lecznicze. Wytwórczość pół-

produktów dla fabrykacji leków należy do dużego przemysłu chemicznego, który wytwarza również półprodukty dla przemysłu barwnikarskiego. Nasze fabryki chemiczne interesują się dotąd mało półproduktami dla fabryk farmaceutycznych. Zapotrzebowanie na leki u nas w kraju przy minimalnym naszym eksporcie jest zbyt małe, by wyrób półproduktów przy nikłym ich zbycie mógł być dostatecznie rentowny. Produkcja znów artykułów farmaceutycznych z importowanych półproduktów zagranicznych jest w wielu razach zbyt kosztowna i nie wytrzymuje konkurencji z zagranicznymi gotowymi lekami. W sprawie wytwórczości półproduktów za minione lat 20-cia naszej samodzielności państwowej zrobiono bardzo wiele, wiele jednak jeszcze mamy do zrobienia. Niestety, nie doszliśmy jeszcze do posiadania w Polsce sieci fabryk chemicznych, wytwarzających półprodukty dla naszych fabryk, w których tym sposobem, dzieląc między sobą trudną w wielu wypadkach produkcję, ułatwiają sobie wspólnie działalność.

Chcąc zobrazować stan i rozwój naszego przemysłu farmaceutycznego, należałoby podać szereg liczb statystycznych za lata ubiegłe. Niestety, za pierwsze lata istnienia i samodzielności naszego państwa nie posiadamy ścisłych danych, dotyczących się naszego przemysłu farmaceutycznego.

Jeśli chodzi o wskaźnik produkcji przemysłowej u nas w Polsce, to ten, według Małego Rocznika Statystycznego (rok 1928 = 1000), przedstawia się następująco:

rok 1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
73	71	88	100	100	82	69
rok 1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
54	56	63	66	72	85	

Jakkolwiek przy układaniu wskaźnika przemysłowego włączany jest również i przemysł farmaceutyczny, to jednak rozwój tego ostatniego nie był proporcjonalnie zgodny do liczb ogólnych, bowiem, pomimo małej produkcji leków u nas i braku wielu artykułów leczniczych w pierwszych latach powojennych, produkcja leków nawet w okresie kryzysu stale wzrastała. Według przypuszczalnych tylko danych, rozwój produkcji tych fabryk, które zasługują na miano wyłącznie farmaceutycznych (S. O t o l s k i — Przemysł farmaceutyczny w okresie 10-lecia Państwa Polskiego, „Przemysł i Handel“ 1918—1928) przedstawiał się w ten sposób:

rok	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
tyś. q.	2,5	3,6	4	10	13	13	14
mil. zł.	3,5	5,5	7	18	24	24	25
rok	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
tyś. q.	13	14	17	22	25	30	35
mil. zł.	24	25	30	40	43	46	50

Dane cyfrowe tu przytoczone, jak już wspomnieliśmy, są tylko przypuszczalne. Niestety, na danych Głównego Urzędu Statystycznego opierać się trudno, bowiem segregacja i kategoriowanie fabryk, zaliczonych do przedsiębiorstw farmaceutycznych, nie są racjonalne. Pożądane byłoby, by Główny Urząd Statystyczny zechciał zasięgnąć odpowiednich informacji co do pojęcia o przemyśle farmaceutycznym i zrationalizować sposób komunikowania tych danych.

Godne są zaznaczenia liczby przywozu do Polski (według Głównego Urzędu Statystycznego) przetworów farmaceutycznych leków gotowych, łącznie ze specyfikami za lata ubiegłe.

rok	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
tyś. q.	1303	1545	1089	1804	1997	2007	1717
tyś. zł.	924	1157	2340	4146	5885	6845	6955
rok	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
tyś. q.	1724	1200	1184	491	728	612	728
tyś. zł.	6983	4826	5897	2630	3996	3220	3726

Z liczb tych, w których głównie mieszczą się specyfiki lecznicze, widzimy pocieszający fakt, że liczby te nie wykazują tendencji wzrostowej, a zawdzięczać to należy rozwijającej się produkcji specyfików leczniczych w Polsce.

Za lata ubiegłe przywóz do Polski wielu chemikaliów leczniczych, surowic i szczepionek również znacznie się obniżył, a zawdzięczać to należy rozwijającej się produkcji w kraju (S. O t o l s k i — Przemysł farmaceutyczny i surowce krajowe na tle wymiany towarowej z zagranicą — „Przegląd Gospodarczy“ — 1938 r.).

Jeśli chodzi o przywóz artykułów farmaceutycznych w stosunku do całości przywozu towarów do Polski, to przywóz ten stanowi zaledwie 2,4% (1937 r.). Pomimo małego pozornie znaczenia branży naszej z punktu widzenia statystyki porównawczej, nam, znającym potrzeby lecznictwa i wagę przemysłu chemicznego, nie wolno lekceważyć postępu własnej produkcji farmaceutycznej. Wiemy wszak, że przemysł farmaceutyczny ma znaczenie nie tylko dla higieny i lecznictwa, ale też dla obrony granic kraju.

Obecnie w roku 1938 posiadamy około 40-tu przemysłowych firm farmaceutycznych, włączając w to mniejsze przedsiębiorstwa o charakterze znaczniejszych laboratoriów. Obrót tych firm obliczany jest w przybliżeniu na 50 milionów zł. Liczba pracowników, zatrudnionych w naszych przedsiębiorstwach farmaceutycznych, przekracza 2.000 osób, co stanowi około 6% w stosunku do liczby osób, zajętych w całości przemyśle chemicznego. Kapitał, zaangażowany w tych przedsiębiorstwach, obliczać można na 40 milionów zł. W tym kapitał zagraniczny, zaangażowany w przemyśle farmaceutycznym, jest nieznaczny. Oczywiście, nie wchodzi tu w rachubę działalność handlowa firm zagranicznych w Polsce.

Porównyując dane za lata 1918, 1928 i 1938, widzimy stały postęp w rozwoju naszego przemysłu farmaceutycznego. Postęp ten przy dobrym zrozumieniu ze strony społeczeństwa powinien doprowadzić do minimum przywóz do Polski leków cudzoziemskich. Interesujący dla świata lekarskiego byłby wykaz szczegółowy artykułów farmaceutycznych, wytwarzanych w Polsce, rozpatrzenie jednak takiego wykazu stanowi specjalny temat, któremu tutaj nie możemy poświęcić odpowiedniego miejsca.

Wspomnieć tu należy o zjawieniu się w roku 1937 Farmakopei Polskiej, co zapewne też wpłynie na nasz świat lekarski, który, kierując się danymi Farmakopei, zbliży się do artykułów, umieszczonych w tym wydawnictwie, obejmującym również artykuły produkcji polskiej.

Analizując obecną sytuację polskiego przemysłu farmaceutycznego na przestrzeni minionego dwudziestolecia, możemy sobie powiedzieć, że w produkcji naszej zrobiliśmy znaczne postępy, ale też zdajemy sobie sprawę, że, aczkolwiek dużo zostało zrobione, to jednak wiele jeszcze zostaje przed nami do wykonania. Zrozumienie, okazywane przez lekarzy polskich w kierunku popierania naszego przemysłu, powinno być stale pogłębiane, byśmy, zastępując preparaty importowane, posiłkowali się lekami produkcji polskiej z pol-

skich surowców i byśmy tym sposobem doszli do podniesienia zasadniczej wartości naszego przemysłu farmaceutycznego.

O naszym przemyśle farmaceutycznym możemy powiedzieć, że doszedł on do wieku pięknie rozwijającego się zdrowego młodzieńca, który, wchodząc w życie, musi borykać się z losem i liczyć, że ideały i działalność jego oceni społeczeństwo, od którego oczekuje on pomocy.

Jeżeli wszystko, co się dzieje w świecie z wolą ludzką, ma być przeznaczone ku ułatwieniu życia i wygodzie człowieka, a co właściwie obliczone jest przede wszystkim na potrzeby w okresie wojny, to pierwsze miejsce powinno zajmować lecznictwo, a wraz z nim produkcja leków.

Na zakończenie w celu streszczenia opisu postępów i rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce za ubiegłe lat dwadzieścia powiedzieć należy co następuje:

Zdolność wytwórcza w pierwszych latach niepodległości Państwa naszego była liczbowo niska i ograniczała się z małymi wyjątkami tylko do przetworów farmaceutycznych, wytwórczość natomiast chemikaliów leczniczych była bardzo nieznaczna. Pojemność rynku naszego w pierwszych latach niepodległości również była mała, a większość przedsiębiorstw wytwórczych farmaceutycznych w owym czasie stała na poziomie laboratoriów przemysłowych.

Rentowność naszych przedsiębiorstw farmaceutycznych w pierwszych latach niepodległości była duża, stopniowo jednak malała, w okresie lat kryzysu spadła do minimum, po czym znów stopniowo się podnosiła.

Na stan rozwoju naszej produkcji leków wpływało dodatkowo stopniowo pogłębiające się uświadomienie o własnym przemyśle farmaceutycznym. Dodać należy, że nie bez znaczenia był też wpływ dużych zakupów przez Ubezpieczalnię Społeczne, polityka jednak Ubezpieczalni nie od razu poszła po linii potrzeb przemysłu polskiego, a dopiero z czasem, zawdzięczając wpływom Wojska naszego, polityka ta uległa korzystnej zmianie. Przemysł nasz z każdym rokiem stawał się mocniejszy i to nie tylko z racji przybywających nowych artykułów i zwiększających się obrotów, ale też z racji rozbu-

dowy fabryk, co następowało w miarę zdobywania osiągniętych zysków. W związku z tym zaznaczyć należy, że w ostatnich latach nasze fabryki farmaceutyczne przeznaczają na inwestycje około 1 miliona zł rocznie Tempo inwestycji, oczywiście, zależne jest od rentowności przedsiębiorstw.

W artykułach, wprowadzonych do produkcji, zdolność wytwórczą obliczać można na 100% względem pojemności rynku, zbyt jednak artykułów produkcji własnej zależny jest od zapotrzebowania lekarzy, co pozostaje w związku z eliminacją artykułów importowanych. Obecny stan naszego przemysłu farmaceutycznego ilościowo i jakościowo na tyle się poprawił, że przy dążeniu do zastępowania artykułów importowanych artykułami krajowymi moglibyśmy posiłkować się nieomal wyłącznie lekami produkcji krajowej. Liczba naszych przedsiębiorstw przemysłowych farmaceutycznych za okres ubiegłego dwudziestolecia wzrosła dwukrotnie, przedsiębiorstwa istniejące powiększały się stale i podwyższały swą działalność, a obrót finansowy przedsiębiorstw farmaceutycznych podniósł się nieomal piętnostokrotnie. Produkcja nasze chemikaliów farmaceutycznych, a więc podstawowych artykułów leczniczych, stale wzrasta, ponieważ jednak rentowność produkcji chemikaliów syntetycznych staje się interesująca dopiero wtedy, kiedy dochodzi do odpowiedniego poziomu zbytu, a zapotrzebowanie na leki zależne jest od lekarzy, to na rozwój naszego przemysłu farmaceutycznego ma wpływ świat lekarski.

Jak dotąd, wytwórczość półproduktów farmaceutycznych jest niedostateczna, stale jednak się ona poprawia. Jest to rzecz zasadnicza, gdyż brak niektórych półproduktów chemicznych jest główną przeszkodą dla rozwoju naszego przemysłu. Pożądane jest wytworzenie sieci fabryk o różnym stopniowaniu produkcji chemicznej, fabryk produkujących jedne dla drugich odpowiednie półprodukty, gdyż taki system produkcji krajowej prowadzi do słusznej jej racjonalizacji. Konieczna jest ścisła i stała współpraca świata naukowego z przemysłem.

Postęp w naszym przemyśle farmaceutycznym za okres dwudziestolecia pod każdym względem jest znaczny.

Wiadomości bieżące.

— Coraz bardziej ugruntowuje się przekonanie o konieczności podjęcia szerszej akcji zwalczania gruźlicy na terenie całego państwa, a w szczególności w tak dużym ośrodku, jakim jest Warszawa. Wysiłki wszystkich instytucji czynnych w tej dziedzinie, bądź z tytułu urzędowego, bądź społecznego, winny być skoordynowane, co da możliwość znalezienia odpowiednich środków materialnych. Dotyczy to rozwoju sieci sanatoriów przeciwgruźliczych w okolicach Warszawy, w których mogliby być umieszczani wszelkiego rodzaju chorzy, a nie tylko ubezpieczeni, jak również powiększenia liczby łóżek szpitalnych w Warszawie, szerokiej akcji zapobiegawczej, urzędzenia wzorowych przychodni centralnych itd. Należy przypuszczać, że sprawa walki z gruźlicą będzie w krótkim czasie uregulowana ustawowo.

— Posuwają się naprzód prace organizacyjne przy urządzeniu Tygodnia przeciwrakowego w dniach 23—30 listopada. Celem „Tygodnia” jest zarówno propaganda walki z rakiem, jak również uczczenie 40 lecia odkrycia radu przez M. Skłodowską-Curie i jej męża, jako też zasług odkrywcy promieni X — Roentgena. W propagandzie wezmą udział

stowarzyszenia lekarskie, czynne na terenie całego państwa (odczyty naukowe). W wielu stowarzyszeniach kobiecych wygłoszone będą odczyty popularne. Dn. 27 listopada odbędzie się ogólnokrajowa zbiórka na rzecz walki z rakiem. Poza tym podjęta będzie propaganda przy pomocy ulotek, afiszów. Dn. 26 listopada odbędzie się w Tow. Naukowym akademii.

— Wyższa uczelnia lekarska w Łodzi. Wróciła z Warszawy do Łodzi delegacja, która interweniowała u min. Kościałkowskiego w sprawie otwarcia w Łodzi wyższej uczelni lekarskiej. Pan minister oświadczył, że sprawa ta jest zdecydowana już i że w Łodzi powstanie wydział lekarski. Na cel powyższy została już wniesiona do budżetu na rok 1939/40 kwota 2 milionów złotych. Najprawdopodobniej komitet organizacyjny uczelni otrzyma pewne sumy jeszcze w roku bieżącym.

— W dniu 31 grudnia 1938 r. mija drugie trzecielecie nagrody konkursowej im. Seweryna Sterlinga ufundowanej przez Towarzystwo Lekarskie Łódzkie w dn. 4.I.1933 r. Informacji o warunkach konkursu zasięgnąć można pod adresem Towarzystwa: Łódź, Pierackiego 9.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Dr Marian Zachert. Okuliści i ich rozmieszczenie. Odb. z „Przeglądu Trachomatologii“. Z. 3, r. 1938.

Tenże. Zastosowanie wziernika do badania rąbka rogówki i rozpoznawania jaglicy. Odb. z „Przegl. Trachomatologii“. Nr 5, r. 1937.

Tenże. Jaglica. Bibl. popul. Tow. Hig. Z. 1. Warszawa 1937.

Résumé des articles originaux

Prof. Dr Fr. VENULET. Médecine et nature.

Dès la naissance jusqu'à la mort l'homme lutte avec la nature. Ce fait fondamental ne prouve aucunement la perfection de la nature. Comme on le sait, déjà le climat peut être mortel. Malgré l'aptitude de l'organisme humain de s'adapter aux conditions défavorables de l'existence, il arrive souvent hélas que les pouvoirs guérisseurs de la nature échouent, tandis que le génie humain reste vainqueur. Au cours de nombreuses affections nous sommes frappé par le phénomène extrêmement défavorable sous forme d'un cercle vicieux. Nous venons d'ailleurs au monde avec des germes des maladies futures ou des prédispositions. Il existe un grand rapport entre la constitution géniale et psychopathique. En outre l'homme contemporain ne s'est pas encore adapté à la position orthostatique du corps, ce qui entraîne de nombreuses conséquences fâcheuses. Dans son psychisme somnolent encore les instincts ataviques. L'opinion générale que les produits de la nature soient moins toxiques est fautive. Même au lit de mort la nature ne ménage pas des souffrances à l'homme. Il va sans dire que les méthodes dont se sert la médecine n'imitent pas toujours la nature, mais elles lui s'opposent souvent.

A. P.

S. TUBIASZ. Vingt ans du Service de la Santé Publique en Pologne restituée.

L'auteur passe en revue les progrès faits dans la période de vingt ans de l'Indépendance de la Pologne dans le domaine du Service de la Santé Publique, et ce qui est encore à faire. Il discute les questions d'administration, professionnelles, des maladies infectieuses et sociales, d'hygiène publique, du thérapeutique, des pharmacies, de l'industrie pharmaceutique et de l'Institut d'Hygiène d'Etat.

Prof. L. HIRSZFELD. Le service bactériologique et épidémiologique en Pologne. Le passé, le présent, l'avenir.

L'auteur présente le développement de l'activité de l'Institut d'Hygiène de l'Etat, ce qui lui sert de fond pour la description du service bactériologique et épidémiologique en Pologne. L'ancien Institut épidémiologique fut transformé au cours des années en Institut Hygiène de l'Etat, dont l'activité embrasse la majorité des problèmes d'hygiène et de microbiologie. Le fonctionnement du service bactériologique est assuré par le travail de 13 branches de l'Institut d'Hygiène. Dans chaque Département (Województwo) de la Pologne travaille un épidémiologiste, le travail duquel assure la régularité du service épidémiologique. L'auteur discute les voies futures du développement de ces services. Ce programme comprend entre autres l'organisation d'un centre épidémiologique, d'un service spécial

The Quartz Lamp. Z. 1 i 2. Wrzesień 1937 i Styczeń 1938. To samo. Z. 3. Kwiecień 1938.

Les Ecoles Tchèques sous le régime Autrichien et les Ecoles Allemandes sous le régime Tchécoslovaque. Prague 1938.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 41 na str. 723 w artykule D-ra Macewicza zamiast: ciąg dalszy — powinno być: dokończenie.

ayant pour but l'élaboration des résultats de vaccinations préventives, d'une coopération avec les hôpitaux en fait d'organisation des centres de la transfusion, enfin l'organisation des centres de la culture médicale auprès des filiales de l'Institut.

K. ORZECZOWSKI. Le présent, le passé et l'avenir du service des établissements hospitaliers en Pologne et en particulier à Varsovie.

L'auteur décrit l'histoire de développement du service des établissements hospitaliers en Pologne depuis son origine à l'onzième siècle jusqu'à l'heure actuelle et présente la nécessité de la fondation d'autres hôpitaux pour satisfaire les besoins relatifs du pays.

E. SONNENBERG. Encore une fois sur le traitement préventif par bismuth.

Comptes rendus qui prouvent l'efficacité du traitement. A cet égard le rapport des D-rs Ramijea et Tran-Tan-Phant de Saïgon est très instructif: sur 57 prostituées qui étaient systématiquement traitées par bismuth aucune n'était atteinte de syphilis, tandis que des 28 prostituées non traitées — 15 ont été infectées.

S. OTOLSKI. Développement de l'industrie pharmaceutique polonaise dans la période de vingt ans de l'Indépendance de l'Etat polonais.

La production pharmaceutique sous forme d'industrie date de peu de temps. Avant et depuis plusieurs siècles elle se limitait au travail dans les laboratoires pharmaceutiques. L'industrie pharmaceutique comporte: 1) Production des produits chimiques pour usage thérapeutique, 2) Fabrication des produits pharmaceutiques en partant des produits chimiques, des matières premières végétales ou animales 3) Confectionnement pharmaceutique. En Pologne, ainsi que dans d'autres pays, l'industrie pharmaceutique a pris son origine du laboratoire pharmaceutique. Avant la guerre de 1914 l'industrie pharmaceutique polonaise était peu développée et se bornait au confectionnement de différents produits. Pendant la grande guerre l'industrie pharmaceutique polonaise n'a pas pu prendre d'envergure considérable. C'est seulement après la guerre que cette industrie s'est développée. On a commencé à préparer de nouveaux médicaments et à synthétiser de nouveaux produits chimiques. A l'heure actuelle, c'est-à-dire 20 ans après le rétablissement de l'Etat Polonais, nous comptons 40 maisons pharmaceutiques industrielles employant plus de 2000 travailleurs. La production annuelle de l'industrie pharmaceutique s'élève à 50 millions de zlotys.

TRĘŚĆ: F. VENULET. Medycyna i przyroda. — S. TUBIASZ. Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej. — L. HIRSZFELD. Obsługa bakteriologiczna i epidemiologiczna Państwa. — K. ORZECZOWSKI. Rzut oka na przeszłość, teraźniejszość i przyszłość szpitalnictwa w Polsce, a w szczególności w Warszawie. — E. SONNENBERG. Jeszcze o prewencyjnym leczeniu bizmutem. — S. OTOLSKI. Rozwój polskiego przemysłu farmaceutycznego w okresie dwudziestolecia niepodległości Państwa Polskiego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: F. VENULET. Médecine et nature. — S. TUBIASZ. Vingt ans du Service de la Santé Publique en Pologne restituée. — L. HIRSZFELD. Le service bactériologique et épidémiologique en Pologne. Le passé, le présent, l'avenir. — K. ORZECZOWSKI. Le présent, le passé et l'avenir du service des établissements hospitaliers en Pologne et en particulier à Varsovie. — E. SONNENBERG. Encore une fois sur le traitement préventif par bismuth. — S. OTOLSKI. Développement de l'industrie pharmaceutique polonaise dans la période de vingt ans de l'Indépendance de l'Etat Polonais.