

Mariusz Migala

ROZWÓJ TERAPII BALNEOKLIMATYCZNEJ
NA GÓRNYM ŚLĄSKU
W ASPEKCIE LECZENIA GRUŻLICY
(DRUGA POŁOWA XIX
I PIERWSZA POŁOWA XX WIEKU)

Opole 2009

Spis treści

Wstęp	5
Rozdział I	
Rys historyczny terapii balneoklimatycznej w zakresie leczenia chorób płuc i gruźlicy	25
1. Początki i ewolucja terapii balneoklimatycznej	25
2. Leczenie gruźlicy na przestrzeni wieków	36
Rozdział II	
Gruźlica i rozwój leczenia na Śląsku w drugiej połowie XIX i pierwszej połowie XX wieku	55
1. Gruźlica i inne choroby zakaźne na Górnym Śląsku	55
2. Klimatyczno-uzdrowiskowe sposoby leczenia gruźlicy	79
2.1. Powstanie i rozwój stacji klimatycznej w Görbersdorf	81
2.2. Doświadczenia uzdrowiska Bad Ziegenhals w zakresie leczenia chorób płuc i gruźlicy	93
2.3. Rozwój stacji klimatycznych i lecznictwa klimatycznego na Górnym Śląsku	100
Rozdział III	
Organizacja zwalczania gruźlicy w Polsce	111
1. Polskie tradycje leczenia klimatycznego (do roku 1939 roku)	111
2. Rozwój leczenia gruźlicy na ziemiach polskich do 1945 roku	135
3. Walka z gruźlicą w latach powojennych	178
Rozdział IV	
Walka z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim w latach 1945–1950	227
1. Budowa struktur organizacyjnych opieki zdrowotnej	227
2. Organizacja placówek ochrony zdrowia	247
3. Stan zdrowotny ludności	262
4. Działania w walce z gruźlicą	281
5. Rozwój przeciwgruźliczego lecznictwa sanatoryjnego i prewentyjnego	314

Zakończenie	333
Bibliografia	347
Dokumenty	393
Streszczenia	399
Indeks nazwisk	409
Wykaz skrótów	415

Wstęp

*„Historia jest zbiorem życiorysów
i wyników działalności niezliczonej liczby jednostek,
dokonanych w różnych warunkach”*

Ralph W. Emerson

Początki terapii klimatycznej, czyli wykorzystania w celach leczniczych energii naturalnego środowiska przyrodniczego, zwłaszcza atmosferycznego, sięgają starożytności, gdy około 1300 r. p.n.e. w Indiach zaczęto w celach leczniczych stosować kąpiele morskie. Hindusi stworzyli podstawy klimatoterapii i hydroterapii, podkreślając znaczenie higieny i zalecając przy tym kąpiele wodne (zimne i ciepłe), parowe, w gorącym powietrzu i piasku. Do dalszego rozwoju klimatoterapii przyczynili się lekarze starożytnej Grecji, szczególnie Hipokrates (460–377 p.n.e.), który uważał, że na chorobę wpływ ma przede wszystkim środowisko człowieka, tj. klimat, jakość gleby i wody, tryb życia, odżywianie, aktywność fizyczna, wypoczynek. Jego autorytet przyczynił się nie tylko do tego, że metody naturalne weszły na stałe do terapii i profilaktyki, ale przede wszystkim utrwalone zostały przez lekarzy w następnych epokach, którzy w odróżnieniu od Hipokratesa uważali jednak, iż aby móc wyleczyć chorego, należy go odizolować od codziennych spraw i narzucić rygorystyczny tryb życia, pod stałym nadzorem lekarzy.

Zwrócenie uwagi środowiska medycznego na wartości lecznicze powietrza i kąpeli morskich przyczyniło się do powstania i rozwoju miejscowości kąpieliskowych i klimatycznych, co dało początek nowym gałęziom balneologii – tallasoterapii i klimatoterapii. Rozwój lecznictwa balneoklimatycznego, opartego na naukowych doświadczeniach, nastąpił jednak dopiero w XIX w. Wpływ na to miało wiele czynników, m.in. rozwój komunikacji, postęp techniczny, naukowe opracowanie wskazań i przeciwwskazań, wreszcie skuteczne wyniki leczenia chorób zwłaszcza tych, które zagrażały ludności, jak np. gruźlica. Sprawiało to, że w wielu miejscowościach górskich, podgórskich i leśnych zaczęły powstawać zdrojowiska klimatyczne, przy czym jednym z ważniejszych czynników wykorzystywanych w terapii było usunięcie chorego spod wpływu szkodliwych oddziaływań, wyznając zasadę, że wraz z ustaniem przyczyny choroby ustaje nieraz również sama choroba. Ważne też było przebywanie całymi dniami na wolnym powietrzu.

Polska także może poszczycić się wielowiekowymi tradycjami wykorzystania terapii balneoklimatycznej w leczeniu gruźlicy, gdyż sięgają one XIV w., jednak, tak jak w Europie, rozwój zdrojowisk i stacji klimatycznych nastąpił dopiero w XIX stuleciu, gdy rozpowszechniła się metoda sanatoryjno-klimatyczno-wypoczynkowa zaproponowana w 1859 r. przez Hermana Brehmera (1826–1889) w Görbersdorf (Sokołowsko) na Śląsku. Herman Brehmer, w połowie Ślązak, jako pierwszy

opracował teoretyczne podstawy leczenia klimatycznego w gruźlicy. Rozwijał je w późniejszych latach we współpracy z wieloma polskimi lekarzami podkreślającymi, że gruźlica, jak żadna inna choroba, najlepiej leczona jest przy użyciu metod klimatyczno-wypoczynkowych.

Korzenie terapii balneoklimatycznej stosowanej w leczeniu gruźlicy wywodzą się ze Śląska, a wybuch pierwszej wojny światowej i zamknięcie granic przyczyniło się do powstania wielu stacji klimatycznych w tym regionie. Można nawet mówić o specyfice tego rozwoju właśnie w odniesieniu do Górnego Śląska – zarówno w wieku XIX, jak i w XX – ze szczególnym uwzględnieniem lat powojennych 1945–1950. Wtedy bowiem na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego znalazły się ośrodki przyrodolecznicze cieszące się dużą renomą i tradycjami.

Zagrożenie epidemiami chorób zakaźnych na Górnym Śląsku pojawiło się w pierwszej połowie XIX w., a głównym tego źródłem była zła sytuacja zdrowotna i higieniczna ludności. Nie bez znaczenia było też zanieczyszczone powietrze, mała wiedza na temat rozprzestrzeniania się chorób oraz ubożenie społeczeństwa. Stąd najczęstszą przyczyną zgonów były choroby zakaźne, w tym gruźlica, z powodu której umierało najwięcej ludzi. Wynikało to z dużego zagęszczenia ludzi na małej powierzchni mieszkań, niskiej higieny sanitarnej, niedożywienia itp. Nie bez znaczenia był szerzący się wśród ludności śląskiej alkoholizm, który osłabiał organizm i zmniejszał odporność.

Zmuszało to do poszukiwania rozwiązań mających na celu ograniczenie skutków zachorowań. Organizowano akcje przeciwgruźlicze, przeciwalkoholowe i edukacyjne, by zmienić mentalność, uświadomić i zwiększyć rolę higieny. Dzięki dużemu zaangażowaniu lekarzy i instytucji dobroczynnych pod koniec XIX w. zachorowania na choroby zakaźne były już rzadkością, jednak jeszcze przed pierwszą wojną światową walka z gruźlicą opierała się głównie na pracy społecznej, stąd akcja ta nie zawsze była prowadzona planowo. Dopiero w okresie międzywojennym poprzez wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń społecznych i zmian w prawodawstwie rozwinęła się na szeroką skalę, w porównaniu z innymi regionami Polski, zorganizowana opieka nad robotnikami chorymi na gruźlicę, a także ich rodzinami, zwłaszcza w zakresie pomocy lekarskiej i poprawy warunków socjalno-bytowych.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej, w czasie której nastąpiła reorganizacja służby zdrowia, sprawa akcji przeciwgruźliczej stała się jednym z pierwszych ważniejszych działań, w którym chodziło przede wszystkim o zorganizowanie skutecznej walki z gruźlicą, uznawaną już wówczas za chorobę zakaźną¹. Na

¹ Włączenie gruźlicy do ostrych chorób zakaźnych (dur brzuszny, dur plamisty, czerwonka, błonica, płonica, zimnica), która jest raczej przewlekłą chorobą zakaźną, podyktowane było szybkim jej rozprzestrzenianiem się oraz przybieraniem często przez nią ostrego przebiegu. W odróżnieniu od wspomnianych chorób zakaźnych, gruźlica nie prowadziła do śmierci w ciągu kilku tygodni od zachorowania, ale trwała latami i nie kończyła się ra-

przyłączonych do Polski w 1945 r., kosztem pokonanych Niemiec, tzw. Ziemiach Odzyskanych początkowo największym problemem była epidemia duru brzusznego². Zachorowalność na tę chorobę wzrosła bezpośrednio po wojnie o 460% w porównaniu z 1938 r. (82 tys. zachorowań i ok. 5 tys. zgonów), na dur płamisty – o 342%, na błonicę – o 20% (21 tys. zachorowań i ok. 1500 zgonów), której fala epidemiczna zaczęła gwałtownie narastać od 1949 r., osiągając szczyt w 1954 r. (44 tys. zachorowań). Poważnym problemem były też choroby weneryczne, bowiem w 1947 r. zarejestrowano 107 tys. chorych na kiłę i 35 tys. na rzeżączkę, choć wydaje się, że liczby te były znacznie zaniżone. Działania poprawiające opisaną sytuację utrudniały braki wśród personelu lekarskiego oraz zmniejszenie się liczby placówek służby zdrowia. Z 12,9 tys. lekarzy w 1938 r. ich liczba po wojnie spadła do 7,7 tys., natomiast liczba łóżek szpitalnych z 69,4 tys. przed wojną do zaledwie 5 tys. w 1945 r. Do tego brakowało lekarstw, materiałów opatrunkowych, sanitarnych, szczepionek itp.³.

Podobnie przedstawiała się sytuacja, jeśli chodzi o zachorowania i umieralność z powodu gruźlicy, choć w tym przypadku już przed wojną był to w Polsce poważny problem epidemiczny. W roku 1938 liczbę chorych na gruźlicę szacowano na ok. 700 tys. osób, a umieralność na 70 tys. (statystycznie 15,5 na 10 tys. osób). Po wojnie liczbę chorych określano na ok. 234 tys., choć faktyczny stan zagruźliczenia kraju nie był znany (nawet w przybliżeniu) jeszcze w 1947 r. Jednak na podstawie danych liczbowych z 6 dużych miast obliczono, że umieralność wynosiła 18,4 na 10 tys. osób, czyli ok. 40 tys. zgonów rocznie, przez co gruźlicę włączono wówczas do ostrych chorób zakaźnych. Głównymi przyczynami jej szerzenia się, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, była intensywna urbanizacja, postępujące uprzemysłowienie i dynamiczny wzrost liczby ludności⁴. W efekcie

dykalnym wyzdrowieniem. Zob.: Instrukcje Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami dotyczące zwalczania chorób zakaźnych i przymusowej hospitalizacji, „Dziennik Zdrowia” z 1945 r. nr 1.

²Epidemiologia (*epi* – na, *demos* – lud, *logos* – zdanie, rozprawa) jest nauką, która stawia sobie za cel wykrycie i poznanie tych prawidłowości, które stanowią podstawę procesu epidemicznego, oznacza masowe występowanie chorób zakaźnych, czyli chorób szerzących się nagminnie, stąd terenem pracy epidemiologa jest środowisko ludzkie. Stałe występowanie choroby zakaźnej na danym terenie bez importowania zarazka z zewnątrz określa się endemią, przy czym choroba trwa i rozwija się z różnym napięciem. Wystąpienie większej niż zwykle liczby przypadków w krótkim czasie i na ograniczonym obszarze nazywa się epidemią, a do częstych jej cech należy wybuchowość i gwałtowność szerzenia się. Natomiast epidemię obejmującą wiele krajów lub nawet wszystkie części świata określa się mianem pandemii. Zob.: M. K a c p r z a k, *Epidemiologia ogólna*, Warszawa 1956, s. 7–22.

³W. R o s z k o w s k i, *Najnowsza historia Polski 1945–1980*, Warszawa 2003, s. 93; J. I n d u l s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 441.

⁴Zob.: IX Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy 1949, red. O. Buraczewski, „Gruźlica” 1952 supl.

w ciągu dziesięcioleci pojawiało się duże zbiorowisko ludzi chorujących w tym samym czasie, choć zakażonych w różnych latach.

Bezpośrednio po drugiej wojnie światowej rozpoczął się więc okres budowania podstaw nowej, powszechnej i ujednoczonej służby zdrowia, w tym również nowoczesnej ftyzjatrii⁵. Charakteryzował go duży rozmach w szybkiej odbudowie i rozbudowie elementów arsenału przeciwgruźliczego, tj. sieci poradni, szpitali, sanatoriów przeciwgruźliczych oraz w systematycznym i konsekwentnym unowocześnianiu metod walki z gruźlicą.

Odbudowa lecznictwa oraz zorganizowanie walki z chorobami zakaźnymi stały się również ważnym i pilnym zadaniem dla polskiej administracji przybyłej w 1945 r. na Górny Śląsk⁶, stąd pierwszym wydziałem powołanym już 29 stycznia 1945 r. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach⁷ był Wydział Zdrowia, do którego podstawowych zadań należało organizowanie oddziałów powiatowych, proporcjonalne rozmieszczenie lekarzy i personelu pomocniczego, uruchomienie szpitali, aptek, zaopatrzenie tych placówek w leki, żywność, materiały opatrunkowe, instrumentarium lekarskie, itp.

⁵ Ftyzjatria (z greckiego *phthisis* – schnąć, uschnąć; *iatreia* – leczenie) jest działem medycyny zajmującym się nauką o gruźlicy płuc i jej leczeniu. Po raz pierwszy użyto tego terminu w greckim dziele „Corpus Hippocraticum”, spisany w 100 lat po śmierci Hipokratesa i początkowo oznaczał on każdą chorobę wyniszczającą; z czasem zaczęto stosować jako synonim długotrwałej gruźlicy płuc z towarzyszącym jej w zaawansowanym stadium wyniszczeniem. Zob.: F. G i e d r o j ć, *Polski słownik lekarski*, t. 2, Warszawa 1933, s. 322–323; zob. też: H i p p o c r a t e s, *Sämttliche Werke*. Übers. R. Fuchs, Bd. 1, München 1895, Prognosticum, s. 451–470.

⁶ Przez Górny Śląsk rozumiemy obszar historyczny obejmowany początkowo przez księstwo opolskie i raciborskie, poszerzany później jako jednostka administracyjna. Po pierwszej wojnie światowej była to rejencja opolska, po drugiej wojnie światowej najpierw województwo śląskie (śląsko-dąbrowskie), w którym poza historyczną częścią Śląska znajdowały się obszary Zagłębia Dąbrowskiego. Górny Śląsk po drugiej wojnie światowej w nowych granicach z 1 stycznia 1946 r. miał 15 369 km² powierzchni. Zob.: M. L i s, *Górny Śląsk. Zarys dziejów do połowy XX wieku*, Opole 2001, s. 203–217.

⁷ Pełnomocnikiem Rządu Tymczasowego na województwo śląskie był gen. Aleksander Zawadzki (1899–1964), który przybył do Katowic 28 stycznia 1945 r. wraz z ppłk. Jerzym Ziętkiem (1901–1985). Od 1 lutego obowiązki wojewody śląskiego objął J. Ziętek, a w skład województwa weszły powiaty grodzkie: Bielsko, Chorzów, Katowice oraz wiejskie: bielski, cieszyński, katowicki, lubliniecki, pszczyński, rybnicki, świętochłowicki i tarnogórski. Dnia 11 marca poszerzono granice województwa o powiaty: będziński, sosnowiecki i zawierciański, przyjmując nazwę województwo zagłębiowsko-śląskie (wojewodą został A. Zawadzki, a J. Ziętek stał się wicewojewodą). Dnia 18 marca włączono w skład województwa dawną rejencję opolską (początkowo powiaty grodzkie: Bytom, Gliwice i Zabrze oraz wiejskie: bytomski, gliwicki, kluczborski, kozielski, oleski, opolski, strzelecki, a w maju głubczycki, grodkowski, niemodliński, nyski, prudnicki i raciborski), zmieniając ostatecznie nazwę na województwo śląsko-dąbrowskie. Dnia 28 czerwca 1950 r. województwo podzielono na województwo katowickie i opolskie. Zob.: *ibidem*.

Szerzące się choroby weneryczne i grożące w kilku rejonach województwa epidemie chorób zakaźnych – obok braku zaplecza i kadry medycznej – były wówczas najpoważniejszym problemem do opanowania. Dotyczyło to także zachorowań na gruźlicę, która już w czasie wojny stanowiła poważne zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców Górnego Śląska, zwłaszcza jego części wschodniej⁸. Już pierwsze badania i prześwietlenia rentgenowskie wykonane po wojnie wykazały u 2–3% dorosłej ludności zmiany gruźlicze, przy czym szacowano, że odsetek ten jest znacznie większy i wynosi ok. 50 tys. osób⁹.

Badaniami nad dziejami górnośląskiej medycyny do połowy XX w. – jak piszą Włodzimierz Kaczorowski i Jerzy M. Dyrda – zajmowała się głównie historiografia niemiecka¹⁰, natomiast po 1945 r. interesowano się historią medycyny incydentalnie i dopiero w latach sześćdziesiątych XX w. zaczęły pojawiać się publikacje, głównie o charakterze przyczynkarskim¹¹. W dotychczasowej literaturze przedmiotu sporo miejsca poświęcono ochronie zdrowia w czasie powstań śląskich, plebiscytu, w okresie międzywojennym i podczas okupacji hitlerowskiej, opracowaniom biograficznym oraz historii polskich środowisk i towarzystw lekarskich autorstwa Krzysztofa Brożka¹², dokumentowano także rozwój badań w zakresie górnośląskiej biografistyki lekarskiej¹³. Powstały również dysertacje doktorskie w Śląskiej Akademii Medycznej, dotyczące dziejów poszczególnych specjalności medycznych oraz życia i działalności zawodowych lekarzy pracujących na Gór-

⁸ Die Bedeutung des Polenproblems für die Rüstungswirtschaft Oberschlesiens, Biblioteka Uniwersytecka we Wrocławiu, Gabinet Śląsko-Łużycki, sygn. 16114, s. 59–61.

⁹ *Służba zdrowia na terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1, s. 46–54.

¹⁰ Zob.: *Oberschlesische Bibliographie*, Bd. 1–2, hrsg. K. Kaisig, H. Bellee, L. Vogt, Oppeln 1938.

¹¹ Zob.: W. K a c z o r o w s k i, J. M. D y r d a, *Stan badań nad dziejami górnośląskiej medycyny i farmacji (kierunki, formuły badawcze, egzemplifikacje źródłowe)*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda i B. Gruszka, Katowice 2007, s. 11–29.

¹² Zob.: K. B r o ż e k, *Polska służba medyczna w powstaniach śląskich i plebiscycie*, Opole–Katowice 1973; i d e m, *Lekarze w życiu społecznym województwa śląsko-dąbrowskiego (1945–1950)*, „Rocznik Katowicki” 1984, t. 12, s. 134–170; i d e m, *90 lat tradycji Śląskiego Towarzystwa Lekarskiego (1908–1951)*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 1998, Vol. 36/37, s. 9–17; i d e m, *Polska medycyna na Górnym Śląsku w latach międzywojennych i podczas okupacji hitlerowskiej*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2001, nr 48/49, s. 53–69; i d e m, *Tradycje Śląskiej Izby Lekarskiej do 1951 roku*. W: *70 lat samorządu lekarskiego na Śląsku*, pod red. H. Borgiel-Marek i in., Katowice 2005, s. 9–38.

¹³ Zob.: J. M. D y r d a, *Biblioteka Główna Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach – działalność Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska; podsumowanie dorobku i perspektywy na przyszłość*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 225–231.

nym Śląsku, a mających wkład w rozwój medycyny¹⁴. Ponadto w Bibliotece Głównej Śląskiej Akademii Medycznej stworzono program komputerowej bazy Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska, który zawiera hasła biograficzne ludzi zasłużonych dla medycyny (urodzonych lub pracujących na Górnym Śląsku), hasła dotyczące Śląskiej Akademii Medycznej, hasła rzeczowe z przypisanymi do nich źródłami archiwalnymi i literaturą przedmiotu, kalendarium ważnych wydarzeń z dziejów medycyny i farmacji na Górnym Śląsku¹⁵.

Podobnie przedstawia się kwestia zdrowotności społeczeństwa. W dotychczasowej literaturze przedmiotu dotyczącej rozwoju chorób zakaźnych, które siały strach i zagrażały życiu, dużo miejsca poświęcono jedynie epidemii cholery, która nękała ludność górnośląską w XIX w. Jako pierwszy podjął się opracowania tego zagadnienia Leon Korc¹⁶, a następnie Jan Kwak¹⁷, jednak były to przyczynki okazjonalne. Systematyczne badania zostały rozpoczęte dopiero z inicjatywy Włodzimierza Kaczorowskiego¹⁸.

Wobec częstej bezradności władz publicznych, które nie mogły sprostać oczekiwaniom ludności górnośląskiej w zakresie pomocy w ratowaniu zdrowia i życia, koniecznością okazywała się współpraca instytucji publicznych z instytucjami dobroczynnymi. Dlatego tak ważne znaczenie w zapewnieniu opieki medycznej w XIX i na początku XX w. miały żeńskie zgromadzenia zakonne, niosące pomoc

¹⁴Zob.: K. P a r t y k a, *Rozwój urologii w regionie Śląskiej Akademii Medycznej* (1995); K. N i e s i o ł o w s k a - Z a g ó r o w s k a, *Powstanie i rozwój anestezjologii w regionie Śląskiej Akademii Medycznej* (1996); E. C h o r o m a n ś k a, *Kardiologia na Górnym Śląsku w latach 1946–1995 ze szczególnym uwzględnieniem roli Śląskiej Akademii Medycznej* (1999); J. P r o k s a, *Rozwój ortopedii w regionie. Działania Śląskiej Akademii Medycznej* (2001); K. N i t e c k i, *Wkład Józefa Gasińskiego w rozwój nowoczesnej chirurgii* (2005).

¹⁵Zob.: [<http://dokument.slam.katowice.pl>] (20.08.2008) (z witryny internetowej Biblioteki Głównej Śląskiej Akademii Medycznej).

¹⁶Zob.: L. K o r c, *Pierwsza epidemia cholery w Polsce*, „Wiadomości Lekarskie” 1971, nr 11, s. 113–117; i d e m, *Wkład nauki polskiej do walki z pierwszą epidemią w Europie w roku 1831*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1972, nr 6, s. 235–236.

¹⁷Zob.: J. K w a k, *Epidemia cholery w latach 1831–1832 w rejencji opolskiej*, „Zeszyty Naukowe WSP w Opolu” 1981 „Historia” nr 18, s. 63–76; i d e m, *Klęski elementarne w miastach górnośląskich (w XVIII i pierwszej połowie XIX w.)*, Opole 1987.

¹⁸Zob.: W. K a c z o r o w s k i, *Zapobieganie epidemii cholery w rejencji opolskiej w latach 1836–1837 w świetle przepisów sanitarno-medycznych*, „Kwartalnik Opolski” 1995, nr 1, s. 120–125, i d e m, *Ofiary epidemii cholery w Bytomiu i Raciborzu w latach 1831–1832*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Opolskiego” 1996 „Historia” nr 33, s. 127–133, i d e m, *Epidemia cholery na terenie Górnego Śląska (rejencji opolskiej) w latach 1831–1832*. W: *Symposium pt. „Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne*, pod red. A. Śródka, Kraków 2005, s. 141–147. Zob. też: M. C z a p l i Ń s k i, *Epidemia cholery w powiecie prudnickim w 1831 r. (w świetle relacji dr. Josepha Reimanna)*, „Śląsk Opolski” 2004, nr 2, s. 9–12, i d e m, *Epidemia cholery w powiecie opolskim w 1831 r. (w świetle relacji fizyka powiatowego dr. Josepha Zedlera)*, „Studia Śląskie” 2007, t. 66, s. 147–154.

charytatywną. Rola tychże zakonów została zbadana i opisana przez ks. Kazimierza Dolę¹⁹ i Antoniego Maziarza²⁰.

Problematyka zachorowań na gruźlicę na Górnym Śląsku jest zagadnieniem słabo opracowanym i dotyczy to zarówno XIX, jak i początku XX w., a także okresu bezpośrednio po drugiej wojnie światowej. Polska w czasie okupacji poniosła największe – spośród państw europejskich – straty z powodu gruźlicy, a lata wojny zrujnowały dorobek okresu międzywojennego w zakresie walki z tą chorobą. Zagrożenie zdrowia ludności górnośląskiej wskutek zachorowań na gruźlicę w XIX w., w czasie obu wojen, a także problem walki z tą chorobą po zakończeniu wojny w 1945 r. na tle powszechnych zachorowań na dur brzuszny, błonicę, choroby weneryczne w badaniach historyczno-medycznych był uwzględniany w sposób incydentalny lub wybiórczy²¹.

Jerzy M. Dyrda ukazał stan odbudowy bazy materialnej i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim²², wspominając o podejmowanych krokach w walce z gruźlicą. Paweł Bojko, omawiając opiekę zdrowotną Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością przesiedloną na obszar województwa śląsko-dąbrowskiego w latach 1945–1949, również wspominał o skali problemu i trudnościach wynikających z szerzenia się tej choroby²³. Dużą wartość w badaniach nad górnośląską ftyzjatrią

¹⁹Zob.: K. D o l a, *Zakony żeńskie na Śląsku w XIX i pierwszej połowie XX wieku*. W: *W służbie Kościoła. 125 lat Sióstr św. Jadwigi*, red. G. Niedziela, Wrocław 1986, s. 15–24; i d e m, *Wkład żeńskich zgromadzeń zakonnych w rozwój ambulatoryjnej opieki nad chorymi w drugiej połowie XIX wieku*, „*Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego*” 1996, t. 16, s. 225–235; i d e m, *Inicjatywy społeczne żeńskich zgromadzeń zakonnych na Śląsku w drugiej połowie XIX wieku*. W: *Żyjąc dla innych. Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej – dzieło ks. Jana Schneidera – u progu trzeciego tysiąclecia chrześcijaństwa*, red. J. Swastek, Wrocław 1998, s. 41–60.

²⁰Zob.: W. K a c z o r o w s k i, A. M a z i a r z, *Udział rodzimych żeńskich zgromadzeń zakonnych w opiece zdrowotnej na Śląsku w II połowie XIX wieku*. W: *Z dziejów zdrowia publicznego*, red. J. Nosko, Łódź 2006, s. 177–192; A. M a z i a r z, *Zasoby źródłowe śląskich żeńskich zgromadzeń zakonnych dotyczące opieki nad chorymi w XIX wieku*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 120–141; i d e m, *Działalność medyczna rodzimych żeńskich zgromadzeń zakonnych na Śląsku w latach 1842–1914 na tle uwarunkowań społecznych*, Opole 2005 (maszynopis pracy doktorskiej).

²¹Zob.: E. L e s z c z y Ń s k a, *Monografia Szpitala Przeciwgruźliczego w Wojnowicach i Poradni Przeciwgruźliczej w Raciborzu w latach 1963–1975*, Opole (praca magisterska napisana na Uniwersytecie Opolskim).

²²Zob.: J.M. D y r d a, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945–1950*, Katowice 2003.

²³Zob.: P. B o j k o, *Opieka zdrowotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością wysiedloną z Kresów Wschodnich II Rzeczypospolitej na teren województwa śląsko-dąbrowskiego w latach 1945–1949*, Opole 2003 (praca doktorska); i d e m, *Opieka zdro-*

prezentuje także pięć tomów *Słownika medycyny i farmacji Górnego Śląska*, w których zamieszczono 1732 biogramy, m.in. ftyzjatrów i lekarzy innych specjalności podejmujących walkę z gruźlicą²⁴.

Omawiana problematyka została lepiej opracowana w odniesieniu do innych regionów kraju. Prowadzone badania zaowocowały przede wszystkim rozprawami habilitacyjnymi, doktorskimi oraz osobnymi pracami. Częściowo wypełniły one lukę w tym względzie. Roman Meissner zajmował się rozwojem ftyzjatrii na ziemi poznańskiej²⁵, Teresa Grzegorzczak-Skibińska na Dolnym Śląsku²⁶, Anna Bijoś na Pomorzu Zachodnim²⁷, Stanisław Górski w województwie bydgoskim²⁸.

Istotne znaczenie dla prezentowanej dysertacji miały analizy ogólnopolskie, z pośrednimi odniesieniami dotyczącymi rozwoju walki z chorobami zakaźnymi, w tym także z gruźlicą na Górnym Śląsku. Można tu wymienić pracę Elżbiety Więckowskiej²⁹ i Józefa Kostrzewskiego³⁰, przedstawiające w ogólnych zarysach problem zwalczania chorób zakaźnych z punktu widzenia historii medycyny. Choć zauważyć należy, że w podręcznikach epidemiologii omawiane są głównie ostre choroby zakaźne, a gruźlica jest zwykle pomijana, mimo że strona epidemiologiczna w gruźlicy jest równie istotna jak aspekt społeczny. Z tego też względu na uwagę zasługują także opracowania Marcina Kacprzaka³¹, Andrzeja Gładysza

wotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością przesiedlaną na Śląsku Opolskim w latach 1945–1948 w świetle dokumentów archiwalnych. W: Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 182–210.

²⁴ *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 1: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1993, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995, t. 3: *Monograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1997, t. 4: *Biograficzny (A–Z)*, red. J.M. Dyrda, Katowice 2000, t. 5: *Biograficzny (A–Z)*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2003, t. 6: *Monograficzny*, red. W. Pierzchała, Katowice 2007.

²⁵ Zob.: R. M e i s s n e r, *Dzieje ftyzjatrii poznańskiej do końca XX wieku*, Poznań 1999 (praca habilitacyjna).

²⁶ Zob.: T. G r z e g o r c z y k - S k i b i Ń s k a, *Dzieje lecznictwa przeciwgruźliczego regionu Sudetów Zachodnich w stuleciu 1880–1987*, Karpacz 1990 (praca doktorska, Biblioteka Akademii Medycznej we Wrocławiu); e a d e m, *Z dziejów lecznictwa przeciwgruźliczego ziemi jeleniogórskiej. W 100-lecie „Wysoka Łąka”*, Jelenia Góra 2002.

²⁷ Zob.: A. B i j o ś, *Walka z gruźlicą na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1950*, Szczecin 1999 (praca doktorska).

²⁸ Zob.: S. G ó r s k i, *30 lat walki z gruźlicą w województwie bydgoskim 1945–1975*, Bydgoszcz 1995.

²⁹ Zob.: E. W i ę c k o w s k a, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.

³⁰ Zob.: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964; *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 2001.

³¹ Zob.: M. K a c p r z a k, *Epidemiologia ogólna...*

i Jerzego Kosa³², Zbigniewa Jastrzębowski³³ oraz Mariana Zierskiego³⁴, jako że znajomość oblicza epidemiologicznego gruźlicy była kluczem do właściwej organizacji walki z nią. Wreszcie szczególnie cenne dla niniejszego opracowania były wyniki badań bezpośrednio związane z historią rozwoju leczenia gruźlicy. Są to prace Zbigniewa Woźniewskiego³⁵, Zygmunta Moskwy³⁶, Wiwy Jaroszewicz³⁷ i Michała Telatyckiego³⁸ zawierające zestawienia statystyczne, uwidaczniające wpływ dotychczasowych metod leczniczych i zapobiegania oraz czynników społecznych, bytowych i ekonomicznych na przebieg gruźlicy.

Powyższa problematyka znalazła też oddźwięk w fachowej prasie zawodowej, tj. lekarskiej, balneologicznej oraz zajmującej się zagadnieniami ubezpieczeń. Szczególnie interesujące okazały się takie tytuły, jak: „Gruźlica”, „Polski Tygodnik Lekarski”, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc”, „Gruźlica i Choroby Płuc”, „Pneumonologia Polska”, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, „Gazeta Lekarska”, „Archiwum Historii Medycyny”, „Przegląd Lekarski”, „Wiadomości Lekarskie”, „Przegląd Epidemiologiczny”, „Zdrowie”, „Zdrowie Publiczne”, „Śląska Gazeta Lekarska”, „Polska Gazeta Lekarska”, „Medycyna”, „Medycyna Praktyczna”, „Nowiny Lekarskie”, „Balneologia Polska”, „Problemy Uzdrowiskowe”, „Wiadomości Uzdrowiskowe”. Źródłem cennych uzupełnień faktograficznych okazała się także prasa codzienna i tygodniki, jak np. „Dziennik Zachodni”, „Tygodnik Ilustrowany” czy „Nowiny Opolskie”.

W badaniach nad tytułowym zagadnieniem, autor korzystał również z materiałów znajdujących się w zbiorach Biblioteki Narodowej, Głównej Biblioteki Lekarskiej, Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego, Wrocławskiego, Poznańskiego, Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Biblioteki Wojewódzkiej w Opolu i Katowicach.

³²Jak ustalił A. Gładysz i J. Kos, zapobieganie chorobom zakaźnym oraz ich zwalczanie na Górnym Śląsku w II połowie XIX oraz w I połowie XX w. przebiegało dość sprawnie, dobra była też sytuacja epidemiologiczna, czemu sprzyjał dość wysoki standard życia, dobrze rozbudowana infrastruktura sanitarna, przestrzeganie zasad higieny itp. Zob.: A. Gładysz, J. Kos, *Założenia organizacyjne zapobiegania, zwalczania i leczenia ostrych chorób zakaźnych na ziemiach polskich w XX wieku*. W: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, pod red. J. Kostrzewskiego, Warszawa 2001.

³³Z. J a s t r z ę b o w s k i, *W sprawie badań nad dziejami walki z epidemiami w Polsce w latach 1945–1950*, Łódź 1981, s. 85–91. Zob. też: i d e m, *Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia w Polsce do 1953 roku*, Łódź 1986 (rozprawa habilitacyjna).

³⁴Zob.: M. Z i e r s k i, *Epidemiologia gruźlicy*, Warszawa 1958.

³⁵Zob.: Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967.

³⁶Zob.: Z. M o s k w a, *Zarys historii leczenia gruźlicy płuc*, Warszawa 1987.

³⁷Zob.: *Współczesne leczenie gruźlicy płuc*, red. W. Jaroszewicz, Warszawa 1961.

³⁸Zob.: M. T e l a t y c k i, *Gruźlica i inne choroby społeczne w Polsce*, Warszawa 1946; i d e m, *Współczesne metody leczenia gruźlicy płuc w krytycznym ujęciu*, Warszawa 1949.

Wiadomo od dawna, że całkowite zlikwidowanie gruźlicy, to jest jej wyeliminowanie jako jednostki chorobowej, jest niemożliwe. Z tego też powodu podstawowym pojęciem używanym przez autora w niniejszej rozprawie jest walka z gruźlicą, będąca terminem, przez który rozumie się zarówno wykrywanie źródeł zakażenia, rozpoznawanie choroby, sprawozdawczość (znajomość statystyki dotyczącej umieralności, zapadalności i chorobowości oraz jej przyczyny), koordynację pracy, a także leczenie choroby, odosobnienie chorych, stopniowe wdrażanie ozdrowieńców do pracy, zapewnienie im niezbędnych warunków bytowych³⁹.

Skuteczna walka z gruźlicą od początków lecznictwa wymagała nie tylko dobrze zorganizowanego pionu służby zdrowia, zapewnienia ludności odpowiednich warunków bytowania, ale uwzględnienia także innych czynników odgrywających istotną rolę w akcji przeciwgruźliczej, które już w 1930 r. sprecyzował Jan Daniel-ski (1892–1958)⁴⁰. Chodziło przede wszystkim o uświadomienie społeczeństwa w zakresie danej akcji, o inicjatywę społeczną będącą motorem akcji, koordynację wszystkich czynników, wreszcie zrozumienie interesu zbiorowego⁴¹.

Na podstawie kwerendy archiwalnej i bibliotecznej podczas prowadzonych badań zgromadzono materiały umożliwiające wypełnienie luki na tym odcinku wiedzy naukowej⁴². Opracowanie i dobór wykorzystanych źródeł wynikał z osobistych, badawczych preferencji autora. Uzyskane informacje pozwoliły na omó-

³⁹Zamiennie na określenie walka z gruźlicą używano również słowo ftyzjatria, będącą dziedziną medycyny zajmującą się zarówno teoretyczną, jak i praktyczną stroną zapobiegania i leczenia gruźlicy. Zob.: *Mała encyklopedia medycyny*, t. 1: A–G. [Aut.]: S. Bogusławski i in., Warszawa 1991, s. 327.

⁴⁰Lekarz higienista, po otrzymaniu dyplomu lekarskiego w 1916 r. przez dwa lata pracował na stanowisku asystenta w szpitalach i klinikach Charkowa i Kijowa. W 1925 r. ukończył kurs dla lekarzy państwowej służby zdrowia w Szkole Higieny oraz kurs przeciwgruźliczy i przeciwjagliczy. W latach 1929–1930 jako delegat ministerstwa zajmował się organizowaniem ośrodków zdrowia we Lwowie, piastując jednocześnie funkcję kierownika jednego z nich. Po wojnie wrócił do Lublina, gdzie objął stanowisko kierownika Ośrodka Zdrowia (1947–1952), następnie był lekarzem w filii Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej (1948–1951). Od 1 stycznia 1948 r. rozpoczął pracę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej jako adiunkt w Zakładzie Higieny, a po habilitacji w 1950 r. i otrzymaniu nominacji na docenta w 1954 r. został kierownikiem Zakładu Higieny Ogólnej Akademii Medycznej w Lublinie. Zob.: *Akademia Medyczna w Lublinie 1944–1974, Lublin 1974*, s. 206.

⁴¹J. D a n i e l s k i, [Notatka], „Gruźlica” 1930, s. 240.

⁴²Podzielając pogląd Tadeusza Brzezińskiego, za źródło historyczne uważa się wszelką pozostałość przeszłości, związaną z życiem i działalnością człowieka, która przetrwała do czasów współczesnych w postaci utrwalonej bądź w postaci żywej dotąd istniejącej. W niniejszej pracy najcenniejsze były źródła bezpośrednie, czyli źródła pisemne, stanowiące bezpośredni przekaz myśli autora lub opis obowiązujących poglądów i zasad postępowania zachowane w postaci zapisów na papierze (rękopiśmiennych i drukowanych). Korzystano również ze źródeł pośrednich, będących relacją z drugiej ręki, bądź przyjmujących postać

wienie, uściślenie i wyjaśnienie niejasności oraz weryfikację budzących wątpliwość wielu istotnych dat, wydarzeń, faktów i danych⁴³. Stąd w pracy przywołuje się oceny praktyków i znawców problemu, bowiem uznano, dzieląc nieco pogląd Ludwika Hassa i innych autorów, że żadne „opracowanie nie przemawia do czytelnika tak sugestywnie, nie zbliża go do ówczesnej atmosfery i klimatu, tak konkretnych zjawisk historycznych w takim stopniu, jak przekaz źródłowy, będący ich bezpośrednim, współczesnym odbiciem”⁴⁴.

Kwerenda archiwalna w Archiwum Państwowym w Katowicach pozwoliła przebadać źródła dotyczące działalności pruskich lekarzy powiatowych, choć zaznaczyć należy, że nie ma ich zbyt wiele. Wyjątkiem jest tutaj zespół lekarza powiatowego w Pszczynie, który obejmuje lata 1880–1922, a przechowywany jest w pszczyńskim oddziale Archiwum Państwowego w Katowicach. Jest to materiał obszerny, obejmujący 313 jednostek, z których najistotniejszy dla niniejszego opracowania okazał się fragment dotyczący zwalczania chorób zakaźnych w latach 1891–1921⁴⁵. Przejrzano także zespoły Wydziału Zdrowia Publicznego Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach. Niezwykle interesujące informacje dotyczące realizowanej opieki medycznej, zwalczania chorób zakaźnych, w tym zagrożenia gruźlicą i jej zapobiegania w okresie drugiej wojny światowej, pozyskano z zasobów archiwalnych zespołu Starostwa Świętochłowickiego, Wydziału Zdrowia Nadprezydium Prowincji Górnośląskiej (Medizinalabteilung Oberpräsident Kattowitz 1941–1945) oraz z zespołu Rejencji Katowickiej (Regierung Kattowitz 1939–1945), który zawiera m.in. okólniki i zarządzenia w sprawach opieki medycznej, a także dotyczące nakładania kar na lekarzy nieprzestrzegających obowiązujących zarządzeń. W katowickiej placówce przebadano również sprawozdania sytuacyjne (miesięczne, kwartalne, roczne) wojewody, poszczególnych starostw

pamiętników, podręczników, opisów podróży itp. Por.: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 16–17.

⁴³ Autor niniejszej publikacji należy do nurtu zwolenników historiografii antropologizującej – poszukującej zrozumienia dawnych społeczeństw na drodze empatycznej interpretacji ludzkich działań oraz pomagającej dostrzec niejednorodność kulturową świata i obecne we współczesnych realiach ślady przeszłości, bez wdawania się w osąd i przedstawiania siebie samego jako ucieleśnienia naukowego obiektywizmu. Zob.: K. M o d z e l e w s k i, *Trzy modele historiografii*. W: *Karol Modzelewski Doktor Honoris Causa Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy*, Bydgoszcz 2009, s. 46, 52.

⁴⁴ PPS Lewica. *Materiały źródłowe*. Oprac., wstęp i przypisy L. Hass, Warszawa 1963, s. 7; Zob. też: J. J e s z k e, *W poszukiwaniu paradygmatu polskiej historiografii medycznej*, Poznań 2000.

⁴⁵ Zob.: Archiwum Państwowe w Katowicach (dalej: AP Katowice), Oddział w Pszczynie, Kreisarzt Pszczyna, sygn. 75, 219; zob. też: R. K a c z m a r e k, *Zwalczanie chorób zakaźnych na przykładzie działalności pruskiego królewskiego lekarza powiatowego w Pszczynie w latach 1871–1921*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 100–119.

powiatowych oraz zarządów miejskich wytworzone po 1945 r., znajdujące się w zespole Urząd Wojewódzki Śląski – Wydział Ogólny⁴⁶ oraz w zespołach Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach⁴⁷ i Państwowego Urzędu Repatriacyjnego⁴⁸. W oddziale gliwickim Archiwum Państwowego w Katowicach przeprowadzono kwerendy zespołów starostw powiatowych i zarządów miejskich Gliwic i Zabrze, w oddziale raciborskim – zespołów starostw powiatowych w Rybniku i Raciborzu, a w oddziale bielsko-bialskim – zespół Starostwa Powiatowego w Bielsku.

W Archiwum Państwowym w Opolu kwerenda dotyczyła materiałów zespołu Rejencja Opolska, wytworzonych w latach 1816–1945, zawierających m.in. spisy lekarzy, statystykę, informacje dotyczące szpitali itp. Interesująca okazała się dokumentacja szczepień ochronnych przeprowadzanych na Górnym Śląsku w latach 1898–1944, a także raporty dotyczące epidemii chorób zakaźnych w czasie pierwszej wojny światowej oraz w okresie międzywojennym⁴⁹. W opolskiej placówce przebadano również zespoły starostw powiatowych, zarządów miejskich oraz akta pełnomocnika PCK na Oddział Opole wytworzone po 1945 r. Najliczniejsze są akta Starostwa Powiatowego w Opolu⁵⁰. Spośród 17 referatów, dwa dotyczą lecznictwa: Referat Zdrowia i Referat Opieki Społecznej. Pierwszy, obejmujący lata

⁴⁶ Sprawozdania sytuacyjne wojewody i starostw powiatowych w: Bytomiu, Gliwicach, Głubczycach, Grodkowie, Kluczborku, Koźlu, Lublińcu, Niemodlinie, Nysie, Oleśnie, Opolu, Prudniku, Raciborzu, Strzelcach Opolskich, Zabrze; Zarządy Miejskie: Gliwice, Opole, Racibórz, Zabrze.

⁴⁷ AP Katowice, Wojewódzka Rada Narodowa w Katowicach, Komisja Zdrowia Publicznego, sygn. 320–326.

⁴⁸ AP Katowice, Państwowy Urząd Repatriacyjny – oddziały wojewódzkie w Katowicach, Bytomiu, Gliwicach, Zabrze.

⁴⁹ Zob. W. K a c z o r o w s k i, J. K o r n e k, J. M. D y r d a, *Znaczenie zespołu Rejencja Opolska w Archiwum Państwowym w Opolu dla badaczy dziejów górnośląskiej medycyny i farmacji*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 65–74.

⁵⁰ W maju 1945 r. starostwa otrzymały wydany przez Urząd Wojewódzki Śląsko-Dąbrowski, Wydział Samorządowy tymczasowy podział czynności. Podział ten przewidywał utworzenie referatów z poszczególnymi sprawami do nich przynależnymi. W czerwcu 1947 r. ukazał się okólnik nr 44/47 Ministerstwa Ziem Odzyskanych (DzU MZO z 1947 r. nr 8, poz. 139) w sprawie wewnętrznej organizacji starostw powiatowych, na mocy którego na obszarze Ziem Odzyskanych starostwa wydzieliły referaty, w tym referat zdrowia. Do jego zadań należało: przygotowywanie sprawozdań lekarza powiatowego, organizacja służby zdrowia na terenie powiatu, w tym walka z chorobami zakaźnymi, nadzór nad aptekami, opieka nad matką i dzieckiem, nadzór nad zakładami produkcyjnymi, artykułami spożywczymi, czystą wodą pitną itp. Zarządzeniem organizacyjnym nr 42/48 Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego został wprowadzony nowy statut, który z kolei okólnikiem nr 55/49 z 12 grudnia 1949 r. (obowiązywał od 1 stycznia 1950 r.) uzupełniono o rzeczowy podział czynności poszczególnych komórek organizacyjnych. Likwidacja starostw powiatowych nastąpiła na mocy ustawy z 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej

1945–1947 zawiera okólniki i korespondencję, sprawozdania lekarza powiatowego oraz miejskiego szpitala zakaźnego w Opolu, sprawozdania z akcji przeciwepidemicznej, stanu sanitarnego, działalności ośrodków zdrowia i in. Referat Opieki Społecznej (1945–1949) zawiera sprawozdania, sprawy budżetowe, dokumentację dotyczącą powrotu ludności polskiej z Niemiec itp. Na uwagę zasługuje także zespół PCK – Pełnomocnik na Oddział w Opolu 1945–1950 zawierający informacje o zwalczaniu chorób zakaźnych, społecznych, prowadzeniu szkoleń sanitarnych, organizowaniu akcji propagandowych i in.⁵¹

Jeśli chodzi o materiały dotyczące lat międzywojennych i okresu wojny, zaznaczyć należy, że we wspomnianych archiwach państwowych zachowały się głównie źródła instytucjonalne. Dzięki temu można zapoznać się z rozwojem i funkcjonowaniem danej instytucji, rządziej jednak zawarte są w nich informacje dotyczące chorób, sposobów ich leczenia i zapobiegania. Dodatkowo pracę utrudnia fakt, że sam tytuł jednostki archiwalnej nie gwarantuje znalezienia odpowiednio interesujących materiałów. Wreszcie w większości są to źródła bezpośrednie, których cechą jest odpersonalizowanie informacji, przez co pozbawione są one często opisów poszczególnych przypadków chorobowych, diagnoz, badań medycznych, korespondencji, a to właśnie pokazuje prawdziwy obraz problemu⁵².

W Archiwum Akt Nowych w Warszawie wykorzystano zespoły Ministerstwa Zdrowia z lat 1945–1950, zwłaszcza w zakresie odtworzenia struktur organizacyjnych lecznictwa oraz zwalczania chorób zakaźnych⁵³. Dokonano także przeglądu zasobów Zarządu Centralnego Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w Łodzi 1944–1951, z których wyłonił się obraz z jednej strony dużego zaangażowania jego pracowników w walce z chorobami zakaźnymi (w tym także z gruźlicą), z drugiej wielu ograniczeń w realizacji tej walki, ze względu na niesprawny system administracyjny i gospodarczy w powojennej Polsce⁵⁴.

Kwerendę uzupełniono materiałami zamieszczonymi w wydawnictwach urzędowych Ministerstwa Zdrowia oraz województwa śląsko-dąbrowskiego, takich jak: „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki”, „Gazeta Urzędowa Województwa Śląskiego”, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny”, „Dziennik Zdrowia”, „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia”, w których publikowano

władzy państwowej (DzU z 1950 r. nr 14, poz. 130), działały one do czerwca, kiedy to rady narodowe przejęły dotychczasowy zakres czynności zniesionych starostw.

⁵¹J. K o r n e k, *Zespoły akt Archiwum Państwowego w Opolu skarbnicą wiedzy o dziejach lecznictwa na Górnym Śląsku*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródełowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 46–57.

⁵²R. K a c z m a r e k, *Źródła archiwalne do dziejów medycyny na Górnym Śląsku w latach 1918–1945*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 75–76.

⁵³Archiwum Akt Nowych w Warszawie (dalej: AAN w Warszawie), Ministerstwo Zdrowia, Gabinet ministra, Wydział prawny, sygn. 1–45, 94–109.

⁵⁴AAN w Warszawie, Państwowy Urząd Repatriacyjny, sygn. X/1–/72.

rozporządzenia, instrukcje i okólniki wojewody, ministra zdrowia, Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami i in.

Obok zasobów archiwalnych, wykorzystano materiały zgromadzone w Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska przy Bibliotece Głównej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Materiał tam znajdujący się to wielka zasługa dyrektora teŝe biblioteki dr. J. M. Dyrdy.

Informacji o walce z gruźlicą poszukiwano teŝe w tekstach publikowanych dla potrzeb szkoleniowych, w prasie codziennej, informatorach, wydawnictwach okolicznościowych oraz w różnych zbiorach prywatnych. Korzystano również z materiałów i informacji zamieszczonych w Internecie.

Jednym z podstawowych źródeł informacji o stanie zdrowotnym mieszkańców Górnego Śląska po 1945 r., występujących rodzajach chorób, w tym o epidemii chorób zakaźnych, organizacji leczenia, wreszcie o działaniach podejmowanych w walce z gruźlicą były sprawozdania starostów, lekarzy powiatowych i miejskich. Sprawozdania te, zwłaszcza pochodzące z pierwszych miesięcy organizacji życia powojennego, są częstokroć jedynym udokumentowanym przekazem o stanie zdrowotnym mieszkańców poszczególnych powiatów, jak i poczynaniach władz w zakresie organizacji służb medycznych i sanitarnych.

Sprawozdania starostów powiatowych (wydziałów, referatów zdrowia) w pierwszym okresie ich funkcjonowania odznaczają się rzeczowością, która pozwala określić atmosferę społeczną oraz warunki i możliwości organizowania leczenia. Na ich podstawie można teŝe ocenić podejmowane działania dotyczące walki z chorobami zakaźnymi, w tym z gruźlicą. Po paru miesiącach od zakończenia wojny (w zależności od powiatu) miały one głównie charakter raportów informujących o liczbie zachorowań i zgonów na choroby zakaźne oraz o stanie sanitarnym, dzięki czemu ukazują występujące w tym okresie zagrożenie epidemiami⁵⁵.

Z kolei sprawozdania lekarzy powiatowych/miejskich informują o „bólączkach” dnia codziennego występujących przy organizowaniu służby zdrowia, a zwłaszcza o warunkach materialnych i sanitarnych panujących w przejmowanych od Armii Czerwonej obiektach szpitalnych i im podobnych. Zawierają one teŝe informacje o działalności kolumn epidemicznych, ośrodków zdrowia, w których organizowano przychodnie przeciwgruźlicze, o liczbie zachorowań i zgonów, wreszcie wykazy statystyczne dotyczące zachorowań, zgonów, zapadalności i umieralności, a teŝe wykonanych badań, prześwietleń rtg, szczepień ochronnych itp. Pozwalają one prześledzić dynamikę rozwoju gruźlicy i jej wpływ na stan epidemiczny, na tle innych chorób zakaźnych.

⁵⁵M. L i s, *Sprawozdania sytuacyjne administracji terenowej jako źródło wiedzy o ochronie zdrowia po II wojnie światowej na Śląsku Opolskim*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 166–181.

Należy jednak mieć na uwadze to, że wspomniane sprawozdania administracji terenowej oraz przedstawicieli służby zdrowia wskazują na konieczność krytycznego podejścia do nich jako źródła, gdyż tworzone były w szczególnych warunkach. Zwłaszcza jeśli chodzi o operowanie danymi statystycznymi, których przekazy często różnią się między sobą i nie zawsze ukazują faktyczny obraz w terenie. Wynikało to głównie z niewystarczającej liczby personelu medycznego, niestosowania się do poleceń odnośnie do zgłaszania nowych przypadków zachorowań na choroby zakaźne (zjawisko często obserwowane wśród ludności niemieckiej, którą praktykujący lekarze niemieccy leczyli w domach), z dużej liczby błędnych diagnoz lekarskich, bez możliwości zweryfikowania podejrzeń za pomocą specjalistycznych badań, wreszcie z powodu przekazywania nieprawdziwych lub niepełnych informacji wynikających z niewiedzy lub nierzetelnego wypełniania swoich obowiązków. Zdając sobie sprawę z tych braków w rozpoznawaniu gruźlicy oraz w zasadach rejestracji, które często uniemożliwiają przeprowadzenie pełnej analizy danych liczbowych, nie należy jednak odrzucać wartości poznawczej tych źródeł, gdyż jak pisze Jerzy Topolski „nie ma źródła już z góry mniej czy bardziej wartościowych, gdyż źródłem jest wszystko, co może być pomocne w konstruowaniu obrazu przeszłości i argumentowaniu na rzecz owego konstruowania”⁵⁶.

Odmiennej charakter mają dokumenty wytworzone przez Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami (NNK), działającego przy ministrze zdrowia, oraz przez wojewódzki Wydział Zdrowia w Katowicach, który administracyjnie odpowiadał za tworzenie struktur służby zdrowia, w tym także za walkę z gruźlicą. Co do pierwszego źródła, większość materiałów dotyczy koordynowania walki z chorobami zakaźnymi, wytycznych w zakresie podejmowania niezbędnych decyzji, ponagłeń w sprawie przesyłania sprawozdań, czy wręcz wskazywania błędów i nieprawidłowości m.in. w zakresie realizacji programu walki z gruźlicą⁵⁷. W jednostkach archiwalnych Wydziału Zdrowia w Katowicach można natomiast znaleźć materiały dotyczące personelu medycznego, wykaz szpitali i innych placówek medycznych działających w województwie, opis placówek PCK oraz interesujące informacje o stanie higieny zdrowotnej, działalności terapeutycznej, metodach leczenia, wreszcie o zapobieganiu chorobom zakaźnym.

W podjętej próbie przedstawienia rozwoju terapii balneoklimatycznej na Górnym Śląsku w aspekcie leczenia gruźlicy przyjęto określony zasięg terytorialny i zakres czasowy. Co do terytorium, analiza dotyczy obszaru wschodniej części Śląska, nazywanego w państwie pruskim rejencją opolską, w okresie międzywo-

⁵⁶J. T o p o l s k i, *Jak się pisze i rozumie historię. Tajemnice narracji historycznej*, Warszawa 1996, s. 338.

⁵⁷Instytucja powstała w listopadzie 1944 r., do połowy 1945 r. była to jedyna komórka zajmująca się opieką zdrowotną Polaków. Zob.: J. M o r z y c k i, A. K l i n g b e r g, *Naczelnny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944–1945*, Warszawa 1946, s. 7–8.

jennym – prowincją górnośląską i jednocześnie rejencją opolską lub Śląskiem Opolskim w części niemieckiej oraz województwem śląskim w części polskiej. Po drugiej wojnie światowej cała wcześniejsza część niemiecka Górnego Śląska otrzymała nazwę województwa śląskiego, którą po przyłączeniu Zagłębia Dąbrowskiego zmieniono na województwo śląsko-dąbrowskie⁵⁸. Ramy chronologiczne obejmują natomiast drugą połowę XIX i pierwszą XX w. – do 1950 r. Zlikwidowano wówczas województwo śląsko-dąbrowskie (28 czerwca 1950 r.)⁵⁹, uchwalono ustawę (18 lipca 1950 r.), na mocy której rozwiązano samorządy lekarskie (w tym także aptekarskie), kasy chorych, a struktury sanitarno-epidemiczne zorganizowano w odrębny pion, co w konsekwencji stało się wyznacznikiem zmian w służbie zdrowia, polegających na połączeniu istniejących struktur opieki zdrowotnej z administracją państwową. To także czas, gdy choroby zakaźne, w tym gruźlica, przestały stanowić bezpośrednie zagrożenie dla społeczeństwa, choć nadal zachorowalność na nie była niebezpiecznie duża.

Wybór tematu dotyczy wycinka wspomnianych zmagani. Obszerność i wielostronność zagadnienia rzutowały na tok wyводу, stąd w niektórych miejscach jest on jedynie zarysem czasu, którego dotyczy. Więcej miejsca poświęcono natomiast osobom, które wniosły znaczny wkład w walkę z gruźlicą zarówno w Polsce, jak i na Górnym Śląsku oraz instytucjom, w których ci ludzie pracowali, wychodząc z założenia, że zawsze najważniejsi są ludzie, gdyż ich życie i działalność tworzy właśnie historię.

Podzielając pogląd, że: „dobrze jest w każdej dziedzinie działalności społecznej znać dzieje rozwoju tej dziedziny, która stanowi przedmiot [...] wykonywania zawodu”⁶⁰, i idąc za głosem własnych zainteresowań oraz zainspirowania

⁵⁸ M. L i s, *Znaczenie zasięgu chronologicznego i terytorialnego w badaniach nad historią Górnego Śląska*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 9–21.

⁵⁹ M. L i s, *Górny Śląsk. Zarys dziejów...*, s. 216.

⁶⁰ O potrzebie znajomości dziejów medycyny przez lekarzy i innych przedstawicieli służby zdrowia mówili m.in. prof. Ksawery Rowiński (1904–1983), lekarz radiolog i onkolog dziecięcy, członek Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny; prof. Adam Wrzosek (1875–1965), założyciel czasopisma „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” (1924 r.), w czasie wojny organizator Wydziału Lekarskiego na Tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich w Warszawie, po wojnie kierownik Zakładu Historii i Filozofii Medycyny Uniwersytetu Poznańskiego, a także prof. Władysław Szumowski (1875–1954), kierownik Zakładu Historii Medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, autor wydanego w 1935 r. podręcznika *Historia medycyny*. Byli oni autorami licznych prac naukowych z zakresu historii medycyny, w których przywiązywali dużą wagę do tradycji zawodu lekarskiego i nauk medycznych. Zob.: E.J. S z u l c, *Prof. Adam Wrzosek (1875–1965)*, „Przegląd Lekarski” 1965, nr 10, s. 583–584; M. S k u l i m o w s k i, *Dzieje nauki i nauczania historii medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim i Akademii Medycznej w Krakowie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1964, nr 8, s. 317.

przez opolskie środowisko medyczne podjęto realizację takiego przedsięwzięcia badawczego, które miało na celu uzupełnienie luki w górnośląskiej historiografii, oceniającego skuteczność terapii balneoklimatycznej, działań służb medycznych, administracji publicznej, organizacji społecznych w walce z gruźlicą oraz kształt opieki zdrowotnej i wpływ tej choroby na zdrowie społeczeństwa górnośląskiego do momentu nowego podziału administracyjnego.

Na podstawie materiałów źródłowych, literatury oraz własnych przemyśleń i wniosków, przeprowadzono wnikliwą analizę, by znaleźć odpowiedź na pytanie: jak wyglądał rozwój terapii balneoklimatycznej wykorzystywanej w leczeniu gruźlicy na Górnym Śląsku od drugiej połowy XIX do pierwszej połowy XX w., oraz jaki był stan bazy diagnostyczno-terapeutycznej górnośląskiej ftyzjatrii, oraz czy doświadczenia zdobyte po drugiej wojnie światowej w województwie śląsko-dąbrowskim były wykorzystane w walce z gruźlicą w pozostałej części kraju.

Praca będąca efektem wieloletnich badań ma charakter interdyscyplinarny, uwzględnia problematykę z zakresu historii medycyny, socjologii medycyny oraz polityki społecznej i sanitarnej. Zwalczanie gruźlicy powiązane z problemem upowszechniania się różnych metod leczenia oraz organizowania struktur państwowej opieki zdrowotnej i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. W analitycznej części badań – jak wspomniano wcześniej – wykorzystano materiały archiwalne oraz liczne informacje przyczynkarskie o charakterze empirycznym, które były pisane na podstawie bezpośrednich obserwacji i badań. Natomiast w części syntetycznej struktura pracy ma układ problemowy, w którym zachowane zostały w przedstawionych rozdziałach cechy opisu chronologicznego-rzeczowego. Pozwoliło to na ukazanie działalności poszczególnych instytucji zaangażowanych w walkę z gruźlicą w aspekcie chronologicznym, gdyż czynnik instytucjonalny odgrywał decydującą rolę w walce z tą chorobą. Autor ma świadomość, że problem badawczy przedstawiony w niniejszej monografii jest pierwszą próbą pełnego przybliżenia rozwoju walki z gruźlicą na Górnym Śląsku od drugiej połowy XIX do pierwszej połowy XX w. i stanowi wstęp do dalszych analiz.

Monografia składa się z 4 rozdziałów, opatrzonych wstępem i zakończeniem. W rozdziale pierwszym przybliżono rozwój terapii balneoklimatycznej oraz metody leczenia gruźlicy, ze szczególnym wykorzystaniem klimatu. Śląsk, ze względu na swe położenie, był od czasów najdawniejszych obszarem podatnym na wszelkie zmiany kulturowe, na wpływy cywilizacyjne, a wśród nich i te związane z różnymi aspektami medycyny, zdrowotności, toteż stosunkowo wcześnie rozwinęły się tu różne formy przyrodolecznictwa.

W rozdziale drugim ukazano zachorowalność i umieralność ludności Górnego Śląska z powodu gruźlicy, w porównaniu do innych chorób zakaźnych, spowodowane sytuacją materialną w XIX w. oraz skutkami powstań śląskich i obu wojen. Przedstawiono także stan służby zdrowia (w tym ubezpieczeń społecznych) przed plebiscytem, w okresie międzywojennym, a przede wszystkim rozwój lecznictwa

sanatoryjnego i uzdrowiskowego na Śląsku, którego początek datuje się na drugą połowę XIX w. Balneoklimatologia stała się wówczas podstawowym sposobem leczenia i zapobiegania gruźlicy i działało się tak aż do pierwszej połowy XX w.

W rozdziale trzecim scharakteryzowano rozwój akcji przeciwgruźliczej w Polsce po drugiej wojnie światowej pod względem organizacyjnym i prawnym, stan zdrowotny ludności spowodowany skutkami okupacji oraz wielkimi ruchami migracyjnymi po jej zakończeniu. Całość zagadnienia ukazano na tle polskich tradycji balneoklimatycznych, stąd pisząc o latach powojennych – tj. gdy zachodnie obszary Górnego Śląska znalazły się w granicach państwa polskiego – autor uważał za stosowne, by krótko zasygnalizować dzieje tych form lecznictwa w kulturze polskiej.

W ostatnim rozdziale omówiono najistotniejsze wydarzenia związane z rozwojem różnych form walki z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim. Ukazano w nim odbudowę struktur organizacyjnych służby zdrowia, problem przejmowania placówek medycznych od Armii Czerwonej, osiągnięcia i niepowodzenia rozwoju szpitalnictwa przeciwgruźliczego, leczenia sanatoryjnego i prewencyjnego oraz główne kierunki tego rozwoju w latach 1945–1950. Przybliżono także stan zdrowotny ludności, oświaty sanitarnej oraz działań mających podnieść świadomość społeczeństwa i przekonanie go o konieczności uczestniczenia w akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza na trudnym terenie wiejskim. W tym wypadku chodziło o wyrobienie przychylniej i czynnej postawy społeczeństwa wobec zagrożenia chorobą, a więc prowadzenie nauczania publicznego i wychowania sanitarnego ludności, co wchodziło w zakres oświaty sanitarnej realizowanej nie tylko poprzez powołane do tego celu instytucje, ale także przez prasę zarówno fachową, jak i codzienną⁶¹.

Kończąc słowo wstępne autor poczuwa się do miłego obowiązku złożenia serdecznych podziękowań prof. dr. hab. Michałowi Lisowi za życzliwość, nieocenioną pomoc, a przede wszystkim za wsparcie naukowe i duchowe w trakcie przygotowywania niniejszej pracy. Wyrazy wdzięczności autor składa także na ręce prof. dr. hab. Wiesławy Korzeniowskiej z Uniwersytetu Śląskiego oraz prof. dr. hab. Władysława Pierzchały ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego – recenzentów pracy – za cenne wskazówki i krytyczne uwagi.

⁶¹ Chodziło przede wszystkim o „Dziennik Zachodni” (pierwszy numer pisma ukazał się już 6 lutego 1945 r.), który z małego prowincjonalnego dziennika dość szybko stał się jednym z najlepiej redagowanych periodyków informacyjnych w Polsce. Drugim czasopiśmie był miesięcznik „Śląska Gazeta Lekarska”, najlepiej redagowane pismo zawodowe, na łamach którego ukazywało się dużo prac naukowych, oryginalnych badań, streszczenia literatury zagranicznej, także z zakresu fizjologii. Zob.: P. K e n i g, *150 lat prasy polskiej na Śląsku Cieszyńskim*, Bielsko-Biała 1998; J.M. D y r d a, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim...*, s. 221–222.

Podziękowanie kierowane jest również do prof. dr. hab. Jerzego Skubisa – rektora Politechniki Opolskiej oraz prof. nadzw. dr. hab. Jana Szczegielniaka – dziekana Wydziału Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej za słowa motywacji i otuchy oraz za sfinansowanie niniejszej publikacji.

Słowa wdzięczności i podziękowania składane są także do Pani mgr Marii Szwed z wydawnictwa Instytut Śląski w Opolu za nieocenioną pomoc w przygotowaniu publikacji do druku.

Rozdział I

Rys historyczny terapii balneoklimatycznej w zakresie leczenia chorób płuc i gruźlicy

*„W szeregu czynników balneoterapeutycznych
stoją obok siebie: woda [...], wody mineralne [...],
przetwory zdrojowe, jak ługi, sole, muł, borowina,
dalej właściwości powietrzni, zwane czynnikami klimatoterapeutycznymi,
wreszcie, środki dietetyczne, jak mleko i jego przetwory, owoce
i mechanoterapeutyczne, wśród nich masaż, elektryczność i wiele innych”.*

Ludomir Korczyński

1. Początki i ewolucja terapii balneoklimatycznej

Leczenie uzdrowiskowe jest najstarszą gałęzią medycyny, która z powodzeniem przetrwała okresy zabobonów, dziwactw, mistycyzmu i innych odstępstw od wiedzy empirycznej. Współcześnie trudno ustalić, od kiedy ludzie zaczęli świadomie wędrować do miejsc obdarzonych zasobami leczniczymi, gdyż były to czasy przedhistoryczne. Już człowiek pierwotny w przyrodzie znajdował ratunek, szukając obrony przed chorobą, najczęściej w okolicznych wodach mineralnych, źródłach termalnych czy lokalnym klimacie. W odkryciu właściwości leczniczych przyrody często ludziom pomagały zwierzęta, które wcześniej niż człowiek szukały ulgi w cierpieniu, wykorzystując naturę. Uwiarygodnia to tezę, że instynkt i przypadek dały początek balneologii. Przyznanie zwierzętom pierwszeństwa w instynktownym odkrywaniu naturalnych środków leczniczych nie było jednak związane tylko z lecznictwem uzdrowiskowym, gdyż ówczesna medycyna wiele czerpała z medycyny ludowej, która była połączeniem doświadczenia, a także obserwacji świata zwierząt. Dlatego też jeszcze w XIX w. w publikacjach balneologicznych, lekarze pisząc o początkach lecznictwa uzdrowiskowego, wymieniali zwierzęta, które wskazały człowiekowi wartość leczniczą natury¹.

Starożytny świat lekarski zaakceptował metody lecznicze wykorzystujące surowce znajdujące się w środowisku naturalnym. Najczęściej były to kąpiele w wodzie lub powietrzu morskim dla polepszenia kondycji fizycznej, w czym prym wiodła starożytna Grecja, gdzie powstał słynny zakon eskulapów zakładających

¹L. K o r c z y ń s k i, *Początki i ewolucja balneoterapii*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1930, t. 9, s. 131.

tzw. „świątynie zdrowia”, mieszczące się blisko źródeł wód mineralnych lub w otoczeniu lasów i pięknej przyrody².

Początki terapii klimatycznej, czyli wykorzystanie w celach leczniczych naturalnego środowiska przyrodniczego, zwłaszcza zaś atmosferycznego, sięgają także starożytności, kiedy to około 1300 r. p.n.e. w Indiach zaczęto w celach leczniczych stosować kąpiele morskie. Często wierzono wówczas – na zasadzie magii zaklęć i zabobonów – że uzdrawiająca moc świeżego, czystego powietrza lub wody pochodzi od bóstw. To właśnie Hindusi stworzyli podstawy klimatoterapii i hydroterapii, podkreślając znaczenie higieny i zalecając przy tym kąpiele wodne (zimne i ciepłe), parowe, w gorącym powietrzu i piasku. Wiara w nadprzyrodzone siły bóstw opiekuńczych dała początek medycynie sakralnej, dlatego źródła w starożytności znajdowały się pod opieką bóstw i herosów, a chorzy, przebywający w asklepiach budowanych przy źródłach, leczeni byli przez kapłanów³.

Wiara w cudowne właściwości wody, klimatu i innych zasobów naturalnych opierała się na nikłej wiedzy przyrodniczej. Leczenie jednak jest sztuką, której trzeba się uczyć, chcąc ją wykonywać należycie, choć często bywało tak, że zajmowali się nią i ci, którzy się jej nie uczyli. Ludzi takich nazywano lekarzami ludowymi. Nie posiadali oni fachowej umiejętności lekarskiej, a wiedza ich ograniczała się tylko do wrywkowych wiadomości.

Medycyna ludowa ukształtowała przekonanie o „jakims” niezwykłym, nieuchwytnym elemencie znajdującym się w wodzie lub klimacie, nie dociekając racjonalnego uzasadnienia ich wartości leczniczych⁴. Gdy wreszcie lekarze zajęli się poważnie lecznictwem uzdrowiskowym, musieli najpierw uznać dorobek medycyny ludowej w tym względzie. Wydaje się, że obok zabobonów czy przesądów miała ona często ściśle powiązanie z praktyką, i co najważniejsze – radziła sobie z chorobami, wobec których bezradna była ówczesna medycyna. Józef Dietl, jeden z najwybitniejszych polskich balneologów, stwierdził nawet, że w uzdrowiskach leczono się według „szczęśliwego instynktu, uprzedzenia gminnego i najniedorzeczniejszych pojęć”⁵. Stąd też korzystano z medycyny ludowej, powoływano się na doświadczenie i praktyczną wiedzę prostych ludzi w każdej epoce, gdyż wielu wybitnych lekarzy i uczonych zasięgało rad u ludzi niewykształconych, choć leczących okolicznych mieszkańców.

Do naukowego rozwoju klimatoterapii przyczynił się Hipokrates, który opracował teorię wpływu klimatu na organizm człowieka, zarówno na jego stan fizyczny, jak i psychiczny. Uważał on, że na chorobę oddziałuje przede wszystkim środowisko otaczające człowieka, tj. klimat, jakość gleby i wody, tryb życia, odżywianie, ilość ruchu, wypoczynek. Według niego najzdrowszym dla człowieka klimatem

²Zob.: H i p p o c r a t e s, *O sztuce lekarskiej*, tł. W. Klinger, Poznań 1937.

³L. K o r c z y ń s k i, *Początki i ewolucja balneoterapii...*, s. 31.

⁴W. J a s i ń s k i, *Priessnitz, Rikli, Kneipp*, Lwów 1895, s. 3.

⁵J. D i e t l, *Uwagi nad zdrojowiskami krajowymi*, Kraków 1850, s. 170.

jest ten, który prawie się nie zmienia. Twierdził, że chory nie powinien zmieniać klimatu, jednak zmianę tę zalecał w przypadku przewlekłych chorób układu oddechowego. Stąd szeroko u tych chorych stosował kuracje powietrzno-klimatyczne, kąpiele, dietę i ćwiczenia gimnastyczne. Był zwolennikiem spacerów, które według niego miały spełniać funkcje lecznicze i profilaktyczne⁶. W dziele *Dwie księgi Hipokratesa* możemy znaleźć takie oto stwierdzenie na temat klimatu i pór roku:

„Kto sztukę lekarską dokładnie przyswoić sobie pragnie, tak postępować winien: najprzód zbadać ma pory roku, jaki każda z nich wpływ wywierać może? Żadna bowiem w niczem niepodobna do drugiej, a i pomiędzy sobą nawet różnią się one znacznie przez zachodzące w nich zmiany”. I dalej: „Jeżeli więc zjawiska niebieskie podczas zachodu i wschodu gwiazd następują we właściwym porządku, i w jesieni padają deszcze, a zima jest umiarkowaną, ani zbyt łagodną, ani nad miarę mroźną – gdy na wiosnę i w lecie okażą się deszcze porom tym odpowiednie – będzie też i rok także z pewnością bardzo zdrowiu przychylny. – Kiedy znowu zima sucha przy wietrze północnym, a wiosna dżdżysta z wiatrem południowym, będzie lato niewątpliwie sprowadzać choroby zapalne, cierpienia oczu i dysenterie”⁷.

Ponadto w starożytnej Grecji kąpiele słoneczne stosowano w gimnazjach do hartowania ciała, a także u zawodników biorących udział w igrzyskach olimpijskich, by wzmocnić mięśnie oraz w przypadku złamania w celu wzmocnienia kości⁸.

W podobnych celach stosowali kąpiele słoneczne także rzymscy lekarze, przy czym dodatkowo zabiegami tymi leczyli również zapalenie stawów. Istnieją ponadto dokumenty potwierdzające, że szkoły lekarskie starożytnego Rzymu (400 r. p.n.e.) zalecały kąpiele morskie i wypoczynek nad morzem w celach leczniczych oraz stosowały leczenie chorób płuc w okolicach podalpejskich i w górach Libanu. Jednak w odróżnieniu od Hipokratesa sądzono, iż aby móc chorego wyleczyć, należy go odizolować od codziennych spraw i narzucić rygorystyczny tryb życia pod stałym nadzorem lekarzy.

Potwierdza to poniekąd działalność Aulusa Korneliusa Celsusa (30 r. p.n.e. – 45 r. n.e.), który zalecał zmianę klimatu rekonwalescentom po długich, wyniszczających oraz przewlekłych chorobach, a chorych na gruźlicę płuc radził wysy-

⁶ Przy żadnej chorobie nie polecano tak bezkrytycznie zmianę klimatu, jak w przypadku gruźlicy, gdyż sądzono, że aby chory mógł być wyleczony, należy go odizolować od codziennych obowiązków, narzucić rygorystyczny tryb życia pod nadzorem lekarzy. Zob.: Z. M o s k w a, *Leczenie klimatyczne i ogólnousprawniające*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 3, s. 34–36.

⁷ H i p p o c r a t e s, *Dwie księgi Hipokratesa*, 1: *O powietrzu wodach i okolicach*, tł. H. Łuczkiwicz, Warszawa 1890, s. 7–9 i 36–37.

⁸ A. S t r a b u r z y Ń s k a - L u p a, G. S t r a b u r z y Ń s k i, *Fizjoterapia*, Warszawa 2004, s. 377.

łać do krajów o łagodnym klimacie⁹. Podobnego zdania był wcześniej Asklepiades (120–70 r. p.n.e.), który propagował ideę szybkiego, pewnego i przyjemnego leczenia, stosując naturalne metody, w tym leczenie klimatyczne i wodolecznictwo. „Pięć rzeczy stanowi w jego przekonaniu najbardziej popularne środki lecznicze: wstrzymywanie się od jedzenia, kiedy indziej od wina, masaże ciała, przechadzki, przejażdżki”¹⁰. Dodatkowo Asklepiades zalecał leżakowanie na świeżym powietrzu, bieganie, kąpiele, picie wód mineralnych, gimnastykę i masaż. Przestrzegał jednak, aby kąpiele słoneczne i powietrzne stosować z umiarem, gdyż działają one nadzwyczaj pobudzająco, a jeżeli do tego trwają zbyt długo, to łatwo rozdrażniają i osłabiają¹¹.

Pliniusz Starszy (23–79 r. n.e.) z kolei po raz pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie słońca w lecznictwie. To od niego wywodzi się słynne powiedzenie: „Sol est remedium maximum”, czyli „Słońce jest najlepszym lekarstwem”. Zalecał, aby chorzy z bólami stawów zakopywali się w mokrym błocie pobranym z dna źródła i kładli się na słońcu. Gdy błoto wyschło polewano ich wodą mineralną, aż do następnego wyschnięcia. Uważał on, że właśnie w ten sposób działają leczniczo błoto i promienie słoneczne, przy tego rodzaju kąpeli nakazywał chronić głowę przed nasłonecznieniem. O działaniu tych substancji tak pisał: „powszechnie wiadomo, że lasy, w których wykopuje się smołę i żywicę, sprzyjają suchotnikom i wszystkim ludziom, którzy przez długi czas nie odzyskują siły”¹².

Znaczenie klimatu doceniał także Claudius Galen (129–199), zwłaszcza w leczeniu gruźlicy płuc. Według niego, najlepszą metodą leczenia tej choroby jest pobyt w górach¹³. Stabie¹⁴ – w naszym pojęciu rzymskie sanatorium – uważał za najlepszą miejscowość do leczenia wszelkich postaci suchot płucnych, gdyż była ona „bardzo korzystnie położona, powietrze jest tam suche, a łąki zdrowe dla bydła”¹⁵. Pobyt chorego w tym sanatorium trwał tygodnie i miesiące, leczenie natomiast opierało się głównie na diecie. Ciężko chorych obowiązywało leżenie w łóżku, przy krwotokach zalecano bezwzględny spokój z ograniczeniem płynów i potraw. Z leków stosowano środki ściągające do czasu ustania krwawienia, a następnie oczyszczano i wysuszano wrzody płucne. U lżej chorych wykorzystywano

⁹ Zob.: A. C. C e l s u s, *O lecznictwie ksiąg ośmioro*, tł. H. Łuczkiwicz, Warszawa 1889.

¹⁰ Zob.: P l i n i u s S e c u n d u s, *Historia naturalna*, ksiąg 37, tł. J. Łukasiewicz, Poznań 1845, s. 5–12.

¹¹ S. W i l k, *Historia rehabilitacji*, Warszawa 1985, s. 11–12.

¹² P l i n i u s S e c u n d u s, *Historia naturalna...*, s. 218.

¹³ S. W i l k, *Galen o gimnastyce i medycynie*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1984, nr 1, s. 13–17.

¹⁴ Miejscowość w pobliżu Wezuwiusza, w miejscu obecnego Castellanare. Jeżeli pobyt w Stabii nie pomagał, wówczas chory odbywał dłuższą podróż morską, której miejscem docelowym były suche okolice górskie Egiptu lub Libii. Zob.: P. G r i m a l, *Miasta rzymskie*, Warszawa 1970, s. 89–90.

¹⁵ Z. M o s k w a, *Leczenie klimatyczne i ogólnousprawniające...*, s. 34–36.

wilgotne okłady, obmywanie ciepłą wodą, nacieranie olejkami, a także zanurzanie w zimnej wodzie, gdyż jak twierdził Galen, ciepła kąpiel musi zawsze poprzedzać zimną.

Dzięki działalności wspomnianych wyżej uczonych, metody naturalnej terapii nie tylko weszły na stałe do terapii i profilaktyki, ale przede wszystkim utrwaliły się w poglądach Rzymian.

W średniowieczu odrzucono starożytne wzory, kwestionując wartość zdrowia i radość życia doczesnego. Pogardzano fizyczną stroną osobowości człowieka, uważaną za grzeszną, skażoną, kierującą się ku złu. Sprawność i siła fizyczna uznawane były jedynie w czasach wojny, przy czym zwracano uwagę na tańce i płąsy, gry oraz zabawy mające charakter obrzędowy, które odbywały się podczas uroczystości, na targach, jarmarkach czy placach miejskich, a więc jednak na świeżym powietrzu. Wydaje się, że było to nieświadome wykorzystywanie właściwości klimatu, promieni słonecznych, zwłaszcza u dzieci i młodzieży. O właściwym leczeniu klimatycznym zapomniano niemal zupełnie, choć dodać należy, że wykorzystywano go jednak szczątkowo do leczenia gruźlicy, pod którą podciągano też inne choroby układu oddechowego. Było to zasługą szkoły w Salerno w południowych Włoszech (X i XI w.), której program nauczania przewidywał wszechstronne kształcenie lekarzy. Zakładano w nim wykorzystywanie do tego naturalnych metod terapii, tj. kąpeli w wodach leczniczych, kąpeli powietrznych, a także w mniejszym zakresie ćwiczeń fizycznych jako profilaktyki zdrowotnej¹⁶.

W renesansie w zasadniczy sposób zmieniło się wyobrażenie o życiu, bowiem ponownie doceniano zapomniane wartości. W sprzyjającej atmosferze dokonał się znaczny postęp w naukach medycznych. Lekarze znów zaczęli głosić pochwałę naturalnych środków leczniczych, ukazując ich zdrowotne i profilaktyczne wartości. Najwybitniejszym medykiem tego okresu był Paracelsus (1493–1541), który w leczeniu chorób przywiązywał dużą wagę do „vis medicatrix naturae”, czyli do naturalnych sił obronnych organizmu. Był zwolennikiem uzdrowieńczej roli natury, a w swoich poglądach opierał się na przyrodolecznictwie i medycynie doświadczalnej. Zalecał głównie naturalne środki lecznicze, czyli kąpiele mineralne, dietę, świeże powietrze, spokój i umiarkowany ruch. Gdy jednak sama natura nie wystarczała, wówczas korzystał z pomocy leków¹⁷. Wierzył, że istnieje w przyrodzie

¹⁶ Zob.: W. Z a r e m b a, *Zarys dziejów szkoły lekarskiej w Salerno*, „Roczniki Towarzystwa Naukowego”, Poznań 1896, t. 22.

¹⁷ Paracelsus w terapii chorób wprowadził nową, nieznana dotąd naukę o dozowaniu leków. Odkrył i upowszechnił wiele nowych leków pochodzenia roślinnego, a przede wszystkim mineralnego, jak preparaty żelaza, antymonu, ołowiu i miedzi, wierząc, że chemia odegra wielką rolę w medycynie. Nie doceniał jednak anatomii, gdyż choroba według niego była zjawiskiem duchowym, a nie anatomicznym. W nauce łączył różne składniki: był panteistą (Boga i naturę traktował jako jedno i to samo), witalistą (wierzył w pierwiastek życiowy w organizmie człowieka), okultystą (był przekonany o istnieniu magicznych związków w przyrodzie), alchemikiem (wierzył w kamień filozoficzny), empirykiem (uważał, że

uniwersalny lek, który leczy wszystkie choroby, a nawet przedłuża człowiekowi życie. W okresie tym chorym na gruźlicę stwarzano sztuczny klimat, wysypując podłogę pokoju piaskiem i świeżo ściętymi gałązkami świerku. Działalność i nowatorstwo teorii Paracelsusa w dużym stopniu wpłynęły na przygotowanie umysłów lekarzy do pracy naukowej w nowożytnym ujęciu¹⁸.

W wieku XVII angielski lekarz Tomasz Sydenham (1624–1689)¹⁹, wybitny epidemiolog ery przedpasteurowskiej, nazywany „angielskim Hipokratesem”, zwrócił uwagę światu lekarskiemu, że zanieczyszczenie powietrza otaczającego człowieka na co dzień wpływa negatywnie na jego przemianę materii. Był on zdania, że zadaniem lekarza jest podtrzymywanie naturalnego dążenia natury do leczenia i współdziałanie z nią, a nie energiczne przerywanie biegu choroby.

W wieku XVIII zauważano pozytywne efekty w leczeniu dzieci chorych na gruźlicę węzłów chłonnych podczas pobytu nad morzem, co zostało opisane na podstawie własnych doświadczeń przez angielskiego uczonego Richarda Russela (1700–1771). Metoda ta nie była jednak oparta na badaniach naukowych, i mimo że uważa się go za twórcę nowożytnej talassoterapii, tytuł ten uzyskał Carl Haeberlin (1870–1954), lekarz niemiecki, który prowadził badania w uzdrowisku nad Morzem Północnym²⁰. W Wiedniu z kolei nowoczesną diagnostykę i leczenie chorób wewnętrznych za pomocą wód mineralnych, ziół, ruchu, diety i klimatu prowadził Gerard van Swieten (1700–1772), dzięki któremu prowadzony przez niego ośrodek, zyskał przydomek „krynicy wiedzy lekarskiej”. Dodać należy, że słowo „krynica” oznaczało w staropolszczyźnie „źródło”, „zdrój”, czyli teren, skąd spod ziemi wydobywa się naturalne bogactwo. W tym przypadku chodziło o miejsce, gdzie paguje się lecznicze siły natury²¹.

Za zwolennika „powrotu do natury”, o której zapomniano, uważany był Jean J. Rousseau (1712–1787), który dowodził, że miasta, a więc duże skupiska ludzi są „otchłaniami rodzaju ludzkiego”, że dobra natura człowieka ulega moralnemu wypaczeniu pod wpływem cywilizacji. W powieści *Emil czyli O wychowaniu* jako pierwszy w wielkim stylu propagował powrót do przyrody i naturalnych warunków

medycyna powinna opierać się na doświadczeniach). Zob.: J. S z u b e r t, H. S z u b e r t, *Medycyna i magia: Paracelsus*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 43, s. 1861–1863.

¹⁸Ibidem, s. 1862; zob. też: *Histoire générale de la médecine de la pharmacie et de l'art dentaire et de l'art retirnaire*, Paris 1949.

¹⁹Lekarz praktyk, posługujący się doświadczeniem, ale także spostrzeżeniem płynącym z ówczesnie rozwijających się nauk. Chorobę uważał jako usiłowanie natury wydalania z ustroju szkodliwej materii, która pochodzić miała albo z cząstek powietrza, które dostają się do krwi i soków, albo jest produktem fermentacji lub gnicia soków. Zob.: T. B r z e z i ń s k i, *Rozwój poglądów na istotę choroby*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 151.

²⁰H. K o w a l e n k o, *Zarys historii biometeorologii*, „Balneologia Polska” 1975, z. 3/4, s. 266.

²¹H. H a e s e r, *Historia medycyny*, Lwów 1876, s. 105.

ków życiowych²². Dzięki temu zaczęto doceniać ruch na świeżym powietrzu i korzystny wpływ promieni słonecznych na ludzki organizm.

Równoległe we Francji rozpoczęto badania klimatyczne, w których analizowano wpływ pogody na ludzi chorych, przy czym główne zainteresowania koncentrowano na chorobach płuc. Pojawiły się też pierwsze publikacje omawiające znaczenie klimatoterapii w gruźlicy, choć jeszcze pod koniec XVIII w. w leczeniu tej choroby wierzono w lecznicze właściwości klimatu ciepłego, czego dowodem są choćby bezskuteczne podróże Fryderyka Chopina na południe Francji.

Zwrócenie uwagi środowiska medycznego na wartości lecznicze powietrza i kąpeli morskich przyczyniło się do powstania i rozwoju miejscowości kąpieliskowych i klimatycznych, co dało początek nowym gałęziom balneologii – tallasoterapii i klimatoterapii. Przykładem tego jest chociażby założony w 1792 r. przez Johna C. Lettsome (1744–1815) w Margate w hrabstwie Kent nad Morzem Północnym, słynącego z ciepłego klimatu i piaszczystych plaż, trzydziestoletniego dziecięcego szpitala sanatoryjnego, w którym leczono chorych na gruźlicę węzłów chłonnych²³.

W roku 1825 Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832) opublikował broszurę *Versuch einer Witterungslehre*, w której napisał: „Przy wysokim ciśnieniu atmosferycznym pracuje mi się lepiej niż przy niskim. Ponieważ wiem o tym, podczas niskiego ciśnienia staram się przez większy wysiłek przezwyciężyć ten wpływ i udaje mi się to”. Były to ważne spostrzeżenia naukowe, które przyczyniły się do rozwoju klimatoterapii w XIX w.²⁴. Wówczas to lecznictwo klimatyczne na szerszą skalę zaczęto stosować głównie w leczeniu gruźlicy, która należała do chorób najgroźniejszych, o największej śmiertelności. Wykorzystywano do tego klimat górski, a leczenie polegało na wprowadzeniu chorego na określony czas w oddziaływanie środowiska przyrodniczego (rozrzedzone powietrze, zmniejszone ciśnienie tlenu, niższa temperatura, lepsze przewodnictwo promieni słonecznych, mniejsza zawartość zanieczyszczeń), w wyniku czego, pod wpływem właściwie dawkowanych bodźców klimatycznych, uzyskiwano w organizmie człowieka korzystne

²²J.J. Rousseau, *Emil czyli O wychowaniu*, tł. W. Husarski, Wrocław 1955, rozdz. I, s. XXXIII, LI, LXXX, 9, 16, 200, rozdz. II, s. 151.

²³Gruźlica płuc w okresach ostrych nie nadawała się do leczenia nad morzem. W niektórych krajach, jak np. Anglii Południowej, tworzono lecznice nadmorskie do leczenia gruźlicy płuc, jednak wybierano dla nich miejsca spokojne, osłonięte skałami, wydhami i lasami, a ponadto ludność tego kraju z właściwościami tego klimatu żyła od najmłodszych lat, stąd ich organizm tolerował ten klimat znacznie lepiej. Z kolei popularne wyjazdy nad wybrzeże francuskie i włoskie miały uzasadnienie wyłącznie wczesną wiosną, gdy nie było silnych wiatrów i upałów. Zob.: B. Mączyski, *Lecznictwo klimatyczne*, Warszawa 1978, s. 6–10; A. Sabatowski, *Lecznictwo uzdrowiskowe w zarysie*, Warszawa 1947, s. 125.

²⁴B. Mączyski, *Lecznictwo klimatyczne...*, s. 9.

zmiany czynnościowe, metaboliczne i morfotyczne, z uwagi na to, iż bezpośrednio promienie słoneczne zabijają zarazek gruźlicy w czasie od 50 minut do 5 dni²⁵.

Już pierwsze badania udowodniły, że klimat może być dobrym środkiem terapeutycznym stosowanym w leczeniu uzdrowiskowym. Dzięki temu z klimatologii z biegiem lat wyodrębniła się nowa dziedzina – helioterapia, wykorzystująca promieniowanie słoneczne²⁶. Zyskało ono uznanie w leczeniu także gruźlicy pozapłucnej, przede wszystkim w gruźlicy kości, węzłów chłonnych i skóry, gdyż stosowanie naświetlań przy zmianach w płucach groziło odnowieniem się nawet zagojonych zmian, wystąpieniem krwotoków lub nowych rzutów chorobowych²⁷.

Jednym z pierwszych, który wykazał pozytywny wpływ słońca na organizm człowieka był Szwajcar Arnold Rikli (1823–1906), założyciel zakładu leczenia „słońcem i powietrzem”. Jednak trudno było mu wówczas „przebić” się ze swoimi doświadczeniami, gdyż przez wielu uważany był za lekarza ludowego, co nie przysparzało mu akceptacji środowiska lekarskiego. „Lekarze ludowi zajmują się leczeniem, chociaż nawet nie wiedzą, co to znaczy «leczyć». Nie wiedzą zaś tej rzeczy dlatego, bo nie posiadają nauk lekarskich. Ich wiedza bowiem składa się co najwyżej tylko z owych urywkowych wiadomości, których nabywają czytaniem popularnych rozpraw lekarskich”²⁸ – pisał w 1895 r. Władysław Jasiński (1827–1903)²⁹. Bardzo krytycznie oceniał on działalność Rikiego, któremu zarzucał, że nie zna się na sztuce lekarskiej, opiera się często w leczeniu pacjentów na wierze, sugestii i mistycyzmie.

W podobnym tonie W. Jasiński wypowiadał się o działalności Vincentego Priessnitza (1799–1851) i Sebastiana Kneippa (1821–1897).

„Rikli sili się na pomysły działające silnie na fantazję ludzką. Każe on na przykład swym zwolennikom chodzić całkiem nago, i w tem odzieniu tarzać się po rosie. Po wtóre każe im chodzić boso nawet po gruncie twardym. Każe im sypiać w szałasach na pół otwartych bez względu na stan pogody. Przypieka ich na słoń-

²⁵ A. S a b a t o w s k i, *Leczenie klimatyczno-uzdrowiskowe*, „Wiadomości Lekarskie” 1952, nr 11, s. 23–26.

²⁶ M. N a r t o w s k i, *Fizjologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego*, „Nowiny Lekarskie” 1900, t. 13, s. 517.

²⁷ Uczynnienie się gruźlicy po naświetlaniu promieniami słonecznymi związane jest z wytwarzaną w skórze pod ich wpływem histaminą. Dlatego w leczeniu sanatoryjnym można stosować naświetlanie promieniami słonecznymi jedynie wraz ze stosowaniem środków przeciwhistaminowych. Zob.: *Stosowanie naświetlań słońcem w gruźlicy płuc z jednoczesnym stosowaniem środków przeciwhistaminowych*. [Aut.]: L. Krotochwil i in., „Gruźlica” 1953, nr 11, s. 851–854.

²⁸ W. J a s i ń s k i, *Priessnitz, Rikli...*, s. 3.

²⁹ Lekarz homeopata, asystent Szpitala Powszechnego we Lwowie, dyrektor Zakładu Hydroterapii w Kisielcach pod Lwowem. Zob.: E. S t o c k i, *Władysław Jasiński*. W: *Polski słownik biograficzny*, t. 11, [red. nac. E. Rostworowski], Wrocław 1964–1965.

cu tak, że ciało ich wygląda jak pomarańcza. Rikli robi więc wszystko na co tylko fantazyja jego zdobyć się może³⁰.

Jednak autor powyższej opinii dostrzegał także pozytywne rezultaty działalności Szwajcara, chwalać go nawet, tak pisał w innym miejscu:

„«Chodzenie boso» jest jako ludowy środek leczniczy już od dawna w użyciu, gdyż już Priessnitz zalecał go swej klienteli. Po śmierci Priessnitza jednak zaczęto poniekąd zaniedbywać ten środek. Dopiero Rikli, najzdolniejszy tegoczesny lekarz ludowy, poznał leczniczą doniosłość tego środka i zaczął go stosować na wielką skalę. Za jego przykładem idą teraz inni lekarze ludowi i niejedyn z nich zawdzięcza głównie zbawiennemu działaniu tego środka ową głośną sławę, której nabywa³¹.

Krytyczna ocena działalności Rikliego potwierdza znany powszechnie fakt, że niemożność określenia samej istoty czynników naturalnych lub brak uzasadnienia klinicznego dla wyników leczenia uzdrowiskowego wielokrotnie na przestrzeni wieków doprowadzał do paradoksalnych wniosków. Wielu lekarzy negowało wartości lecznicze czynników znajdujących się w przyrodzie z powodu braku konkretnej wiedzy, nieopartej badaniami klinicznymi. Trudno się jednak temu dziwić, skoro jeszcze na początku XX w. Bolesław K. Skórczewski (1848–1911), wieloletni lekarz uzdrowiskowy w Krynicy i Żegiestowie pisał: „balneologia jest to jeszcze chaos miliona szczegółów, którymi lekarz kieruje empirycznie i osiąga zwykle wynik dodatni. Ale wykazać klinicznie i naukowo, że właśnie ta grupa szczegółów odegrała rolę w danym przypadku i udokumentować – jest niemal niepodobieństwem³².

Po pierwszych doświadczeniach Rikliego z wykorzystaniem słońca w celach medycznych, naukowe zasady lecznictwa klimatycznego w pierwszej połowie XIX w. opracował inny szwajcarski lekarz Lucido Ruedi (1804–1869), twórca sanatorium w Davos (1570 m n.p.m.) w 1841 r., najsłynniejszego uzdrowiska górskiego, w którym leczono gruźlicę węzłów chłonnych u dzieci. Natomiast w 1865 r. Aleksander Spengler (1827–1901) w tej samej miejscowości rozpoczął leczenie gruźlicy płuc. Obaj podkreślali, że klimat górski działa zarówno jako czynnik leczniczy i czynnik higieniczny, a także do pewnego stopnia zapobiegawczy³³.

Wśród czynników, które miały oddziaływać na pacjenta w takim uzdrowisku na pierwszym miejscu stawiano w XIX w. usunięcie chorego spod wpływu szkodliwych oddziaływań (zanieczyszczenie powietrza), wyznając zasadę, że wraz z ustaniem przyczyny choroby ustaje nieraz także sama choroba. Ważne też było przebywanie całymi dniami na wolnym powietrzu. Z pewnym zaskoczeniem podawano

³⁰ W. J a s i ń s k i, *Priessnitz, Rikli...*, s. 41.

³¹ *Ibidem*, s. 27.

³² B. S k ó r c z e w s k i, *Potrzeba prac naukowych do rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk w Galicji*, „Przegląd Lekarski” 1904, s. 307.

³³ A. S a b a t o w s k i, *Lecznictwo uzdrowiskowe...*, s. 82.

wówczas, że „klimat leczy nie tylko choroby lżejsze, ale nawet tak ciężkie, jakimi są suchoty płucne”³⁴. Dalej wymieniano pozytywne oddziaływanie na organizm ciepła i światła słonecznego, ruch na świeżym powietrzu (praca fizyczna, ćwiczenia gimnastyczne), dietę (w tym wstrzemięźliwość od alkoholu), higieniczny tryb życia, chodzenie boso i obmywanie stóp kilka razy dziennie, stosowanie wody zimnej (w ciepłe dni), i już zupełnie na końcu (choć nie było to bez znaczenia) – „bezwarunkową wiarę w uzdolnienia leczącego, jak i w jego sposób leczenia”³⁵.

W wieku XIX duży wkład w rozwój klimatoterapii w leczeniu gruźlicy wnieśli Anglicy. W roku 1840 George Bodington (1799–1882), który był jednym z pierwszych propagatorów tezy „żyć i oddychać świeżym powietrzem, bez względu na wiatr i słońce”, w miejscowości Sutton Coldfield założył sanatorium przeciwgruźlicze³⁶. Natomiast w 1846 r. John Forbes (1787–1861) i Charles J.B. Williams (1805–1889), uruchomili na przedmieściach Londynu – Brompton, duży zakład leczniczy, przeznaczony wyłącznie dla chorych na gruźlicę płuc³⁷.

W roku 1859 leczenie gruźlicy metodą kuracji powietrznej i hydroterapii rozpoczął Hermann Brehmer (1826–1889), który założył w Görbersdorf (po drugiej wojnie światowej Sokołowsko – 561 m n.p.m.) koło Wałbrzycha zakład sanatoryjny. Stworzył on zasady klimatycznego leczenia gruźlicy, wychodząc z założenia, że podstawę choroby stanowi niedostateczny rozwój serca i naczyń, stąd zadaniem leczenia miało być wzmocnienie organizmu oraz rozwój serca i płuc. Leczenie klimatyczne zalecał u osób młodych, u których nie zaszły trwałe zmiany gruźlicze, a którzy wykazują wrodzoną lub nabytą skłonność do nieżytych błon śluzowych narządu oddechowego lub są w fazie początkowej rozwoju choroby. Przestrzegał przed stosowaniem tej terapii w postaci ostrej lub w przypadkach rozpadu mięszu płucnego. Przeciwwskazaniem do klimatu górskiego były też nieżyty górnych dróg oddechowych i krwotoki płucne³⁸. W dzisiejszych czasach dziwić może stosowanie u chorych na gruźlicę zabiegów wodoleczniczych, jednak w XIX w. uważano, że wzmacniają one cały organizm, pobudzają serce, wzmacniają mięśnie oddechowe, przyczyniają się do szybszej i lepszej wymiany gazowej, wentylacji płuc, przy czym podkreślano, że terapia ta przeznaczona była wyłącznie dla chorych mających skłonność do gruźlicy lub wykazujących niewielkie zmiany gruźlicze, występujące w postaci zmian włóknistych³⁹.

³⁴ S. P o n i k ł o, *Zakopane jako miejsce klimatyczne*, „Przegląd Lekarski” 1890, nr 17, s. 230–340.

³⁵ W. J a w o r s k i, *O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego*, „Przegląd Lekarski” 1891, nr 15, s. 193–194, nr 18, s. 232–233, nr 19, s. 243–244.

³⁶ Zob.: S. A s h w o r t h, *A short History of Medicine*, 3 ed., Oxford 1962.

³⁷ W.S. T r y b o w s k i, *Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne – powstanie i rozwój*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7, s. 275.

³⁸ L. K o r c z y ń s k i, *Zarys balneoterapii i balneografii krajowej*, Kraków 1900, s. 200–201.

³⁹ Ibidem, s. 12.



Hermann Brehmer

W latach siedemdziesiątych XIX w. leczenie klimatyczne i wodolecznictwo zaczął wykorzystywać w chorobach serca monachijski lekarz Max Oertel (1835–1897). W swej terapii, obok wspomnianych naturalnych czynników leczniczych, wykorzystywał również dietę i długie spacery, wytyczonymi w uzdrowiskach trasami spacerowymi, o różnym stopniu trudności. W roku 1876 dla chorych z cięższymi postaciami gruźlicy płuc i układu kostno-stawowego powstała pierwsza lecznica nadmorska⁴⁰.

W roku 1903 w Szwajcarii w terapii gruźlicy pozapłucnej (kości) po raz pierwszy także zastosowano słońce i powietrze. Wówczas to August Rollier (1874–1954) wraz ze współpracownikami (Z. Leysin i K. Findeisen) otworzył w Leysin (1560 m n.p.m.) wysokogórskie sanatorium, w którym ekspozycja na słońce stanowiła leczenie uzupełniająco-dopełniające. Istotne było to, że stosował on naświetlania w każdej porze roku, przez co podniósł wartość naświetlań zimowych w klimacie wysokogórskim z jego przejrzystym powietrzem, a także to, że naświetlał nie tylko chore tkanki, ale cały organizm. Metoda ta uznana została za skuteczną, i choć straciła ona dziś swe znaczenie, gdyż rozwój chemioterapii przyczynił się do zmian postępowania leczniczego w gruźlicy, ale helioterapię w dalszym ciągu jest stosowa-

⁴⁰Zob.: A. S a b a t o w s k i, *Klimatoterapia i hydroterapia ogólna i zdrojowiskowa, z opisem uzdrowisk polskich*, Lwów 1923.

wana w leczeniu i profilaktyce, zwłaszcza w uzdrowiskach⁴¹. Wielu lekarzy podkreślało zatem, że gruźlica – jak żadna inna choroba – wymaga leczenia uzdrowskiego. „Na wiele innych chorób wystarcza leczenie domowe, opieka rodziny, wreszcie szpital powszechny; dla suchotnika jest najczęściej przedsionkiem cmentarza, a leczenie w domu, choćby zamożnym, nie daje dobrych rezultatów, a nadto grozi szerzeniem się choroby wśród najbliższego otoczenia”⁴².

Choć lecznictwo klimatyczne sięga swoimi korzeniami starożytności, a do jego rozkwitu przyczynili się przedstawiciele nauki różnych epok, jednak prawdziwy jego rozwój, oparty na naukowych doświadczeniach, nastąpił dopiero w XIX w. Na taki stan rzeczy wpływ miało wiele czynników, m.in. rozwój komunikacji, postęp techniczny, naukowe opracowanie wskazań i przeciwwskazań, wreszcie skuteczne wyniki leczenia chorób, zwłaszcza tych, które dziesiątkowały ludność, jak np. gruźlica. To wszystko spowodowało, że w wielu miejscach i miejscowościach górskich czy osadach leśnych powstawały kolejne zdrojowiska klimatyczne.

2. Leczenie gruźlicy na przestrzeni wieków

Gruźlica, jak żadna inna choroba, towarzyszy człowiekowi od początku życia na Ziemi, a wpływ epidemii gruźlicy, jak zresztą każdej innej choroby nagminnej nie był tylko przejściowy⁴³. Potwierdzają to m.in. egipskie hieroglify, stare księgi perskie i hinduskie, a także typowe dla tej choroby zmiany w kręgach szkieletów i kości mumii z zamierzchłej starożytności⁴⁴. Jednak doniesienia o początkach le-

⁴¹ Na początku XX w. nie można było tego potwierdzić naukowo, jednak obecnie wiadomo, że prątki gruźlicy w normalnym świetle rozproszonym utrzymują się przy życiu przez 2–3 dni, a w ciemności przez 2–3 tygodnie. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965, s. 67.

⁴² *W sprawie sanatoriów ludowych. O wartości klimatu swojskiego przy leczeniu gruźlicy*, Łódź 1900, s. 8.

⁴³ Groźne i powtarzające się fale chorób nagminnych u schyłku imperium rzymskiego przyczyniły się do rozpowszechnienia chrześcijaństwa. Epidemie powodowały masowe nawrócenia i sprzyjały świadectwom religijności, choć jednocześnie wstrząsały podstawami religii panujących. W okresie wybuchów wielkich epidemii tworzyły się nowe sekty, pojawiały się wędrujące rzesze biczowników z ich ekscesami, które trudno później było opanować, wyludniały się miasta, powstawały pustelnie. Por.: M. K a c p r z a k, *Epidemiologia ogólna*, Warszawa 1956, s. 33.

⁴⁴ Materiały pochodzące z końcowego okresu młodszej epoki kamienia (ok. 4000 p.n.e.) spotykane w mumiach egipskich i znajdujące swoje odzwierciedlenie m.in. w statuetkach z czasów starożytnego Egiptu oraz w ceramice prekolumbijskiej Peru wykazywały w kośćcu kręgosłupa zmiany, wyrażające się charakterystycznym garbem (*kyphosis tuberculosa*). Pierwszy opisał je Percival Pott (1713–1788) – chirurg londyński ze Szpitala św. Bartłomieja. Zob.: E. S i e n k o w s k i, *Chirurgia – etapy rozwojowe*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 209; zob. też: F. H e n s c h e n, *The history of diseases*, London–Southampton 1966.

czenia gruźlicy płuc są znikome, gdyż milczą o tym nawet papyrasy Ebersa i Brugsha⁴⁵.

Według Zygmunta Moskwy w dziejach leczenia gruźlicy można wyodrębnić trzy okresy. Pierwszy, zaczynający się od czasów najdawniejszych i trwający do połowy XIX w., w którym leczenie choroby miało najpierw charakter teurgiczny, a następnie empiryczny. Drugi okres, trwający od połowy XIX w. do wybuchu drugiej wojny światowej, w którym początkowo dominował sanatoryjno-wypoczynkowo, a następnie chirurgiczny sposób leczenia. Ostatni okres rozpoczął się po 1945 r. i trwa do dnia dzisiejszego, w którym rozwijają się nowoczesne metody leczenia w oparciu o chemioterapię⁴⁶.

Za najstarszy dokument zawierający wzmianki o gruźlicy uważany jest Kodeks Hammurabiego z 2250 r. p.n.e. W starożytnych Indiach uważano gruźlicę za chorobę dziedziczną i zakaźną. W X w. p.n.e. znano kliniczne objawy suchot (kaszel, biegunka, wychudzenie, podniesiona temperatura ciała) oraz sposoby ich leczenia (dieta wysokobiałkowa, klimatoterapia, umiarkowane ćwiczenia). Perscy lekarze chorym na gruźlicę zapisywali olejki różane, żywicę styraksową oraz szyszki sosnowe. W Chinach natomiast już przed pięcioma tysiącami lat wiedziano, że suchoty umiejscawiają się w płucach i objawiają się kaszlem, odpluwaniem płwociny zawierającej ropę i krew oraz chudnięciem⁴⁷. W Egipcie z kolei choroba ta nie występowała epidemicznie, jednak w wielu mumiach stwierdzono gruźlicę kręgosłupa. Istnieją przypuszczenia, że świątynia Deir el-Bahari w Luksorze zbudowana przez królową Hatchepsut w 1500 r. p.n.e. pełniła rolę sanatorium przeciwgruźliczego. Na podstawie wyrytych na ścianach i kolumnach świątyni napisów, można przekonać się, że chorzy na gruźlicę leczeni tam byli wypoczynkiem, obfitą dietą oraz wdychaniem olejków balsamicznych⁴⁸. Zaskakujące jest jednak to, że milczy na ten temat Biblia, dokument, zawierający opisy licznych chorób trapiących narody Bliskiego Wschodu w okresie XII–II w. p.n.e., bowiem nie wspomina ona o żadnej chorobie, którą by można zidentyfikować jako gruźlicę płuc. Być może przyczyny takiego stanu rzeczy należy upatrywać w warunkach bytowych mieszkańców Palestyny, którzy byli pasterzami i prowadzili koczowniczy tryb życia, w odróżnieniu od Egiptu oraz Grecji i Rzymu, gdzie istniały duże, zatłoczone miasta, które sprzyjały szerzeniu się zakażeń prątkami gruźlicy.

⁴⁵ „Papyrus Ebersa” to manuskrypt z lat 1553–1550 p.n.e. składający się z 29 części i zawierający ok. 900 recept. Jest największym staroegipskim dziełem farmaceutyczno-medycznym, drukiem ukazał się w 1875 r. „Papyrus berliński Brugsha” pochodzi z okresu XVIII dynastii faraonów i jest także cennym źródłem informacji dla historyków medycyny. Zob.: Z. G a r n u s z e w s k i, *Gruźlica w starożytnym Egipcie*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 3, s. 14–15.

⁴⁶ Z. M o s k w a, *Zarys historii leczenia gruźlicy płuc*, Warszawa 1987, s. 9.

⁴⁷ Z. G a r n u s z e w s k i, *Gruźlica w starożytnym...*, s. 14–15.

⁴⁸ Ibidem. Zob. też: N. R i a d, *La médecine au temps des Pharaons*, Paris 1935.

W V w. p.n.e. greccy lekarze znali już gruźlicę płuc na tyle, że na podstawie ich opisów można określać różne przebiegi choroby, tzn. ostre, przewlekłe, powikłane ropniakiem opłucnej, krwiopluciem itp. Hipokrates pozostawił po sobie opisy suchot, przypominające zaawansowane i różne postacie choroby (ostre, przewlekłe, powikłane). Przekazy te dotyczą zachorowań na wyspie Thasos, gdzie około 500 r. p.n.e. „jako władczyni nad wszystkimi chorobami panowała phthisis”⁴⁹. Hipokrates wiedział, że suchoty płucne przenoszą się na otoczenie, lecz nie znał ani drogi szerzenia się choroby, ani sposobów zapobiegania jej i zwalczania. Uważał, że była to choroba dziedziczna, a skłonny do niej był „habitus phthisicus”. W *Corpus Hippocraticum* znalazł się zapis, który przypisywano samemu Hipokratesowi, że gruźlica trwa zwykle od siedmiu do dziewięciu lat i że można z niej wyzdrowieć, o ile jest się leczonym od samego początku⁵⁰. Teoria ta, choć mająca ogromne znaczenie w zwalczaniu gruźlicy, została niestety zapomniana i potwierdzona dopiero w drugiej połowie XIX w. Dodatkowo nie zawsze zdawano sobie sprawę, że ta choroba, to właśnie gruźlica, gdyż jeszcze w II w. n. e. pod określeniem „phthisis” – „suchoty”, podciągano wszystkie stany chorobowe, którym towarzyszyło charłactwo (krańcowe wyniszczenie organizmu)⁵¹. Być może dlatego gruźlica w starożytnej Grecji nie była traktowana jako klęska społeczna, która by niepokoiła władze, pisarzy, poetów, czy społeczeństwo.

Pierwsze wzmianki o tym, że gruźlica jest chorobą zakaźną, która może szerzyć się przez bliski kontakt z chorą osobą, pojawiły się sto lat później u Arystotelesa (384–322 r. p.n.e.), który w swoim dziele pt. *Zagadnienia przyrodnicze* napisał, że ci, którzy mają kontakt z chorymi na gruźlicę zapadają na tę samą chorobę, zarażając się przez zepsuty oddech⁵².

Podobnie uważał Galen, który określał chorobę jako „wyniszczenie organizmu wskutek owrzodzenia płuc lub piersi”, wprowadzając podział gruźlicy na ostrą i przewlekłą. Powstawanie epidemii w zbiorowisku ludzkim tłumaczył wspólnie działającymi czynnikami: wpływem atmosfery, indywidualną predyspozycją i zakażeniem. O ile Hipokrates jako zakażenie traktował jaglicę i gruźlicę, tak Galen do tego dodawał jeszcze świerzb, różę i dzumę⁵³. Plutarch uważał, że „prawdziwe suchoty płucne wymagają leczenia, gdyż kiedy choroba jest przedawniona, trudniej

⁴⁹T. Bilikiewicz, S. Wszelaki, *Krótki zarys dziejów nauki o chorobach zakaźnych*. W: *Ostre choroby zakaźne*, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956, s. 25–28; por.: M. Ziarski, *Epidemiologia gruźlicy*, Warszawa 1958.

⁵⁰Hippocrates, *Sämtliche Werke*. Übers. R. Fuchs, Bd. 1, München 1895, s. 451–470.

⁵¹Zob.: A. Predoehl, *Die Geschichte der Tuberkulose*, Leipzig 1888.

⁵²Aristoteles, *Zagadnienia przyrodnicze*, Księga VII, 8, tł. L. Regner. W: *Aristoteles, Dzieła wszystkie*, t. 4, Warszawa 1993, s. 547–548.

⁵³J. Brossowa, *Z historii leczenia gruźlicy. Jak Galen leczył gruźlicę płuc*, „Medycyna Praktyczna” 1931, z. 9, s. 319–322.

ją opanować⁵⁴. Podobnego zdania był Celsus⁵⁵, natomiast Awicenna (980–1037) w czwartej księdze *Kanonu medycyny* uznał gruźlicę za chorobę mogącą rozwijać się w innych narządach poza płucami⁵⁶.

Dopiero jednak Areteus z Kapadocji (II w. n.e.) spośród wielu postaci charakteractwa wyodrębnił stan chorobowy, który przypominał zespół objawów zaawansowanej gruźlicy. To on pierwszy zdefiniował ją jako „owrzodzenie płuc po długim kaszlu, któremu towarzyszą krwioplucia, ropna płwocina, chudnięcie, skrzydlate odstające łopatki, rumieńce na twarzy, a jeżeli do takiego stanu dołącza się biegunka – wszystko skończone”⁵⁷.

W wiekach średnich gruźlica, już jako choroba, szerzyła się wśród wojowniczych ludów germańskich, a także wśród podbitych przez nie narodów w Europie. W okresie tym suchoty, które masowo zabijały ludzi, nazywano białą dżumą⁵⁸, i chociaż wzrastała liczba mieszkańców miast, co wiązało się z ich zatłoczeniem, a ludzie żyli bez bieżącej wody i krytej kanalizacji, choroba ta nie była wcale klęską społeczną średniowiecznych miast. Częściej bowiem ludność chorowała na trąd, szkorbut, skrofuły⁵⁹ i inne ostre epidemiczne choroby zakaźne⁶⁰. Nie wszyscy bowiem zdawali sobie sprawę z tego, że gruźlica jest chorobą zakaźną, i pomimo dużej zachorowalności i śmiertelności wielu lekarzy ją ignorowało⁶¹.

Wraz z epoką feudalizmu, której towarzyszyło nasilenie się ruchów osadniczych (połowa XII–połowa XV w.), wprowadzono pewne przepisy (np. w Bazylei)

⁵⁴ Zob.: D. G o u r e v i t s c h, *Le triangle hippocratigue dans le monde gréco-romaine*, Roma 1984.

⁵⁵ Por. A.C. C e l s u s, *O lecznictwie...*

⁵⁶ Największy uczony tego okresu, filozof i lekarz, obejmujący swym umysłem całokształt ówczesnej wiedzy, będący zarówno dla współczesnych, jak i potomnych wielkim lekarzem, oddziałującym przez kilka wieków na medycynę Wschodu i Zachodu. *Kanon medycyny* podzielony na pięć ksiąg i stanowiący próbę przedstawienia całej wiedzy medycznej, przez wiele stuleci był podstawą teorii i praktyki medycznej. Por.: *Awicenna Abu Ali Ibn Sina*, red. A. Zajązkowski, Warszawa 1953.

⁵⁷ M. T e l a t y c k i, *Rozwój wiedzy o gruźlicy i o metodach jej zwalczania*. W: *Ftyzjatria*, red. M. Telatycki, Warszawa 1957, s. 15.

⁵⁸ *Gruźlica. Rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie. Zbiór wykładów*, red. A. Biernacki, M. Telatycki, Warszawa 1950, s. 7–39.

⁵⁹ Gruźlica węzłów chłonnych szyjnych (zołzy), jedna z najczęstszych postaci gruźlicy o umiejscowieniu pozapłucnym. Występowała u ludzi od dawna i przez całe stulecia była istną plagą średniowiecznych miast i osiedli. Nie znano wówczas przyczyn jej powstania, leczenie było mało skuteczne, do czasu odkrycia zarazka gruźlicy i leków przeciwpłatkowych towarzyszyło tej chorobie uczucie beznadziejności. Zob.: *Mała encyklopedia medycyny*, t. 3. [Aut.]: S. Bogusławski i in., Warszawa 1991, s. 1139.

⁶⁰ Zob.: E.H. A c k e r k n e c h t, *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*, Stuttgart 1963.

⁶¹ J. P a l u k i e w i c z, *O ludowych sposobach leczenia gruźlicy płuc*, „Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie” 1958, nr 46, s. 1873–1874.

dotyczące zakazu wykonywania pracy przez chorych na gruźlicę oraz nakazu palenia ich ubrań, wysiedlania poza miasto. Dopiero jednak w XVI w. Włoch Girolamo Fracastoro (1478–1553), uważany za pioniera nowoczesnej epidemiologii, w swym dziele *O chorobach zakaźnych*, opierając się na poglądach poprzedników i własnych obserwacjach, podważył nienaruszalny dotąd pogląd Galena, uznając, że jedne choroby zakaźne szerzą się tylko przez bezpośrednie zetknięcie się, inne przez przedmioty, na których znajduje się czynnik wywołujący zakażenie, wreszcie jeszcze inne, jak ospa, dżuma, gruźlica, przenoszą się na odległość. To on pierwszy określił gruźlicę jako chorobę zaraźliwą, szerzącą się przez styczność z chorymi i używanymi przez nich przedmiotami⁶².

W roku 1689 o leczeniu gruźlicy wspominał w swoim dziele *Phthisiologia* Richard Morton (1637–1698), który w zaawansowanym stadium choroby zalecał unieszkodliwianie substancji szkodliwych poprzez wymioty, poty, stosowanie środków moczopędnych i krwiopustów. Z kolei Thomas Willis (1621–1675) leczył suchoty płucne wodami mineralnymi⁶³.

W wieku XVII wraz z rozwojem anatomii, rozpoczęto wykonywanie sekcji zwłok chorych na gruźlicę, choć jeszcze wówczas nie traktowano jej jako kłęski społecznej⁶⁴. Najbardziej znanym anatomopatologiem był holenderski lekarz Franciscus Sylvius (De la Boë Franciscus 1614–1672) z Lejdy, który jako jeden z pierwszych rozpoczął badania pośmiertne chorych, zmarłych na suchoty. Twierdził, że w wyniku procesu chorobowego dochodzi do obrzmienia, rozsianych w płucach niewidocznych w prawidłowych warunkach drobnych guzłków, które w pewnych okolicznościach ulegają rozpadowi, tworząc owrzodzenia płuc. Po raz pierwszy użył określenia „tuberculum” do oznaczenia tworów szarobrunatnych w płucach, błędnie sądząc, że są to węzły chłonne, ale trafnie wyraził przypuszczenie, że istnieje związek między powstawaniem tych tworów a suchotami. To właśnie jemu przypisuje się zasługę powiązania gruźlicy płuc z gruźlicą obwodowych węzłów chłonnych, nazywaną skrofułami. Ponadto, trafnie zauważył, że gruźlicę niekiedy poprzedza wysiękowe zapalenie opłucnej⁶⁵.

⁶² Uważał, że gruźlicę przenoszą niewidzialne nasionka, które w wyniku gnicia przekształcają się w drobne cząsteczki, przenikające do płwociny i wydzieliny chorych. Po dostaniu się do ciała miały powodować gnienie jednego z czterech głównych płynów ustrojowych, tego samego, z którego powstały w organizmie chorym, a który je także przyciąga w organizmie zdrowym. Zob.: H. A l e x a n d e r, G. B a e r, *Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose*, Leipzig 1951, s. 1–2.

⁶³ Zob.: M. P i é r y, J.H. R o s h e m, *Historie de la tuberculose*, Paris 1931.

⁶⁴ W 1643 r. wykonano sekcję króla Francji Ludwika XIII, u którego za życia trafnie rozpoznano wiele lat trwającą gruźlicę płuc i jelit. Jego syn i następca Ludwik XIV żył długo i nie chorował nigdy na gruźlicę. Por.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965, s. 16.

⁶⁵ H. A l e x a n d e r, G. B a e r, *Praktisches Lehrbuch...*, s. 1–2.

W następnym stuleciu – XVIII – nasiliło się w Europie występowanie gruźlicy, a zwiększenie wskaźników zachorowalności i umieralności z jej powodu było następstwem wyparcia z kontynentu dżumy, której ofiarami byli głównie ludzie słabi i chorzy. Twierdzenie, że gruźlica jest chorobą mieszkaniową, przyczyniło się do poprawy standardu mieszkań szerokich warstw ludności, chociaż choroba wiązała się wówczas także z trybem życia, stanem odżywiania i warunkami pracy, co uwidoczniło się zwłaszcza w czasie wojen. Zdawano sobie jednak sprawę, że choć gruźlicę spotyka się we wszystkich grupach społecznych, to jednak najwięcej ofiar śmiertelnych było w najuboższych warstwach społecznych⁶⁶.

Wśród lekarzy i ludzi żyjących w dużych skupiskach upowszechniły się już wtedy poglądy, że suchoty płuc są zaraźliwe. Duży wkład mieli w tym względzie anatomowie – Gerard van Swieten i Giovanni Battista Morgagni (1682–1771)⁶⁷, którzy przestrzegali przed dokonywaniem sekcji zwłok osób zmarłych na suchoty. Sami też odmawiali wykonania sekcji w obawie przed zarażeniem⁶⁸. Drugi – J.B. Morgagni – był autorem jednego z ważniejszych dzieł opublikowanych w XVIII w., w którym udowodnił, że bazą topograficzną choroby jest narząd, a zatem istotę choroby stanowiły określone zmiany narządowe. Tym samym zapoczątkował nowy kierunek w medycynie oparty na patologii narządowej⁶⁹.

W roku 1722 ukazała się książka londyńskiego lekarza Beniamina Martena pt. *Nowa teoria powstawania suchot, szczególnie ftyzy, czyli suchot płuc*, w której jako pierwszy opisał teorię powstawania suchot płuc w wyniku zakażenia zarazkiem

⁶⁶ W Hamburgu w latach 1901–1905 w rodzinach ubogich umierało z powodu gruźlicy 4,8 osób na 1 tys., a zamożnych 1,2. W Wiedniu w 1913 r. w uboższych dzielnicach umieralność z powodu gruźlicy była pięciokrotnie wyższa niż w zamożnych, w Paryżu przed pierwszą wojną w dzielnicach bogatych umierało 266,1 na 100 tys. mieszkańców, w zamożniejszych – 414,7, a w biednych – 522,3. Zob.: M. K a c p r z a k: *Czynniki społeczno-ekonomiczne w chorobach zakaźnych*. W: *Ostre choroby zakaźne*, t. 1, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956, s. 610.

⁶⁷ W 1761 r. ukazało się jego dzieło pt. *O siedzibach i przyczynach chorób wykrytych przez anatoma*, które stało się zaczynem nowej dziedziny w medycynie, tj. anatomii patologicznej. Po raz pierwszy w dziejach medycyny przedstawił G.B. Morgagni szczegółowe protokoły zmian anatomicznych, stwierdzanych w czasie sekcji zwłok ludzkich i zwierzęcych. Zapoczątkował nowe poglądy w medycynie, obalił panującą od czasów starożytnych humoralną patogenezę chorób, zastępując ją przesłankami natury materialnej, dążył do potwierdzenia związku pomiędzy zmianami morfologicznymi a klinicznymi objawami choroby. Zob.: M. H a n e c k i, *W 200-lecie śmierci Morgagniego (1682–1771)*, „Wiadomości Lekarskie” 1972, z. 12, s. 1119–1120.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Dzieło to przyczyniło się do zastąpienia uznawanej od 2000 lat spekulacyjnej patologii humoralnej – patologią narządową opartą na podłożu anatomicznym. Zob.: ibidem. Por.: G.B. M o r g a g n i, *De sedibus, et causis morborum per anatomem indagatis, Libri quinque*, Patavii 1765, Liber 2: *Morbis Thoracis*, XXII, s. 14–21, 24, 28, 30–31; XXVI s. 29, Liber 3: *De Morbis Ventris*, XXXVIII, s. 35.

swoistym⁷⁰. Uważał on, że przyczyną suchot są bakterie („animalcula” – „żyjątka”) nadżerające naczynia żołądka, płuc i wątroby „zadziwiająco małe, nieuchwytnie gołym okiem żywe twory, które szczególnym kształtem i nieprzyjemnymi właściwościami są wrogię naszej naturze, lecz zdolne do życia jedynie w naszych sokach i naczyniach”⁷¹. Dopiero jednak francuski lekarz Jean-Antoine Villemin (1827–1892), na podstawie badań doświadczalnych, przedstawił fakty będące wyraźnym dowodem zakaźności gruźlicy, choć świat naukowy wówczas nie uwierzył w jego wyniki⁷².

W roku 1754 we Florencji ogłoszono edykt, nakładający nie tylko na lekarzy, lecz również na rodzinę i krewnych chorego obowiązek zgłaszania władzom wszystkich przypadków suchot. Ustawa ta zakazywała jednocześnie handlu ubraniami po zmarłych na tę chorobę, nakazywała wygotowywanie po nich ubrań i odkażanie zamieszkiwanych przez nich pomieszczeń. Z kolei od 1758 r. w Hiszpanii karano lekarzy, którzy nie zgłaszali przypadków suchot urzędowi, a od 1770 r. w Neapolu zaczęto stosować przymusową izolację chorych w szpitalach. Były to pierwsze przepisy, próbujące opanować szerzącą się wówczas epidemię gruźlicy, z powodu której umieralność wynosiła wówczas 200–300 zgonów rocznie na 10 tys. ludności⁷³.

Pomimo dużej, jak na owe czasy, wiedzy na temat gruźlicy, w rzeczywistości dopiero w XIX w., po ustaniu wojen napoleońskich, zaczęto ją traktować jako chorobę masowo zabijającą i nazywać ją klęską społeczną⁷⁴. Związane to było z przemianami ekonomicznymi w państwach europejskich, jakie dokonały się pod ko-

⁷⁰ W tym czasie przeważał pogląd, że suchoty powstają jako skutek oddychania zepsutym powietrzem, drażniącymi dymami, piciem szkodliwych płynów przez osoby ze słabymi płucami. Zob.: M. K a c p r z a k, *Epidemiologia...*, s. 33 i 253.

⁷¹ M. T e l a t y c k i, *Rozwój wiedzy o gruźlicy...*, s. 16.

⁷² Dnia 5 grudnia 1865 r. przedstawił francuskiej Akademii Medycznej wyniki swoich eksperymentów polegających na wszczepianiu pobranych ze zwłok ludzkich serowatych mas gruźliczych pod skórę królikom, u których w następstwie rozwinęła się gruźlica. Zob.: *Gruźlica. Rozpoznanie...*, s. 8; Zob. też: J.A. V i l l e m i n, *Etudes experimentales et cliniques sur tuberculosis*, Paris 1868.

⁷³ Wiele obecnie przyjętych zwyczajów bierze swój początek w odległych, dawno zapomnianych epidemiach, np. zamykanie publicznych miejsc kąpielowych, nienoszenie brody, życzenie „na zdrowie”, używanie czarnej odzieży na znak żałoby, wszystkie powstały w czasie epidemii, a następnie weszły do naszej tradycji na stałe. Także dzisiejsze prawodawstwo sanitarne swój początek wzięło z rozporządzeń wydanych w czasie epidemii i utrwalone zostało w następnych latach. Zob.: *Gruźlica. Rozpoznanie...*; M. K a c p r z a k, *Wpływ chorób nagminnych na historię*. W: *Ostre choroby zakaźne*, t. 1, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956, s. 471.

⁷⁴ Zauważono wówczas, że choroba ma charakter przewlekły, oraz że wzrost liczby zachorowań występuje w kilka lat po zakończeniu konfliktów. Jak podaje Alfred Sokołowski, w armii niemieckiej w latach 1874–1894 liczba zachorowań na gruźlicę w stosunku do stanu osobowego kształtowała się na poziomie 3,2%, w belgijskiej – 5%, austro-węgierskiej

niec XIX stulecia, które wpłynęły na oblicze epidemiologiczne gruźlicy, a przede wszystkim na jej bardzo szybki rozwój. Dotyczyło to tworzących się dużych skupisk robotników w ośrodkach przemysłowych i górniczych, nędzy, przeludnienia oraz złych warunków higienicznych mieszkań i osiedli robotniczych⁷⁵.

Francuz Matthew Bayle (1774–1816) w 1810 r. w swojej książce dotyczącej anatomii patologicznej, która stała się inspiracją do prowadzenia badań nad gruźlicą dla innych klinicystów, po raz pierwszy użył nazwy „suchoty gruźelkowe, czyli gruźlica”, dla odróżnienia od pięciu innych typów „suchot” zauważanych podczas sekcji zwłok. Ponadto, identyfikując gruźelki z ziarniną gruźliczą, opisał także dynamikę szerzenia się choroby⁷⁶.

Kontynuatorem prac M. Bayle’a był jego rodak Théophile Rene Laennec (1781–1826)⁷⁷, który wprowadził pojęcie gruźlicy, wyróżniając trzy anatomiczne postacie jej wykwitów: gruźelkę prosowatą, gruźelkę dużą i naciek. Wszystkie te postacie charakteryzował ten sam cykl rozwojowy: od gruźelki, przez serowacenie, rozmiękanie do wytworzenia jamy. W roku 1818 T.R. Laennec przedstawił i opisał wszystkie zmiany towarzyszące gruźlicy (rzęzenia dźwięczne, świsty) i udowodnił, że mają one wspólne tło etiologiczne. Dwa lata później poinformował świat nauki, że jedną z częstych przyczyn rozwoju gruźlicy jest „długotrwałe i namiętne przeżywanie stanu głębokiego przygnębienia”, stwierdzając tym samym, że wpływ na rozwój gruźlicy ma także stan psychiczny⁷⁸.

W wieku XIX upowszechnił się już pogląd, zwłaszcza w Hiszpanii, Francji i we Włoszech, że gruźlica jest zaraźliwa i często bywa chorobą rodzinną, choć głos zabierali również i tacy lekarze, którzy twierdzili, że dziedziczy się ją jako skazę⁷⁹.

– 5,6%, rosyjskiej – 12,2%. Por.: A. S o k o ł o w s k i, *Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów*, „Lekarz Wojskowy” 1921, nr 1, s. 23.

⁷⁵ Dokumenty opisujące epidemię gruźlicy w XIX i na początku XX w. są bardzo liczne i rozmaite, od opisów lekarskich i lekarskich prac naukowych, po pamiętniki chorych, życiorysy zmarłych, artykuły dziennikarskie, rozprawy polityków, m.in.: F. E n g e l s, *Położenie klasy robotniczej w Anglii*, Warszawa 1952. Gruźlica była też częstym motywem w powieściach literackich, które z jednej strony koncentrowały się wokół cierpień chorego, z drugiej zaś opisywały przeżycia lekarzy walczących o ludzkie życie. Zob.: *Czarodziejska góra* Tomasza Manna, *Anna Karenina* Lwa Tołstoja, *Sława i chwała* Jarosława Iwaszkiewicza, *Grobowiec krzyżowca* Archibalda J. Cronina, *Ciała i dusze* Maxence Van der Meerscha i in.

⁷⁶ F.G. G a r r i s o n, *An introduction to the history of medicine*, Philadelphia–London 1929, s. 411–413.

⁷⁷ Klinicysta, anatomopatolog, twórca metody badania narządów klatki piersiowej osłuchiowaniem. Choć wniósł duży wkład w rozwój leczenia gruźlicy, odrzucał jej zaraźliwość. Zmarł w młodym wieku na suchoty, nabyte najprawdopodobniej podczas leczenia swoich pacjentów. Zob.: *Historia medycyny...*, s. 388.

⁷⁸ F.G. G a r r i s o n, *An introduction to the history...*, s. 411–413.

⁷⁹ *Gruźlica. Rozpoznawanie...*, s. 8.

Wiedzano też, że jest szczególnie groźna dla osób żyjących w nędzy. Niemniej jednak w pierwszej połowie XIX w. gruźlica nie ograniczała się do mieszkańców biednych dzielnic, gdyż chorowało na nią i umierało także bogate mieszczaństwo i arystokracja. Jak stwierdzał Otto von Bollinger (1843–1909), niemiecki anatomo-patolog na podstawie badań pośmiertnych wykonanych w latach 1896–1897, co trzeci człowiek w swoim życiu chorował na gruźlicę, a jak się później okazało ok. 90% ludzi przechodzi gruźlicę, zachowując jej ślady w postaci wygojonego w płucach pierwotnego ogniska gruźliczego i zmienionych węzłów chłonnych.

Od połowy XIX w. epidemia gruźlicy w Europie zaczęła powoli wygasać, choć chorych na zakaźną gruźlicę płuc do końca stulecia było tak dużo, że przypuszcza się, iż zakażeni byli niemal wszyscy mieszkańcy miast, gdyż jeszcze w okresie międzywojennym wszyscy testowani dorośli reagowali dodatnio na tuberkulinę. Należy w tym miejscu wspomnieć, że od ok. 1873 r. próbowano leczyć gruźlicę za pomocą bezpośrednich iniekcji substancjami przeciwgruźliczymi (np. roztwór nadmanganianu potasu, kwas karbolowy, kreozot) w miąższ płucny, jednak leczenie farmakologiczne traktowane było jeszcze wówczas jako postępowanie podrzędne i uzupełniające⁸⁰.

Kamieniem węgielnym wszelkich badań epidemiologicznych i racjonalnego zwalczania chorób zakaźnych stał się rozwój bakteriologii, choć epidemiologia jest starsza od bakteriologii i długo obywatela się bez jej pomocy, będąc jeszcze niedawno częścią składową higieny i razem z nią wskazując na konieczność poprawy warunków bytu warstw uboższych. Stąd epidemie, budzące wielki niepokój, były poważnym bodźcem do korzystnych zmian w dziedzinie higieny otoczenia, mającej duże znaczenie w walce z chorobami zakaźnymi. Rolę epidemiologii w okresie przedbakteryjnym dobrze scharakteryzował William Farr (1807–1883) w 1849 r., pisząc: „Jeżeli ukryta przyczyna epidemii nie może być stwierdzona, może być zbadany sposób, w jaki ona działa. Prawo ich działania może być ustalone przez spostrzeżenie, jak również przez okoliczności, w których choroby powstają, albo w jakich mogą być opanowane”⁸¹.

Przełomowy moment w nauce o chorobach zakaźnych nastąpił wraz z rozwojem bakteriologii i pracą jej licznych badaczy, na czele z Louisem Pasteurem (1822–1895)⁸²

⁸⁰ Regularny spadek umieralności na gruźlicę w okresie 1850–1950 uległ znacznemu zakłóceniu tylko w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej. Zob.: Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 68–79.

⁸¹ William Farr (1807–1883) – *an appreciation on the 200th anniversary of his birth*, „International Journal of Epidemiology” 2007, No. 5, s. 985.

⁸² Przyrodnik, chemik, prekursor mikrobiologii. Zajmował się badaniami fermentacji i gnicia (pasteryzacja), a także drobnoustrojów chorobotwórczych. Obalił teorię samoródtwa drobnoustrojów, badał zjawiska odporności poszczepiennej i opracował szczepionki, m.in. przeciwko wściekliźnie, a także przeciwko wąglikowi i cholercie. Stworzył możliwości hodowli bakterii, pierwszy opracował podłoża płynne, uważał, że o chorobie decyduje rodzaj bakterii, a nie predyspozycje organizmu. Tuż przed śmiercią zmienił zdanie, mówiąc:

oraz Robertem Kochem (1843–1910)⁸³, który doprowadził do odkrycia prątków gruźlicy⁸⁴ w płwocinie chorych na gruźlicę, wyhodował je i wykazał, że można nimi zarazić zwierzęta doświadczalne⁸⁵. Dnia 24 marca 1882 r. na forum Berlińskiego Towarzystwa Fizjologicznego wygłosił referat „O gruźlicy”, z którego następnie powstało opracowanie dotyczące etiologii gruźlicy⁸⁶. Osiem lat później uzyskał także przesącz hodowli zjadliwych prątków – limfę⁸⁷. W czasie obrad Międzynarodo-

„Miał rację Bernard (Claude Bernard (1813–1878) – przyp. M. M.), nie bakterie, lecz reakcja ustroju może decydować o chorobie”. Zob.: M. M a ł o f i e j e w, *Historia patologii w XIX i XX wieku*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 308.

⁸³ W latach 1872–1880 lekarz powiatowy w Wolsztynie, w 1879 r. pracował kilka miesięcy we Wrocławiu, stąd znał język polski. Współtwórca bakteriologii, pionier współczesnej nauki o chorobach zakaźnych, od 1880 r. doradca rządowy Cesarskiego Wydziału Zdrowia w Berlinie, od 1885 r. profesor uniwersytetu w Berlinie. W latach 1891–1904 dyrektor stworzonego specjalnie dla niego Instytutu Chorób Zakaźnych w Berlinie (Robert-Koch-Institut). Odkrył laseczkę wąglika i przecinkowca cholery. W 1905 r. otrzymał Nagrodę Nobla za całokształt osiągnięć naukowych. Zob.: A. W r z o s e k, *Robert Koch*, „Przegląd Lekarski” 1910, nr 49, s. 365.

⁸⁴ Niezależnie i prawie równocześnie z R. Kochem prątek gruźlicy wykrył Paul Baumgarten (1848–1928), anatomopatolog pracujący w Królewcu, a następnie w Tübingen. Koch pracował nad biologią prątka i jego hodowlą, a Baumgartenem nad histogenezą gruźlicy, stąd autorstwo przypisuje się temu pierwszemu. Zob.: R. K o c h, [Notiz], „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1882, Nr. 15, s. 221; P. B a u m g a r t e n, [Notiz], „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1882, Nr. 16, s. 305.

⁸⁵ Do badań nad gruźlicą natchnęły R. Kocha wyniki wcześniejszych doświadczeń innych badaczy z przeszczepieniem zakażeń, m.in. Philipa Friedricha Klienkiego, Hermanna von Tappeinera, Juliusa Friedricha Cohnheima, Jeana Antonie Villemina, Juliusa Ferdynanda Cohna, Henryka Gerharda Hansena. Drugim momentem w pracach nad zarazkiem gruźlicy był wybór metod barwienia preparatów oraz stworzenie odpowiednich warunków dla jego hodowli, mówiąc, że „zarazki gruźlicy można też hodować na innych podłożach, ostatnio zaś na takich, które mają podobne właściwości tężące, jak surowica krwi”. Zob.: Z. M o s k w a, *Wokół historii odkrycia zarazka gruźlicy*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 1, s. 20–23.

⁸⁶ Zob.: R. K o c h, *Die Etiologie der Tuberkulose. (Nach einem in der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin am 24 März 1882 gehaltenen Vortrage). Von dr... Regirugrat im Kaiserl. Gesundheitsamt*. W: *Robert Koch (1843–1910). Bakteriologie, Tuberkuloseforscher, Hygieniker. Ausgewählte Texte*. Hrsg. P. Steinbrück, A. Thom, Leipzig 1982.

⁸⁷ Polak Odo Bujwid nazwał odkrytą limfę tuberkuliną i jako pierwszy podał sposób jej otrzymywania. Odkrycie to i prawo do nazwy przyćmiła jednak sława R. Kocha, który w kilka miesięcy później podał swój sposób otrzymywania tuberkuliny, a badania Bujwida zostały zapomniane. Zob.: O. B u j w i d, [Notatka], „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1932, nr 12, s. 273. W 1906 r. pediatra wrocławski, który później pracował w Wiedniu, Klemens K. Pirquet (1874–1929) podał sposób wywoływania odczynów swoistych skóry na wtartą lub wstrzykniętą w jej obręb tuberkulinę u osób, które przebyły zakażenie gruźlicze (tzw. odczyn tuberkulinowy Pirqueta). Odczyn wypada dodatkowo u osób zakażonych

wego Kongresu Medycznego w Berlinie 4 sierpnia 1890 r. podał do wiadomości otrzymanie „Originalflüssigkeit”, w Polsce nazywanej „limfą” i uzyskanie pomyślnych wyników leczenia gruźlicy u świnek morskich, wyrażając przy tym nadzieję, że wykryta substancja będzie skuteczna także u ludzi⁸⁸. Informacja wywołała duże zainteresowanie w świecie lekarskim i rozbudziła nadzieję na znalezienie skutecznego środka w leczeniu gruźlicy. „Jeżeli się sprawdzi ta wiadomość, a spodziewać się tego należy, świat pozyska jeszcze jedno wielkie odkrycie w dziedzinie zabezpieczenia od jednej z największych plag obecnego pokolenia” – pisał w 1890 r. nasz rodak Odo Bujwid⁸⁹.



Robert Koch

Pod naciskiem świata lekarskiego i sfer rządowych, jeszcze przed sprawdzeniem hipotezy o leczniczym działaniu tej odkrytej substancji, uznał ją Koch błędnie za skuteczną szczepionkę i traktował jak lekarstwo⁹⁰. Autorytet jego sprawił, że

prątkiem gruźlicy lub u szczepionych niejadliwym prątkiem szczepionki BCG, natomiast ujemnie u osób niezakażonych, u których jest to informacja o konieczności zaszczepienia. Por.: K. P i r q u e t, *Handbuch der Kindertuberkulose*, Leipzig 1930.

⁸⁸ Zob.: R. K o c h, [Notiz], „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1890, Nr. 46.

⁸⁹ O. B u j w i d, [Notatka], „Wszecławiat” 1890, nr 35, s. 557.

⁹⁰ Świat medyczny ogarnął wówczas „szał tuberkulinowy”, gdyż w nowym specyfiku widziano środek zbliżony do szczepionki odkrytej wcześniej przez Pasteura. Jednak już kilka miesięcy po wprowadzeniu preparatu do leczenia, w prasie medycznej pojawiły się ostrze-

pomimo, iż nie podał składu chemicznego leku ani sposobu jego otrzymywania, odkrycie uznano za zakończone i zaczęto ten „lek” stosować u chorych na gruźlicę, zapominając o wstrzemięźliwości i oględnych słowach autora odkrycia. Wyniki leczenia nie były jednak zachęcające, obok pozytywnych skutków, u niektórych stan zdrowia się pogarszał, zdarzały się nawet zgony. Naraziło to R. Kocha na nieprzyjemności, sprawa miała swoje reperkusje wśród deputowanych pruskich, padło nawet określenie „tuberkulinowe oszustwo”, a reputacja uczonego z tego powodu poważnie ucierpiała⁹¹. Nie zmieniło to jednak faktu, że wraz z Robertem Kochem w dziedzinie epidemii nastąpił przełom na skalę światową i zakończyły się spory klinicystów oraz patologów dotyczące etiologii choroby⁹², dzięki czemu można uznać Kocha za jednego z największych dobroczyńców ludzkości. „Wieki mijają bezpłodnie aż przychodzi umysł, który w pewnym kierunku otwiera nam widnokręgi [...]. Długo czekać będziemy na badacza tej miary i nieprędko usłyszymy o nowych odkryciach tej doniosłości” – pisano o R. Kochu⁹³.

Kolejnym krokiem w rozwoju leczenia gruźlicy było odkrycie w 1895 r. przez fizyka Wilhelma C. Roentgena (1845–1923) właściwości promieni katodowych⁹⁴, które przenikając przez ciało ludzkie potrafią wywołać na specjalnym ekranie cienie⁹⁵, co stanowiło przełom we wczesnym wykrywaniu i różnicowaniu gruźlicy płuc⁹⁶.

żenia przed stosowaniem tuberkuliny u chorych na gruźlicę. Zob.: S. S t e r l i n g, *Stan obecny nauki o właściwościach leczniczych tuberkuliny przy gruźlicy płuc*. W: S. S t e r l i n g, *Gruźlica. Zbiór prac 1894–1932*, Łódź 1934, s. 208–209.

⁹¹ O. B u j w i d, [Notatka], „Gazeta Lekarska” 1890, nr 46, s. 921.

⁹² Od tego momentu definicja choroby brzmiała: gruźlica (*tuberculosis*) to choroba zakaźna, wywołana przez prątek gruźlicy (*mycobacterium tuberculosic*), mogąca atakować wszystkie tkanki i narządy, głównie jednak płuca. Por.: *Mała encyklopedia medycyny*, t. 1. [Aut.]: S. Bogusławski i in., Warszawa 1991, s. 365.

⁹³ O. B u j w i d, [Notatka], „Zdrowie” 1910, nr 7, s. 503.

⁹⁴ Prowadząc doświadczenia z promieniami katodowymi, spostrzegł zielonkawą poświatę na płycie, pokrytej platynocjankiem baru i na jej tle własną rękę trzymającą kawałek ołowiu, gdy chciał przekonać się, który z kolejno podsuwanych przedmiotów okaże się nieprzenikliwy dla dziwnego promieniowania. Przysporzyło mu to wielu wrogów, którzy sztychli i pomniejszali jego odkrycie. Znana londyńska gazeta „Pall Mall Gazette” napisała: „niech ryby podpatrują sobie dowoli swoje kości, ale nam należy tego oszczędzić”. W Polsce o odkryciu Roentgena po raz pierwszy napisano 15 lutego 1896 r. Zob.: E. B i e r n a c k i, *Odkrycie Roentgena*, „Gazeta Lekarska” 1896, nr 31, s. 194; M. B r u n n e r, *O promieniach Roentgena i röntgenoterapii w zastosowaniu do medycyny*, „Gazeta Lekarska” 1896, nr 31, s. 737.

⁹⁵ M. T e l a t y c k i, *Rozwój wiedzy o gruźlicy...*, s. 198–200.

⁹⁶ W lipcu 1936 r. Manoel Dias de Abreu (1892–1962) z Rio de Janeiro opracował metodę szybkiego fotografowania w pomniejszeniu obrazu płuc („zdjęcie małoobrazkowe”), co umożliwiło przebadanie w krótkim czasie dużych grup ludzi. Stąd jego uważa się za ojca małoobrazkowych badań rentgenowskich klatki piersiowej. Dało to począ-

Na przełomie XIX i XX w. gruźlicę leczono sposobami zachowawczo-objawowymi oraz inwazyjnymi. Wśród pierwszych, najbardziej rozpowszechniona była metoda sanatoryjno-klimatyczno-wypoczynkowa, zapoczątkowana w 1859 r. przez Hermanna Brehmera w Görbersdorf, a następnie zmodyfikowana przez Alfreda Sokołowskiego (1850–1924)⁹⁷. Natomiast w drugim sposobie chodziło o wytworzenie i podtrzymanie odmy sztucznej opłucnowej. Po raz pierwszy wspominał o tym Carlo Forlanini (1847–1918) w 1882 r., który podał wskazania⁹⁸, technikę i sposoby leczenia, a po raz pierwszy zastosował ją w gruźlicy płuc w 1888 r.⁹⁹, wyniki zaś wieloletnich prób i doświadczeń opublikował dopiero w 1906 r.¹⁰⁰. Ponadto Forlanini uważał, że w leczeniu gruźlicy skuteczna jest także resekcja tkanki płucnej, które to zabiegi zapoczątkowano w 1881 r., jednak kończyły się one nieomyślnie wskutek zapalenia śródpiersia i odmy opłucnej¹⁰¹.

tek abreugrafii (w Polsce zwanej radiografią), przydatnej w radiodiagnostyce gruźlicy płuc. Zob.: Z. G ó r e c k i, *Masowe małoobrazkowe badania rentgenowskie płuc*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 372–379.

⁹⁷Do wiary w skuteczność tej metody usposabiał fakt, że ta dziesiątkująca społeczeństwa Europy i Ameryki choroba wykazywała spadkowe tendencje śmiertelności jeszcze w XIX w., choć rosła liczba chorobych. Dla przykładu śmiertelność z powodu gruźlicy w Nowym Jorku w 1812 r. wynosiła 700 zgonów na 100 tys. ludności, w 1882 r. (odkrycie prątków gruźlicy przez Kocha) – 370, w 1910 r. (początek zorganizowanego klimatycznego leczenia gruźlicy) – 180, a w 1945 r. – 50. Wszystko to działo się jeszcze przed rozpoczęciem skutecznego leczenia przeciwprątkowego, stąd można było wówczas wysuwać wnioski, że niezależnie od medycyny, jedynie w wyniku adaptacji człowieka do życia w środowisku o stałej obecności prątków, przez wytworzenie nabytej odporności naturalnej, można walczyć z gruźlicą. Por.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965, s. 29.

⁹⁸Po wieloletnich próbach przyjęto, że wskazaniem do resekcji tkanki płucnej są: duże jamy gruźlicze grożące pęknięciem przy odmie opłucnej, duże jamy gruźlicze usadowione w dolnym płacie, gruźlica oskrzela w okresie jego zwężenia, jamy resztkowe po torakoplastyce, gruźliczak płuca. Zob.: Z. M o s k w a, *Resekcja tkanki płucnej w leczeniu gruźlicy płuc*, „Wiadomości Lekarskie” 1987, z. 10, s. 714–716.

⁹⁹Pierwszy eksperyment z odmą sztuczną przeprowadził w XIX w. szkocki lekarz James Carson, w celu zbadania elastyczności tkanki płucnej w zależności od wprowadzonego do opłucnej gazu, nie zastosował jednak tej metody w leczeniu gruźlicy. Zob.: C. F o r l a n i n i, *Il pneumotorace artif. guarisce la tisi*, „Riforma Medicine” 1911, No. 27.

¹⁰⁰W latach 1912–1913 metodę zmodyfikował Szwed H.Ch. Jacobaeus, który podał sposób wewnątrzopłucnowego odczepiania od ściany klatki piersiowej zrostów opłucnowych za pomocą żegadła, pod kontrolą wziernika oświetlającego. Zob.: H.Ch. J a c o b a e u s, *Über Laparo- und Thorakoskopie*, „Beiträge Klinik Tuberkulose” 1912, nr 25.

¹⁰¹Zabieg ten zapoczątkował Block (1881 r.) i Tuffier (1891 r.), a następnie Doyen (1895 r.) i Murphy (1898 r.), jednak z powodu wielu powikłań zabiegi te wykonywano sporadycznie. Do 1944 r. wykonano ich zaledwie 90. Zob.: Z. M o s k w a, *Resekcja tkanki płucnej*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 6, s. 28–31; i d e m, *Resekcja tkanki płucnej w leczeniu gruźlicy płuc...*

Po tym jak próby z tuberkuliną i innymi wyciągami z prątka gruźlicy nie spełniły oczekiwań, rozpoczęły się szczepienia przeciwgruźlicze. Celem czynnego uodpornienia próbowano szczepień prątkami gruźliczymi zabitymi, żywymi osłabionymi lub niezjadliwymi oraz żywymi zjadliwymi. Badania dotyczące odporności przeciwgruźliczej rozpoczęły się w 1882 r. i trwały przez cały XX w. Pierwsze doświadczenia z wywołaniem odporności biernej przez wstrzykiwanie surowic przeciwgruźliczych okazywały się jednak mało użyteczne, gdyż iniekcje zabitych prątków dawały tylko nieznaczną odporność¹⁰².

Na początku XX w. dwaj francuscy uczeni Albert Calmette (1863–1933) i Camille Guérin (1872–1961) rozpoczęli badania nad wyhodowaniem szczepu, który nie wywołuje choroby gruźliczej i uzyskaniem swoistej szczepionki. Po kilkunastu latach wyhodowali szczep prątka bydlęcego o obniżonej zjadliwości, który stracił zdolność wywoływania u zwierząt doświadczalnych gruźlicy i zyskał cechę uodporniania ich na zakażenie prątkiem zjadliwym. Wyhodowaną po trzynastu latach, w 1921 r., odmianę prątka nazwano bakcylem Calmette-Guérin, a szczepionkę z niego przygotowaną – szczepionką BCG, która obok odporności, wywołuje nadwrażliwość, zabezpieczając ustrój przed zjadliwymi prątkami¹⁰³.



Albert Calmette

¹⁰²T. J a m r o z i k, *Droga do masowej szczepionki BCG w Polsce*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1978, nr 6, s. 21–24.

¹⁰³Szczepienia BCG przeprowadza się u osób z ujemnym odczynem tuberkulinowym i niemających klinicznych zmian gruźliczych. Pod wpływem szczepienia pojawia się dodatni odczyn tuberkulinowy oraz swoiste przeciwciała we krwi. Zob.: A. C a l m e t t e, *L'infection bacillaire et la tuberculose*, Paris 1922.

Pierwszy szczepień za pomocą tej szczepionki dokonał doustnie u noworodków w 1921 r. w Paryżu lekarz B.B. Weil-Halle i od tego momentu szczepionka BCG znalazła szerokie zastosowanie we Francji i innych krajach¹⁰⁴. W roku 1928 Sekcja Higieny Ligi Narodów zwołała konferencję ekspertów, która potwierdziła nieszkodliwość stosowania szczepionki BCG u człowieka. Od tego czasu, zwłaszcza po drugiej wojnie światowej, szczepienia BCG stały się najbardziej masową metodą w zapobieganiu gruźlicy u ludzi¹⁰⁵.

Na początku XX w. rozpoczęto na szeroką skalę leczenie zachowawcze w postaci leków przeciwprątkowych. W latach dwudziestych stosowano np. sole złota lub miedzi, większość z nich była jednak nieskuteczna¹⁰⁶. Przełom w leczeniu farmakologicznym tej choroby nastąpił dopiero w 1944 r., gdy Selman Abraham Waksman (1888–1973) wyizolował ze szczepu promieniowców (*Streptomyces griseus*) substancję, którą nazwał „streptomycyną”¹⁰⁷. Niebawem okazało się, że największą zaletą tego antybiotyku była zdolność niszczenia kwasoodpornego prątka wywołującego gruźlicę.

Jak wynika z analizy materiałów źródłowych, podejmowano różne sposoby leczenia gruźlicy, choć ich skuteczność nie zawsze była zadowalająca. Przełom nastąpił w 1887 r., gdy Robert William Philip (1857–1953) ogłosił zasady „Systemu edynburskiego” w zakresie walki z gruźlicą. Na jego podstawie zorganizował opiekę fizjotryczną, polegającą na leczeniu domowym, utworzeniu poradni przeciwgruźliczej (1887 r.), uruchomieniu szpitala przeciwgruźliczego (The Royal Victoria Hospital – 1894 r.) i powołaniu pierwszej katedry fizjologii (1917 r.). Koncepcja ta systematyzowała dotychczasowy sposób leczenia gruźlicy, gdyż jak mówił sam autor „najwięcej cieszy mię oddzielenie się fizjologii od interny, gdyż dopiero teraz ogół lekarzy może być przygotowany do walki z gruźlicą i tylko w tych warunkach walka ta może dać wyniki”¹⁰⁸. Ponadto przewidywał on także połączenie leczenia sanatoryjnego, szpitalnego i pracę poradni przeciwgruźliczych.

¹⁰⁴Przejściowe zahamowanie rozwoju szczepień BCG (w Niemczech do okresu drugiej wojny światowej) nastąpiło po „tragedii w Lubecie”, gdzie w 1930 r. zaszczepiono 251 noworodków szczepionką BCG zanieczyszczoną zjadliwym szczepem prątków typu ludzkiego, co udowodnił proces sądowy. Zob.: T. J a m r o z i k, *Droga do masowej szczepionki...*, s. 21–24.

¹⁰⁵Istnieją przypuszczenia, że szczepienia BCG zmniejszyły również zapadalność na trąd w Brazylii, bowiem jego prątek jest antygenowo zbliżony do prątka gruźlicy. Zob.: M. K a c p r z a k, *Epidemiologia...*, s. 427.

¹⁰⁶Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys...*, s. 175–192.

¹⁰⁷Lek znalazł szerokie zastosowanie, gdyż atakuje zarówno bakterie Gram-dodatnie, jak i Gram-ujemne. Za odkrycie streptomycyny S.A. Waksman otrzymał w 1952 r. Nagrodę Nobla. Zob.: *Historia medycyny...*, s. 373.

¹⁰⁸R. M e i s s n e r, *Zarys dziejów fizjologii poznańskiej w latach 1899–1989*. W: *Księga pamiątkowa Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego Chorób Płuc i Gruźlicy im. Eugenii*

Od 1901 r. system ten został przyjęty przez Francję¹⁰⁹, a następnie przez inne kraje, stając się z biegiem lat podstawą współczesnej organizacji walki z gruźlicą, w której każde ogniwo było tak samo ważne, przy czym ośrodkiem zawiadującym była poradnia¹¹⁰. Od tego momentu w walce z gruźlicą nie ograniczano się wyłącznie do okazywania chorym pomocy ambulatoryjnej lub szpitalnej, ale zaczęto interesować się ich życiem, warunkami ekonomicznymi, domowymi i zawodowymi, szukano chorych w najwcześniejszym okresie jego choroby, aby mu naprawdę pomóc.

Po pierwszej wojnie światowej w Europie zostały przyjęte dwa systemy zwalczania gruźlicy; niemiecki oparty o tworzenie sanatoriów przeciwgruźliczych oraz francuski, w ramach którego organizowano przychodnie przeciwgruźlicze¹¹¹.

Osobny rozdział w historii fizjatrii stanowią pseudomedyczne eksperymenty z zakresu gruźlicy dokonywane przez nazistów¹¹². Wśród milionów ludzi, zmarłych w obozach koncentracyjnych, gruźlica była jedną z głównych przyczyn śmierci, gdyż naziści eksperymentowali z tą chorobą na więźniach:

„Było to w roku 1944 w obozie koncentracyjnym. Tłum wymęczonych, zgłodzonych istot «przepędzony» został przez aparat małoobrazkowy [...] pytanie – po co? Nie dla poprawy zdrowia, na pewno. Hitlerowscy lekarze chcieli zbadać wpływ głodzenia na szerzenie się gruźlicy, traktując nas jako króliki doświadczalne [...]” – pisała jedna z uczestniczek tych eksperymentów¹¹³.

Uważa się, że na ogólną liczbę 90 tys. lekarzy Trzeciej Rzeszy, 350 z nich brało udział w zbrodniczych eksperymentach, mimo że ta „nieludzka medycyna” była sprzeczna z obowiązującymi przepisami prawnymi, zasadami etyki lekarskiej i oficjalnymi poglądami nawet w nazistowskich Niemczech. Pomimo tego na przykład

i Janusza Zeylanów, Poznań 1988, s. 48; Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej, red. M. Kacprzak, Warszawa 1957, s. 30.

¹⁰⁹ „System edynburski” w Europie spopularyzował Albert Callmette, gdy w 1901 r. założył poradnię przeciwgruźliczą w Lille. Zob.: R. M e i s s n e r, *Dzieje fizjatrii poznańskiej do końca XX wieku. Rozwój bazy diagnostyczno-terapeutycznej, osiągnięcia i główne kierunki przemian*, Poznań 1999, s. 48.

¹¹⁰ J. S t o p c z y k, *Zarys rozwoju wiedzy o gruźlicy i metodach jej zwalczania*. W: *Fizjatria*, pod red. J. Stopczyka, Warszawa 1968, s. 6–17.

¹¹¹ C. J e ś m i a n, *Charakterystyka epidemiologiczna i zwalczanie gruźlicy w Polsce i w wojsku polskim w latach 1919–1921*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70, s. 07; zob. też: T. M a n n, *Czarodziejska góra*, t. 1–2, przeł. J. Kramszyk, J. Łukowski, Warszawa 1965.

¹¹² W światowym piśmiennictwie najczęściej cytowana jest „zbrodnia z Lubeki”, gdzie wszczepiono niemowlętom szczepionkę BCG zanieczyszczoną zjadliwymi prątkami Kocha, w wyniku czego zmarło 72 niemowląt (29%). Zob.: *Die Säuglingstuberkulose in Lübeck*. Arb. A. D. Reichsgesundsamte, 1935, Bd. 69.

¹¹³ J. S z u s t r o w a, *Dyskusja nad tematem „Fluorografia w walce z gruźlicą płuc”*, „Gruźlica” 1955, nr 5, supl.: *Materiały XI Zjazdu Przeciwgruźliczego*, s. 20.

w obozie w Dachau chorych na gruźlicę „leczono” metodami eksperymentalnymi¹¹⁴. W oddziale A chorym z gruźlicą podawano wapno, kodeinę, stosowano odmę opłucnową i zabiegi operacyjne. W oddziale B chorych pozostawiano samych sobie, bez żadnego leczenia, programem oddziału C były gimnastyka, spacer i zimne kąpiele, natomiast oddziału D – leki homeopatyczne. Liczba więźniów poddanych tym doświadczeniom nie jest znana, wiadomo tylko, że zagazowano ich później w Hartheim¹¹⁵, niemniej jednak 40% sekcji zwłok wykonanych w tym obozie wykazywało rozwiniętą gruźlicę. Jednym z lekarzy „rewiru”, zamieszany w przeprowadzanie eksperymentów przestępczych, medycznych i pseudomedycznych był dr Rudolph Brachtel¹¹⁶, a zabiegi operacyjne w „stacji doświadczeń chirurgicznych” wykonywali dr Müllerstadt i dr Lange, którzy operowali często bez wskazań i wcześniejszych badań. Czasem traktowali operację jako karę, lubili też popisywać się szybkością przeprowadzonego zabiegu¹¹⁷.

W Auschwitz zakazano umyślnie chorych prątkami gruźlicy, a następnie eksperymentowano, prowadząc badania z preparatem Be-1032, Be-1034, rutenolem,

¹¹⁴ Był to pierwszy obóz koncentracyjny w nazistowskich Niemczech; istniał od 22 marca 1933 r. do 29 kwietnia 1945 r. Więziono w nim 250 tys. ludzi (zginęło 148 tys.), w tym 48 511 Polaków, z których zginęło 28 tys. Przebywały tam również dzieci. Był to obóz nie tylko najstarszy, ale także wzorcowy, gdyż szkolono tam esesmanów dla innych miejsc kaźni. Opieka lekarska w obozie istniała jedynie teoretycznie, choć szpital obozowy był dobrze wyposażony. Specjalny „rewir” dla więźniów uruchomiono w 1938 r. i był on oddzielną jednostką administracyjną, podległą naczelnemu lekarzowi SS. Początkowo mieścił się w dwóch blokach, w 1940 r. przyłączono do nich cztery kolejne, co wiązało się z rozpoczęciem akcji doświadczeń lekarskich na więźniach. W bloku 5 znajdował się oddział dla chorych na gruźlicę, w bloku 9 dla inwalidów i gruźlików. Zob.: T. M u s i o ł, „Służba zdrowia” w Dachau, „Przegląd Lekarski” 1972, nr 1, s. 114–120.

¹¹⁵ A. J a k u b i k, Z. R y n, *Eksperymenty pseudomedyczne w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*, „Przegląd Lekarski” 1973, nr 1, s. 64–72.

¹¹⁶ Brachtel doświadczenia medyczne na więźniach chorych na gruźlicę wykonywał w Dachau od kwietnia 1941 do końca grudnia 1942 r. Polegały one na ocenie różnych metod leczenia, tzn. część chorych leczono metodami homeopatycznymi, a innych w sposób typowy dla ówczesnej medycyny. W uznaniu dobrze przeprowadzonych badań, które wykazały wyższość metod leczenia alopacyjnego nad homeopatycznym, Brachtel awansował do stopnia kapitana SS, po czym przydzielono go do pomocy prof. Clausowi Schillingowi, działającemu na stacji malarycznej i próbującemu bezskutecznie wyprodukować szczepionkę przeciwmalaryczną. W 1947 r. Brachtel został uniewinniony wyrokiem sądu z powodu braku dostatecznych dowodów winy, a leczenie gruźlicy uznano za prawidłowe. Zob.: S. S t e r k o w i c z, *Chorzy więźniowie Dachau w rękach lekarza SS, Rudolpha Brachtla*, „Przegląd Lekarski” 1988, nr 1, s. 69–73.

¹¹⁷ A. M e t e r a, W. M. R z e p e c k i, *Torakoplastyka w Dachau*, „Przegląd Lekarski” 1971, nr 1, s. 15–17; T. M u s i o ł, „Służba zdrowia” w Dachau..., s. 114–115.

peristonem i innymi¹¹⁸. Natomiast w Sachsenhausen-Oranienburgu gruźlicę próbowano „leczyć” inhalacjami z różnych substancji¹¹⁹.

Z kolei w Neuengamme pod Hamburgiem do eksperymentów biologicznych wybierano 20–30-letnich mężczyzn z zaawansowaną jedno- i obustronną gruźlicą płuc, gruźlicą innych narządów oraz osoby zdrowe. Więźniom podawano zjadliwe prątki Kocha typu ludzkiego metodą wstrzykiwań podskórnych, wcierano prątki w skórę, wprowadzano za pomocą cewnika przez usta bezpośrednio do płuc, usuwano węzły chłonne¹²⁰. Działo się to za sprawą Kurta Heissmeyera¹²¹, inicjatora „badań” i ich jedyne go wykonawcy, który uważał, że „rasowo mniej wartościowi chorzy mogą najwyżej przechodzić skróconą kurację tylko dla celów dydaktycznych”, natomiast „chorzy mający znaczenie dla podtrzymania narodu i rasy winni być uprzywilejowani w przyjęciach do zakładów leczniczych”¹²². Wykonywane tam próby gruźlicze, trwające 9 miesięcy (do kwietnia 1945 r.), były okrutne i bezsensowne, gdyż nie miały żadnego rozsądnego uzasadnienia, a ich autor na podstawie dostępnej i znanej mu literatury fachowej z góry wiedział, że nie jest możliwe wyleczenie z gruźlicy w podany przez niego sposób.

Na zakończenie tego krótkiego przeglądu rozwoju walki z gruźlicą, należy wspomnieć o powstaniu symbolu tej walki. Chodzi o podwójny krzyż przeciwgruźliczy, który został uznany w 1902 r. podczas Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Berlinie jako obowiązujący emblemat¹²³. Wspomniany znak krzyża, złożony z dwóch przecinających się kresek, znany był już wcześniej, gdyż wznoszony był przeciwko zarazom i innym chorobom epidemicznym, początkowo przeciw cholerze, a z czasem także przeciwko gruźlicy. Z początkiem XX w. podwójny krzyż, mający od dawna znaczenie magiczne i leczniczo-ochronne, symbolizuje znak walki z niszczącą chorobą¹²⁴.

¹¹⁸S. K ł o d z i ń s k i, *Zbrodnicze doświadczenia farmakologiczne na więźniach obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*, „Przegląd Lekarski” 1965, nr 1, s. 40–46.

¹¹⁹Z. M o s k w a, *Pseudomedyczne eksperymenty z zakresu gruźlicy w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 1, s. 31–33.

¹²⁰S. K ł o d z i ń s k i, *Zbrodnicze doświadczenia z zakresu gruźlicy w Neuengamme. Działalność Kurta Heissmeyera*, „Przegląd Lekarski” 1969, nr 1, s. 86–91.

¹²¹Ftyzjatra, fanatyk ideologii narodowosocjalistycznej, od 1938 r. naczelnny lekarz chorób płucnych w zakładach leczniczych „Augusta-Victoria” w Hohenlychen (od 1942 r. przeszły pod kierownictwo SS), w latach 1939–1943 lekarz Wehrmachtu, w 1945 r. wpisany na listę zbrodniarzy wojennych, zatrzymany w 1963 r. i skazany w 1966 r. na dożywotnie więzienie, zmarł rok później w więzieniu, zob.: ibidem.

¹²²Ogółem oblicza się, że K. Heissmeyer eksperymentalnych zabiegów dokonał na 80–100 więźniach dorosłych oraz u 20 dzieci. Wszyscy oni zmarli lub zostali zamordowani. Por.: S. K ł o d z i ń s k i, *Zbrodnicze doświadczenia z zakresu gruźlicy...*, s. 91.

¹²³T. M o d r z e w s k i, *Kilka słów o powstaniu, rozwoju i znaczeniu podwójnego krzyża – późniejszego znaku przeciwgruźliczego*, „Wiadomości Lekarskie” 1965, nr 13, s. 1123–1128.

¹²⁴Podwójny krzyż, zwany karawaką (od hiszpańskiego miasta Caravaca, gdzie w kaplicy królewskiej znajdował się krzyż, z którym związanych było 25 modlitw, drukowanych w XIX w.

Po drugiej wojnie światowej nastąpił rozwój współczesnych metod leczenia gruźlicy, wśród których czołową rolę zaczęła odgrywać chemioterapia przeciwprątkowa. Pozostałe sposoby stały się tylko jej uzupełnieniem. Chodzi o leczenie chirurgiczne, klimatyczne, dietetyczne, spoczynkowe, które nie odgrywały już takiej roli jak przed wojną. Ponadto, sama chemioterapia ulegała wciąż modyfikacjom, co związane było z wprowadzaniem coraz to nowych leków¹²⁵.

Podsumowując można stwierdzić, że gruźlica istniała od czasów przedhistorycznych, ale tylko w niektórych krajach, regionach czy miastach i tylko w niektórych epokach historycznych była chorobą częstą, powodującą wiele zgonów. Ze stanu endemii przerodziła się na przełomie XVIII i XIX w. w Europie Środkowej w bardzo groźną epidemię i od tego czasu datuje się rozpoczęcie walki z tą chorobą na podstawie zdobyczy nauk medycznych¹²⁶. I choć starano się, aby zwalczanie gruźlicy płuc nie było sztuką, tylko wiedzą, to jednak leczenie człowieka oparte o wiedzę, jest nadal sztuką, której nie do końca można się nauczyć wyłącznie z podręczników¹²⁷.

podczas epidemii cholery) jako symbol walki z gruźlicą zaproponował paryski lekarz Gilbert Sersiron. Nasunęła mu się analogia między krucjatami a współczesnym ruchem przeciwgruźliczym jako ruchami masowymi i ideowymi. Jak sam wówczas powiedział „w walce z gruźlicą potrzebne jest zjednoczenie sił, a sztandar z emblematem krzyża stanie się znakiem solidarności narodów przeciw chorobie i śmierci”. Zob.: T. M o d r z e w s k i, *Kilka słów o powstaniu, rozwoju i znaczeniu podwójnego krzyża...*, s. 1128.

¹²⁵ M. Z i e r s k i, *Postępy chemioterapii w gruźlicy*, Warszawa 1969, s. 71–72.

¹²⁶ Analizując stuletnią krzywą umieralności z powodu gruźlicy obserwuje się (pomijając okres dwóch wojen) dziesięciokrotny spadek umieralności na tę chorobę w latach 1845–1945, od 450 zgonów na 100 tys. mieszkańców rocznie do 45 zgonów. Nastąpiło to w okresie powszechności zakażenia, czyli nie zmniejszyła się liczba zakażonych, ale zmalał procent tych zakażonych, którzy chorowali i umierali. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii...*, s. 27.

¹²⁷ Ibidem, s. 96.

Rozdział II

Gruźlica i rozwój leczenia na Śląsku w drugiej połowie XIX i pierwszej połowie XX wieku

*„Rad bym, aby cała Polska wróciła pod berto króla,
lecz gdyby jaka jej część miała się wrócić w nagrodę Śląska,
wolałbym Śląsk niż inną część Polski wyrównującą mu”*

Hugo Kołłątaj (1750–1812)

1. Gruźlica i inne choroby zakaźne na Górnym Śląsku

Na Górnym Śląsku zagrożenie epidemią zauważone zostało w pierwszej połowie XIX w., za jego główną przyczynę uznano złą sytuację zdrowotną i higieniczną. Problem niskiej higieny w tym regionie utrzymywał się jeszcze w drugiej połowie XIX stulecia, czego dowodem jest wypowiedź lekarza bytomskiej kasy brackiej, który stan higieny określił następująco: „Powietrze fatalne, ze względu na zanieczyszczenia i pył; brak wody. Duże miejscowości z tysiącami mieszkańców w wyniku tej sytuacji mają dostęp do niewielu źródeł wody i z niepokojem obserwują, kiedy one wyschną, a już dzisiaj częściowo zawartość rowów przy drogach służy do zaopatrzenia w wodę pitną”¹.

Największe epidemie na Górnym Śląsku miały miejsce w latach trzydziestych i czterdziestych XIX w. Skala zachorowań i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych miała wówczas ścisły związek z warunkami mieszkaniowymi i higienicznymi. Przeludnienie w mieszkaniach, niedocenianie wpływu stanu sanitarnego na zdrowie, czerpanie wody do spożycia z rzek, stawów lub płytkich, jedynie ocembrowanych studni było przyczyną wielu chorób². O warunkach mieszkaniowych śląskich robotników pisano, że mieszkają „z żoną i dzieckiem w nisko położonych lepiankach, podobnych do jam, przy wilgotnej pogodzie zanurzonych w błocie, a w okresie upału – w stęchłym odorze. W konsekwencji często zdarza się szkorbut i inne zaraźliwe choroby”³.

¹I. S c h l o c k o w, *Der Oberschlesische Industriebezirk mit besonderer Rücksicht auf seine Cultur- und Gesundheits-Verhältnisse. W: Das preußische England... Berichte über die industriellen und sozialen Zustände in Oberschlesien zwischen 1780–1876.* Hrsg. H. Dobbeltmann u.a., Wiesbaden 1993, s. 381–383.

²B. B a r a n o w s k i, *Życie codzienne wsi między Wartą a Pilicą w XIX wieku,* Warszawa 1969, s. 63.

³H. S o l g e r, *Der Kreis Beuthen in Oberschlesien,* Breslau 1860, s. 209.

Brak wiedzy na temat bakterii powodował, że nie zwracano uwagi na czystość podczas przygotowywania posiłków. Zaniedbania w zakresie higieny osobistej były najczęściej przyczyną wszawicy. Trudności w dostępie do świeżej i czystej wody powodowały liczne przypadki chorób zakaźnych, nawet o charakterze epidemicznym. „Górnoślązak nie myje się wcale, a pozostawia to opiece boskiej, która w czasie ulewnego deszczu uwalnia jego ciało od nagromadzonych tam zwałów brudu”⁴. Stan higieny niektórych gospodarstw był taki, że chorzy często spoczywali na barłogu, w brudzie w sąsiedztwie bydła. Toteż właśnie najubożsi najczęściej stanowili pierwsze i najbardziej liczne ofiary epidemii, a na porządku dziennym była epidemia tyfusu, regularnie pojawiały się zachorowania na szkorbut, dyfteryt⁵ i cholera, która nawiedziła Górny Śląsk po 1831 r.⁶ Poprzedził ją nieurodzaj wywołany nadmiernymi opadami deszczu. Epidemia cholery ogarnęła powiaty: bytomski, pszczyński, raciborski, kozielski, a nieco później prudnicki, opolski, nyski, głubczycki, niemodliński i grodkowski. Łącznie do kwietnia 1832 r. doliczono się 1816 zachorowań i 1086 zgonów⁷. Jedną z podstawowych przyczyn epidemii było też zubożenie ludności, głównie niedostatek żywności, który dotyczył najbiedniejszych. Przykładem może być klęska głodu z 1835 r., kiedy to w dziesięciu powiatach zebrano zaledwie tyle, ile wysiano⁸. Mianem „tragedii górnośląskiej” określaneo skutki niedostatku żywności z połowy lat czterdziestych XIX w.

Najczęstszymi chorobami zakaźnymi wśród ludności rejencji opolskiej, które często prowadziły do zgonu, były: grypa, wścieklizna, odra, ospa, gruźlica, żółtaczka, zapalenie ślinianek przyusznych, szkarlatyna, róża, krztusiec, dur brzuszny, czerwonka, cholera, zimnica⁹. Dodatkowo wśród schorzeń ludności górnośląskiej w XIX w. można wymieni: choroby serca i układu krążenia, układu oddechowego, układu pokarmowego, układu żółciowego i trzustki, gruczołów wydzielania wewnętrznego, układu moczowego, układu nerwowego, skóry, choroby kobiece, oczu, jamy ustnej i zębów¹⁰. Niezwykle tragiczne w tym względzie były lata 1846–1855, gdy wystąpiło na Górnym Śląsku kilka epidemii. Ich skutki stanowiły katastrofę społeczną, zważywszy, że w 1852 r. w całym regionie było tylko 32 leka-

⁴ W. M a k, *Die oberschlesischen Notjahre 1844–1848*, „Gleiwitzer Jahrbuch” 1927, s. 47.

⁵ I. S c h l o c k o w, *Die Gesundheitspflege und medizinische Statistik beim preußischen Bergbau*, Berlin 1881, s. 50.

⁶ J. K w a k, *Epidemia cholery w latach 1831–1832 w rejencji opolskiej*, „Zeszyty Naukowe WSP w Opolu” 1981 „Historia” nr 18, s. 63–76.

⁷ Ibidem.

⁸ J. K w a k, *Klęski elementarne w miastach górnośląskich (w XVIII i pierwszej połowie XIX w.)*, Opole 1987, s. 58–80.

⁹ Z. P ó ł t o r a k, *Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny*, Opole 1989, s. 66–123.

¹⁰ Wśród najczęstszych chorób występowało: nadciśnienie, zator tętniczy, zapalenie żył, zapalenie płuc, oskrzeli, wrzody żołądka, zapalenie pęcherza moczowego, nerwice, wszawica, świerzb, nowotwory, jaglica, zaćma, próchnica i in., zob.: ibidem.

rzy powiatowych¹¹. W latach 1847–1848 rozmiary klęski przybrała epidemia duru brzuszego¹². Na przełomie 1847 i 1848 r. pojawiła się epidemia tyfusu głodowego (w powiecie pszczyńskim)¹³ i plamistego (Śląsk Cieszyński). W roku 1848 w reencji opolskiej na 2/3 obszaru zanotowano przypadki cholery i malarii, w wyniku tych epidemii zachorowało 80 tys., a zmarło 16 tys. ludzi. Jeszcze pod koniec XIX i na początku XX w. górnośląski okręg przemysłowy był obszarem różnych epidemii: w 1897 i 1902 r. – tyfusu, w 1892 i 1894 r. – cholery, w 1905 r. – dżumy¹⁴.

W początkach drugiej połowy XIX w. po raz pierwszy w Niemczech zaczęto używać określenia „medycyna społeczna”. Stało się to za sprawą Rudolfa Virchowa (1821–1902)¹⁵, który został wysłany przez rząd pruski w 1848 r. na Górny Śląsk, by zbadać panującą na tym obszarze wspomnianą epidemię tyfusu „głodowego”. Po zapoznaniu się ze sporządzonym przez niego sprawozdaniem władze zaczęły wskazywać na potrzeby ekonomiczne, zdrowotne i kulturowe miejscowej ludności, zwłaszcza w zakresie higieny w szkołach i fabrykach¹⁶. Wprowadzono m.in. zakaz zatrudniania dzieci w fabrykach, ustanowiono ograniczony czas pracy, zorganizowano opiekę lekarską dla robotników i zapomogi na wypadek niezdolności do pracy¹⁷.

¹¹ Krąg osób zajmujących się leczeniem ludności górnośląskiej w ramach medycyny oficjalnej tworzyli, oprócz lekarzy, także chirurdzy, aptekarze, pielęgniarzy, akuszerki. W pierwszej połowie XIX w. do pomocniczego personelu medycznego należeli również felczerzy, łaźnienicy, balwierze. Zob.: W. K a c z o r o w s k i, *Lekarze, łaźnienicy i aptekarze byczyńscy w XVI–XIX wieku*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Opolskiego” 1996 „Historia” nr 32, s. 11–16.

¹² J. K w a k, *Klęski elementarne w miastach...*, s. 58–80.

¹³ Tyfus głodowy był źródłem epidemii także w latach następnych, tj. w: 1856, 1876–1877, 1879–1880, 1885, 1901–1902. Por.: M. D w o r s k i, *Der oberschlesische Notstand 1879/1880*, „Oberschlesien” 1911/1912, H. 4, s. 168.

¹⁴ A. T a r g, *Duszpasterska i dobroczynna działalność duchowieństwa w okresie klęsk żywiołowych na Górnym Śląsku*, „Nasza Przeszłość” 1966, t. 24, s. 263; K. B r o Ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach śląskich i plebiscycie (1918–1922)*, Opole–Katowice 1973, s. 22.

¹⁵ Niemiecki patolog i antropolog, profesor uniwersytetów w Würzburgu i Berlinie, twórca patologii komórkowej („wszelka żywa komórka pochodzi z innej komórki, a każda choroba jest wynikiem zmian patologicznych w komórkach”), zajmował się mianowictwem anatomicznym, pozostawił cenne prace m.in. na temat gruźlicy. Nieustannie walczył z rządem niemieckim o zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz praw dla swoich pacjentów. Zob.: M. M a ł o f i e j e w, *Historia patologii w XIX i XX wieku*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 311.

¹⁶ Zob.: R. V i r c h o w, *Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*, Berlin 1848, za: W. D ł u g o b o r s k i, K. P o p i o ł e k, *Śląsk w pierwszej połowie XIX wieku*, t. 1, Wrocław 1957, s. 253.

¹⁷ T. M a r c i n k o w s k i, *Opieka społeczna XIX–XX wieku*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 468.

Poważnym problemem na Górnym Śląsku były także liczne zachorowania na gruźlicę, które powodowały jeszcze więcej zgonów niż uprzednio opisane epidemie. Występowanie epidemii gruźlicy było m.in. efektem dużego zagęszczenia ludzi na małej powierzchni mieszkalnej, niskiej higieny sanitarnej, niedożywienia itp. Nie bez znaczenia był szerzący się wśród ludności Śląska alkoholizm, który osłabiał organizm, zmniejszał odporność, wreszcie utrudniał lekarzowi rozpoznanie choroby¹⁸. Jacques Ruffié i Jean Charles Sournia uważają, że „gruźlica była sygnałem przekroczenia wszelkich norm sanitarnych, ciasnoty, nędzy”¹⁹. Stanowiła ona wówczas ok. 1/5 przyczyny zgonów, pod koniec XIX w. w rejencji opolskiej rocznie odnotowywano ich 4 tys.²⁰. Choroba ta szczególnie niebezpieczna była w dużych miastach, głównie przemysłowych: Raciborzu, Rybniku, Gliwicach, Zabrze, a także wśród dzieci, które stanowiły 1/6 jej ofiar²¹. Z tego też powodu zakres leczenia wielu szpitali rozszerzano o opiekę nad osobami chorymi na gruźlicę. Tak było np. w 1900 r. w Korfantowie i parę lat później w Szombierkach, gdzie opiekę i pielęgnację nad chorymi na gruźlicę przejęły siostry ze Zgromadzenia Szarych Sióstr św. Elżbiety²². Ponadto w 1911 r. elżbietankom powierzono pielęgnację chorych i kuracjuszy należących do chorzowskiej kasy chorych, a więc przede wszystkim górników i hutników, wśród których było wielu chorych na gruźlicę²³.

Niemalże do XIX w. medycynę cechowała mała skuteczność działań w zakresie zwalczania chorób zakaźnych²⁴. Jednak wraz przeobrażeniami w sferze mentalności, dotyczącymi zmiany pojmowania zdrowia i choroby, docenienia roli higieny, a przede wszystkim wraz z odkryciami w dziedzinie mikrobiologii w la-

¹⁸Według pruskiej statystyki w 1846 r. na terenie rejencji opolskiej było ok. 500 tys. alkoholików. Zob.: T. S c h ü c k, *Statistik des Regierungs-Bezirk Oppeln*, Inserholm 1860, s. 675.

¹⁹J. R u f f i é, J. C h. S o u r n i a, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, Warszawa 1996, s. 153.

²⁰W. K o r z e n i o w s k a, *Codziennosc społeczności wsi rejencji opolskiej w aspekcie zachodzących przemian (1815–1914)*, Opole 1993, s. 92.

²¹B e n i n d e, *Öffentliche Gesundheitspflege*. W: *Schlesische Landeskunde. Naturwissenschaftliche Abteilung*, Leipzig 1913, s. 441.

²²J. S c h w e t e r, *Geschichte der Kongregation der Grauen Schwestern von der heiligen Elisabeth. Ein Beitrag zur Geschichte der katholischen Caritas und Mission in den letzten 100 Jahren*, Bd. 2, Breslau 1937, s. 133.

²³Ibidem, s. 151.

²⁴W umysłach lekarzy ugruntowało się przekonanie, zwłaszcza w związku z wielkim postępem badań anatomopatologicznych i histologicznych, że nie należy przeszkadzać lekarstwami poprawnemu przebiegowi choroby. Najczęściej powoływano się przy tym na wypowiedzi Josefa Škody, przedstawiciela tzw. szkoły wiedeńskiej: „My możemy rozpoznać, opisać i zrozumieć chorobę, ale nie możemy nawet myśleć o możliwości wpływania na nią jakimiś środkami” [...]. Najlepsze, co można uczynić w chorobach wewnętrznych, to nic nie robić”. Zob.: A. D r y g a s, *Rozwój nauki o leku i jego wpływ na rozwój terapii*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 351.

tach osiemdziesiątych XIX w. zmniejszyło się zagrożenie epidemiami także wśród mieszkańców Górnego Śląska²⁵. Lekarze zdawali sobie sprawę z możliwości skutecznego zapobiegania epidemiom, dzięki dobrze zorganizowanej na przełomie XIX i XX w. służbie zdrowia, a przede wszystkim zainteresowaniu się przez nich problemem zdrowia publicznego i podejmowaniu skutecznych działaniach profilaktycznych. To właśnie było powodem, że pod koniec XIX w. zachorowania na choroby zakaźne były już rzadkością, zwłaszcza że zwiększyła się znacznie liczba lekarzy²⁶.

Problem pojawił się jednak na całym Górnym Śląsku w pierwszym dziesięcioleciu XX w. I choć zniknęło zagrożenie takimi chorobami, jak cholera, ospa, czerwotka, tyfus, które w pierwszej połowie XIX w. pustoszyły Prusy, to na początku XX w. dużym zagrożeniem wśród dzieci była choroba zakaźna – szkarlatyna, a wśród dorosłych gruźlica, która także dotyczyła dzieci.

Występowanie epidemii nie rozkładało się równomiernie na całym Śląsku. Najgorzej w statystykach wypadł Górny Śląsk, gdzie zachorowalność na choroby epidemiczne była wyższa niż w innych regionach Prus²⁷. Dotyczyło to głównie szkarlatyny²⁸, na którą zachorowalność była dwukrotnie wyższa niż w pozosta-

²⁵Nie tylko zmieniły się formy i metody leczenia, ale także swój charakter zmieniły placówki do tego powołane, głównie szpitale. Skuteczność działań lekarzy oraz liczba i znaczenie odkryć naukowych sprawiła, że wiek XIX określany jest mianem „stulecia patologów”, „era bakteriiologii”, „okresem medycyny laboratoryjnej”, wreszcie „wiekiem higieny”. Zob.: B. S e y d a, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973, s. 248.

²⁶W latach 1849–1904 kadra lekarska uległa zwielokrotnieniu; w rejencji opolskiej z ok. 120 w połowie XIX w. wzrosła do 511 w 1904 r. Krzysztof Brożek uważa jednak, że nastąpiło wręcz upośledzenie wschodnich obszarów Prus w zakresie ochrony zdrowia. Zob.: K. B r o ż e k, *Upośledzenie ziem byłego pruskiego wschodu w zakresie służby zdrowia na przełomie XIX i XX wieku i w okresie międzywojennym*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, z. 1, s. 87–91.

²⁷W 1906 r. liczba zachorowań na gruźlicę płuc i krtani w trzech rejencjach prowincji śląskiej przedstawiała się następująco: Wrocław – 1876, Legnica – 641, Opole – 824, Prusy – 24 821, natomiast w 1909 r.: Wrocław – 3528/1,92, Legnica – 1692/1,45, Opole – 3746/1,7, Prusy – 60 871/1,63. Zob.: AP w Katowicach, Oddział w Pszczynie, Kreisarzt Pszczyna, sygn. 219, 227–228. Liczba notowanych wypadków chorobowych w 1906 r. i 1909 r. w rejencji opolskiej w porównaniu do Prus i Wrocławia. (Po ukośniku podano – liczbę przypadków na 1 tys. mieszkańców wg spisu powszechnego z 1910 r.).

²⁸W 1909 r. liczba zachorowań na szkarlatynę w trzech rejencjach prowincji śląskiej na tle Prus przedstawiała się następująco: Wrocław – 2603/1,41 (167), Legnica – 1817/1,55 (74), Opole – 6940/3,15 (1659), Prusy – 34/512 (8455). Zob.: AP w Katowicach, Oddział w Pszczynie, Kreisarzt Pszczyna, sygn. 219, 227–228. Liczba notowanych wypadków chorobowych w 1906 r. i 1909 r. w rejencji opolskiej w porównaniu do Prus i Wrocławia. Po ukośniku podano – liczbę przypadków na 1 tys. mieszkańców wg spisu powszechnego z 1910 r. W nawiasie liczba zgonów z powodu choroby.

łych częściach regionu²⁹, a wskaźnik umieralności wynosił aż 24%, podczas gdy w dwóch pozostałych rejencjach śląskich – legnickiej i wrocławskiej – był na poziomie 4% i 6%³⁰.

Dużą rolę w walce z gruźlicą odegrało Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego, które zostało założone w 1907 r.³¹. Zaraz na początku jego funkcjonowania powołano Komisję do spraw Medycyny Fabrycznej, która zajmowała się m.in. higieną pracy i leczeniem w zakładach pracy, zakładaniem żłobków przyfabrycznych. Lekarze, członkowie Towarzystwa, prowadzili działalność społeczną i oświatową w środowisku robotniczym, „ucząc robotników abecadła higieny”³². W strukturach organizacji powołano także komisję zajmującą się problemem gruźlicy wśród robotników i młodzieży. Walka z gruźlicą była wielokrotnie tematem posiedzeń naukowych Towarzystwa, jego członkowie opublikowali wiele artykułów z tego zakresu w czasopismach lekarskich i ogólnie dostępnych. W roku 1913 komisja ta przedstawiła Radzie Zjazdu Przemysłowców Górniczych i Hut-

²⁹Najgorsza sytuacja panowała w powiecie pszczyńskim, gdzie w 1909 r. zanotowano 90 przypadków zachorowań na 1,5 tys. w całej rejencji. Zob.: AP w Katowicach, Oddział w Pszczynie, Kreisarzt Pszczyna, sygn. 228.

³⁰R. K a c z m a r e k, *Zwalczanie chorób zakaźnych na przykładzie działalności pruskiego królewskiego lekarza powiatowego w Pszczynie w latach 1871–1921*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 99–119.

³¹Życie lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego rozpoczęło się już w 1901 r., gdy powstało Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie, skupiające także lekarzy z Zagłębia. Od 1904 r. zebrań odbywały się również w Sosnowcu, w 1907 r. powstał oddział w Zagłębiu Dąbrowskim, który w 1911 r. usamodzielniał się. Towarzystwo powstało z potrzeby ujęcia w ramy organizacyjne podnoszenia poziomu lekarskiego, inspirowania pracy naukowej oraz podejmowania działalności społecznej zagłębiowskich lekarzy. Ponadto na Górnym Śląsku w 1908 r. zostało założone przez śląskiego lekarza z Raciborza dr. Józefa Rostka (1859–1929), jednego z najwybitniejszych śląskich działaczy narodowych, Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku, które do pierwszej wojny światowej skupiało ok. 20 lekarzy polskich na ponad 500 niemieckich pracujących w rejencji opolskiej. Jego rozwój nastąpił w latach międzywojennych, gdy liczba lekarzy wzrosła do ok. 400. W tym czasie towarzystwo było m.in. organizatorem w 1926 r. pierwszego ogólnopolskiego zjazdu naukowego na Śląsku (Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Przyrodników odbył się w dniach 22–26 września w Katowicach), w którym uczestniczyło 500 lekarzy, a w latach 1936–1939 wydawało kwartalnik pt. „Gazeta Lekarska Śląska Polskiego”, poświęcony medycynie pracy. Stowarzyszenia te miały istotne znaczenie w odrodzeniu narodowym ludu śląskiego i w złączeniu Śląska z Polską. Por.: K. Brożek, *Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego (1907–1951)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 15, s. 641–642; i d e m, *Z historii prekursorów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Wiadomości Lekarskie” 1977, z. 5, s. 399–403; i d e m, *Ruch naukowy towarzystw medycznych w regionie śląsko-dąbrowskim*, „Wiadomości Lekarskie” 1980, z. 15, s. 1265–1269.

³²J. T o p i k, *Polskie Towarzystwa Lekarskie w latach 1900–1965*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 21, s. 779.

nicznych wniosków dotyczący budowy sanatorium przeciwgruźliczego dla robotników, ponadto Towarzystwo i jego członkowie byli inicjatorami akcji w zakresie ochrony zdrowia ludności i uczestniczyli w różnych formach życia społecznego. Przykładem był powołany w okresie pierwszej wojny światowej Komitet Zdrowia Publicznego w Sosnowcu, który organizował m.in. akcje przeciwgruźlicze i przeciwalkoholowe, a także uruchomił przychodnię dla niezamożnych chorych. Praktycznie problemem gruźlicy zajmowano się przez cały czas działalności Towarzystwa, organizując opiekę lekarską w zakładach pracy oraz wśród ludności dotąd jej pozbawionej³³. W czasie pierwszej wojny światowej działalność organizacji została zawieszona z powodu wyjazdu wielu członków i zdekompletowania zarządu. Po odzyskaniu niepodległości członkowie Towarzystwa brali udział w działalności Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK) oraz Towarzystwa Przeciwgruźliczego³⁴.

Wraz z wybuchem pierwszej wojny światowej pojawiło się nowe zagrożenie epidemiologiczne, związane z koncentracją wojsk. Problemem stały się wówczas zachorowania na tyfus płamisty, malarię, cholera, czerwonkę, ospę i choroby weneryczne (typer i syfilis). Pod koniec wojny natomiast pojawił się wzrost zachorowania na grypę, tzw. hiszpankę, która na Górnym Śląsku występowała w latach 1918–1920. Dodatkowym problemem, zwłaszcza na obszarze rejencji opolskiej, była mała liczba lekarzy, którzy powoływani byli do wojska³⁵.

Sytuacja pod względem epidemiologicznym w zaborze pruskim była o tyle skomplikowana, że trudno tam było funkcjonować organizacjom niosącym pomoc w zakresie opieki sanitarnej i leczniczej, zwłaszcza w kwestii zwalczania chorób zakaźnych. O ile w zaborze austriackim i rosyjskim mogły powstawać organizacje humanitarne³⁶, uważane za prekursorów powstałego później Polskiego

³³ K. Z a h o r s k i, *Pamiętnik 50-letniej działalności i obchodu jubileuszowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego 1907–1957*, Sosnowiec 1958; K. B r o ż e k, *Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego...*, s. 641–642.

³⁴ Por.: *Pamiętnik XXV-letniej działalności i obchodu jubileuszowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego 1907–1932*, Sosnowiec 1933.

³⁵ W rejencji opolskiej liczba lekarzy zaczęła wzrastać z początkiem XX w. W 1905 r. pracowało tam 527 lekarzy, w 1913 r. – 551, przy czym byli to głównie Niemcy, gdyż lekarzy Polaków było niewielu (ok. 25–50). W 1913 r. w Rzeszy Niemieckiej na 10 tys. mieszkańców przypadało 5,26 lekarza, a w rejencji opolskiej – 2,39. Por.: M. W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku w XIX i XX wieku*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995, s. 19–20.

³⁶ W Galicji powstały stowarzyszenia: Samarytanin Polski oraz Galicyjskie Stowarzyszenie Mężczyzn i Dam Czerwonego Krzyża, prowadzące szpitale i zatrudniające wykwalifikowany personel. W zaborze rosyjskim: Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej, Pogotowie Ratunkowe, Polski Komitet Pomocy Sanitarnej, Sanitariusz Polski i in., utrzymujące się ze składek społeczeństwa. Miały one wpływ na utworzenie i rozwój PCK oraz wojskowej służby zdrowia. Zajmowały się organizowaniem łóżek szpitalnych, szkoleniem sanitariuszy, a przede wszystkim walką z epidemiami. Zob.: R. B r z o z o w s k i, *60-lecie Polskiego Czerwonego Krzyża*, „Wiadomości Lekarskie” 1979, nr 17, s. 1189.

Czerwonego Krzyża³⁷, to w zaborze pruskim sytuacja pod tym względem była znacznie trudniejsza. Utworzono jedynie Komitet Ratunkowy³⁸, który nieustannie napotykał na trudności organizacyjne, dlatego też z chwilą powołania Rady Głównej Opiekuńczej³⁹ został włączony w jej struktury organizacyjne. Organizacja ta zajmowała się trudną sytuacją ludności cywilnej i żołnierzy Polaków wcielonych do armii pruskiej, zwalczaniem chorób zakaźnych, gruźlicy, opieką nad dziećmi, młodzieżą i ludnością dorosłą pozbawioną warunków do życia (głód, niedostatek) na skutek działań wojennych. Polski Czerwony Krzyż na Śląsku zaczął funkcjonować dopiero po pierwszym powstaniu śląskim, gdyż wcześniej dr. Emilowi Cyranowi (1886–1966)⁴⁰, któremu Mieczysław Krzyżankiewicz (1882–1952)⁴¹ zlecił

³⁷ Organizacja powołana 27 kwietnia 1919 r. podczas zebrania w warszawskim ratuszu, gdy przyjęto i zatwierdzono statut stowarzyszenia oraz wybrano 30-osobowy zarząd. Dnia 14 lipca 1919 r. PCK zostało przyjęte do Ligi i uznane oficjalnie przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża w Genewie, zob.: *ibidem*, s. 1189–1194.

³⁸ Organizacja założona 19 maja 1915 r. przez kard. Adama Sapiechę, otrzymała statut i nazwę: Książęco-Biskupi Komitet Pomocy dla Dotkniętych Klęską Wojny (KBK). Początkowo posiadała 4 sekcje: sanitarną, opieki nad dziećmi, pomocy doraźnej i gospodarczą, zwiększone później do 22. Obejmowała pomocą nie tylko Polaków i nie tylko chrześcijan. W jej akcjach brali udział asystenci i studenci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, organizując m.in. masowe szczepienia i obsadzając dwa zakłady lecznicze dla dzieci: w Zakopanem i Witkowicach. Zob.: I. W r ó b l e w s k a, *Ród Sapiechów*, [<http://sapiehowie.fm.interia.pl>] (20.08.2008).

³⁹ Organizacja charytatywna utworzona na podstawie ustawy zatwierdzonej przez niemieckie władze okupacyjne 12 grudnia 1915 r. Swą działalność rozpoczęła 1 stycznia 1916 r. Powołano ją dla ulżenia nędzy w Polsce, tj. na terenie generałgubernatorstwa warszawskiego. Miała na celu utrzymywanie stałego kontaktu z władzami niemieckimi, gromadzenie środków pieniężnych, dzielenie ich między terenowe rady opiekuńcze. Prowadziła sierocińce, punkty pomocy medycznej, kuchnie dla ubogich, organizowała kursy zawodowe i warsztaty rzemieślnicze, rozdawnictwo odzieży, obuwia, żywności (tzw. suchy prowiant, tam gdzie nie było punktów dożywiania), wysyłała paczki dla jeńców wojennych i więźniów, organizowała wyjazdy dzieci zagrożonych gruźlicą na wieś. Przetrwała cały okres wojny, rozszerzając swój terytorialny zakres działania po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. Uchwałą Rady Ministrów z 8 grudnia 1920 r. została zlikwidowana. Zob.: W. G r a b s k i, A. Ż a b k o - P o t o p o w i c z, *Ratownictwo społeczne w czasie wojny. W: Polska w czasie wielkiej wojny (1914–1918)*, t. 2: *Historia społeczna*, Warszawa 1932, s. 120–122.

⁴⁰ Lekarz, działacz narodowy i plebiscytowy, organizator tajnych kursów sanitarnych w Bytomiu, współorganizator sanitariatu drugiego i trzeciego powstania, podczas którego kierował także Centralnym Komitetem Czerwonego Krzyża dla Śląska. W 1922 r. został dyrektorem Śląskiego Zakładu Psychiatrycznego (po wojnie Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych) w Lublińcu, którym kierował do 1966 r. Zob.: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982, s. 80.

⁴¹ Farmaceuta, w latach 1919–1920 komisarz opiekuńczy PCK na Niemcy w Berlinie, a następnie ze strony polskiej komisarz ds. wykonania polsko-niemieckiej umowy o amnestii.

założenie Podkomisariatu PCK dla Śląska z siedzibą w Katowicach, nie udało się rozwinąć szerszej działalności⁴².

W czasie trzech powstań śląskich starano się chronić armię powstańczą przed chorobami zakaźnymi. Potwierdza to opublikowany przez szefa sanitarnego Naczelnej Komendy Wojsk Powstańczych Alfreda Kolszewskiego (1885–1944)⁴³ wykaz strat polskich w czasie trzeciego powstania w 1921 r., w którym zanotowano 1557 rannych oraz 458 zachorowań na choroby wewnętrzne, 7 na choroby zakaźne i 178 na choroby weneryczne⁴⁴.

Po wydarzeniach na Górnym Śląsku związanych z powstaniami, plebiscytem i ostatecznym podziałem istniejącej od 1914 r. prowincji górnośląskiej, zmieniła się także sytuacja odnośnie do stanu zdrowotnego ludności tego regionu⁴⁵. Na przejętym przez Polskę obszarze Śląska przystąpiono do organizowania polskiej służby zdrowia, tak by móc przejąć ją od Niemców. Było to możliwe dzięki dużemu zaangażowaniu lekarzy – weteranów powstań, którzy stworzyli podwaliny polskiej medycyny społecznej na Śląsku. Akcję rozpoczęto od listopada 1920 r.,

Zabiegał, aby sądownictwo niemieckie traktowało internowanych powstańców jako więźniów politycznych, a nie jako przestępców, zob.: *ibidem*, s. 259.

⁴²Pierwsze delegatury PCK dla Śląska powstały we wrześniu 1919 r. W styczniu 1920 r. było ich 20, kierowały one komitetami miejscowymi PCK na terenie całego obszaru plebiscytowego, stąd początkowo głównym zadaniem tej organizacji na Śląsku była działalność humanitarna na rzecz ofiar powstań i pomoc dla walczących, a podczas plebiscytu – akcja propagandowa na rzecz Polski. W październiku 1922 r. powstał Okręg Śląski PCK z połączenia PCK dla Śląska i Okręgu Śląska Cieszyńskiego PCK. Zob.: K. B r o Ź e k, *Polski Czerwony Krzyż dla Śląska*. W: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982, s. 421.

⁴³Lekarz, uczestnik trzech powstań (wielkopolskiego, III śląskiego i warszawskiego). Organizator zabezpieczenia sanitarnego w czasie plebiscytu na Górnym Śląsku oraz szef sanitarny w III powstaniu śląskim. Od 1923 r. pracował w kolejowej służbie zdrowia w Poznaniu. Podczas drugiej wojny światowej zatrudniony w Warszawie, był członkiem AK. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne, nekrologi (15.08.2008).

⁴⁴Dodatkowo wśród strat zanotowano 286 poległych, 2 straconych na mocy wyroku sądu powstańczego, 53 zaginionych. Por.: K. B r o Ź e k, *Straty polskie w powstaniach śląskich*. W: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982, s. 531.

⁴⁵Epidemie chorób zakaźnych nie występowały w powstaniach śląskich poza nielicznymi wyjątkami. Była to duża zasługa powstańczej służby zdrowia, choć istniało zagrożenie wybuchu epidemii, które łączyło się ze skupieniem powstańców na ograniczonej przestrzeni oraz ludzi w obozach uchodźczych. Przypadki chorób zakaźnych lub podejrzanych o chorobę zakaźną dokładnie analizowano, a chorych izolowano. Prowadzono też szczepienia przeciwospowe, przeglądy lekarskie, higieniczne, kąpiele, dezynfekcje. Zob.: K. B r o Ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 201–203; i d e m, *Szpitala powstańcze*. W: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982, s. 542–544.

w ramach Wydziału Zdrowia Publicznego w Polskim Komisariacie Plebiscytowym⁴⁶, którego naczelnikiem został dr Józef Rostek (1859–1929), a zastępcą dr Karol Hessek (1888–1947)⁴⁷. Na obszarze tym znalazło się 66 zakładów lecznictwa zamkniętego⁴⁸, w tym Sanatorium Przeciwgruźlicze w Wodzisławiu, które pod koniec pierwszej wojny światowej stało się własnością Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach⁴⁹. Była to, jak na owe czasy, nowoczesna placówka lecząca członków Spółki Brackiej, ich rodziny, inwalidów, wdowy i sieroty kasy pensyjnej spółki oraz osoby

⁴⁶Dnia 17 czerwca 1922 r. wydział został przekształcony w Wydział Zdrowia Publicznego Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Zajmował się m.in. ochroną mienia służby zdrowia przed wywiezieniem do Niemiec, organizacją administracji polskiej służby zdrowia, rejestracją pracowników medycznych, nadzorem nad znachorstwem, aptekarstwem, drogeriami, higieną komunalną, higieną pracy, szkolną, opieką nad matką i dzieckiem, niepełnosprawnymi, umysłowo chorymi, nadzorem nad szpitalnictwem, zdrojowiskami, organizacją walki z chorobami społecznymi i zawodowymi. Zob.: K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 174–176.

⁴⁷Lekarz, powstaniec, organizator polskiej cywilnej służby zdrowia na terenie plebiscytowym. Od 1924 r. lekarz powiatowy w Rudzie Śląskiej. W 1936 r. objął stanowisko naczelnika Wydziału Zdrowia Publicznego w Krakowie oraz szefa sanitarnego Zarządu Okręgu Krakowskiego PCK. Podczas okupacji m.in. w armii W. Andersa jako lekarz wojskowy, w 1947 r. wrócił do Krakowa. Autor kilku pierwszych prac z zakresu medycyny pracy na Śląsku. Zob.: K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 280.

⁴⁸Były to szpitale i kliniki: brackie (22), hutnicze (8), państwowe i miejskie (17), zakonne i prywatne (19) oraz dwa zakłady psychiatryczne. W latach 1923–1927 było ich 61, w 1929 r. – 69, w 1933 r. – 59, w 1939 r. – 55, dysponując łącznie 10 tys. łóżek. Obsadzenie sanitariatu lekarzami Polakami stało się koniecznością, jednak siły były zbyt małe. Utworzono więc w 1922 r. wspólny z Niemcami Okręg Śląski Związku Lekarzy Państwa Polskiego, o polsko-niemieckim parytecie w zarządzie. Por.: E. H a n k e, *50 rocznica założenia Polskiego Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1958, nr 48, s. 1951–1953.

⁴⁹Budynek sanatoryjny budowano 11 lat (1887–1898), w latach 1908–1913 dobudowano III piętro. Pierwotnie sanatorium było własnością Towarzystwa Lecznicy Przeciwgruźliczej w rejencji opolskiej, przeznaczone dla robotników i osób biednych. Projekt zakładał budowę szpitala na 50 łóżek, jednak po rozbudowie liczba łóżek zwiększyła się do 150. W budynku zainstalowana była telefonia wewnętrzna, z zagranicy sprowadzono aparaty dezynfekcyjne i chłodnię do wytwarzania lodu. Kilkuhektarowy teren z alejkami spacerowymi oświetlały latarnie gazowe, a dla umilenia czasu spędzającym tam całe miesiące chorym w pokojach zainstalowano radiodbiorniki, na zewnątrz zaś, przed leżalnią, głośniki i megafony. Oprócz tego lecznica posiadała własną bibliotekę, aparat do projekcji filmów i salę kinową. Z dawnej dokumentacji wynika, że np. tylko od stycznia do września 1938 r. leczyło się tam ponad 900 pacjentów. Zob.: *Bildung eines Volksheilstätten-Vereins für Lungenkranke und zur Bekämpfung von Lungentuberkulose*, Vol. 1: 1897–1909, AP w Opolu, Landratamt Oppeln, sygn. 891; *Die Lungenheilstätte in Loslau. 1898–1919*, AP w Katowicach, Oddział w Raciborzu, Landratsamt in Rybnik, sygn. 1613; *Sanatorium na Wilchwach*, Loslau 1900.

skierowane z różnych instytucji ubezpieczenia społecznego. Opiekę medyczną nad nimi sprawował lekarz naczelny dr Alojzy Pawelec (1886–1972)⁵⁰ wraz z dwoma asystentami i zespołem pielęgniarek. W latach dwudziestych problemem trudnym do opanowania na tym obszarze stało się objęcie gruźlicą rodzin robotniczych, która dziesiątkowała głównie dzieci⁵¹.

Zarówno przed pierwszą wojną światową, jak i w okresie międzywojennym walka z gruźlicą opierała się przede wszystkim na społecznej pracy grupy osób zdających sobie sprawę z niebezpieczeństwa tej choroby. Pomimo ich dużego zaangażowania, nie była to akcja prowadzona planowo. Niemniej jednak wielu lekarzy-powstańców przyczyniło się do rozwoju medycyny pracy i medycyny społecznej na Śląsku, publikując pierwsze oryginalne prace na łamach „Gazety Lekarskiej Śląska Polskiego” oraz ogólnopolskich czasopism medycznych. Byli oni także autorami broszur do bezpłatnego rozdawnictwa, podnoszących wiedzę o kulturze zdrowotnej społeczeństwa m.in. w zakresie walki z gruźlicą, jak np. *Gruźlica i jej leczenie*, której autorem był Edward Hanke⁵².

Pod koniec 1921 r. z inicjatywy Wydziału Zdrowia Publicznego reaktywowało swą działalność Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku. W lutym 1922 r. wyłoniono w ramach organizacji Centralny Komitet dla Walki z Gruźlicą, w skład którego weszli lekarze: Alojzy Pawelec (1886–1972), Wincenty Styczyński (1872–1922)⁵³, Kazimierz Kujawski (1895–1945)⁵⁴ i Emil Cyran (1886–1966)⁵⁵. Dodatkowo do walki z chorobami społecznymi (gruźlicą, krzywicą, kiłą) włączył się PCK

⁵⁰ Lekarz, powstaniec śląski, poseł na Sejm Śląski, senator RP, działacz społeczny i polityczny. Początkowo pracował we Wrocławiu i Sokołowsku (Görbersdorf). W 1922 r., po włączeniu powiatu rybnickiego do Polski, podjął pracę na stanowisku dyrektora i naczelnego lekarza Lecznicy Przeciwgruźliczej Spółki Brackiej w Wodzisławiu. Funkcję tę pełnił do wybuchu drugiej wojny światowej. W lutym 1922 r. wszedł w skład Centralnego Komitetu dla Walki z Gruźlicą przy Towarzystwie Lekarzy Polaków na Śląsku. Podczas okupacji przebywał m.in. we Francji, w 1946 r. powrócił do Polski i zajął się organizowaniem służby zdrowia na Dolnym Śląsku. Był m.in. lekarzem naczelnym Delegatury Spółki Brackiej i Ubezpieczalni Społecznej w Wałbrzychu oraz pełnomocnikiem ministra zdrowia do spraw organizacji Państwowego Zespołu Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Sokołowsku. Zob.: K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 298; J. K ł o s o k, *Nie bał się gruźlicy*, „Nowiny Wodzisławskie” 2003, nr 23.

⁵¹ Z. M o s k w a, *Opieka społeczna nad chorymi gruźliczymi na Śląsku w latach 1928–1929*, „Wiadomości Lekarskie” 1983, nr 19, s. 1645–1647.

⁵² K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 217–218 i 222.

⁵³ Lekarz, działacz narodowy i plebiscytowy, powstaniec, współzałożyciel w 1908 r. Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku. Został zamordowany przez bojówkarza niemieckiego podczas pełnienia obowiązków lekarskich. Zob.: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982, s. 536–537.

⁵⁴ Lekarz, działacz plebiscytowy, organizator powstańczej służby zdrowia, od 1932 r. lekarz powiatowy w Katowicach, po wojnie lekarz powiatowy w Pszczynie, zob.: ibidem, s. 262.

⁵⁵ K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 178.

dla Śląska. Podstawową formą pracy w tym zakresie miała być oświata zdrowotna (wykłady, ulotki, gazetki), a także – w ramach walki z gruźlicą – nawiązano współpracę z Towarzystwem Lekarzy Polaków na Śląsku, ustalając, że dopóki nie będzie regulacji prawnych dotyczących walki z gruźlicą przez państwo (ustawa o zwalczaniu gruźlicy), praca w tym kierunku będzie prowadzona przez PCK⁵⁶. W tym celu w 1924 r. w Katowicach, przy Oddziale Śląskim Polskiego Czerwonego Krzyża⁵⁷, powołano Sekcję Walki z Gruźlicą, którą przekształcono później w Śląskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą (ŚTWzG). Jego celem była współpraca z publiczną służbą zdrowia w zakresie walki z gruźlicą. W skład zarządu ŚTWzG, na czele którego stał Wojewoda Śląski⁵⁸, wszedł Alojzy Pawelec, Michał Kołoczek (1887–1951) i Karol Sęczyk (1889–1975), który w uznaniu zasług został honorowym członkiem Towarzystwa. W latach trzydziestych XX w. istotną rolę w zapobieganiu i leczeniu gruźlicy na Górnym Śląsku odegrały także brackie kasy chorych⁵⁹, o czym świadczą sprawozdania z działalności Śląskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą⁶⁰.

⁵⁶ Ibidem, s. 189.

⁵⁷ Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi na Śląsku powierzono pomoc społeczną dla ludności górnośląskiej oraz szkolenie sanitarne. W centrali PCK w Bytomiu istniały w 1920 r. trzy sekcje: informacyjna, opiekuńcza i zasiłkowa. Poza pomocą materialną oddziały PCK zajmowały się rozdawnictwem żywności, odzieży, opiekowały się chorymi w domu, a także więźniami politycznymi i emigrantami. W latach trzydziestych XX w. posiadało 19 oddziałów, a w 1939 r. prowadził 24 ośrodki zdrowia (w niektórych z nich funkcjonowały przychodnie przeciwgruźlicze) i 36 przychodni ogólnych. Zob.: Z. M o s k a, *Powstańcza służba zdrowia na Górnym Śląsku w latach 1919–1921*, „Wiadomości Lekarskie” 1984, nr 4, s. 313; K. B r o Ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 76–82.

⁵⁸ Statut Śląskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą w Katowicach, AP w Katowicach, Akta miasta Pszczyny, sygn. 2638; AP w Katowicach, Urząd Wojewódzki Śląski w Katowicach 1892–1939, Wydział Prezydialny 1930–1937, sygn. 129; K. B r o Ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 222.

⁵⁹ Zawodowe ubezpieczenie górników ma na Górnym Śląsku kilkuwiekową tradycję, gdyż funkcjonowało od XVI w. do 1950 r. Po przyłączeniu części Górnego Śląska do Polski, teren działalności Pszczyńskiego Bractwa Górniczego wszedł w skład państwa polskiego, a obszar Górnośląskiej Spółki Brackiej podzielono między Polskę i Niemcy. Dnia 26 sierpnia 1922 r. utworzono polską Spółkę Bracką z siedzibą w Tarnowskich Górach i niemiecki Oberschlesische Knappschaft z siedzibą w Gliwicach. W 1937 r. Spółka dysponowała 11 szpitalami (w tym 2 nieczynne od 1931 r.) i kilkoma specjalistycznymi klinikami o łącznej liczbie 3500 łóżek, 2 domami uzdrowiskowymi dla dzieci i dorosłych (200 łóżek), 190-łóżkowym zakładem przeciwgruźliczym, 9 ambulatoriami dentystrycznymi z 9 lekarzami, 90 lekarzami okręgowymi i 10 specjalistami. Por.: M.W. W a n a t o w i c z, *Ubezpieczenia brackie na historycznym obszarze Górnego Śląska*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 122–138; J. I n d u l s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 401.

⁶⁰ *Sprawozdanie z działalności Śląskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą w Katowicach w latach 1934–1938*, Katowice 1938.

Śląskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą zorganizowało bezpłatne poradnie przeciwgruźlicze w następujących miejscowościach: Katowice, Królewska Huta, Siemianowice, Wielkie Hajduki, Ruda, Świętochłowice, Tarnowskie Góry, Mikołów, Rybnik, Bielsko, Cieszyn, Szara i Mysłowice. W roku 1928 opiekowały się one 18 013 osobami⁶¹, udzielając porad, wykonując badania rentgenowskie, naswietlając lampą kwarcową, badając płwocinę itp. Placówki te organizowały również wyjazdy dzieci na kolonie letnie, a także kierowały dorosłych do uzdrowisk i sanatoriów⁶². W roku 1938 w 24 przychodniach przeciwgruźliczych leczono 17 601 chorych⁶³, a jedną z wiodących była Poradnia Przewidywalna w Pszczynie⁶⁴. Ponadto, do zadań poradni przeciwgruźliczych należało uświadamianie społeczeństwa w sprawach gruźlicy, informowanie o niebezpieczeństwie zarażenia i sposobach zapobiegania, współpraca z innymi instytucjami w izolowaniu ciężko chorych i niebezpiecznych dla otoczenia, opieka materialna nad chorymi i ich rodzinami, wykrywanie i rejestrowanie ognisk choroby, zaopatrywanie chorych w środki żywnościowe, dostarczanie środków dezynfekcyjnych, wpływanie na poprawę warunków mieszkaniowych⁶⁵.

Dzięki temu w województwie śląskim, w porównaniu z innymi regionami Polski, rozwinęła się na szeroką skalę opieka nad środowiskiem chorego na gruźlicę, zwłaszcza w zakresie poprawy jego warunków socjalno-bytowych (pomoc wotrzymaniu zapomogi, dożywianie dzieci, dostarczenie niezbędnego sprzętu domowego)⁶⁶. Miało to istotne znaczenie w czasie wielkiego kryzysu gospodarczego, gdy w wyniku przedłużającego się bezrobocia nastąpiło pogorszenie kondycji zdrowotnej ludności. W wyniku złego odżywiania, braku odpowiedniej odzieży, itp. wzrosła liczba zachorowań na gruźlicę. Wówczas, pomimo że w kasie chorych Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach dochody zmniejszyły się o ok. 50%, wydatki zmniejszyły się o ok. 32%, gdyż bezrobotni nie od razu tracili prawa do świadczeń z kasy chorych zarówno w postaci środków pieniężnych, jak i porad lekarskich⁶⁷.

⁶¹ „Gazeta Powiatowa” [powiatu świętochłowickiego] 1929, nr 52.

⁶² „Gazeta Powiatowa” [powiatu świętochłowickiego] 1929, nr 3.

⁶³ M. W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa...*, s. 14.

⁶⁴ Sprawozdania z działalności Poradni Przewidywalnej w Pszczynie za lata 1936–1937, AP w Katowicach, Akta miasta Pszczyny, sygn. 2330; K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 222.

⁶⁵ Organizacja „Dni Przewidywalnych” 1936–1937, AP w Katowicach, Starostwo Świętochłowickie 1922–1939, sygn. 2; „Gazeta Powiatowa” [powiatu świętochłowickiego] 1929, nr 1; „Tydzień Przewidywalny” 1938–1939, AP w Katowicach, Akta miasta Pszczyny, sygn. 2640–2641.

⁶⁶ Z. M o s k w a, *Opieka społeczna nad chorymi gruźliczymi...*, s. 1646–1647.

⁶⁷ M. W. W a n a t o w i c z, *Wpływ wielkiego kryzysu gospodarczego na funkcjonowanie kas chorych w Polsce międzywojennej*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródełowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 150–165.

Podobnych działań jednak nie podejmowano wobec ludności Śląska Opolskiego, która pozostała w Niemczech. W roku 1922 w regionie tym, po zamordowaniu dr. W. Styczyńskiego, pozostał jeden lekarz Polak – Jan Kwoczek (1885–1950)⁶⁸ pracujący w Opolu. Pozostali lekarze, którzy ukończyli studia w czasie powstań i plebiscytu lub na innych uczelniach w okresie międzywojennym, podjęli pracę w województwie śląskim. W związku z tym ludność polska zmuszona była leczyć się u Niemców, którzy często donosili na swoich pacjentów do władz niemieckich⁶⁹. Wobec takiej sytuacji na początku lat trzydziestych XX w., zaczęto na tym obszarze zauważać stałą tendencję wzrostową zachorowań na liczne choroby, w tym na zakaźne. Najczęstsze były wówczas zachorowania na błonicę, gruźlicę płuc oraz choroby weneryczne, towarzyszył im wysoki wskaźnik zgonów⁷⁰. Jedną z wiodących wówczas placówek w tym regionie leczących choroby zakaźne, łącznie z gruźlicą, był szpital w Kupp⁷¹.

W roku 1932 na gruźlicę umierało w miastach 10,9 osób na 10 tys. mieszkańców, w powiatach – 7,9; niezwykle wysoka była też śmiertelność wśród niemowląt. Ponadto, w wiejskich powiatach: kozielskim, raciborskim, niemodlińskim i głubczyckim (zwłaszcza na wsi wśród ludności polskojęzycznej), występowało duże nasilenie krzywicy niemowląt i małych dzieci⁷². Sytuacja ta wynikała z gospodarczej stagnacji i obniżenia się poziomu życia. Duży wpływ miały też warunki mieszkaniowe, gdyż panowało przeludnienie, niski poziom higieny, szczególnie na obszarach wiejskich, a także niejednokrotnie alkoholizm, który stał się zwłaszcza w czasach rządów nazistowskich poważnym problemem społecznym⁷³.

⁶⁸ Lekarz praktykujący w Opolu od 1919 r., uczestnik akcji plebiscytowej, w okresie międzywojennym jeden z czołowych działaczy polskich na Śląsku Opolskim. We wrześniu 1939 r. aresztowany przez Niemców i wysiedlony na Łużyce. Po wojnie był lekarzem szkolnym w Liceum dla Dorosłych w Opolu. Zob.: K. B r o ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach...*, s. 289–290.

⁶⁹ Ibidem, s. 225–226.

⁷⁰ Liczba zachorowań na te choroby i zgonów z ich powodu przedstawiała się następująco: 1932 r.: błonica (3148 zachorowań, 214 zgonów na 10 tys. ludzi), gruźlica (1804, 1174), choroby weneryczne (1536 zachorowań). W 1936 r.: błonica (6121, 291), gruźlica (2017, 1167). Por.: Jahresgesundheitsbericht für 1932, AP w Opolu, Rejencja Opolska, sygn. 12910, k. 3–7; „Jahresgesundheitsbericht” für 1936, AP w Opolu, Rejencja Opolska, sygn. 12915, k. 33–36; Oberschlesischer Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose. 1925–1939, AP w Opolu, Rejencja Opolska, sygn. 13631.

⁷¹ Anstellung des Arztes und des Krankenwärters beim Kreiskrankenhaus in Kupp. 1882–1924, AP w Opolu, Wydział Powiatowy w Opolu, sygn. 481; Unterhaltung und Verwaltung des Kreiskrankenhauses zu Kupp sowie Aufnahme von Kranken. 1904–1930, sygn. 483.

⁷² „Jahresgesundheitsbericht” für 1937, Regierungsbezirk Oppeln, AP w Opolu, Rejencja Opolska, sygn. 12916, k. 1.

⁷³ J.M. D y r d a, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945–1950*, Katowice 2003, k. 17–23.

W latach trzydziestych XX w. opiekę zdrowotną nad ludnością w rejencji opolskiej sprawowali lekarze powiatowi. Było ich 15 i podlegali władzy zwierzchniej w Opolu. Ośmiu z nich było lekarzami miejskimi w: Bytomiu, Dobrodzieniu, Gliwicach, Koźlu, Niemodlinie, Nysie, Strzelcach Opolskich i Zabrze. Od 1 kwietnia 1935 r. kompetencje lekarzy powiatowych przejęły, utworzone we wszystkich miastach powiatowych, urzędy zdrowia. W roku 1930 opiekę lekarską nad chorymi sprawowało 637 lekarzy⁷⁴, co dawało średnią statystyczną 4,4 lekarzy na 10 tys. mieszkańców.

Dodać należy, że włączenie części Śląska do państwa polskiego wpłynęło na zmiany dotyczące struktury narodowościowej lekarzy. Po podziale Śląska część przydzieloną Polsce opuściło wielu lekarzy niemieckich, natomiast na części pozostawionej pod panowaniem niemieckim dominowali lekarze niemieccy⁷⁵. W roku 1925 założony został Związek Gospodarczy Lekarzy Polaków na Śląsku, który przyczynił się do polonizacji zawodu lekarskiego⁷⁶.

Tuż przed wybuchem drugiej wojny światowej wskaźnik śmiertelności z powodu gruźlicy w Katowicach wynosił 10,1 na 10 tys. ludności⁷⁷, natomiast w Sosnowcu znajdującym się w województwie kieleckim, według danych Urzędu Zdrowia i Urzędu Statystycznego, na 10 tys. ludności liczba zachorowań w 1939 r. wynosiła 14, zgonów – 8, zaś w 1940 r. zachorowań było 38, a zgonów – 20,5. Jedna z instrumentariuszek, pracująca w okresie międzywojennym w biednej dzielnicy Sosnowca, „Pekinie”, tak oto wspominała często bezskuteczną w tamtych latach walkę z tą chorobą:

„Umierała na gruźlicę płuc młoda matka dwojga dzieci. Mąż jej był na wojnie. Lekarze mało się nią zajmowali, a w czasie wizyty lekarskiej przechodząc koło niej mówili «tbc». Chora zapytała mnie, dlaczego lekarze przechodząc koło niej mówią «abc». Wytłumaczyłam jej, że te łóżka są oznaczone literami, a jej łóżko jako pierwsze jest «a», następnie «b i c». Chora uśmiechnęła się. – A ja myślałam, że to jakaś ciężka choroba. A więc będę żyła?»⁷⁸.

⁷⁴ W grupie tej było: 25 specjalistów chirurgii, 29 – ginekologii, 16 – skórno-wenerycznych, 14 – okulistyki, 22 – laryngologii. Por.: „Statistisches Jahrbuch für das deutsche Reich” 1931, s. 406–407.

⁷⁵ Liczba lekarzy Polaków w województwie śląskim w okresie międzywojennym wynosiła: 1923 r. – 283, 1927 r. – 337, 1932 r. – 449, 1936 r. – 478, 1939 r. – 600. W tym samym czasie lekarzy niemieckich pracowało: 1922 r. – 257, 1925 r. – 200, 1929 r. – 109, 1933 r. – 55, 1939 r. – 50. Nieco inne liczby podaje Edward Hanke: 1929 r. – 210 lekarzy Polaków (93 Niemców), 1932 r. – 302 (71), 1935 r. – 389 (42), 1936 r. – 399 (34). Por.: M. W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku...*, s. 13; E. H a n k e, *50 rocznica założenia Polskiego Towarzystwa Lekarzy...*, s. 1953.

⁷⁶ J. T o p i k, *Polskie Towarzystwa Lekarskie...*, s. 777–780.

⁷⁷ M. D a n i e l s, *Gruźlica w Europie podczas drugiej wojny światowej i po niej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, nr 26, s. 207.

⁷⁸ *Wspomnienia pielęgniarek*, Warszawa 1962, s. 10; zob. też: H. K u l i k, *Wspomnienia pielęgniarek przyczynkiem do dziejów opieki pielęgniarstwa*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny*

Napad zbrojny Niemiec na Polskę, rozpoczynający drugą wojnę światową, nie tylko zahamował „kulejący” rozwój lecznictwa na Górnym Śląsku, ale przede wszystkim wpłynął na pogorszenie stanu zdrowotnego społeczeństwa. Przyczyną był niski stan sanitarny, warunki bytowe, wysoka zachorowalność, chorobowość i umieralność prześladowanych i wyzyskiwanych Polaków⁷⁹. Nie bez znaczenia było również to, że wielu lekarzy po wybuchu wojny wycofało się z armią polską jako lekarze zmobilizowani do wojska lub uciekli, a tylko nieliczni pozostali⁸⁰. Blisko 300 polskich lekarzy z przedwojennego województwa śląskiego i rejencji opolskiej poddano różnorodnym represjom, tzn. zostali aresztowani i osadzeni w więzieniach lub obozach (koncentracyjnych albo w sowieckich łagrach), a także wysiedleni do Generalnego Gubernatorstwa⁸¹. Ci, którzy zostali i pracowali, byli stale inwigilowani oraz szykanowani, gorzej wynagradzani niż Niemcy, cofnięto im pozwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej (respektowano tylko niemieckie dokumenty). Zakazano pisania polskich symboli na receptach, przyjmowania w tych samych godzinach pacjentów narodowości polskiej i niemieckiej, korespondowania z niemiecką izbą lekarską po polsku⁸². Wielu przedstawicieli polskiej służby zdrowia⁸³, w tym wybitnych lekarzy Śląska i Zagłębia Dąbrowskiego, zostało w czasie wojny zamordowanych. Szacuje się bowiem, że na całym tym obszarze

w świetle zasobów źródłowych, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 211–217.

⁷⁹ Cały polski Śląsk wraz z przyległymi powiatami (będzińskim, zawierciańskim, częścią olkuskiego i częstochowskiego, bielskim, żywieckim, większością chrzanowskiego i częścią wadowickiego) znalazł się w granicach Rzeszy Niemieckiej jako tzw. ziemie wcielone. Utworzono z nich, włączając część przedwojennego Śląska Opolskiego, rejencję katowicką, która razem z rejencją opolską, legnicką i wrocławską weszła w skład prowincji śląskiej ze stolicą we Wrocławiu. W 1940 r. dokonano nowego podziału na prowincję górnośląską (rejencja katowicka i opolska) z siedzibą w Katowicach oraz prowincję dolnośląską (rejencja legnicka i wrocławska) z siedzibą we Wrocławiu. Zob.: M. L i s, *Górny Śląsk. Zarys dziejów do połowy XX wieku*, Opole 2001, s. 183–185.

⁸⁰ Według niemieckiego spisu z 1940 r. na Górnym Śląsku pozostało 132 lekarzy, pracujących tam przed wojną. Pośród nich ok. 30–40 przyznawało się do polskości, pozostali podpisali Volkslistę, deklarując (najczęściej dla formalności i „spokoju”) przynależność do narodu niemieckiego. Liczba sprowadzonych przez Niemców lekarzy wynosiła 82, łącznie więc pracowało 214 lekarzy. Zob.: *Ze Śląska. Przeminęło...*, „Śląska Gazeta Lekarska” Cieszyn 1945, nr 1/3, s. 29–30; M.W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku...*, s. 15; D. M o s k a, *Z hitlerowskiej polityki sanitarnej na Górnym Śląsku i w Zagłębiu Dąbrowskim*, „Przegląd Lekarski” 1986, nr 1, s. 99.

⁸¹ K. B r o z e k, *Polscy lekarze na Śląsku Opolskim w Niemczech w latach 1922–1939*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2004, nr 58, s. 63–77.

⁸² M.W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku...*, s. 15.

⁸³ W latach 1939–1945 polska służba zdrowia straciła w wyniku mordów, walk zbrojnych i zaginięcia ok. 5000 lekarzy, 2500 lekarzy dentyków, 1700 farmaceutów, 3000 osób personelu pomocniczo-lekarskiego. Zob.: C. K o l a g o, *Straty wojenne na odcinku służby zdrowia*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 29, s. 919–920.

w latach 1939–1945 zginęło ok. 140 lekarzy różnych specjalności, w tym zajmujących się leczeniem gruźlicy płuc⁸⁴.

Polityka depopulacyjna realizowana przez okupanta była jednym z elementów walki biologicznej, i opierała się na ograniczeniu przyrostu naturalnego oraz zwiększeniu śmiertelności. Wyniszczający charakter miała więc polityka sanitarna, a opieka medyczna miała ograniczać się głównie do czuwania nad bezpieczeństwem sanitarno-epidemiologicznym⁸⁵. Inaczej mówiąc, niemiecka służba zdrowia była jednym z elementów walki narodowościowej, której celem było unicestwienie polskiej ludności Górnego Śląska jako części narodu polskiego⁸⁶. Przejawiało się to zwłaszcza brakiem troski o ochronę macierzyństwa polskich kobiet, którym ograniczono urlopy macierzyńskie oraz przyznawano mniejsze racje żywnościowe niż ciężarnym Niemkom i niektórym cudzoziemkom. Cięża nie chroniła Polek także przed wykonywaniem prac uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia⁸⁷. O dyskryminacji w zakresie opieki lekarskiej świadczonej Polkom dowodzi m.in. pismo okólne nr 12/17, z kwietnia 1942 r., kierownictwa powiatowego Narodowosocjalistycznej Niemieckiej Partii Robotniczej (Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei – NSDAP), Urzędu Opieki Społecznej w Bielsku w sprawie udzielania porad lekarskich dzieciom niemieckim i polskim, w którym możemy przeczytać:

„W poradniach dla matek możemy zapewnić opiekę wszystkim volksdeutschem, a więc z listy narodowościowej 1–3, oczywiście także Niemkom z Rzeszy. [...] Polki nie mogą otrzymać żadnej pomocy w poradniach, lecz jeśli zachorują muszą udać się do lekarza. Dlatego jeszcze raz wyjaśniam, że przyjmowanie Polek jest zakazane. Dla Polek będą przeprowadzane przez Powiatowy Urząd Zdrowia kwartalne i półroczne tak zwane przeglądy niemowląt. W tym celu niemowlęta będą wtedy wzywane policyjnie, ażeby można było stwierdzić stan epidemii i zaniedbania. W żadnym wypadku nie wolno wydawać odżywek dla Polaków. Szczególnie na terenach wiejskich należy zwracać uwagę na to, ażeby natychmiast zaprzestać udzielania wszelkich porad dla polskich niemowląt”⁸⁸.

⁸⁴ K. B r o ż e k, J. O r n o w s k i, *Próba zestawienia strat wśród lekarzy Śląska i Zagłębia Dąbrowskiego (1939–1945)*, „Przegląd Lekarski” 1978, nr 1, s. 131–138.

⁸⁵ W województwie śląskim w 1939 r. pracowało ok. 600 lekarzy. W 1940 r. pozostało ich 132, a Niemcy sprowadzili dalszych 82. Łącznie w 1940 r. było ich 214. Niemniej jednak złe traktowanie przez wielu lekarzy niemieckich badanych Polaków, a nawet odmowy wykonania badań z powodu nienawiści narodowościowej, naruszające etykę lekarską, były często dodatkową barierą na drodze powrotu do zdrowia, także niejednokrotnie przyczyną śmierci. Zob.: D. M o s k a, *Lekarze polscy na Górnym Śląsku w okresie okupacji hitlerowskiej*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, z. 4, s. 425–437; C. Ł u c z a k, *Polityka ludnościowa i ekonomiczna hitlerowskich Niemiec w okupowanej Polsce*, Poznań 1979, s. 565.

⁸⁶ D. M o s k a, *Hitlerowska polityka biologicznego wyniszczenia ludności polskiej na Górnym Śląsku*, „Przegląd Lekarski” 1973, nr 1, s. 44.

⁸⁷ C. Ł u c z a k, *Polityka ludnościowa i ekonomiczna...*, s. 565–566.

⁸⁸ Cyt. za: D. M o s k a, *Hitlerowska polityka biologicznego wyniszczenia...*, s. 44.

Złe warunki mieszkaniowe, nieodpowiednie odżywianie, nadmierny wysiłek fizyczny były przyczyną rozwoju na Górnym Śląsku – zwłaszcza w jego części wschodniej, gruźlicy, chorób przewodu pokarmowego (dur płamisty, dur brzuszny, dur głodowy), serca, reumatyzmu, zaburzeń psychicznych i wielu innych chorób wyniszczających ludzki organizm⁸⁹. Długotrwałe oddziaływanie wymienionych wcześniej czynników, a także stosowanie terroru, atmosfera strachu, niskie świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych, w tym ograniczenie przez władze niemieckie leczenia dla Polaków – wszystko to negatywnie wpływało na stan zdrowotny ludności polskiej. Wśród wymienionych chorób szczególnie niebezpieczne były choroby zakaźne, w tym gruźlica, która była przyczyną licznych zgonów⁹⁰.

Trudna sytuacja panowała również wśród robotników przymusowych pracujących w górnośląskim przemyśle zbrojeniowym⁹¹ oraz zmuszanych do robót w Trzeciej Rzeszy. „Absencję z powodu chorób w obozach należy w dużej części tłumaczyć brakiem witamin. W wypadkach awitaminozy rany się nie goją, powstają wrzody, skłonności do gruźlicy i do otwartej gruźlicy oraz ogólne samopoczucie się pogarsza” – pisano w 1944 r. o stanie zdrowotnym ludności polskiej⁹².

Wartości kaloryczne przyznawane Górnoszlązakom w części wschodniej prowincji w porównaniu do racji kalorycznych dla mieszkańców niemieckich były niższe o ok. 24% (dla niepracujących nawet o 26%, dla dzieci w wieku 10–14 lat – o 65%, dla młodzieży w wieku 14–20 lat – o 33%)⁹³. Jeśli chodzi o warunki mieszkaniowe, problem dotyczył głównie spraw higienicznych i dużego zagęszczenia. Najgorsza sytuacja była w części wschodniej (Oświęcim, Jaworzno, Sosnowiec), gdzie z braku pomieszczeń dla robotników przygotowano wykopy w ziemi jako obiekty mieszkalne⁹⁴.

O nasileniu gruźlicy w tej części prowincji górnośląskiej świadczą dane poradni przeciwgruźliczej w Sosnowcu, w której na 1 września 1939 r. było zareje-

⁸⁹Die Bedeutung des Polenproblems für die Rüstungswirtschaft Oberschlesiens, Biblioteka Uniwersytecka we Wrocławiu, Gabinet Śląsko-Łużycki, sygn. 16114, s. 59–61.

⁹⁰Dotyczyło to nie tylko obszaru Śląska, ale także pozostałych terenów okupowanych przez Niemców. Dla przykładu w Generalnym Gubernatorstwie w 1941 r. stwierdzono wzrost zachorowań na gruźlicę w porównaniu z okresem przedwojennym o 50%. Podczas okupacji choroba ta pochłonęła ok. 400 tys. Polaków na tym obszarze. W Kraju Warty na gruźlicę chorowało w czasie wojny od 54 do 230 tys. Polaków, w tym od 25 do 35 tys. na gruźlicę otwartą. Por.: C. Ł u c z a k, *Polityka ludnościowa i ekonomiczna...*, s. 563–564.

⁹¹Górny Śląsk ze względu na swe bogactwa naturalne i duży rozwój hut, fabryk, zakładów przemysłowych, odgrywał dużą rolę w gospodarce III Rzeszy.

⁹²Okólnik nr 57/44 wydany przez Zarząd Główny Hermann Göring Werke G.m.b.H., podpisany przez von Dewalla, Generalnego Dyrektora Hauptverwaltung, Zbiory Specjalne Biblioteki Śląskiej w Katowicach.

⁹³W przydziałach żywnościowych dla Polaków nie było produktów tłuszczowych, oliwy, serów, twarogów, jaj, itp.

⁹⁴D. M o s k a, *Hitlerowska polityka biologicznego wyniszczenia...*, s. 44.

strowanych 241 przypadków gruźlicy zaraźliwej. W tym samym roku zanotowano 8 zgonów na 10 tys. ludności. W pierwszych latach okupacji nastąpił wyraźny wzrost nowych przypadków gruźlicy i olbrzymie nasilenie umieralności. W roku 1940 było 38 zachorowań i 20,5 zgonów na 10 tys. ludności, natomiast w 1944 r. liczba zgonów zwiększyła się do 234 na 10 tys. ludności⁹⁵. Rocznie na Śląsku w czasie wojny umierało na gruźlicę na 10 tys. osób 20 Polaków i od 10–12 Niemców⁹⁶.

Jak poważnym problemem były zachorowania na gruźlicę świadczy fakt, że 30 marca 1941 r. nadprezydent Zarządu Górnośląskiego Stowarzyszenia Prowincjonalnego w piśmie poufnym poruszył sprawę ochrony przeciwgruźliczej ludności nieniemieckiej i zastosowania w stosunku do niej środków pomocy przeciwgruźliczej. Nie chodziło oczywiście o troskę wobec narodu polskiego, ale o zabezpieczenie przed infekcją ludności niemieckiej oraz utrzymanie zdolności do pracy Polaków⁹⁷. Sprawa zdrowotności, poprawy warunków mieszkaniowych i zwiększenia racji żywnościowych dla robotników polskich niejednokrotnie była poruszana także przez dyrektorów górnośląskich zakładów produkcyjnych. Kierownictwo tych przedsiębiorstw podejmowało kroki przeciwdziałające wzrostowi zachorowań m.in. przez zarządzanie własnych izb chorych, kierowanie na leczenie uzdrowiskowe, organizowanie placówek dentystycznych, zakładanie szpitali zakładowych, wprowadzanie szczepień ochronnych⁹⁸.

Dla przykładu, w zakładach górniczych w Jaworznie na 6 tys. robotników, łącznie z jeńcami wojennymi, lekarz zakładowy w pierwszej połowie 1943 r. stwierdził 20–25% przypadków gruźlicy, tj. u ok. 1300 osób. Dlatego w celu poprawy zdrowotności zakład zakupił aparaturę rentgenowską oraz urządził izbę chorych dla robotników z gruźlicą. W kopalni „Grodziec”, która zatrudniała 2133 robotników, ok. 18% chorowało na gruźlicę, w Fabryce Wyrobów Emaliowanych „Westen” w Olkuszu tylko 10% z 1300 robotników nie chorowało na gruźlicę. Gruźlica była najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy również w kopalni „Joanna” w Libiążu, w powiecie chrzanowskim, w Fabryce Szkła w Zawierciu, gdzie dochodziło nawet do 60% zachorowań (przed 1939 r. absencja z powodu tej choroby wynosiła 25%), czy w Fabryce Chemicznej w Jaworznie, w której częstszą od gruźlicy przyczyną absencji było zatrucie chlorem, choć i tak dziennie sięgała ona 12–15 robotników⁹⁹.

⁹⁵ N. B e r d o, *Gruźlica w Sosnowcu*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 364–365.

⁹⁶ C. Ł u c z a k, *Polityka ludnościowa i ekonomiczna...*, s. 564.

⁹⁷ *Der Oberpräsident Verwaltung des Oberschlesischen Provinzialverbandes*, AP w Katowicach, sygn. 2173, k. 34.

⁹⁸ D. M o s k a, *Hitlerowska polityka biologicznego wyniszczenia...*, s. 45.

⁹⁹ Sprawozdanie Nadprezydenta prowincji Górnego Śląska dla marszałka Goeringa 1942–1944, AP w Katowicach, Institut für Wirtschaftsforschung Kattowitz, sygn. 27.

Na obszarze prowincji górnośląskiej na przełomie 1941 i 1942 r. powstało kilkanaście obozów przeznaczonych dla ludności polskiej, które nazywano „Polenlagrami”¹⁰⁰. Ponieważ warunki bytowe tam panujące były ciężkie, we wszystkich obozach przebywali więźniowie chorzy na gruźlicę. Byli oni odizolowywani, nie brali udziału w pracach produkcyjnych, a wszystkim podejrzanym wykonywano badania rentgenowskie. Obozy te wykorzystywano także do izolowania chorych na gruźlicę, by uchronić ludność niemiecką, niemniej jednak bardzo wymowne są słowa pełnomocnika „Polenlagrów” w prowincji górnośląskiej dr. Kehrera, który stwierdził w raporcie z trzydniowej wizytacji po obozach dla Polaków, że „podjęte środki obrony przed rozprzestrzenianiem się gruźlicy są w «Polenlagrach» bardziej radykalne niż możliwości urzędów zdrowia”, na podstawie czego wysnuł wniosek, że „choroby zakaźne, łącznie z gruźlicą, a z wyłączeniem jaglicy, nie stanowią źródła epidemii zagrażającego ludności cywilnej”¹⁰¹. Raport ten, z licznymi przekłamaniem, oczywiście odbiegał znacznie od stanu faktycznego, gdyż obozy odosobnienia i przymusowej pracy na Górnym Śląsku miały głównie charakter ludobójczy.

Praca niewolnicza oraz sytuacja materialna i zdrowotna ludności górnośląskiej była obszarem zainteresowania Górnośląskiego Instytutu Badań Gospodarczych, w którym naziści badali zagadnienie udziału Polaków w gospodarce zbrojeniowej Górnego Śląska i terenów włączonych do Rzeszy¹⁰². Dotyczyły one udziału polskiej siły roboczej, zatrudnianej przymusowo w niemieckim przemyśle górnośląskim, który pracował dla potrzeb wojska¹⁰³. Pytano więc o sytuację Polaków, jaki ma ona wpływ na wydajność ich pracy, czy poprawa warunków wpłynęłaby na wzrost wydajności pracy, jakie racje żywnościowe są niezbędne w tym zakresie oraz jakie korzyści wynikałyby z poprawy warunków życia Polaków dla

¹⁰⁰ Były to obozy dla wysiedlonych Polaków, w których stosowano przymus fizyczny i psychiczny nacisk na rezygnację z własnej narodowości, wcielania przymusowo do wojska, wyzysk w pracy niewolniczej. Służyły także za miejsce odosobnienia inteligencji polskiej. Zob.: R. H r a b a r, *Niemieckie obozy dla Polaków na Śląsku w czasie II wojny światowej „Polenlager”*, Katowice 1972.

¹⁰¹ Raport dr. Kehrera o „Polenlagrach” z 1 października 1942 r., AP w Katowicach, sygn. 2166, k. 3.

¹⁰² Analiza warunków bytowych ludności polskiej wynikała jedynie z potrzeby podniesienia potencjału wojennego okupanta, o czym przekonują słowa autorów tychże „badań”: „Autorzy nie mają zamiaru uprawiać propagandy współczucia w stosunku do Polaków, a cel prowadzonych badań pozbawiony jest jakiegokolwiek tendencji humanitaryzmu, gdyż kierują się oni jedynie punktem widzenia korzyści dla niemieckiej gospodarki zbrojeniowej”. Zob.: T. C z u j, C. K e m p i s t y, *Z zagadnień sytuacji zdrowotnej Polaków górnośląskich w okresie okupacji*, „Przegląd Lekarski” 1972, nr 1, s. 63.

¹⁰³ Instytut opierał się na informacjach uzyskanych ze źródeł aparatu okupacyjnego, od komisarzy do spraw umacniania niemieczyzny, z ośrodków zdrowia, od lekarzy zakładowych, a także od dziennikarzy, zob.: ibidem, s. 60.

niemieckiej gospodarki wojennej¹⁰⁴. Analiza „badań” udowodniła, że notoryczne niedożywienie ludności górnośląskiej, urągające warunki mieszkaniowe, przeludnienie, brak łóżek, spanie na podłodze, nieodpowiednie warunki zatrudnienia, czy pobyt w obozach przejściowych, doprowadzały do rozwoju wielu chorób, w tym zakaźnych, przede wszystkim gruźlicy¹⁰⁵. Liczba zachorowań na nią rosła w zastraszającym tempie.

Polak, który zachorował na gruźlicę w okresie okupacji, skazany był z góry na śmierć z powodu braku pomocy, gdyż ludność polska miała ograniczone możliwości leczenia szpitalnego, nie mogła korzystać także z leczenia sanatoryjno-uzdrowiskowego, zapobiegawczego i rehabilitacyjnego¹⁰⁶. Władze okupacyjne zdawały sobie jednak sprawę, że masowe zachorowania Polaków na gruźlicę były zagrożeniem dla ludności niemieckiej¹⁰⁷, dlatego zdarzały się wyjątki, gdy kierowano Polaków do odpowiednich oddziałów szpitalnych w celu izolacji¹⁰⁸. Zwłaszcza jeśli wzrost zachorowań zagrażał bezpośrednio niemieckiemu przemysłowi zbrojeniowemu lub okupacyjnym urzędnikom niemieckim. Leczenie sanatoryjne na Górnym Śląsku było jeszcze skromniejsze, gdyż chorzy najczęściej trafiali do sanatorium przeciwgruźliczego w Wodzisławiu, posiadającego 190 łóżek. Jednak w większości przypadków zwalczanie gruźlicy ograniczało się tylko do rejestracji, izolacji i dezynfekcji, bowiem także działalność poradni przeciwgruźliczych została wstrzymana¹⁰⁹.

Dla przykładu 29 października 1942 r. podczas narady w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Rzeszy przedstawiciele trzech prowincji: Gdańsk – Prusy Zachodnie, Kraju Warty i Górnego Śląska uznali, że należy podjąć bardziej zdecydowane

¹⁰⁴ Die Bedeutung des Polenproblems für..., s. 311.

¹⁰⁵ Ibidem, s. 12.

¹⁰⁶ Na początku okupacji Polacy korzystali z tych samych świadczeń co Niemcy, choć oni mieli przywileje, polegające na pierwszeństwie przyjęcia w gabinecie lekarskim i w aptece oraz na specjalnych względach w leczeniu szpitalnym. Niezastosowanie się do tego groziło Polakom karami dyscyplinarnymi, choć większość polskich lekarzy nie przestrzegała tego. Zob.: M. C i e ć k i e w i c z, *Lecznictwo ubezpieczeń społecznych w Polsce w czasie okupacji*, „Przegląd Lekarski” 1966, nr 1, s. 65–87.

¹⁰⁷ W 1943 r. liczba zachorowań wśród ludności polskiej mieszkającej w zachodniej części Górnego Śląska wynosiła 4,3% ogółu, a w części wschodniej – 5%, natomiast np. w Zagłębiu Ruhry – 5,9%. To, że stan zdrowotności nie był najgorszy, Niemcy przypisywali dużej odporności Polaków. Zob.: S. K ł o d z i ń s k i, *Uwagi o sytuacji zdrowotnej robotników przymusowych w Niemczech hitlerowskich*, „Przegląd Lekarski” 1981, nr 1, s. 62–72.

¹⁰⁸ Dla Polaków na Górnym Śląsku do leczenia gruźlicy były do dyspozycji tylko: szpital w Siewierzu (105 łóżek), Szpital św. Łazarza w Będzinie (84) oraz Szpital Pomocniczy w Jaworznie (202), stąd w odosobnionych wypadkach, w celu przyspieszenia wyzdrowienia kierowano chorych Polaków do szpitali niemieckich. Zob. Pismo: An den Sicherheitsdienst des Reichsführers SS-SD – Leitabschnitt Kattowitz, AP w Katowicach, sygn. 2173, k. 24.

¹⁰⁹ M. C i e ć k i e w i c z, *Lecznictwo ubezpieczeń społecznych w Polsce...*, s. 3.

działania zapobiegające rozprzestrzenianiu się gruźlicy wśród Polaków oraz stworzyć stałe ośrodki leczenia tej choroby także dla ludności polskiej. Dodatkowo uznano, że leczenie ambulatoryjne powinno być realizowane metodą odmy, a rodziny pozbawione żywicieli powinny otrzymywać podwyższone stawki z opieki społecznej. Przy czym jednocześnie podkreślano, że pomoc przeciwgruźlicza dla Polaków powinna ograniczać się do podstawowych środków, by nie koncentrować się na opiece nad ludnością polską, tylko na opiece nad ludnością niemiecką oraz na utrzymaniu siły roboczej Polaków chorych na gruźlicę¹¹⁰. W ślad za tym spotkaniem, 12 marca 1943 r. na Górnym Śląsku weszło w życie zarządzenie o stosowaniu pomocy przeciwgruźliczej dla ludności nieniemieckiej. Nie było to jednak świadczenie opieki społecznej, tylko nadzwyczajna akcja Krajowego Stowarzyszenia Opieki, której podlegali chorzy i członkowie rodziny chorego. Opieka nad rodziną chorego dotyczyła zabezpieczenia potrzeb życiowych w czasie leczenia chorego i ograniczała się do zwalczania gruźlicy w miarę wymaganych potrzeb, rzadko dotyczyła pomocy finansowej np. zakupu odzieży itp. Z zastrzeżeniem oczywiście, że „leczenie przeprowadza się tylko wtedy, jeśli to jest konieczne w celu utrzymania lub odzyskania zdolności do pracy”¹¹¹. W innym miejscu pisano:

„Cel polityki niemieckiej w stosunku do Polaków jest zupełnie jasno sprecyzowany. Polaka jako siłę roboczą należy tak długo wyzyskiwać, jak długo jest potrzebny, a następnie pozostawić samemu sobie i to tak, aby rzeczywiście był skazany tylko na swoje własne, niedostateczne siły i nie był już w możności wydzwignąć się ludnościowo i politycznie przy obcej, szczególnie niemieckiej pomocy”¹¹².

Taka polityka wpływała na sytuację zdrowotną robotników przymusowych, a także ich rodzin, przyczyniając się do wyniszczenia narodu polskiego.

W latach 1942–1943 nastąpił spadek liczby zachorowań i zgonów z powodu wyniszczającej gruźlicy, na co wpływ miało otwarcie szpitala izolacyjnego dla gruźlików w Będzinie (100 łóżek), do którego kierowano zarówno chorych nadających się do leczenia, jak i nieuleczalnych. Drugą placówką, w której leczono wówczas przewlekłą gruźlicę z rozległymi zmianami był Szpital Miejski w Sosnowcu (wybudowany w 1935 r.) posiadający oddział przeciwgruźliczy. W czasie okupacji zwiększyła się w nim liczba przypadków choroby o przebiegu złośliwym, z dużą skłonnością do serowacenia i do obostrzeń oraz zwiększenie liczby nawrotów gruźlicy u osób, które były prawie wyleczone, lub u których proces gruźliczy był od dłuższego czasu ustabilizowany¹¹³.

¹¹⁰ Vermerk-Betritt: Besprechung im Reichministerium des Intern am Donnerstag den 29 October 1942 über Tuberkulosehilfe bei Polen, AP w Katowicach, sygn. 2173, k. 5.

¹¹¹ Bestimmungen der Oberpräsident zur Anordnung vom 1 Januar 1943 über die Anwendung der Tuberkulosehilfe auf die nichtdeutsche Bevölkerung, AP w Katowicach, sygn. 2173, k. 35.

¹¹² Zob.: W. R u s i ń s k i, *Położenie robotników polskich w czasie wojny 1939–1945 na terenie Rzeszy i „obszarów wcielonych”*, cz. 1, Poznań 1950, s. 56.

¹¹³ N. B e r d o, *Gruźlica w Sosnowcu...*, s. 367.

Równie tragiczna sytuacja sanitarna panowała w miejscach rekrutacji do przymusowych robót w Rzeszy, głównie w przemyśle i rolnictwie, co także odbijało się niekorzystnie na stanie zdrowia ludności polskiej. Według źródła niemieckiego, w 1943 r. w niemieckiej gospodarce pracowało ok. 3,6 mln jeńców wojennych¹¹⁴. Według źródła polskiego – w tym samym roku – pracowało 1,8 mln robotników, z czego 76% (1,28 mln) pochodziło z Polski. Ogółem do końca wojny wywieziono z Polski do Niemiec 2,46 mln osób¹¹⁵.

W wyniku bezlitosnego eksploatowania Polaków, głodzenia i terroryzowania przez okupanta z roku na rok stan zdrowia społeczeństwa polskiego pogarszał się i tym samym rosła liczba robotników polskich niezdolnych do pracy¹¹⁶. Niektórych z nich odsyłano do kraju, bowiem chorzy na choroby zakaźne stanowili zagrożenie dla rodziny, a tych, którzy nie rokowali poprawy kierowano do obozów zagłady¹¹⁷. Jak podała Teresa Schraner¹¹⁸, przyczyną zdyskwalifikowania przybyłych do pracy i odesłania Polaków z terytorium Rzeszy w okresie od 14 lutego 1940 do 13 lutego 1941 r. były u mężczyzn: przepukliny – 18,75%, ogólne wyczerpanie i osłabienie – 14,0%, choroby serca – 10,15%, rzeżączka – 7,9%, choroby płuc, w tym głównie gruźlica – 7,25%. U kobiet natomiast: ogólne wyczerpanie i osłabienie – 23,12%, ciąża – 16,8%, choroby serca – 10,3%, choroby płuc, w tym głównie gruźlica – 6,45%. W ciągu kolejnego roku (14 lutego 1941 do 13 lutego 1942 r.) dane przedstawiały się następująco: mężczyźni: rzeżączka – 18,4%, choroby serca – 13,1%, ogólne wyczerpanie i osłabienie – 12,3%, choroby płuc, w tym głównie gruźlica – 11%; kobiety: choroby serca – 23,7%, ogólne wyczerpanie i osłabienie – 17,5%, choroby płuc, w tym głównie gruźlica – 9,3%, ciąża – 9,2%. W trzecim okresie, tj. od 14 lutego 1942 do 28 lutego 1943 r. przyczyny, z powodu których odtransportowano chorych przedstawiały się odpowiednio: mężczyźni: choroby płuc, w tym głównie gruźlica – 19,0%, choroby serca – 16,4%, ogólne wyczerpanie i osłabienie – 14,5%, rzeżączka – 9,87%; kobiety: choroby serca – 23,8%, choroby

¹¹⁴J.J. H e y d e c k e r, J. L e e b, *Der Nürnberger Prozess. Bilanz der Tausend Jahre*, Köln –Berlin 1960, s. 438.

¹¹⁵*Straty wojenne Polski w latach 1939–1945*, Poznań–Warszawa 1962, s. 43.

¹¹⁶W górnictwie śląskim przeciętna absencja dzienna z powodu choroby i nieszczęśliwych wypadków wynosiła wśród ogółu zatrudnionych na całym obszarze Śląska w: 1940 r. – 4,6%, w 1941 r. – 6,1%, w 1942 r. – 7,4%, w 1943 r. – 7,8%, przy czym najgorsza sytuacja panowała w okręgu dąbrowsko-jaworzniańskim (średnia statystyczna w latach 1940–1943 – 7,15%). Por.: *ibidem*, s. 564.

¹¹⁷Wraz ze wzrostem podejrzania, że polscy lekarze rozmyślnie popierają uchylenie się polskich robotników od pracy, wzrosła liczba aresztowań lekarzy oraz wysyłanych do obozów koncentracyjnych, gdzie wielu zginęło.

¹¹⁸Lekarz medycyny, w czasie wojny pracowała w urzędzie pracy w Wiedniu, gdzie zajmowała się stanem zdrowia robotników cudzoziemskich. W 1943 r. napisała rozprawę doktorską pt. „Doświadczenia lekarskie związane z zatrudnianiem cudzoziemskich sił roboczych”. Zob.: S. K ł o d z i ń s k i, *Uwagi o sytuacji zdrowotnej robotników...*, s. 62–63.

płuc w tym głównie gruźlica – 17,5%, ogólne wyczerpanie i osłabienie – 15,0%¹¹⁹. Przytoczone liczby, biorąc pod uwagę, że na roboty przymusowe wywożono ludzi z różnych warstw społecznych, mogą stanowić przybliżony, ale niepełny obraz stanu zdrowotnego ludności polskiej podczas okupacji.

Znacznie gorzej wyglądała sytuacja, jeśli chodzi o wykrywanie chorób i odsetek chorych Polaków już po podjęciu pracy przymusowej. Analizując dane statystyczne, uwagę przykuwa wysoki odsetek zachorowań na choroby płuc, w tym głównie gruźlicę u mężczyzn, gdyż w każdym z trzech podanych wcześniej okresów choroba ta zajmuje pierwsze miejsce. W okresie pierwszym stanowiła 15,12%, drugim i trzecim – 17,0%. U kobiet natomiast na pierwszym miejscu za każdym razem była ciąża (41,3%, 65,4%, 61,0%), choroby płuc, w tym głównie gruźlica stanowiła mniejszy odsetek (6,03%, 4,0%, 5,75%)¹²⁰.

Pomimo poddawania osób zsyłanych na roboty przymusowe dwukrotnym badaniom (w okupowanej Polsce i po przybyciu do Rzeszy) z roku na rok¹²¹ liczba zachorowań na gruźlicę rosła w szybkim tempie, do czego przyczyniały się: głód, ciężka praca prowadząca do wyczerpania, życie w złych warunkach sanitarnych itp. Naiwnością było więc sądzić, że „Polacy są szczególnie podatni na tę chorobę”¹²².

Gruźlicę wykrywano na podstawie zdjęć rentgenowskich płuc. Analizując wyniki badań, niemieccy lekarze zwracali uwagę na zagrożenie wynikające ze zwiększonej zachorowalności na tę chorobę, gdyż była ona niebezpieczna także dla Niemców. Stąd praktycznie każdemu cudzoziemskiemu robotnikowi przymusowemu, a zwłaszcza z Polski¹²³ wykonywano zdjęcie rentgenowskie. Jak pisała T. Schraner,

„[...] liczby odnoszące się do narodowości polskiej ustalano na podstawie badań rentgenowskich przeprowadzonych na terenie 43 urzędów zdrowia (*Gesundheitsamt*) w okresie jednego roku. Przebadano 10 041 robotników rolnych w wieku od

¹¹⁹ Por.: T. S c h r a n e r, *Ärztliche Erfahrungen beim Einsatz fremdländischer Arbeitskräfte*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde der Universität Wien 1943. Zob. też: S. K ł o d z i ń s k i, *Uwagi o sytuacji zdrowotnej robotników...*, s. 62–72.

¹²⁰ S. K ł o d z i ń s k i, *Uwagi o sytuacji zdrowotnej robotników...*, s. 100.

¹²¹ W następnych latach wojny sytuacja zdrowotna w okupowanej Polsce była jeszcze gorsza, np. w Warszawie w 1944 r. wskaźnik zapadalności na tę chorobę wzrósł w porównaniu do 1938 r. czterokrotnie, a wskaźnik umieralności z powodu gruźlicy trzykrotnie, w latach 1938–1939 wynosił on 15,5 zgonów na 10 tys. mieszkańców, w 1941 r. – 45,2 zgonów, a w 1944 r. – 50 zgonów. Por.: M. Ł ą c k i, *Stan walki z gruźlicą w Warszawie w latach 1934–1947*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 344–346.

¹²² T. S c h r a n n e r, *Ärztliche Erfahrungen beim Einsatz...*, s. 44.

¹²³ W 1943 r. obliczono, że gruźlica czynna występowała u 0,6–2,4% robotników cudzoziemskich, wśród nich na pierwszym miejscu w zestawieniu plasowali się Polacy. Por.: S. K ł o d z i ń s k i, *Uwagi o sytuacji zdrowotnej robotników...*, s. 69.

18 do 25 lat, w tym 6355 mężczyzn i 3686 kobiet. Wszystkie te osoby poddane były już w Generalnym Gubernatorstwie oraz przed ich zatrudnieniem przeglądowi lekarskiemu, wobec czego ciężko chorzy z pewnością zostali wyeliminowani jeszcze przed badaniem rentgenowskim. U 8,5% mężczyzn oraz u 11,5% kobiet stwierdzono zwapnione ognisko gruźlicze, u 2% mężczyzn zrosty opłucnowe i stwardnienia¹²⁴.

Wypowiedź ta świadczy, że Polacy nabawiali się także gruźlicy przebywając na obszarze Rzeszy, gdzie procent zagruźliczenia otaczającej ich ludności niemieckiej był bardzo niski. Potwierdza to argument złych warunków sanitarnych, w których przebywali Polacy, jako główną przyczynę tej choroby.

2. Klimatyczno-uzdrowiskowe sposoby leczenia gruźlicy

Od połowy XIX w. leczenie gruźlicy płuc – czyli suchot, jak je wówczas nazywano – opierało się na terapii klimatycznej. Choroba ta miała wówczas najwyższy wskaźnik śmiertelności. Na każde 1000 zgonów osób w wieku pomiędzy 20. a 50. rokiem życia pierwsze miejsce przypadało gruźlicy¹²⁵, choć w rzeczywistości liczba ta była większa, gdyż choroba ta miała różne odmiany i występowała wraz z wieloma innymi przyczynami śmierci. Nie było chyba wówczas człowieka, który bezpośrednio lub pośrednio (sam zachorował lub członek rodziny, znajomy) nie zetknął się z gruźlicą. Stąd zagadnieniem jej leczenia zajmowało się wielu lekarzy w różnych częściach świata, przy czym większość z nich podkreślała korzyści wynikające z klimatyczno-uzdrowiskowego sposobu leczenia, zwracając jednocześnie uwagę, że jak w żadnej innej chorobie, właśnie w gruźlicy „leczenie w domu, choćby zamożnym, nie daje dobrych rezultatów, a nadto grozi szerzeniem się choroby wśród najbliższego otoczenia”¹²⁶.

W drugiej połowie XIX w. daje się więc zauważyć większe zainteresowanie czynnikami naturalnymi w leczeniu gruźlicy. O zmianie można mówić dopiero z chwilą odkrycia w 1882 r. przez Roberta Kocha prątków gruźlicy, co miało wpływ na zmianę podstawowego sposobu leczenia pacjentów. Niemniej jednak zarówno wówczas, jak i po odkryciu dokonany przez Kocha, zwracano uwagę, że „o ile chory w porę, tj. nie za późno, kurację rozpoczyna, 50 do 70% leczących się odzyskuje na cały szereg lat zdolność do życia i pracy”¹²⁷.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ Wśród przyczyn śmierci w Warszawie w 1899 r. osób w przedziale 20–50 lat wymieniano: zapalenie opon mózgowych (14), choroby żołądka i jelit (15), udar mózgu (24), nieżyt oskrzeli (30), zapalenie nerek (44), nowotwory (58), zapalenie płuc i opłucnej (68), choroby serca (77), pozostałe choroby (277), gruźlica (390). Por.: *W sprawie sanatoriów ludowych. O wartości klimatu swojskiego przy leczeniu gruźlicy*, Łódź 1900, s. 5.

¹²⁶ Ibidem, s. 8.

¹²⁷ Ibidem.

Na początku drugiej połowy XIX w., niemal cały świat lekarski zwrócony był w stronę Śląska, gdzie tradycje leczenia gruźlicy z wykorzystaniem naturalnych czynników rozpoczęły się wraz z opracowaniem metody klimatyczno-dietetycznej, stosowanej w leczeniu tej choroby. Jej autorem był Hermann Brehmer, w polowie Polak, syn Ślązaczki nazwiskiem Kążecka¹²⁸, który w 1859 r. założył w Görbersdorf, od 1945 r. Sokołowsko (540–600 m n.p.m.) koło Wałbrzycha, pierwszy w Europie zakład kuracji powietrznej. Niemal od początku istnienia zjeżdżali się do tego zakładu – najpierw dylżansami, a później koleją – kuracjusze z całej Europy (Rosji, Węgier, Szwecji, Holandii, Włoch), a niekiedy i z dalszych stron świata (Ameryka Północna). To na jego wzór został stworzony ośrodek leczenia gruźlicy w Davos¹²⁹, a także inne liczne sanatoria przeciwgruźlicze, które zaczęły powstawać w dziewiętnastowiecznej Europie, w tym także na ziemiach polskich¹³⁰. „W ogóle przyznać należy, że pod względem leczniczym [...] dotychczas za najskuteczniejszą kurację uważać należy pobyt w takich miejscowościach, jak Meran w Tyrolu, Görbersdorf na Śląsku lub Davos w Szwajcarii, na wzór Görbersdorfu urządzony”¹³¹ – pisano o zaletach klimatycznych w 1895 r.

Drugim ośrodkiem działającym na Śląsku, który także wniósł wkład w rozwój leczenia gruźlicy, wykorzystując naturalne metody, było uzdrowisko Bad Ziegenhals (Głuchołazy) koło Nysy. Początkowo działało posługując się wodolecznictwem, metodą opracowaną przez Sebastiana Kneippa, natomiast po pierwszej wojnie światowej, gdy przeminęła moda na metodę kneippowską powstał tam duży ośrodek, tj. Górnośląska Lecznica Chorych na Gruźlicę¹³².

Poza tym w okresie międzywojennym zakładano na Górnym Śląsku także stacje klimatyczne, które przyjmowały łżejsze przypadki gruźlicy oraz rekonwalescentów po chorobie. Były to ośrodki w Wiśle, Bystrej, Wilkowicach, Istebnej i Jaworzu¹³³.

¹²⁸ *Brehmer Hermann (życiorys)*, „Gazeta Lekarska” 1890, t. 10, s. 26; H. Dobrzycki, *Dr Hermann Brehmer*, „Medycyna” 1890, nr 3, s. 47.

¹²⁹ W późniejszym czasie Görbersdorf zyskał miano „śląskiego Davos”, chociaż to Davos powinno nazywać się „szwajcarskim Görbersdorfem”, gdyż myśl założenia tego uzdrowiska podjął jeden z wyleczonych przez H. Brehmera lekarzy. Zob.: A. Sabatowski, *Lecznictwo uzdrowiskowe w zarysie*, Warszawa 1947, s. 80.

¹³⁰ M. Telatycki, O sanatoriach dla leczenia gruźlicy. W: *Uzdrowiska polskie: ilustrowany przewodnik po zdrojowiskach, stacjach klimatycznych, kąpieliskach morskich, wczasowiskach i miejscowościach wypoczynkowych*, red. K. SAYSSE-Tobiczek przy współpracy J. Dobrzyńskiego, Warszawa 1947, s. 26–34.

¹³¹ Korespondencja z Görbersdorf w „Tygodniku Ilustrowanym” 1895, nr 38, wg A. Zieliński, *Listy ze śląskich wód*, Wrocław 1983, s. 123.

¹³² L. Rickmann, *Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose*, Stuttgart 1930, s. 57–97.

¹³³ Zob.: *Uzdrowiska polskie*, red. W. Przywieczerski, Warszawa 1936.

2.1. Powstanie i rozwój stacji klimatycznej w Görbersdorf

Hermann Brehmer pracując w Görbersdorf jako pierwszy w Europie opracował teoretyczne podstawy leczenia klimatycznego gruźlicy. Zaproponował metodę, w której kierował się faktem rzadszego występowania zachorowania na gruźlicę w miejscowościach położonych wysoko oraz założeniem, że suchotnicza, czyli duża klatka piersiowa z małym sercem powoduje, iż krew wolniej i słabiej krąży, z czego wynika gorsze odżywianie całego ustroju, a to predysponuje do zmian chorobowych w płucach. Stąd H. Brehmer uważał, że poprawa odżywienia ustroju i stały pobyt w górach przynosi korzystne rezultaty w leczeniu suchot płucnych. Często zwykł mawiać: „Celem kuracji jest, żeby pacjent sam swoją chorobę zwalczyć się starał. Trzeba go przez wzmocnienie organizmu uczynić odpornym”¹³⁴. Założeniem więc było, że klimat podgórski wpływa na zwiększenie ilości krwi, bowiem zmniejszone ciśnienie powietrza wywołuje szybszy obieg krwi i zwiększa liczbę skurczów serca¹³⁵. Trafnie więc oceniał korzystną rolę świeżego powietrza w leczeniu gruźlicy, błędnie jednak zalecał swoim pacjentom wielogodzinne przebywanie na świeżym powietrzu w ruchu, często też w pełnym słońcu. Założenia teoretyczne, na których H. Brehmer opierał swoją metodę były jednak niedokładne, gdyż „teoria małoserkowości” w gruźlicy płuc, oparta na poglądach Karla Rokitańskiego, który zresztą był promotorem jego pracy doktorskiej, jeszcze pod koniec XIX w. odeszła w zapomnienie¹³⁶.

W latach 1870–1876 funkcję drugiego lekarza w zakładzie klimatycznym Brehmera pełnił jego uczeń Peter Dettweiler (1837–1904), który przekonał mistrza¹³⁷, że zamiast kąpeli i wielogodzinnych górskich spacerów lepsze skutki przynosi leżakowanie, o każdej porze roku, nawet w dni chłodne i mroźne¹³⁸. Wyśilek fizyczny stosował więc bardzo ostrożnie¹³⁹, a jedynie po uzgodnieniu z lekarzem

¹³⁴ A. Zieliński, *Listy ze śląskich...*, s. 124.

¹³⁵ Z. Krówczyński, *O metodzie leczniczej zwanej goerbersdorfskiej*, „Przegląd Lekarski” 1878, nr 45, s. 539–541 i nr 46, s. 551–553.

¹³⁶ A. Sabatowski, *Lecznictwo uzdrowiskowe...*, s. 81–82.

¹³⁷ Istnieją rozbieżności w literaturze, czy metodę H. Brehmera zmodyfikował A. Sokółowski czy Peter Dettweiler, który pracował tam już przed przyjazdem do Görbersdorf polskiego lekarza. Wydaje się jednak, że obaj przysłużyli się do zmiany przez Brehmera poglądów, głównie dotyczących wprowadzenia spokoju i reżimu sanatoryjnego, co uchroniło autora metody przed kompromitacją. Por.: A. Kuczewski, *Powstanie i rozwój sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc*, „Przegląd Lekarski” 1914, nr 5, s. 60–62 i nr 6, s. 75–78; M. Tęlatycki, *O sanatoriach...*, s. 27.

¹³⁸ Znaczenie leżakowania w leczeniu gruźlicy płuc opisał Teofil Kaczorowski. Zob.: T. Kaczorowski, *Leczenie suchotników w zimowej stacji klimatycznej, czyli pokojach nieopalonych o otwartych oknach*, „Przegląd Lekarski” 1880, nr 9, s. 128–129.

¹³⁹ Zarzucano mu nawet, że w odróżnieniu od H. Brehmera, który przesadzał z aktywnością ruchową u swoich pacjentów, on z kolei nakazywał chorym wielomiesięczny „trupi bez-

można było go zastąpić spacerem, przejażdżką lub zabawami towarzyskimi na powietrzu¹⁴⁰. Po latach przeforsował także w nauce pogląd, że gruźlicę można leczyć w każdym klimacie, gdy powietrze jest świeże, czyste i wolne od pyłów¹⁴¹. Ponadto uważał on, że w leczeniu gruźlicy płuc, w którym wymagane jest duże zdyscyplinowanie chorego, musi być brana pod uwagę osobowość pacjenta, gdyż jak zwykł mawiać „człowiek dotknięty suchotami płucnymi nie umiera na nie, lecz na swój charakter”¹⁴².

Do rozwoju görbersdorfskiej metody leczenia przyczynił się także Alfred Sokołowski, wybitny polski fizjoterapeuta, który początkowo sam przebywał tam jako pacjent, a następnie został bliskim współpracownikiem Brehmera, pełniąc przez sześć lat (1874–1880) obowiązki jego głównego asystenta, a także prowadząc badania dotyczące samego klimatu. „Dr Sokołowski, nasz rodak, znany jako człowiek nauki i uprzejmości wielkiej, ciągle jest razem z chorymi, zasiada z nimi do stołu i z niewyczerpaną dobrocią przybywa im zawsze z pomocą”¹⁴³.

Alfred Sokołowski obserwując w ciągu tych paru lat wpływ leżakowania, zimnych kąpiei, wzmożonej aktywności fizycznej i obfitej diety, często zauważał – podobnie jak wcześniej Dettweiler – że u niektórych chorych stan się pogarszał. Gdy jednak wprowadzał leżakowanie w spokoju na powietrzu, w miejscu chronionym od wiatru i słońca, ich stan się poprawiał. Większą aktywność fizyczną zalecał więc tylko chorym w początkowym stadium choroby, a dodatkowo podawał im podskórnie kreozot i 2% „nalewkę jodową”¹⁴⁴. Stąd też widział potrzebę modyfikacji brehmerowskiej metody, do czego zresztą udało mu się z czasem przekonać jej autora¹⁴⁵.

Po latach tak oto pisał o swej pracy w Görbersdorf:

ruch” na zacienionych werandach. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Leczenie sanatoryjne gruźlicy*. W: *Gruźlica – rozpoznanie, leczenie i zapobieganie. Zbiór wykładów*, pod red. A. Biernackiego, M. Telatyckiego, Warszawa 1950, s. 189.

¹⁴⁰ A. J a r n u t o w s k i, *Sanatoria dla chorych piersiowych*, „Nowiny Lekarskie” 1900, z. 16.

¹⁴¹ Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 35–56.

¹⁴² Z. M o s k w a, *O leczeniu gruźlicy płuc*, „Wiadomości Lekarskie” 1984, nr 21, s. 1729.

¹⁴³ A. Z i e l i Ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 120.

¹⁴⁴ B. S k ó r c z e w s k i, *Dietetyka kąpielowa, czyli nauka jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach*, „Zdrowie” 1880, nr 11, s. 172; A. S o k o ł o w s k i, *Kilka słów w kwestii stosowania kreozotu przy leczeniu suchot płucnych*, „Gazeta Lekarska” 1894, nr 1, s. 14–19.

¹⁴⁵ Można nawet powiedzieć, że gdyby nie A. Sokołowski, metoda sanatoryjnego leczenia gruźlicy tak samo by się skompromitowała, jak pierwotny sposób leczenia starą tuberkuliną przez R. Kocha. Zob.: J. S z m u r ł o, *Prof. dr med. A. Sokołowski. Wspomnienie pośmiertne*, „Nowiny Lekarskie” 1924, z. 5, s. 249.

„Brehmer popierał i zachęcał każdego z młodych lekarzy, u którego widział zapał do pracy i chęć do kształcenia się nie tylko w praktycznym, lecz i naukowym kierunku. Obce mu były pod tym względem, tak szeroko rozgałęzione w Niemczech niechęci narodowe, przygarniał on bowiem chętnie i niezależnie od jego narodowości każdego, kto zdradzał zapał do wiedzy, nie pytał, co on za jeden i skąd pochodzi, a tylko co on wykonał i jak spełnia swoją powinność”¹⁴⁶.

W okresie tym A. Sokołowski¹⁴⁷ napisał kilka wartościowych prac z zakresu leczenia gruźlicy płuc¹⁴⁸, które przyczyniły się do stworzenia podobnych zakładów na ziemiach polskich¹⁴⁹.

Dodatkowo w 1878 r. do Görbersdorf przybył przyjaciel A. Sokołowskiego dr Tytus Chałubiński¹⁵⁰, który leczył tam swojego ciężko chorego syna. Mógł więc bliżej przyjrzeć się metodzie i ocenić wartość stosowanego leczenia klimatycznego. I pomimo że syn zmarł, Chałubiński był wielkim zwolennikiem i popularyzatorem metody Brehmera. Można więc pokusić się o stwierdzenie, że pobyt dr. T. Chałubińskiego zaowocował pośrednio jego zainteresowaniem się Zakopanem, gdyż po pobycie w Görbersdorf rozpoczął poszukiwania okolicy zbliżonej do tego uzdrowiska dla zorganizowania na ziemiach polskich takiego samego ośrodka leczenia gruźlicy¹⁵¹.

¹⁴⁶Z. W o ź n i e w s k i, *Görbersdorf – Sokołowsko, pierwsze w Europie sanatorium leczenia gruźlicy płuc*, „Archiwum Historii Medycyny” 1960, nr 91, s. 94–95.

¹⁴⁷Po drugiej wojnie światowej nazwę Görbersdorf zamieniono na Sokołowsko. W ten sposób uczczono pamięć i zasługi doktora Alfreda Sokołowskiego, wybitnego polskiego fizjotry.

¹⁴⁸J. S ę d z i a k, *40-lecie działalności naukowo-lekarskiej dra Alfreda Sokołowskiego*, „Nowiny Lekarskie” 1913, nr 11, s. 534.

¹⁴⁹Pierwsze w Polsce sanatorium przeciwgruźlicze powstało w 1879 r. w Mieni koło Mińska Mazowieckiego, następnie w 1893 r. w Otwocku, w 1898 r. w Zakopanem, w 1909 r. w Hołosku Wielkim koło Lwowa. Przypuszczać należy, że większość z nich założono z inicjatywy A. Sokołowskiego lub lekarzy, z którymi współpracował bądź utrzymywał bliskie kontakty. Zob.: A. S a b a t o w s k i, *Krótki zarys...*, s. 132.

¹⁵⁰Lekarz-społecznik, przyrodnik, profesor Szkoły Głównej w Warszawie, kierownik oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Ewangelickiego w Warszawie, pionier klimatycznego leczenia gruźlicy w Polsce, odkrywca walorów leczniczych Zakopanego i Tatr. Człowiek wielkiej odwagi i wielkiego serca, zaangażowany w wydarzenia poprzedzające wybuch powstania styczniowego, bohater wielu pamiętników i wierszy poetów tamtej epoki. O jego wiedzy lekarskiej, trafności stawianych diagnoz, zaangażowaniu społecznym wspominali w swoich utworach literackich m.in.: H. Modrzejewska, B. Prus, H. Sienkiewicz, przedstawiali na swoich obrazach – W. Kossak, dedykowali dzieła muzyczne – I. Paderewski. Zob.: K. K e m p a, *Tytus Chałubiński w opiniach współczesnych mu przedstawicieli literatury i sztuki*, „Wiadomości Lekarskie” 1980, z. 23, s. 1931–1934.

¹⁵¹S. G a ł e c k i, *Korespondencja z Goebersdorfu (50-lecie istnienia sanatorium dla suchotników dra Brehmera w Goebersdorfie)*, „Nowiny Lekarskie” 1904, nr 8, s. 436–438.

Hermann Brehmer był pierwszą osobą, która uważała, że gruźlica jest uleczalna we wczesnej fazie rozwoju, a rzadziej w okresie zmian bardziej zaawansowanych. Już w swojej pracy doktorskiej pt. „Über die Gesetze der Entsehung und das Fortschreitens der Tuberkuloze der Lungen” („O prawach powstawania suchot płucnych”), którą obronił w 1853 r., wskazywał na korzyści wynikające z zastosowania klimatu w leczeniu gruźlicy. Kwestionował wykorzystywanie w jej leczeniu gorącego klimatu południowego, podkreślając korzyści, jakie daje klimat górski i podgórski. Utrzymywał także, że przyczyną zgonów w gruźlicy nie jest sama chorooba, tylko „niezdyscyplinowanie” chorych i „niedbałość ich lekarzy”¹⁵².

„Poziom Görbersdorfu jest wzniesiony na 570 metrów nad powierzchnią morza, w pasie, który nauka lekarska nazywa «wolnym od suchot». Góry otaczające go dosięgają 900 metrów. Oslaniają one wieś i jej zakłady lecznicze od wiatrów, które dochodzą tu osłabione; stąd panuje w Görbersdorfie cichość powietrza jak rzadko w której dolinie. W każdej porze roku przebywający tu mogą znaleźć ustronie zupełnie wolne od wiatrów dla spędzenia kilku godzin na świeżym powietrzu, obfitującym w ozon i balsamiczny zapach drzew iglastych, pokrywających okoliczne góry” – pisało w 1894 r. w „Tygodniku Ilustrowanym” o tej miejscowości¹⁵³.

Hermann Brehmer początkowo wspólnie z żoną Marią von Colomb w latach 1854–1858 prowadził w Görbersdorf zakład przyrodolecznicy, a następnie od 1859 r., gdy uzyskał koncesję od rządu pruskiego, uruchomił zakład leczniczy dla chorych na płuca. Wybór miejsca nie był przypadkowy, gdyż uwzględniał przede wszystkim położenie (klimat) oraz czynnik epidemiologiczny.

*„[...] od roku 1781 aż do roku 1854, to jest aż do założenia zakładu, zmarło z tutejszych mieszkańców na gruźlicę trzydziestu, czyli rocznie 0,41; od roku zaś 1854 aż do roku 1880, w którym to czasie przeszło dziesięć tysięcy chorych piersiowych w Goerbersdorfie przebywało, umarło tylko pięciu, to jest rocznie 0,18. A więc po założeniu zakładu, gdzie tysiące chorych piersiowych wydzieliną swą powietrze zanieczyszczało – aż do roku 1880 obchodzono się, nie znając jeszcze lasecznika gruźliczego, mniej ostrożnie z plwociną jak teraz – była śmiertelność mieszkańców tutejszych na gruźlicę płuc mniejsza, aniżeli przed założeniem zakładu”*¹⁵⁴.

Pacjentów leczył Brehmer, wykorzystując głównie górskie powietrze, ruch na świeżym powietrzu, ćwiczenia oddechowe, prawidłowe, regularne odżywianie (mięso, jarzyny). Stosował także natryski z zimnej wody, połączone z rozgrzewającym nacieraniem, które miały poprawić łaknienie (osłabione przy małym ruchu), sen, regulację ciepła w skórze, pracę układu współczulnego i tarczycy. Leczenie farmakologiczne opierało się na stosowaniu morfiny, chloralu, pepsyny, taniny

¹⁵²T. S t a c h i e w i c z, *Leczenie suchot płucnych sposobem dra H. Brehmera na podstawie własnych doświadczeń*, „Wiadomości Lekarskie” 1887, nr 10.

¹⁵³A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 123.

¹⁵⁴A. J a r u n t o w s k i, *Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych i używany tamże sposób leczenia*, „Nowiny Lekarskie” 1893, nr 6, s. 324–331.

i czerwonego wina. „Przez ciągłą gimnastykę zaatakowane płuca uczą się prawidłowo funkcjonować, świeże górskie powietrze pobudza czynność serca. Do pobudzenia działalności skóry służą prysznic¹⁵⁵. Zabiegi dostosowywano do potrzeb pacjenta, a każdy z nich znajdował się pod stałym nadzorem lekarza. Zakładano, że kuracja powinna odbywać się bez względu na porę roku. „Właściwej pory leczniczej, czyli tak zwanego sezonu, w zakładzie nie ma. Chorzy są leczonymi przez cały rok, lubo najwięcej bywa zwykle od czerwca do września¹⁵⁶.”

Podczas kuracji obowiązywał pacjentów reżim uzdrowiskowy. Już od pierwszego dnia pobytu kuracjusz musiał dostosować się do regulaminu, który uwzględniał rytm czuwania i wypoczynku. Jak pisał jeden z pacjentów:

„Chorym zdrowszym, o ile na to pozwalał stan zdrowia, zazwyczaj lekarze zalecali wstawać około godziny szóstej rano i na odgłos trąbki schodzą się wszyscy do Kurhausu na śniadanie, które trwa od godziny 7.00–8.00, drugie śniadanie od godziny 10.00–11.00, obiad od 13.00–14.00, podwieczorek od 16.00–17.00, kolacja w godzinach 19.00–20.00 wieczorem. Przerwy pomiędzy godzinami do przyjmowania pokarmów, odpowiednio do przepisu lekarza, są przeznaczone na spacer po parku lub górach, albo też na wypoczynek w mieszkaniu. Nie zgłaszający się w godzinach wyznaczonych, pozostają bez posiłku. Chorym słabszym, pokarmy za każdym razem przynosi się do mieszkania [...]. Spacer po parku, w góry porośłe lasem, napawanie się orzeźwiającym powietrzem, zajmowanie wzroku malowniczym krajobrazem, lub niekiedy dalsze wycieczki po okolicy, oto główne, a zarazem lecznicze podstawy rozrywek, nadto czytanie pism periodycznych i książek z miejscowej biblioteki, gra w szachy, domino, warcaby, strzelnica i koncerty, które tu bywają co dwa tygodnie¹⁵⁷.”

Metoda ta nie przez wszystkich była jednak akceptowana. Jak to zwykle bywało w przeszłości, sukces jednych, rodził zawiść i podejrzenia innych. Tak było wcześniej z metodą wodoleczniczą zaproponowaną przez Vincenza Priessnitza w Gräfenbergu na Śląsku austriackim, tak też było z metodą H. Brehmera. Jak pisał jeden z lekarzy polskich:

„Nie możemy atoli żadnym sposobem pochwalić ani zgodzić się na metodę w zakładzie p. Brehmera używaną i prowadzeniu przyjętego przezeń sposobu leczenia; metoda ta, zdaje nam się być całkiem nieodpowiednią, a nawet w wielu wypadkach szkodliwą [...]. Młodzieniec, mąż dojrzały i staruszek – panienska i mężczyzna – limfatyk i sangwinik – mieszczuch i wieśniak – salonowiec i chłop – bez względu na

¹⁵⁵ S. M a r k i e w i c z, *Zakład leczniczy w Görbersdorfie*, „Medycyna” 1874, nr 7 s. 106–109; A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 124.

¹⁵⁶ W. Ś c i b o r o w s k i, *Wiadomości o zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Görbersdorfie w Szląsku pruskim*, „Przegląd Lekarski” 1874, nr 45, s. 381–383, nr 46, s. 389–390, nr 47, s. 397–398.

¹⁵⁷ H. K i e s z c z y ń s k i, *Wiadomości o zakładzie leczniczym dra Brehmera w Görbersdorfie w Szląsku pruskim*, Warszawa 1876, s. 95.

to, że jeden pluje masami krwią, a drugi flegmą lub wcale nie ma żadnych płwocin – że ten gorączkuje rano, tamten wieczorem, trzeci miewa ciągle dreszcze, czwarty nigdy ich nie ma ani gorączki, a piąty zlewa się w nocy obfitymi potami – wszyscy bez wyjątku maszerować muszą jednakowo, co rano do natrysku jednakowego i z jednej wody z tą tylko różnicą, że nowicjusz drży pod dreszczem o 6 stopni R przez 5, a dawniejszy suchotnik przez 45 sekund [...]. To też dla nikogo nie jest tajemnicą w kraju Brehmera, że pomimo świetnych sprawozdań właściciela zakładu i naciągniętego gwałtownie porównania pomyślności jego metody z innymi zakładami, np. szwajcarskimi – chorzy leczeni w Görbersdorfie nie wszyscy wyjeżdżają z tak wielkim polepszeniem o jakim się czyta w rocznikach p. Brehmera”¹⁵⁸.

Korespondencja zaczynała się zresztą od słów, że pochodzi z miejsca, w którym leczona jest „gruźlica płucna, przeciwko której wyczerpały się wszystkie środki, jakie nie tylko nauka, ale i fantazja lekarzy i owczarzy podyktowały”¹⁵⁹. Była to, jak widać, bardzo ostra krytyka, nie zawsze słuszna, wypowiedziana przez znanego polskiego lekarza Henryka Łuczkiwicza (1826–1891)¹⁶⁰. Nie pokrywała się ona raczej z obserwacjami i poglądami, wspomnianych wcześniej A. Sokołowskiego i T. Chałubińskiego. Nie zgadzała się też z relacjami innych lekarzy, m.in. z przebywającym w Görbersdorfie i pielęgnującym tu w 1876 r. swojego przyjaciela – Władysławem Matlakowskim (1851–1895)¹⁶¹, który pomimo śmierci kolegi, nie kwestionował słuszności metody stosowanej w leczeniu wczesnego stadium gruźlicy.

¹⁵⁸ H. Ł u c z k i e w i c z, *Korespondencja z Görbersdorfu*, „Gazeta Lekarska” 1875, nr 10, s. 157–160.

¹⁵⁹ Ibidem, s. 157.

¹⁶⁰ Profesor Szkoły Głównej w Warszawie, autor spolszczonego podstawowego nakazu etosu przysięgi lekarskiej w latach siedemdziesiątych XIX w., w myśl którego lekarz „urządza życie chorym dla ich dobra”, a także wielu publikacji na temat polskich zdrojowisk. Zob.: H. Ł u c z k i e w i c z, *Ze śląskich zakładów kąpielowych*, „Gazeta Lekarska” 1882, nr 49.

¹⁶¹ Jeden z najwybitniejszych ówczesnych polskich chirurgów, wprowadził na oddział chirurgiczny antyseptykę i aseptykę, uważany za przewodnika duchowego swego pokolenia. „Poddaje on uczciwej i zimnej krytyce zabiegi własne, zrzekając się doszczętnie fałszywej ambicji, w imię prawdy, nauki i rzetelnego postępu. Jakaż to różnica między nim a takimi, którzy zaczynają i kończą swą działalność naukową od krytycznych napaści na cudzą pracę!”. Zob.: R. J a s i ń s k i, *Władysław Matlakowski jako chirurg*, „Gazeta Lekarska” 1895, nr 30, s. 760. Był także wielkim społecznikiem, oddanym całym sercem pacjentom, zmarł na gruźlicę. „Życie dla mnie miało wartość wyższą, gdym mógł idealnie w szpitalu za darmo działać; lecz praktykować dla zarobku, to zawsze bliskie świństwa, a czasami w nie przechodzi”. Zob.: W.H. M e l a n o w s k i, *Władysław Matlakowski, syn ludu, wybitny lekarz i odkrywca podhalańskiej sztuki zdobniczej (1851–1895)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1953, nr 12, s. 478–480 i nr 13, s. 518–519.

Najwięcej kontrowersji wzbudzało w metodzie Brehmera aplikowanie chorym dużego wysiłku fizycznego¹⁶². Z poglądem tym nie zawsze zgadzali się inni lekarze, także polscy, gdyż, mimo że istniały wówczas dwie koncepcje leczenia gruźlicy (czynna i bierna aktywność), większość z nich skłaniała się raczej za ograniczeniem ruchu podczas terapii¹⁶³. Polscy lekarze, pracujący w tym sanatorium nie zgadzali się także z przytoczonym wcześniej opisem i ostrą krytyką görbersdorfskiej metody¹⁶⁴. A że tam pracowali, świadczą liczne korespondencje napływające do redakcji polskich czasopism.

„Wśród chorych przebywających w Görbersdorfie znajduje się zawsze liczna kolonia polska. Dlatego jeden z lekarzy zakładu dra Brehmera jest zwykle Polakiem i opiekuje się ze szczególną troskliwością rodakami. Z tego też względu czytelnia zakładu zaopatrzoną jest w pisma polskie, zachowujące łączność chorego z krajem rodzinnym”¹⁶⁵.

W innym czasopiśmie możemy przeczytać: „Nadmieniamy jeszcze, że pierwszym asystentem zakładu jest dr Jaruntowski, w którym przybywający do Görbersdorfu rodacy cenią nie tylko doskonałego lekarza, lecz także szczerego doradcę i miłego towarzysza”¹⁶⁶. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych XIX w. pracował tam

¹⁶² Szkoła H. Brehmera zalecała chorym umiarkowany ruch, jednakże stopniując go aż do jazdy na rowerze, nartach, wiosłowania, pływania i forsownej gimnastyki na powietrzu, nawet zimą. Dettweiler z kolei był zdania, że leczenie powinno polegać na leżeniu i weteranowaniu, a swą ideę opierał nie tylko na rozumowaniu i obserwacji, ale i na znanej maksymie Laenneca, iż „najszcześniejszym wypadkiem dla chorego na gruźlicę płuc jest złamanie nogi”. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965, s. 92.

¹⁶³ Brak sprecyzowanej koncepcji dotyczącej terapeutycznej wartości ruchu w leczeniu gruźlicy wynikał z przesądów i braku wiedzy, a także rozpowszechnianych wówczas poglądów na temat budowy i zdrowia człowieka. Jeden z nich głosił, że jeśli ktoś jest rozgrzany, spocony i lekkomyślnie napije się wody „natenczas krew krzepnie i obieg, czyli krążenie krwi ustaje. W takim razie tworzą się na płucach wrzody bez ustanku się jątrzące, które nareszcie niszczą do szczytu płuca i śmierć za sobą sprowadzają”. Zob.: „Opiekun Polskich Dzieci” 1867, nr 16, s. 122 oraz nr 17, s. 131.

¹⁶⁴ Polscy lekarze akceptując metodę Brehmera wytykali mu także błędy. Sokołowski uważał, że terapia ta powinna opierać się „na indywidualnej postaci i indywidualnych właściwościach osobnika”, nie był też zwolennikiem bezwzględnego reżimu, z kolei H. Dobrzycki był przeciwnikiem stosowania jednego schematu dla wszystkich chorych. O Görbersdorf i metodzie Brehmera pisali lekarze: S. Markiewicz, T. Stachiewicz, A. Jaruntowski, R. Kowalewski, Z. Dobieszewski. Zob.: A. K i e r z e k, J. O d o n i c z - C z a r n e c k i, *Dziewiętnastowieczne sanatorium przeciwgruźlicze Goerbersdorf – Sokołowsko w relacjach lekarzy polskich*, „Medycyna Nowożytna” 1995, nr 1, s. 79–88.

¹⁶⁵ A. Z i e l i Ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 121–122.

¹⁶⁶ Artur Jaruntowski (1860–1904), lekarz poznański, ftyzjatra, absolwent Uniwersytetu Wrocławskiego, w czasie studiów członek Towarzystwa Medycznego Akademików Polaków, sekretarz Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. Zaangażowany w zwalczanie

także inny polski lekarz z Podola – dr Alfred Izbicki (1858–1912) jeden z pięciu tam leczących¹⁶⁷. Autor przytoczonej wcześniej krytycznej korespondencji nie ominął też pracy samych lekarzy.

„Służbę zdrowia spełnia w Görbersdorf trzech lekarzy, a mianowicie dr Brehmer i jego dwaj asystenci drowie Dettweiler i Sokołowski, na których to ostatnich właściwie spada cały ciężar pracy i dozór chorych, gdyż naczelnik, już dla wysokiej godności swej właściciela, już też z powodu duszności, na którą cierpi i chodzić prawie nie może, mało obecnie zajmuje się chorymi, za to więcej rachunkami i sprawozdaniami w czym istotnie do znakomitej doszedł biegłości”¹⁶⁸.

Krytyczne uwagi nie przeszkadzały kontynuować H. Brehmerowi działalności leczniczej i rozbudowywania zakładu, który od momentu uzyskania koncesji nie mógł pomieścić chętnych. „Zakład leczniczy dra Brehmera (dla osób cierpiących na piersi) cieszy się wielkim powodzeniem. Bawi tutaj obecnie już 155 osób. Z każdym dniem przybywają nowi goście, którzy muszą się mieścić na wsi, gdyż w zakładzie nie ma miejsca”¹⁶⁹. W roku 1862 wybudował Brehmer dwupiętrowy budynek kuracyjny z 40 pokojami, nazywany potocznie „Starym Domem” oraz pensjonat „Biały Dom” z 20 pokojami i „Villa Rosa” z 16 pokojami. Uporządkował także teren wokół zakładu, dzięki czemu powstał park leśny ze ścieżkami, strumykami i altanami oraz zabudowania gospodarcze¹⁷⁰. W połowie lat siedemdziesiątych XIX w. do starej części domu kuracyjnego dobudował dla siebie mieszkanie, ogród zimowy, bibliotekę i wieżę, a pod koniec dekady wznosił „Nowy Kurhaus”¹⁷¹. W roku 1880, po kolejnej przebudowie całego zakładu, dysponowano łącznie 303 pokojami¹⁷².

gruźlicy i szerzenie profilaktyki. W styczniu 1899 r. na posiedzeniu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu wygłosił referat pt. „Pogląd na obecny stan zwalczania suchot płucnych” wydrukowany w nakładzie kilku tysięcy egzemplarzy, dzięki czemu ludność Wielkopolski została zainteresowana sprawą walki z gruźlicą. Zob.: R. M e i s s n e r, *Zarys dziejów ftyzjatrii poznańskiej w latach 1899–1989*. W: *Księga pamiątkowa Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego Chorób Płuc i Gruźlicy im. Eugenii i Janusza Zeylanów*, Poznań 1988, s. 14; A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 122.

¹⁶⁷ A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 125.

¹⁶⁸ Z. W o ń n i e w s k i, *Görbersdorf – Sokołowsko...*, s. 96.

¹⁶⁹ A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 118.

¹⁷⁰ Sanatorium posiadało dużą liczbę ogrzewanych piecami pokoi, modnie wyposażonych, łóżka miały specjalne sprężynowe materace, a łączność z personelem utrzymywana była za pomocą dwóch dzwonek: jeden do wzywania służby, drugi w razie nagłej potrzeby. Integralną częścią uzdrowiska było także laboratorium chemiczne, gdzie badano przemianę materii oraz wykonywano analizy bakteriologiczne. Zob.: W. Ś c i b o r o w s k i, *Wiadomości o zakładzie leczniczym...*, nr 45, s. 381–382, nr 47, s. 397.

¹⁷¹ S. M a r k i e w i c z, *Zakład leczniczy...*, s. 107–108.

¹⁷² *Dr Brehmer i jego zakład leczniczy dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Śląsku*, „Kłosy” 1880, nr 773, s. 261–262 i nr 774, s. 285.

Zakład klimatyczny w Görbersdorf już po paru latach funkcjonowania zyskał sławę i uznanie u pacjentów z całej Europy, o czym świadczą liczby osób korzystających z kuracji, np. w 1872 r. zakład przyjął 396 osób, w tym 25 gości z Polski. W 1873 r. było ich już 706, w tym z Polski – 110. W liczbie tej było 574 chorych na gruźlicę (277 w pierwszym stadium choroby, z tego uważano za wyleczonych 65, 199 w drugim – wyleczonych 10 i 148 w trzecim – 14 zmarło, pozostali bez poprawy). Natomiast w 1874 r. (od stycznia do listopada) było 650 chorych (97 Polaków), z czego chorych na gruźlicę było 564¹⁷³. Ponieważ liczba chętnych przekraczała możliwości zakładu leczniczego, jeszcze przed śmiercią Brehmera powstały dwa dalsze zakłady lecznicze.

Drugi etap rozwoju Görbersdorf związany jest z osobą majora von Rössing, który w 1872 r. zamieszkał w tej miejscowości. Wkrótce też, nieopodal zakładu H. Brehmera wybudował willę w stylu szwajcarskim, która służyła jego rodzinie, a część pokoi wynajmowano kuracjuszom. W roku 1874 namówił on doktora Theodora Römplera (1845–1902), który w 1873 r. doktoryzował się na Uniwersytecie w Halle-Wittenberg, a po rozmowie z baronem von Rössing zobowiązał się do dwuletniego kierowania nowo powstałym zakładem. W tym samym czasie baron nabył grunty, rozciągające się od jego willi, w kierunku południowo-wschodnim oraz obszar u podnóża tak zwanej Wysokiej Góry. Jeszcze w tym samym roku położono kamień węgielny pod budowę nowego zakładu, który ukończono w 1876 r. Pod koniec lat siedemdziesiątych XIX w. kuracjusze mogli korzystać więc z domu barona, restauracji, zakładu kuracyjnego, pokoi zajazdu „Zur Preussische Krone” oraz pokoi wynajmowanych w okolicznych domach. W pobliżu zakładu wzniesiono budynek mieszczący natryski i łaźienki¹⁷⁴. Dodać należy, że uzdrowisko nigdy nie należało do tanich, cena była jednak adekwatna do warunków, gdyż było ono dobrze zagospodarowane, posiadając pod koniec lat osiemdziesiątych XIX w. wodociąg i kanalizację, pocztę oraz połączenie telefoniczne¹⁷⁵.

Theodor Römpfer funkcję radcy zdrowia objął w marcu 1875 r., a w czerwcu 1878 r. odkupił od barona Rössinga cały zakład i wkrótce przystąpił do budowy parku kuracyjnego. W roku 1883 wzniesiono willę w stylu szwajcarskim, nazwaną od imienia jego żony – „Elsa”, w której zamieszkał właściciel. W tym samym roku T. Römpfer ofiarował teren na terasie ponad willą Rössinga Kościołowi protestanckim. Budowę świątyni, finansowaną ze składek kuracjuszy, rozpoczęto w następnym roku. W roku 1885 dla gości z Rosji przy domu kuracyjnym założono ogród zimowy, w parku wzniesiono kaplicę obrządku prawosławnego, w następnym roku, pomiędzy domem kuracyjnym a tak zwaną „Turmvilla”, wybudowano dużą

¹⁷³ W. Ś c i b o r o w s k i, *Wiadomości o zakładzie leczniczym...*, nr 47, s. 397.

¹⁷⁴ A. J a r u n t o w s k i, *Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych i używany tamże sposób leczenia*, „Nowiny Lekarskie” 1893, nr 7/8, s. 376–381 i nr 9, s. 449–458.

¹⁷⁵ R. O r t m a n n, *Görbersdorf Dr Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke*, Zürich 1882, s. 64.

jadalnię. W roku 1887 powstała duża, zadaszona leżakownia. W latach dziewięćdziesiątych XIX w. powstała promenada, biegnąca z sanatorium do ruin zamku Radość¹⁷⁶.

Odkrycie w 1882 r. przez Roberta Kocha prątków gruźlicy zaważyło także na kierunku rozwoju leczenia klimatyczno-sanatoryjnego. W poglądach lekarzy przeważały wówczas założenia opracowane wcześniej przez P. Dettweilera, który uważał, że gruźlicę można leczyć w każdym miejscu, byleby powietrze było czyste. Stąd pod koniec lat osiemdziesiątych XIX w. liczba chorych w Görbersdorf wyraźnie zmalała i choć zmieniło się podejście do leczenia gruźlicy, metody Brehmera jednak całkowicie nie odrzucono¹⁷⁷, gdyż pamiętano, że potrafiła skutecznie radzić sobie z tą chorobą, zanim R. Koch dokonał swego epokowego odkrycia.

Recesja w Görbersdorf trwała zresztą krótko, gdyż na początku XX w. dał się zauważyć ponowny wzrost liczby kuracjuszy. Już w 1894 r. powstał kolejny zakład leczniczy – sanatorium „Marienhaus”, prowadzony przez doktorów Weichersa i Achtermanna, który przeznaczony był dla chorych na gruźlicę w fazie początkowej. Nowością było to, że obok urządzonej z wielkim komfortem „pierwszej klasy” dla najbardziej zamożnych, utworzono także oddział tańszy, tzw. drugą klasę. Nie oznaczało to gorszej opieki i leczenia, lecz wyłącznie inne było miejsce zakwaterowania. „Nie jest to – co prawda – żadne sanatorium ludowe, gdyż kosztą wynoszą bądź co bądź przeciętnie 145 marek miesięcznie, lecz ludzie średnio zamożni w razie potrzeby innowację tę powitają z szczerą radością”¹⁷⁸. Planowano również utworzenie oddziału „trzeciej klasy” dla najbiedniejszych, i mimo że nie każdego było stać na pobyt w Görbersdorf, uważano, iż w porównaniu do innych miejscowości był on stosunkowo tani¹⁷⁹.

Pamiętać jednak należy, że kuracja tam często trwała bardzo długo, stąd koszty rosły i trzeba było szukać takich oszczędności, aby sprawy finansowe nie przeszkodziły w leczeniu gruźlicy, która już wówczas stawała się problemem społecznym¹⁸⁰. „Widziałam chorych zostających w nim po roku i więcej, lecz za to bar-

¹⁷⁶ A. J a r u n t o w s k i, *Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych...*, nr 10, s. 512–518 i nr 11, s. 552–555.

¹⁷⁷ M. B u d y g a n, *Metoda Kocha w stacyach klimatycznych. Korespondencja z Görbersdorfu omawiająca wyniki leczenia u 110 zaszczerpiionych płynem Kocha*, „Przegląd Lekarski” 1890, nr 50, s. 700–701.

¹⁷⁸ A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 122.

¹⁷⁹ Ibidem, s. 125.

¹⁸⁰ Z uwagi na długi czas leczenia, nie każdy mógł sobie na nie pozwolić. „Położenie suchotnika niezamożnego [...] przez kontrast z tem co jest dostępne dla bogatego, uczyniło je jeszcze rozpaczliwszem”, stąd np. w Niemczech zainicjowano ruch na rzecz „sanatoriów ludowych”, który umożliwiał ludziom najuboższym korzystanie także z pobytów uzdrowiskowych, w trakcie których chorzy odzyskiwali zdrowie (ustępowała gorączka, wracało łaknienie, znikaly poty nocne, oddech stawał się wolniejszy, ustępował kaszel itp.). Pierwsze sanatorium dla najuboższych (Volksheilstätte) wybudowano w Falkenstein koło Frank-

dzo wielka liczba leczy się radykalnie, osoby wątłe i osłabione nabierają sił i ciała już po kilku tygodniach, a powoli hartują się tak, że im później jesienne i zimowe nie szkodzą chłody¹⁸¹.



Sanatorium H. Brehmera w Görbersdorf (początek XX w.)
Źródło: RAGNAR-WROCLAW.dolny.slask.pl

W latach dziewięćdziesiątych XIX w. miejscowość Görbersdorf nadal się rozwijała; w 1898 r. liczyła 832 mieszkańców, w tym 618 ewangelików, 188 katolików i 25 Żydów¹⁸². W roku 1908 żyło tam już 1328 mieszkańców, w tym 1031 ewangelików (z tego 1023 Niemców i 2 Polaków), 267 katolików (229 Niemców i 14 Polaków) oraz 29 Żydów¹⁸³.

Leczenie sanatoryjne w klimacie górskim było jedynym sposobem leczenia gruźlicy do ok. 1914 r. Po tej dacie, gdy zamknięto granice i trzeba było tworzyć sanatoria w klimacie zgoła odmiennym (Anglia, Holandia, Norwegia) okazało się, że wyniki także są dobre, często nawet trwalsze. Ponadto zmienił się już wówczas sposób leczenia gruźlicy, gdyż zaczęto stosować metodę odmy płucnej¹⁸⁴.

furtu nad Menem w 1892 r., a kierownictwo powierzono P. Dettweilerowi. Zob.: *W sprawie sanatoriów ludowych...*, s. 8; R. M e i s s n e r, *Dzieje fizjatrii poznańskiej do końca XX wieku. Rozwój bazy diagnostyczno-terapeutycznej, osiągnięcia i główne kierunki przemian*, Poznań 1999, s. 47.

¹⁸¹ A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 120–121.

¹⁸² Por.: *Gemeindelexikon für die Provinz Schlesien*, Berlin 1898.

¹⁸³ Por.: *Gemeindelexikon für die Provinz Schlesien*, Berlin 1908.

¹⁸⁴ M. T e l a t y c k i, *Leczenie sanatoryjne...*, s. 186–201.

Görbersdorf po 1914 r. stał się stacją klimatyczną oraz ośrodkiem sportów zimowych, gdyż odwiedzający miejscowość Skandynawowie wybudowali tam skocznię narciarską. Zmiana charakteru miejscowości spowodowała odpływ mieszkańców. Tuż przed wybuchem drugiej wojny światowej miejscowość zamieszkiwało niewiele ponad 600 osób. W czasie wojny nie doznała żadnych zniszczeń i jeszcze kilka lat po jej ukończeniu sanatorium H. Brehmera było czynne pod nazwą „Grunwald”. Leczone w nim choroby płuc, w tym gruźlicę.

Bez wątpienia 60-letnia działalność uzdrowiska Görbersdorf, a przede wszystkim opracowana tam przez H. Brehmera metoda stosowana w leczeniu gruźlicy w początkowej fazie, przyczyniła się do rozwoju współczesnej fizjatrii. Ten pierwszy w Europie zakład klimatyczny dla chorych na gruźlicę był dla wielu ówczesnych fizjatrów wzorem i impulsem do stworzenia w innych miejscach podobnych lecznic. „Brehmera, który wtenczas pierwszy wypowiedział zdanie, że gruźlica płuc jest wyleczalną, okrzyczano za szarlatana. Dzisiaj uznają [go] wszystkie powagi lekarskie, że jego metoda leczenia jest jedynie racjonalna”¹⁸⁵.

Miejscowa ludność jeszcze długo po śmierci twórcy görbersdorfskiej metody, pamiętała o nim, czcząc jego imię, wspominając zasługi i składając kwiaty w rocznicę śmierci. „Co rok otwierają się podwoje grobowca na dzień jego rocznicy śmiertelnej, aby uwieńczyć kwiatami trumnę nieboszczyka, który się w ukochanym swym parku wraz z żoną i jedynym synem pochować kazał”¹⁸⁶.

Wykorzystując klimat podgórski, pożywną dietę i zabiegi hydroterapeutyczne, przyczynił się H. Brehmer do ukształtowania zasad współczesnego lecznictwa uzdrowiskowego, w którym najważniejszym założeniem jest zwiększenie obronności ustroju, uaktywnienie sił samoleczących oraz szeroko rozumiana profilaktyka. I pomimo że nie zawsze efekty balneo- i klimatoterapii były skuteczne, o czym niejednokrotnie przekonał się sam autor tej metody, to jednak rozpowszechnianie profilaktyki było bezdyskusyjne. „Jakże piękną jest myśl dania ubogim, chorym na suchoty, możliwości leczenia się w sanatoriach, które w nich wlewają nowe życie, a co najmniej – nowe siły do pracy i wiarę, ucząc sztuki życia w zdrowiu”, pisał niemiecki lekarz Peter Biedert, który jednocześnie dodawał, że „piękniejszą jest jedynie myśl walczenia z gruźlicą, zanim porwie ofiarę, a to przez dostarczenie ludności środków do życia – pracy, czyniąc całą ludność silną wobec zawsze grożącego nieprzyjaciela”¹⁸⁷.

Dlatego też, pomimo wprowadzenia pod koniec XIX w. w terapii chorych na gruźlicę leków o silnym działaniu, profilaktyka wykorzystująca ruch i naturalne

¹⁸⁵ A. Z i e l i ń s k i, *Listy ze śląskich...*, s. 122–123.

¹⁸⁶ *Ibidem*, s. 125.

¹⁸⁷ *W sprawie sanatoriów ludowych...*, s. 11.

metody¹⁸⁸, w tym klimat, stosowana była nadal i podobnie jest w czasach współczesnych.

2.2. Doświadczenia uzdrowiska Bad Ziegenhals w zakresie leczenia chorób płuc i gruźlicy

Uzdrowisko Bad Ziegenhals (Głuchołazy) leży na małym skrawku Sudetów Wschodnich, położone jest na wysokości 275 m n.p.m. w dolinie rzeki Białej, zamknięty od strony południowej i zachodniej pasmem Gór Złotych (Złate Hory) w masywie Jesioników, które przed wiekami stanowiły teren graniczny między piastowską Polską a Morawami¹⁸⁹. Dzięki przedgórzcu Jesioników miejscowość chroniona była przed silnymi wiatrami ze wschodu i północy, podczas gdy otwarta dolina rzeki Białej pozwala docierać tam ciepłym wiatrom południowym. Sprawiało to, że klimat tu był łagodny, umiarkowanie bodźcowy¹⁹⁰, charakteryzujący się wyrównaną temperaturą, brakiem gwałtownych skoków ciśnienia atmosferycznego i wilgotności, wiatrów oraz powietrzem nasyconym olejkami eterycznymi i żywicznymi, natomiast rozliczne lasy iglaste zapewniały od wieków nieustannie świeże powietrze¹⁹¹. Dzięki swoistym walorom klimatycznym i naturalnemu pięknu miejscowość zwróciła na siebie uwagę w drugiej połowie XIX w., przyciągając w okolice pierwszych żądnych estetycznych doznań turystów, a następnie kuracjuszy¹⁹².

Według autorów niemieckich¹⁹³, impulsem do podjęcia działalności leczniczej było dobrze prosperujące, pobliskie uzdrowisko Gräfenberg (czeskie Lázně Jeseník) założone w 1831 r. przez Vincenza Priessnitza, który stworzył tu ośrodek, działający w oparciu o miejscowe wody. Dlatego też rozwój uzdrowiska, nazywanego potocznie Wörishofen Wschodu¹⁹⁴, nastąpił z jednej strony z uwagi na wy-

¹⁸⁸ H. L i e b r e c h t, *Należyta dbałość o narząd oddechowy*, „Przewodnik Gimnastyczny” 1884, nr 10; zob. też: S. S t e r l i n g, *Muzea gruźlicze*, „Gruźlica” 1909, nr 5.

¹⁸⁹ W. K o r z e n i o w s k a, *Kurorty górnośląskie dawniej i dziś*, Opole 1992, s. 66–71.

¹⁹⁰ W uzdrowisku, obok chorób dróg oddechowych leczono z powodzeniem także inne dolegliwości, o ile podlegały wpływowi medycyny naturalnej. Na kuracje przyjmowani więc byli również chorzy z zaburzeniami krążenia krwi, przemiany materii, żołądka, jelit, nerwów i wyczerpani, rekonwalescenci, kobiety w okresie przekwitania, jak i potrzebujący wypoczynku. Zob.: *Ziegenhals OS. Kurort für naturgemässe Lebensweise*, Ziegenhals 1938, s. 4–5.

¹⁹¹ M. S i t k o, *Góry Opawskie. Przewodnik*, Głuchołazy–Prudnik 1998, s. 59–61.

¹⁹² W. B i e d e r m a n n, *Ziegenhals und Umgebung mit der „Schlesischen Schweiz”*, Ziegenhals 1926, s. 16–17.

¹⁹³ P. K u t z e r, *Aus einer kleinen Fürstenstadt. Historischer Rückblick auf die Vergangenheit von Ziegenhals*, Ziegenhals 1928, s. 108–118.

¹⁹⁴ D. S c h n e i d e r, *Ziegenhals als Bade- und Ausflugsort*, „Die Provinz Oberschlesien” 1928, [Nr.] 2.

stępujące tu warunki klimatyczne, jednak przede wszystkim dzięki wprowadzonej metodzie wodolecznictwa według księdza Sebastiana Kneippa, która w drugiej połowie XIX w. zdobyła wielki rozgłos na całym świecie¹⁹⁵.

Bad Ziegenhals długo raczkowało wśród śląskich kurortów. Nie miało renomy znanego uzdrowiska, ani długiej historii i tym samym było niedoceniane. Posiadało natomiast korzystne warunki krajobrazowe i klimatyczne, a ukształtowanie terenu, będące przyczyną specyficznego klimatu pozwoliło wykorzystać niepowtarzalne położenie i sprawiło, że z biegiem lat miasto stało się znanym „uzdrowskim klimatycznym” i dołączyło do wielu uzdrowisk, które od dłuższego czasu na dobre ulokowały się w dolinach sudeckich¹⁹⁶.

Po pierwszej wojnie światowej, gdy przeminęła moda na kuracje kneippowskie, większość sanatoriów przekształcono w domy wczasowe. Wpływ na to miała także słaba mineralizacja wód wypływających z Góry Parkowej. To spowodowało, że obok zabiegów wodoleczniczych, dużego znaczenia na początku XX w. nabrało tu leczenie płuc.

W połowie lat dwudziestych XX w. sanatorium „Waldfrieden”¹⁹⁷ zostało przejęte przez Zarząd Prowincji Górnośląskiej w Raciborzu i urządzono w nim Górnośląską Prowincjonalną Lecznicę dla Chorych na Gruźlicę¹⁹⁸.

Wybór tej miejscowości nie był przypadkowy. Po pierwszej wojnie światowej niemiecka część Górnego Śląska utraciła na rzecz Polski jedyne takie centrum chorób płuc, które wcześniej znajdowało się w Wodzisławiu¹⁹⁹. Dodać przy tym należy, że od 1920 r. urząd burmistrza w Bad Ziegenhals sprawował dr D. Schneider²⁰⁰ pochodzący z Wodzisławia. Wydaje się zatem, że to właśnie on zaproponował Zarządowi Prowincji Górnośląskiej to miejsce i stąd, w znanym już wcześniej uzdrowisku, utworzono nowe centrum leczenia chorób płuc i gruźlicy, które w owym czasie nabierało szczególnego znaczenia, gdyż była to jedna z najgroźniejszych chorób dziesiątkująca ludność.

¹⁹⁵ Wśród środków leczniczych stosowanych w Bad Ziegenhals wymieniano oprócz wodolecznictwa słodkowodnego (kneippowskiego), także lokalną borowinę, kąpiele z wywarów sosny, kory dębowej, kwasowo-węglowe, parowe, kąpiele tlenowe, leżakowanie werandowe oraz na otwartej przestrzeni, gimnastykę leczniczą, terapię ruchową, a więc tenis, wioślowanie, narciarstwo, wędrówki górskie oraz terapię zajęciową w warsztacie, ogrodzie i domu. Zob.: R. M o s s e, *Bäder-Almanach*, Berlin 1913, s. 485.

¹⁹⁶ W pierwszych latach działalności Bad Ziegenhals funkcjonowało tam kilka zakładów przyrodoleczniczych, jednak z biegiem czasu, wraz z rozwojem miasta jako uzdrowiska powstało do 1939 r. ok. 20 hoteli, pensjonatów i sanatoriów. Por.: *Ziegenhals OS. Kurort für...*, s. 10–11.

¹⁹⁷ E. J i r z i k, *Dr Jirzik's Sanatorium Waldfrieden*, Dresden 1908, s. 3–15.

¹⁹⁸ P. K u t z e r, *Aus einer kleinen...*, s. 117–118.

¹⁹⁹ *Die Lungenheilstätte in Loslau...*, sygn. 1613.

²⁰⁰ *Neisse mit Anhang Stadt und Bad Ziegenhals*. Hrsg. A. Franke u.a., Berlin-Friedenau 1925, s. 205–207.

W roku 1926 Zarząd Prowincji, pod kierownictwem Hansa Piontka zakupił budynek dawnego sanatorium dr. Emila Jizika, a następnie też „Franzensbad”, w których uruchomił oddziały żeńskie chorób płuc i gruźlicy. W roku 1927 kupiono z przeznaczeniem dla mężczyzn dworek w pobliskim Podlesiu (niem. Schönwalde), a dla dzieci dworek w Jarnottówku (niem. Arnoldsdorf). Było również planowane przez Zarząd Prowincji wzniesienie budynku na stoku Góry Parkowej, nie doszło ono jednak do skutku²⁰¹.

Wszystkie te zakupy nie zaspokajały w dalszym ciągu potrzeb, problemem była też odległość i rozrzucenie po okolicy kilku oddziałów. Stąd na początku lat trzydziestych XX w. podjęto decyzję o budowie w górnej części zdroju pawilonu męskiego²⁰². W rzeczywistości, w 1936 r. powstało nowoczesne centrum przeciwgruźlicze dla całego Górnego Śląska, z halami leżakowymi, najnowocześniejszym wyposażeniem, wykwalifikowaną kadrą, zapewniając fachową opiekę lekarską, wygodne warunki, a nawet rozrywki²⁰³.

Górnośląska Prowincjonalna Lecznica dla Chorych na Gruźlicę składała się z dwóch budynków: północnego – przeznaczonego dla mężczyzn i południowego – dla kobiet, w którym obok pokoi dla pacjentów znajdowały się gabinety lekarskie, nowoczesne urządzenia rentgenowskie do diagnostyki i terapii, gabinet do terapii chorób gardła, nosa i krtani oraz duże laboratorium do badań mikroskopowych, chemicznych, bakteriologicznych i serologicznych. W budynku północnym usytuowano oddział obserwacyjny i operacyjny z salami, gabinetami rentgenowskimi, pokojami przyjęć, pomieszczeniami do naświetlań i inhalatorium. Na najwyższym piętrze zorganizowano oddzielny oddział dziecięcy ze specjalnym oddziałem izolacyjnym i dużymi tarasami²⁰⁴. Placówka dysponowała 250 łózkami dla mężczyzn, kobiet i dzieci, których przyjmowano z gruźlicą płuc w początkowym stadium, gruźlicą krtani, kości, stawów, skóry, a także z innymi chorobami układu oddechowego (przewlekły nieżyt oskrzeli, astma, rozedma płuc). Z terapii w Głuchołazach nie mogli korzystać jedynie chorzy prątkujący, gorączkujący, z zaawansowanymi zmianami gruźliczymi, nierokującymi wyleczenia lub poprawy²⁰⁵.

Otwarcie centrum leczenia chorób płuc w głuchołaskim uzdrowisku zostało przyjęte z mieszanymi uczuciami. Z czasem dostrzeżono jednak wartości i znaczenie tak dużego, regionalnego centrum. Początkowo obawiano się zarażenia gruźlicą, i co się z tym wiąże, spadku zainteresowania wśród turystów. Wkrótce okazało

²⁰¹ P. K u t z e r, *Aus einer kleinen...*, s. 118.

²⁰² *Ziegenhals OS. Kurort für...*, s. 5.

²⁰³ Pacjentom oferowano bogato wyposażoną bibliotekę, gry planszowe, seanse filmowe, koncerty muzyczne, boisko do gry w krykieta, kręgielnię, strzelnicę, kaplicę. Zimą prowadzono wykłady o tematyce rozrywkowej lub popularyzującej wiedzę na temat istoty ich choroby, sposobów leczenia, środków higienicznych. Zob.: *Landesheilstätte Oberschlesien Ziegenhals O/S, Ziegenhals* [ok. 1938], s. 4–5.

²⁰⁴ *Ibidem*, s. 2–3.

²⁰⁵ *Ibidem*, s. 6.

się, że obawy te były bezpodstawne, a nieocenioną rolę w przekonaniu mieszkańców do tego pomysłu odegrał ówczesny lekarz kierujący centrum – doktor Ludger Rickmann (ur. 1893 r.)²⁰⁶, który przybył tam do pracy w 1927 r. Od razu został naczelnym lekarzem lecznicy, a w 1928 r. otrzymał awans na radcę medycznego. Prowadził także wykłady z dziedziny medycyny, publikował prace naukowe, dzięki czemu był znany w górnośląskim środowisku lekarskim²⁰⁷. Razem z doktorem Adolfem Bacmeisterem (1882–1945)²⁰⁸ z Sanatorium w St. Blasien²⁰⁹, rozpoczął stosowanie w Głuchołazach oryginalnej metody²¹⁰ leczenia gruźlicy krtani, polegającej na werandowaniu i naświetlaniu krtani promieniami słonecznymi²¹¹.

Była to metoda, która wówczas zyskała już zwolenników²¹², pomimo że początki stosowania terapii słonecznej w gruźlicy krtani sięgają przełomu XIX i XX w. Wówczas jednak polegało to na bezpośrednim naświetlaniu krtani, co nie zapewniało dostatecznej penetracji krtani przez promienie słoneczne, w związku z tym było mało skuteczne. Próbowano także światło słoneczne skoncentrować poprzez soczewkę zbierającą, ale w dalszym ciągu naświetlanie krtani odbywało się bezpośrednio do jamy ustnej.

Metoda zastosowana przez L. Rickmanna²¹³ polegała na tym, iż pacjent siedział wygodnie na krześle w cieniu, plecami odwrócony do słońca. Miał otwarte

²⁰⁶ Przed przybyciem do Głuchołaz pracował jako ordynator w sanatorium dla chorych na płuca w St. Blasien w Schwarzwaldzie. Zob.: E r n s t, *To Ludger Rickmann on his 60th birthday*, „Tuberkulosearzt” 1953, Nr. 6, s. 323, E. M e l z e r, *Medical counselor Doctor L. Rickmann on his 65th birthday*, „Zeitschrift für Tuberkulose” 1958, Nr. 1/2, s. 56–57.

²⁰⁷ P. K u t z e r, *Aus einer kleinen...*, s. 118.

²⁰⁸ Profesor, internista, lekarz naczelny sanatorium w St. Blasien (w czasie wojny lazaret niemieckiej marynarki wojennej, którego był ordynatorem), zwolennik stosowania klimatu w leczeniu gruźlicy. Uważał, że dobre efekty leczenia tej choroby można uzyskać w każdym położeniu geograficznym oraz, że nie ma miejsc, które by leczyły klimatem wszystkie przypadki gruźlicy, gdyż każdy klimat ma swoje zalety w zależności od rodzaju choroby i stanu chorego. Zob.: A. B a c m e i s t e r, *Klima und Tuberkulose*. W: *Reichs-Bäder-Adressbuch nach amtlichen Quellen bearbeitet. Handbuch der deutschen Heilbäder, Seebäder, Luftkurorte, Sommer- und Winterfrischen*, Berlin 1927, s. XLI.

²⁰⁹ Górską stacją klimatyczną, w południowym Schwarzwaldzie (772 m n.p.m.), obecnie Badenia-Wirtembergia.

²¹⁰ Materiał badawczy opracowany został w oparciu o kurację stosowaną u pacjentów sanatorium St. Blasien i Górnośląskiej Prowincjonalnej Lecznicy dla Chorych na Gruźlicę w Bad Ziegenhals. Zob.: L. R i c k m a n n, *Pathologie und Therapie...* (Vorwort), s. VII.

²¹¹ Ibidem, s. 57–97.

²¹² W tym czasie entuzjastami takiej metody i konstruktorami najrozmaitszych przemysłowych aparatów byli głównie Niemcy ze szkołą wiedeńską na czele. Zob.: M. H a j e k, *Pathologie und Therapie der Erkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien*, Leipzig 1932.

²¹³ Do leczenia wykorzystywał prosty i łatwy w obsłudze aparat zbudowany przez Alexandre z Frankfurtu. Składał się z trzech mobilnych luster, tj. dwóch umiejscowionych na

usta, lewą ręką trzymał język, a prawą ręką „lustro krtani”. Przed nim stał drewniany statyw, na którym umieszczone było ruchome lustro do wyłapywania promieni słonecznych. Promienie słoneczne odbijały się od lustra i naświetlały krtani, a chory ustawiał się do padających promieni za pomocą drugiego lusterka. Wówczas wprowadzane było trzecie tzw. lustro krtani²¹⁴ w taki sposób, by obraz krtani pojawił się w lustrze kontrolnym²¹⁵. Trudności sprawiało jedynie długotrwałe naświetlanie, zbyt oślepiające słońce oraz takie ustawienie języka, aby nie był przeszkodą dla wpadającego światła. Stąd naświetlanie początkowo trwało 2–3 minuty, które codziennie wydłużano do maksymalnie 1–2 godzin. Zalecano naświetlanie przedpołudniowe, by chory nie musiał wyginać głowy do tyłu, natomiast słabszym wykonywano zabieg w pozycji leżącej na leżaku, tak by słońce było przed pacjentem, z zastosowaniem okularów słonecznych lub parasoli²¹⁶. Natomiast bez względu na sposób, w jaki wykonywano zabieg, wszystkich pacjentów przed rozpoczęciem terapii uczono odpowiednio spłaszczać podstawę języka, by zwiększyć dostęp do krtani. Gdy dni były pochmurne lub mało słoneczne, naświetlanie odbywało się z wykorzystaniem lampy kwarcowej²¹⁷.

Ludger Rickmann uważał, że występująca poprawa po naświetlaniu jest wynikiem przekrwienia tkankowego oraz lepszego samopoczucia chorego, głównie psychiki²¹⁸. Zwracał uwagę, że leczenie gruźlicy krtani musi być traktowane jako leczenie całego organizmu, zakażonego prątkiem gruźlicy, stąd stał na stanowisku, iż naświetlanie powinno dotyczyć zarówno całego ciała, jak i samej krtani. Obok leczenia klimatycznego zalecał także wypoczynek, odpowiednią dietę, leczenie

wąskiej szynie i niezależnego od nich „lustra krtani”. Jedno z dwóch lusterek było lustrem pustym i dużym, zbierało ono promienie słoneczne i kierowało na „lustro krtani”, a następnie do wnętrza jamy ustnej. Drugie było małym płaskim lustrem, które ustawione było na wysokości punktu padania promieni na duże lustro. Por.: L. R i c k m a n n, *Pathologie und Therapie...*, s. 94.

²¹⁴By „lustro krtani” nie zaparowywało, ogrzewano je uprzednio w płomieniu spirytusowym lub pokrywano specjalnym piaskiem. Zob.: ibidem.

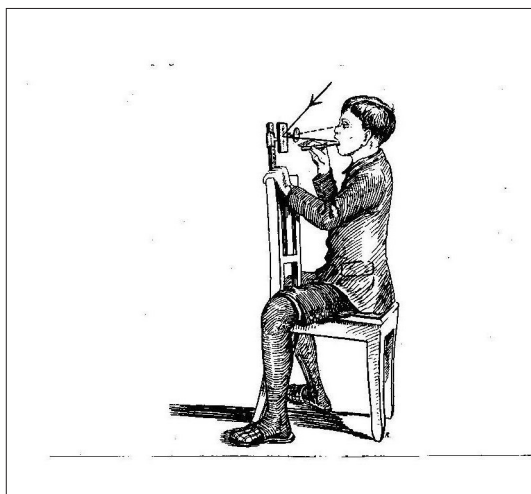
²¹⁵Ibidem.

²¹⁶Z biegiem lat Eduard Schulz, prowadzący sanatorium w Schreiberhau (Szklarska Poręba), w którym leczono gruźlicę, skonstruował według tej samej zasady aparat, który składał się z drewnianej deski (55 x 45 cm), okręcającej się w pionie i poziomie. Do deski, w której na środku był otwór (7 x 5 cm), przytwierdzone były mobilne lusterka. Deska chroniła pacjenta przed oślepiającym słońcem i naświetleniem głowy, a promienie słoneczne wpadały przez otwór bezpośrednio na lustro skierowane na krtani. Zob.: ibidem, s. 91.

²¹⁷Duński lekarz Niels Ryberg Finsen (1860–1904) jako pierwszy zastosował promieniowanie nadfioletowe do leczenia gruźlicy skóry (światło ultrafioletowe zabija zarazek gruźlicy w czasie 5–10 minut). W 1896 r. w Kopenhadze założył Instytut Badawczy Terapii Światłem, a za swoje dokonania w rozwoju światłolecznictwa w 1903 r. otrzymał Nagrodę Nobla. Zob.: B. T a r n o w s k a, *Nagrody Nobla. Leksykon PWN*, Warszawa 2001.

²¹⁸Zob.: E. M e l z e r, *Der Einfluss der Tuberkulose auf das Seelenleben des Kranken*. Mit Einführung von L. Rickmann, Stuttgart 1933, s. 1–3.

spoczynkowe – milczenie, którego korzystny wpływ na przebieg gruźlicy krtani polegał na unieruchomieniu fałdów głosowych. Zdawał sobie jednak sprawę, że aby tego typu kuracja przyniosła rezultaty musiała trwać długo, czasem kilka lat. W swoim postępowaniu lekarskim nie wykluczał również leczenia chirurgicznego, doceniając jego rolę i znaczenie, a także wstrzykiwanie soli metali ciężkich, głównie soli złota i miedzi²¹⁹.



Naświetlanie krtani metodą Ludgera Rickmanna

W prowadzonych przez siebie badaniach podczas pobytu w Bad Ziegenhals, L. Rickmann udowodnił, że gruźlica krtani jest najczęstszym i nierzadko najcięższym powikłaniem gruźlicy płuc. Według niego, pacjenci w większości przypadków w pierwszej kolejności zapadają na gruźlicę płuc, a gdy ta nie zostanie wykryta lub jest niewłaściwie leczona, powoduje to w konsekwencji gruźlicę krtani. Stąd podkreślał konieczność ścisłej współpracy fizjatri i laryngologa. Przyczynę powstawania zmian gruźliczych w krtani upatrywał najczęściej w oddziaływaniu dróg oddechowych, choć wskazywał także na zakażenia drogą naczyń krwionośnych. Zdawał sobie też sprawę, że naświetlanie gruźlicy krtani przy czynnej gruźlicy płuc może szkodzić pacjentowi²²⁰, dlatego w takich przypadkach nie zalecał stosowania helioterapii w leczeniu gruźlicy krtani²²¹.

²¹⁹ L. Rickmann, *Pathologie und Therapie...*, s. 97.

²²⁰ Ibidem, s. 94–96.

²²¹ Według L. Rickmanna przeciwwskazaniami do naświetlania gruźlicy krtani promieniami słonecznymi była także gorączka, odma, męczący kaszel, choroby serca, zaburzenia naczyń i nerek, zniszczenie tkanki chrzęstnej, trudności z oddychaniem, ból przy przełykaniu. Zob.: ibidem.

Ludger Rickmann wraz ze współpracownikami wielokrotnie podkreślał w swych pracach znakomite walory klimatyczne uzdrowiska i ich wpływ na leczenie gruźlicy. Udowodnił, iż nie klimat morski, ani gorący pustynny, ale właśnie wysokogórski lub podgórski dobrze wpływa na leczenie i rekonwalescencję chorych na gruźlicę. Twierdził nawet, że gruźlica krtani, podobnie jak gruźlica płuc, może być leczona w każdym klimacie, byleby powietrze było czyste, pozbawione wiatrów, mgieł i opadów. Warunki takie najlepiej zapewnia klimat górski i podgórski, który charakteryzuje się niskim ciśnieniem atmosferycznym, niską zawartością tlenu, brakiem gwałtownych wiatrów, zmian pogodowych i wahań temperatury, dużym nasłonecznieniem oraz suchością powietrza. Rickmann często powtarzał, że „jeśli miałby wybór pomiędzy klimatem rajskim a zakładem leczniczym położonym gdziekolwiek, ale dobrze zarządzanym, to wybrałbym ten drugi”²²².

Swoje opinie i wnioski opierał L. Rickmann na bezpośrednich badaniach meteorologicznych, gdyż lecznica posiadała własną stację meteorologiczną. Dzięki inicjatywie doktora wybudowano ją w 1927 r. w bezpośrednim sąsiedztwie budynku szpitala. Codzienne obserwacje zmian pogodowych dostarczały wiedzy, która dotyczyła reakcji chorych na poszczególne choroby, jak i zachowania się pacjentów pod względem psychicznym, w zależności od warunków klimatycznych, a tym samym pozwalały stosować odpowiednie metody leczenia. Początkowo zapisy pogody przeprowadzano bez użycia urządzeń, a następnie posługiwano się miernikami. Ciśnienie odczytywano z barometru, temperaturę z różnych termometrów, wilgotność powietrza z higrometru. Na deszczomierzu widniała intensywność opadów atmosferycznych, a na wiatrowskazie kierunek i prędkość wiatru. Kontrolowano także bezpośrednie zdarzenia w przyrodzie, takie jak pokrywa i gęstość chmur, ich kierunek oraz opady deszczu, śniegu, mgły, burze, szron i rosę. Dane dotyczące jakości i zmiany pogody każdego dnia przekazywano do Powietrznego Urzędu Rzeszy we Wrocławiu, aby je tam opracować i wykorzystać w sposób naukowy. W tym samym celu każdego miesiąca wysyłano duże tabele, które zawierały wyżej podane wartości, a także widoczność i czas nasłonecznienia. Pomiar dokonywano w trzech terminach: o godzinie 6⁵⁰, 13⁵⁰ oraz 20⁵⁰ ²²³.

Dziesięcioletnie obserwacje warunków pogodowych wykazały, że w Głuchołazach panowały wówczas bardzo dobre warunki klimatyczne, odpowiadające terenom górskim średniej wysokości. Przez ten okres nie odnotowano ekstremalnych czynników pogodowych, wilgotność powietrza była średnia, a mgły należały do rzadkości. Ważny podkreślenia jest fakt, że nasłonecznienie w tym rejonie było wówczas bardzo korzystne i ze wszystkich punktów pomiarowych na Śląsku, Głuchołazy plasowały się na drugim miejscu, jeżeli chodzi o długość nasłonecznienia.

²²² Ibidem, s. 89–90.

²²³ A. G r u n d e i, *Die metheorologische Station der Landesheilstätte Oberschlesien in Ziegenhals*, „Grenzlandkalender” 1937, s. 35–36.

Dzięki temu pobyt w uzdrowisku wskazany był dla chorych oraz ludzi szukających odpoczynku zarówno w miesiącach letnich, jak i zimowych²²⁴.

Z biegiem czasu metoda naświetlania promieniami słonecznymi gruźlicy krtani uległa oczywiście modyfikacji, po czym zastąpiona została innymi sposobami leczenia, m.in. chemioterapią, naświetlaniem promieniami rentgenowskimi, które nie zawsze były skuteczne²²⁵. Stąd też w samych Głuchołazach obok wspomnianej terapii, u pacjentów z gruźlicą płuc wykonywano zabiegi chirurgiczne, a w przypadku gruźlicy krtani i skóry głębokie naświetlanie z zastosowaniem promieniowania rentgenowskiego i światła kwarcowego²²⁶.

Naświetlanie promieniami słonecznymi w leczeniu gruźlicy krtani przyniosło dr. L. Rickmannowi światową sławę i tytuł specjalisty w zakresie leczenia tej choroby. Jego pionierska praca przyczyniła się do rozwoju Bad Ziegenhals jako uzdrowiska klimatycznego, w którym stosowano odpowiednio dozowany ruch oraz wypróbowane metody higieniczno-dietetyczne, izolując chorego od niekorzystnych czynników wpływających na niego w domu i zmieniając jego nawyki po powrocie z kuracji²²⁷. Dzięki temu Głuchołazy stały się miejscem, dokąd przybywali chorzy i rekonwalescenci po przebytej gruźlicy oraz z innymi chorobami płuc, szukając pomocy lekarskiej, spokoju i wypoczynku. Natomiast dzięki cierpliwości, wytrwałości i pracowitości mieszkańców Głuchołaz oraz tamtejszych właścicieli sanatoriów, z uzupełnioną głęboką wiedzą medyczną pracujących tam lekarzy, doprowadzono do tego, iż w latach trzydziestych XX w. Bad Ziegenhals stało się jedną z najczęściej odwiedzanych stacji klimatycznych Śląska, w której liczba kuracjuszy reflektujących na leczenie i wypoczynek rosła z roku na rok.

2.3. Rozwój stacji klimatycznych i lecznictwa klimatycznego na Górnym Śląsku

Objawy, które towarzyszą gruźlicy, dowodzą, że niezależnie od rozmieszczenia jej ognisk jest to choroba całego ustroju. Stąd w programie leczenia czynnej gruźlicy ważne miejsce, obok leczenia zabiegowego i antybiotykowego, należy do środków zapewniających poprawienie ogólnego stanu i uruchomienie sił obronnych ustroju. Uzyskuje się to przy użyciu czynników klimatycznych, dietetycznych, psychicznych, farmaceutycznych i ogólnohigienicznych w zakładach zamkniętych

²²⁴ Ibidem.

²²⁵ Naświetlanie promieniami X krtani zajętej gruźlicą było mało skuteczne, co wynikało z ówczesnego stanu rozwoju techniki, uniemożliwiającej naświetlanie według założeń fizykalnych i biologicznych głoszonych przez W. Roentgena. Ponadto u bardzo wielu chorych powodowało pogorszenie lub zaostrzenie procesu chorobowego, dlatego sposób ten był kwestionowany przez lekarzy. Zob.: L. R i c k m a n n, *Pathologie und Therapie...*, s. 89.

²²⁶ *Landesheilstätte Oberschlesien Ziegenhals...*, s. 6.

²²⁷ Ibidem.

zwanych sanatoriami przeciwgruźliczymi, tworzonymi najczęściej w miejscowościach uznanych za stacje klimatyczne²²⁸.

Klimat, zwłaszcza górski (ponad 800 m n.p.m.)²²⁹ od wieków wykorzystywany był w leczeniu gruźlicy, gdyż przypisywano mu właściwości bodźcowo-drażniące, sprzyjające leczeniu gruźlicy o przebiegu ospałym. Klimatowi nizinemu (do 250 m n.p.m.)²³⁰ przypisywało się właściwości kojące, dlatego w takim klimacie dobrze leczy się przypadki gruźlicy przebiegające z gorączką, powikłane dusznością, występujące u osób nerwowych, cierpiących na bezsenność²³¹. Z kolei klimat podgórski (250–800 m n.p.m.)²³² ma wpływ bodźcowy, lecz mniej nasilony, stąd wskazany jest do leczenia chorych na gruźlicę w stanie średniociężkim przewlekłym.

Jak wspomniano we wstępie niniejszej pracy, do czasu wykrycia leków przeciwprątkowych najistotniejszym czynnikiem leczniczym gruźlicy był pobyt w atrakcyjnie położonym sanatorium, najlepiej w spokojnej miejscowości klimatycznej, przy czym preferowano klimat górski. Wybuch wojny i zamknięcie granic zmusiło do otwierania zakładów sanatoryjnych na terenach nizinnych i podgórskich, a wyniki leczenia okazywały się nie gorsze od osiągniętych w sanatoriach górskich.

Wpłynęło to na zmianę roli sanatoriów przeciwgruźliczych, których odąd podstawowym zadaniem było przerwanie działania szkodliwych czynników, działających w miejscu zamieszkania i wywołujących chorobę oraz wdrożenie chorego w taki tryb życia, którego stosowanie po opuszczeniu zakładu umożliwiłoby pacjentowi utrzymanie osiągniętej poprawy zdrowia. Stąd z początkiem XX w. do podstawowych środków leczenia sanatoryjnego chorych na gruźlicę zaczęto zaliczać: wypoczynek na świeżym powietrzu, w tym także spokój fizyczny, odpowiedni poziom odżywiania, bez przekarmiania, zmniejszenie najbardziej dokuczliwych dolegliwości i objawów towarzyszących chorobie oraz leczenie pracą, by stopniowo przyzwyczaić pacjentów do wysiłku fizycznego²³³.

²²⁸ M. T e l a t y c k i, *Leczenie sanatoryjne...*, s. 191–199.

²²⁹ Charakteryzuje go niskie ciśnienie, średnia temperatura powietrza, bez wahań, względna suchość, czystość powietrza, zapewniająca większe nasświetlenie promieniami słonecznymi, zalesienie iglaste, wydzielające olejki eteryczne, zwiększone przewodnictwo i mniejsze napięcie elektryczne powietrza. Zob.: *ibidem*, s. 187.

²³⁰ Charakteryzuje go średnia wilgotność atmosfery, umiarkowane natężenie promieniowania, większe ciśnienie, które zmniejsza częstość oddechów, zwalnia tętno, obniża napięcie nerwowe. Zob.: *ibidem*, s. 187–188.

²³¹ B. M a c z y Ń s k i, *Lecznictwo klimatyczne*, Warszawa 1986, s. 47–56.

²³² Wykazuje cechy pośrednie pomiędzy klimatem nizinnym a górskim, dlatego warunkiem wstępnym do leczenia w tym klimacie jest dostateczny zasób sił ustroju. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Leczenie sanatoryjne...*, s. 188.

²³³ *Ibidem*, s. 191.

Zmiana sposobu leczenia gruźlicy, zwłaszcza odrzucenie klimatu jako jedynego czynnika terapeutycznego, przyczyniła się do powstania już w okresie międzywojennym wielu stacji klimatycznych, zajmujących się leczeniem także chorób zakaźnych, w tym przede wszystkim gruźlicy. Stacje takie powstały również na obszarze przedwojennego województwa śląskiego oraz prowincji górnośląskiej, czyli terenach, które po zakończeniu drugiej wojny światowej tworzyły województwo śląsko-dąbrowskie, okazując się niezmiernie przydatnymi w leczeniu gruźlicy w okresie międzywojennym oraz po 1945 r.

Stacja klimatyczna Wisła

Wisła (428–600 m n.p.m.) to stacja klimatyczna z rozległymi lasami świerkowymi, jodłowymi i bukowymi, posiadająca podgórski, łagodny, cieplejszy niż w Zakopanem klimat, zawierający ozon, teren o dużym nasłonecznieniu, pozbawiony wiatrów i wahań temperatury.

Pod koniec lat trzydziestych XX w. zamieszkiwało tam 4225 osób, do dyspozycji kuracjuszy było 15 pensjonatów w kilkunastu dworach i chatach góralskich, posiadających łącznie 250 pokoi, które jednak przyjmowały tylko chrześcijan. Pod koniec lat dwudziestych przybywało tam ok. 700 letników i kuracjuszy, leczących głównie choroby płuc lub poszukujący wypoczynku, w połowie lat trzydziestych (1936 r.) liczba ta zwiększyła się do ponad 7 tys. osób. Przyjeżdżali tam także rekonwalescenci, po przebytej gruźlicy płuc. Sezon kuracyjny trwał od 1 czerwca do 30 września, nad leczeniem czuwała komisja klimatyczna. Opłata uzdrowska wynosiła 5 zł, nocleg w pensjonacie – 8 zł, duży umeblowany pokój – 2 zł, mały pokój – 1 zł²³⁴. W roku 1936 otwarto Dom Uzdrowski, który posiadał obok urządzeń terapeutycznych, także pomieszczenia przeznaczone na sale kinowe, teatralne, pokoje klubowe, restaurację, sale bilardowe, biblioteki²³⁵.

Klimat Wisły zalecany był dla rekonwalescentów po chorobach serca, dróg oddechowych, osób z anemią, dzieci gorączkujących na tle gruźliczym, a także osób wyczerpanych, potrzebujących wypoczynku. Baza łóżkowa jednorazowo mogła pomieścić 10 tys. gości, w 78 pensjonatach i 25 prywatnych willach. W roku 1936 stałym lekarzem był dr Alfred Nowak, zarząd nad uzdrowskiem sprawował komisarz rządowy, powołany przez wojewodę śląskiego. W czasie sezonu organizowano wiele atrakcji dla kuracjuszy i letników, m.in. imprezy regionalne, wycieczki, spacer²³⁶.

²³⁴ C. R o k i c k i, *Przewodnik po uzdrowskach*, Warszawa 1929, s. 214.

²³⁵ *Uzdrowska polskie*, red. W. Przywieczerski, Warszawa 1936, s. 237–242.

²³⁶ *Ibidem*.

Stacja klimatyczna Bystra

Bystra (400 m n.p.m.) to uzdrowisko podgórskie z łagodnym klimatem, otoczone górami, które stanowią naturalną osłonę przed wiatrami, pozbawione mgieł, z czystym powietrzem zawierającym ozon, o dużym nasłonecznieniu.

Pierwszy zakład wodoleczniczy powstał tam w 1874 r., a nadzór lekarski sprawowali polscy lekarze, m.in. dr Halski i dr Momidłowski. W początkowym okresie Bystrą odwiedzało dużo Polaków. Pod koniec XIX w. zakład zaczął upadać, w 1898 r. dr Ludwik Jekes zahamował ten regres, rozbudowując go i unowocześniając²³⁷. Na początku XX w. najważniejszym czynnikiem leczniczym była woda, stosowano także urządzenia do elektroterapii, gimnastyki leczniczej. Wśród pacjentów byli głównie rekonwalescenci potrzebujący wypoczynku, z chorobami układu nerwowego, zaburzeniami składu krwi oraz z lżejszymi zmianami w układzie oddechowym²³⁸.

I właśnie leczenie chorób układu oddechowego otworzyło w latach międzywojennych nowy rozdział w rozwoju Bystrej. Dnia 13 listopada 1930 r. powstało tam 120-łóżkowe Kolejowe Sanatorium Przeciwgruźlicze, z dwoma oddziałami – dla mężczyzn i kobiet, z którego rocznie korzystało 300–400 chorych. Do podstawowych metod leczniczych należało werandowanie w śpiworach na balkonach i specjalnie do tego celu pobudowanych werandach, a także stosowanie wysokokalorycznej diety, tranu oraz preparatów witaminowych. Pierwszym dyrektorem został dr Felicjan Taras-Wołkowiński (1888–1957)²³⁹, lekarz-społecznik, który powierzono funkcję sprawował w latach 1930–1939²⁴⁰.

W latach trzydziestych XX w. działało w Bystrej także sanatorium Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w którym leczono chorych na gruźlicę. Budynek ten został odkupiony w 1934 r. od Zarządu Okręgowego Kas Chorych w Krakowie²⁴¹ i nazwany „Domem Zdrowia ZUS”. Liczył 300 łóżek, a podstawowym czynnikiem

²³⁷ Zob.: L. J e k e s, *Sanatorium i zakład wodoleczniczy w Bystrej*, Bielsko 1898.

²³⁸ L. K o r c z y ń s k i, *Zarys balneoterapii i balneografii krajowej*, Kraków 1900, s. 276–278.

²³⁹ W 1918 r. został ordynatorem szpitala w Zasławiu, od 1919 r. pełnił obowiązki lekarza 12. Pułku Ułanów i ordynatora oddziałów szpitala w Grodnie i Przemyślu. Po przejściu na emeryturę wojskową został powołany na komendanta Wojskowego Sanatorium Gruźliczego w Rajczy (1924–1929). Po uzyskaniu specjalizacji w zakresie chorób płuc w 1929 r. został dyrektorem placówki w Wilkowicach-Bystrej. Zob.: M. S z y l i n, *Wołkowiński Felicjan*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 1: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1993, s. 229–294.

²⁴⁰ F. W o ł k o w i ń s k i, *Sprawozdanie lekarskie z sanatorium kolejowego w Wilkowicach za rok 1936*, „Gruźlica” 1938, nr 1, s. 80–81.

²⁴¹ Już w 1897 r. wiedeński lekarz L. Jekes uruchomił w nim sanatorium, leczył tam za pomocą klimatu, diety, gimnastyki, psychoterapii rekonwalescentów, pacjentów z chorobami dróg oddechowych, serca, przewodu pokarmowego, układu nerwowego, kobiecymi,

wykorzystywanym w leczeniu choroby był podgórski, hartujący klimat okolicy²⁴². W zakładzie pracowało wielu wybitnych lekarzy, m.in.: J. Spitzer, R. Pajerski, S. Kunicki, M. Pruszyńska, F. Bujak, M. Niżegorodcew, J. Niemiec, J. Paciorek, L. Karp, A. Strycharski, M. Szarewski²⁴³.



Felicjan Taras-Wołkowiński

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozbudował sanatorium, w 1936 r. rozpoczęto także budowę dużego pawilonu leczniczego na południowym stoku Koziej Góry, który do wybuchu wojny stanął w stanie surowym, a do użytku oddano go dopiero 15 grudnia 1948 r. W czasie okupacji sanatorium pełniło rolę zakładu przeciwgruźliczego dla niemieckich żołnierzy i osób cywilnych. Na początku 1945 r., gdy Niemcy w popłochu opuszczali Bystrą, grupa kilkunastu pracowników ukryła i zabezpieczyła cenny sprzęt, nie dopuszczając do jego kradzieży. Stąd po wojnie pierwszego pacjenta z gruźlicą przyjęto tu w październiku 1945 r.²⁴⁴.

wenerycznymi, przemiany materii. Zob.: *Sanatorium „Bistrai” bei Bielitz in der schlesischen Beskiden. Physikalisch – Diaetetische Behandlung*, [Bielitz] 1902.

²⁴² W latach 1931–1936 w sanatorium leczył się Ignacy Daszyński (1866–1936), działacz polityczny, mąż stanu, w 1918 r. premier i minister spraw zagranicznych, w latach 1920–1921 – wicepremier, w latach 1928–1930 – marszałek Sejmu, po przewrocie majowym przeciwnik J. Piłsudskiego. Zob.: *Encyklopedia popularna PWN*, Warszawa 1982, s. 154.

²⁴³ *Uzdrowiska polskie...*, s. 92–95.

²⁴⁴ A. S z k o d a, *90-lecie Zakładu Leczniczego w Bystrej Śląskiej*, (cz. 1), „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1989, nr 2, s. 27–34.



Sanatorium ZUS w Bystrej w latach międzywojennych

Obok sanatorium ZUS funkcjonował także w okresie międzywojennym dobrze wyposażony zakład klimatyczno-leczniczy, prowadzony przez dr. Mariana Szarewskiego. Składał się on z kompleksu trzech willi („Słoneczna”, „Dworek”, „Zacisze”), w których prowadzono leczenie, stosując dietę, sztuczne kąpiele kwasowęglowe, jodobromowe, solankowe, a także klimat, w postaci werandowania, na specjalnie przygotowanych krytych balkonach, wyposażonych w leżaki z materacami i specjalne worki futrzane na chłodne dni. Większość pacjentów przebywała tam z powodu ogólnego wyczerpania i osłabienia, niedokrwistości, blednicy, osłabienia mięśnia sercowego, choroby Basedowa, z chorobami układu nerwowego oraz oddechowego, m.in. z powodu nieżyty oskrzeli, kataru, po zapaleniu płuc i opłucnej, z rozedmą płuc, astmą oskrzelową. Głównie przyjmowano jednak chorych we wczesnym okresie gruźlicy, przy czym dodać należy, że przeciwwskazaniem do leczenia w Bystrej była gruźlica otwarta lub o przebiegu ostrym.

Ponadto, w uzdrowisku do dyspozycji kuracjuszy był: pensjonat, liczne pokoje prywatne oraz dwie restauracje. W nieodległej Bystrej Bialskiej dodatkowo otwarte były trzy hotele, cztery restauracje, siedemnaście pensjonatów, kilkaset willi i domów z pokojami do wynajęcia. W kurorcie funkcjonowała Komisja Uzdrowiskowa, która zajmowała się głównie organizacją i kontrolą lecznictwa, a także zapewniała kuracjom i letnikom liczne rozrywki i atrakcje, m.in. wycieczki krajobrazowe, specjalnie dla nich prowadzono też bibliotekę i czytelnię²⁴⁵.

Stacja klimatyczna Istebna

Istebna (560 m n.p.m.) to stacja klimatyczna o doskonałych walorach wypoczynkowych. Po rozpadzie monarchii austro-węgierskiej oraz wojnie czechosłowacko-polskiej o Śląsk Cieszyński w 1919 r. wieś, na mocy decyzji Rady Amba-

²⁴⁵ *Uzdrowiska polskie...*, s. 92–95.

sadorów, została przyznana Polsce. Nowe granice odcięły jednak tę miejscowość od jej centrum administracyjnego – Jabłonkowa i dopiero otwarcie drogi przez przełęcz Kubalonkę w 1932 r. połączyło wieś z resztą polskiej części Śląska Cieszyńskiego.

Poprawa warunków komunikacyjnych spowodowała, że w 1937 r. poniżej przełęczy Kubalonki, na wysokości 750 m, Sejm Śląski uruchomił 400-lóżkowe sanatorium przeznaczone do leczenia chorych na gruźlicę dzieci w wieku 6–16 lat. Stało się to z inicjatywy Michała Grażyńskiego (1890–1965), wojewody śląskiego w latach 1926–1939²⁴⁶. Wybudowano je na południowym stoku górskim, ze składek społeczeństwa śląskiego. Sanatorium było jednym z najnowocześniejszych zakładów tego typu w Europie²⁴⁷. O jego znaczeniu w leczeniu śląskich dzieci chorych na gruźlicę pisano jeszcze przed wybuchem wojny.

„Jedna z części sanatorium nosi nazwę «Wyspa Dobrej Nadziei». Wyspą dobrej nadziei powinna nazywać się cała ta oaza ze szkła, ciszy i słońca – zakład, w którym leczy się stale czterysta gruźliczych dzieci z zadymionych Katowic i Sosnowca, z hałaśliwego Chorzowa i Bogumina. Tutaj przysyłają górnicy i hutnicy ze Śląska swe chore, szarymi dniami zmęczone pociechy [...]. Dzieci gorączkujące po nocach w ciasnych izbach robotniczych [...]. Smutny i ponury był ich żywot w domu, bo często ojcu trzeba było jeść nagotować [...], a za matkę posprzątać, taka zmęczona z roboty wracała. Kazano tutaj tym mizerakom jeść, wypoczywać, lekarstwa brać i krzepnąć, zdrowieć i walczyć z niemiłosiernie niszczącymi organizm prątkami. Nie ma dokładnych statystyk, ale przez dwa lata istnienia Zakład Leczniczo-Wychowawczy w Istebnej uratował chyba ponad 1000 ludzi skazanych w innych warunkach na powolną, lecz nieubłaganą zagładę”²⁴⁸.

Swój dynamiczny rozwój ośrodek w Istebnej zawdzięczał pierwszemu dyrektorowi Zygmuntowi Dadlezowi (1887–1962)²⁴⁹. Dzięki jego zaangażowaniu, determinacji i merytorycznemu przygotowaniu bardzo szybko udało się wyposażyć zakład w pracownię i gabinety lekarskie oraz salę operacyjną. „W części lekarskiej są dwie sale operacyjne z urządzeniem do sterylizacji narzędzi chirurgicznych

²⁴⁶ Zob.: W. M u s i a l i k, *Michał Tadeusz Grażyński (1890–1965). Biografia polityczna*, Opole 1989.

²⁴⁷ Por.: Przebieg i wyniki pracy w sanatorium w Istebnej. 1938, AP w Katowicach, Urząd Wojewódzki Śląski (dalej: UWŚl.) w Katowicach 1892–1939, Wydział Zdrowia Publicznego, sygn. 28.

²⁴⁸ T. S i e n k i e w i c z, *Ośrodek wśród świerków*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 6, s. 8–12.

²⁴⁹ Pionier ftyzjopediatrii w Polsce, w latach 1925–1935 lekarz naczelny Sanatorium Przeciwgruźliczego Związku Nauczycielstwa Polskiego w Zakopanem, w czasie wojny organizował leczenie gruźlicy w Kołomyi, Mikulczynie, Lwowie i Hołosku, w latach 1945–1947 pracował w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia w Katowicach, a od 1946 r. był kierownikiem Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Katowicach. Zob.: Z. G a r n u s z e w s k i, *Sylwetki ftyzjatrów XXX-lecia PRL*, „Gruźlica” 1975, nr 11, s. 1021.

i sterylizator o wysokim ciśnieniu. Są aparaty rentgenowskie do diagnostyki i terapii, aparat krótkofalowy [...], elektrokardiograf [...], lampy kwarcowe, aparaty do odmy, gabinet dentystyczny, apteka i laboratorium apteczne²⁵⁰. Na terenie zakładu działało także kino, czytelnia, boisko do gier sportowych oraz park, a także stacja meteorologiczna uruchomiona w styczniu 1938 r. Dodać należy, że dzieci poza leczeniem pobierały w zakładzie również bezpłatną naukę w zakresie szkoły ogólnokształcącej w specjalnie dostosowanych do tego celu salach i pracowniach²⁵¹.



Zygmunt Dadlez

Wybuch drugiej wojny światowej przerwał rozwój sanatorium, jednak dzięki przytomności umysłu jej dyrektora, większość inwentarza i sprzętu, wraz z 60 chorymi dziećmi została zaraz po rozpoczęciu działań wojennych wywieziona przed niemieckim okupantem²⁵².

Stacja klimatyczna Jaworze

Jaworze (400 m n.p.m.) to wieś o charakterze uzdrowiskowym, leżąca u podnóża pasma górskiego Klimczok-Błatnia, z rozległymi lasami świerkowymi. Wpły-

²⁵⁰ T. Sienkiewicz, *Ośrodek pośród...*, s. 10.

²⁵¹ Sanatorium in Istebna. Allgemeine Angelegenheiten. 1939–1942, AP w Katowicach, Zarząd Prowincjonalny Górnego Śląska w Katowicach, sygn. 182.

²⁵² Inventar der Heilstätte Istebna. 1939–1941, AP w Katowicach, Zarząd Prowincjonalny Górnego Śląska w Katowicach, sygn. 183; G. M a z u r, *Dr med. Zygmunt Dadlez, pierwszy dyrektor Sanatorium Przeciwgruźliczego dla Dzieci i Młodzieży w Istebnej*, „Gruźlica” 1968, nr 8, s. 705–707.

wają one na klimat, który dzięki czystemu powietrzu i przesyconiu żywicą jest łagodny, podgórski – jak pisał o nim Henryk Łuczkiwicz w XIX w. – „prawdziwie podalpejski”²⁵³. Silne nasłonecznienie powoduje, że od wielu lat stosuje się tam werandowanie, kąpiele powietrzne, okłady borowinowe²⁵⁴, a także kąpiele w igliwii świerkowym, węglowo-solankowe, siarczane, leczenie mlekiem owczym oraz dietą²⁵⁵. „Czas poobiedni upływa na przechadzkach, których najbliższym celem zawsze jest park. [...] Park stanowi istotnie perłę Jaworza. Samo położenie czyni go miejscem uroczym [...]” – pisano w jednej z korespondencji w 1870 r.²⁵⁶.

Jaworze jako miejsce o walorach uzdrowiskowych zauważone zostało ok. 1840 r. W roku 1862 powstał tam zakład wodoleczniczy, wielokrotnie w następnych latach modernizowany i rozbudowywany²⁵⁷. Obok budynku, w którym znajdowały się gabinety do hydroterapii powstały budynki mieszkalne, mogące jednocześnie przyjąć 160 kuracjuszy²⁵⁸.

Za sprawą dr. Edwarda Kowalskiego rozszerzono zakres wykorzystywanych tam środków leczniczych, dzięki czemu obok wody, stosowano także dietę (mleko, żętyca, kefir), sztuczne kąpiele mineralne, masaż, gimnastykę leczniczą, kąpiele słoneczne²⁵⁹. Dzięki temu jako uzdrowisko żętyczne, klimatyczne i przyrodolecznicze Jaworze w owym czasie wyprzedzało w rozmachu Krynicy²⁶⁰, a wśród wskazań leczono tam dolegliwości układu nerwowego, choroby układu krążenia, pokarmowego, dróg oddechowych (m.in. nieżyt krtani, rozedma płuc, astma), choroby kobiece²⁶¹.

Okres największego rozkwitu uzdrowiska przypadł na lata 1870–1890, a dalszy rozwój miejscowości nastąpił dzięki dr. Zygmuntowi Czopowi, który przybył do Jaworza z końcem XIX w. W roku 1918 nabył on część budynków i urządzeń zdrojowych, w których zorganizował zakład przyrodoleczniczy²⁶². Leczono w nim chorobę Basedowa i inne schorzenia powstałe na tle zaburzeń gruczołów wydzie-

²⁵³ A. Zieliński, *Listy ze śląskich...*, s. 81.

²⁵⁴ *Uzdrowiska polskie...*, s. 142a–142b.

²⁵⁵ Kurort Ernsdorf Jaworze. 1876–1911, AP w Katowicach, Oddział w Bielsku-Białej, Starostwo Powiatowe w Bielsku, sygn. 290; C. Rokicki, *Przewodnik...*, s. 78–79.

²⁵⁶ A. Zieliński, *Listy ze śląskich...*, s. 84.

²⁵⁷ Zakład Leczniczy w Jaworzu. 1862–1872, AP w Katowicach, Oddział w Bielsku-Białej, Starostwo Powiatowe w Bielsku, sygn. 287.

²⁵⁸ Zob.: F. Skobel, *Jaworze w roku 1871*, Kraków 1872; *Zakład wodoleczniczy i żętyczny w Jaworzu*, Cieszyn 1889.

²⁵⁹ Zob.: E. Kowalski, *Jaworze, zakład wodoleczniczy i żętyczny*, Kraków 1893.

²⁶⁰ M. Kocych-Imliska, *Z dziejów uzdrowiska w Jaworzu*, „Wierchy” 1970, s. 197.

²⁶¹ Zob.: A. Zopoth, *Jaworze – Zakład wodoleczniczy i dietetyczny*, Cieszyn 1899.

²⁶² Dr Czop-Ernsdorf-Heilanstaltt 1914, AP w Katowicach, Oddział w Bielsku-Białej, Starostwo Powiatowe w Bielsku, sygn. 291.

lania wewnętrznego, choroby przemiany materii, serca i naczyń krwionośnych, przewodu pokarmowego oraz układu nerwowego²⁶³.

W dwudziestoleciu międzywojennym zakład prowadził dr Jerzy Czop, a do spopularyzowania Jaworza przyczyniło się wielu artystów. Wśród nich była m.in. Maria Dąbrowska (1889–1965), która po śmierci męża szukała tam ukojenia. Jej artykuły publikowane w prasie warszawskiej przyciągały do Jaworza liczne rzesze gości, a w ówczesnym środowisku artystycznym wytworzyła się wręcz moda na spędzanie lata w tym rejonie. Obok wspomnianej pisarki, która właśnie tam napisała znaczną część *Nocy i dni*²⁶⁴, przebywali wcześniej w Jaworzu m.in.: Wincenty Pol (1807–1872)²⁶⁵, Maria Konopnicka (1842–1910), a w okresie międzywojennym Julian Tuwim (1894–1953), Jan Parandowski (1895–1978) oraz Melchior Wańkowicz (1892–1974)²⁶⁶. Pobyt w Jaworzu dawał im nie tylko wytchnienie i regenerację nadwężonego zdrowia, ale także inspirował twórczo. Przykładem jest Melchior Wańkowicz²⁶⁷, który w *Zielu na kraterze*²⁶⁸, obok opisu piękna beskidzkiego krajobrazu, przedstawił w humorystyczny sposób także reguły obowiązujące podczas kuracji w jaworzańskim sanatorium²⁶⁹.

²⁶³ *Uzdrowiska polskie...*, s. 142a–142b.

²⁶⁴ Czterotomowa powieść wydana w Warszawie w latach 1931–1934, przyniosła autorce Państwową Nagrodę Literacką w 1933 r. Por.: A. Zieliński, *Listy ze śląskich...*, s. 81; J. Krzyżanowski, *Dzieje literatury polskiej. Od początków do czasów najnowszych*, Warszawa 1969, s. 612–613; Zob.: M. Dąbrowska, *Noce i dnie*, Warszawa 1975.

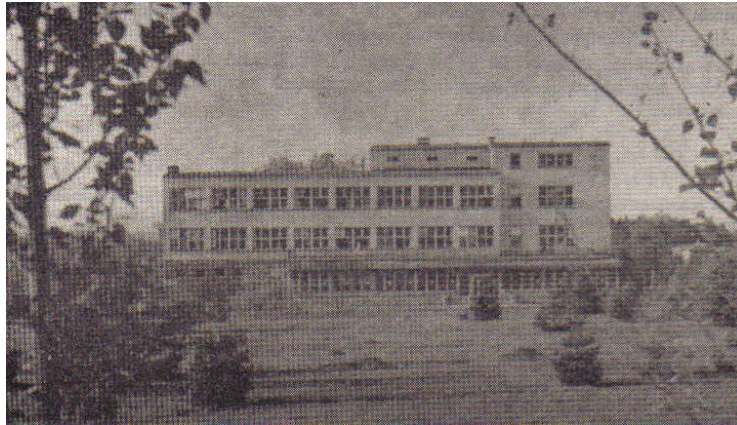
²⁶⁵ Poeta, geograf, etnograf, profesor pierwszej w Polsce katedry geografii na Uniwersytecie Jagiellońskim. Szeroko reklamował uzdrowisko, do księgi pamiątkowej zakładu leczniczego, w którym przebywał, wpisał żartobliwy dwuwiersz: „Kiedy w Jaworzu piję żętyczkę, Zradości jak baran ryczę”. Por.: A. Zieliński, *Listy ze śląskich...*, s. 81.

²⁶⁶ Ibidem.

²⁶⁷ Pisarz i publicysta, w latach 1939–1958 przebywał na emigracji. Nawiązywał w swych utworach do tradycji gawędy szlacheckiej. Uważany był za mistrza opowieści reportażowej, łączącej autentyzm zdarzeń z elementami wspomnieniowymi i fabularno-aneddotycznymi. Por.: *Literatura polska. Przewodnik encyklopedyczny*, t. 2, pod red. C. Hernasa, Warszawa 1985, s. 544.

²⁶⁸ Utwór wydany w 1951 r., w Polsce w 1957 r., opisujący dzieje rodzinne autora, a także losy najbliższych w okupowanej Warszawie i podczas powstania. Zob.: ibidem, s. 545.

²⁶⁹ „Z Jastrzębie-Zdroju pomknęliśmy w dół, ku górcom beskidzkim. [...] Ale gdy dobiegaliśmy do nich, było już ciemno. Zerwawszy się rano z łóżek w zakładzie doktora Czopa w Jaworzu, widzieliśmy je pochylone nad sobą, a na nich nasadzoną ogromną śliwkową chmurę. Zakład doktora Czopa miał w hallu wielką tablicę żywnościową, gdzie wymieniało kilkaset coraz cięższych do strawienia potraw. Na samym dole królowała gęś. Podobno sześć godzin. Park zakładowy, pnący się pod górę, miał równe ścieżki, poskalowane, jak termometr, co dziesięć metrów. Doktor sercowo chorym przepisywał co dzień, ile metrów dzisiaj mogą zrobić. Ruszyliśmy z tej świątyni zdrowia na Śląsk, byle dalej od tego termometru parkowego, byle bliżej jakiejś ociekającej smalcem gęsi”. Por.: M. Wańkowicz, *Ziele na kraterze*, Warszawa 1971, s. 155–156.



Sanatorium w Jaworzu w latach międzywojennych



Sanatorium na Buczu w 1938 r.

W roku 1937 Ubezpieczalnia Społeczna uruchomiła w Jaworzu kolonię prewentywną, natomiast w oddalonym o kilkanaście kilometrów Buczu w 1934 r. powstało pierwsze na Śląsku prewentorium przeciwgruźlicze²⁷⁰. Ponadto w okresie międzywojennym funkcjonowało tam kilka pensjonatów oraz willi, gdyż Jaworze było doskonałym terenem do uprawiania sportów zimowych²⁷¹.

²⁷⁰ J. Ł a p i ń s k a, *Beskidzki Ośrodek Chorób Płuc w Jaworzu*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1972, nr 7, s. 5–8.

²⁷¹ *Uzdrowiska polskie...*, s. 142a–142b.

Rozdział III

Organizacja zwalczania gruźlicy w Polsce

„Niechaj rządzący zatrzymają – jeśli potrafią – groźne choroby zakaźne z dala od granic swych państw, niechaj postawią na czele prowincji ludzi wybitnych w medycynie i chirurgii; niechaj budują szpitale i jak najlepiej nimi administrują; niechaj wydają odpowiednie zarządzenia dotyczące inspekcji aptek i szeregu innych spraw zmierzających do ochrony zdrowia, o ile przeoczą jedną sprawę – konieczność usunięcia lub uczynienia łatwiejszym do zniesienia daleko posuniętą nędzę – najbogatsze źródła chorób – nie odniosą żadnych bodaj korzyści z ustawodawstwa sanitarnego”

Józef P. Frank (1771–1842)¹

1. Polskie tradycje leczenia klimatycznego (do 1939 roku)

Polskie tradycje lecznictwa klimatycznego są bogate i sięgają średniowiecza. Pierwszą wzmianką w historii górskiego leczenia klimatycznego, datowaną na XIV w., jest zapis o wysłaniu przez lekarza nadwornego Jana Radlicę (ok. 1350–1392) w Tatry do Smokowca (1000 m n.p.m.) Ludwika, króla Węgier i Polski, w celu leczenia gruźlicy. Dodać przy tym należy, że kuracja zakończyła się pomyślnie, gdyż król został wyleczony.

XVI–XVIII wiek

Jednym z pierwszych lekarzy uzdrowiskowych w Polsce, który zwrócił uwagę na warunki klimatyczne kuracji uzdrowiskowej był w XVII w. Jan Inocenty Petrycy (1592–1641). Jego rozważania można uznać za pionierskie, choć poniekąd powtarzał informacje na temat znaczenia dla zdrowia promieni słonecznych, które wcześniej podawał Hipokrates, czy nawet jego ojciec Sebastian Petrycy (1554–1626). Jednak J.I. Petrycy nie napisał nic o helioterapii, wiemy tylko, że przypisywał duże znaczenie słońcu, stwierdzając, że wody mineralne w Drużbakach – niezależnie od swojego składu – posiadają właściwości lecznicze również dlatego, że źródła tej wody znajdują się na południowym stoku wzgórza, a zatem ogrzewane są promieniami słońca co najmniej przez kilka godzin dziennie. Natomiast wody mine-

¹ Lekarz-patolog, od 1806 r. profesor Szkoły Głównej Wileńskiej, jednej z najbardziej postępowych uczelni uniwersyteckich ówczesnej Europy, inicjator założenia Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. W 1824 r. osiadł we Włoszech, gdzie do końca życia zajmował się pracą publicystyczno-naukową. Zob.: D. K r y s a - L e s z c z y Ń s k a, *Omawianie niektórych przypadków chorobowych na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego pod przewodnictwem Jędrzeja Śniadeckiego*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, z. 3, s. 209.

ralne, których źródła leżą po stronie północnej są pozbawione tych właściwości leczniczych, nawet wówczas gdy skład chemiczny świadczy o tym, że nadają się do leczenia².

W wiekach XVI i XVII na wschodnim wybrzeżu Morza Bałtyckiego w Kurlandii istniała mała miejscowość kuracyjna (wcześniej Połoga, obecnie Palanga), którą odwiedzało wielu chorych. Właściwością leczniczą tego uzdrowiska był wodorost morski (morszczyzn), którego używano w różny sposób. Najczęściej okładano się nim i kładziono na słońcu, do całkowitego wyschnięcia. Sposób leczenia do złudzenia przypominał metodę, o której wspominał Pliniusz Starszy, i mimo że nie istnieją żadne oceny lekarskie metod stosowanych w Połogdzie, warto wspomnieć o tym miejscu, tu bowiem kilkadziesiąt lat temu wykorzystywano do leczenia kąpiele morskie i lokalny klimat³. Dodać jednak należy, że gruźlica płuc w okresach czynnych nie nadawała się do leczenia nad polskim morzem, a jedynie w stanie nieczynnym. Przeszkodą w leczeniu był wiatr i silne nasłonecznienie nad Bałtykiem, co nie sprzyjało leczeniu tej choroby, bowiem dla niej lepszy jest klimat górski i leśny⁴.

Wcześniej, gdy sposób życia wszystkich klas społecznych nie oddalał ludzi tak bardzo od pierwotnej przyrody, zarówno lecznictwo uzdrowiskowe, jak i stacje klimatyczne nie miały tak dużego znaczenia. Z tego typu leczenia korzystali głównie ludzie uprzemysłowionych krajów europejskich, w Polsce natomiast niewielu stać było na taką kurację, choć miejscowości posiadających klimat nadający się do leczenia było wiele.

Podjęte zatem badania klimatyczne w XVII i kontynuowane w XVIII w. nie dorównywały poziomem i intensywności badaniom w zakresie balneologii, stąd w następnych stuleciach trudno znaleźć wzmianki o rozwoju lecznictwa klimatycznego na ziemiach polskich. Zbiegło się to z klęską epoki saskiej i dobą rozbiorów. Niemniej jednak w 1783 r. w Warszawie Józef Herman Osiński (1738–1802) ogłosił pracę pt. *Gatunki powietrza odmiennego od tego, w którym żyjemy*, a kilka lat później (1787 r.) w Krakowie A. Trzcziński z kolei broszurę pt. *Nauka o rozpuszczeniu wody powietrzem kwaskowym*.

Okres wojen napoleońskich stanowi lukę w rozwoju polskiego zdrojownictwa, gdyż większość lekarzy wysyłała swoich chorych do ośrodków zagranicznych. Później sprzyjał temu szybki rozwój sieci kolejowej w Europie, intensywnie roz-

²J.I. Petrycy, *O wodach w Drużbaku i Łęckowej*, Kraków 1635, s. 7.

³„Kolumb – Pamiętnik” 1821, t. 4.

⁴Dotyczyło to także wybrzeży francuskich i włoskich Morza Śródziemnego, gdzie silne wiatry i upały stanowiły przeciwwskazanie dla chorych na gruźlicę. Wyjazdy w te regiony zalecano jedynie wczesną wiosną, gdy panowały tam znacznie łagodniejsze warunki klimatyczne, ewentualnie do miejscowości trochę oddalonych od wybrzeża, które były osłonięte lasami lub górami, jednak nie można było wówczas mówić o klimacie nadmorskim. Zob.: A. Sabałowski, *Lecznictwo uzdrowiskowe w zarysie*, Warszawa 1947, s. 125–126.

budowujące się kurorty w tamtych krajach i szeroko zakrojona akcja reklamowa zdrojowisk obcych, co spowodowało, że wielu chorych tam właśnie wyjeżdżało na leczenie⁵. W tym czasie w zachodniej i południowej Europie rozwijało się już powoli lecznictwo klimatyczne. Na ziemiach polskich rozwój uzdrowisk i stacji klimatycznych nastąpił znacznie później.

XIX–XX wiek

Jeszcze w pierwszej połowie XIX w. zdrojowiska i stacje klimatyczne były niedostępne dla większości kuracjuszy, gdyż znajdowały się daleko od dużych miast, a dojazd do nich był utrudniony. Ponieważ właścicielami były z reguły osoby niezamożne, brakowało sieci kanalizacyjnych i wodociągowych, budynki i urządzenia były bardzo prymitywne. Ponadto rozwój zdrojowisk i stacji klimatycznych na ziemiach polskich był w tym okresie utrudniony z powodu rozbicia porzbiowego.

Najbardziej utrudniony rozwój uzdrowisk był w zaborze pruskim, gdzie powstało tylko kilka zakładów przyrodoleczniczych (Leszno, Poznań)⁶. W zaborze tym nie mogły jednak kształcić się polskie kadry lekarskie z powodu silnej presji germanizacyjnej, a naprawdę to właśnie lekarze byli jedynym czynnikiem utrzymującym łączność polskiego zdrojownictwa w trzech zaborach. Pomimo problemów komunikacyjnych, politycznych i wielu innych równie ważnych, polscy lekarze spotykali się na zjazdach i odczytach naukowych, podczas których wymieniali poglądy i doświadczenia.

Podobnie z trudną sytuacją mieliśmy do czynienia w zaborze rosyjskim, gdzie najpoważniejszą przeszkodą w rozwoju zdrojowisk był brak funduszy, niski poziom wiedzy medycznej, mała świadomość społeczeństwa oraz bardzo zły stan techniczny urządzeń w zakładach uzdrowiskowych. Nie sprzyjało to rozwojowi zdrojowisk już wcześniej istniejących, jak np. w Druskiennikach, Nałęczowie, Truskawcu, Horyńcu czy Nowym Mieście nad Pilicą⁷, nie mówiąc już o powstawaniu nowych.

Stosunkowo najlepsze warunki do rozwoju posiadały uzdrowiska galicyjskie, które znane były od dawna i już od wielu lat odgrywały ważną rolę w lecznictwie. Leczono tam nie tylko ludzi, ale dbano także o kulturę i cywilizację polską, stając

⁵ W. W r o ń s k i, *Sanatorium dla chorych piersiowych w Otwocku*, „Zdrowie” 1899, z. 165, s. 233–236; M. S e l z e r, *Wyniki leczenia w uzdrowisku ludowym w Hołomku*, „Lwowski Tygodnik Lekarski” 1909, nr 49, s. 565–568; A. S a b a t o w s k i, *Krótki zarys lecznictwa klimatycznego i zdrojowo-kąpielowego w Polsce*. W: *Uzdrowiska polskie*, red. W. Przywieczerski, Warszawa 1936, s. 35–62.

⁶ M. D z i e r ż y ń s k i, *Przyrodolecznictwo w Wielkopolsce*, Poznań 1972, s. 35, 41, 44–45.

⁷ H. K o w a l e n k o, *Uzdrowiska i stacje klimatyczne pod koniec XIX wieku w Królestwie Kongresowym*, „Wiadomości Uzdrowiskowe” 1959, nr 3, s. 51–62.

się w sezonie kuracyjnym miejscem kontaktów osób reprezentujących różne środowiska polityczne, społeczne i kulturalne⁸.

Nie zmienia to jednak oceny dotyczącej stosowanych metod w tych uzdrowiskach, bowiem nadal były one prymitywne i ograniczały się wyłącznie do kąpeli mineralnych. Sytuacja nieco poprawiła się w drugiej połowie XIX w., gdy pojawili się ludzie nauki, którzy w trosce o rozwój uzdrowisk zabiegali o wprowadzenie nowych urządzeń kąpielowych i metod leczniczych. Większość lekarzy w leczeniu uzdrowiskowym kierowało się empirią, dodając do tego własną wiedzę i praktykę. Byli jednak i tacy, którzy poza tradycyjnym leczeniem wprowadzali nowe metody, m.in. inhalacje i płukanie wodami mineralnymi, dietę, muzykę, ćwiczenia na przyrządach (mechanoterapia), leczenie klimatem, w tym również klimatem morskim (talassoterapia), ogłaszając swoje pierwsze spostrzeżenia w sprawozdaniach i publikacjach naukowych⁹.

Nie od razu wpłynęło to na zwiększenie liczby zdrojowisk i stacji klimatycznych, gdyż jeszcze pod koniec XIX w. (1886 r.) Michał Zieleniewski (1821–1896)¹⁰ w pracy pt. *Rys balneoterapii* wymieniał tylko Zakopane, Szczawnicę (wody mineralne) oraz Kulaszno w okolicach Sanoka (zakład żętyczny)¹¹ jako jedyne miejscowości klimatyczno-letniskowe. I choć funkcjonowało w Karpatach jeszcze kilka mniejszych zakładów żętycznych (m.in. Delatyn, Dora, Korczyn, Skole i in.), które zastępowały, podobnie jak w Alpach, stacje klimatyczne, tak naprawdę tylko Zakopane było w owym czasie typową stacją klimatyczną¹².

Praca M. Zieleniewskiego, będąca uzupełnieniem *Rysu balneologii powszechnej*, którą wydano w 1873 r.¹³, zawierała opisy polskich uzdrowisk i stacji klimatycznych wraz z ich położeniem i właściwościami leczniczymi. Dokonano w niej również porównań wartości leczniczych uzdrowisk polskich z zagranicznymi, dowodząc jednocześnie, że rodzime kurorty dorównują, a czasem nawet przewyższają zagraniczne walorami leczniczymi. Ponadto, Zieleniewski był przekonany – co udowadniał wielokrotnie podczas wykładów oraz w swych artykułach – że należy rozwijać wszystkie działy naukowe związane z balneologią, tj. hydroterapię, topografię zdrojowisk, geologię, klimatologię i balneografię. Był wybitnym wychowaw-

⁸ Zob.: W.H. R o s t k o w s k i, *Słynni ludzie w polskich uzdrowiskach*, Warszawa 1986.

⁹ L. K o r c z y ń s k i, *Etapy rozwoju polskiej balneologii i klimatologii od połowy XIX w.*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1934, s. 2–16.

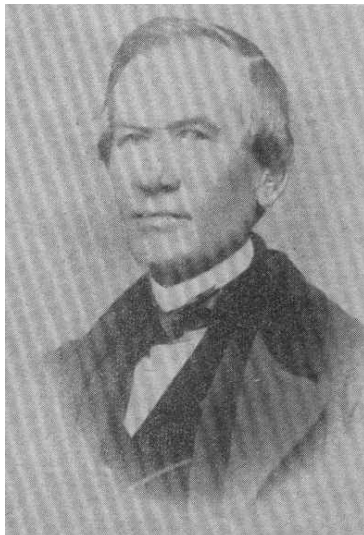
¹⁰ Wybitny polski balneolog, wieloletni lekarz w Krynicy, która zawdzięcza mu swój rozwój, autor kilkudziesięciu prac, głównie z zakresu balneologii i organizacji lecznictwa uzdrowiskowego, redaktor czasopisma „Przegląd Lekarski” (1862–1870) oraz „Krynica” (1873–1877). Zob.: B. G i ę d o s z, *Na jubileusz 100-lecia założenia „Przeglądu Lekarskiego”*, „Przegląd Lekarski” 1964, nr 4/5, s. 243–262.

¹¹ Zob.: M. Z i e l e n i e w s k i, *Rys balneoterapii*, Kraków 1886.

¹² A. S a b a t o w s k i, *Krótki zarys...*, s. 35–62.

¹³ Zob.: M. Z i e l e n i e w s k i, *Rys balneologii powszechnej*, Warszawa 1873.

cą młodego pokolenia lekarzy, propagatorem wiedzy o zdrojowiskach, nauczycielem i wykładawcą kultury medycyny i etyki lekarskiej¹⁴.



Michał Zieleniewski

W wieku XIX dużą rolę w upowszechnieniu klimatoterapii odegrał Jędrzej Śniadecki (1768–1838)¹⁵, autor traktatu *O fizycznym wychowaniu dzieci*, stanowiącego pochwałę aktywności fizycznej z pozycji pedagogiki i medycyny. Będąc zwolennikiem ruchu samorzutnego wśród dzieci i młodzieży, młodszemu zalecał biegi, rzuty, mocowanie się, skoki; starszym natomiast jazdę konną, pływanie, tańce, fechtunek. Wszystkie formy aktywności fizycznej miały być stosowane na otwartej przestrzeni, w naturalnej scenerii, gdyż jako pierwszy w Polsce zwracał uwagę na

¹⁴F. C i s z e w s k i, *Do zrealizowania testament M. Zieleniewskiego wybitego balneologa XIX w.*, „Problemy Uzdrowiskowe” 1987, nr 9/10, s. 133–136.

¹⁵Profesor chemii, pierwszy prezes Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego (pierwsze polskie lekarskie towarzystwo naukowe), założonego 12 grudnia 1805 r., które przyczyniło się do wyprowadzenia lekarzy ze stagnacji i zawodowej rutyny na drogę śledzenia postępu w różnych dziedzinach wiedzy medycznej. Na jego posiedzeniach referowano trudne do rozpoznania i leczenia przypadki chorobowe, m.in. suchoty płucne, którymi zajmował się J. Śniadecki. Na jednym ze spotkań omówił leczenie tej choroby lekarstwem złożonym z „jednej uncji Acidi nitrowi, jednej drachmy opium, dawanego po 20 kropel”. Był typowym przedstawicielem prądów umysłowych polskiego Oświecenia jako lekarz wierny swym czasom, jednak jako myśliciel i uczoney daleko wybiegał poza tę epokę. Zob.: D. K r y s a - L e s z c z y ń s k a, *Omawianie niektórych przypadków chorobowych...*, s. 209–213; L. C h r z ę ś c i e w s k i, *Jędrzej Śniadecki wielki uczoney doby Oświecenia*, „Wiadomości Lekarskie” 1969, z. 9, s. 869–871.

znaczenie światła słonecznego w zapobieganiu i leczeniu krzywicy¹⁶. Jędrzej Śniadecki był kierownikiem kliniki w Wilnie, gdzie prowadził leczenie chorób płuc, w tym gruźlicy, stosując dietę, leki roślinne, upusty krwi, a nawet pijawki. Uważał, że wobec gruźlicy płuc należy przyjmować czynną postawę, ostrzegając przy tym przed beczynnością i zbytecznymi wygodami oraz zabraniając opalania się i przegrzewania¹⁷.

Jednym z najwybitniejszych polskich balneologów i balneoklimatologów był Józef Dietl (1804–1878)¹⁸, klinicysta, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, który w ciągu całej pracy zawodowej dążył do naukowego uzasadnienia terapii drogą nowych poszukiwań. Propagując w Krakowie idee przedstawicieli „nihilizmu terapeutycznego” Karla von Rokitansky’ego (1804–1878)¹⁹ i Josefa Škody (1805–1881)²⁰ głosił, że to co uzdrowia jest samą siłą życiową, a więc wyzdrowienie miało być bezpośrednim działaniem natury, która mogła leczyć tylko w sposób naturalny. Stąd od początku swojej działalności był propagatorem i zwolennikiem leczenia z wykorzystaniem naturalnych czynników, w tym także klimatycznych w uzdro-

¹⁶J. Ś n i a d e c k i, *O fizycznym wychowaniu dzieci*, Warszawa 1955; F. Ł a b e n d z i ń s k i, *Obraz chorób zakaźnych w pismach Jędrzeja Śniadeckiego*, „Nowiny Lekarskie” 1938, z. 10, s. 322–327.

¹⁷Z. W o ń n i e w s k i, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 22.

¹⁸Wybitny lekarz, uczonek i wychowawca, profesor Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, dziekan tego wydziału i rektor. Inspirowany troską o poprawę stanu zdrowotnego polskiego społeczeństwa, przyczynił się dzięki swej czynnej, organizacyjnej i naukowej pracy do rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego. Jako lekarz i działacz społeczny, będąc prezydentem Krakowa, rozwinął szeroką akcję, zmierzającą do poprawy warunków sanitarnych i bytowych mieszkańców tego miasta. Zob.: K. L e j m a n, *Józef Dietl (1804–1878) jako rzecznik postępu w medycynie klinicznej i społecznej*, „Przegląd Lekarski” 1978, nr 9, s. 711–715.

¹⁹Patolog, usystematyzował zmiany anatomiczne występujące w różnych chorobach, dokonał dokładnego opisu zmian patologicznych w obrębie struktury komórek i narządów. Był zwolennikiem koncepcji, że istotą choroby są zmiany nieprawidłowe w sokach organizmu, a zwłaszcza „skażenie krwi”. Była to teoria humoralna, którą nazwał frazeologią. Koncepcja wywodząca się z teorii Hipokratesa dowodziła, że siły życiowe organizmu, czyli siły witalne człowieka, są podstawowym czynnikiem warunkującym uzdrowienie, natomiast leczenie za pomocą środków farmakologicznych, jeżeli nie jest zbędne, może być czynnikiem tylko wspomagającym leczenie. Por.: M. M a ł o f i e j e w, *Historia patologii w XIX i XX wieku*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 310–312.

²⁰Lekarz czeski, opracował metody badania fizykalnego: opukiwania i osłuchiwania. W 1846 r. został profesorem patologii na Uniwersytecie Wiedeńskim. Razem z Karlem von Rokitanskym zaliczany był do tzw. Nowej (Młodszej) Szkoły Wiedeńskiej. Por.: R.W. G u t t, *Rozwój medycyny klinicznej*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 393–394.

wiskach galicyjskich (Szczawnica, Krynica, Iwonicz, Krzeszowice, Swoszowice)²¹, które często odwiedzał i nadzorował²². Według niego lecznictwo klimatyczne winno mieć zastosowanie szczególnie u dzieci, doceniając wpływ klimatu górskiego, przez co uważa się go za „pioniera polskiej klimatologii dziecięcej”. Jak sam pisał: „Polecam zatem rodzicom, żeby dzieci swoje z wyraźną suchotniczą budową ciała zawczasu do Szczawnicy wysyłali. Mają one przez całe lato tam bawić i corocznie tam powracać, dopóki nie objawi się korzystna przemiana całego ich usposobienia cielesnego”²³.



Józef Dietl

²¹Zob.: L. K o r c z y ń s k i, *Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacji klimatycznej dla chorych gruźliczych*, „Medycyna” 1898, t. 26, s. 433–441; i d e m, *Zarys balneoterapii i balneografii krajowej*, Kraków 1900, s. 427–430; J. D i e t l, *Krynica w Karpatach galicyjskich położona i opisana pod względem historycznym, klimatycznym, geologicznym i lekarskim*, Kraków 1857, i d e m, *Zdroje iwonickie po nowemu ich urządzeniu i powtórzonym rozbiornie chemicznym*, Kraków 1866; W. Ś c i b o r o w s k i, *Krzeszowice jako zakład lekarsko-zdrowy wód siarczanych*, Kraków 1887.

²²T. T e m p k a, *Józef Dietl (1804–1878)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1963, nr 50, s. 1903–1904.

²³L. K o r c z y ń s k i, *Etapy rozwoju...*, s. 2–16.

Następcą i kontynuatorem pracy J. Dietla w dziedzinie balneologii był Edward Sas Korczyński (1844–1905), który jako pierwszy wprowadził na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego wykłady z klimatologii i balneologii²⁴. Zajęcia te prowadzone były przez niego osobiście, a także przez jego współpracowników, m.in. przez Ludomira Korczyńskiego (1867–1936), w latach późniejszych (1933–1936) autora dwutomowego dzieła pt. *Zarys klimatologii lekarskiej*²⁵. W roku 1932 tak oto opisywał działanie leczenia klimatycznego:

„Podnieśmy tylko, że w rządzie czynników klimatycznych posiadają podstawowe znaczenie promieniowanie słoneczne, ciepłota powietrza i jej przebieg okresowy, prężność powietrza, jego ruchliwość i stopień wysycenia parą wodną, wreszcie, nie poznana jeszcze dokładnie, elektryczność powietrza. Przez działanie tych czynników, w pierwszym rządzie przez działanie promieni słonecznych powstają w ustroju doniosłe przemiany biologiczne, gromadzą się wielkie zapasy energii życiowej, zwiększa się biologiczna tężyzna żywej materii, tworzącej materiał budowy całego ciała. Ustroje, nietknięte jeszcze żadną chorobą, w pospolitem tego słowa znaczeniu, stają się dzielniejsze, zyskują więcej sił do pracy i więcej twórczej energii. Ustroje, obciążone jakimikolwiek chorobami, zwiększają swoją odporność i zdobywają przez to warunki dla pokonywania choroby i dla zdrowienia”²⁶.

Jak wynika z powyższego cytatu, autor w działaniu leczniczym klimatu widział nie tylko zastosowanie go w leczeniu chorób, ale również w szeroko rozumianej profilaktyce.

W wieku XIX duży wkład w rozwój lecznictwa klimatycznego i światowej balneologii wnieśli polscy naukowcy, przyrodnicy i lekarze. Byli to najczęściej emigranci (lub ich dzieci) po powstaniach – listopadowym i styczniowym. Spośród najbardziej znanych należy wymienić Ignacego Domeykę (1802–1889), Henryka

²⁴ Lekarz-społecznik, humanista, jako profesor (nominację profesorską otrzymał 9 stycznia 1875 r.) Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego wykazał bardzo żywą i wszechstronną działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną. Wychował kilka pokoleń internistów, pełnił obowiązki prezesa Lekarskiego Towarzystwa Krakowskiego oraz Komisji Balneologicznej, w 1875 r. założył w Krakowie Stowarzyszenie Dzieł Literackich Polskich. Do 1900 r. ogłosił ok. 40 prac naukowych, m.in. na temat znaczenia limfocytów w płynie wysiękowym gruźliczego zapalenia opłucnej. Pod jego kierownictwem z Kliniki Lekarskiej w tym samym czasie ukazało się 171 prac naukowych ogłoszonych drukiem w „Przeglądzie Lekarskim” i innych wydawnictwach naukowych, głównie polskich, rzadziej niemieckich. Był naukowcem na miarę europejską, a wiele jego myśli wytyczyło do dziś aktualne, nowe kierunki naukowe. Zob.: J. A l e k s a n d r o w i c z, J. L i s i e w i c z, *Edward Korczyński (1841–1905)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1964, nr 8, s. 310–311; zob. też: *Pamiętnik jubileuszowy wydany ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej działalności prof. Edwarda Sas-Korczyńskiego przez byłych jego uczniów*, Kraków 1900.

²⁵ Zob.: L. K o r c z y ń s k i, *Zarys klimatologii lekarskiej* t. 1–2, Kraków 1933–1936.

²⁶ L. K o r c z y ń s k i, *Przyrodzone źródła sił i zdrowia ziemi krakowskiej*, Kraków 1931, s. 1–2.

Lubańskiego (zm. 1876), Edwarda Landowskiego (1839–1882), Felicjana Jachimowicza (1831–1915) i Stanisława Zalewskiego (1858–1904).

Ignacy Domeyko pracując w Chile dokonał odkrycia wód mineralnych w wielu miejscowościach, a w Coqujumbo, gdzie założył stację meteorologiczną, prowadził systematyczne badania, co zaowocowało opublikowaniem w 1851 r. rozprawy o klimacie Santiago. W roku 1861 zestawiał obserwacje meteorologiczne zebrane na terytorium chilijskim, co przyczyniło się w znacznym stopniu do założenia w następnych latach zdrojowisk w Ameryce Południowej, stąd nazywa się go często „ojcem balneologii chilijskiej”²⁷.

Henryk Lubański w latach czterdziestych XIX w. założył w Pont-à-Mousson (Lotaryngia we Francji) zakład wodoleczniczy, w którym leczył wodami mineralnymi głównie przewlekłe choroby gorączkowe, tyfus i zapalenie płuc. Następnie objął kierownictwo podobnego zakładu pod Lyonem, skąd przeniósł się do Nicei. To właśnie tam rozpoczął systematyczne badania miejscowego klimatu, który był ciepły i suchy. Stąd do leczenia z jego zastosowaniem kwalifikował dzieci chore na gruźlicę i krzywicę, dorosłych z niedokrwistością i nerwicami, a także osoby w podeszłym wieku – z osłabieniem, wymagające rekonwalescencji. Natomiast badania nad ozonem, którymi także się zajmował, przekonały go, że jest to gaz, który ma właściwości lecznicze, szczególnie ułatwiające oddychanie i poprawiające samopoczucie²⁸.

Zakład wodoleczniczy dla chorych na gruźlicę w pobliżu miasta Alger (Algieria) w dolinie Tipszy prowadził w latach siedemdziesiątych XIX w. Edward Landowski. Do leczenia wykorzystywał kąpiele zimne i gorące, dietę (m.in. kumys, mleko, owoce) oraz klimat, bowiem średnia roczna temperatura w dolinie Tipszy wynosiła ok. 15°C²⁹.

Felicjan J. Jachimowicz po odbyciu kary na Syberii pracował w okolicy Odesy, gdzie w 1881 r. założył nowoczesny zakład wodoleczniczy. Prowadził także obserwacje meteorologiczne, badając klimat, wilgotność powietrza, siłę i kierunki wiatrów, temperaturę wody morskiej. Wyniki swych badań opublikował w 1884 r. w monografii pt. *Limany odeskie*, w której podał skład chemiczny wody morskiej, soli i limanu. W swoim zakładzie stosował kąpiele i okłady szlamowe, kąpiele w piasku oraz zimne i gorące kąpiele powietrzne. Nowością było wykorzystywanie przez niego oleju skalnego do kąpeli, które aplikował dorosłym chorym na gościec

²⁷ F. C i s z e w s k i, *Emigracja polska XIX w. i jej wkład do balneologii światowej*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1986, nr 10/12, s. 159–164; zob. też: I. D o m e y k o, *Estudio sobre las aguas minerales de Chile...*, Santiago 1871.

²⁸ F. C i s z e w s k i, *Emigracja polska XIX w. ...*; H. L u b a ń s k i, *Kilka słów o klimacie nicejskim i jego wpływ na choroby piersiowe*, „Tygodnik Lekarski” 1858, nr 35, s. 278–280.

²⁹ Zob.: E. L a n d o w s k i, *L'Algerie en point de vue climato-therapeutique dans les affections consomptives*, Paris 1877.

stawowy i mięśniowy, z chorobami skórno-wenerycznymi, nerwicami, dzieciom natomiast z chorobami płuc, reumatyzmem i krzywicą³⁰.

W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XIX w. w Tomsku, Dorpacie i Petersburgu pracował Stanisław Zalewski, który w 1892 r. opublikował monografię pt. *Oziero Ingol*, gdzie zamieścił obserwacje dotyczące klimatu i składu chemiczno-fizycznego wód jeziora Ingol. Badał zachowanie się pod wpływem miejscowego klimatu występujących tam w dużych ilościach mułu, łu, piasku, suszonego i świeżego błota. Wykazał, że wody tego jeziora w swym składzie posiadają sole mineralne, kwas węglowy oraz żelazo, sód, potas i wapń, co decydowało o ich cechach leczniczych. Porównywał ich właściwości do wód mineralnych z Kudowy na Śląsku. Stąd też wskazywał na ich stosowanie u chorych na anemię, hemofilię, krzywicę, choroby weneryczne, gościec stawowy i mięśniowy, chorobę Basedowa, gruźlicę węzłów chłonnych (skrofuły) oraz osób w okresie rekonwalescencji³¹.

W zasobach archiwalnych niewiele jednak zachowało się dokumentów świadczących o działalności w dziedzinie balneologii i klimatologii Polaków żyjących w XIX w. na emigracji. Wyniki ich działalności publikowane były w językach krajów, w których żyli i pracowali, dlatego też w Polsce w czasach im współczesnych często byli mało lub zupełnie nieznani. Dokonując jednak wnikliwego przeglądu rozwoju leczenia klimatycznego na świecie, można znaleźć prace naszych rodaków, które przyczyniły się do rozwoju tej gałęzi balneologii, o czym świadczyć mogą choćby uprzednio przywołane nazwiska.

Już wcześniej, na przełomie XIX i XX w., leczniczy wpływ klimatu na organizm człowieka, zwłaszcza starszego, zauważył lekarz Apolinary Tarnawski (1851–1942), uważany za pioniera przyrodolecznictwa i geriatry w Polsce, który w 1894 r. założył uzdrowisko w Kosowie nieopodal Rybnicy, leczące otyłość, krzywicę u dzieci i gruźlicę płuc. W zakładzie pacjentów leczących otyłość obowiązywał ostry reżim dietetyczny, a oprócz diety stosowano sen na otwartym powietrzu, biegi boso, kąpiele w lodowatej, górskiej rzece, ćwiczenia gimnastyczne i oddechowe oraz prace fizycznie (tzw. roboty dla inteligencji), wreszcie kąpiele słoneczne i powietrzne, czemu sprzyjał łagodny klimat tej miejscowości położonej na wysokości 415 m n.p.m. Te ostatnie zalecano osobom starszym, którym inne zabiegi sprawiały trudność. Miały one hartować i poprawiać krążenie krwi, a noszenie przewiewnego stroju z jasnej tkaniny miało ułatwiać oddychanie skóry i było uzupełnieniem kąpiele powietrznych. Apolinary Tarnawski wykorzystywał do leczenia zarówno naturalne promienie słoneczne, jak i te wytwarzane za pomocą skonstruowanego przez siebie w 1910 r. helioreflektora³². Od początku swej

³⁰ Zob.: F. J. J a c h i m o w i c z, *Limany odeskie. Wiadomości podręczne ułożone przez lekarza dyrygującego zakładem w limanie Kujalnickim*, Odessa 1884.

³¹ Zob.: S. Z a l e w s k i, *Oziero Ingol*, Tomsk 1892, s. 27–60.

³² H. K o w a l e n k o, *Apolinary Tarnawski, prekursor profilaktyki szkodliwości cywilizacyjnych*, „Balneologia Polska” 1973, z. 1/3, s. 15–18; zob. też: Archiwum Główne Akt Daw-

pracy był jednak zwolennikiem naturalnych metod leczniczych, a leki aplikował tylko w ciężkich przypadkach. Jak sam mówił: „lekarstwo jest lewarem, który pozwala wozowi ruszyć, jeśli ugrzązł w błocie. Dalej musi jechać o własnych siłach”, czy w innym miejscu: „Zadaniem lecznicy jest dać chorym jak najlepsze warunki naturalne, aby obudzić siły samolecznicze ustroju, albowiem ciało człowieka jest żywą maszyną, która sama bez leków się naprawia”³³. Przypuszczać należy, że stosowane środki były korzystne dla profilaktyki i leczenia chorób związanych z oddziaływaniem warunków życia w dużych aglomeracjach, w pewnym stopniu po prostu stosowano tam „powrót do natury”.

Zakład, działający w Kosowie w latach 1891–1939, gromadził elitę z całej Polski, bowiem przyjeżdżali tam profesorowie, artyści, pisarze, politycy. Większość z nich przyjeżdżała do Kosowa, aby leczyć skutki chorób cywilizacyjnych, byli jednak i chorzy na gruźlicę płuc. Jednym z nich był ks. Kazimierz Lutosławski (1880–1924), doktor medycyny i teologii, działacz ednecki, poseł na Sejm Ustawodawczy i Sejm I kadencji, ideowy mentor twórców skautingu i harcerstwa polskiego, jeden z projektantów krzyża harcerskiego. Przybył on do zakładu dr. Tarnawskiego w 1905 r., po pobycie w Zakopanem. Właśnie tam po raz pierwszy założył dla dzieci kuracjuszy tzw. wakacyjną drużynę „Dzieci Kosowskich”, na wzór drużyn skautowych³⁴.

W uzdrowiskach i stacjach klimatycznych często zakładano tzw. kioski meteorologiczne, których zadaniem było zbieranie danych niezbędnych do prowadzenia terapii. Duży udział w tym przedsięwzięciu miały Komisja Fizjograficzna Polskiej Akademii Umiejętności, Towarzystwa Fizjograficznego Warszawskiego i Towarzystwa Tatrzańskiego. Stąd też swój wkład w rozwój lecznictwa klimatycznego, zwłaszcza pod koniec XIX w., wnieśli polscy meteorolodzy: Eugeniusz Romer (1871–1954), Bronisław Gustawicz (1852–1917) i Władysław Satkiewicz (1857–1904), autorzy prac badawczych dotyczących wpływu czynników klimatycznych na organizm człowieka³⁵. Prace te przyczyniły się do szerszego zastosowania nowych metod leczniczych w miejscowościach dotąd nieznanymi, a wykorzystujących bodźce klimatyczne, zwłaszcza w chorobach przewlekłych i w szeroko pojętej profilaktyce.

Pod koniec XIX w. zaczęły ukazywać się także publikacje reklamujące właściwości lecznicze konkretnych miejscowości. Na uwagę zasługuje wydana w 1890

nych w Warszawie, Statut der Heilanstalt des dr Apolinary Tarnawski in Kosów (Statut Zakładu Leczniczego dr Apolinary Tarnawskiego w Kosowie), Kosów 1914, s. 369–388, 591–655.

³³ Cyt. za: C. T a r n a w s k a - B u s z a, *Higiena życia codziennego według zasad stosowanych w lecznicy dr. A. Tarnawskiego*, [Londyn] 1984, s. 13.

³⁴ H. K o w a l e n k o, *Apolinary Tarnawski...*, s. 15–18.

³⁵ G. T o ł o w i ń s k i, *Początki w Polsce urządzeń i obserwacji meteorologicznych*, „Zdrowie” 1900, t. 16, s. 633–635.

r. monografia autorstwa Stanisława Ponikło (1854–1914) pt. *Zakopane jako miejsce klimatyczne*, opisująca najstarszą polską stację klimatyczną³⁶, którą – jak mówiono niegdyś – „odkrył” w latach siedemdziesiątych XIX w. Tytus Chałubiński (1820–1889), znakomity lekarz i botanik, społecznik, taternik, pionier leczenia klimatycznego w Polsce. To właśnie on jako pierwszy zauważył walory lecznicze tej miejscowości, przydatne zwłaszcza w leczeniu chorych na gruźlicę płuc. Wspomnieć także należy o publikacji L. Korczyńskiego pt. *Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacji klimatycznej dla chorych gruźliczych*, opublikowanej w 1898 r., w której określił autor wskazania do leczenia w klimacie górskim³⁷.

Ważne również były publikacje Walerego Jaworskiego (1849–1924)³⁸, Władysława Florkiewicza (1834–1902)³⁹ i Alfreda Sokołowskiego, którzy zwrócili uwagę świata lekarskiego na wartość leczenia sanatoryjnego w klimacie górskim w chorobach płuc, w tym także gruźlicy, opartego na leczeniu klimatycznym, diecie i higienie osobistej człowieka. Ten ostatni, obok wspomnianych czynników, wskazywał także na stosowanie w leczeniu chorób płuc inhalacji z wód mineralnych alkaliczno-słonych⁴⁰. W latach 1874–1880 A. Sokołowski był asystentem H. Brehmera w zakładzie klimatycznym Görbersdorf (Sokołowsko) na Śląsku. Pobyt ten zaowocował zainteresowaniem i rozpropagowaniem na ziemiach polskich metody „brehmerowskiej”, w leczeniu gruźlicy płuc⁴¹. Jego działania dały początek powstawaniu specjalnie przeznaczonych do leżakowania krytych tarasów, werand i sal

³⁶ S. P o n i k ł o, *Zakopane jako miejsce klimatyczne*, „Przegląd Lekarski” 1890, nr 17, s. 230–340.

³⁷ L. K o r c z y ń s k i, *Kilka uwag o Szczawnicy...*, s. 433–441.

³⁸ Walery Jaworski uważany jest za ojca polskiej gastrologii, jako pierwszy na ziemiach polskich zastosował w praktyce promienie rentgena w klinice chorób wewnętrznych. W 1906 r. po śmierci prof. E. Korczyńskiego, został powołany jako profesor na stanowisko dyrektora Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W 1889 r. sam zapadł na gruźlicę płuc i zmuszony był wyjechać na leczenie do Davos, gdzie przekonał się do stosowania klimatu górskiego w leczeniu tej choroby. Z tego okresu pochodzą też prace naukowe dotyczące stosowania klimatu w leczeniu gruźlicy. Zob.: W. J a w o r s k i, *O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego*, „Przegląd Lekarski” 1891, nr 15, s. 193–194, nr 18, s. 232–233, nr 19, s. 243–244, i d e m, *Uwagi nad leczeniem w sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc*, „Przegląd Lekarski” 1892, nr 19, s. 116–136. Zob. też W. O r ł o w s k i, J. N o w a c z y ń s k i, *Życie i zasługi naukowe ś.p. dra Walerego Jaworskiego*, „Nowiny Lekarskie” 1925, z. 2, s. 62 i z. 3, s. 106.

³⁹ W. F l o r k i e w i c z, *O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacji klimatycznej w Zakopanem*, „Medycyna” 1894, nr 45, s. 898–903, nr 46, s. 919–921, nr 47, s. 939–941.

⁴⁰ A. S o k o ł o w s k i, *Leczenie klimatyczne suchot płucnych*, „Gazeta Lekarska” 1893, z. 5, s. 50.

⁴¹ A. S o k o ł o w s k i, *Pamiętniki. Rozdział 3: Sześć lat pracy u Niemców. Mój pobyt w Görbersdorfie (1874–1880)*, „Medycyna Warszawska” 1930, nr 3, s. 85–92.

– tzw. aerosolariów, w których niezależnie od pory roku i pogody, chory mógł leżakować na świeżym powietrzu niemal przez cały dzień.

Oryginalne w tym czasie były również poglądy Edmunda Biernackiego (1866–1911). W swych publikacjach zwracał on uwagę na zastosowanie klimatu morskiego, który w połączeniu z kąpielami morskimi miał służyć leczeniu nerwicy, anemii, chorób gośćcowych, czy niezżytów dróg oddechowych połączonych z gruźlicą⁴².

Obok wspomnianych monografii, opisujących cechy klimatu konkretnych miejscowości, w 1896 r. ukazała się publikacja Henryka F. Dobrzyckiego (1843–1914), pioniera polskiej klimatologii, pt. *Zdrowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w guberniach Królestwa Polskiego i w najbliższych guberniach cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze*⁴³. Dzięki jego wysiłkom w 1879 r. powstała w Mieni pod Warszawą pierwsza lecznica chorych na gruźlicę dla najbiedniejszych⁴⁴.

W drugiej połowie XIX w. zaczęły ukazywać się pierwsze czasopisma balneoterapeutyczne o charakterze naukowym, popularnym i reklamowym. Miały one głównie na celu propagować leczenie uzdrowiskowe i same zdrowiska, były jednak i takie, które przeznaczone były dla lekarzy-balneologów. Na uwagę zasługuje wydawany w latach 1872–1874 periodyk „Zdrowiska – Tygodnik Kąpielowy”, który przeznaczony był dla ogółu zainteresowanych. Zamieszczano w nim informacje o inwestycjach uzdrowiskowych, recenzje prac naukowych, artykuły dotyczące balneologii, klimatologii, hydrologii, dietetyki uzdrowiskowej, opisy polskich i zagranicznych zdrowisk, a nawet adresy lekarzy pracujących w kurortach⁴⁵.

Drugim periodykiem był wydawany w latach 1873–1877 dwutygodnik „Krynica” (w latach 1875–1877 ukazywał się jako tygodnik), w którym zamieszczano ogólne informacje na temat lecznictwa uzdrowiskowego krajowego, aby „ułatwić wszechstronne poznanie i ściśle ocenianie naszych zakładów zdrojowych”⁴⁶. Jednak ze względu na trudności w nawiązaniu kontaktu z innymi zdrojowiskami najczęściej miejsca poświęcano działalności leczniczej i organizacyjnej samego kurortu

⁴²E. B i e r n a c k i, *Wycieczka po wybrzeżach niemieckich*, „Medycyna” 1896, t. 24, s. 120, 945, 963; i d e m, *Sprawa sanatoriów*, „Medycyna” 1903, nr 9, s. 211–214.

⁴³H.F. D o b r z y c k i, *Zdrowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w guberniach Królestwa Polskiego i w najbliższych guberniach cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze*, Warszawa 1896, s. XL.

⁴⁴M. T e l a t y c k i, *O sanatoriach dla leczenia gruźlicy*. W: *Uzdrowiska polskie: ilustrowany przewodnik po zdrojowiskach, stacjach klimatycznych, kąpieliskach morskich, wczasowiskach i miejscowościach wypoczynkowych*, red. K. SAYSSE-Tobiczek przy współpr. J. Dobrzyńskiego, Warszawa 1947, s. 26–34.

⁴⁵*Zdrowiska, tygodnik kąpielowy*. *Wiadomości bieżące*, „Gazeta Lekarska” 1872, nr 24, s. 382.

⁴⁶*Słowo wstępne*, „Krynica” 1876, nr 1, s. 1.

Krynica. Dodać należy, że czasopismo to przysłużyło się znacznie do popularyzacji rodzimych zdrojowisk⁴⁷.

W roku 1875 w sezonie kuracyjnym, jako dodatek do „Gazety Lekarskiej”, wychodziło czasopismo „Wody Mineralne. Ciechocinek, Busko, Solec, Druskieniki, Birsztany, Nowe Miasto, Sławinek. Rzecz Poświęcona Zakładom i Gościom Zdrojowym”. Choć pismo to nie znajduje się w rejestrze wydawnictw, niemniej jednak zawierało ono ciekawe artykuły na temat wyboru odpowiedniego zdrojowiska, trybu życia w czasie i po kuracji, a także informacje dotyczące klimatoterapii⁴⁸.

W latach 1885–1914 wychodziło w Krynicy nowe czasopismo pt. „Krynica – Pismo Poświęcone Sprawom Polskich Zdrojowisk. Wychodzi Podczas Pory Kąpielowej”, w którym ukazywały się artykuły dotyczące zdrojowisk i ich rozwoju, od 1889 r. także opracowania o tematyce popularnonaukowej. Z kolei w Tarnowie w 1898 r. wydawano tygodnik „Zdrojowiska”, w którym ukazywały się tłumaczone z języków obcych rozprawy balneologiczne i klimatyczne pisane przez L. Korczyńskiego, artykuły poświęcone zakładom kąpielowym, zdrojowiskom polskim i zagranicznym oraz wykazy polskich lekarzy tam praktykujących⁴⁹.

Wydawanie wspomnianych periodyków przyczyniło się do ożywienia działalności naukowej w dziedzinie balneologii w drugiej połowie XIX w. Dowodem na to jest powołanie do życia w 1857 r. przez J. Dietla Komisji Balneologicznej, działającej przy Krakowskim Towarzystwie Naukowym, która skupiła najwybitniejszych przedstawicieli świata nauki, z dużym autorytetem społecznym, wiedzą i doświadczeniem. Najważniejszym zadaniem, przed którym stanęła komisja było usystematyzowanie działalności uzdrowiskowej, określenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia oraz wytycznych do rozwoju bazy uzdrowiskowej⁵⁰. W roku 1860 Komisja opracowała „Instrukcję dotyczącą higienicznego i balneoterapeutycznego urzędnictwa zdrojowisk”, w której zamieszczono przepisy odnośnie do zakresu działalności i stanowisk lekarzy zdrojowych oraz zakresu uprawnień zarządu zdrojowiskowego⁵¹. W grudniu 1863 r. uchwalono nowelizację wspomnianej instrukcji (Instrukcja tycząca się urzędów zdrojowiskowych), która systematyzo-

⁴⁷T. O s t r o w s k a, *Polskie czasopiśmiennictwo balneologiczne w XIX w.*, „Wiadomości Uzdrawiskowe” 1967, z. 3/4, s. 409–415.

⁴⁸L. K o r c z y ń s k i, *O polskim piśmiennictwie balneologicznym i prasie balneologicznej*, „Przegląd Zdrojowy” 1927, nr 2, s. 8–9.

⁴⁹*Nasz program (redakcja)*, „Zdrojowiska” 1898, nr 1, s. 1–2.

⁵⁰B. L u t o s t a ń s k i, *Program pracy Komisji Balneologicznej utworzonej przy c.k. Akademii Umiejętności w Krakowie*, Kraków 1876, s. 1–9.

⁵¹*Instrukcja dotycząca higienicznego i balneoterapeutycznego urzędnictwa zdrojowiska*, „Przegląd Lekarski” 1864, nr 24, s. 191.

wała pracę w zdrojowiskach, przede wszystkim określając zadania lekarzy i służby sanitarno-porządkowej⁵².

W roku 1886 ukazał się traktat Bolesława Lutostańskiego (1837–1890) pt. *Przemysł zdrojowo-leczniczy i ustawa dla zdrojowisk krajowych. Fakta i uwagi*. Była to praca poprzedzona wnikliwą analizą i oceną funkcjonowania polskich uzdrowisk, w której wiele miejsca poświęcił autor sprawie niedoceniań polskich kurortów i zasobów surowców naturalnych, w tym klimatu. Lutostański pisał: „Klimat swojski znakomicie można wyzyskać na pożytek wszelkiego rodzaju chorych leczenia klimatycznego potrzebujących”. I zaraz potem dodawał: „Niech ci, co nie wierzą w zbawienność swojskiego klimatu, przypatrzą się znakomitym skutkom osiąganym przez prof. T. Chałubińskiego za pomocą naszego górskiego klimatu chorych, których według dawnego szablonu należałoby wysłać gdzieś daleko na południe”⁵³.

Gdy w styczniu 1877 r. została rozwiązana Komisja Balneologiczna, tydzień później na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego powołano stałą komisję do spraw balneologii, klimatologii i hydrologii krajowej. Jej zadaniem była poprawa funkcjonowania urzędzeń stosowanych w zdrojowiskach dla dobra chorych⁵⁴. Komisja zwracała także uwagę na potrzebę uchwalenia ustawy uzdrowiskowej, od której zależał rozwój zdrojowisk⁵⁵. Sejm galicyjski uchwalił wspomniany dokument w 1891 r. pod nazwą „Ustawa dla zdrojowisk galicyjskich”, a przyjęły ją środowiska również w pozostałych zaborach, dzięki czemu stworzona została podstawa prawna do funkcjonowania wszystkich polskich uzdrowisk. Nakazywała ona przede wszystkim w każdym uzdrowisku opracowanie statutu, powołanie komisji, lekarza i zarządu zdrojowego. Wpłynęło to bezpośrednio na zwiększenie liczby lekarzy w zdrojowiskach oraz liczbę publikacji naukowych o tematyce balneoklimatycznej. Miało to zapewnić odpowiedni rozwój leczniczy, kulturalny i ekonomiczny kurortu⁵⁶. W roku 1899 sejm galicyjski przyjął drugą ustawę uzdrowiskową, która była uzupełnieniem poprzedniej i regulowała sprawy dotyczące rozwoju i przeznaczenia zdrojowisk⁵⁷.

⁵² M. Zieleniewski, *Czego najpilniej potrzeba ku ulepszeniu polskich zdrojowiska*, „Medycyna” 1887, nr 52/53, s. 401–403.

⁵³ B. Lutostański, *Przemysł zdrojowo-leczniczy i ustawa dla zdrojowisk krajowych. Fakta i uwagi*, Kraków 1886, s. 44; i d e m, *Słowno o klimacie swojskim*, „Zdrowie” 1886, nr 15, s. 6–8.

⁵⁴ B. Lutostański, *Posiedzenie Komisji Balneologicznej w dniu 27 stycznia 1877*, „Przełąd Lekarski” 1877, nr 10, s. 115–116.

⁵⁵ Zob.: B. Lutostański, *Obraz czynności Komisji Balneologicznej dokonanych w 1877 r.*, Kraków 1878.

⁵⁶ F. Ciszewski, *Pierwsza Ustawa uzdrowiskowa Sejmu Galicyjskiego*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1987, z. 5/6, s. 185–189.

⁵⁷ F. Ciszewski, *Ustawa budowlana Sejmu Galicyjskiego, jako uzupełnienie Ustawy uzdrawiskowej*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1987, z. 5/6, s. 183–184.

Inaczej wyglądała sytuacja w uzdrowiskach znajdujących się w Królestwie Polskim, bowiem najwięcej problemów dotyczyło stanu technicznego urządzeń balneoterapeutycznych. Nie funkcjonowała też żadna organizacja, która sprawowałaby nadzór nad zdrojowiskami, nie obowiązywały tym samym żadne przepisy regulujące tę działalność. Poszczególne uzdrowiska, jak np. Busko⁵⁸, Nałęczów, Nowe Miasto nad Pilicą⁵⁹, posiadały swoje własne przepisy, które dotyczyły administracji, kierownictwa i pracowników medycznych.

W lutym 1870 r. powołano Oddział Balneologiczny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, który od razu podjął się wprowadzenia nowych metod leczniczych w zdrojowiskach (inhalacje, dieta, ćwiczenia lecznicze) oraz określenia wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego⁶⁰. W listopadzie 1898 r. przy Warszawskim Towarzystwie Higienicznym powołano Wydział Higieny Zdrojowisk i Miejscowości Klimatycznych. Zajmował się on organizacją urządzeń balneoterapeutycznych oraz określał warunki niezbędne do powstawania stacji klimatycznych i prowadzonych w nich badań meteorologicznych⁶¹. Jeszcze w tym samym roku założono filie Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego w Łodzi, Kaliszu, Lublinie i Częstochowie, przy których funkcjonowały wydziały higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych prowadzące podobną działalność jak wyżej wspomniany wydział warszawski⁶².

W Krakowie Polskie Towarzystwo Balneologiczne powołano 15 stycznia 1905 r. W nazwie pojawiło się słowo „polskie”, by podkreślić, że obejmuje swym zasięgiem wszystkie ziemie polskie pod zaborami. Pierwszym prezesem (lata 1905–1906) został L. Korczyński, a następnie organizacją kierowali: Jakub hr. Potocki (1907–1909)⁶³, S. Pareński (1910–1913), M. Cercha (1914–1922) i ponow-

⁵⁸ *Instrukcja dla lekarza – dzierżawcy zawiadującego zakładem wód mineralnych w Busku*, „Medycyna” 1885, nr 18, s. 219–220.

⁵⁹ *Ustawa prywatnego zakładu hydropatycznego dra Bielińskiego w Nowym Mieście nad Pilicą*, „Medycyna” 1874, nr 10, s. 179–180. Był to zakład wodoleczniczy, położony w terenie podgórskim, otoczony lasami sosnowymi, który obok domu zdrojowego z urządzeniami hydroterapeutycznymi, posiadał dużą zadaszoną werandę, służącą do spacerów w deszczowe dni dla pacjentów przebywających tam na leczeniu klimatycznym. Zob.: M. Zieleniecki, *Rys balneologii...*, s. 201.

⁶⁰ *Powstanie i działalność Oddziału Balneologicznego*, „Gazeta Lekarska” 1870, nr 32, s. 543.

⁶¹ *Powstanie i działalność Towarzystwa Warszawskiego Higienicznego*, „Zdrowie” 1899, t. 14, s. 265.

⁶² G. T o ł o w i ń s k i, *Sekcje zdrojowisk i miejscowości klimatycznych*, „Zdrowie” 1899, nr 1, s. 1–2.

⁶³ Zmarły w Warszawie 28 września 1934 r. hrabia Potocki, testamentem z dnia 22 września 1934 r. powołał do życia Fundację im. Jakuba hr. Potockiego, której statut zatwierdził minister zdrowia. Jej celem było niesienie cierpiącej ludzkości pomocy przez popieranie rozwoju skutecznej walki z chorobami, ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy i nowo-

nie od 1923 r. L. Korczyński. Towarzystwo współpracowało z Wydziałem Higieny Zdrojowisk i Miejscowości Klimatycznych Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, a także rozpoczęło wydawanie czasopism naukowych. Od roku 1905 ukazywał się „Przewodnik Kąpielowy”, a od 1906 r. „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego”⁶⁴. Przejęło także na własność „Przegląd Zdrojowy” i „Przewodnik po Galicji”⁶⁵.

Jeszcze przed wybuchem pierwszej wojny światowej daje się zauważyć znaczne zainteresowanie lekarzy leczeniem klimatycznym, czego dowodem mogą być prace naukowe prowadzone w klinikach uniwersyteckich. Dotyczyły one działania kąpeli w wodach o różnym składzie chemicznym, jak też czynników klimatycznych w różnych regionach kraju. W roku 1931 L. Korczyński opisał uzdrowiska ziemi krakowskiej, zamieszczając charakterystykę każdego z nich, podkreślając przede wszystkim wartość przyrody w balneoterapii.

„Moce przyrody są tymi przepotężnymi czynnikami, z których ludzkość czerpie swoją tężyznę i swoje zdrowie. Szukać ich i brać je trzeba z przyrody, nieskażonej wy rafinowanymi zdobyczami cywilizacyjnej kultury [...]. Brzmi to może trochę niezwykle w ustach lekarza, kiedy w rzędzie czynników, które mają skrzepiać ustrój ludzki, wymienia się na pierwszym miejscu krajobraz i muzykę przyrody. A jednak nie ma w tem żadnej herezji. To, co widzą oczy i to, co słyszą uszy, stwarza w psychicznym mózgu ludzkim zawsze jakieś wrażenie. Z wrażeń powstają nastroje. Dobre i miłe wrażenia wznecają korzystne nastroje, nastroje spokoju lub podniety [...]. Nastroje nie ograniczają się na samej tylko psychice. Wpływ ich rozciąga się na cały samowiedny układ nerwowy, a za pośrednictwem jego licznych połączeń z układem wegetatywnym przenosi się drogą nerwów wegetatywnych, współczulnych i parawspółczulnych, na przeróżne narządy. Rzeczy tych nie godzi się żadną miarą lekceważyć”⁶⁶.

Szczególnego znaczenia nabrało pod koniec XIX w. robienie użytku z klimatu w leczeniu gruźlicy płuc, do czego zaczęto wykorzystywać miejscowości wysokogórskie lub górskie, gdzie powietrze było czyste. Metody postępowania opracowane zostały na podstawie długoletnich obserwacji i doświadczeń lekarskich⁶⁷. Powszecznie rozpoczęto do leczenia tej choroby stosowanie kąpeli słonecznych, po-

tworów złośliwych. Dnia 28 kwietnia 1943 r. władze niemieckie zawiesiły jej działalność, po czym uległa ona likwidacji. Zob.: *Archiwum Akt Nowych w Warszawie. Przewodnik po zasobie archiwalnym*, red. M. Motaś, Warszawa 1973, s. 189.

⁶⁴ P. G a n t k o w s k i, *Działalność Polskiego Towarzystwa Balneologicznego*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1930, t. 9, s. 25–40.

⁶⁵ M. Z a n i e t o w s k i, *Sprawozdanie z czynności Polskiego Towarzystwa Balneologicznego za czas 1905–1909*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1909, t. 2, s. 220–227.

⁶⁶ L. K o r c z y ń s k i, *Przyrodzone źródła...*, s. 4–5.

⁶⁷ S. G a ł e c k i, *Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu gruźlicy*, „Zdrowie” 1903, nr 12, s. 1285–1307; A. K a m s l e r, *Znaczenie klimatu górskiego w walce z gruźlicą*, „Zakopane” 1930, nr 6, s. 2, nr 8, s. 9.

wietrznych (werandowanie latem i zimą po kilka godzin dziennie) i ograniczoną aktywność fizyczną. Podobnie leczono gruźlicę gruczołów limfatycznych szyjnych (kąpiele słoneczne i solankowe)⁶⁸.

Największym ośrodkiem wysokogórskim, leczącym gruźlicę płuc było już wówczas Zakopane. Badania klimatyczne prowadzone tam pod koniec lat osiemdziesiątych XIX w. potwierdzały dobroczynne skutki zakopiańskiego powietrza wleczeniu tej choroby. Stwierdzano w nich, że „w miejscowościach wysokogórskich ponad 1600 m n.p.m. chorobliwość i śmiertelność jest mniejsza, a powietrze jest uboższe w mikroby”⁶⁹, a co do samej gruźlicy jako „pewnik statystyczny, że w Krakowie co 5 człowiek umiera na gruźlicę, a w powiecie krakowskim co 7, zaś w Zakopanem co 50”⁷⁰. Stąd też wyciągnięto wniosek, że „człowiek dotknięty skłonnością do gruźlicy przeniósłszy się do Zakopanego ma 10 razy większą sposobność uchronienia się od gruźlicy, gdyż czynnikiem leczniczym jest tu systematyczne, tonizujące działanie klimatu, poprzez pobudzenie łaknienia, pogłębienie oddychania, zwiększoną pracę mięśni i serca, oraz szybką przemianę materii”⁷¹.

W Zakopanem leczono gruźlicę płuc w początkowym stadium choroby, objawiającą się stanami nieżytowymi, występującą u osób niedożywionych, będących jeszcze w dobrym stanie fizycznym i psychicznym. Przyjmowano także chorych z włóknistą postacią gruźlicy oraz z tzw. gruźlicą dziedziczną. Ponadto, leczono tam chorych dotkniętych gruźlicą gruczołów, kości i stawów⁷². Zakopane jako stacja klimatyczna zostało uznane 3 października 1885 r., z tym że jej statut zatwierdzono dopiero 16 stycznia 1889 r. Organizował on na prawnych podstawach życie w miejscowości, zakładał powołanie do życia lekarza i komisji klimatycznej⁷³.

Pierwsze sanatorium przeciwgruźlicze, usytuowane w otoczeniu lasu świerkowego, zwane „Klemensówką”, otworzył w 1881 r. Wenanty Piasecki (1832–1909). Zakład posiadał budynek z 50 pokojami, 14 gabinetami do hydroterapii, z trzema basenami wodnymi i czterema do helioterapii⁷⁴. Piasecki uważał, że „gazy unoszące się z wód w powietrze są najcenniejsze do wdychiwania dla chorych na piersi”⁷⁵. Klimat miejscowości, porównywany do podalpejskiego, sprzyjał terapii klimatycznej przez cały rok. „Zakopane odwiedzane przez chorych piersiowych dla używania żentycy i górskiego powietrza, a uzyskawszy odpowiednie obecnemu

⁶⁸ L. K o r c z y ń s k i, *Etapy rozwoju...*, s. 2–16.

⁶⁹ S. P o n i k ł o, *Zakopane jako miejsce klimatyczne. Studium klimatologiczne*, Kraków 1890, s. 42.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Ibidem.

⁷² L. K o r c z y ń s k i, *Zarys balneoterapii...*, s. 472.

⁷³ *Statut Klimatycznej Stacji Leczniczej w Zakopanem*, Kraków 1889.

⁷⁴ M. Z i e l e n i e w s k i, *Rys balneologii...*, s. 202.

⁷⁵ Por.: W. P i a s e c k i, *Zakład wodolecznicy Klemensówka*, Kraków 1891.

stanowisku medycyny assanizacyjne urządzenia, bez pochyby kąpiele stałyby się wybornym sanatorium dla suchotników i ogółem piersiowo chorych”⁷⁶.

Drugie sanatorium, posiadające osobne oddziały dla kobiet i mężczyzn, prowadził od 1887 r. Andrzej Chramiec (1859–1939), lekarz, nazywany pierwszym „doctorem” z Podhala, działacz społeczny, który jako reprezentant Rady Gminy i Komisji Klimatycznej w 1904 r. wszedł w spór z lekarzem klimatycznym. Dotyczył on problemów sanitarnych gminy i systemu działania władzy w uzdrowisku, przez co zrezygnował z dalszej pracy, co obrazowo nakreślił Stanisław I. Witkiewicz w eseju pt. *Bagno*⁷⁷. Zakład ten, stojący wśród świerkowego lasu, w 1891 r. został rozbudowany, dzięki czemu posiadał 124 pokoje, czytelnię, jadalnię, salę gimnastyczną, bilardowa, 100-metrową werandę. W leczeniu stosowano tam hydroterapię, ćwiczenia gimnastyczne i dietę⁷⁸. W roku 1920 przemianowano go na Sanatorium Polskiego Czerwonego Krzyża, a w 1946 r. im. Tytusa Chałubińskiego⁷⁹.

Trzecim sanatorium, w którym obok zabiegów wodoleczniczych stosowano kąpiele powietrzne u chorych na gruźlicę był zakład Bronisława Chwistka, założony w 1892 r. na Krupówkach w willi „Gerlach”, rozbudowany w 1896 r., stosował podobne środki lecznicze jak zakład dr. Chramca⁸⁰.

Najmłodszym chronologicznie zakopiańskim zakładem było sanatorium dla chorych na gruźlicę dr. Mariana Hawranka, założone w 1898 r. Było to pierwsze tego typu sanatorium w Galicji, które znajdowało się w specjalnie wybudowanym piętrowym budynku z dziesięcioma dużymi pokojami, zwróconymi ku południowej stronie, podgrzewanymi i wentylowanymi ubikacjami oraz 10-metrową werandą z leżakami. W zakładzie stosowano leczenie klimatyczno-dietetyczne⁸¹.

Działalność wspomnianych sanatoriów spowodowała, że na początku XX w. idea T. Chałubińskiego dotycząca przekształcenia Zakopanego w uzdrowisko znalazła wielu zwolenników, którzy zaczęli otwierać kolejne sanatoria leczące gruźlicę. Dnia 23 listopada 1902 r. powstało w Kościelisku koło Zakopanego sanatorium, założone przez ftyzjatrę Kazimierza Dłuskiego (1855–1930), którym zarządzał do 1919 r. Z zakładu tego wyszło wiele naukowych publikacji autorstwa Dłuskiego i jego asystentów⁸², m.in. Olgierda Sokołowskiego (1885–1944), późniejszego dyrektora sanatorium „Odrodzenie”, powstałego w latach międzywojennych. Wów-

⁷⁶M. Zieleniewski, *Nasze Zakłady Zdrojowo-Kąpielowe i Hydropatyczne tudzież Uzdrowisko Klimatyczno-Lecznicze*, „Kalendarz J. Czecha” 1894, s. 112.

⁷⁷Zob.: S.I. Witkiewicz, *Bagno*, Lwów 1903.

⁷⁸Por.: A. Chramiec, *Zakład dra Chramca w Zakopanem*, Kraków 1893.

⁷⁹A. Kuczewski, *Powstanie i rozwój sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc*, „Przegląd Lekarski” 1914, nr 5, s. 60–62, nr 6, s. 75–78.

⁸⁰B. Chwistek, *Zakopane*, „Przegląd Lekarski” 1889, nr 33, s. 452–453.

⁸¹L. Korczyński, *Zarys balneoterapii...*, s. 473–474.

⁸²K. Dłuski, *O sanatoryach*. W: *Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w roku 1900*, Warszawa 1901, s. 213–251.

czas uruchomiono także sanatorium „Akademickie”⁸³, „Nauczycielskie” „ZUS”, „Warszawiankę”, „Dziecięcy Zakład Lecznicy na Bystrem” oraz inne, w tym zakłady lecznicze dla wielu grup branżowych i mundurowych. W okresie tym dr Antoni Kuczewski (1870–1941) wprowadził do leczenia gruźlicy płuc zajęcia praktyczne w ogrodzie, stając się tym samym jednym z prekursorów rehabilitacji chorych w Polsce⁸⁴. W tym czasie również dr Józef Żychoń (1869–1948)⁸⁵ założył w Zakopanem, pierwsze w Polsce Gimnazjum Sanatoryjne wraz z internatem, przeznaczone dla młodzieży szkolnej wymagającej pobytu w zdrowym wysokogórskim klimacie w celach leczniczych i profilaktycznych⁸⁶.

Zatem już pod koniec XIX w., wraz z powstawaniem nowych sanatoriów dla chorych na gruźlicę, Zakopane zaczęło zmieniać swój charakter, w kierunku uzdrowiska z wyraźnymi wskazaniem do leczenia gruźlicy płuc. Opinia ta przetrwała aż do końca drugiej wojny światowej, kiedy to specyfika miejscowości uległa całkowitemu przeobrażeniu, gdyż od 1946 r. rozpoczęto tam leczenie gruźlicy sposobem operacyjnym oraz chemioterapią i antybiotykami⁸⁷.

W roku 1912 swoją działalność rozpoczęła stacja klimatyczna założona w Worochcie (750 m n.p.m.) nad Prutem. Zlokalizowana wśród lasów bukowych, jodłowych i świerkowych, posiadająca łagodny, pozbawiony wiatrów, o dużym nasłonecznieniu klimat górski⁸⁸, już w latach międzywojennych uzyskała renomę

⁸³ Powstałe w 1902 r., dawniej zwane sanatorium „Bratniej Pomocy”, uważane było, za jeśli nie pierwszy, to jeden z pierwszych zakładów tego typu w Europie, leczący młodzież akademicką. Pionierskie inicjatywy profilaktyki zdrowotnej wśród młodzieży akademickiej II Rzeczypospolitej, które stanowiły punkt wyjścia dla późniejszych form pomocy młodzieży studiującej, zapoczątkowane zostały w środowisku lwowskim. Zob.: R. T a l e w s k i, *Historia Zakopanego jako ośrodka leczenia gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1965, nr 10, s. 1022–1024.

⁸⁴ A. K u c z e w s k i, *Powstanie i rozwój sanatoryjnego leczenia...*, nr 5, s. 60–62, nr 6, s. 75–78.

⁸⁵ Ftyzjatra, twórca i długoletni dyrektor sanatorium „Odrodzenie”, społecznik, przyczynił się do rozwoju Zakopanego jako stacji klimatycznej, założyciel i redaktor czasopisma „Zakopane”, reklamującego klimat tej miejscowości, jego wartości lecznicze, wykorzystywane w leczeniu chorób płuc i gruźlicy, prekursor dzisiejszych prewentoriów, autor wielu publikacji naukowych z zakresu leczenia chorób płuc i gruźlicy. Zob.: L. F i s c h e r, *Wspomnienie pośmiertne o Józefie Żychoniu*, „Gruźlica” 1950, nr 1, s. 5–9.

⁸⁶ Zob.: Z. G a r n u s z e w s k i, *Sylwetki ftyzjatrów XXX-lecia PRL*, „Gruźlica” 1975, nr 11, s. 1028.

⁸⁷ W 1946 r. w sanatorium „Nauczycielskim” powstał oddział torakochirurgiczny, przeniesiony w następnym roku do sanatorium „Odrodzenie”, który z biegiem lat stał się Kliniką Torakochirurgiczną za sprawą Wita Rzepeckiego, wybitnego polskiego torakochirurga. Zob.: R. T a l e w s k i, *XXV-lecie ftyzjatrii w Zakopanem*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 10, s. 1023–1028; i d e m, *Rys historyczny torakochirurgii w Zakopanem*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1971, nr 6, s. 465–468.

⁸⁸ C. R o k i c k i, *Przewodnik po uzdrowiskach*, Warszawa 1929, s. 215–216.

najpiękniejszej stacji klimatycznej Huculszczyzny, specjalizującej się w leczeniu gruźlicy (w 1938 r. na kuracji przebywało tam 4 tys. pacjentów)⁸⁹. W tym czasie powstały też lecznice klimatyczne w Tatarowie nad Prutem, w Hołosku pod Lwowem, Otwocku i Rudce pod Warszawą oraz kilka innych⁹⁰. Ogółem przed pierwszą wojną światową na ziemiach polskich w 9 miejscowościach działało 14 sanatoriów przeciwgruźliczych, o łącznej liczbie 1300 łóżek, z czego 34% stanowiło własność prywatną, a pozostałe należały do organizacji społecznych⁹¹.

W latach 1914–1918, gdy wielu lekarzy pracowało w szpitalach i lazaretach wojskowych, a część zdrojowisk uległa zniszczeniu (na terenie Małopolski i Królestwa Kongresowego) nastąpił zastój w rozwoju polskiej balneoterapii. W latach międzywojennych podjęto prace, które miały przyczynić się do rozkwitu tej dziedziny.

Lata międzywojenne

Uznanie leczenia gruźlicy płuc sposobem sanatoryjnym i chirurgicznym spowodowało, że w latach dwudziestych XX w. społeczne leczenie sanatoryjno-kliniczne dla chorych na gruźlicę prowadzone w warunkach klimatycznych stało na dobrym poziomie, lecz jego baza materialna oraz łózkowa były niewystarczające⁹². Z tego też powodu leczenie klimatyczne gruźlicy stało się jednym z głównych tematów obrad I Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, zorganizowanego w Krakowie w 1925 r., w czasie trwania którego podkreślano, że chory na gruźlicę powinien dochodzić do zdrowia w ojczywym klimacie⁹³.

W roku 1920 w Polsce działało 18 sanatoriów przeciwgruźliczych, które łącznie posiadały 1821 łóżek. Były one jednak nierównomiernie rozrzucone, a najwięcej z nich znajdowało się w Zakopanem i Otwocku⁹⁴. W roku 1930 gruźlicę płuc leczono już w ponad 60 sanatoriach z 5561 łózkami, co dawało 1,85 łóżka na 10 tys. ludności⁹⁵, przy czym nadal największa ich liczba znajdowała się w Zakopanem i Otwocku⁹⁶, na-

⁸⁹ Por.: *Uzdrowiska Polski i ich rozmieszczenie oraz rozwój w latach 1921–1938*, Warszawa 1938.

⁹⁰ A. S a b a t o w s k i, *Krótki zarys...*, s. 35–62.

⁹¹ M. S k o k o w s k a - R u d o l f, M. G r o d e c k i, S. R u d z k i, *Walka z gruźlicą w Polsce*, Warszawa 1934, s. 34–60.

⁹² S. R u d z k i, *Zdrowiskowe i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy*, „Nowiny Lekarskie” 1932, nr 12, s. 361–370.

⁹³ A. K u c z e w s k i, *Leczenie gruźlicy klimatyczno-sanatoryjne*. W: *Pamiętnik I Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Kraków 1925.

⁹⁴ Por.: „Rocznik Statystyczny” 1937.

⁹⁵ M. S k o k o w s k a - R u d o l f, M. G r o d e c k i, S. R u d z k i, *Walka z gruźlicą...*, s. 34–60.

⁹⁶ Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys...*, s. 57–61.

tomiast gruźlicę kostną dziecięcą leczono w Zakopanem i Rabce⁹⁷, a u dorosłych w Iwoniczu, Krynicy, Makowie Podhalańskim i Ciechocinku⁹⁸. W latach kryzysu gospodarczego daje się zauważyć spadek liczby korzystających z tego typu leczenia, co spowodowało, że w ciągu roku wiele łóżek sanatoryjnych stało pustych (w 1931 r. łóżko sanatoryjne było wolne przez 89 dni, w 1932 r. przez 128 dni). Wpłynęło to na zmniejszenie liczby łóżek sanatoryjnych; w 1934 r. działało 49 sanatoriów z 5219 łózkami⁹⁹, a w 1937 r. – 42 z 5272 łózkami¹⁰⁰.

Według danych Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za lata 1929–1932 tylko 40% chorych przebywających w sanatoriach przeciwgruźliczych leczyło się na koszt Kasy Chorych, samorządy pokrywały ciężar leczenia 15% chorych, instytucje społeczne i charytatywne – 30%, a pozostałe 15% musiało płacić za własny pobyt¹⁰¹. W tym czasie stan większości chorych na gruźlicę ulegał poprawie po położeniu do łóżka i otoczeniu go należytą opieką. Nie były to jednak efekty trwałe, gdyż nawroty i ponowne zaostrzenie choroby zdarzały się stosunkowo często, co podnosiło znacznie koszty leczenia i nie rokowało zbyt dobrze na przyszłość.

W latach międzywojennych duży wkład w rozwój klimatoterapii i zastosowania jej w leczeniu gruźlicy wnieśli Antoni Sabatowski (1880–1967) i Czesław Trybowski (1909–1966), którzy publikowali rozprawy, posiłkując się własnymi badaniami na temat wykorzystania klimatu w celach leczniczych.

Antoni Sabatowski od 1924 r. kierował Zakładem Klimatologii Lekarskiej i wykładał klimatologię na Uniwersytecie Lwowskim, a od 1945 r. pracował na Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie również prowadził zajęcia z klimatologii. Jest autorem kilkudziesięciu publikacji o wspomnianej tematyce, m.in. podręcznika pt. *Klimatoterapia i hydroterapia ogólna i zdrojowiskowa, z opisem uzdrowisk polskich*, opublikowanego w 1923 r.¹⁰², za który otrzymał Nagrodę im. H. Dobrzyckiego za wysoki poziom naukowy i wartość dydaktyczną¹⁰³. Już podczas pracy we Lwowie zaangażował się w działalność Towarzystwa Walki z Gruźlicą, biorąc udział w jego

⁹⁷ L. S t a r k i e w i c z, *Leczenie sanatoryjno-zdrowiskowe dzieci gruźliczych*, „Pamiętnik Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku” 1938, t. 11, s. 208.

⁹⁸ L. K o r c z y ń s k i, *Etapy rozwoju...*, s. 2–16.

⁹⁹ Należały one do: prywatnych właścicieli (2), rządu RP (4), towarzystw przeciwgruźliczych (6), ubezpieczalni społecznej (14), stowarzyszeń i organizacji społecznych (16). Zob.: M. S k o k o w s k a - R u d o l f, M. G r o d e c k i, S. R u d z k i, *Walka z gruźlicą...*, s. 34–60.

¹⁰⁰ W. O r ł o w s k i, *Nauka o chorobach wewnętrznych*, Warszawa 1951, s. 163–165.

¹⁰¹ Por.: *Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego 1932/1933*, [Warszawa 1934].

¹⁰² Zob.: A. S a b a t o w s k i, *Klimatoterapia i hydroterapia ogólna i zdrojowiskowa, z opisem uzdrowisk polskich*, Lwów 1923.

¹⁰³ A. B a r w i k - S c h r a m m, *Prof. dr med. Antoni Sabatowski*, „Przegląd Lekarski” 1967, nr 11, s. 766.

posiedzeniach oraz opracowując popularne wykłady i broszury¹⁰⁴. Natomiast Czesław Trybowski był kierownikiem stacji meteorologicznej w Rabce, autorem wielu publikacji z zakresu krajoznawstwa, turystyki, a w szczególności z dziedziny klimatologii i meteorologii, m.in. *Klimat a zdrojowiska* wydanej w 1939 r.¹⁰⁵.

Na uwagę zasługuje także działalność Artura K. Wenera (1898–1958), który specjalizował się w leczeniu gruźlicy. W latach 1927–1930 pracując w Klinice Chorób Wewnętrznych w Poznaniu i prowadząc 100-łóżkowy oddział płucnochorych (stacja gruźlicza) zapoznał się z nowoczesnymi metodami rozpoznawania i leczenia gruźlicy. Pozwoliło mu to w następnym okresie (1930–1933) prowadzić obserwacje i skuteczne leczenie klimatyczne w Szczawnicy Zdroju, gdzie był kierownikiem Domu Zdrowia dla Płucno-Chorych Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. W tym czasie uruchomił też w Szczawnicy własne, nowoczesnie urządzone inhalatorium dla chorych na gruźlicę¹⁰⁶.

Ustawa o uzdrowiskach z 1928 r. dokonała ujednoczenia nazw miejscowości uzdrowiskowych, na jej podstawie zdrojowiskami były miejscowości posiadające wody lecznicze. Wyodrębniono także stacje klimatyczne, czyli miejsca posiadające terapeutyczne właściwości lokalnego klimatu oraz kąpieliska, głównie morskie.

Czesław Rokicki w *Przewodniku po uzdrowiskach*, wydanym w 1929 r., opisał ponad 460 zdrojowisk, stacji klimatycznych i letniskowych. I choć liczbę tę znacznie zawyżają miejscowości letniskowe, zauważyć należy, że były one rozrzucone, wprawdzie nierównomiernie, po wszystkich polskich ziemiach. Znajdowały się na obszarze byłych i ówczesnych województw: krakowskiego (143 uzdrowiska), stanisławowskiego (90), pomorskiego (53), warszawskiego (47), lwowskiego (42), poznańskiego (28), śląskiego (12), kieleckiego (11), lubelskiego (8), łódzkiego (6), wileńskiego (6), tarnopolskiego (5), białostockiego (2), poleskiego (2) i wołyńskiego (2)¹⁰⁷. Jak wynika z powyższego zestawienia, Małopolska posiadała 280 zarejestrowanych uzdrowisk, stacji klimatycznych i letniskowych, Wielkopolska, Śląsk i Pomorze 93, a pozostała część Polski – 84. Większość z nich występowała na terenach stanowiących w okresie międzywojennym południowo-wschodnie kresy Polski, co wynikało głównie z warunków krajobrazowych i tradycji balneoklimatycznych.

¹⁰⁴ A. S a b a t o w s k i, *W sprawie rozwoju fizjatrii i jej piśmiennictwa w Polsce*, „Polska Gazeta Lekarska” 1925, s. 375; i d e m, *Leczenie klimatyczne i kąpielowe gruźlicy*. W: *Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą*, Warszawa 1927; i d e m, *Kilka uwag o leczeniu klimatycznym i zdrojowym gruźlicy w Polsce*, „Medycyna” 1934, nr 16, s. 513; i d e m, *W sprawie klimatycznej talasoterapii gruźlicy w Polsce*, „Polska Gazeta Lekarska” 1938, s. 443.

¹⁰⁵ Zob.: C. T r y b o w s k i, *Klimat a zdrojowiska*, Lwów 1939.

¹⁰⁶ P. K u k l i Ń s k i, *Biografia dr. Artura Wenera*, „Balneologia Polska” 1969, z. 3/4, s. 420–423.

¹⁰⁷ C. R o k i c k i, *Przewodnik po uzdrowiskach...*, s. 241.

Powyższe liczby zamazują jednak nieco obraz sytuacji panującej w polskim zdrojownictwie, gdyż zarejestrowanych zdrojowisk, kąpielisk morskich i stacji klimatycznych prowadzących działalność leczniczą było zaledwie kilkadziesiąt. Stanisław Leszczycki w pracy z 1938 r. wymienia i opisuje 17 zdrojowisk oraz 9 stacji klimatycznych (Hrebenów, Jaremcze, Kutry, Zaleszczyki, Tuchla, Tatarów, Skole, Sławsko, Worochta) funkcjonujących na terenie dawnej Małopolski. Wszystkie stacje klimatyczne z uwagi na łagodny klimat i czyste powietrze nasycone fitoncycdami specjalizowały się w leczeniu gruźlicy płuc¹⁰⁸. Pozostałe zdrojowiska i stacje klimatyczne leczące tę chorobę znajdowały się na Śląsku (Bystra Śląska, Bystra Wilkowie¹⁰⁹, Jaworze¹¹⁰, Wisła¹¹¹, Görbersdorf/Sokołowsko¹¹², Bad Ziegenhals/Głuchołazy¹¹³) i w Galicji.

Tuż przed wybuchem drugiej wojny światowej funkcjonowało 26 typowych zdrojowisk i stacji klimatycznych, przy czym tylko 5 zdrojowisk było całorocznych, pozostałe były otwarte sezonowo, ok. 5 miesięcy w roku. Tylko 5 zdrojowisk było państwowych, pozostałe stanowiły własność prywatną i miały status organizacji wyższej użyteczności publicznej, zarządzane przez różne organizacje, m.in. Zdroje Polskie SA, Związek Zdrojowisk i Uzdrowisk Polskich¹¹⁴. Nadzór merytoryczny nad nimi sprawowało Ministerstwo Opieki Społecznej, a dokładniej Departament Służby Zdrowia oraz Wydział Nadzoru Lecznictwa, działający w imieniu ministerstwa. Dodatkowo dla lepszego funkcjonowania uzdrowisk, powołano organ opiniodawczo-doradczy, czyli Państwową Radę ds. Uzdrowisk, która również była podległa Ministerstwu Zdrowia¹¹⁵.

Zmiany te poprawiły jakość świadczonych usług w uzdrowiskach, na co wskazują dane statystyczne. Liczba kuracjuszy w uzdrowiskach państwowych wzrosła z 21,7 tys. w 1920 r. do 60,5 tys. w 1928 r. i do 70,5 tys. w 1937 r. W pozostałych prywatnych uzdrowiskach przebywało na kuracji w 1920 r. prawie 46 tys. osób, w 1928 r. 139,3 tys., a w 1937 r. ok. 197 tys. Dodać należy, że tuż przed wojną lecznictwo zdrojowiskowe opierało się głównie na lecznictwie ambulatoryjnym, o czym świadczyć może liczba łóżek ambulatoryjnych (ok. 72 tys.) w stosunku do

¹⁰⁸ Por.: S. L e s z c z y c k i, *Przemysł uzdrowiskowo-letniskowy i turystyczny w Karpatach*, Warszawa 1938.

¹⁰⁹ Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys...*, s. 57–61.

¹¹⁰ C. R o k i c k i, *Przewodnik po uzdrowiskach...*, s. 78.

¹¹¹ Ibidem, s. 214.

¹¹² K.W. S c h n e l l e, *Reichshandbuch der Deutschen Fremdenverkehrs-Orte. Wegweiser durch Deutschland für Kur, Reise und Erholung*, Bd. 1, Berlin 1939, s. 1249 (Görbersdorf).

¹¹³ P. K u t z e r, *Aus einer kleinen Fürstenstadt. Historischer Rückblick auf die Vergangenheit von Ziegenhals*, Ziegenhals 1928, s. 108–118.

¹¹⁴ Por.: *Polski almanach uzdrowisk*, Kraków 1934.

¹¹⁵ J. K o c h a ń s k i, *Działalność balneologicznych towarzystw naukowych w Polsce w latach 1858–1998*, „Balneologia Polska” 1999, z. 1/2, s. 138–146.

liczby łóżek sanatoryjnych (ok. 2,2 tys.). Stosunek ten odpowiadał wskaźnikowi państw europejskich (m.in. Austria, Francja)¹¹⁶.

Wybuch drugiej wojny światowej ponownie przerwał rozwój lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce. Wielu wybitnych lekarzy-balneologów zginęło w obozach koncentracyjnych lub na polu walki. Sanatoria służyły jako szpitale i ośrodki rekonwalescencji dla żołnierzy okupanta, a uzdrowiska były miejscem pobytu dla ludności niemieckiej. Wiele też zdrojowisk zostało zniszczonych. Na łączną liczbę 5 tys. czynnych łóżek sanatoryjnych w 1939 r., po zakończeniu wojny pozostało zaledwie 800 łóżek¹¹⁷.

Polska podźwignęła się szybko z tego chaosu, choć z jednej strony straciła, a z drugiej otrzymała w 1945 r. w ramach rekompensaty ponemieckie ziemie z ich wodami, górami i morzem. Szybko też bogactwa naturalne zdrojów i stacji klimatycznych w Polsce uzyskały ważne miejsce w strukturze lecznictwa, choć w drugiej połowie XX w. zmieniło ono nieco swój charakter, gdyż bezpośrednio po wojnie musiano zająć się w pierwszej kolejności odbudową szpitali, wykształceniem kadry medycznej, a przede wszystkim walką z szerzącymi się chorobami zakaźnymi.

2. Rozwój leczenia gruźlicy na ziemiach polskich do 1945 roku

Medycyna polska wniosła znaczący wkład w rozwój leczenia gruźlicy, zarówno jeśli chodzi o metody leczenia, jak i jej społecznego zwalczania. Za pioniera polskiej ftyzjatrii i klimatologii uważa się wspomnianego wcześniej Jana Radlicę¹¹⁸, który w 1376 r. leczył króla polskiego i węgierskiego Ludwika Andegawęńskiego, ojca królowej Jadwigi. Po zbadaniu chorego króla, rozpoznał on chorobę płuc (najprawdopodobniej gruźlicę), zaordynował odpowiednie leki i polecił wyjazd na wiele miesięcy w góry. Po kilkunastu miesiącach stan zdrowia króla Ludwika poprawił się znacznie, co Radlicy przyniosło duże uznanie¹¹⁹. Jan Długosz pisał

¹¹⁶S. P r u s, *Uzdrowiska w okresie międzywojennym*, „Problemy Uzdrowiskowe” 1973, z. 9, s. 221–226.

¹¹⁷M. T e l a t y c k i, *O sanatoriach...*, s. 27–28.

¹¹⁸Zwany też Johannes Parvus seu Minor, gdyż odznaczał się małym wzrostem. Po wyleczeniu króla Ludwika, w dowód wdzięczności został mianowany w 1379 r. kanonikiem krakowskim, a dwa lata później kanclerzem koronnym, w 1382 r. otrzymał dzięki poparciu króla sakrę biskupią za świeckie zasługi. Jako pierwszy lekarz został pochowany na Wawelu. Zob.: E. Ś w i e r z a w s k i, *Przyczynki do dziejów medycyny w Polsce. Jan Radlica, doktor medycyny, biskup i kanclerz*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1878, z. 3, s. 441–445.

¹¹⁹Ibidem; Z. G a r n u s z e w s k i, *Jan Radlica – prekursor polskiej ftyzjatrii*, „Gruźlica” 1974, nr 4, s. 301–302.

o nim, że „dość mu było raz spojrzeć na chorego, aby natychmiast odgadnąć, czy umrze czy też ozdrowieje”¹²⁰.

Pierwszego trafnego opisu suchot płuc dokonał w 1542 r. Hieronim Spiczyński (1500–1550)¹²¹, autor zielnika pt. *O ziołach tutejszych i zamorskich*. Cenne badania w zakresie tętna u chorych służące celom diagnostyczno-prognostycznym prowadził Józef Struś (1510–1568) z Poznania¹²², który w swoim wielokrotnie wznawianym dziele w języku łacińskim *Nauki o tętnie od dwunastu wieków zapomnianej ksiąg pięćoro*, w księdze III i IV podał charakterystykę tętna u gruźlików oraz przyczynę tętna suchotniczego¹²³. Upatrywał ją głównie w dolegliwościach „niewystępujących w tchnieniach czy płynach, ale w częściach stałych; taką jest uwiąd, czyli wycieńczenie, suchoty, czyli wrzód płuca, ropniak, czyli ciągłe ropienie i gorączka zwana trawiącą”¹²⁴. W okresie, w którym żył polski lekarz, jamistą gruźlicę płuc lub inne odmiany powikłane ropniakami opłucnej spotykano prawdopodobnie w postaci najcięższych przypadków przebiegających z wrzodami, stąd tak charakterystyczny opis „suchotów” jako wrzód płuca i ropniak. Dodać należy, że charakterystyka tętna chorych na gruźlicę podana przez J. Strusia przetrwała

¹²⁰ Zob.: J. D ł u g o s z, *Roczniki, czyli kroniki sławnego Królestwa Polskiego*, ks. 9, Warszawa 1979.

¹²¹ Przyboczny lekarz Zygmunta Augusta. Był pierwszym znanym tłumaczem Pisma św. z łaciny na język polski wydanego drukiem, domagał się głoszenia kazań po polsku. Pierwsze lekarskie określenie „suchot” pochodzi z jego „Zielnika”, w którym możemy przeczytać, że „suchoty albo wędnienie ma trzy osoby. Jedna, kiedy się ciało nie tuczy, a zawždy z niego odchodzi, a nic nie przybywa [...]. Druga osoba jest zła sprawa ciała, gdy wszystkie karmie w człowieku się każą, a to, iż się ciało w długiej niemocy uwędzi [...]. Trzecia osoba płuc gnicia początek ma od głowy, gdy ryma często płynie, a tak kapaniem płuca rani, powodując ciężki kaszel, plwanie z ropą, a niekiedy ze krwią, co wypluje na ogień wpadnie, bardzo śmierdzi, a potem najwięcej znać, że płuca gniją”. Zob.: Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys...*, s. 1–2.

¹²² Lekarz na dworze córki Zygmunta Starego Izabeli Jagiellonki (późniejszej żony Jana Zapolyi) i Zygmunta II Augusta, jeden z najznakomitszych polskich medyków w epoce Odrodzenia. Zanim rozpoczął studia lekarskie w Padwie, otrzymał wszechstronne przygotowanie humanistyczne w Akademii Lubrańskiego w Poznaniu i Akademii Krakowskiej. Studiując w Padwie przetłumaczył kilka dzieł Galena z greki na łacinę, przyczyniając się do hellenizacji medycyny średniowiecznej w Europie. Jeszcze w trakcie studiów w 1535 r. nadano mu godność wicerektora uniwersytetu, a pod koniec tego samego roku po zdanych egzaminach uzyskał tytuł doktora i profesora nadzwyczajnego medycyny teoretycznej, którą wykładał w Padwie i Krakowie. Zmarł na dżumę zaraziwszy się nią podczas epidemii, niosąc pomoc ubogiej ludności. Zob.: Z. B e d n a r s k i, *Józef Struś vel Strusiek (1510–1568)*, „Wiadomości Lekarskie” 1974, nr 15, s. 1417–1421.

¹²³ Por.: J. S t r u t h i u s, *Sphygmicae artis iam mille ducentos annos perditae & desideratae Libri V*, Basileae 1555, s. 240–241; J. S t r u ś, *Nauki o tętnie ksiąg V*, Poznań 1968.

¹²⁴ Z. B e d n a r s k i, *Choroby płuc w dziele Józefa Strusia: „Nauki o tętnie ksiąg pięćoro przez Józefa Strusia spisanych”*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1977, nr 39, s. 1533.

do czasów współczesnych i była odnotowywana w podręcznikach jako tętno małe i nieco przyspieszone oraz wątle, a więc spowodowane niedociśnieniem.

W wieku XVII liczne wojny oraz epidemie dziesiątkowały ludność, a huragany, powodzie i plagi szarańczy niszczyły zasiewy, sprowadzając dotkliwą klęskę głodu. To niezwykle nagromadzenie w stosunkowo krótkim czasie klęsk elementarnych, odczytywane było jako znak gniewu Bożego i zwiastować miało rychły koniec świata. Społeczeństwo polskie ogarnęła wówczas fala religijnej ekstazy, co doprowadziło do upadku nauki, a medycyna stała się domeną szarlatanów, cudownych uzdrowicieli oraz miejskich katów¹²⁵. W tych okolicznościach trudno było znaleźć lekarzy, którzy fachowo zajmowaliby się gruźlicą. Wyjątkiem byli Jan Jonston (1603–1675)¹²⁶ i Jan Schmidt (1623–1690)¹²⁷, autorzy prac po łacinie: *O owrzodzeniach płuc, czyli suchotach i Suchoty szerzą się przez styczeń i ubranie*¹²⁸. We wspomnianych dziełach przeważał jednak pogląd empiryczno-przyrodniczy, jeśli chodzi o rozpoznawanie i leczenie suchot, który bezkrytycznie został przyjęty od średniowiecznej medycyny. Podstawę w leczeniu gruźlicy stanowiły wówczas zioła, alchemia i magia, dlatego okres ten należy traktować jako przygotowanie „gruntu” do faktycznego rozwoju nauk przyrodniczych, który dokonał się znacznie później¹²⁹.

Ponownie ftyzjatria zaczęła się rozwijać dopiero w drugiej połowie XIX w., choć nie bez przeszkód. Ziemi zamieszkałe przez Polaków znajdowały się pod zaborami, a obcy monarchowie nie dbali o rozwój zagarniętych obszarów, nie

¹²⁵Zaprzestano całkowicie szkolenia kadr medycznych, a podstawą lecznictwa stały się rozmaite kalendarze, podręczniki encyklopedyczne i kompendia, zawierające przepisy terapeutyczne na różne dolegliwości i schorzenia. Choroby wyróżniano głównie w oparciu o oględziny krwi i moczu, diagnozowano na podstawie pomiaru tętna. Jednak pomimo prymitywnej diagnostyki rozróżniano ok. 100 chorób, m.in.: podagrę, żółtaczkę, kamice, choroby weneryczne, paraliż, epilepsję, szkorbut, odrę, cholere, tyfus i inne. Zob.: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 74–76.

¹²⁶Przyrodnik, historyk, filozof, pedagog, od 1632 r. lekarz nadworny wojewody Bogumiła Leszczyńskiego, lekarz miejski Leszna, pracował tam także u boku wybitnego reformatora pedagogiki Jana A. Komeńskiego. Pisał po łacinie, ale pomimo obcego pochodzenia uważał się zawsze za Polaka, czego dowodem jest jego własne określenie „Scoto-Polonus”. Jest autorem pierwszej systematyki chorób paznokci (onychologii). Zob.: S. O l s z e s k i, *Jan Jonston autor pierwszej systematyki chorób paznokci*, „Wiadomości Lekarskie” 1972, nr 7, s. 629–632; A. S k r o b a c k i, *Symposium naukowe o Janie Jonstonie*, „Problemy Lekarskie” 1976, nr 4, s. 637–639.

¹²⁷Zwany Fabriciusem, doktor medycyny, lekarz miejski Gdańska. Por.: M. W a g n e r, *Schmidt Jan (1623–1690), lekarz gdański*. W: *Polski słownik biograficzny*, t. 36, Warszawa–Kraków 1995, s. 174–176.

¹²⁸J. S t o p c z y k, *Zarys rozwoju wiedzy o gruźlicy i metodach jej zwalczania*. W: *Ftyzjatria*, pod red. J. Stopczyka, Warszawa 1968, s. 13.

¹²⁹S. O c h o r o w i c z, *Poglądy na gruźlicę płuc i jej leczenie w zielnikach polskich z szesnastego wieku*, „Medycyna” 1935, nr 8, s. 272–274.

troszczyli się też o zdrowie mieszkańców. W tym czasie, dane statystyczne dotyczące zachorowalności na gruźlicę były alarmujące, wręcz rozpaczliwe¹³⁰.

Pomimo trudności polska medycyna bardzo szybko zareagowała na epokowe odkrycie R. Kocha, które ogłosił 24 marca 1882 r. na forum Berlińskiego Towarzystwa Fizjologicznego. W polskim czasopiśmie pierwsza informacja na ten temat ukazała się 8 kwietnia w „Przeglądzie Lekarskim” wydawanym w Krakowie¹³¹. Następnie w warszawskich czasopismach „Medycynie” w dniu 3 kwietnia 1882 r.¹³², „Gazecie Lekarskiej” 17 kwietnia 1882 r.¹³³ oraz w „Kronice Lekarskiej” 27 maja 1882 r.¹³⁴.

Zainteresowani odkryciami Kocha polscy lekarze podjęli także badania naukowe. Do najważniejszych należy zaliczyć doniesienie Mariana Jakowskiego (1857–1921)¹³⁵ pt. *I próba szczepienia laseczników gruźliczych*, Wacława Mayzla (1847–1916)¹³⁶ pt.

¹³⁰ T. Dunin obliczył, że tylko w zaborze rosyjskim na przełomie XIX i XX w. było 150 tys. chorych na gruźlicę płuc, rocznie umierało z powodu tej choroby 25 tys. ludzi, głównie młodych. Według B. Danielewicza, w Warszawie w latach 1888–1892 spośród zmarłych w wieku 20–40 lat, co trzecia była ofiarą gruźlicy. S. Sterling zebrał dane statystyczne z 39 szpitali Królestwa Polskiego, z których wynikało, że w 1895 r. śmiertelność wśród osób hospitalizowanych z powodu gruźlicy wynosiła 39%. Natomiast T. Janiszewski podawał, że wśród ludności Galicji w 1873 r. na 10 tys. mieszkańców na gruźlicę umarło 31,5, a w 1905 r. 37,6 osób. Por.: J. M a c h a l s k i, *Spoleczne aspekty walki z gruźlicą w Polsce na przełomie XIX i XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1975, nr 17, s. 1517.

¹³¹ Była to krótka notatka następującej treści: „Na posiedzeniu Tow. Lek. Berlińskiego dr Koch dnia 24 marca rb. miał wykład o gruźlicy, w którym dowodzi istnienia lasecznika gruźliczego, całkiem identycznego u człowieka i zwierząt, dającego się przeszczepić bez względu, skąd pochodzi, tak człowiekowi jako i zwierzęciu, i wywołującego każdym razem prawdziwą gruźlicę. Z wykładu Kocha niezadługo zdamy sprawę”. Zob.: „Przegląd Lekarski” 1882, s. 178.

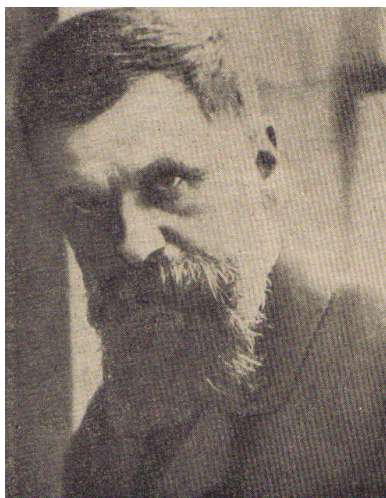
¹³² „Medycyna” 1882, nr 15, s. 276.

¹³³ Daty te podaje Z. Woźniewski, jednak do powyższych dat należy dodać 12 dni, z uwagi na obowiązujący w Warszawie kalendarz juliański, a w Prusach i Austrii – gregoriański. Por.: Z. W o ź n i e w s k i, *Pierwsze odgłosy w prasie polskiej odkrycia prątka gruźlicy przez Roberta Kocha*, „Archiwum Historii Medycyny” 1959, nr 3, s. 399.

¹³⁴ Zob.: O. H e w e l k e, *Koch Robert: Etiologia gruźlicy (streszczenie)*, „Kronika Lekarska” 1882, nr 10, s. 448.

¹³⁵ Pionier polskiej bakteriologii, ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala Dzieciątka Jezus, od 1908 r. wchodził przez 10 lat w skład Zarządu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, będąc w latach 1916–1918 jego sekretarzem generalnym. Por.: Z. B e d n a r s k i, *Sto lat od odkrycia prątka gruźlicy (1882–1982) przez Roberta Kocha: Szybka reakcja w polskich czasopismach lekarskich*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1983, nr 13, s. 419–421.

¹³⁶ Histolog, odkrywca podziału jądra w komórkach zwierzęcych, pracował w Szkole Głównej Warszawskiej, a następnie na Uniwersytecie Warszawskim, przetłumaczył na język polski dzieło Karola Darwina. Zob.: ibidem, s. 419.



Odo Bujwid

O gruźlicy i bacyllach gruźliczych¹³⁷ oraz Odon Bujwida (1857–1940)¹³⁸ pt. *Kilka słów w kwestyi laseczników gruźliczych*¹³⁹. Przytoczone prace świadczą o tym, że pomimo szykan zaborców polski świat lekarski z powagą i uznaniem przyjmował, a jednocześnie brał czynny udział w epokowym odkryciu prątka gruźlicy. Podstawą motywacją do działania polskich lekarzy była wysoka zachorowalność na gruźlicę wśród ludności, wynikająca z nędzy panującej w społeczeństwie, głównie

¹³⁷ W. M a y z e l, *O gruźlicy i bacyllach gruźliczych. Sprawozdanie zbiorcze z odnośnych prac ogłoszonych w ostatnich czasach*, „Gazeta Lekarska” 1883, nr 17, s. 324.

¹³⁸ Pionier bakteriologii, higieny i profilaktyki lecznictwa, współpracował i przyjaźnił się z Ludwikiem Pasteurem, dzięki któremu w 1886 r. uruchomił pierwszą w Polsce (Warszawa), a drugą w świecie stację szczepień pasteurowskich przeciw wściekliźnie. Dwukrotnie praktykował u R. Kocha w berlińskim Instytucie Higieny (1885 i 1890 r.). Należał do wybrańców, którzy otrzymywali od Kocha jego „płyn” celem prowadzenia dalszych badań. Nadał mu nazwę „tuberkulina” i nazwa ta przyjęła się na całym świecie. Zob.: O. B u j w i d, *Z pracowni prof. Roberta Kocha*, Warszawa 1886; i d e m, [Notatka], „Kurier Warszawski” 1890, s. 316; i d e m, [Notatka], „Gazeta Lekarska” 1891, nr 4, s. 946. W latach 1886–1892 rozwinął ożywioną działalność naukową, dydaktyczną, zawodową i społeczną w Warszawie, gdzie m.in. w 1891 r. uruchomił pierwszy w Polsce Zakład Badania Żywności. W 1893 r. objął Katedrę Higieny i Bakteriologii na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Opublikował 386 prac naukowych z różnych dziedzin medycyny, w tym ok. 50 dotyczących gruźlicy. Zob. też: J. M o s t o w s k i, J. D y d a, Z. Ż i ż k a, *Odon Bujwid jako badacz prątka gruźlicy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1964, nr 5, s. 387–398; E. K u c h a r z, *Życie i działalność Odon Bujwida – polskiego lekarza, społecznika i esperantysty*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 2, s. 123–129.

¹³⁹ O. B u j w i d, *Kilka słów w kwestyi laseczników gruźliczych*, „Gazeta Lekarska” 1883, nr 11, s. 202.

wśród niedożywionych i przepracowanych robotników. Dlatego też uznać należy, że w tych niezmiernie trudnych politycznie i ekonomicznie warunkach społeczna walka z gruźlicą rozwijała się jedynie dzięki zaangażowaniu i ofiarności polskich lekarzy. Można nawet pokusić się o stwierdzenie, że np. w Królestwie Polskim walka z gruźlicą była wyrazem samoobrony społeczeństwa przed beztróską i obojętnością administracji zaborcy odnośnie do zdrowia ludności.

Wśród wielu lekarzy zajmujących się leczeniem gruźlicy można wymienić Teofila Kaczorowskiego (1830–1888)¹⁴⁰, który w latach siedemdziesiątych XIX w. jako pierwszy uruchomił w dwóch poznańskich szpitalach osobne sale wyłącznie dla gruźlików, będące zamkniętymi oddziałami leczenia zaawansowanej choroby. Nazwał je „zimnymi stacjami klimatycznymi do leczenia suchot”, a środkami terapeutycznymi oprócz stałego dopływu czystego, chłodnego, a nawet mroźnego powietrza, było także bezwzględne leżakowanie i wysokokaloryczna dieta uzupełniona dużymi dawkami tranu¹⁴¹. Przez to uważany jest on za pioniera leczenia gruźlicy w warunkach „swojskiego” (świeżego, leśnego) klimatu, a pomysł ten posłużył do unowocześnienia systemu Brehmera-Dettweilera¹⁴², co wpłynęło w istotny sposób na rozwój ftyzjatrii w drugiej połowie XIX i pierwszej połowie XX w.

Na uwagę zasługuje także działalność Stanisława Markiewicza (1839–1911)¹⁴³, inicjatora Towarzystwa Kolonii Wakacyjnych dla Ubogiej i Słabowitej Działwy

¹⁴⁰ Lekarz naczelny Szpitala Sióstr Miłosierdzia i lazaretu miejskiego w Poznaniu, twórca nauki o zakażeniu ogniskowym, wybitny znawca chorób zakaźnych. Jego zasługi w leczeniu gruźlicy można porównać z zasługami Petera Dettweilera z Görbersdorf, który sam zresztą przyznał, że ideę leczenia gruźlicy za pomocą werandowania na świeżym powietrzu przejął od Polaka. Zob.: *Ostre choroby zakaźne*, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956, s. 111.

¹⁴¹ Rozgorzał wówczas spór pomiędzy zwolennikami stosowania w leczeniu gruźlicy klimatu nizinno-leśnego a klimatu górskiego. Jeden z najwybitniejszych poznańskich ftyzjatrów tak o nim pisał „Przy leczeniu klimatycznym chorób gruźliczych w zakładach leczniczych, pierwszym nieomal jest warunkiem, ażeby zakłady takie znajdowały się w górach, i to w miejscowościach posiadających rzeczywiście właściwości klimatu górskiego. Nieślusznym mi się też dlatego wydaje zdanie, wypowiedziane przez jednego z dzisiejszych phthiseoterapeutów, że przy leczeniu gruźlicy nie chodzi o to, gdzie ją leczymy, tylko jak ją leczymy”. Zob.: A. J a r u n t o w s k i, *Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych i używany tamże sposób leczenia*, „Nowiny Lekarskie” 1893, nr 6, s. 330.

¹⁴² T. K a c z o r o w s k i, *Die Anwendung der kalten Luft bei Phthisikern; eine Erklärung zur Richtigstellung*, „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1880, Nr. 6, s. 550; i d e m, *Leczenie suchotników w zimowej stacji klimatycznej czyli pokojach nieopalonych o otwartych oknach*, „Przegląd Lekarski” 1880, nr 9, s. 128–129.

¹⁴³ Lekarz higienista, naukowiec, społecznik, autor ponad 100 prac naukowych, przełożył na język polski liczne dzieła zagranicznych lekarzy. W latach 1867–1879 pracował jako lekarz w fabryce papieru w Soczewce, od 1879 r. mieszkał w Warszawie, gdzie rozwinął działalność w zakresie higieny. Założyciel Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, był jednym z nielicznych reformatorów w dziedzinie higieny zdrowia publicznego, gorący zwolennik higieny szkolnej w Polsce. Zob.: A. P u ł a w s k i,

Warszawy, dzięki któremu już w pierwszym roku działalności (1882 r.), wysłano na kolonie 52 warszawskich dzieci, w tym chorych lub zagrożonych gruźlicą¹⁴⁴. Dodać należy, że mimo iż rocznie wysyłano 2–3 tys. dzieci, do 1887 r., tj. do czasu uchwalenia statutu, Towarzystwo było nieformalną organizacją, co znacznie utrudniało pracę lekarzom-społecznikom. Pomimo tych trudności starali się oni, aby organizując letni wypoczynek dzieci i młodzieży chociaż w ten sposób przyczynić się do podniesienia ich mocno nadwątłego zdrowia. W dużej mierze było to możliwe dzięki pomocy społeczeństwa warszawskiego, które hojnie wspierało Towarzystwo, a także darzyło dużą sympatią i uznaniem dr. S. Markiewicza¹⁴⁵.

Za przykładem Warszawy poszły inne miasta, dzięki czemu objęto opieką znaczną liczbę dzieci. Na uwagę zasługuje inicjatywa łódzkiego środowiska lekarskiego, które od 1890 r. zaczęło postulować konieczność utworzenia kolonii letnich dla dzieci¹⁴⁶. Mimo braku formalnego pozwolenia władz, pierwsze jednomiesięczne kolonie letnie dla dzieci z łódzkich środowisk robotniczych zorganizowano w 1891 r., przy czym ostateczną zgodę generała gubernatora warszawskiego i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych otrzymano dopiero w 1899 r.¹⁴⁷.

„W mieszkaniu nieraz wilgotnym, bez światła i powietrza, bez należytego odżywienia, żyje dziecko z dnia na dzień, nie mogąc nawet odpocząć po pracy, a tym bardziej nabrać sił do nowej. Dla takich dzieci jakimże dobrodziejstwem są

O koloniach letnich dla ubogich dzieci i o ich twórcy u nas śp. Stanisławie Markiewiczu, Warszawa 1912; D. K r y s a - L e s z c z y ń s k a, *Doktor Stanisław Markiewicz jako organizator pierwszych letnich kolonii dla dzieci w Warszawie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1977, nr 35, s. 1383–1384.

¹⁴⁴ Liczba wysyłanych dzieci z roku na rok zwiększała się. W 1885 r. wyjechało na kolonie letnie 197 dzieci, w latach 1896–1906 ogółem skorzystało z nich 3304 dzieci. Fundusz wynosił 98 tys. rubli, wartość nieruchomości – 107 tys., a ruchomości 25 tys. rubli. Zob.: D. K r y s a - L e s z c z y ń s k a, *Doktor Stanisław Markiewicz jako organizator pierwszych letnich kolonii...*, s. 1383–1384.

¹⁴⁵ K. Ł a z a r o w i c z, *25 lat działalności Towarzystwa Kolonii Letnich w m. Warszawie*, [Warszawa] 1907; *50-lecie Towarzystwa Kolonii dla dzieci im. dra S. Markiewicza*, „Kronika Warszawy” 1932, nr 5/6, s. 15.

¹⁴⁶ *Kolonie letnie dla dzieci*, „Dziennik Łódzki” 1890, nr 137, s. 1.

¹⁴⁷ Od 1893 r. funkcjonowały w Łodzi dwa oddzielne komitety kolonii letnich. Pierwszy utworzony został z inicjatywy dr. Jana Wisłockiego pod patronatem Łódzkiego Chrześcijańskiego Towarzystwa Dobroczynności (ŁChTD), drugi dzięki zaangażowaniu Teresy Sielbersteinowej przy współudziale miejscowej inteligencji żydowskiej. Z uwagi, że łódzkie kolonie nie otrzymywały pomocy od władz miejscowych, zadaniem komitetów było organizowanie środków finansowych, które pochodziły głównie ze składek członków ŁChTD, tzw. żydowskiego kółka damskiego, a także z dochodów z balów, koncertów, bazarów, przedstawień teatralnych oraz darów osób prywatnych. Zob.: J. Supady, M. Biegańska-Płonka, *Kolonie letnie dla dzieci w Łodzi na przełomie XIX i XX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70, s. 77–79.

kolonie”, pisano w 1890 r.¹⁴⁸. Profesor Maciej Leon Jakubowski (1837–1916) zorganizował w 1887 r. w Rabce kolonie letnie dla dzieci chorych na gruźlicę. Był to wówczas trzeci tego rodzaju zakład w Europie. Zarysowująca się potrzeba dalszej rozbudowy placówki skłoniła go do zainwestowania własnych funduszy i wzniesienia w 1904 r. nowego ośrodka dla 100 dzieci. Musiał przy tym pokonać wiele przeszkód¹⁴⁹.

Kolonie były nie tylko formą wypoczynku, ale i terapii, spełniały więc rolę uzdrowisk oraz letnisk dla dzieci, bowiem przebywały na nich dzieci zarówno chore, jak i zdrowe, jednak narażone na zachorowanie ze względu na stały kontakt z gruźlicą lub innymi szkodliwymi czynnikami środowiska¹⁵⁰. Nie wyjeżdżały na nie tylko dzieci ciężko chore, lecz te, które nadawały się do leczenia klimatycznego. Tego typu formy wypoczynku i terapii były więc doskonałym miejscem współpracy środowisk lekarskich i pedagogicznych w zakresie upowszechniania profilaktyki zdrowotnej¹⁵¹. Ponadto, oprócz kolonii letnich zaczęto rozwijać od 1889 r. tańsze formy wypoczynku dzieci i młodzieży nazywane półkoloniami, które na ziemiach polskich przyjęły nazwę „korpusów wakacyjnych”. Były one także atrakcyjną formą spędzania wakacji, a zarazem rozbudzały i utrwały zamiłowanie do ruchu na świeżym powietrzu, co było niezwykle ważne, zwłaszcza dla dzieci zagrożonych gruźlicą¹⁵².

Rozważając kwestię rozwoju walki z gruźlicą nie sposób nie wspomnieć dokonań Teodora Herynga (1847–1925)¹⁵³, propagatora stosowania terapii inhalacyjnej (wziewań leków antyseptycznych) w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddecho-

¹⁴⁸ Zob.: *Lwowska kolonia wakacyjna dziewcząt w roku 1890*, Lwów 1891, s. 1; 1885–1935. *Półwiekowa działalność Towarzystwa Kolonii Lecznicych dla dzieci we Lwowie*, Lwów 1935.

¹⁴⁹ R. K a r c z m a r c z y k, *Zasługi Polaków w zwalczaniu gruźlicy*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1979, nr 22, s. 887–889.

¹⁵⁰ Kolonie były przeznaczone dla biednych dzieci, dlatego były bezpłatne, jednak rodzice musieli wykazać się wiarygodnym ubóstwem. Dla dzieci chorowitych z niezamożnych rodzin istniała możliwość wyjazdu za ustaloną z góry opłatą. Zob.: *Statut Towarzystwa Kolonij Wakacyjnych dla dzieci w Krakowie*, Kraków 1905.

¹⁵¹ M. D e m e l, *Pedagogiczne aspekty warszawskiego ruchu higienicznego 1864–1914*, Wrocław 1964, s. 141.

¹⁵² J. Ż u l i ń s k i, *Miejskie korpusy wakacyjne*, „Szkola” 1885, s. 152.

¹⁵³ Lekarz, jeden z twórców polskiej laryngologii, profesor honorowy Uniwersytetu Warszawskiego, redaktor „Gazety Lekarskiej”, twórca inhalatorium w Zakładach Zdrojowych w Ciechocinku, szeroko znany ze swych naukowych i zawodowych dokonań na obu półkulach. W 1904 r. skonstruował dwa oryginalne aparaty inhalacyjne: termoregulator (do inhalacji ciepłych) i termoakumulator (przy temperaturze 55°C zmieniał leki antyseptyczne w stan gazowy). Uważał, że terapia inhalacyjna ma szczególne wskazania u chorych na gruźlicę, w celu uwolnienia płuca od patologicznej wydzieliny, wzmocnienia mięśni klatki piersiowej za pomocą głębokich wdechów. Zob.: T. H e r y n g, [Notatka], „Przegląd Lekarski” 1904, nr 43, s. 749; i d e m, [Notatka], „Medycyna” 1904, nr 32, s. 1048.

wych¹⁵⁴, Tytusa Chałubińskiego, inicjatora stosowania właściwości leczniczych klimatu górskiego w gruźlicy płuc, nazywanego powszechnie odkrywcą Zakopanego, wreszcie Kazimierza Dłuskiego¹⁵⁵, autora prac na temat roli tuberkuliny w gruźlicy i swoistego leczenia tej choroby, a także we współautorstwie z Sewerynem Sterlingiem (1846–1932), monografii dotyczącej zastosowania sztucznej odmy płucnej przy leczeniu gruźlicy¹⁵⁶.

Na przełomie XIX i XX w. dołączył do nich Henryk Dobrzycki, pionier lecznictwa klimatycznego i sanatoryjnego, założyciel w 1879 r. pierwszego na ziemiach polskich i bodajże drugiego w świecie podmiejskiego sanatorium ludowego w Mieni pod Warszawą¹⁵⁷, w którym jak twierdził „chorzy w dziewięćdziesięciu procentach pochodzili z klasy całkowicie niezamożnej, można powiedzieć biednej”¹⁵⁸. Idea ta wyprzedziła inne kraje o kilkanaście lat. Udowodnił on także tezę, że gruźlicę można skutecznie leczyć nie tylko w klimacie wysokogórskim, wprowadzając pojęcie leczenia gruźlicy w klimacie swojskim, nizinno-leśnym, tzw. *climatotherapia nostras*, którego następnie użył Alfred Sokołowski jako tytułu swojej pracy. Był to początek tworzenia kolonii leśnych dla ubogich ozdrowieńców, wychodzących ze szpitali¹⁵⁹.

¹⁵⁴ A. K i e r z e k, *Osiągnięcia Teodora Herynga w leczeniu gruźlicy krtani*, „Przegląd Lekarski” 1987, nr 3, s. 361–365.

¹⁵⁵ Społecznik, prezes Towarzystwa Medycyny Społecznej, jeden z inicjatorów założenia Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, w 1904 r. uzasadnił i zmienił utrwalone przekonanie, że gruźlica zawsze powstaje w szczytach płuc, wreszcie działacz niepodległościowy, przewodniczący Komisji Zagranicznej, w 1919 r. został członkiem delegacji na konferencję pokojową w Wersalu. Zob.: Z. M o s k w a, *Kazimierz Dłuski – twórca nowoczesnego leczenia sanatoryjnego gruźlicy w Polsce*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 5, s. 357–359.

¹⁵⁶ *Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za rok 1930–1931*, Warszawa 1931.

¹⁵⁷ Pierwsze sanatorium ludowe zorganizował Peter Dettweiler w Falkenstein w 1876 r. Por.: E. K a ł a m a c k a, *Zdrowotno-higieniczne aspekty wychowania fizycznego w poglądach i działalności polskich lekarzy do 1914 r.*, Kraków 2003, s. 200.

¹⁵⁸ Sanatorium posiadało 30 łóżek, czynne sezonowo od lipca do października w latach 1879–1882, gdyż wraz z przeniesieniem jego założyciela do uzdrowiska Sławuta na Wileńszczyźnie działalność zakładu została zakończona. Henryk Dobrzycki był zwolennikiem klimatyczno-sanatoryjnego sposobu leczenia gruźlicy, autorem wielu prac naukowych i popularyzatorskich, w których zwracał uwagę na profilaktykę, był także zaangażowanym społecznikiem. Zob.: H. D o b r z y c k i, *Sanatorium dla chorych piersiowych w Mieni*, „Medycyna” 1899, nr 3, s. 44–52; Z. M i e d z i Ń s k i, *O Henryku Dobrzyckim*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1978, nr 5, s. 20–22.

¹⁵⁹ H. D o b r z y c k i, *O konieczności oddzielnych sanatoriów dla chorych piersiowych*, „Medycyna” 1880, nr 11, s. 161–167; A. S o k o ł o w s k i, *W sprawie leczenia klimatem swojskim (Climatotherapia nostras)*, „Gazeta Lekarska” 1882, nr 8, s. 151–155, nr 9, s. 184–188.

Na uwagę zasługuje także działalność Józefa Mariana Geislera (1859–1920)¹⁶⁰, założyciela w 1890 r. „sanatorium doktora Geislera” w Otwocku, przekształconego w 1893 r. w sanatorium przeciwgruźlicze. Była to pierwsza stała placówka tego typu czynna cały rok i jednocześnie pierwsza stacja klimatyczna na ziemiach polskich, w której chorych z gruźlicą leczono dietą i kumysem¹⁶¹. Przyjmowano również tam pacjentów z zaburzeniami przemiany materii, schorzeniami dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, skazą moczanową. W latach 1897–1898 ośrodek ten zaczął zajmować się głównie leczeniem gruźlicy¹⁶². Stosowana w nim metoda leczenia opierała się na metodzie H. Brehmera, jednak dr J. Geisler długo musiał walczyć z powszechnym uprzedzeniem i niewiarą, że gruźlicę można leczyć wyłącznie w klimacie południowym lub w górach. Zakład szybko stał się kuźnią kadr przyszłych specjalistów leczenia gruźlicy i chorób płucnych, zapoczątkowując tym samym olbrzymi ruch budowy sanatoriów i prewentoriów przeciwgruźliczych w Otwocku, który trwał praktycznie do 1939 r. Organizacja, wyposażenie, a przede wszystkim poziom leczniczy postawił otwockie sanatorium na poziomie równym współczesnym zakładom przeciwgruźliczym w Europie. Znalazło to uznanie u samego A. Sokołowskiego, który stwierdził swego czasu, że „tysiące chorych piersiowych odzyskiwało rokrocznie zdrowie w Otwocku, a wyniki leczenia nie ustępowały wynikom najslyniejszych uzdrowisk zagranicznych”¹⁶³.

Duży wkład w rozwój ftyzjatrii wniósł również Teodor Dunin (1854–1909), którego zaangażowanie społeczne i niestrudzona kampania propagandowa w zakresie walki z gruźlicą, w oparciu o leczenie sanatoryjne, doprowadziły do wybudowania w 1908 r. w Rudce, niedaleko Warszawy, społecznego sanatorium przeciwgruźliczego, przeznaczonego dla niezamożnej inteligencji. Uważał, że podstawy

¹⁶⁰ Lekarz, łączący pracę zawodową z działalnością społeczną, niezmordowany propagator uzdrowiska otwockiego oraz założyciel i działacz Towarzystwa Przyjaciół Otwocka. Jako członek Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego działał w 3-osobowej komisji powołanej do zbadania stanu sanitarnego Otwocka i przyznania mu praw stacji klimatycznej. Jego inicjatywie i niezmordowanej przedsiębiorczości w odkrywaniu i propagowaniu korzystnych cech klimatu otwockiego dla chorych na gruźlicę miasto zawdzięcza swój rozwój, a liczne sanatoria przeciwgruźlicze, które powstały w mieście w pierwszej połowie XX w. są dowodem jego wkładu w rozwój lecznictwa sanatoryjnego gruźlicy płuc w Polsce. Zob.: W. S. T r y b o w s k i, *Z historii otwockich sanatoriów*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1978, nr 12, s. 15–17.

¹⁶¹ Por.: J. G e i s l e r, *Otweek i jego zakład leczniczy*. W: *Zdrowowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w Guberniach Królestwa Polskiego i najbliższych Guberniach Cesarstwa*, Warszawa 1896.

¹⁶² W latach 1898–1900 w sanatorium leczyło się 360 chorych, w tym tylko 48 ze schorzeniami niegruźliczymi. Byli to chorzy z Warszawy i całego Królestwa Kongresowego. Zob.: W. W r o ń s k i, *Sanatorium dla chorych piersiowych w Otwocku*, „Zdrowie” 1899, nr 165, s. 233–236.

¹⁶³ W. S. T r y b o w s k i, *Z historii otwockich...*, s. 17.



Sanatorium w Otwocku w okresie międzywojennym

leczenia przeciwgruźliczego polegają na dostarczeniu choremu świeżego powietrza i odpowiedniego pożywienia, które muszą być ujęte w określony system i wykonywane systematycznie pod nadzorem lekarza, a to właśnie zapewnia wyłącznie zakład zamknięty, czyli sanatorium¹⁶⁴.

Nie sposób nie wspomnieć też o Tomaszu Wiktorze Janiszewskim (1867–1940)¹⁶⁵, pomysłodawcy powstania początkowo specjalnej sekcji gruźlicy, zajmującej się leczeniem tej choroby, a następnie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Z jego inicjatywy wprowadzono obowiązek zgłaszania chorych na gruźlicę, dezynfekcji mieszkań po wyjeździe chorego, wreszcie w 1900 r. doprowadził do powstania Towarzystwa Budowy Sanatoriów Ludowych dla Dotkniętych Gruźlicą w Zakopanem. Jednocześnie był twórcą pierwszych poradni i sanatoriów przeciwgruźliczych w Małopolsce¹⁶⁶.

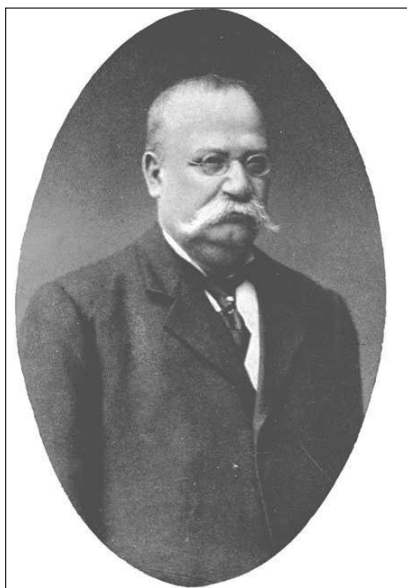
Przybliżenia wymaga także działalność Alfreda Sokołowskiego, uważanego za najwybitniejszego polskiego ftyzjatrę, reformatora lecznictwa sanatoryjnego¹⁶⁷ oraz Seweryna Sterlinga, twórcy sieci placówek zwalczania gruźlicy w Łodzi.

¹⁶⁴T. D u n i n, *Walka z gruźlicą i sanatorium w Zakopanem*, Kraków 1899, s. 40.

¹⁶⁵ Społecznik, pierwszy profesor katedry higieny, lekarz Stacji Klimatycznej w Zakopanem, od stycznia 1919 r. był ministrem zdrowia publicznego w rządzie I. Paderewskiego, członek Najwyższej Rady Zdrowia, autor wielu publikacji naukowych. Zob.: W. T e r l e c k a, *Tomasz Wiktor Janiszewski (1867–1939)*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1989, nr 3, s. 35–36.; zob. też: T.W. J a n i s z e w s k i, *Społeczna walka z gruźlicą za granicą i w Polsce*, Warszawa 1927.

¹⁶⁶Zob.: S. R u d z k i, *Zarys dziejów gruźlicy w Polsce*. W: *Walka z gruźlicą w Polsce*, Warszawa 1934.

¹⁶⁷ Podczas pobytu i pracy w Görbersdorf zreformował metodę H. Brehmera, stając się tym samym organizatorem nowoczesnego sposobu leczenia sanatoryjnego, wykorzystywanego



Alfred Sokołowski

Alfred Sokołowski był autorem pierwszego w świecie kilkutomowego podręcznika pt. *Nauka o suchotach płucnych* tłumaczonego na kilka języków, w którym wyraził opinię, że skłonność do gruźlicy jest cechą dziedziczną¹⁶⁸. Gruźlicę uważał za chorobę całego ustroju, stąd zwracał uwagę światu lekarskiemu, że początkowe postacie gruźlicy płuc, przebiegając w sposób utajony, mogą przypominać objawy innych chorób¹⁶⁹. Jako jeden z pierwszych w Europie przedstawił projekt tworzenia dla przewlekle chorych na gruźlicę szalasowych osiedli leśnych, będących pod opieką lekarską, stąd przypadła mu także rola tworzenia medycyny społecznej

w leczeniu gruźlicy. Por.: M. T e l a t y c k i, *O sanatoriach...*, s. 27.

¹⁶⁸ Opinię tę wyraził na podstawie analizy umieralności Żydów warszawskich na „suchoty” w latach 1900–1903: „[...] wbrew oczekiwaniu, śmiertelność u Żydów w Warszawie z suchot płucnych była mniejsza od śmiertelności chrześcijan, pomimo fatalnych warunków higienicznych, w jakich znajduje się przeważnie większość ubogiej ludności żydowskiej. [...] Biedna natomiast ludność chrześcijańska, przybywająca ze wsi na zarobek do Warszawy, stanowiąca potomstwo ludności zdrowej, często zupełnie wolnej od suchot, żyjącej na powietrzu i odżywiającej się względnie nieźle, w Warszawie, wskutek zmienionych na gorsze warunków mieszkania i życia szybko i niezwykle często umiera na suchoty”. Zob.: A. Sokołowski, *Nauka o suchotach płucnych*, Warszawa 1920, s. 21.

¹⁶⁹ Jako pierwszy opisał nietypowy początek gruźlicy, w którym objawy toksyczne ze strony różnych narządów dominują w obrazie klinicznym, przypominając inne choroby pod postacią tzw. masek gruźliczych, inaczej masek Sokołowskiego. Zob.: J. S t o p c z y k, *Zarys rozwoju wiedzy o gruźlicy...*, s. 14.

w Polsce¹⁷⁰. Bardzo mocno bowiem angażował się w uświadomienie społeczeństwa istoty i przyczyn panujących epidemii, m.in. gruźlicy, chorób wenerycznych, alkoholizmu i innych¹⁷¹. Zorganizował wiele akcji profilaktycznych oraz konsultacji z tego zakresu. W roku 1908, razem z innymi lekarzami, założył Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, które w 1909 r. otworzyło pierwszą poradnię przeciwgruźliczą¹⁷². Był nie tylko wybitnym terapeutą, ale i nauczycielem, gdyż opiekował się wieloma wybitnymi polskimi ftyzjatrami, m.in. Kazimierzem Dąbrowskim (1886–1938)¹⁷³ i Bolesławem Dębińskim (1886–1921)¹⁷⁴. W roku 1917 A. Sokołowski został profesorem, a następnie rektorem Wolnej Wszechnicy Polskiej¹⁷⁵.



Seweryn Sterling

¹⁷⁰ A. Sokołowski, *W sprawie leczenia klimatem swojskim*, „Gazeta Lekarska” 1882, nr 8, s. 151.

¹⁷¹ Zob.: A. Sokołowski, *Wielkie klęski społeczne*, Warszawa 1920.

¹⁷² A. Sokołowski, *Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze*, „Gruźlica” 1933, nr 5, s. 425.

¹⁷³ Wybitny klinicysta, jeden z pionierów przepalania zrostów sposobem Jacobaeusa, organizator akcji przeciwgruźliczej w przedwojennej Polsce, od 1927 r. dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie, współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, w latach 1930–1938 redaktor czasopisma „Gruźlica”. Zob.: M. Telatycki, *Rozwój wiedzy o gruźlicy i o metodach jej zwalczania*. W: *Ftyzjatria*, red. M. Telatycki, Warszawa 1957, s. 22.

¹⁷⁴ Lekarz, przyrodnik, działacz społeczny. Pozostawił znaczny dorobek naukowy w dziedzinie diagnostyki, terapii i profilaktyki gruźlicy. Zob. *Diagnostyka gruźlicy płuc*, Warszawa 1912. Od 1906 r. był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, współwłaścicielem „Gazety Lekarskiej”, współzałożycielem razem ze S. Sterlingiem „Gruźlicy”. Zob.: M. Telatycki, *Rozwój wiedzy o gruźlicy...*, s. 22.

¹⁷⁵ J. Smurło, *Prof. dr med. A. Sokołowski. Wspomnienie pośmiertne*, „Nowiny Lekarskie” 1924, z. 5, s. 249.

Do czołowych polskich badaczy gruźlicy należy również Seweryn Sterling, łódzki lekarz, naukowiec, zwolennik leczenia klimatyczno-dietetyczno-higienicznego, ale także każdej nowej metody, która przynosiła skuteczne wyniki leczenia. Jak sam mówił: „Zdrowie jednostki nie może stanowić więcej granicy horyzontów zadań zawodowych lekarza [...]. Życie wyznaczy lekarzowi szerzej zakreślony udział w zbiorowym życiu społeczeństwa”¹⁷⁶.

Kosztowne leczenie gruźlicy, z którego nie mogły korzystać ubogie rodziny robotnicze, skłoniło S. Sterlinga do zorganizowania w 1898 r. „oddziału dla piersiowych”¹⁷⁷ w Szpitalu im. Poznańskich w Łodzi, gdzie starał się zapewnić pacjentom duże ilości powietrza i światła, dobre warunki higieny osobistej i spokojnego wypoczynku, a także odpowiednią dietę¹⁷⁸. Było to wydarzenie na skalę europejską, gdyż rozpoczęto wówczas po raz pierwszy leczenie gruźlicy w warunkach miejscowych, przez zastosowanie metod i środków wykorzystywanych dotąd wyłącznie w odległych sanatoriach. Ponadto w oddziale prowadzono eksperymentalne badania naukowe nad gruźlicą w zakresie metod i środków diagnostyczno-leczniczych, w tym również nad podawaniem tuberkuliny¹⁷⁹.

Seweryn Sterling stworzył własną kwalifikację gruźlicy, która uwzględniała statykę i dynamikę procesu chorobowego; od 1913 r. obowiązywała ona wszystkich polskich lekarzy¹⁸⁰. Był jednym z pierwszych w świecie, który trafnie ocenił metodę uciskową w leczeniu gruźlicy, a od 1910 r. stosował już w praktyce metodę Forlaniniego, był także autorem wielu prac naukowych poświęconych leczeniu tej choroby¹⁸¹, a przede wszystkim podręcznika pt. *Suchoty płuc pospolite*, w którym zawarł całe swe olbrzymie doświadczenie i wiedzę o gruźlicy¹⁸². Współredagował

¹⁷⁶ Zob.: S. Sterling, *Gruźlica. Zbiór prac 1894–1932*, Łódź 1934.

¹⁷⁷ Na oddziale na każdego pacjenta przypadało 75 m³ powietrza i 5 m³ powierzchni świetlnej. Od każdego chorego wymagano ok. 5 godzin leżakowania w ogrodzie lub sali oraz ok. 2 godzin spaceru w ogrodzie lub po korytarzach szpitala. Na sen przeznaczano 10 godzin. Zob.: J. S u p a d y, *Leczenie gruźlicy w Polsce na przełomie XIX i XX wieku (do 1914 r.)*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2007, nr 9, s. 432.

¹⁷⁸ Pożywienie było zróżnicowane, z zachowaniem proporcji pomiędzy białkiem, tłuszczami i węglowodanami. W diecie zwykłej chory otrzymywał dziennie 2819 kalorii, przy czym preferowano tłuszcze (11 dkg) i mleko (1 litr). Zob.: S. S t e r l i n g, *O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu*, „Czas Lekarski” 1904, nr 4, s. 239–243.

¹⁷⁹ S. S t e r l i n g, *Opis oddziału dla piersiowo chorych przy szpitalu im. M. Poznańskich w Łodzi*. W: S. S t e r l i n g, *Gruźlica. Zbiór prac 1894–1932*, Łódź 1934, s. 468.

¹⁸⁰ W 1913 r. zaprezentował ją podczas IX Międzynarodowej Konferencji Przeciwgruźliczej w Berlinie, która została przyjęta jednomyślnie przez obradujący później I Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy. Zob.: S. S t e r l i n g, *Postaci kliniczne suchot płucnych*, Warszawa 1913, s. 8.

¹⁸¹ S. R u d z k i, *Seweryn Sterling jako klinicysta*, „Polska Gazeta Lekarska” 1933, nr 33/34, s. 613.

¹⁸² S. S t e r l i n g, *Suchoty płuc pospolite. Compendium*, Łódź 1921, s. 8.

(„Gruźlica”, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”) i redagował czasopisma („Czasopismo Lekarskie”, „Polska Gazeta Lekarska”), które nie tylko informowały o nowych odkryciach i stymulowały do pracy naukowej, ale były też instrumentem działania politycznego, wolnościowego i niepodległościowego¹⁸³. Dzięki niemu walka z gruźlicą została po raz pierwszy włączona do obowiązków władz miejskich, co miało przełomowe znaczenie, zwłaszcza że pod koniec XIX w. w Łodzi był najwyższy w Europie wskaźnik śmiertelności z powodu gruźlicy, wynoszący 389 na 100 tys. ludności¹⁸⁴. Był S. Sterling organizatorem i kierownikiem sekcji magistratu łódzkiego do walki z gruźlicą, której hasło brzmiało: „Zdrowych pouczać, zagrożonych gruźlicą badać i obserwować, chorym torować drogę do instytucji leczniczych”¹⁸⁵. W latach 1909–1923 był on także przewodniczącym Łódzkiej Ligi Przeciwgruźliczej, powstałej w 1907 r.¹⁸⁶, kierownikiem Łódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej, powstałej z inicjatywy Ligi w 1910 r., twórcą Muzeum Przeciwgruźliczego, wreszcie inicjatorem wybudowania Sanatorium Szkolnego dla Dzieci Gruźliczych w Chojnach (1919 r.) oraz sanatorium dziecięcego w Łągiewnikach (1927 r.)¹⁸⁷.

Seweryn Sterling był wybitnym uczonym, doskonałym nauczycielem, wokół którego skupiali się lekarze pragnący pogłębić swoje wiadomości z zakresu medycyny. Przez całe swe zawodowe życie jawił się jednak przede wszystkim jako bezinteresowny społecznik, oddany swym pacjentom¹⁸⁸, co potwierdzają słowa wypowiedziane przez niego podczas jubileuszu swej 35-letniej pracy naukowej:

¹⁸³ H. R e i t e r o w s k i, *Wspomnienie o Sewerynie Sterlingu*, „Nowiny Lekarskie” 1932, nr 19, s. 577.

¹⁸⁴ W Wiedniu notowano w tym okresie 289 zgonów, w Warszawie – 246, Moskwie – 222, Berlinie – 189, Londynie – 147. Tak wysoką zachorowalność na gruźlicę w Łodzi determinowały nie tylko bardzo złe warunki sanitarno-higieniczne w domach i zakładach pracy, ale również predyspozycje włóknarzy do zarażania się gruźlicą. Zob.: S. S t e r l i n g, *Gruźlica...*, s. 668.

¹⁸⁵ Jak wielkie znaczenie miała działalność łódzkiej sekcji do walki z gruźlicą świadczą dane statystyczne. W okresie działalności sekcji (1918–1924) lekarze interniści przebadali 11 633 osoby, pediatrzy – 14 485, chirurdzy – 2180, wykonano 11 492 zastrzyki tuberkulinowe, 10 554 badania pałeczki Kocha, sanitariuszki przeprowadziły 14 839 wywiadów, do szpitala skierowano 4885 osób, do sanatorium – 5489 dzieci, odkażono 9455 mieszkań. Zob.: H. S t r u p c z e w s k a - J a n u s z, *Gdy zaczynał się dwudziesty wiek...*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 4, s. 15.

¹⁸⁶ Organizacja zajmowała się głównie badaniami środowiskowymi i opieką nad chorymi na gruźlicę, leczeniem klimatycznym w organizowanych w tym celu sanatoriach i koloniach, popularyzowaniem profilaktyki, bakteriologicznym badaniem mleka oraz wykorzystywaniem własnych i z innych ośrodków naukowych, doświadczeń w leczeniu gruźlicy. Zob.: *Liga Przeciwgruźlicza w Łodzi*, „Rozwój” 1907, nr 256, s. 3.

¹⁸⁷ H. W i e l i c z a ń s k i, *Seweryn Sterling. Człowiek – społecznik – lekarz – naukowiec – pedagog. (W 25-lecie śmierci)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1959, nr 26, s. 1225–1228.

¹⁸⁸ Zob.: S. C i e c h a n o w s k i, *Rys życia Seweryna Sterlinga*, Łódź 1934.

„Koledzy, ci z was, których ambicje sięgają poza ideał zagarniania grosza – zapamiętajcie sobie chwilę dzisiejszą, zapamiętajcie, jak hojnie świat lekarski polski nagradza uczciwy stosunek do zadań życia”¹⁸⁹.

Wprowadzenie nowych metod leczenia gruźlicy płuc, w szczególności odmy wewnątrzopłucnowej, przyspieszyło wyodrębnienie się ftyzjatrii jako specjalności. Po raz pierwszy leczenie gruźlicy za pomocą odmy wykonali w 1911 r. Seweryn Sterling i Tadeusz Borzęcki¹⁹⁰. Do pionierów zaliczali się także Kazimierz Dłuski, Bolesław Dębiński, Władysław Czaplicki (1871–1922)¹⁹¹, a w okresie międzywojennym wybitnymi znawcami tego zagadnienia byli również Paweł Martyszewski (1886–1944)¹⁹² i Olgierd Sokołowski (1885–1944)¹⁹³.

¹⁸⁹ S. C i e c h a n o w s k i, *Na 35-letni jubileusz pracy naukowej Seweryna Sterlinga*, „Polska Gazeta Lekarska” 1924, nr 42/43, s. 605.

¹⁹⁰ Z ustaleń Z. Woźniewskiego wynika, że pionierem zabiegu odmy płucnej na ziemiach polskich był T. Borzęcki, który jako pierwszy wprowadził odmę w 1911 r., natomiast S. Rudzki twierdzi, że był nim S. Sterling, który w 1910 r. omówił szczegółowo zasady odmy. Por.: T. B o r z ę c k i, *Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych*, „Medycyna i Kronika Lekarska” 1911, nr 17, s. 381–383, nr 18, s. 410–414, nr 19, s. 436–443; S. S t e r l i n g, *O sztucznej odmie piersiowej*, „Przegląd Lekarski” 1917, s. 8–11; Z. W o ź n i e w s k i, *Historyczny zarys...*, s. 105; S. R u d z k i, *Zarys dziejów gruźlicy...*, s. 20.

¹⁹¹ Społecznik, lekarz Kolei Nadwiślańskiej, a następnie ordynator w Sanatorium dr. Geislera. Był zwolennikiem leczenia gruźlicy otwockim klimatem. Jako jeden z pierwszych lekarzy w Polsce zastosował nowatorskie leczenie gruźlicy odmą opłucnową. Zob.: W. C z a p l i c k i, *Czy należy stosować odmę sztuczną w gruźlicy płuc*, „Medycyna i Kronika Lekarska” 1914, nr 31, s. 614.

¹⁹² Od 1921 r. dyrektor Sanatorium dla Chorych Piersiowych w Rudce. Od 1924 r. w Otwocku prowadził gabinet lekarski i pensjonat dla chorych, w 1927 r. został dyrektorem Sanatorium Przeciwgruźliczego „Sejmikowego”. Następnie był lekarzem naczelnym sanatorium „Policyjny Dom Zdrowia”. Stworzył projekt budowy i organizacji Szpitala ZUS, który miał być zlokalizowany w Otwocku. W październiku 1939 r., po zamknięciu przez Niemców żydowskich zakładów leczniczych, chcąc uchronić przed zagładą te obiekty prze-forsował u niemieckich władz okupacyjnych zgodę na uruchomienie Szpitala Powiatowego w Otwocku. Wykorzystując strach Niemców przed chorobami zakaźnymi i gruźlicą, zorganizował w szpitalu tajne życie. Zob.: M. Ś w i e r c z y ń s k i, *Szpital dla Polaków*, „Gazeta Otwocka” [<http://www.otwock.pl>] (27.08.2008).

¹⁹³ Od 1927 r. był naczelnym lekarzem w Sanatorium „Odrodzenie” w Zakopanem, gdzie po raz pierwszy w Polsce wprowadził do leczenia zapadowego gruźlicy metodę przepalania zrostów sposobem Jacobaeusa. Uważał, że metoda ta skraca czas niepotrzebnego prątkowania poprzez zamknięcie jamy. Określił wskazania i przeciwwskazania do tego zabiegu, wykształcił wielu lekarzy, którzy realizowali jego ideę w postępowaniu chirurgicznym. Zamordowany przez Niemców podczas wykonywania czynności lekarskich w czasie powstania warszawskiego. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Rozwój wiedzy o gruźlicy...*, s. 24; Zob. też: O. S o k o ł o w s k i, *Powikłania poodmowe*. W: *Pamiętnik V Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1934.

O ile oddziały przeciwgruźlicze istniały już pod koniec XIX w., to pierwsze poradnie powstały dopiero w latach 1907–1914. Były to placówki w: Poznaniu (1907 r.), Warszawie (1909 r.), Łodzi (1909 r.), Lublinie (1911 r.), Kaliszu (1913 r.), Radomiu (1913 r.) i Krakowie (1914 r.), gdzie od 1907 r. czynne było ambulatorium dla chorych na gruźlicę¹⁹⁴. Dalszy rozwój tych instytucji nastąpił po odzyskaniu niepodległości¹⁹⁵.

Wraz ze wzrostem liczby poradni przeciwgruźliczych nie następowało jednak zwiększenie liczby łóżek sanatoryjnych¹⁹⁶, a tym samym uruchamianie sanatoriów ludowych. Poza powstałym w Mieni pod Warszawą w 1879 r., pozostałe sanatoria otwarto dopiero w latach 1902–1912. Były to ośrodki w Zakopanem (1902 r.), w Kowanówku pod Obornikami (1903 r.), Smukale pod Bydgoszczą (1904 r.)¹⁹⁷, w Krakowie-Prądniku (1909 r.) i wspomniane wcześniej w Chojnach i w Łągiewnikach, założone z inicjatywy S. Sterlinga w okresie międzywojennym¹⁹⁸. We wszystkich placówkach stosowano znaną wówczas terapię opartą o zasady higieniczno-dietetyczne według systemu Brehmera-Dettweilera.

Słabość publicznych form opieki zdrowotnej w zakresie zwalczania gruźlicy, charakterystyczna dla ziem polskich pod zaborami, wynikająca z określonej polityki socjalnej zaborców, w minimalnym stopniu uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego, stała się impulsem do działalności organizacji społecznych, tworzących „towarzystwa przeciwgruźlicze”. Ich celem było urucha-

¹⁹⁴ J. M a c h a l s k i, *Spoleczne aspekty walki z gruźlicą w Polsce na przełomie XIX i XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1975, nr 17, s. 1521.

¹⁹⁵ W 1920 r. było 31 poradni przeciwgruźliczych, w 1925 r. – 65, w 1929 r. – 266, w 1933 r. – 341, w 1937 r. – 532, w których zarejestrowanych było 351,4 tys. chorych na gruźlicę. Zob.: R. M e i s s n e r, *Zarys dziejów ftyzjatrii poznańskiej w latach 1899–1989*. W: *Księga pamiątkowa Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego Chorób Płuc i Gruźlicy im. Eugenii i Janusza Zeylandów*, Poznań 1988, s. 50.

¹⁹⁶ W 1928 r. istniało 6736 łóżek w sanatoriach, szpitalach przeciwgruźliczych i prewentoriach, w 1937 r. – 10 102, w 1938 r. – 10 722, z tego 5638 w sanatoriach, 2680 w szpitalach przeciwgruźliczych, 2454 w prewentoriach. Por.: J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *30 lat walki z gruźlicą w PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1974, nr 6, s. 481.

¹⁹⁷ Lecznica w Kowanówku powstała z inicjatywy Ubezpieczalni Krajowej, posiadała 100 miejsc dla chorych na gruźlicę. Lecznica dla chorych na płuca w Smukale należała do Prowincjonalnego Towarzystwa ku Zwalczaniu Gruźlicy. Posiadała także 100 miejsc, a inicjatorem jej uruchomienia był dr Artur Jaruntowski – ówczesny sekretarz Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, jeden z najwybitniejszych poznańskich ftyzjatrów. Obie rozbudowywane i modernizowane w kolejnych latach, z końcem lat trzydziestych XX w. zostały przekształcone w nowoczesne placówki profilaktyczno-lecznicze. Zob.: K. Z a j k o w s k i, *Krajowa lecznica dla płucno chorych w Smukale*, „Polska Gazeta Lekarska” 1925, nr 4, s. 475; R. M e i s s n e r, *Dzieje ftyzjatrii poznańskiej do końca XX wieku. Rozwój bazy diagnostyczno-terapeutycznej, osiągnięcia i główne kierunki przemian*, Poznań 1999, s. 14–15.

¹⁹⁸ M. T e l a t y c k i, *Rozwój wiedzy o gruźlicy...*, s. 25.

mianie placówek bezpłatnego badania, udzielanie porad medycznych, rozdawanie leków najuboższym, organizowanie zbiórek pieniężnych na walkę z gruźlicą. Ta działalność była równie ważna, podobnie jak funkcjonowanie wspomnianych wyżej placówek, gdyż tak naprawdę to właśnie organizacje społeczne doprowadziły do powstania pierwszych poradni i sanatoriów przeciwgruźliczych¹⁹⁹.

Pierwsze towarzystwa przeciwgruźlicze zorganizowano w Poznaniu w 1899 r.²⁰⁰. Następne podobne organizacje powstały w Warszawie (1908 r.), Łodzi (1909 r.) i w Krakowie (1909 r.). Z towarzystwami współpracowały organizacje charytatywne, które pośrednio także przyczyniły się do zwalczania gruźlicy. Było to m.in. Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności, Warszawski Instytut Higieny Dziecięcej i inne²⁰¹.

Ogółem do 1918 r. działało 14 towarzystw przeciwgruźliczych²⁰². Jednak liczebność nie przekładała się na jakość pracy, która była nieskoordynowana, często chaotyczna, uzależniona od możliwości finansowych i energii swoich członków. Wybuch pierwszej wojny światowej spowodował wzrost umieralności na gruźlicę. W roku 1919 w Warszawie współczynnik zgonów z powodu gruźlicy wynosił 784, w Krakowie – 461, Poznaniu – 467, we Lwowie – 605 na 100 tys. ludności, widać więc, że sprawa była nadal bardzo poważna. W latach 1921–1926 w Warszawie zanotowano 251, we Lwowie – 287, w Krakowie – 278, Poznaniu – 230 zgonów z gruźlicy na 100 tys. ludności²⁰³. Sytuacja poprawiła się dopiero w połowie

¹⁹⁹ W 1909 i 1912 r. Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze zorganizowało pierwsze w kraju poradnie, które zaczęły kierować chorych do sanatoriów w Otwocku i Rudce, natomiast 1 lipca 1912 r. warszawska organizacja sama otworzyła pierwsze w Królestwie Polskim Sanatorium Ludowe dla Chorych Piersiowych w Leśniczówce pod Mrozami, odległe o 1500 m od Sanatorium dla Piersiowo Chorych w Rudce. Zob.: Z. M o s k w a, *Instytucje i organizacje społeczne w walce z gruźlicą w Polsce do wybuchu II wojny światowej*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 19, s. 1362–1367.

²⁰⁰ Było to Prowincjonalne Towarzystwo ku Zwalczeniu Gruźlicy, powołane z inicjatywy polskich lekarzy społeczników: A. Jurantowskiego, I. Zielewicza, T. Drobnika, B. Kapuścińskiego oraz aptekarza B. Jagielskiego i nauczyciela Radomskiego. Drugą organizacją było Towarzystwo Opieki nad Chorymi Robotnikami, które jako pododdział zostało powiązane z Prowincjonalnym Towarzystwem. Zob.: R. M e i s n e r, *Dzieje fizjatrii...*, s. 14.

²⁰¹ Były to organizacje charytatywno-lekarskie zwane „Kroplami Mleka”. Pierwsza stacja powstała w 1903 r. w Płocku, a następne od 1904 r. działały w Łodzi, Warszawie, Lublinie, od 1905 r. w Krakowie, Kaliszu i nieco później w Częstochowie, Dąbrowie, Sosnowcu i innych miastach. Zob.: Z. M o s k w a, *Instytucje i organizacje społeczne...*, s. 1366; zob. też: J. S a d o w s k a, *Udział lekarzy łódzkich w organizowaniu społecznych form lecznictwa na przełomie XIX i XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1987, nr 1, s. 49–55.

²⁰² J. S t o p c z y k, *Zarys rozwoju wiedzy o gruźlicy...*, s. 17.

²⁰³ *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej. 1918–1938*, Warszawa 1939, s. 56. Wśród przyczyn zgonów w Warszawie w latach 1890–1935 gruźlica stale zajmowała pierwsze miejsce w stosunku do ogólnej liczby zgonów: 1890 r. – 16,9%, 1900 r.

lat dwudziestych XX w., choć udział gruźlicy w stosunku do innych chorób był znaczny, a umieralność nadal wysoka²⁰⁴.

Powstanie towarzystw przyczyniło się do ukształtowania wielotorowej akcji walki z gruźlicą o charakterze społeczno-filantropijnym, która mimo dobrych intencji lekarzy społeczników, nie mogła poza niewielkim miejscowym zasięgiem poszczególnych poradni lub instytucji odegrać większej roli w stosunku do jakiegokolwiek grupy ludności, a tym bardziej nie mogła nabrać cech akcji ogólnopolskiej. Głównym powodem takiego stanu był brak podstaw prawnych w tym zakresie; nie istniały państwowe czynniki odpowiedzialne za akcję, brakowało także stałych funduszy na walkę z tą chorobą, gdyż budżet wspomnianych instytucji opierał się na kwestach, przygodnych ofiarach i dotacjach, przy minimalnych tylko zasiłkach rządowych.

W takich okolicznościach często jedynym ratunkiem dla niezamożnej ludności, osób chorych na gruźlicę i ich rodzin zagrożonych chorobą, były ośrodki zdrowia (przychodnie). Ich działalność była bezpłatna i w gruncie rzeczy wyłącznie zapobiegawcza. Miały one „zdrowych pouczać, zagrożonych badać, chorym torować drogę do zakładów leczniczych”²⁰⁵. W niektórych wykonywano próby tuberkulinowe, badano płwocinę, prześwietlano klatkę piersiową, mierzono wzrost, wagę, przeprowadzano wywiady w miejscu zamieszkania itp. W innych udzielano pomocy, rozdając tran, mleko, dożywiając dzieci, wydając bony obiadowe do jadłodajni, a nawet udzielając zapomóg pieniężnych najbiedniejszym pacjentom. Spowodowało to jednak, że większość poradni obsługiwała wyłącznie ubogich chorych na gruźlicę, a to na wiele lat „przykleiło” ośrodkom zdrowia etykietę instytucji dla ubogich.

Na początku XX w. poważnym problemem za ziemiach polskich były zachorowania i zgony z powodu gruźlicy wśród dzieci. Najwięcej zgonów powodowała gruźlica płuc i gruźlicze zapalenie opon mózgowych, np. w 1909 r. w Łodzi na ogólną liczbę 1555 zgonów z powodu gruźlicy, na gruźlicę płuc zmarło 1190 (76%), a z powodu gruźlicy opon mózgowych 365 osób (24%), z czego olbrzymi odsetek stanowiły dzieci (41%)²⁰⁶. Wysokie wskaźniki zgonów dzieci z powodu

– 16,3%, 1910 r. – 16,8%, 1925 r. – 16,3%, 1930 r. – 16,2%, 1935 r. – 14,1%. Por.: *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, red. M. Kacprzak, Warszawa 1957, s. 34.

²⁰⁴Przeciętna roczna liczba zgonów z powodu gruźlicy w latach 1926–1932 na 100 tys. ludności wynosiła w Warszawie 211, w Łodzi – 248, w Krakowie – 194, w Poznaniu – 196. W 1932 r. w całym kraju współczynnik zgonów wynosił 187 na 100 tys. ludności, w 1938 r. w miastach liczących ponad 100 tys. mieszkańców zarejestrowano 150 zgonów na 100 tys. ludności. Gruźlica zajmowała drugie miejsce po chorobach serca pod względem liczby zgonów. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju i podstawy jej zwalczania*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 61–91.

²⁰⁵J. M a c h a l s k i, *Společne aspekty walki z gruźlicą...*, s. 1521.

²⁰⁶S. S t e r l i n g, *Gruźlica...*, s. 191–213.

gruźlicy w Łodzi wpłynęły na rozwój metod zapobiegania i zwalczania tej choroby na podstawie ówczesnego programu walki z gruźlicą, opracowany przez fizjoterapeutów podczas międzynarodowego kongresu w 1901 r.²⁰⁷.

Dlatego też jedną z najbardziej zasłużonych organizacji wśród społecznego ruchu przeciwgruźliczego w Polsce międzywojennej stała się Liga Szkolna Przeciwgruźlicza, którą utworzono 13 kwietnia 1923 r.²⁰⁸. Podstawowym zadaniem organizacji była walka z gruźlicą wśród dzieci, w formie zapobiegania i leczenia tzn. prowadzenia badań w szkołach, tworzenia własnych przychodni przeciwgruźliczych oraz sanatoriów, a także organizowania kolonii letnich dla dzieci z chorych rodzin i szkół na otwartym powietrzu²⁰⁹.

Pierwsza poradnia przeciwgruźlicza została uruchomiona przez Ligę w Warszawie w 1924 r., w placówce tej większość dzieci przyjmowano bezpłatnie. W roku 1932 Liga przejęła od Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem drugą poradnię przeciwgruźliczą. W obu placówkach wyposażonych w sprzęt rentgenowski i laboratoria leczono głównie gruźlicę płuc²¹⁰. Natomiast pierwsze sanatoria dla dzieci powstały w Skolimowie i Śródborowie, a następnie w Otwocku. W Starej Miłosnej utworzono prewentorium czynne w okresie letnich wakacji. Ponadto kolonie leczniczo-profilaktyczne organizowano w Marianówce pod Otwockiem, Urli, Świdrze, Nowym Mieście, Falenicy i Ciechocinku. Prowadzone badania nad zagruźliczeniem szkół miały charakter przeglądów lekarskich (po stwierdzeniu choroby kierowano do poradni), gdyż badania tuberkulinowe metodą Pirqueta objęty tylko niewielki odsetek dzieci. Z kolei akcję propagandową prowadzono w formie odczytów, pogadanek, za pomocą filmów i artykułów prasowych²¹¹.

Pomimo niezaprzeczalnych osiągnięć w walce z gruźlicą działalność Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej jest mało znana. Z jednej strony fundusze towarzystwa były na tyle skromne, że nie pozwalały na drukowanie sprawozdań, z drugiej organizacja mało interesowała się sprawami naukowymi, stąd nie miała wsparcia ze

²⁰⁷ Prace naukowo-badawcze na terenie Łodzi prowadzili wówczas m.in.: Seweryn Sterling, Artur Jaruntowski, Wacław Jasiński, Antoni Tomaszewski, Henryka Royenblatt. Ich praca była dowodem twórczej działalności środowiska lekarskiego i stanowiła duże osiągnięcie ówczesnej medycyny polskiej. Zob.: J. S u p a d y, *Problematyka gruźlicy wieku dziecięcego w pracach badawczych lekarzy łódzkich na początku XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1977, z. 13, s. 1065–1069.

²⁰⁸ Liga nie zaprzestała swej działalności nawet w czasie okupacji, chociaż większość towarzystw lekarskich zostało rozwiązanych. Także po wojnie jeszcze przez wiele lat (do 1955 r.) towarzystwo to pracowało na rzecz walki z gruźlicą wśród dzieci. Zob.: Archiwum Państwowe Miasta Stołecznego Warszawy (dalej: AP m. st. Warszawy), Liga Szkolna Przeciwgruźlicza 1945–1955, sygn. 145, teka 9, 21.

²⁰⁹ R. Z a b ł o t n i a k, *Liga Szkolna Przeciwgruźlicza (1923–1939)*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 10, s. 1019–1022.

²¹⁰ Ibidem, s. 1020.

²¹¹ Ibidem, s. 1021.

strony licznych towarzystw przeciwgruźliczych w kraju, a jak wiemy rozdrobnienie i brak współpracy pomiędzy tymi instytucjami były przyczyną dużego chaosu w walce z gruźlicą, o którym wspomniano już uprzednio.

Przełom w tym zakresie nastąpił w 1925 r., gdy powstał Polski Związek Przeciwgruźliczy, na czele którego stała rada składająca się z najwybitniejszych polskich ftyzjatrów, działaczy społecznych, przedstawiciele instytucji rządowych i samorządowych, ubezpieczalni społecznych, a od 1927 r. protektorat nad związkiem objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej. Organizacja działała przy pomocy terytorialnych stowarzyszeń i oddziałów przeciwgruźliczych²¹². Był to organ, który jako pierwszy podjął próbę ujednoczenia akcji przeciwgruźliczej w Polsce. Wydawał opinie i wnioski w sprawach dotyczących walki z gruźlicą, pozyskiwał środki finansowe na ten cel. Przede wszystkim jednak, dokonał dużego postępu w ruchu przeciwgruźliczym w Polsce²¹³, gdyż swoją działalność rozpoczął od systematycznego szkolenia lekarzy w ramach kursów z zakresu ftyzjatrii²¹⁴, a także budowy sanatoriów o tzw. typie ludowym dla gruźlicy w początkowym stadium i zakładów izolacyjnych dla gruźlicy zaawansowanej. Ponadto organizował zjazdy przeciwgruźlicze, wystawy specjalistyczne, delegował przedstawicieli na zjazdy międzynarodowe²¹⁵, wreszcie rozpoczął działalność popularyzatorsko-wydawni-

²¹² Ich liczba wzrosła z 14 w 1920 r. do 206 w 1930 r., natomiast w 1936 r. działało już 211 terytorialnych towarzystw przeciwgruźliczych w kraju. Starano się, by zasiadali w nich przedstawiciele wszystkich instytucji i organizacji, które powinny współdziałać w zwalczaniu gruźlicy. Członkami byli także działacze społeczni różnych warstw, narodowości i wyznań, np. żydowskie towarzystwa przeciwgruźlicze „Brijus” i „Marpe”, prowadzące za pomocą własnych sanatoriów walkę z gruźlicą wśród ludności żydowskiej. Zob.: Z. M o s k a, *Instytucje i organizacje społeczne...*, s. 1366.

²¹³ Polski Związek Przeciwgruźliczy przyczynił się do powstania sieci przychodni przeciwgruźliczych na terenie kraju (w 1920 r. było ich 20, w 1938 r. – 450), a także sanatoriów i prewentoriów, rozwinął akcję szczepień BCG (w 1933 r. uruchomiono pierwszą publiczną stację szczepień), wspierał finansowo badania naukowe, odegrał też pewną rolę polityczną, ujawniając błędne założenia polityki rządu w latach międzywojennych, który twierdził, że przeludnienie jest zasadniczą przeszkodą w podniesieniu stanu zdrowotności obywateli. Zob.: *ibidem*, s. 1364–1365.

²¹⁴ Nauczanie studentów medycyny podstaw gruźlicy było obowiązkowe na wszystkich uniwersytetach, natomiast uniwersytety w Warszawie, Wilnie, Lwowie, Krakowie i Poznaniu miały w swoich klinikach stałe łóżka dla chorych gruźliczych, niektóre z nich dysponowały również poradniami przeciwgruźliczymi. Wydziały lekarskie tychże uczelni organizowały także 14–20-godzinne kursy dla studentów poświęcone tematyce leczenia i profilaktyki gruźlicy. Od 1925 r. Polski Związek Przeciwgruźliczy rozpoczął organizowanie centralnych dwumiesięcznych kursów w Warszawie (w 1939 r. było ich 14) pn. „Gruźlica i jej zwalczanie”, które przeznaczone były głównie dla lekarzy pracujących w poradniach przeciwgruźliczych. Zob.: *ibidem*, s. 1364.

²¹⁵ Od 1927 r. Polski Związek Przeciwgruźliczy stał się członkiem Międzynarodowej Unii Przeciwgruźliczej (L'Union Internationale Contre la Tuberculose) mającej siedzibę w Pary-

czą. Cenną inicjatywą związku było także rozesłanie w 1927 r. do wszystkich wojewodów okólnika w sprawie poradni przeciwgruźliczych, w którym zachęcano do podejmowania odpowiednich kroków, aby poprawić funkcjonowanie już istniejących placówek oraz uruchamiać kolejne. Dodatkowo, aby ułatwić wojewodom działania, w formie załączników rozesłano opracowane przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, szczegółowe przepisy tymczasowe dla poradni przeciwgruźliczych, tryb postępowania przy ubieganiu się o zapomogę rządową na cele poradni oraz wzór budżetu nowo tworzonej placówki.

Polski Związek Przeciwgruźliczy, który statutowo powołany był do koordynacji pracy towarzystw przeciwgruźliczych, instytucji społecznych i samorządowych, współpracujących w zwalczaniu gruźlicy²¹⁶, niemal od początku istnienia walczył z trudnościami kompetencyjnymi, finansowymi i przeszkodami w zakresie współpracy z Państwową Służbą Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. Szczególnie widoczne było to podczas akcji społecznej, dotyczącej opracowania i uchwalenia przez Sejm tzw. ustawy przeciwgruźliczej pod koniec okresu międzywojennego²¹⁷.

Kolejnym krokiem w walce z gruźlicą było powołanie w lutym 1934 r. w Warszawie Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą²¹⁸, z dwoma oddziałami w Wilnie i Łodzi, organizacji zajmującej się badaniami naukowymi, biologicznymi i społecznymi w zakresie walki z tą chorobą. Towarzystwo od razu rozpoczęło prace nad przygotowaniem ustawy przeciwgruźliczej i budową Pol-

zu, reprezentował tym samym Polskę w zakresie walki z gruźlicą na forum międzynarodowym. Unia jest zrzeszeniem organizacji przeciwgruźliczych różnych krajów o dobrowolnej przynależności, choć przedstawicielami niektórych państw, które nie posiadały takich organizacji były też organizacje państwowe. Ma ona na celu: koordynowanie badań naukowych i pomoc w akcji walki z gruźlicą organizacjom międzynarodowym, organizowanie zjazdów międzynarodowych, rozpowszechnianie zdobyczy naukowych, organizowanie nowych towarzystw, zapewnienie stałego kontaktu z WHO. Po drugiej wojnie światowej przedstawicielem Polski w Unii był początkowo Instytut Gruźlicy, a od 1956 r. jest Polskie Towarzystwo Ftyzjatryczne. Zob.: W. J a r o s z e w i c z, *Międzynarodowa Unia Przeciwgruźlicza*, „Gruźlica” 1957, nr 8, s. 675.

²¹⁶ W 1924 r. związkowi podlegało tylko 5 stowarzyszeń, w 1938 r. – 191 oraz 14 Komitetów i 15 podkomitetów szczepień BCG. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Rozwój wiedzy o gruźlicy...*, s. 27–28.

²¹⁷ Por.: *Sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego prof. W. Orłowskiego z działalności Zarządu PZP za okres 1938–1939*, Warszawa 1939.

²¹⁸ Powołane przez 21 ftyzjatrów warszawskich i otwockich w grudniu 1933 r. uzyskało osobowość prawną. Wybrano zarząd, którego prezesem został prof. Witold Orłowski (pełnił funkcję do 1937 r.), kierownik II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego, wiceprezesem Kazimierz Dąbrowski, dyrektor Szpitala Wolskiego, sekretarzem Janina Misiewicz, późniejszy dyrektor Instytutu Gruźlicy. Zob.: W. T r y b o w s k i, *Dzieje Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1962, nr 26, s. 1044–1047.

skiego Instytutu Badań nad Gruźlicą²¹⁹. Ostatnim przedsięwzięciem Towarzystwa przed wybuchem wojny był współdziałanie w organizacji VII Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Gdyni w dniach 27–29 maja 1939 r.

Jak wynika z przedstawionego zarysu rozwoju walki z gruźlicą w Polsce, metody leczenia sanatoryjnego i zabiegowego gruźlicy stały się główną przyczyną wydzielenia fizjatrii z ogólnej nauki o chorobach wewnętrznych. Do grupy uczonych polskich, którzy wnieśli swój wkład w rozwój tej dziedziny należy zaliczyć obok wyżej wspomnianych także Odoną Bujwidą i Edmunda Biernackiego (1886–1911)²²⁰, którzy pracowali w bardzo trudnych warunkach, zanim Polska odzyskała niepodległość. W okresie międzywojennym metody leczenia gruźlicy rozwijali również: Jan Danysz (1860–1928)²²¹, Leon Karwacki (1872–1942)²²², Ksawery Lewkowicz (1869–1958)²²³, Janusz Zeyland (1897–1944)²²⁴. Natomiast wśród wielu wybitnych fizjatrów, wykładawców i przede wszystkim pierwszych organizatorów walki z gruźlicą w okresie powojennym należy przywołać: Witol-

²¹⁹ Ibidem.

²²⁰ Patolog, klinicysta, wykrył zjawisko przyspieszonego opadania krwinek czerwonych w osoczu krwi, które wiązał z toczącym się procesem zapalnym w ustroju. Okresowa kontrola odczynu Biernackiego (OB) w przebiegu gruźlicy jest stosowana na całym świecie i uważana za jeden z najbardziej istotnych sposobów śledzenia natężenia jej rozwoju. Zob.: E. C i e n c i a ł a, *Edmund Biernacki (1866–1911) wybitny patolog i twórca metody określania szybkości opadania krwinek*, „Wiadomości Lekarskie” 1965, nr 23, s. 1825–1828.

²²¹ Mikrobiolog, Polak z Instytutu Pasteura w Paryżu. W swym dziele pt. *Teoria chorób zakaźnych i niezakaźnych* udokumentował pogląd o znacznym wpływie ośrodkowego i współczulnego układu nerwowego na powstawanie różnych chorób, w tym gruźlicy. Zob.: R. K a r c z m a r c z y k, *Zasługi Polaków...*, s. 888.

²²² Mikrobiolog i epidemiolog, prowadził badania w zakresie kliniki duru płamistego oraz posocznicy, pionier teorii mutacji i różnopostaciowości rozwojowej zarazka gruźlicy, wyszkolił wielu pracowników naukowych z zakresu chorób zakaźnych. Zob.: ibidem.

²²³ Pediatria, jako pierwszy opisał wstępne stadium rozwoju gruźlicy, które poprzedza powstawanie zmian morfologicznych w narządach. Zob.: ibidem.

²²⁴ Jeden z najwybitniejszych polskich fizjatrów okresu międzywojennego, pionier szczepień BCG w Polsce. Swoimi badaniami udowodnił, że do martwicy dochodzi, gdy znaczne liczby prątków BCG nagromadzone są na ograniczonej przestrzeni tkankowej. Przysłużył się upowszechnieniu szczepień BCG nie tylko w Polsce, ale i w świecie. Był bliskim współpracownikiem, a także przyjacielem A. Calmette’a, który w jednym z listów napisał: „Jeśli Pan mógł do 15 maja (1928 r. – przyp. M.M.) przesłać mi dalszy ciąg prac badawczych i uwag na temat tego, co się już do tej pory w Poznaniu zrobiło w zakresie szczepień dzieci – z przyjemnością skorzystamy i zamieścimy”. Zob.: J. S t o p c z y k, *Zarys rozwoju wiedzy o gruźlicy...*, s. 15; Zob. też: Korespondencja Janusza Zeylanda, Biblioteka Główna Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, Zbiory Specjalne.

da Orłowskiego (1874–1966)²²⁵, Stanisława Popowskiego (1894–1953)²²⁶, Michała Telatyckiego (1898–1955)²²⁷, Janinę Misiewicz (1893–1958)²²⁸, Jadwigę Szustrową

²²⁵ Profesor chorób wewnętrznych, zajmował się leczeniem gruźlicy i chorób płuc oraz walką z gruźlicą, inicjator tzw. ruchu przeciwgruźliczego. W 1929 r. zorganizował poradnię przeciwgruźliczą dla studentów i mieszkańców Warszawy, w latach międzywojennych brał czynny udział w walce o ustawę przeciwgruźliczą, a po wojnie jako członek Sekcji Przeciwgruźliczej był jednym z pierwszych w Polsce orędowników projektu utworzenia Instytutu Gruźlicy. W 1947 r. za zasługi dla polskiej ftyzjatrii otrzymał godność pierwszego, honorowego członka Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego. Zob.: W. J a r o s z e w i c z, *Działalność profesora Witolda Orłowskiego w zakresie fizjologii i ruchu przeciwgruźliczego*, „Gruźlica” 1967, nr 35, s. 1117, W. M a r k e r t, *Witold Orłowski w setną rocznicę urodzin (1874–1974)*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 1974, nr 1, s. 1–7.

²²⁶ Profesor, pionier chemioterapii przeciwprątkowej u dzieci chorych na gruźlicę i powszechnych szczepień BCG, w latach międzywojennych był lekarzem Poradni Przeciwgruźliczej Warszawskiego Towarzystwa i Warszawskiej Ligi Przeciwgruźliczej. Po wojnie członek Sekcji Przeciwgruźliczej Państwowej Rady Zdrowia, a następnie członek Rady Naukowej Instytutu Gruźlicy, współorganizator sanatoriów dziecięcych w Rabce. Autor licznych prac naukowych, poświęconych m.in. gruźlicy dziecięcej. Uważał, że opanowanie gruźlicy u dzieci i młodzieży musi być poprzedzone zwalczaniem choroby najpierw u dorosłych. W uznaniu zasług w dziedzinie ftyzjatrii został odznaczony tytułem Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego. Zob.: C. S o b i s, *Pamięci prof. Stanisława Popowskiego*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1953, nr 29, s. 1032.

²²⁷ Klinicysta, epidemiolog, nazywany „wodzem rozwoju powojennej ftyzjatrii w Polsce”. Od 1945 r. kierownik Samodzielnego Wydziału Walki z Gruźlicą w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, twórca pierwszego planu akcji przeciwgruźliczej w oparciu o zdobywane z trudem dane epidemiologiczne, zwolennik utworzenia centralnego organu dyspozycyjnego oraz scalenia funduszy przeznaczonych na tę akcję, wreszcie propagator masowych zdjęć małoobrazkowych i szczepień BCG w Polsce. Opracował i obronił przed komisjami sejmowymi zasady pokrywania z budżetu państwa kosztów leczenia chorych na gruźlicę niezamożnych, a tym samym nieubezpieczonych. Opracował projekt „społecznej” poradni przeciwgruźliczej, uwzględniając jej rolę, zasięg działania i organizację pracy oraz wzory sprawozdań terenowej akcji przeciwgruźliczej i badań masowych. Autor wielu prac poświęconych społecznej walce z gruźlicą, która była ideą jego życia oraz kilku podręczników z zakresu leczenia, epidemiologii, fluorografii, które odzwierciedlają wszystkie ogniwa powojennego rozwoju polskiej ftyzjatrii. Był także współautorem i referentem pierwszego powojennego projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy. W 1947 r. został kierownikiem Kliniki Gruźlicy w Gdańsku, od 1950 r. profesor nadzwyczajny Akademii Medycznej w Gdańsku. Zob.: W. J a r o s z e w i c z, *Prof. Michał Telatycki jako ftyzjatra 1898–1955*, „Gruźlica” 1955, nr 10, s. 681–692.

²²⁸ W latach 1937–1939 dyrektor Szpitala – Sanatorium w Mieni pod Warszawą, od lutego 1945 r. dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie, od 1950 r. dyrektor Instytutu Gruźlicy, przez wiele lat prowadziła działalność naukowo-badawczą, dydaktyczną i organizacyjną, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego w latach 1946–1949, autorka pierwszego podręcznika ftyzjatrii po wojnie, wieloletni redaktor „Gruźlicy”, odegrała

(1889–1961)²²⁹, Jana Stopczyka (1901–1984)²³⁰, Wiwę Jaroszewicz (1905–1979)²³¹, Zbigniewa Woźniewskiego (1914–1969)²³², Stanisława Meysnera (1889–1952)²³³,

dużą rolę w podniesieniu poziomu kadr ftyzjatrycznych w kraju. Zob.: W. J a r o s z e w i c z, *Prof. dr Janina Misiewicz 12 XII 1893–5 X 1958*, „Gruźlica” 1959, nr 8, s. 701.

²²⁹ Profesor, autorka wielu prac dotyczących zwalczania gruźlicy oraz rehabilitacji osób z tą chorobą, pionier społecznej walki z gruźlicą w Polsce, z wiodącą rolą poradni przeciwgruźliczej, nazywając ją „główną kwaterą walki”, w której na pierwszy plan wysuwała działalność społeczno-lekarską. Jedna z inicjatorek szczepień ochronnych BCG, współtwórczyni ustawy o zwalczaniu gruźlicy oraz komitetów społecznych walki z gruźlicą, rozumiejąc przy tym, że w walce z gruźlicą niezbędna jest pomoc całego społeczeństwa. W latach 1953–1959 przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego, od 1956 r. – Radca Zarządu Międzynarodowej Unii Przeciwegruźliczej. Zob.: A. M a r g o l i s o w a, *Życie i działalność Jadwigi Szustrowej*, „Wiadomości o Gruźlicy i Chorobach Płuc oraz ich Zwalczaniu” 1961, nr 3, s. 5–8; Z. C z e r w i ń s k i, *Prof. dr med. Jadwiga Szustrowa*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1962, nr 6, s. 501–507.

²³⁰ Profesor, w latach międzywojennych sekretarz Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, w czasie wojny prowadził tajne nauczanie ftyzjatrii wśród młodzieży lekarskiej i studentów, po wojnie naczelnym lekarzem w zespole sanatoriów w Otwocku, kierownikiem Katedry i Kliniki Ftyzjatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi, kierownikiem II Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, krajowym specjalistą w zakresie ftyzjatrii, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego w latach 1949–1953. Autor wielu prac poświęconych leczeniu gruźlicy, redaktor I tomu *Ftyzjatrii* M. Telatyckiego – drugiego powojennego podręcznika. Zob.: W. S o s n o w s k i, *Jan Stopczyk w osiemdziesiątą rocznicę urodzin*, „Pneumonologia Polska” 1981, nr 10, s. 665–667.

²³¹ Profesor, w czasie wojny brała udział w tajnym nauczaniu studentów medycyny, od 1945 r. kierownikiem oddziału gruźlicy w Szpitalu Wolskim, w latach 1950–1955 i 1958–1959 sekretarzem, a następnie do 1962 r. dyrektorem Instytutu Gruźlicy, kierownikiem Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy oraz Kliniki Chorób Płuc Akademii Medycznej w Warszawie, autorka i współautorka wielu podręczników z zakresu ftyzjatrii i chorób płuc. Zob.: J. S t o p c z y k, *Prof. dr med. Wiwa Jaroszewicz*, „Pneumonologia Polska” 1981, nr 2, s. 87–89.

²³² Odważny konspirator i nieustraszony lekarz-żołnierz w czasie okupacji niemieckiej. Podczas powstania warszawskiego lekarzem naczelnym Szpitala Wolskiego, w latach 1945–1949 asystentem oddziału chirurgicznego tegoż szpitala, zajmował się chirurgią gruźlicy płuc, a także historią medycyny. W 1953 r. opublikował wyniki opracowanej przez siebie metody torakoplastyki osteoplastycznej, a w 1967 r. pracę pt. *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*. Zob.: L. M a n t e u f f e l - S z o e g e, *Docent dr med. Zbigniew Woźniewski (1914–1969)*, „Gruźlica” 1970, nr 9, s. 945–949.

²³³ Praktykował w sanatorium dr. Philippiego w Davos, od 1923 r. pracował w Sanatorium Dłuskiego oraz jako ordynator oddziału gruźliczego w Szpitalu Klinicznym w Zakopanem. W 1926 r. został dyrektorem Sanatorium dla Płucno Chorych w Smukale koło Bydgoszczy. Zwolennik wziernikowania opłucnej i przepalania zrostów opłucnowych metodą Jacobaeusa, którą popularyzował wśród ftyzjatrów, autor oryginalnego atlasu endoskopowego, który nie został jednak nigdy wydany oddzielnie i znajduje się w Bibliotece Naukowej Instytutu Gruźlicy. W 1950 r. został głównym specjalistą województwa bydgoskiego w za-

Teodora Białynickiego-Birulę (1886–1956)²³⁴, Franciszka Groera (1887–1965)²³⁵ i innych.

Wszyscy wymienieni i niewymienieni ftyzjatrzy polscy przyczynili się do powstania i rozwoju wielu instytucji i placówek przeciwgruźliczych. Bez ich oddania i pracy nie byłoby możliwe stworzenie w okresie międzywojennym oraz bezpośrednio po wojnie sieci oddziałów szpitalnych, poradni i sanatoriów.

Ważną rolę w walce z gruźlicą należy przypisać periodykom; w 1909 r. z inicjatywy ftyzjatrów-społeczników Bolesława Dębińskiego i Seweryna Sterlinga założono czasopismo „Gruźlica”. Redagowane na wysokim poziomie, poświęcone było, jak podawano w nagłówku, „walce z gruźlicą jako chorobą społeczną”, danym epidemiologicznym i organizacyjnym, z terenu kraju, jak i z zagranicy. Początkowo wychodziło przez dwa lata (1909–1910), ponownie wznowione zostało jako dwumiesięcznik w 1926 r., będąc organem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Wówczas tematyka jego uległa znacznemu rozszerzeniu, dzięki czemu na łamach drukowano oryginalne prace z zakresu kliniki gruźlicy, mikrobiologii, epidemiologii i organizacji walki z tą chorobą. Zamieszczano także streszczenia z piśmiennictwa obcego i krajowego w zakresie gruźlicy²³⁶.

kresie ftyzjatrii, w 1951 r. utworzył w tym mieście oddział Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrzyckiego. Zob.: S. M e y s n e r, *O przepalaniu zrostów opłucnowych*, „Nowiny Lekarskie” 1934, nr 5, s. 133–136; i d e m, *Technika operacji Jacobaeusa*, „Chirurg Polski” 1937, nr 8, s. 434–443; M. R a d o m s k a, *Dr Stanisław Meysner – wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1953, nr 6, s. 496–498.

²³⁴ Lekarz-społecznik, jeden z założycieli przedwojennego Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych, od czerwca 1945 r. pełnomocnik Ministerstwa Zdrowia do zorganizowania lecznictwa ftyzjatrzyckiego w Zakopanem, gdzie został dyrektorem Sanatorium Nauczycielskiego, w którym uruchomił pierwszy sanatoryjny oddział torakochirurgiczny w Polsce, sprawny organizator, autor oryginalnej symboliki literowej i cyfrowej służącej klasyfikacji gruźlicy płuc, wprowadził nowe druki historii chorób i książeczek odmowych, za zasługi odznaczony Złotą Odznaką i tytułem Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrzyckiego. Zob.: L. F i s c h e r, *Dr Teodor Białynicki-Birula 1886–1956. Wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1957, nr 2, s. 93–96; R. T a l e w s k i, *O doktorze Teodorze Białynickim-Biruli*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1965, nr 10, s. 1024–1026.

²³⁵ Pediatria i ftyzjopediatra, praktykował w Klinice Pediatrycznej Klemensa Pirqueta w Wiedniu, od 1919 r. kierownik Katedry i Kliniki Pediatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie zorganizował pierwszą w Polsce poradnię przeciwgruźliczą dla dzieci. Po wojnie (1948 r.) twórca w 1948 r. Oddziału Pediatrycznego Instytutu Gruźlicy w Otwocku, który stał się przodującym ośrodkiem naukowym w zakresie gruźlicy dziecięcej. Od 1951 r. przez 10 lat pełnił funkcję dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Zob.: J. W ę c ł a w o w i c z, *Prof. dr med. Franciszek Groer (1887–1965)*, „Przegląd Lekarski” 1965, nr 6, s. 415–416.

²³⁶ W. J a r o s z e w i c z, *Historia czasopisma „Gruźlica”*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 35, s. 1337–1338.

Propagandę walki z gruźlicą podjęto także „żywym” słowem, wykorzystując wykłady, odczyty i pogadanki. Głównie dotyczyło to oświaty sanitarnej, gdyż uważano, że popularyzacja higieny jest najlepszą i najskuteczniejszą drogą prowadzącą do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Towarzyszyły temu pozytywistyczne hasła kultu dla wiedzy i postępu, „pracy u podstaw” i „pracy organicznej”.

Nie bez znaczenia był fakt podjęcia działań zwalczania gruźlicy w wojsku i szkole. Akcję zapobiegania wśród żołnierzy rozpoczęto po dokonaniu demobilizacji. Podkreślano potrzebę tworzenia przychodni przeciwgruźliczych, spisu chorych na gruźlicę w wojsku oraz rejestracji inwalidów, których kalectwo powstało w następstwie schorzenia²³⁷. W związku z wysoką liczbą dotkniętych gruźlicą w wojsku, już pod koniec 1920 r. zaczęto organizować wojskowe uzdrowiska dla żołnierzy cierpiących na tę chorobę. W roku 1921 wojsko posiadało sanatorium PCK w Zakopanem oraz zamierzało pozyskać sanatorium dr. Dłuskiego znajdujące się w tym mieście²³⁸.

W szkołach natomiast opiekę medyczną wprowadzono jeszcze przed odzyskaniem niepodległości. Dekretem Rady Regencyjnej z 3 stycznia 1918 r., powołano Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (MWRiOP)²³⁹, które w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Zdrowia wprowadziło książkę sanitarną szkoły, która miała dać obraz stanu sanitarnego lokali szkolnych, stanu zdrowia uczniów oraz wyników działalności lekarzy szkolnych²⁴⁰. Dnia 1 czerwca 1919 r. ukazał się okólnik nr 6753/19 S.I. w sprawie czuwania nauczycieli nad czystością dziatwy szkolnej²⁴¹. Kilka miesięcy później sprecyzowano i szerzej określono zadania nauczycieli w dziedzinie higieny

²³⁷ Na dzień 31 maja 1921 r. wykazano 3978 inwalidów gruźliczych wojskowych, znajdujących się pod opieką wojskowych władz sanitarnych. Zob.: A. H u s z c z a, *Gruźlica w wojsku polskim*, „Lekarz Wojskowy” 1924, nr 8, s. 684.

²³⁸ C. J e ś m i a n, *Charakterystyka epidemiologiczna i zwalczanie gruźlicy w Polsce i w wojsku polskim w latach 1919–1921*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70, s. 107.

²³⁹ Przejęło ono agendy Departamentu Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, byłej Tymczasowej Rady Stanu. Dekretem Naczelnika Państwa z 5 grudnia 1918 r. nastąpiło uszczuplenie kompetencji MWRiOP w wyniku powołania Ministerstwa Sztuki i Kultury, które na podstawie ustawy z 17 lutego 1922 r. powróciło ponownie w struktury MWRiOP. W 1938 r. struktura MWRiOP była następująca: departamenty: Ogólny, Szkolnictwa Ogólnokształcącego, Zawodowego, Nauki i Szkół Wyższych, Wyznań Religijnych, Biuro Personalne oraz wydziały: Prezydialny, Sztuki i Archiwów Państwowych. Zob.: *Archiwum Akt Nowych...*, s. 149–150.

²⁴⁰ J. M a j c h r z a k - M i k u ł a, *Początki opieki medycznej w szkołach na ziemiach polskich*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70, s. 82.

²⁴¹ Zob.: Dz.U. Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z 1919 r., nr 6, poz. 9.

szkolnej, podając wskazówki, na co należy zwracać uwagę²⁴². Zalecano, by nauczyciele zapewniali dzieciom odpoczynek i odprężenie w czasie przerw, dożywianie najbiedniejszym, a przede wszystkim, aby zwracali uwagę na stan ich zdrowia. W przypadku zauważenia objawów chorobowych, zwłaszcza gruźlicy, nauczyciele zobowiązani byli powiadomić władze ministerialne osobnym sprawozdaniem²⁴³. Dnia 10 grudnia 1920 r. uzupełniono te wytyczne o kilka dalszych, tym razem kierując je do dyrektorów szkół średnich²⁴⁴. W zakresie zwalczania gruźlicy zwracano uwagę, by w przypadku podejrzenia o tę chorobę jak najszybciej skierować ucznia na badania specjalistyczne, a w przypadku potwierdzenia jej czynnej postaci – wstrzymać uczęszczanie danej osoby do szkoły do czasu wyleczenia. W ramach działań profilaktycznych zobowiązano lekarzy szkolnych do wygłaszania specjalnych pogadanek dla rodziców i dzieci z zakresu odżywiania i odpoczynku, higieny, walki z chorobami zakaźnymi, gruźlicą, alkoholizmem, nikotynizmem, itp. Zwracano też uwagę na wprowadzenie ćwiczeń oddechowych śródlekcyjnych oraz gier i zabaw ruchowych po zajęciach szkolnych na świeżym powietrzu²⁴⁵.

Problemem utrudniającym walkę z chorobami zakaźnymi, a zwłaszcza z gruźlicą, w zakresie leczenia i opieki zdrowotnej był brak jednolitego prawa sanitarnego, obowiązującego na terenie całego kraju²⁴⁶. Jedną z pierwszych prób uregulowania stanu prawnego w tym zakresie było powołanie na początku stycznia 1915 r. Komitetu Sanitarnego Miasta Warszawy, jako instytucji pomocniczej Komitetu Obywatelskiego w sprawach związanych z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych²⁴⁷. Komitet Sanitarny skupiał organizacyjnie pomoc lekarską, leczenie

²⁴² Zob.: ibidem, nr 10/11, poz. 14.

²⁴³ J. M a j c h r z a k - M i k u ł a, *Początki opieki medycznej w szkołach...*, s. 84.

²⁴⁴ Zob.: Dz.U. Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z 1920 r. nr 23, poz. 156.

²⁴⁵ J. M a j c h r z a k - M i k u ł a, *Początki opieki medycznej w szkołach...*, s. 84–85.

²⁴⁶ Do chwili odzyskania niepodległości na ziemiach polskich obowiązywały różne prawa sanitarne i różne formy opieki zdrowotnej. W Prusach istniała ustawa z 1911 r., która wprowadzała przymus ubezpieczenia, i choć lecznictwo w tym zaborze było najlepiej zorganizowane, objętym nim była niewielka część społeczeństwa. W zaborze austriackim obowiązywała ustawa z 1886 r., uzupełniona w 1909 r. i znowelizowana w 1917 r., która wprowadzała obowiązek ubezpieczenia w razie choroby pracowników mających dochody nieprzekraczające 2400 koron rocznie. W zaborze rosyjskim lecznictwo znajdowało się w rękach prywatnych. Ubezpieczenia obowiązkowe obejmowały swym zasięgiem tylko część społeczeństwa, dlatego najuboższe warstwy społeczne były zdane na dobroczynność i świadczenia charytatywne. Zob.: E. W i ę c k o w s k a, *Formy opieki zdrowotnej na ziemiach polskich w końcu XIX wieku do lat 30. wieku XX*, „Wiadomości Lekarskie” 1984, nr 13, s. 1049–1055.

²⁴⁷ W zakres jego działalności wchodziło m.in.: prowadzenie oględzin miejsc publicznych, nadzorowanie utrzymania odpowiedniego stanu sanitarnego w posesjach i nieruchomościach prywatnych, prowadzenie statystyki zachorowań na choroby zakaźne, prowadzenie akcji uświadamiającej o groźbie chorób zakaźnych i profilaktyki w tym zakresie, szkolenie

szpitalne i nadzór sanitarny. Natomiast lekarzom sanitarnym powierzyl – obok oględzin sanitarnych i leczenia chorych zakaźnych – także zakres obowiązków lekarzy ubogich, zobowiązując ich do udzielania bezpłatnych porad lekarskich ubogim mieszkańcom w ich mieszkaniach, gdy chory nie mógł skorzystać z porady lekarskiej w ambulatorium. Formy pomocy i uprawnienia do korzystania z niej określał „Regulamin tymczasowy organizacji opieki lekarskiej dla ubogich obłożnie chorych w mieszkaniach”²⁴⁸.

Instytucjami wykonawczymi Komitetu Sanitarnego były komisje sanitarne. Początkowo powołano Komisję Sanitarno-Lekarską, dokonującą oględzin sanitarnych; Komisję Nowych Pomieszczeń Szpitalnych, która przejęła nadzór merytoryczny nad warszawskimi szpitalami (sprawowała go do chwili opuszczenia Warszawy przez Rosjan, tj. 5 sierpnia 1915 r., kiedy zlikwidowano Komitet Sanitarny); Komisję Opieki Sanitarnej nad Bezdomną Ludnością, zajmującą się organizowaniem mieszkań dla bezdomnych oraz Komisję Sanitarno-Popularyzacyjną, szerzącą oświatę zdrowotną (odczyty, pogadanki, publikacje, własny periodyk pt. „Wiadomości Sanitarne”), natomiast w lutym 1916 r. – Komisję Wykonawczą, której zadaniem było pozyskiwanie funduszy na działalność²⁴⁹.

Bardziej zdecydowane działania o przepisy regulujące zwalczanie gruźlicy rozpoczęły się w końcowym okresie pierwszej wojny światowej, gdy Polska, zdevastowana wojną i przemarszami obcych wojsk, pozbawiona lekarzy i instytucji przeciwgruźliczych nie mogła sobie poradzić z zastraszającą śmiertelnością z powodu gruźlicy²⁵⁰. Pod koniec sierpnia 1917 r., po 50-letniej przerwie, została re-

personelu lekarskiego na wypadek wybuchu epidemii, zapewnienie opieki lekarskiej chorym zakaźnie, powołanie instytucji wykonawczych, tj. obywatelskich opiek sanitarnych. Zob.: E. W i ę c k o w s k a, *Komitet Sanitarny miasta Warszawy (1915)*, „Wiadomości Lekarskie” 1989, z. 19/21, s. 1092–1095.

²⁴⁸ Głównym zadaniem przy udzielaniu tego typu porad było zwracanie uwagi na chorych zakaźnych i w przypadku zaistnienia choroby zakaźnej, ograniczenie możliwości jej rozszerzenia oraz kierowanie dalszym leczeniem chorego. Por.: „Wiadomości Sanitarne” 1915, nr 1, s. 13.

²⁴⁹ E. W i ę c k o w s k a, *Komitet Sanitarny...*, s. 1092–1093.

²⁵⁰ Dnia 16 maja 1917 r. Łódzkie Towarzystwo Lekarskie wystąpiło do Tymczasowej Rady Stanu o wprowadzenie do prawodawstwa sanitarnego przepisów o zwalczaniu gruźlicy. W odpowiedzi władze niemieckie w 1917 r. wydały pierwsze przepisy sanitarne przeciwgruźlicze, nakazujące jedynie zgłaszanie zgonów z powodu gruźlicy oraz przypadków zachorowań na gruźlicę otwartą. Ponadto 17 lutego 1917 r. Tymczasowa Rada Stanu utworzyła referat sanitarny w ramach Departamentu Spraw Wewnętrznych, którego pierwszym zadaniem było przeszkolenie kandydatów na lekarzy powiatowych. Pierwsi lekarze powiatowi przybyli w 1917 r. do północnego Królestwa Kongresowego (okupacja niemiecka), w 1918 r. do powiatów południowych (okupacja austriacka), w 1920 r. na pozostałe tereny Polski, już jako organ Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Zob.: H. B u n s c h - K o n o p k a, *Stanowisko lekarza powiatowego w rozwoju historycznym*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1971, nr 22, s. 842–844.

aktywowana Rada Lekarska Królestwa Polskiego, która zajęła się opracowaniem instrukcji służbowej dla lekarzy powiatowych. Zgodnie z tą instrukcją do zadań państwowego lekarza powiatowego należały m.in. sprawy higieny społecznej i przeciwdziałania chorobom społecznym, jak gruźlica, choroby weneryczne, jaglica, a także walka z ostrymi chorobami zakaźnymi oraz z chorobami zawodowymi, opieka nad matką z dzieckiem, zapobieganie chorobom psychicznym itp. Istotną sprawą był też nadzór nad czystością gleby, powietrza, wody, mieszkań, hoteli, kąpielisk, sprawowanie kontroli nad szpitalami, domami zdrowia, ambulatoriami²⁵¹.

Ruch społeczno-lekarski dostrzegał potrzebę opracowania nowych form i zasad realizowania opieki lekarsko-zdrowotnej wobec całego społeczeństwa, gdyż powołane dekretem Rady Regencyjnej z dnia 4 kwietnia 1918 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy nie spełniało swego zadania jako centralny organ zarządzający służbą zdrowia²⁵². Rozpoczęła się więc dyskusja w środowisku lekarskim dotycząca problematyki ochrony zdrowia, choć rząd i sejm interesowały się tą kwestią, ale w stopniu nikłym. W roku 1931 z inicjatywy ministra opieki społecznej powołano komisję do opracowania projektów utworzenia w Polsce publicznej służby zdrowia. Komisja sporządziła cztery projekty, które różniły się między sobą rozwiązaniami. Żaden z nich nie został jednak w okresie międzywojennym zrealizowany. Również ustawa o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r. nie spełniła swej roli w zakresie ostatecznego rozwiązania problemu organizacji publicznej służby zdrowia²⁵³.

²⁵¹ Rola lekarza powiatowego zależała od charakteru tego stanowiska, gdyż występował on zarówno jako państwowy urzędnik administracji, lekarz zaufania rządu, a także jako higienista. Zob.: W. C h o d ź k o, *Polski lekarz powiatowy*, „Zdrowie Publiczne” 1935, nr 50, s. 820; H. B u n s c h - K o n o p k a, *Stanowisko lekarza powiatowego...*, s. 843.

²⁵² Ministerstwo to zostało rozwiązane dekretem Rady Regencyjnej z 30 października 1918 r., a w jego miejsce zostały powołane dwa odrębne ministerstwa: Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Pracy. Dnia 17 listopada 1918 r., z pominięciem drogi ustawodawczej, utworzone zostały dwa ministerstwa: Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Ustawą z dnia 28 listopada 1923 r. Ministerstwo Zdrowia zostało zlikwidowane, a rozporządzeniem Prezydenta RP z 18 stycznia 1924 r. przekazano jego kompetencje Ministerstwom Spraw Wewnętrznych oraz Pracy i Opieki Społecznej. Zob.: „Dziennik Praw Królestwa Polskiego” z 1918 r. nr 5, poz. 8; Dz.U. z 1923 r. nr 131, poz. 1060; *Archiwum Akt Nowych...*, s. 43–44.

²⁵³ Jedne starały się rozwiązać całokształt służby zdrowia, inne zajmowały się tylko leczeniem i profilaktyką. Stąd np. w jednych przewidywano, że fundamentalną jednostką organizacyjną byłaby organizacja powiatowa, na czele której stałby naczelny lekarz powiatu, w innych natomiast zakładano, że szpital powiatowy zespolony z otwartą opieką zdrowotną byłby jednostką centralną. Zob.: H. B u n s c h - K o n o p k a, *Niektóre koncepcje organizacji zintegrowanej opieki zdrowotnej w Polsce w okresie międzywojennym*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1971, nr 23, s. 877–879.

Podobne problemy legislacyjne występowały w sprawach dotyczących walki z gruźlicą. Już w listopadzie 1918 r. Stefan Rudzki (1875–1941)²⁵⁴, kierownik Referatu do Walki z Gruźlicą, na zlecenie ministra zdrowia Witolda Chodźki (1875–1954)²⁵⁵, opracował pierwszy polski projekt ustawy przeciwgruźliczej, zwany „projektem Rudzkiego”²⁵⁶. Projekt ten po wielu poprawkach został zatwierdzony przez Radę Ministrów 9 sierpnia 1918 r. jako „Ustawa o zwalczaniu gruźlicy w Królestwie Polskim”, którą miał zatwierdzić sejm po odzyskaniu niepodległości²⁵⁷. Projekt został przedłożony Radzie Lekarskiej, która powołała komisję pod przewodnictwem prof. A. Sokołowskiego, mającą zaopiniować powstały dokument. Po wielu posiedzeniach i konsultacjach z kilkoma organizacjami przeciwgruźliczymi 3 kwietnia 1919 r. uchwalono ostateczne brzmienie ustawy. Jednak projekt ten nigdy nie

²⁵⁴ Lekarz wojskowy, aktywny ftyzjatra okresu międzywojennego, znawca ustawodawstwa przeciwgruźliczego, współzałożyciel Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, autor wielu publikacji dotyczących gruźlicy. Zob.: S. R u d z k i, *O klasyfikacji gruźlicy z punktu widzenia społecznego*, Warszawa 1926; i d e m, *Leczenie gruźlicy swoiste, farmaceutyczne i objawowe*, Warszawa 1927; i d e m, *Zdrowiskowe i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy*, Warszawa 1930.

²⁵⁵ Lekarz-społecznik, psychiatra, profesor, pierwszy minister zdrowia w niepodległej Polsce w rządzie Jana Kantego Steczkowskiego. Funkcję tę pełnił w dziesięciu gabinetach, dając się poznać jako dobry organizator i oddany społecznik, dążący do stworzenia i uporządkowania polskiego prawodawstwa sanitarnego. „Był to pierwszy Minister Polski, do którego dwa razy w tygodniu, bez meldowania u sekretarzy, mógł się dostać każdy obywatel państwa, czy to był bezrobotny, czy żebrak, czy dziecko”. Pomysłodawca założenia w 1905 r. w Lublinie Towarzystwa „Kropla Mleka”, którego celem była opieka nad matką i dzieckiem, zwłaszcza jeśli chodzi o dożywianie niemowląt. W latach 1907–1914 dyrektor szpitala dla psychicznie chorych w Kochanówce pod Łodzią. Po wojnie kierownik Katedry Higieny Ogólnej i Społecznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Autor wiele prac naukowych poświęconych m.in. zagadnieniom gruźlicy, zwłaszcza w środowisku wiejskim. Zob.: J. B r z o z o w s k i, *Witold Chodźko – jako nauczyciel higieny*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1956, s. 376; Z. M a ć k o w i a k, *Uwagi o życiu i działalności Witolda Chodźki*, „Przegląd Lekarski” 1980, nr 4, s. 437–440, nr 5, s. 485–487.

²⁵⁶ Projekt oparty był na studiach 67 ustaw przeciwgruźliczych innych państw. Był on na owe czasy bardzo postępowy, zawierał 14 artykułów regulujących m.in. obowiązek zgłaszania przypadków gruźlicy przez lekarzy, zakaz pracy z dziećmi i młodzieżą dla chorych na suchoty, określał daleko idącą opiekę państwa nad chorym na gruźlicę i jego środowiskiem przez zobowiązanie samorządów terytorialnych do organizowania wyodrębnionych poradni i osobnych pomieszczeń w szpitalach dla tych chorych. Por.: „Biuletyn Dyrektora Służby Zdrowia Publicznej Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy” 1918, nr 3, s. 5–7.

²⁵⁷ Dokument zakładał szeroki dostęp do leczenia chorych, zapewniał byt osobom, które utraciły zdrowie w następstwie choroby, szczególną opieką objęta została młodzież. Podkreślał „niezbędność i niezwłoczność wprowadzenia w życie ustawy”. Zob.: Ustawa o zwalczaniu gruźlicy. Projekty, uwagi, opinie, różne wersje ustawy, Archiwum Akt Nowych (dalej: AAN), Ministerstwo Opieki Społecznej 1918–1939, t. 1419, s. 9–10.

wszedł w życie, bowiem zagrożenie epidemiczne ze strony innych chorób zakaźnych wymagało skupienia uwagi na ich zwalczaniu²⁵⁸. Dodatkową przeszkodą były walki zbrojne na południu i wschodzie kraju, następnie kryzys finansowy i ekonomiczny, a także brak wiary w możliwość realizacji tego aktu prawnego²⁵⁹.

Mimo że dokument S. Rudzkiego nie został przyjęty, wprowadzono jednak przepisy, które miały wesprzeć i ułatwić walkę z gruźlicą, przy czym niektóre z nich dotyczyły działania bezpośredniego, inne miały charakter pośredni²⁶⁰. W roku 1919 Rada Lekarska poleciła przy każdej gminie powyżej 10 tys. mieszkańców powołać sekcję zdrowia publicznego i opieki społecznej, z podkomisją przeciwgruźliczą. W roku 1922 ukazało się rozporządzenie Rady Ministrów o utworzeniu Polskiego Komitetu do Zwalczania Gruźlicy. W roku 1936 Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego wprowadziło obowiązkowe badania kandydatów do państwowych szkół akademickich, na wzór systemu opracowanego na początku lat trzydziestych we Lwowie²⁶¹.

Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, obejmujący także rodziny ubezpieczonych wydał Naczelnik Państwa 11 stycznia 1919 r.²⁶². Jednak z powodu braku środków nie został on zrealizowany. W następnym roku 19 maja sejm, w oparciu o ten sam dekret, uchwalił ustawę²⁶³ o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, która obowiązywała na obszarze całego kraju, z wyjątkiem pozostającego poza granicami Górnego Śląska, o który trwały zabiegi w ramach szeroko zakrojonej kampanii plebiscytowej. Ustawa ta obowiązywała w niezmienionej formie do 1933 r., a jej istotą było objęcie przymusem ubezpieczenia ludzi pracy, w tym robotników rolnych i leśnych. Przepisy te przewidywały

²⁵⁸ C. J e ś m i a n, *Charakterystyka epidemiologiczna i zwalczanie gruźlicy...*, s. 107.

²⁵⁹ Obliczenie kosztów wykonania projektu Rudzkiego wskazywało, że straty ekonomiczne kraju, powodowane gruźlicą przewyższały te koszty osiemdziesiątkrotnie. Toteż zaważyła kwestia finansowa, gdyż modyfikatorzy tego projektu uznali m.in. niedostateczne przygotowanie kraju do wprowadzenia w życie ustawy. Zob.: S. R u d z k i, *Ustawodawcza walka z gruźlicą*, Warszawa 1933.

²⁶⁰ W 1919 r. wydano „Zasadniczą ustawę sanitarną” i „Ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych”. W tej drugiej zawarto całokształt opieki społecznej w tym zakresie. Jednak o gruźlicy wspominał jedynie art. 2 i 3 ustawy, nakładając obowiązek zgłaszania gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, zmianę mieszkania przez takich chorych oraz zgłaszanie zgonów z jej powodu. Wspomniano też, że zagadnienie gruźlicy zostanie uregulowane osobną ustawą przeciwgruźliczą. Zob.: J. S t o p c z y k, M. J u c h n i e w i c z, *Historia ustawy o zwalczaniu gruźlicy w Polsce*, „Gruźlica” 1960, nr 11, s. 849–850.

²⁶¹ Zob.: *Pamiętnik VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Wilno 1936.

²⁶² Por.: Dziennik Praw Państwa Polskiego z 1919 r. nr 9, poz. 122.

²⁶³ Por.: Dz.U. RP z 1920 r., nr 44, poz. 272.

m.in. pomoc lekarską choremu i rodzinie, zasiłek pieniężny w czasie choroby, bezpłatne leki, środki opatrunkowe²⁶⁴.

Od 1924 r. zaczęły powstawać ośrodki zdrowia, które obok walki z chorobami społecznymi, zajmowały się dodatkowo leczeniem chorób zakaźnych, m.in. gruźlicy. Powyższe zmiany pomimo braku ustawy przeciwgruźliczej przyczyniły się do wzrostu świadomości ludności w zakresie higieny i nawyku korzystania z pomocy lekarskiej przed wystąpieniem zaawansowanych objawów choroby, co wydatnie zmniejszyło stopień rozprzestrzeniania się gruźlicy. Dopiero jednak w 1936 r. na mocy instrukcji Ministerstwa Opieki Społecznej uregulowano prawnie sprawy ośrodków zdrowia²⁶⁵.

W roku 1927 powstał drugi projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy tzw. rządowy²⁶⁶, o którym mówiono, że przewiduje on „walkę z chorym, a nie walkę z gruźlicą”. Nie był on zatem realny, mimo że co roku próbowano nanosić poprawki i uzgadniać jego treść z różnymi resortami²⁶⁷. Dopiero w 1937 r., z małymi zmianami, został wniesiony pod obrady sejmu, nie zdobył jednak akceptacji świata lekarskiego²⁶⁸, który opowiadał się za trzecim projektem²⁶⁹, opracowanym przez Miłosza Grodeckiego (1890–1975)²⁷⁰,

²⁶⁴ S. B a l c e r s k i, *Nowa reforma ubezpieczeń społecznych*, „Przegląd Ubezpieczeniowy” 1934, nr 11, s. 8–9.

²⁶⁵ Instrukcja Ministra Opieki Społecznej o organizacji i działalności ośrodków zdrowia, Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej nr 38/36 z 15 sierpnia 1936 r.; zob. też: M. K a c p r z a k, *Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia*, Warszawa 1928.

²⁶⁶ Projekt przewidywał akty wykonawcze w postaci zarządzeń o zgłaszaniu zgonów i nowo wykrytych przypadkach gruźlicy oraz dotyczących profilaktyki. Wykonawcami tych zarządzeń mieli być lekarze, jednak rola przychodni została zmarginalizowana. Kosztami realizacji ustawy projekt obciążał samorząd terytorialny, a o pomocy ze strony państwa projektodawcy nic nie wspominali. Zob.: J. S t o p c z y k, M. J u c h n i e w i c z, *Historia ustawy...*, s. 851.

²⁶⁷ „Ustawy tej domaga się życie, bo postanowienia, rozporządzenia i okólniki ministerialne dyktowała potrzeba chwili. Walki z gruźlicą nie można uregulować bez podstaw ustawowych. Przemawiają za koniecznością wydania ustawy przeciwgruźliczej doświadczenia tych państw, które taką ustawę już posiadają [...]. Reforma, przeprowadzona w niektórych tylko okręgach państwa, będzie naprawą połowiczą i nowym eksperymentem” – pisał Kazimierz Bross (1894–1939), poznański lekarz społecznik, wydawca czasopism, zaangażowany w prace dotyczące przyjęcia ustawy przeciwgruźliczej. Zob.: K. B r o s s, *Społeczna walka z gruźlicą w Polsce w ubiegłym 15-leciu*, „Medycyna Praktyczna” 1933, z. 11, s. 360–367.

²⁶⁸ Jego podstawowym błędem, tak jak projektu z 1918 r., był brak podstaw finansowania ustawy, gdyż rola władzy państwowej poza nikłą pomocą finansową ograniczała się do biurokratycznego nadzoru wykonania ustawy przez samorządy. Zob.: J. S t o p c z y k, M. J u c h n i e w i c z, *Historia ustawy...*, s. 851.

²⁶⁹ Por.: Sejm RP, Kadencja IV, 1935–1938, druk nr 550 z 1937 r.

²⁷⁰ Absolwent medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego, lekarz uzdrowiskowy w Druskiennikach i Szczawnicy, a następnie Kasy Chorych w Warszawie, autor projektu ustawy przeciwgruźliczej, w czasie wojny w niepodległościowej konspiracji, po wojnie współorganiza-

popularnie nazywanym „projektem Miłosza”²⁷¹. Wiosną 1938 r. sejm został jednak wniesiony „projekt rządowy”, czemu towarzyszyła ostra krytyka i protesty ze strony lekarzy oraz instytucji zajmujących się walką z gruźlicą, które domagały się odroczenia obrad nad projektem i dokonania w nim zmian, zwłaszcza w zakresie finansowania jego realizacji²⁷². W takiej atmosferze, przy braku uzgodnień resortowych, „projekt rządowy” 31 marca 1938 r. został odrzucony przez sejm i przesłany do ponownego opracowania. W dniu 22 listopada 1938 r. Rada Ministrów ponownie przesłała projekt ustawy do sejm, a polski świat lekarski nadal protestował przeciwko zawartym w nim zapisom. Wyrazem tego była m.in. wizyta W. Orłowskiego, S. Rudzkiego i M. Grodeckiego u marszałka sejm (16 stycznia 1939 r.) w efekcie obrady sejmowe odroczone, a dalsze prace nad wspomnianym projektem ustawy przerwał wybuch wojny²⁷³.

Jak można z tego wywnioskować, rządowe projekty ustawy z okresu międzywojennego nie zaspokajały oczekiwań świata lekarskiego, działaczy społecznych i społeczeństwa, gdyż pozbawione były podstaw finansowania i głównie z tego powodu nie miały w praktyce szans realizacji, choć wydaje się, że istniały także inne powody opieszałości władz państwowych w przyjęciu tego aktu²⁷⁴.

W roku 1924 po raz pierwszy sprowadzono do Polski szczep BCG. Gdy jednak szczep obumarł, w listopadzie 1925 r. sprowadzono nowy szczep. Stało się to dzięki Januszowi Zeylandowi, który rok wcześniej po raz pierwszy zetknął się ze szczepieniami BCG, prowadząc badania w pracowni prof. A.B. Marfana w Paryżu²⁷⁵. W tym

tor Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Zob.: *Lista imienna Pierwszej Kompanii Kadrowej (stan 6 VIII 1914 r.)* [<http://www.komendant.cal.pl>] (20.08.2008).

²⁷¹ Projekt uwzględniał podstawowe elementy akcji profilaktycznej, opieki nad środowiskiem, m.in. stawiał poradnię na czele akcji przeciwgruźliczej, regulował obowiązki jej pracy profilaktycznej w terenie, przewidywał przymusowe leczenie zakładowe chorych na gruźlicę niebezpiecznych dla otoczenia oraz odpłatność za leczenie ze Skarbu Państwa, Ubezpieczalni Społecznej, instytucji prywatnych, samorządu terytorialnego. Ponadto określał budżet i jednoczył w walce z gruźlicą wszystkie instytucje i organizacje, które dotąd działały osobno. Zob.: J. S t o p c z y k, M. J u c h n i e w i c z, *Historia ustawy...*, s. 851–852.

²⁷² W opinii przedwojennych działaczy uczestniczących w społecznej walce z gruźlicą, jedynie Skarb Państwa mógł zapewnić finansowanie jego realizacji, głównie w zakresie wyposażenia oddziałów i przychodni przeciwgruźliczych w niezbędne urządzenia do walki z tą chorobą. Zob.: *ibidem*, s. 852.

²⁷³ O. B u r a c z e w s k i, *W sprawie ustawy przeciwgruźliczej*, „Gruźlica” 1957, nr 12, s. 1003–1005; J. S t o p c z y k, M. J u c h n i e w i c z, *Historia ustawy...*, s. 852.

²⁷⁴ Rezerwa przedstawicieli rządu w stosunku do projektów ustawy wynikała głównie z trudnej sytuacji finansowej państwa. Brakowało bowiem koncepcji co do jednolitego kierownictwa, a także ustalonych metod działalności profilaktycznej i leczniczej. Zob.: J. S t o p c z y k, M. J u c h n i e w i c z, *Historia ustawy...*, s. 853.

²⁷⁵ Wysokie międzynarodowe uznanie dla J. i E. Zeylandów znalazło swoje odbicie w przyznaniu im przez Akademię Lekarską w Paryżu (10 grudnia 1930 r.) Nagrody im. Pannetie-

samym roku powstał też Polski Komitet Szczepień Ochronnych Metodą Calmette'a²⁷⁶. Wówczas również Państwowy Zakład Higieny rozpoczął produkcję szczepionki, a nadzór nad szczepieniami objął Polski Związek Przeciwgruźliczy, stąd pierwsze szczepienia zorganizowano w Warszawie w 1926 r. Objęto nimi wówczas 48 dzieci.

Największą akcją szczepień zapoczątkował 3 lutego 1928 r. w Poznaniu J. Zeyland. Objęła ona znacznie więcej noworodków niż w Warszawie. Jak sam często powtarzał, szczepienia ochronne nie miały zastępować, lecz uzupełniać współczesny arsenał przeciwgruźliczy²⁷⁷. Opierając się na tych pomyślnych doświadczeniach, 17 marca 1928 r. Polski Komitet Szczepień Ochronnych Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego podjął uchwałę o wprowadzeniu szczepień BCG w całym kraju, dzięki czemu w latach 1928–1929 szczepienia przybrały charakter masowy²⁷⁸. Jednak w dalszym ciągu nie były one uregulowane aktami prawnymi i dopiero w 1934 r. ukazał się pierwszy, oficjalny okólnik zalecający upowszechnienie szczepień BCG. Uważa się, że od 1926 do 1939 r. zaszczepiono łącznie 70 tys. noworodków²⁷⁹.

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości przystąpiono do zorganizowania szpitali, a przede wszystkim oddziałów zakaźnych. Naczelnym Nadzwyczajnym Komisarz do Walki z Epidemiami zorganizował 113 szpitali zakaźnych z 6550 łóżkami, których liczba do 1923 r. wzrosła do 11 tys., po czym zaczęła jednak spadać, gdyż szpitale zamykano, bądź przekazywano samorządom terytorialnym, które przekształcały je w szpitale ogólne²⁸⁰.

ra za prace nad szczepionką BCG. Zob.: R. M e i s s n e r, *Zarys dziejów ftyzjatrii...*, s. 18.

²⁷⁶ W latach międzywojennych trwał spór pomiędzy Calmettem, który twierdził, że prątki BCG nie są zdolne do wywoływania martwicy a licznymi badaczami (S.W. Korschun, H. Chiari, E. Mobel, A. Sole, R. Krause), którzy twierdzili, że powstawanie martwicy po podskórnym podaniu BCG świadczy o zjadliwości szczepu, a wręcz o możliwości wywołania gruźlicy postępującej. Zob.: ibidem, s. 17.

²⁷⁷ Od 3 lutego do 13 marca 1928 r. zaszczepiono 165 dzieci, a więc w 6 tygodni zaszczepiono większą liczbę dzieci niż w Warszawie przez cały 1947 r. Zob.: J. Z e y l a n d, *Gruźlica płuc u dzieci*, Warszawa–Poznań 1937; J. Z e y l a n d, E. P i a s e c k a - Z e y l a n d, *Odporność przeciwgruźlicza wywołana przez BCG*, „Nowiny Lekarskie” 1939, nr 11, s. 321–325.

²⁷⁸ W latach 1926–1931 w Warszawie zaszczepiono 6958 noworodków, w Poznaniu od lutego 1928 do grudnia 1939 r. – 13 323 dzieci. Trzecim ośrodkiem było Wilno, gdzie akcja szczepień nabrała rozmachu w 1929 r. Zob.: J. Z e y l a n d, *Szczepienia przeciwgruźlicze ze szczególnym uwzględnieniem sposobu Calmette'a*, Warszawa 1931; R. M e i s s n e r, *Dzieje ftyzjatrii...*, s. 27.

²⁷⁹ Por.: *Dane statystyczne Departamentu Statystyki Medycznej Ministerstwa Zdrowia obejmujące lata 1947–1950*, Warszawa 1950.

²⁸⁰ Między 1913 a 1939 r. liczba szpitali w Polsce wzrosła z 304 do 677, a łóżek szpitalnych z 44 do 75 tys., jednak wskaźnik ten był bardzo niski i wynosił 2,17 na 1 tys. mieszkańców. W województwie śląskim wskaźnik łóżek wynosił 5,8 na 1 tys. mieszkańców. Według stanu na 1935 r. sektor samorządowy posiadał 42% łóżek szpitalnych, państwowy – 10,7%, ubez-

Na początku lat trzydziestych XX w. dysponowano w Polsce 3461 łózkami szpitalnymi dla chorych na gruźlicę, z czego 136 znajdowało się w trzech szpitalach przeciwgruźliczych. W 34 szpitalach zorganizowano specjalne oddziały dla chorych na gruźlicę, posiadały one łącznie 1721 łóżek, pozostałe znajdowały się na oddziałach zakaźnych w 168 szpitalach publicznych²⁸¹. W roku 1937 szpitalnych łóżek przeciwgruźliczych było 3588 w 220 szpitalach oraz 161 w dwóch szpitalach-sanatoriach. Zatem ogółem w szpitalach, szpitalach-sanatoriach i prewentoriach było w Polsce 11 099 łóżek, co w przeliczeniu na 10 tys. ludności dawało 3,24 łóżka²⁸². Było to jednak wciąż mało, gdyż szacowano, że potrzebowaliśmy w tym okresie ok. 35 tys. łóżek dla chorych na gruźlicę²⁸³. Oprócz małej liczby łóżek brakowało także specjalistów zajmujących się leczeniem gruźlicy. Często ftyzjatrą nazywano lekarza, który zaraz po uzyskaniu dyplomu lekarskiego rozpoczynał pracę w sanatorium, gdzie „poznawał tylko jedną chorobę, umiejscowioną w jednym narzędziu”²⁸⁴.

W pierwszych kilkunastu latach okresu międzywojennego pomocy leczniczej ubezpieczonym udzielały Kasy Chorych, spółki brackie i inne podmioty. W roku 1935 większość spraw związanych z lecznictwem przejął Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w ramach którego działała Ubezpieczalnia Społeczna. Jednak jej zakłady (ambulatoria) udzielały świadczeń leczniczych ubezpieczonym z całkowitym pominięciem zagadnień profilaktyki. Dopiero w ostatnich latach przed wybuchem wojny Ubezpieczalnia Społeczna zaangażowała się w akcje zapobiegawcze, mające na celu zwalczanie chorób społecznych, w tym przede wszystkim gruźlicy, które dotąd prowadził głównie Polski Związek Przewodzący²⁸⁵.

W warunkach ambulatoryjnych gruźlicę leczono w poradniach przeciwgruźliczych. W 1931 r. spośród 351 poradni (jedna poradnia na 91 tys. ludności), 100 było własnością towarzystw przeciwgruźliczych, 17 – Ubezpieczalni Społecznej, 21 – instytucji dobroczynnych, pozostałe należały do samorządu²⁸⁶. W funkcjonowaniu tych instytucji jednak istniały poważne trudności, stąd ich sprawność była bardzo różna. Głównie brakowało sprzętu i odczynników do badań, słaby był też poziom diagnostyczny osób zajmujących się odczytywaniem i interpreta-

pieczalniany – 31,3%, a prywatno-kongregacyjny – 16%. Por.: J. I n d u l s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny...*, s. 334.

²⁸¹ B. K o Ź u s z n i k, B. K l e c z k o w s k i, *Organizacja ochrony zdrowia*, Warszawa 1964, s. 18.

²⁸² W 1931 r. w Polsce żyło 32 mln ludzi. Por.: „Rocznik Statystyczny” 1931.

²⁸³ W. O r ł o w s k i, *Nauka o chorobach wewnętrznych*, t. 3: *Gruźlica płuc. Choroby śródpiersia*, Warszawa 1948, s. 158–293.

²⁸⁴ R. M e i s s n e r, *Dzieje ftyzjatrii...*, s. 32.

²⁸⁵ J. I n d u l s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny...*, s. 281–282.

²⁸⁶ Z. M o s k a, *Walka z gruźlicą na wsi w Polsce międzywojennej*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 6, s. 417.

cją zmian płucnych stwierdzanych w obrazie radiologicznym²⁸⁷. Nie było również czynnego poradnictwa (pacjenci sami zgłaszali się do poradni, nie istniał system skierowań, wezwań), brakowało lecznic społecznych, gdzie mogliby być kierowani do leczenia chorzy ubodzy, brak było uregulowań pomiędzy poradniami a Ubezpieczalnią Społeczną, która tylko wtedy zgadzała się przekazać do poradni swoich ubezpieczonych, gdy byli oni także leczeni. Poważną trudnością był brak miejsc do izolowania chorych prątkujących w zakładach przeciwgruźliczych, głównie z powodu niedostatku środków finansowych²⁸⁸. Wszystko to wpływało na obniżenie autorytetu poradni i zmniejszenie liczby korzystających z tego typu leczenia²⁸⁹, co w efekcie przejawiało się wysokim wskaźnikiem umieralności z powodu gruźlicy w latach międzywojennych²⁹⁰.

Osobnego omówienia wymaga sprawa szerzenia się gruźlicy i podejmowanych działań w walce z tą chorobą w środowisku wiejskim. Zaznaczyć należy, że były one poważnie ograniczone z powodu braków kadrowych, gdyż pod koniec lat trzydziestych liczba lekarzy w Polsce na 100 tys. ludności wynosiła 31, w miastach 125,4, a na wsi 4,6. Na problem ten, co prawda, zwracano uwagę już w chwili odzyskania niepodległości, jednak nie podejmowano zdecydowanych działań w celu jego opanowania, choć gruźlica na wsi – zdaniem niektórych polskich badaczy – występowała częściej niż w mieście. Uważano bowiem, że fala umieralności na wsi

²⁸⁷ Mała liczba poradni właściwie wyposażonych znajdowała się wyłącznie w dużych i kilku średnich miastach, stąd tak naprawdę mniejsze miasta i tysiące wsi były zupełnie pozbawione opieki przeciwgruźliczej. Sytuacja ta nie poprawiła się do wybuchu wojny, gdyż w 1939 r. na ok. 500 poradni przeciwgruźliczych nawet 100 nie posiadało odpowiedniego sprzętu rentgenowskiego i wykwalifikowanej kadry. Por.: *ibidem*.

²⁸⁸ Por.: M. Skokowska-Rudolf, S. Sielicki, *Sprawozdanie statystyczne z działalności poradni przeciwgruźliczych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 1928 roku*, Warszawa 1930; S. Sielicki, *Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w 1929 roku*, Warszawa 1931; i d e m, *Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w latach 1930 i 1931*, Warszawa 1932.

²⁸⁹ Pod koniec lat trzydziestych XX w. podjęto próby zmodernizowania poradni przeciwgruźliczych według projektu J. Zeylanda, który został wykorzystany w walce z gruźlicą po drugiej wojnie światowej. Propozycja poznańskiego ftyzjatri na pierwszym miejscu w arsenale środków przeciwgruźliczych stawiała poradnię. Miała ona za zadanie: wykrywanie chorych w jak najwcześniejszym stadium choroby, rejestrację ognisk gruźliczych, obserwację lekarską, kwalifikowanie chorych do leczenia odmą, leczenie chorych przewlekłych, kierowanie chorych do szpitali i sanatoriów, a dzieci na kolonie, półkolonie, do prewentiów, szerzenie oświaty sanitarnej, stałą opiekę nad rodziną chorego, zapewnienie chorym pomocy materialnej, współdziałanie w akcji szczepień BCG, prowadzenie rehabilitacji pulmonologicznej i zawodowej. Zob.: R. Meisner, *Dzieje ftyzjatrii...*, s. 51.

²⁹⁰ W latach 1921–1926 najniższy wskaźnik umieralności na gruźlicę był w Poznaniu (230 na 100 tys. mieszkańców), a najwyższy we Lwowie (287), natomiast w 1936 r. najniższy był w Krakowie (144), a najwyższy w Poznaniu (205,4), przy czym uśredniony wskaźnik dla całego kraju wynosił wówczas 200. Por.: *ibidem*, s. 28.

z powodu gruźlicy przesuwano się z przemysłowego zachodu na rolniczy wschód, i z tego powodu Polsce, której ówczesna ludność była w 70% wiejska, groziło znaczne niebezpieczeństwo²⁹¹.

Pierwsze badania nad zagrożeniem gruźlicą na wsi podjęto w 1937 r. Dotyczyły one następujących powiatów: warszawskiego, skierniewickiego, wileńsko-trockiego, lwowskiego, krakowskiego i krotoszyńskiego. Kierowali nimi lekarze specjaliści w przychodniach przeciwgruźliczych i objęły one badania fizykalne i rentgenowskie oraz odczyn tuberkulinowy. Wykazały zaś, że częstość choroby na wsi występuje u 3–11% ogółu ludności. Dla porównania w najbardziej dotkniętym gruźlicą Komisariacie XIX (Koło) miasta Warszawy w 1932 r. odsetek chorych na gruźlicę wynosił ok. 3,5%. Przyczyn takiego stanu rzeczy było wiele, m.in. migracja młodzieży wiejskiej do pracy i szkół w miastach, brak lekarzy, mała liczba ośrodków zdrowia, kosztowne leczenie szpitalne, niedostępne leczenie sanatoryjne²⁹². Co prawda, dla chorych zakaźnych szpitale obniżały takse często poniżej kosztów, jednak nie dotyczyło to wszystkich, a z drugiej strony, nawet te małe opłaty były za wysokie dla chorego, zwłaszcza na gruźlicę²⁹³. „Leczenie sanatoryjne w jego obecnej koncepcji nie ma zastosowania do klasy proletariackiej, smutna ta prawda była tym bardziej niezaprzeczona w stosunku do ludności wiejskiej” – pisano owego czasu²⁹⁴. Dodatkową przyczyną był utrwalony przesąd wysyłania chorych na gruźlicę na wieś, na „leczenie świeżym powietrzem”, czy chory nauczyciel, jadący do szkoły wiejskiej, by ratować własne zdrowie, co powodowało, że „miasta zagruźliczały wieś, nieposiadającą urządzeń przeciwgruźliczych ani zorganizowanej opieki nad gruźlikami”²⁹⁵.

W roku 1939 podczas VII Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego opracowano „Plan walki z gruźlicą w środowisku wiejskim”²⁹⁶, w którym przewidywano m.in. powołanie powiatowych ośrodków zdrowia, posiadających ruchomą kolumnę sanitarną z aparatem rentgenowskim, izolowanie chorych z zastosowaniem namiotów izolacyjnych, rejestrację i ewidencję rodzin, wykonywanie odczynu tuberkulinowego i szczepień BCG, pokrycie kosztów leczenia przez samorząd,

²⁹¹ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju...*, s. 73–77.

²⁹² W 1935 r. w całej Polsce było 12 427 lekarzy, w gminach wiejskich na jednego lekarza przypadało 9624 mieszkańców. Plasowało to Polskę w gronie najuboższych państw pod względem liczby lekarzy w Europie. W 1936 r. w Polsce było 196 ośrodków zdrowia w małych miastach i na wsi. Szpitale znajdowały się przeważnie w większych lub mniejszych miastach, dlatego pod względem liczby łóżek Polska także zajmowała jedno z ostatnich miejsc w Europie. Zob.: D. P o l i Ń s k i, *Warunki pracy i życia w Polsce międzywojennej*, Warszawa 1980.

²⁹³ Zob.: M. K a c p r z a k, *W walce o zdrowie wsi*, Warszawa 1937, s. 1–27; zob. też: i d e m, *Stan opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej*, Warszawa 1937.

²⁹⁴ W. C h o d ź k o, *Walka z gruźlicą na wsi*, Warszawa 1939, s. 18.

²⁹⁵ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju...*, s. 75–77.

²⁹⁶ Zob.: *Materiały VII Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Gdynia 1939.

ubezpieczalnię lub państwo, a przede wszystkim utworzenie wiejskich kas chorych i objęcie przymusem ubezpieczenia robotników rolnych i leśnych²⁹⁷. Wejście w życie „planu” zablokował wybuch drugiej wojny światowej.

Rozpoczęcie działań wojennych ograniczyło znacznie możliwości walki z gruźlicą, nie tylko na wsi, ale i w całym kraju. Wojna zniszczyła organizacyjne podstawy walki z gruźlicą, spowodowała zaprzestanie działalności organizacji społecznych, w tym m.in. Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, który już w pierwszych tygodniach okupacji został rozwiązany, a jego zasoby materialne, w tym biblioteka, archiwum i spis członków – zniszczone.

Polska medycyna w czasie wojny straciła zbiory naukowe, wiele archiwów, bibliotek, 70% urzędów i budynków zakładów naukowych, pracowni i laboratoriów. Tylko w samej Warszawie zostało zniszczonych 550 tys. dzieł, rękopisów, dokumentów i czasopism lekarskich, głównie w wyniku pożarów. W czasie walk zostały zniszczone magazyny firm wydawnictw lekarskich, a ocalały tylko nieliczne księgozbiory prywatne lekarzy²⁹⁸.

Naziści nie tylko nie pozwalali na drukowanie polskich książek i periodyków, ale zakazali również kształcenia polskich lekarzy, zamykając wszystkie uczelnie. Niemiecki lekarz miasta Warszawy dr Schrempf wydał nawet zarządzenie, w którym widniało, że praca naukowa będzie surowo karana. Realizując to zarządzenie zamknięto w obozach koncentracyjnych i więzieniach wielu wybitnych polskich uczonych, z których większość nigdy nie wróciła²⁹⁹.

Lata wojny to także przerwa w działalności Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, gdyż nie było warunków do prowadzenia zorganizowanej działalności naukowej. Upadły również systematyczne szczepienia BCG, gdyż Niemcy zniszczyli szczep BCG oraz dokumentację dotyczącą szczepień. Dlatego cały wysiłek skierowany był wówczas na szkolenie młodych kadr. W okresie okupacji zdelegalizowano prawie wszystkie organizacje i placówki przeciwgruźlicze, tak że po zakończeniu działań wojennych w Polsce funkcjonowało tylko 12 poradni, a w szpitalach i sanatoriach było zaledwie 800 łóżek dla chorych na gruźlicę³⁰⁰.

Akcja niszczenia narodu polskiego nie ograniczała się tylko do rozwiązania organizacji zajmujących się leczeniem gruźlicy, ale przewidywała wymordowanie chorych na gruźlicę Polaków. Do celów eksterminacyjnych naziści wykorzystali medycynę, dla której pretekstem stał się fakt, że zagrzuźliczenie wśród Polaków

²⁹⁷ E. W i ę c k o w s k a, *Formy opieki zdrowotnej na ziemiach polskich...*, s. 1053.

²⁹⁸ W. S u c h o d o l s k i, *Straty archiwów warszawskich w czasie wojny i okupacji*, „Kwartalnik Historyczny” 1946, s. 700–714; i d e m, *Archiwa polskie w obliczu strat poniesionych podczas wojny*, „Przegląd Biblioteczny” 1947, z. 1/2, s. 1–11.

²⁹⁹ S. K o n o p k a, *Odrodzenie się niektórych ważnych działań polskiej służby zdrowia w roku 1945*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1981, nr 36, s. 1370.

³⁰⁰ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju...*, s. 86.

w czasie wojny było pięciokrotnie większe niż wśród Niemców³⁰¹. „Dla Niemców należy przygotować i przeprowadzić leczenie i izolację zgodnie z przepisami postępowania przeciwgruźliczego. Około 35 tys. nieuleczalnych i mogących zakażać Polaków poddamy eksterminacji. Pozostali chorzy na gruźlicę Polacy zostaną poddani odpowiedniemu leczeniu, aby osiągnęli zdolność do pracy i aby przestali być zakaźnymi”³⁰², pisał dr Kurt Blome, zastępca kierownika Głównego Urzędu Zdrowia NSDAP w liście do namiestnika Rzeszy Artura Greisera w Poznaniu. I choć do bezpośredniej eksterminacji chorych na gruźlicę Polaków w formie planowanej przez wspomnianych nazistów nie doszło, przytoczony fragment korespondencji pomiędzy nimi świadczy o próbach biologicznego wyniszczenia narodu polskiego pod pozorem „walki z gruźlicą”. Dowodów na to dostarczają także dokumenty z hitlerowskich obozów koncentracyjnych, w których wykonywano bestialskie eksperymenty z zakresu gruźlicy³⁰³.

Niezmiernie ważną rolę w czasie wojny, jeśli chodzi o kontynuowanie walki z gruźlicą pomimo niemieckiej okupacji spełniali lekarze, którzy koordynowali wysiłki społeczników. Wydaje się bowiem, że nie było do tego czasu żadnej idei, może poza ideą Międzynarodowego Czerwonego Krzyża, która by jednoczyła tak silnie wszystkich lekarzy, jak właśnie walka z gruźlicą³⁰⁴. Przykładem mogą tutaj służyć lekarze Szpitala Wolskiego w Warszawie. Już przed wybuchem wojny był to nowoczesny ośrodek, który w 1935 r. przeniesiony został na ulicę Płocką 26, do pięknego, dużego budynku. Lekarzem naczelnym szpitala był wówczas dr Kazimierz Dąbrowski, który przekształcił go w ośrodek leczenia gruźlicy, zatrudniający pierwszych polskich ftызjatrów³⁰⁵. To sprawiło, że w latach 1937–1938 Zarząd Miejski wysunął projekt, by Szpital Wolski był Centralną Stacją do Walki z Gruź-

³⁰¹ Tylko w samej Warszawie zapadalność na gruźlicę w 1942 r. była czterokrotnie wyższa niż w 1938 r., zwłaszcza w grupie wieku 0–15 lat. Natomiast umieralność z powodu gruźlicy wzrosła trzykrotnie w porównaniu z okresem przedwojennym, jednak już od 1943 r. zaczęła powoli spadać. Zob.: M. Łącki, *Stan walki z gruźlicą w Warszawie w latach 1934–1947*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 343–356.

³⁰² S. Kłodzki, *Próby biologicznego wyniszczenia narodu polskiego pod pozorem „walki z gruźlicą” w okresie okupacji hitlerowskiej 1939–1945*, „Przegląd Lekarski” 1962, nr 1a, s. 74.

³⁰³ S. Kłodzki, *Zbrodnicze eksperymenty z zakresu gruźlicy dokonywane w hitlerowskich obozach koncentracyjnych w czasie II wojny światowej*, „Przegląd Lekarski” 1962, nr 1a, s. 77–83.

³⁰⁴ Przykładem służyć mogą warszawscy lekarze, którzy pomimo trudów związanych z okupacją w 1941 r. rozpoczęli masowe wykonywanie odczynów tuberkulinowych sposobem Pirqueta wśród dzieci szkolnych, w celu uchwycenia wczesnych przypadków gruźlicy, natomiast w maju 1942 r. przystąpili do wykonywania zdjęć małoobrazkowych. Zob.: M. Łącki, *Stan walki z gruźlicą...*, s. 349–350.

³⁰⁵ Z. Wonięski, *Szpital Wolski w latach okupacji 1939–1944*, „Archiwum Historii Medycyny” 1958, nr 12, s. 185.

licą, która posiadałaby wzorowe oddziały kliniczne oraz poradnię konsultującą wszystkie przeciwgruźlicze poradnie stolicy, rozbudowane pracownie rozpoznawcze, biuro statystyki gruźlicy, komisję sanatoryjną itp. Przed wybuchem wojny udało się jednak tylko otworzyć poradnię i biuro statystyczne oraz zwiększyć liczbę łóżek „gruźliczych”. W warunkach okupacji przyjmowano do pracy w szpitalu najlepszych fizyjatrów, przesiedlonych przez okupanta z innych terenów kraju³⁰⁶.

W latach wojny Szpital Wolski stanowił zaplecze medyczne dla struktur podziemnych walczących z okupantem, gdzie m.in. ratowano życie żołnierzy Armii Krajowej, rannych w akcjach bojowych na ulicach Warszawy³⁰⁷. Szpital był także mocno zaangażowany w działalność niesienia pomocy Żydom, prowadzoną przez „Żegotę”. Jedną z ważniejszych funkcji, jakie spełniał, było ukrywanie poszukiwanych przez Niemców konspiratorów oraz organizowanie tajnych odpraw i narad Okręgu Warszawskiego, a także inspektorów i Delegatury Rządu. Z tego powodu pracownicy Szpitala Wolskiego, jak też studenci odbywający tam zajęcia każdego dnia narażali życie, prowadząc patriotyczną działalność³⁰⁸.

Tragedia pracowników tej placówki nadeszła w pierwszych dniach powstania warszawskiego³⁰⁹, gdy na rozkaz Hitlera miasto miało zostać zburzone. Wybuch powstania zmienił oblicze szpitala; chorzy na gruźlicę i choroby wewnętrzne opuścili go, a na oddziałach pozostali tylko ranni³¹⁰. Mordy nie ominęły jednak pa-

³⁰⁶ W czasie okupacji pracowali w nim jako ordynatorzy, kierownicy oddziałów chirurgicznych i kierownicy pracowni następujący lekarze: Józef Marian Piasecki, Leon Manteuffel, Józef Grzybowski, Janina Misiewicz, Jan Roguski, Maria Werkenthin, Stefania Chodkowska, Janusz Zeyland, Olgierd Sokołowski, Zdzisław Szczepański, Zbigniew Woźniowski, Wiwa Jaroszewicz i in. Zob.: M. G e p n e r - W o ź n i e w s k a, *Tajne nauczanie medycyny w Szpitalu Wolskim w czasie okupacji (1939–1944)*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7, s. 295.

³⁰⁷ Jedną z osób zaangażowanych w działalność konspiracyjną była dr Maria Werkenthin (1901–1944), prowadząca od 1927 r. w Szpitalu Wolskim przychodnię przeciwgruźliczą. Już przed wojną była uznanym fizyjatrami i radiologiem, wykładowcą na kursach dla lekarzy fizyjatrów, doceniającym znaczenie badań radiologicznych we wczesnym wykrywaniu gruźlicy. W czasie wojny, niejednokrotnie narażając życie, pomagała więźniom Pawliaka (m.in. dostarczała leki, zamieniała im zdjęcia radiologiczne z poważnymi zmianami w płucach, przewiozła do szpitala żołnierza AK, rannego w czasie odbicia więźniów pod Arsenalem). Aresztowana we wrześniu 1943 r., zginęła w Auschwitz 2 lutego 1944 r. Zob.: J. M i s i e w i c z, *Dr Maria Werkenthin*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 1, s. 745.

³⁰⁸ J. L u b i c z - C h o j n o w s k i, *Działalność konspiracyjna w Szpitalu Wolskim*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7, s. 314–317.

³⁰⁹ Zgodnie z dyrektywą Armii Krajowej Szpital Wolski przygotowywał się do przyjęcia zadań szpitala wojennego. Zob.: ibidem.

³¹⁰ W okresie od 15 sierpnia do 28 października 1944 r. Szpital Wolski leczył ok. 985 chorych, ewakuował własnymi siłami 1220, uratował z obozu przejściowego 510 osób. Ogółem ok. 2000 mieszkańców stolicy zwolnionych z obozu w Pruszkowie, przedstawiających się

cientów, studentów i personelu Szpitala Wolskiego, gdyż tylko niewielkim liczbą chorym, pielęgniarkom, a zwłaszcza lekarzom udało się uniknąć zagłady³¹¹.

Placówka, która została stworzona jako najbardziej pospolity szpital miejski na peryferiach miasta, już przed wojną skupiała elitę pedagogów i naukowców. Prawie wszyscy wykazywali ambicje naukowe i byli powiązani z klinikami uniwersyteckimi. Wyrazem tego była bardzo znaczna liczba publikacji z zakresu piśmiennictwa naukowo-lekarskiego³¹², część z nich ukazywała się również w czasie wojny. Dlatego nie dziwi fakt, że pod ich kierunkiem kształciła się młodzież lekarska także w czasie okupacji³¹³.

Tajne nauczanie w Szpitalu Wolskim rozwijało się stopniowo, początkowo obejmowało kilku, a w 1941 r. już kilkudziesięciu studentów³¹⁴. Zajęcia z zakresu fizjologii odbywały się w laboratorium gruźliczym oraz na kilku oddziałach³¹⁵. Pierwszy był prowadzony przez Jana Roguskiego (1900–1971)³¹⁶, znajdowało się

jako chorych „przeszło” przez Szpital Wolski. Por.: Z. Woźniak, *Szpital Wolski w latach okupacji...*, s. 186.

³¹¹ Masakra rozegrała się 5 sierpnia 1944 r. W tym dniu zostali zastrzeleni na terenie Szpitala Wolskiego lub po wyprowadzeniu z niego m.in. Józef Marian Piasecki (dyrektor), Józef Grzybowski, Janusz Zeyland, Olgierd Sokołowski, Kazimierz Drozdowski, Stanisław Chwojka oraz kilku studentów. Pięcioro kolejnych zginęło wcześniej w walkach partyzantskich lub zostało zamordowanych w obozach koncentracyjnych. W sumie w czasie wojny śmierć poniosło 11 lekarzy i jeden felczer. Zob.: M. Gerner - Woźniak, *Tajne nauczanie medycyny w Szpitalu Wolskim...*, s. 303–306.

³¹² Do 1951 r. lekarze ze Szpitala Wolskiego opublikowali łącznie 754 prace. Zob.: J. Misiewicz, *75 lat Szpitala Wolskiego*, „Gruźlica” 1952, nr 2, s. 153.

³¹³ W Warszawie w czasie okupacji nauczaniem medycyny zajmowały się trzy organizacje. Pierwszą był Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, działający od początku okupacji tajnie, pod kierunkiem Witolda Orłowskiego. Drugą była jawna Prywatna Zawodowa Szkoła dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego Jana Zaorskiego, która zaczęła swą pracę w marcu 1941 r. Trzecią był Wydział Lekarski Uniwersytetu Ziemi Zachodnich, prowadzony przez Adama Wrzoska. Por.: M. Gerner - Woźniak, *Tajne nauczanie medycyny w Szpitalu Wolskim...*, s. 294.

³¹⁴ Dokładnie nie ustalono, ilu studentów korzystało z nauczania w Szpitalu Wolskim. Na imiennej liście udało się zebrać 129 nazwisk, jednak przypuszcza się, że było ich w sumie ok. 200. Zob.: *ibidem*, s. 302.

³¹⁵ O poziomie szkoły świadczy to, że wielu jej absolwentów po wojnie zostało znakomitymi, bardzo znanymi lekarzami, a kilkunastu profesorami reprezentującymi różne dziedziny medycyny.

³¹⁶ Lekarz o doskonałym przygotowaniu fizjologicznym, nabytym m.in. w Davos oraz Rzymie w Instytucie Forlaniniego. Uczeń prof. W. Orłowskiego, w latach 1938–1946 ordynator w Szpitalu Wolskim w Warszawie. W czasie kampanii wrześniowej kierował polową pracownią bakteriologiczno-chemiczną. Po wojnie kierownik II Kliniki Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, a następnie Akademii Medycznej. Od 1948 r. był przewodniczącym Poznańskiego Koła Polskiego Towarzystwa Badań nad Gruźlicą, a w latach 1953–1955 rektorem Akademii Medycznej w Poznaniu. Zob.:

tam 128 łóżek, w tym 46 dla chorych na gruźlicę. Zajęcia obejmowały szkolenie z zakresu anatomii patologicznej, kliniki gruźlicy oraz czynności praktycznych. Na oddziale tym miały także miejsce posiedzenia naukowe lekarskie³¹⁷. Drugi oddział, na którym znajdowało się 65 łóżek gruźliczych i 25 internistycznych, nadzorowała Janina Misiewicz. Prowadziła ona wykłady z zakresu ftyzjatrii, chorób wewnętrznych i zakaźnych. Zajęcia praktyczne na oddziale prowadziła jej asystentka Wiwa Jaroszewicz³¹⁸. Trzeci, tzw. Oddział Gruźlicy Młodzieżowej i Centralne Laboratorium Gruźlicze prowadził Janusz Zeyland wraz z żoną Eugenią Piasecką-Zeyland (1899–1953)³¹⁹, którzy uczyli studentów bakteriologii i anatomii patologicznej³²⁰. Kolejny oddział, posiadający 120 łóżek nadzorował Olgierd Sokołowski, który, co prawda, nie prowadził zorganizowanego nauczania studentów, wielu jednak nauczył przepalania zrostów opłucnej. Ostatnim oddziałem, z 24 łózkami kierował Zdzisław Szczepański (zm. 1943 r.)³²¹, który także nie nauczał studentów, lecz kształcił lekarzy zjeżdżających z innych ośrodków i poradni przeciwgruźliczych³²². Bez wątpienia tajne nauczanie ftyzjatrii w Szpitalu Wolskim miało ogromne znaczenie nie tylko w czasie okupacji, ale również w pierwszych latach po wojnie, gdyż pozwoliło na szybkie zorganizowanie nowych, dobrze przygotowanych kadr lekarskich do walki z szalejącą wówczas epidemią gruźlicy³²³.

A. Horst, *Panu Profesorowi Janowi Roguskiemu w 60 rocznicę urodzin i 35 rocznicę działalności naukowej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1960, nr 43/44, s. 1633–1635.

³¹⁷ J. Roguski, *Tajne nauczanie studentów medycyny w latach 1939–1944 w oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego w Warszawie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 1, s. 166.

³¹⁸ J. Misiewicz, *Nauczanie studentów w Szpitalu Wolskim w Warszawie w latach 1939–1944*, „Archiwum Historii Medycyny” 1959, nr 22, s. 263.

³¹⁹ Lekarz, mikrobiolog, od 1924 r. zastępca asystenta w Zakładzie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego, w 1925 r. była współpracownikiem prof. Jana Danysza w Instytucie Pasteura w Paryżu, do 1949 r. pracowała w Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu Poznańskiego. Zob.: E. Meissner, R. Meissner, *Zeylandowa Eugenia Jadwiga (1899–1953) – lekarz, mikrobiolog, docent UP*. W: *Wielkopolski słownik biograficzny*, pod red. A. Gąsiorowskiego, J. Topolskiego, Warszawa–Poznań 1981.

³²⁰ Z. Woźniowski, *Prof. dr med. Janusz Zeyland jako ordynator Szpitala Wolskiego w Warszawie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 1, s. 393.

³²¹ W latach 1923–1925 prezes Towarzystwa Internistów Polskich, w latach 1938–1939 prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Gruźlicą, zob.: Prezesi Towarzystwa Internistów Polskich [http://tip.org.pl] (20.08.2008).

³²² M. Gerner-Woźniowska, *Tajne nauczanie medycyny...*, s. 302.

³²³ Spośród lekarzy Szpitala Wolskiego 19 uzyskało stopień docenta lub profesora. Brali oni udział w pracach oraz zasiadali w Zarządzie Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, które przemianowane zostało w 1951 r. na Polskie Towarzystwo Ftyzjatryczne. Zob.: W.S. Trybowski, *Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne – powstanie i rozwój*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7, s. 275–286.

Po drugiej wojnie światowej nastąpił zwrot w leczeniu gruźlicy po wprowadzeniu leków przeciwprątkowych. Choć w żadnym kraju nie udało się wyleczyć wszystkich chorych, głównie z powodu niedociągnięć organizacyjnych (długotrwałe leczenie, stosowanie dużej ilości leków, brak akceptacji chorych na długotrwałe przebywanie poza domem). Dalszy postęp w leczeniu związany był z wprowadzeniem ustawodawstwa zdrowotnego (leczenia nadzorowanego) oraz z zastosowaniem nowych leków, które pozwoliły skrócić czas leczenia.

3. Walka z gruźlicą w latach powojennych

Polska w okresie pierwszej i drugiej wojny światowej poniosła największe straty spośród państw europejskich z powodu gruźlicy, która to choroba jako pierwsza uznana została przez lekarzy i higienistów za „społeczną” jeszcze w pierwszej połowie XIX w. Stało się tak z uwagi na straty biologiczne i ekonomiczne społeczeństwa z powodu zachorowalności na tę chorobę i śmiertelności z nią związanej, choć pamiętać należy, że dane statystyczne za lata 1939–1945 są niekompletne i trudno się na nich całkowicie opierać³²⁴.

O ile w czasie pierwszej wojny światowej ówczesne warunki społeczno-ekonomiczne i ustrojowe oraz niedostateczna dla potrzeb kraju akcja przeciwigruźlicza nie pozwalały na odpowiednie zalecanie tej choroby w szerszych kręgach społecznych, o tyle lata drugiej wojny doprowadziły nie tylko do dużego wzrostu zachorowań na gruźlicę wśród ludności³²⁵, ale przede wszystkim zrujnowały dorobek okresu międzywojennego w zakresie walki z gruźlicą. W okresie 1914–1918 wzrost

³²⁴ W czasie wojny związek między warunkami bytu a epidemiami jest najbardziej bezpośredni, najkrótszy, przy czym dotyczy to zarówno żołnierzy, jak i ludności cywilnej. Walczące armie przynoszą ludności choroby zakaźne, którym sami ulegają, zarażają się od tej ludności jej chorobami, roznoszą własne i nabyte choroby wszędzie tam, gdzie się pojawiają. Ponadto wojna narusza do tego stopnia życie ludności, że stwarza idealne warunki społeczne do szerzenia się chorób nagminnych zarówno miejscowych, jak i przyniesionych z zewnątrz. Zob.: M. K a c p r z a k, *Epidemiologia ogólna*, Warszawa 1956, s. 267; i d e m, *Wpływ chorób nagminnych na historię*. W: *Ostre choroby zakaźne*, t. 1, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956, s. 466–468.

³²⁵ W Warszawie umieralność z powodu gruźlicy wzrosła w porównaniu do lat przedwojennych o 300% (z 15,5 do 45,2 na 10 tys. ludności w 1941 r., 50,0 w 1944 r., 27,1 w 1945 r.), w Łodzi (z 17,6 do 40,1 na 10 tys. w 1943 r., do 37,1 na 10 tys. w 1944 r. i 28,8 na 10 tys. w 1945 r.), w Poznaniu (z 19,8 do 36,0 na 10 tys. pod koniec wojny), w Krakowie (27,8 na 10 tys. w 1945 r.). Przyczyną tego była przedwczesna śmierć w okresie wojny wielu zaraźliwych chorych, przez co zostały wyeliminowane liczne źródła epidemii. Odbiło się to na zmniejszeniu liczby chorych i nowych zachorowań w latach powojennych, powodując jednocześnie spadek zgonów na gruźlicę. Zob.: M. Z i e r s k i, *Gruźlica a wojna*, „Gruźlica” 1952, nr 5, s. 609–619; E. G r z e g o r z e w s k i, *Społeczno-higieniczne podstawy walki z gruźlicą*, Warszawa 1946, s. 1–109.

umieralności z powodu gruźlicy był dwukrotny, natomiast w latach 1938–1945 w stosunku do okresu przedwojennego był przeszło trzykrotny. Przyczyn takiego stanu rzeczy było wiele. Dwukrotny przemarsz dwóch wielkich armii (niemieckiej i rosyjskiej) przez obszar Polski, biologiczne wyniszczenie narodu polskiego, w tym zwłaszcza inteligencji w czasie okupacji hitlerowskiej i sowieckiej, zrujnowanie kraju w wyniku działań wojennych, ruchy migracyjne ludności ze wschodu na zachód i ludności wiejskiej do miast, doprowadziły do zniszczenia placówek przeciwgruźliczych i zahamowania pracy naukowej³²⁶.

Ogromne straty biologiczne okresu wojny i okupacji, nie ominęły także już i tak skąpej kadry medycznej. Liczba lekarzy wynosząca w 1938 r. 12 917 (3,7 na 10 tys. ludności, jeden na obszar 30 km²) i pielęgniarek – 6674³²⁷, po wojnie znacznie spadła, i na dzień 31 grudnia 1946 r. wynosiła 7732 lekarzy (3,2 na 10 tys. ludności) oraz 5840 uprawnionych pielęgniarek. Sytuację pogarszało dodatkowo nierównomierne rozmieszczenie fachowego personelu w kraju (od 1,2 do 5,4 na 10 tys. ludności, odpowiednio jeden lekarz na obszar 40 km²)³²⁸.

Wojna przyniosła również zmiany w występowaniu niektórych postaci tej choroby, co wpływało na jej rozsiewalność, a ta z kolei zmieniała rytm epidemiologiczny gruźlicy, który wyrażał się ostrzejszym przebiegiem choroby³²⁹. W latach okupacji zauważono także pewne charakterystyczne cechy kliniczne i patomorfologiczne przebiegu gruźlicy, które w warunkach epidemiologicznych, jakie panowały w naszym kraju przed wojną, tak wyraźnie się nie zaznaczały. Chodziło głównie o rozwój choroby u osób żyjących w najgorszych warunkach, głodujących, u których gruźlica rozwijała się bezodczynowo, z małymi skokami temperatury, doprowadzając do wyniszczenia, a następnie szybkiego zgonu.

Ciężkie warunki życia w czasie wojny, w tym także deportacje, pobyt wielu osób w obozach koncentracyjnych, obozach pracy, więzieniach, itp., oraz w okresie powojennym spowodowały duży wzrost zachorowań oraz zgonów z powodu gruźlicy, zarówno wśród dorosłych, jak i dzieci, przybierając rozmiar epidemii. W obozach koncentracyjnych Buchenwald, Dachau, Nordhausen i w innych uwolniono w 1945 r. wielu chorych na gruźlicę, niektórych w takim stanie, że umierali w ciągu kilku dni, a ci którzy przeżyli jeszcze kilkanaście lat po wojnie stanowili

³²⁶ Szybki wzrost gruźlicy w okresach wojennych wywołany był nie tyle łatwością szerzenia się choroby, co ciężkością jej przebiegu, spowodowaną spadkiem nieswoistej odporności populacji, niedożywieniem (ilościowym i jakościowym), złymi warunkami mieszkaniowymi, przepracowaniem, ciężkimi troskami itp. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965, s. 24.

³²⁷ Por.: „Rocznik Statystyczny” 1939.

³²⁸ Por.: „Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia GUS” 1945–1967, Warszawa 1969, s. 19.

³²⁹ Nie zauważono nowych postaci gruźlicy niż te, które spotykano przed wojną, zwiększyła się jednak liczba gruźlicy pozapłucnej, wysiękowych postaci gruźlicy płuc, z dużą skłonnością do szybkiego szerzenia się procesu chorobowego, częstsza była też gruźlica węzłowa. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii...*, s. 68–69.

poważny odsetek chorych na gruźlicę, choć dokładnych danych statystycznych przedstawiających zagadnienia zachorowań tych osób nie prowadzono. Liczne zgony ofiar nazistowskiego terroru z powodu gruźlicy notowane w szpitalach i sanatoriach przeciwgruźliczych w okresie powojennym świadczyły o tym, że po wyjściu z obozów przypadki gruźlicy płuc były poważnym problemem medycznym i społecznym³³⁰.

Obok czynników społeczno-ekonomicznych, na wzrost zagrzuźliczenia społeczeństwa polskiego duży wpływ miały także masowe zakażenia oraz stan organizacji służby zdrowia. Choć już przed wojną nasz kraj, co do liczby zgonów z powodu gruźlicy, uwzględniając wszystkie jej postacie (18,0 na 10 tys. ludności), według danych Ligi Narodów zajmował drugie miejsce w Europie, to jednak w okresie międzywojennym do 1939 r. liczba łóżek dla chorych na gruźlicę w sanatoriach o charakterze społecznym wzrosła do 6000, w szpitalach do 3000, a liczba poradni do 450³³¹. Z 380 poradni przeciwgruźliczych, z których 80 było zaopatrzonych w aparaty rentgenowskie przed wojną, okupant hitlerowski pozostawił do dyspozycji ludności polskiej tylko kilka, w wybranych miastach. Dlatego zaraz po zakończeniu działań wojennych należało przede wszystkim zabezpieczyć odpowiednią liczbę łóżek dla chorych zakaźnych, znowelizować ustawę o przymusowej hospitalizacji ostrych chorób zakaźnych, wprowadzając bezpłatne leczenie szpitalne w tego typu przypadkach oraz uruchomić poradnie przeciwgruźlicze³³².

Wśród przyczyn wysokiej umieralności z powodu gruźlicy w Polsce zarówno przed wojną, jak i bezpośrednio po wyzwoleniu było też to, że Polska była krajem rolniczym. Ludność mieszkająca w dużych skupiskach już wcześniej przeszła przez dobór naturalny, a ci, którzy przetrwali, posiadali organizm bardziej odporny na zarazki gruźlicy. W krajach rolniczych ludność wiejska nie miała w całości styczności z zarazą, gdyż mieszkała w osobnych domach. Przebywający wśród nich chorzy, byli jedynie źródłem zakażenia dla członków rodziny, a wraz z migracją tej ludności ze wsi do miast zwiększyła się zapadalność na gruźlicę wśród ludności wiejskiej, a wskutek braku odporności organizmu, o którym wspomniano wcześniej; śmiertelność wśród niej znacznie wzrosła. Innymi słowy, kraje wcześniej zurbanizowane, najwyższą umieralność z powodu gruźlicy „miały” przed 50–150 laty i od tego momentu ona się zmniejszała. W Polsce sytuacja taka dotyczyła m.in.

³³⁰ M. D a n i e l s, *Gruźlica w Europie podczas drugiej wojny światowej i po niej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, nr 26, s. 206–207; S. K ł o d z i ń s k i, *Wyniki badań byłych więźniów Oświęcimia w kierunku gruźlicy płuc, przeprowadzonych w 15 lat po wyzwoleniu*, „Przegląd Lekarski” 1961, nr 1a, s. 74–75; i d e m, *O stratach polskich w okresie okupacji hitlerowskiej wywołanych gruźlicą*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego” 1966 „Prace Historyczne” z. 19, s. 69–72.

³³¹ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju i podstawy jej zwalczania*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 86.

³³² Dekret z 14 maja 1946 r. o powołaniu pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami, Dz.U. RP z 1946 r. nr 23, poz. 150.

ludności żydowskiej, która przeżyła punkt szczytowy nasilenia zgonów również przed 50–150 laty, po czym liczba zmarłych z powodu gruźlicy spadła, mając jedynie dwa okresy wzrostów – w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej³³³.

Liczebność zgonów z powodu gruźlicy wśród ludności wiejskiej znacznie wzrosła po zakończeniu działań wojennych, choć wydawać by się mogło, że świeże powietrze i spokojniejszy tryb życia mieszkańców wsi, powinny uodparniać i lepiej zabezpieczać organizm przed zakażeniem. Przyczyną wzrostu zachorowań był powrót do rodzinnych miejscowości wielomilionowej rzeszy mieszkańców wywiezionych do obozów lub repatriowanych z innych części świata, wśród których bardzo dużo osób chorowało na gruźlicę. Do tego doszła migracja młodzieży wiejskiej do pracy w miastach, do szkół oraz skoszarowanie w wojsku. Oczywiście, istotny był także niski poziom higieny, alkoholizm, mały dostęp do placówek służby zdrowia oraz brak świadomości społecznej, co do styczności z zarażonym³³⁴. Istotne znaczenie miała też mentalność przejawiająca się m.in. obawą, aby wiadomość o chorobie nie rozeszła się wśród sąsiadów, którzy pokazywaliby palcem i unikali kontaktu z „suchotnikiem”. Powodowało to zazwyczaj unikanie leczenia. Przyczyną uchylania się od hospitalizacji była również podejrzliwość wywołana obowiązkiem poddania się leczeniu³³⁵. Badania dowodziły, że przebieg gruźlicy w środowisku wiejskim nawet w dobie antybiotyków był na ogół cięższy niż w środowisku miejskim. Leczenie przeciwpłatkowe zawodziło nawet w 60% przypadków, do tego mało chorych kierowano do leczenia zabiegowego, a leczeniu ambulatoryjnemu chorzy ci nie mogli (brak przychodni) lub nie chcieli się poddawać³³⁶. Nie bez znaczenia był również fakt, że świadczenia lecznicze w zakresie gruźlicy opierały się na podobnych zasadach, jak w przypadku innych chorób, jednak często były one nieadekwatne do postępów w leczeniu gruźlicy. Dotyczyło to zwłaszcza mieszkańców wsi, dla których leczenie gruźlicy było odpłatne³³⁷.

³³³ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 73.

³³⁴ Gruźlica, niepowodująca w początkowym stadium dolegliwości, „tylko” nieco większe zmęczenie, chętnie składane na karb przepracowania, brak apetytu tłumaczony różnymi przyczynami, czy nocne poty łączone z „przeżraniem” była wykrywana bardzo późno, gdy już trudno było ją wyleczyć. Zob.: *Pacjent a poradnia*. W: *Jak walczyliśmy z gruźlicą*, „Biuletyn Informacyjny Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Walki z Gruźlicą w Opolu” 1960, s. 11–12.

³³⁵ Mieszkańcy wsi przez długie wieki zostawieni sami sobie nie mogli uwierzyć, że ktoś nagle się nimi interesuje, przysyła im wezwania, proponuje bezpłatnie wysłanie dzieci do prewentorium. Zob.: *ibidem*.

³³⁶ Z. R o m a n o w s k i, *Śmiertelność z gruźlicy płuc leczonej ambulatoryjnie*, „Gruźlica” 1958, nr 4, s. 287–296; zob. też: I. S z t a c h e l s k a, *Służba zdrowia na wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 9.

³³⁷ W województwie opolskim opłat za leczenie gruźlicy chorych nieubezpieczonych nie pobierano od 1955 r. Por.: „Biuletyn Informacyjny Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Opolu” 1957, nr 10, s. 33.

Bezpośrednia styczność zdrowego otoczenia z człowiekiem chorym na gruźlicę była po wojnie główną przyczyną epidemiologiczną w szerzeniu się gruźlicy. Potwierdzały to już badania prowadzone przed 1939 r., że nie jest ważne ile mieszkańców zamieszkuje 1 km² powierzchni, ale ilu ludzi przypada na 1 m² powierzchni mieszkalnej wspólnej z innymi³³⁸. Wśród badanych osób z otoczenia chorego, które uważały się za zdrowe, 16,3% miało gruźlicę czynną płuc, 53,5% – gruźlicę czynną gruczołów, a tylko 26,5% nie miało żadnych objawów³³⁹. Zatem gęstość zakwaterowania bez przestrzegania selekcji zdrowotnej zakwaterowanych w pierwszych latach po wojnie była czynnikiem dominującym. Dlatego w epidemiologii gruźlicy po wojnie dużą rolę odgrywały instytucje skupiające dużą liczbę ludzi, jak bursy, zakłady wychowawcze, domy akademickie, sierocińce, pensjonaty, domy wypoczynkowe, czy wreszcie wynajmowane pokoje „letnikom miejskim”³⁴⁰. Po kilku latach (ok. 1950 r.) zachorowalność w grupach kontaktowych w środowiskach gruźliczych zaczęła się zmniejszać, co było wynikiem prowadzenia walki z gruźlicą nowoczesnymi sposobami, polegającymi na wprowadzeniu szczepień ochronnych, wczesnym wykrywaniu, leczeniu odmą, antybiotykami, prowadzeniu szeroko zakrojonej oświaty wśród społeczeństwa, wreszcie poprawiające się warunki bytowe, głównie mieszkaniowe. Tak więc po kilku latach od zakończenia wojny sam fakt styczności z chorym nie decydował o zachorowaniu, wpływ na to miały głównie słaba odporność lub wzmożenie siły ataku prątko łamiącego barierę odporności. Zatem zakażenie i nadkażenie, czyli czynnik swoisty, stanowiły wprawdzie nieodzowny warunek choroby gruźliczej człowieka, ale nie były bynajmniej jej jedyną przyczyną³⁴¹. Natomiast po to, by człowiek zachorował, musiały jeszcze zadziałać inne czynniki, może liczne, może równoczesne, ale z reguły nieswoiste.

Poważnym problemem były także niektóre zawody, które w epidemiologii odgrywały rolę roznosicieli choroby. Chodziło zarówno o tych, którzy nie przestrzegali kontroli stanu zdrowia, jak też tych, którzy z uwagi na charakter pracy byli narażeni na zakażenie³⁴². Byli to nauczyciele³⁴³, wychowawcy, księża, personel pomocniczy szkół i szpitali, sklepikarze, aptekarze. Drugą grupę stanowili studen-

³³⁸ W latach 1930–1939 ryzyko zakażenia w Polsce było jednym z najwyższych w krajach europejskich i wynosiło ponad 10% na rok. Zob.: W. C h o d ź k o, *Walka z gruźlicą...*, s. 12.

³³⁹ H. H a l p e r n - W i e l i c z a ń s k i, [Notatka], „Gruźlica” 1934, nr 2, s. 147–223.

³⁴⁰ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 77.

³⁴¹ J. S z u s t r o w a, *Stała styczność z chorym gruźliczym a zachorowanie na gruźlicę*, „Gruźlica” 1953, nr 1, s. 55–70.

³⁴² Zob.: W. C h o d ź k o, *Praca zawodowa a szerzenie się chorób zaraźliwych*, Warszawa 1945.

³⁴³ S. H o r n u n g, K. M u l a k, *Gruźlica wśród nauczycielstwa*, „Gruźlica” 1950, nr 2, s. 270–275.

ci medycyny, pielęgniarki, lekarze zakładów przeciwgruźliczych³⁴⁴, a trzecią – pracownicy fizyczni, pracujący w dużych grupach³⁴⁵, a więc styczeńność była kolejnym czynnikiem szerzącym gruźlicę. Dodać należy, że sprawa zmiany zawodu była przedmiotem dyskusji od chwili rozpoczęcia akcji przeciwgruźliczej, a po wojnie kwestia szkolenia w nowym zawodzie stała się niemal koniecznością w planowanej akcji przeciwgruźliczej³⁴⁶. Podkreślano przy tym, że szkolenie to powinno odbywać się w ramach leczenia sanatoryjnego typu rehabilitacyjnego. Chodziło o to, aby ozdrowieniec nadal przebywał w środowisku, w którym został wyleczony, pod nadzorem fizjoterapeutów, którzy wiedzieli najlepiej jakiemu wysiłkowi chory podoła.

Kolejnym czynnikiem usposabiającym do zachorowania na gruźlicę było niedostateczne lub nieodpowiednie jakościowo odżywianie. Wpływ złego odżywiania w gruźlicy wystąpił już w czasie pierwszej wojny światowej, kiedy wzrost zgonów na gruźlicę widoczny był nawet w krajach neutralnych. W roku 1917 w Warszawie liczba zgonów na gruźlicę wynosiła 97,4 na 10 tys. (w 1913 r. – 30,5), natomiast w 1938 r. ok. 155 na 100 tys. W roku 1940 liczba zgonów w stolicy wynosiła 400 na 100 tys. osób, by w 1944 r. osiągnąć 500 zgonów³⁴⁷. Zarówno w czasie pierwszej,

³⁴⁴ W piśmiennictwie światowym, opracowanym głównie w latach międzywojennych, stwierdza się większą zapadalność na gruźlicę wśród personelu zakładów przeciwgruźliczych, niż w macierzystej populacji kraju, w którym prowadzono badania. Wykazano od 5 do 11 razy większą zapadalność, choć wiele statystyk pomijało okoliczności, które mogły mieć wpływ na powstanie choroby, np. obciążenie rodzinne. Z kolei obserwacje pracowników oddziałów gruźliczych szpitali warszawskich prowadzone przez M. Telatyckiego w latach okupacji hitlerowskiej (1940–1944) wykazały, że pracownicy szpitali, po przerwaniu kontaktu z gruźlicą w ciągu 5 lat zachorowali w 3%, a pracownicy pozostający w ścisłym kontakcie z chorymi na gruźlicę – w 20%. W latach powojennych problemem tym zajmowała się m.in. Maria Gebauerowa, która dowiodła, że pracownicy szpitala stykający się z gruźlicą (wywiady nie wykazały w ich środowisku domowym innych przypadków gruźlicy) są bardziej narażeni na zachorowanie, niż pracownicy tego samego szpitala pracujący na innych oddziałach. Por.: M. G e b a u e r o w a, *Przypadki zachorowania na gruźlicę wśród personelu szpitalnego w latach 1948–1952*, „Gruźlica” 1954, nr 1, s. 41–50.

³⁴⁵ M. T e l a t y c k i, *Gruźlica i inne choroby społeczne w Polsce*, Warszawa 1946, s. 1–24.

³⁴⁶ Wskazania do przeszkalania w nowym zawodzie dotyczyły głównie chorych na gruźlicę pracujących w: zawodach wymagających dużego wysiłku fizycznego, związanych z przebywaniem w oddziałach fabrycznych w wysokiej temperaturze, w pomieszczeniach o nagłej zmianie temperatury, w warunkach zwiększonego ciśnienia atmosferycznego, stałego kontaktu z oparami gazów i kwasów, w pracach związanych z wdychaniem różnego rodzaju pyłów, zawodach wymagających pozycji przymuszonej. Zob.: A. N a u m a n, *Zmiana zawodu w gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1954, nr 4, s. 283–302; *Komunikat Działu Metodyczno-Organizacyjnego Instytutu Gruźlicy dotyczący przykładowych wykazów zawodów dostępnych dla chorych na gruźlicę płuc*, „Gruźlica” 1953, nr 7, s. 571–576.

³⁴⁷ Niedożywienie stanowi jeden z ważniejszych elementów nędzy i jest jedną z nieswoistych przyczyn gruźlicy płuc. Podobnie było w hitlerowskich obozach koncentracyjnych, gdzie głód nie był również jedynym czynnikiem osłabiającym nieswoistą oporność więź-

jak i drugiej wojny światowej warunki mieszkaniowe w stolicy były raczej dobre, natomiast zła była sytuacja żywnościowa. Śmierć głodowa stanowiła zjawisko powszechne, dlatego trudno oddzielić zmarłych w Warszawie na gruźlicę od zmarłych z głodu, zwłaszcza w getcie³⁴⁸. Dane z innych miast są podobne, np. w Łodzi w latach 1939–1944 nastąpił wzrost zgonów z 176 do 371 na 100 tys. mieszkańców. Oczywiście nie można tego olbrzymiego wzrostu liczby zgonów odnieść tylko do głodu, gdyż w okresie wojny działały także inne czynniki, które ogólnie można określić mianem nędz³⁴⁹. Można zatem tylko stwierdzić, że niedożywienie było jedną z ważniejszych przyczyn sprzyjających zachorowaniu na gruźlicę płuc, pamiętać jednak należy, że prawidłowe żywienie wcale przed gruźlicą nie chroniło, a wybiórcze przekarmianie np. „jakimś” aminokwasem czy witaminą, gruźlicę płuc nie leczyło.

Sytuacja materialna ludności powodowała, że wskaźnik umieralności z powodu gruźlicy w okresie wojny na ziemiach polskich wynosił 400 na 100 tys. ludności. Gruźlica atakowała wszystkie narządy, na porządku dziennym obserwowano postaci ostre i podostre wraz z ciężkimi powikłaniami; choroba ta wówczas w 80% prowadziła do zgonu, co stanowiło problem zarówno biologiczny, jak i ekonomiczny³⁵⁰. O ile istotną i prawdziwą przyczyną gruźlicy w każdym przypadku było zakażenie prątkiem Kocha, to niezmiernie ważną rolę w wielu z nich odgrywały czynniki psychiczne, które wpływały na gorsze rokowanie. Troska bowiem od dawna stanowiła istotną składową nędzy, a dodatkowy uraz psychiczny, jakim była wojna, wpływał na szybsze rozwinięcie się gruźlicy popierwotnej nawet w ciągu kilku miesięcy³⁵¹.

Niezwykle ważnym problemem zwalczania gruźlicy była duża śmiertelność wśród dzieci. W latach 1945–1950 zgony z powodu ostrej gruźlicy dziecięcej (gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz gruźlica prosówkowata) występowały najczęściej (81%) w wieku 1–5 lat, zwykle nieszczepionych BCG. Przykładem służy tutaj analiza badań dokonana w Łodzi w kilka lat po wojnie, gdzie odsetek zgonów dzieci z powodu gruźlicy w wieku 0–3 lata w 1949 r. wynosił 8,6% ogólnej liczby zgonów, a w 1950 r. – 7,3%. W pierwszym roku życia zgony z powodu gruźlicy stanowiły aż 60,7% wszystkich zgonów dziecięcych w wieku

niów, gdyż zdaniem Stanisława Kłodzińskiego, przeciętne życie więźnia trwało zbyt krótko, by gruźlica płuc miała czas się rozwinąć, a tym bardziej objawić. A mimo to zapadalność na gruźlicę płuc wśród więźniów była duża. Zob.: S. K ł o d z i ń s k i, *Wyniki badań byłych więźniów Oświęcimia...*, s. 74–75.

³⁴⁸ M. K a c p r z a k, *Epidemiologia ogólna*, Warszawa 1956, s. 248–268.

³⁴⁹ T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii...*, s. 64; Zob. też: E. G r z e g o r z e w s k i, *Społeczno-higieniczne podstawy...*

³⁵⁰ S. H o r n u n g, *Instytut Gruźlicy w latach 1948–1949*, „Gruźlica” 1949, nr 2, s. 201.

³⁵¹ Z. T o m a n e k, *Uwagi na temat psychiki chorych na gruźlicę płuc*, „Polska Gazeta Lekarska” 1929, nr 10, s. 179; zob. też: E. W i t t k o w e r, *A psychiatrist looks at tuberculosis*, London 1949.

od 0 do 3 lat, natomiast w 1950 r. – 65,0%. W drugim roku życia zmarło w tych latach odpowiednio 24% i 28,3%, a w trzecim roku życia – 15,3% i 16,7%. Podobna sytuacja panowała w Lublinie, gdzie w 1949 r. umieralność dzieci w stosunku odsetkowym do ogółu zgonów na gruźlicę w pierwszym roku życia wynosiła 6,8%, pomiędzy 2–4 rokiem życia – 9,1%, a w 1950 r. odpowiednio 5,5% i 16,7%³⁵². Dodać należy, że odsetek zgonów w pierwszym roku malał wraz ze wzrostem odsetka zaszczepionych noworodków³⁵³. Dlatego też wielokrotnie zwracano uwagę na powyższe problemy i wysuwano różnego rodzaju postulaty dotyczące opanowania tej kwestii³⁵⁴.

Przytoczone uprzednio cyfry są zgodne z pozostałymi danymi statystycznymi, dotyczącymi umieralności na gruźlicę według grup wiekowych w powojennej Polsce³⁵⁵ i wskazują, jak poważnym i trudnym zagadnieniem była walka z gruźlicą w pierwszych latach po wojnie, która w naszym kraju przechodziła z fazy epidemii do endemii szybciej w miastach niż na wsi³⁵⁶. Szacuje się, że w 1946 r. z powodu gruźlicy zmarło 120 tys. ludzi, chorowało 1200 tys., a ok. 1 mln było nosicielami, mającymi zaawansowane zmiany w płucach³⁵⁷. Pamiętać jednak należy, że publikowane dane statystyczne nie zawsze pokrywały się z danymi rzeczywistymi, z czego zdawało sobie sprawę Ministerstwo Zdrowia. Potwierdza to pismo ze stycznia 1946 r. następującej treści:

³⁵² J. Danielski, *Umieralność i chorobowość na gruźlicę w Lublinie*, „Gruźlica” 1955, nr 3, s. 185–194.

³⁵³ J. Szustrowa, *Zgony na gruźlicę niemowląt w Łodzi*, „Gruźlica” 1955, nr 3, s. 177–184.

³⁵⁴ Sekcja Walki z Gruźlicą Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia wysunęła m.in. postulat, aby na każde 100 tys. ludności utworzyć 100 łóżek dla położnic chorych na gruźlicę, celem przeprowadzania szczepień ochronnych szczepionką BCG; 15 łóżek dla dzieci szczepionych ze środowisk gruźliczych; 3–5 łóżek w szpitalach dla dzieci chorych na gruźlicę w wieku przedszkolnym (3–7 lat); 10 łóżek sanatoryjnych; 10 łóżek prewencyjnych; 40 miejsc w szkołach leśnych – prewentiach, a także planowano dalszy rozwój półsanatoriów oraz letnich i zimowych kolonii. Zob.: M. Tełatycki, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 89–90.

³⁵⁵ Ibidem, s. 84–86.

³⁵⁶ Faza epidemiczna gruźlicy przechodzi w fazę endemiczną samorzutnie, wtedy kiedy populacja ludzka przystosuje się do prątką gruźlicy, po dostatecznie długim okresie trwania epidemii. Fazę endemii gruźlicy w porównaniu z fazą epidemii charakteryzuje: znaczny spadek umieralności, powolne zmniejszanie się zapadalności, utrzymywanie się lub powolne zmniejszanie się chorobowości, szybkie zmniejszanie się umieralności i zapadalności wśród dzieci w porównaniu z umieralnością i zapadalnością dorosłych, zmniejszanie się różnicy między umieralnością mężczyzn i kobiet, przesuwanie się szczytu krzywej umieralności w kierunku starszych osób, wzrastanie liczby zachorowań i zgonów z powodu gruźlicy poza-płucnej wśród dorosłych w porównaniu z dziećmi. Zob.: O. Buraczewski, S. Hornung, W. Jarošewicz, *Zagadnienie opanowania gruźlicy w Polsce i w innych krajach*, „Gruźlica” 1963, nr 6, s. 490–521.

³⁵⁷ AAN, Ministerstwo Zdrowia 11, sygn. 2, k. 58.

„[...] przyjmując pod uwagę szerzenie się po wojnie gruźlicy wśród ludności, należy wnioskować, iż zgłaszane przez lekarzy powiatowych co tydzień nieraz znikome liczby nowych zachorowań na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia (otwartą) nie odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy. Dzieje się to najprawdopodobniej wskutek tego, że poradnie przeciwgruźlicze, szpitale i lekarze nie zgłaszają lekarzom powiatowym wszystkich przypadków podlegających rejestracji, co uniemożliwia Ministerstwu Zdrowia należycie odtworzyć stan szerzenia się gruźlicy w kraju, a co za tym idzie uniemożliwia zorganizowanie planowej akcji zwalczania tej tak niebezpiecznej dla ogółu choroby społecznej [...]”³⁵⁸.

Dodać należy, że pierwsze wiarygodne dane dotyczące stopnia zakażenia populacji prątkiem gruźlicy po wojnie uzyskano dopiero w akcji szczepień BCG przeprowadzonej przez Duński Czerwony Krzyż w latach 1947–1949, gdzie w grupie dzieci i młodzieży (1–19 lat) stwierdzono zakażenie 54% badanych.

Dodatkowo polityka okupantów oraz działania wojenne zniszczyły wiele sanatoriów, szpitali, poradni, pozbawiły życia wielu wybitnych lekarzy zajmujących się leczeniem tej choroby. Sprawilo to, że bezpośrednio po okupacji (1945 r.) pozostało 800 łóżek szpitalnych i sanatoryjnych przeznaczonych do leczenia gruźlicy oraz 18 poradni przeciwgruźliczych, przy czym większość budynków wymagała remontu i doposażenia³⁵⁹. Dodatkowo sytuację utrudniał fakt, że medycyna nie dysponowała wtedy jeszcze lekami przeciwpłatkowymi, a chorobę tę w pierwszych latach po wojnie leczono metodami zapadowymi (tj. odma wewnątrz- i zewnątrzopłucnowa, torakoplastyka) oraz „klimatycznie” (werandowanie i naświetlanie promieniami słonecznymi). Zatem w pierwszych latach po wojnie głównym kierunkiem działania realizowanego programu walki z gruźlicą był kierunek epidemiologiczny, polegający przede wszystkim na bieżącej analizie sytuacji epidemiologicznej, utrzymaniu ocalałych placówek oraz opracowaniu planu zwalczania gruźlicy. Nie dysponowano jednak dokładnymi danymi o liczbie rejestrowanych przypadków gruźlicy. W miarę intensyfikacji prac organizacyjnych rozeznanie to stawało się coraz lepsze, choć sytuacja rejestrowana wiele lat po wojnie nadal daleka była od rzeczywistej³⁶⁰.

Na stuletniej (1845–1945) krzywej zgonów na gruźlicę w Europie, gdzie uważa się dziesięciokrotny spadek zgonów, poza dwukrotnym wzrostem w czasie wojen, widać konsekwencje działalności ludzkiej, w postaci znacznego wzrostu

³⁵⁸ Pismo Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami do Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich (uzupełnienie okólnika 33/45) w sprawie rejestracji chorób zakaźnych z 29 stycznia 1946 r., Archiwum Państwowe w Opolu (dalej: AP w Opolu), Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

³⁵⁹ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1946*, Warszawa 1947, s. 42.

³⁶⁰ M. T e l a t y c k i, *Najpilniejsze zadania walki z gruźlicą w Polsce*, „Dziennik Zdrowia” z 1945 r., nr 9/10, s. 61–63.

umieralności w czasie wojen, nie widać natomiast wyników działalności świadomie przeciwigruźliczej.

Upowszechnienie lecznictwa gruźlicy, jakie nastąpiło w Polsce bezpośrednio po wojnie, spowodowało wzrost zapotrzebowania przede wszystkim na kadry fizyjatrów oraz na łóżka gruźlicze. Sytuację w walce z gruźlicą utrudniała jednak organizacyjna wielotorowość w służbie zdrowia, gdyż poza Ministerstwem Zdrowia ochroną zdrowia zajmowały się także inne instytucje państwowe, społeczne i charytatywne³⁶¹. Pierwszą instytucją zajmującą się zwalczaniem chorób zakaźnych, w tym także gruźlicy, był powołany w Lublinie rozporządzeniem Prezydenta Krajowej Rady Narodowej (KRN) 20 listopada 1944 r. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami (NNK). W grudniu 1944 r. utworzono stanowisko naczelnego nadzwyczajnego komisarza do walki z epidemiami³⁶², którym w latach 1944–1945 został doc. dr Jerzy Morzycki (1905–1954)³⁶³. Jednym z pierwszych jego działań było opublikowanie w pierwszym numerze „Dziennika Zdrowia” kilku instrukcji dotyczących zwalczania epidemii chorób zakaźnych. Instrukcja ogólna nakazywała wydziałom zdrowia urzędów wojewódzkich wyodrębnienie akcji zapobiegania i zwalczania epidemii i podporządkowania jej naczelnemu nadzwyczajnemu komisarzowi lub powołanym jego odpowiednikom na terenie poszczególnych województw³⁶⁴. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat prowadził działalność w zakresie zapobiegania epidemiom i ich zwalczania, organizacji szczepień ochronnych, organizowania, przeprowadzania i nadzorowania dezynfekcji i dezynsekcji, organizowania i prowadzenia szpitalnictwa zakaźnego, prowadzenia działalności sanitarno-porządkowej, szerzenia oświaty zdrowotnej, nadzoru nad żywnością, wodą, współpracy z Państwowym Urzędem Repatriacyj-

³⁶¹ Problematyką ochrony zdrowia zajmowało się także Wojsko Polskie, Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego, Ministerstwo Komunikacji, ubezpieczalnie społeczne, zarządy miejskie, Polski Czerwony Krzyż, Państwowy Urząd Repatriacyjny, Ministerstwo Przemysłu, Samopomoc Chłopska i inne organizacje polskie i zagraniczne. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 88.

³⁶² Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do Walki z Epidemiami został powołany uchwałą PKWN 28 grudnia 1944 r. Zob. Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia w Polsce do 1953 roku*, Łódź 1986, s. 392–393.

³⁶³ Profesor, lekarz mikrobiolog, wiceminister zdrowia, od maja 1946 r. dyrektor Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdańsku. Zob.: F. P r z e s m y c k i, *Prof. dr Jerzy Morzycki*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1954, nr 8, s. 236–238; S. K r y ś k i, *Prof. dr Jerzy Morzycki (1905–1954)*, „Biuletyn Państwowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej” 1955, nr 6, s. 9–22.

³⁶⁴ „Dziennik Zdrowia” z 1945 r., nr 1, s. 15–16.

nym (PUR). Zwalczanie gruźlicy włączono w zakres działań NNK w 1946 r.³⁶⁵, gdy przy komisariacie powołano specjalny Wydział Akcji Przeciwgruźliczej³⁶⁶.

Niezmierne ważną instytucją w zwalczaniu i wygaszaniu ognisk ostrych chorób zakaźnych, w tym gruźlicy, w powojennej Polsce okazał się także Państwowy Urząd Repatriacyjny, który został powołany do życia dekretem Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego (PKWN) z 7 października 1944 r.³⁶⁷. Głównym jego zadaniem była opieka państwa nad repatriantami i przesiedleńcami, od przekroczenia granicy, aż do osiedlenia się na danym terenie. Państwowy Urząd Repatriacyjny organizował przesiedlenia ludności polskiej z terenu innych państw, regulował planowy napływ migrantów, zapewniał opiekę sanitarno-żywniową, gdyż posiadał własne placówki służby zdrowia, a także pokrywał koszty leczenia swoich podopiecznych³⁶⁸. Na poziomie województw PUR działał za pośrednictwem oddziałów wojewódzkich³⁶⁹.

W strukturze organizacyjnej PUR wyodrębniono m.in. Wydział Zdrowia, którego naczelnikiem w latach 1945–1949 był Wojciech Pogorzelski. Wydział ten podzielono na trzy oddziały: ds. organizacji służby zdrowia, zaopatrzenia sanitarnego oraz inspekcji sanitarnej i walki z epidemiami, a podstawą jego pracy była tymczasowa instrukcja PUR z 15 maja 1945 r. dotycząca organizacji i podziału pracy³⁷⁰. Za-

³⁶⁵ Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 27/46 w sprawie przekazania komisarzom NNK spraw zwalczania gruźlicy z 13 lipca 1946 r., „Dziennik Zdrowia” z 1946 r., nr 23/24, s. 278–279.

³⁶⁶ Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami składał się z 5 wydziałów: Organizacyjno-Inspekcyjnego, Akcji Przeciwepidemicznej, Sanitarnego, Akcji Przeciwgruźliczej i Zakładowego Lecznictwa Gruźlicy. Zob.: *Sprawozdanie z działalności Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1, s. 5–83.

³⁶⁷ Pewne uzupełnienia w sprawie zadań PUR wnosił dekret z 7 maja 1945 r. Poważne ograniczenie zakresu działania PUR wprowadziła uchwała Prezydium Rządu z 26 lipca 1950 r. Ustawą z 22 marca 1951 r. PUR przestał istnieć. Zob.: Dz.U. RP z 1944 r. nr 7, poz. 32; Dz.U. z 1951 r. nr 18, poz. 141.

³⁶⁸ W. P o g o r z e l s k i, *Służba zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego 1945–1948*, Łódź 1948, s. 13; zob. też: J. B a n a s i a k, *Działalność osadnicza Państwowego Urzędu Repatriacyjnego na Ziemiach Odzyskanych w latach 1945–1947*, Poznań 1963.

³⁶⁹ Początkowo PUR podlegał Radzie Ministrów, następnie dekretem z 7 maja 1945 r. podporządkowano go Ministerstwu Administracji Publicznej, a 13 grudnia 1945 r. włączono go do Ministerstwa Ziem Odzyskanych, które zajmowało się m.in. prowadzeniem planowej akcji osiedleńczej. Po likwidacji tego ministerstwa 21 stycznia 1949 r. – w okresie od 28 kwietnia 1950 do 31 marca 1951 r. – do momentu likwidacji, instytucja podlegała bezpośrednio Prezesowi Rady Ministrów. Zob.: Dz.U. RP z 1945 r. nr 51, poz. 295; Dz.U. RP z 1951 r. nr 18, poz. 141; E. W i ę c k o w s k a, *Organizacja, cele i zadania służby zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w latach 1944–1950*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2001, nr 55, s. 371–377.

³⁷⁰ W strukturze PUR działał także Wydział Personalny, Wydział Prasowo-Organizacyjny, Administracyjno-Gospodarczy, Finansowo-Budżetowy, Planowania i Statystyki, Etapowy,

dania opieki zdrowotnej PUR związane z opieką sanitarno-lekarską nad repatriantami i przesiedleńcami realizowano na podstawie uchwały Rady Ministrów z 15 lutego 1945 r., w której m.in. napisano: „Wobec masowego charakteru repatriacji i związanej z tym groźby wybuchu epidemii, poleca się Departamentowi Zdrowia rozwinąć jak najszerzej akcji profilaktyczno-sanitarnej; personel służby zdrowia PUR traktować jako zmobilizowany do wykonywania zadań wyższej użyteczności publicznej i zwolnić go od obowiązku służby wojskowej”³⁷¹. Akcja ta organizowana była poprzez: pomoc w nagłych wypadkach podczas transportu, leczenie chorych niezakaźnych w izbach chorych oraz leczenie ambulatoryjne, walkę z chorobami zakaźnymi (dezynfekcja, szczepienia ochronne), udzielanie pomocy specjalistycznej (prześwietlenia, badania laboratoryjne, pomoc dentystryczna, protezowanie), prowadzenie badań komisyjnych i kwalifikowanie do zakładów leczniczych, nadzór nad schroniskami, w których czasowo przebywali repatrianci, wreszcie leczenie uzdrowiskowe i sanatoryjne chorujących na gruźlicę³⁷².

Organami Wydziału Zdrowia było 14 działów zdrowia pracujących przy wojewódzkich oddziałach PUR. Działy te miały podporządkowane sobie referaty zdrowia powiatowych oddziałów, będących ostatnim szczeblem w organizacji placówek sanitarnych PUR. W skład oddziałów (powiatowych lub miejskich) wchodziły punkty etapowe, które wykonywały podstawowe zadania opieki sanitarno-lekarskiej nad repatriantami po przybyciu do kraju. Kierownikiem służby zdrowia punktu etapowego był lekarz etapowy (podlegający lekarzowi oddziału powiatowego), który do dyspozycji miał wykwalifikowaną pielęgniarkę, felczera, itp.³⁷³.

Do końca 1945 r. służba zdrowia PUR wykryła 10 929 chorych na gruźlicę, kierując większość z nich do szpitali³⁷⁴. W roku 1946 liczba ta była porównywalna i wynosiła 10 095 osób, przy czym chorych z postacią lekką kierowano do domów wypoczynkowych lub sanatoriów³⁷⁵. Natomiast w 1947 r., choć zmniejszyło się nasilenie repatriacji, a w ślad za tym zmniejszono liczbę punktów medycznych, personelu i udzielanych porad, zarejestrowano aż 16 471 przypadków gruźlicy wśród przesiedleńców³⁷⁶. Płasowało to gruźlicę na drugim miejscu (po świerzbie) wśród zachorowań na choroby zakaźne wykazane przez placówki PUR w latach 1945–1947³⁷⁷.

Transportowy, Osadnictwa, Inspekcji oraz Komisja Odszkodowawczo-Osiedleńcza i Biuro Dyrektora. Zob.: AAN w Warszawie, Zarząd Centralny (dalej: ZC), PUR, sygn. X/2, k. 52–62.

³⁷¹ AAN w Warszawie, ZC PUR, sygn. X/1, k. 10, 17.

³⁷² W. P o g o r z e l s k i, *Służba zdrowia Państwowego Urzędu...*, s. 14–16.

³⁷³ Ibidem.

³⁷⁴ AAN w Warszawie, ZC PUR, sygn. X/2, k. 156.

³⁷⁵ AAN w Warszawie, ZC PUR, sygn. X/2, k. 184.

³⁷⁶ W. P o g o r z e l s k i, *Służba zdrowia Państwowego Urzędu...*, s. 21–22.

³⁷⁷ W latach 1945–1947 zanotowano zachorowania na: dur brzuszny (5135), dur płamisty (561), dur powrotny (197), czerwonkę (5247), błonicę (1519), płonicę (1210), zimnicę

W zwalczaniu epidemii chorób zakaźnych wśród repatriantów Państwowy Urząd Repatriacyjny współpracował ściśle z Polskim Czerwonym Krzyżem, która to organizacja niemal od pierwszych dni po wojnie zintensyfikowała działania w kierunku pomocy w zwalczaniu chorób zakaźnych i społecznych (dur brzuszny, dur plamisty, zimnica, gruźlica), będących następstwem okupacji, masowych ruchów ludności, pogorszenia warunków życia³⁷⁸. Bazujące na wieloletnim doświadczeniu, działania PCK opierały się na prowadzeniu szkoleń sanitarnych, organizowaniu akcji wychowawczych i propagandowych, ruchomych i stałych punktów sanitarno-ratowniczych, docierających do zagrożonych epidemiami miejscowości, w myśl sztandarowego hasła „miłuj bliźniego, bliźniemu służ”³⁷⁹. Zwłaszcza istotne było pozyskiwanie i zaopatrywanie przez tę organizację w środki farmaceutyczne i sanitarne własnych przychodni lekarskich, ośrodków zdrowia i szpitali odbudowywanych po wojnie, a także ludności w żywność i najniezbędniejsze przedmioty codziennego użytku. Polski Czerwony Krzyż organizował zatem punkty dożywiania, sierocińce, domy noclegowe, ruchome ambulanse, pociągi sanitarne, izby dla chorych, przychodnie, punkty opatrunkowe, stacje pogotowia ratunkowego, stacje krwiodawstwa, szkoły medyczne³⁸⁰, w tym także sanatoria przeciwgruźlicze³⁸¹. Ponadto PCK współpracował także z NNK w zakresie opieki sanitarno-medycznej wśród ludności powracającej z obozów pracy przymusowej w Niemczech³⁸².

(18 654), gruźlicę (37 495), świerzb (139 353). Zob.: AAN w Warszawie, ZC PUR, sygn. X/2, k. 156.

³⁷⁸ R. B r z o z o w s k i, *60-lecie Polskiego Czerwonego Krzyża*, „Wiadomości Lekarskie” 1979, nr 17, s. 1189–1194.

³⁷⁹ Polski Czerwony Krzyż mający charakter stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej, działał na podstawie statutu nadanego przez Radę Ministrów 30 listopada 1936 r. Wraz z wybuchem wojny został podporządkowany ministrowi spraw wojskowych. Regulamin określający zadania PCK po wojnie został zmodyfikowany i zatwierdzony przez Ministerstwo Obrony Narodowej 29 sierpnia 1945 r., stąd wszystkie podejmowane kroki były konsultowane z Ministrem Zdrowia, Państwową Radą Zdrowia bądź Ministrem Obrony Narodowej. Zob.: AAN w Warszawie, PCK Zarząd Główny w Warszawie (1945–1959), sygn. 133–215.

³⁸⁰ R. B r z o z o w s k i, *60-lecie Polskiego Czerwonego...*, s. 1192.

³⁸¹ Na koniec 1946 r. organizacja prowadziła sanatorium przeciwgruźlicze w Rabce (dla dzieci) oraz w Zakopanem i Szczawnicy (dla dorosłych). Zob.: Ogłoszenie kierownika biura oddziału PCK w Kluczborku dotyczące sanatoriów prowadzonych przez PCK, warunki przyjęcia i stawki dzienne, jakie w nich obowiązują z końca 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

³⁸² Naczelný Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami udzielał wskazówek dotyczących organizacji tej opieki, z uwzględnieniem chorób zakaźnych, ponadto dotował pociągi sanitarne PCK, uruchomione od stycznia 1946 r. Szacuje się, że dzięki PCK udało się odnaleźć ok. 578 tys. Polaków. Zob.: E. W i ę c k o w s k a, *Organizacja, cele i zadania...*, s. 375.

W celu scalenia i ujednoczenia organizacji służby zdrowia, dekretem z 11 kwietnia 1945 r. został powołany Urząd Ministra Zdrowia, który pełnił zwierzchni nadzór i kierownictwo nad lecznictwem w państwie³⁸³. Odpowiadał on za wykonanie zadań z zakresu publicznej służby zdrowia, kształtowanie polityki zdrowotnej oraz modelu organizacyjnego społecznej służby zdrowia, w myśl idei „nie ma medycyny poza społeczeństwem”³⁸⁴. Wynikał z niej postulat upowszechnienia świadczeń służby zdrowia, a pierwszym krokiem do tego celu było rozszerzenie osobowego zakresu ubezpieczeń i objęcie nimi wszystkich pracujących najemnie wraz z rodzinami. Ponadto w pierwszych latach po wojnie placówki służby zdrowia, w tym głównie szpitale, miały różnorodnych właścicieli (państwo, samorząd, ubezpieczalnie społeczne, organizacje społeczne i charytatywne, osoby prywatne) stąd ministerstwo koordynowało działalność odradzających się wówczas trzech pionów lecznictwa: samorządowego, ubezpieczeniowego i państwowego. Stan taki trwał do 1948 r., gdy na podstawie ustawy wszystkie szpitale zaliczone zostały do społecznych zakładów służby zdrowia³⁸⁵.

Utworzone obok Ministerstwa Zdrowia – Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, zajmowało się sprawami emerytur, rent inwalidzkich, ubezpieczeń i świadczeń ubezpieczeniowych, opieką społeczną. Dodatkowo do zadań tego ministerstwa należała opieka nad matką z dzieckiem, repatriantami z ZSRR i z Zachodu, a także organizacja pomocy ze strony zagranicznych stowarzyszeń charytatywnych dla Polski po wyzwoleniu³⁸⁶.

Początkowo walką z gruźlicą w Ministerstwie Zdrowia zajmował się Departament Medycyny Społecznej, natomiast w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej powstała Komisja do Walki ze Skutkami Biologicznego Wymuszczenia Narodu, która zajmowała się także walką z gruźlicą, dzięki temu została ona po raz pierwszy po

³⁸³ Urząd Ministra Zdrowia był działem administracji państwowej odpowiedzialnym i powołanym do rozwiązywania problemów ochrony zdrowia ludności w zakresie profilaktyki i lecznictwa oraz do stworzenia jej jednolitego systemu i przeprowadzania planowej polityki zdrowotnej opartej na realnych podstawach ekonomicznych. Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone po podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, utworzonego ustawą z 31 grudnia 1944 r. jako dwa osobne ministerstwa: Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Zob.: Dz.U. RP z 1945 r., nr 12, poz. 63.

³⁸⁴ Zob.: L. K r o t k i e w s k a, *Rola prawa w rozwoju ochrony zdrowia w 25-leciu PRL*, „Zdrowie Publiczne” 1969, nr 7.

³⁸⁵ Ta podstawowa przebudowa służby zdrowia stworzyła warunki do rozwoju akcji zwalczania gruźlicy, a przede wszystkim stworzyła warunki dla uchwalenia 22 kwietnia 1959 r. ustawy o zwalczaniu gruźlicy, podstawowego aktu prawnego sankcjonującego działalność organizacyjną i ekonomiczną nie tylko resortu zdrowia. Zob.: Ustawa z 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1950 r. nr 55, poz. 434.; W. J a r o s z e w i c z, *Przełom i osiągnięcia w walce z gruźlicą w 25-leciu PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 5, s. 403–415.

³⁸⁶ *Archiwum Akt Nowych...*, s. 352.

wojnie zinstytucjonalizowana przez państwo. W drugiej połowie 1945 r. w strukturę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia włączono Naczelną Nadzwyczajną Komisariat do Walki z Epidemiami, a następnie w listopadzie tegoż roku powołany został w ministerstwie specjalny Wydział do Walki z Gruźlicą, prowadzony przez dr. Michała Telatyckiego. To właśnie na pracownikach tego wydziału w pierwszym roku spoczął ciężar koordynacji wspomnianych działań, a prace te wspierali członkowie Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą. Następnie sprawy związane ze zwalczaniem gruźlicy przekazano Naczelnemu Nadzwyczajnemu Komisarzowi i komisarzom wojewódzkim³⁸⁷. Samodzielny Wydział Walki z Gruźlicą włączono do NNK i podzielono na dwa wydziały – Akcji Przeciwgruźliczej i Lecznictwa Zakładowego, kierowane przez dr. M. Telatyckiego, który został także drugim zastępcą Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami³⁸⁸.



Michał Telatycki

Powyższa reorganizacja podyktowana była głównie względami ekonomicznymi, gdyż gruźlica stała się najczęściej występującą w Polsce chorobą zakaźną i przybrała postać epidemiczną, a środki przeznaczane na jej zwalczanie, jakie otrzymywał Wydział Walki z Gruźlicą były niewystarczające. Chodziło o to, aby wykorzystać dotychczasowe doświadczenia NNK w walce z chorobami zakaźnymi, a także, by nie dochodziło do dublowania zadań kilku instytucji w walce z gruźlicą.

³⁸⁷ Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 27/46 z 13 lipca 1946 r. w sprawie przekazania komisarzom NNK spraw zwalczania gruźlicy, „Dziennik Zdrowia” z 1946 r. nr 23/24, s. 278–279.

³⁸⁸ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarzatu do Walki z Epidemiami za rok 1946...*, s. 42.

Pod koniec maja 1945 r. uruchomiono centralę Państwowego Zakładu Higieny (PZH) w Łodzi, gdyż budynki w Warszawie zostały zniszczone. Ponadto od stycznia działały filie Zakładu w Kielcach, Krakowie i Lublinie, a w pozostałych województwach przystąpiono do odbudowy lub przebudowy budynków, by uruchomić kolejne filie. Każda z nich miała trzy oddziały: bakteriologiczny, badania żywności i wodny. Od samego początku PZH włączył się w walkę z epidemiami, potwierdzając ogniska zakażeń, śledząc drogi ich roznoszenia, zapobiegając wybuchowi epidemii, jednak przede wszystkim prowadził szkolenie publicznej służby zdrowia³⁸⁹. Pod koniec 1946 r. centralę PZH przeniesiono do Warszawy, funkcjonowały też filie w: Łodzi, Katowicach, Wrocławiu, Krakowie, Poznaniu, Lublinie, Białymstoku, Gdyni i Kielcach. Pod koniec 1947 r. działało 13 filii, które do 1952 r. wykonywały zarówno badania diagnostyczne, jak i prowadziły prace sanitarne. Jako jednostka podległa Ministerstwu Zdrowia PZH współpracował z NKK w zakresie zwalczania epidemii, prowadził badania na nosicielstwo chorób zakaźnych, produkował surowice, szczepionki, służące leczeniu zakaźnemu i zapobieganiu epidemiom, przez co także wniósł wkład w walkę z gruźlicą bezpośrednio po wojnie, stanowiąc trzon pionu sanitarno-epidemiologicznego współpracującego ze służbą zdrowia³⁹⁰. Pomimo zinstytucjonalizowania walki z gruźlicą, bezpośrednio po wyzwoleniu nie została wznowiona działalność organizacji społecznych funkcjonujących przed wojną, w tym Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, a nieliczne wojewódzkie towarzystwa przeciwgruźlicze, które wznowiły swoją działalność, wkrótce ją zawiesiły.

Pierwsze posiedzenie naukowe Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, którego prezesem została Janina Misiewicz, odbyło się dopiero 13 lutego 1946 r.³⁹¹, jednak ze względu na trudne warunki pracy naukowo-badawczej w zniszczonym przez wojnę kraju, istniały trudności nawiązania kontaktu z polskimi ftyzjatrami, których było wówczas ok. 50. Jak trudno było wznowić ich działalność, niech świadczy fakt, że spośród członków Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą w czasie wojny zmarło z różnych przyczyn ponad 80 specjalistów-ftyzjatrów, tj.

³⁸⁹ *Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia 1945*, Warszawa 1946, s. 89–90.

³⁹⁰ F. P r z e s m y c k i, *Państwowy Zakład Higieny i jego rola w zwalczaniu chorób zakaźnych*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1, s. 84–91; S. K a ł u ż e w s k i, *Przyczynek do historii Państwowego Zakładu Higieny (1945–1997)*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” 1998, supl. 49, s. 101–123.

³⁹¹ Prezesem została Janina Misiewicz, a w skład zarządu weszli: Michał Telatycki, Jan Stopczyk, Wiwa Jaroszewicz, Andrzej Biernacki, Władysław Ostrowski, Tadeusz Bielecki i Eugeniusz Kodejszko. W 1951 r. organizacja zmieniła dotychczasowy statut i przyjęła nazwę Polskie Towarzystwo Ftyzjatryczne, a od 1959 r. Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumologiczne. Zob.: W. T r y b o w s k i, *Dzieje Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych...*, s. 279.

20% ogólnej ich liczby³⁹². W związku ze zmianą profilu funkcjonowania Towarzystwa, program działania przewidywał nasilenie i organizację walki z gruźlicą. Nawiązano w tym celu współpracę z utworzoną we wrześniu 1945 r. Państwową Radą Zdrowia, na czele której stał wówczas Marcin Kacprzak (1888–1968)³⁹³. Dwa miesiące później powołano do życia Sekcję Przeciwgruźliczą, która opracowała jednolity program kursów doskonalących dla lekarzy i pielęgniarek w zakresie ftyzjatrii i walki z gruźlicą oraz przyjęła zasadę utworzenia w każdym powiecie poradni powiatowej, wyposażonej w sprzęt diagnostyczny i laboratoryjny³⁹⁴.

Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą reprezentowało Polskę na forum Międzynarodowej Unii do Walki z Gruźlicą (Union Internationale Centre la Tuberculose –UICT), która to organizacja wznowiła działalność w listopadzie 1947 r.³⁹⁵. Ponieważ UICT od 1948 r. nawiązała ścisłą współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia (World Health Organization – WHO)³⁹⁶ w zakresie zwalczania

³⁹² M. Zi e r s k i, *Gruźlica...*, s. 614; *Od redakcji*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. VI.

³⁹³ Lekarz higienista, specjalista medycyny społecznej. W okresie międzywojennym pracował w Państwowej Szkole Higieny. Współpracownik Sekcji Higieny Ligi Narodów, od 1928 r. redaktor czasopisma „Zdrowie”. Po drugiej wojnie światowej z ramienia Polski przygotowywał projekt powołania WHO. Od 1945 r. profesor Uniwersytetu Łódzkiego, od 1947 r. profesor Akademii Medycznej w Warszawie, także jej wieloletni rektor. Prowadził badania dotyczące zdrowia ludności wiejskiej, interesował się higieną szkolną, propagował zasady higieny w społeczeństwie. Zob.: M. K a c p r z a k, *O zdrowie ludności wiejskiej*, Warszawa 1936; i d e m, *Gruźlica na wsi*, Warszawa 1938; i d e m, *Rola medycyny społecznej w kształtowaniu polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne” 1966, nr 11/12.

³⁹⁴ K. J o n s c h e r, *Sprawozdanie z pierwszego posiedzenia Państwowej Rady Zdrowia*, „Nowiny Lekarskie” 1945, nr 9, s. 14–17.

³⁹⁵ Od 1927 r. za zgodą Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Polskę w pracach UICT reprezentował Polski Związek Przeciwgruźliczy, jednak po wojnie nie został on reaktywowany, stąd jego funkcję w UICT przejęło Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą, czyli obecne Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne. Dzięki temu w ciągu następnych lat wielu polskich naukowców brało udział w badaniach naukowych inspirowanych przez poszczególne komisje naukowe UICT. Zob.: W. J a r o s z e w i c z, *Działalność Międzynarodowej Unii do Walki z Gruźlicą*, „Gruźlica” 1972, nr 5, s. 385–389.

³⁹⁶ Konstytucja WHO weszła w życie 7 kwietnia 1948 r. i od tego dnia Polska stała się członkiem tej organizacji. Pierwsze Światowe Zgromadzenie Zdrowia odbyło się w dniach od 24 czerwca do 24 lipca 1948 r., podczas którego powołano Komitet Wykonawczy, który przejął funkcję wszystkich dotychczasowych międzynarodowych organizacji zdrowia, tj.: Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej, Organizacji Zdrowia Ligi Narodów i Panamerykańskiej Organizacji Sanitarnej. Dnia 15 sierpnia 1950 r. Polska wraz ze wszystkimi europejskimi państwami socjalistycznymi (z wyjątkiem Jugosławii) wystąpiła z organizacji na znak protestu wobec prowadzenia przez WHO nieprzyjaznej polityki i dyskryminacji. Z uwagi na to, że konstytucja WHO nie zawiera klauzuli wystąpienia członka z organizacji, w efekcie długotrwałych rokowań nasz kraj stał się ponownie członkiem WHO od stycznia 1957 r. Zob.: J. I n d u s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny...*, s. 634; zob. też:

gruźlicy, także w Polsce wszystkie działania opierały się o wytyczne, których głównym założeniem było osiągnięcie przez wszystkie narody możliwie najlepszego stanu zdrowotnego³⁹⁷. Już w 1947 r. WHO uznała gruźlicę za poważny problem o zasięgu światowym, chorobę będącą jedną z głównych przyczyn zgonów we wszystkich krajach członkowskich. Stąd też w 1948 r. organizacja podjęła uchwałę o uznaniu walki z gruźlicą za swoją priorytetową działalność, a ponadto określiła wytyczne, które miały realizować instytucje zajmujące się walką z gruźlicą w poszczególnych krajach. Dotyczyły one m.in.: określenia rozmiaru choroby, zatrudniania i szkolenia wykwalifikowanego personelu, pomocy finansowej, profilaktyki i informacji, jednolitej klasyfikacji szczepień, prób tuberkulinowych, interpretacji zdjęć małoobrazkowych, nawiązania współpracy międzynarodowej między poszczególnymi krajami³⁹⁸.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) za 1945 i 1946, w Polsce z powodu gruźlicy zmarło 39 tys., a 234 tys. było chorych. W roku 1946 polski ogólny wskaźnik umieralności (średnie roczne obliczone przy uwzględnieniu zgonów wśród ludności porównywalnej z latami powojennymi) odpowiadał wskaźnikowi we Francji z 1931 r. i wynosił 16,0 na 10 tys. ludności³⁹⁹. Stąd Polska zajmowała niechlubne wysokie miejsce wśród państw europejskich, jeśli chodzi o umieralność z powodu gruźlicy⁴⁰⁰. Choć pamiętać należy, że liczby te i tak były

M. K a c p r z a k, B. K o ź u s z n i k, *Powstanie i rozwój Światowej Organizacji Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 5, s. 13–15; A. L e l i g d o w i c z, *Działalność Światowej Organizacji Zdrowia i jej współpraca z Polską*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 5, s. 18–21.

³⁹⁷ Realizacja tego celu odbywa się m.in. przez koordynowanie pracy służby zdrowia w skali międzynarodowej, współpracę z organizacjami w zakresie zdrowia ludności, inicjowanie akcji zwalczania chorób epidemicznych i innych, działalność w kierunku polepszenia warunków życia, rozwój opieki nad matką i dzieckiem, popieranie badań naukowych w zakresie zdrowia, podnoszenie poziomu nauczania w zakresie opieki lekarskiej, ujednolicanie postępowania diagnostycznego, ustalanie międzynarodowej nomenklatury chorób i przyczyn zgonów oraz in.. Zob.: J. I n d u s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny...*, s. 632.

³⁹⁸ *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. XXXV–XXXVI.

³⁹⁹ W latach 1945–1946 dane statystyczne były obliczane każdego roku dla 6 miast: Warszawy, Łodzi, Krakowa, Poznania, Katowic, Bydgoszczy. W 1946 r. najwyższy wskaźnik zgonów był w Poznaniu (17,7 na 10 tys. ludności), a najniższy w Katowicach (10,1). Zob.: M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 84.

⁴⁰⁰ Liczba zgłaszających się do poradni wynosiła w: 1946 r. – 0,24% ludności, w tym 0,13% chorych na gruźlicę, 1948 r. – 1,70%, w tym 0,83% chorych na gruźlicę, 1949 r. – 2,02%, w tym 0,80% chorych na gruźlicę, 1950 r. – 2,29%, w tym 0,63% chorych na gruźlicę. Z danych wynika, że liczba zgłoszeń do poradni z roku na rok rosła, a liczba chorych na gruźlicę malała. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, *Zwalczanie gruźlicy w planie sześcioletnim*, „Gruźlica” 1952 supl. 6: *X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Rokitnicy Śląskiej*, pod red. J. Gackowskiego, s. 26.

mniejsze po wojnie, niż np. w 1944 r., czy na początku 1945 r.⁴⁰¹, gdyż w wyniku śmierci podczas okupacji wielu chorych na gruźlicę, umieralność z powodu tej choroby w pierwszych powojennych latach znacznie się zmniejszyła⁴⁰². Dla przykładu, w Lublinie wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy w 1945 r. wynosił 25,1 na 10 tys. ludności, a już rok później zmniejszył się do 15,5, mimo że w mieście tym wykazywano większe nasilenie umieralności, a więc i chorobowości na gruźlicę, niż w innych większych miastach Polski, poza Łodzią. Niemniej jednak umieralność na gruźlicę płuc nadal stanowiła najwyższy odsetek ogółu zgonów z powodu tej choroby, dochodząc w 1948 r. do 86,3%⁴⁰³.

Pomimo podawanych od 1945 r. danych statystycznych dotyczących zachorowalności i umieralności z powodu gruźlicy, tak naprawdę rozmiary klęski społecznej spowodowanej tą chorobą ustalono dopiero w pierwszym kwartale 1947 r. W tym właśnie okresie w Polsce na choroby zakaźne łącznie z gruźlicą zmarło 1847 osób, z tego z powodu gruźlicy 1265, czyli stosunek zgonów na gruźlicę do zgonów na inne choroby zakaźne wynosił 2,2 do 1,0. W Warszawie stosunek ten kształtował się nawet jak 9,8 do 1,0, z przewagą na gruźlicę i ten stan był najbardziej prawdopodobny dla całego kraju. Tak duże różnice wynikały z niestnienia jednolitej, powszechnie przestrzeganej rejestracji zgonów⁴⁰⁴, a także sieci poradni przeciwgruźliczych zajmujących się wykrywaniem tej choroby, zważywszy, że w początkowym okresie przebiega ona bezobjawowo⁴⁰⁵. Wskaźnik ogólny umieralności w 1947 r. wynosił 14,4 na 10 tys. ludności⁴⁰⁶. W roku 1948 wskaźnik ogólny zgonów z powodu gruźlicy w sześciu dużych miastach wynosił 13,0 na 10 tys. ludności, przy czym najwyższy był w Łodzi (16,2), a najniższy w Katowicach (6,7). Obserwowane różnice pomiędzy tymi regionami występowały także w latach następnych, gdyż mimo iż są to obszary przemysłowe, to jednak region śląski miał już wcześniej lepiej rozbudowane urządzenia w zakresie higieny komunalnej. W dniu 10 czerwca 1948 r. weszło w życie zarządzenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (okólnik nr 97), zobowiązujące lekarzy ubezpieczeniowych do prowadzenia tzw.

⁴⁰¹ W Warszawie umieralność z powodu gruźlicy w 1944 r. wynosiła 500 osób na 100 tys. ludności. Por.: M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 85.

⁴⁰² Ibidem.

⁴⁰³ J. D a n i e l s k i, *Umieralność i chorobowość na gruźlicę...*, s. 186.

⁴⁰⁴ Rejestracja zgonów z powodu innych chorób zakaźnych była ściślejsza, dzięki łatwiejszemu rozpoznawaniu tych chorób za życia. Ich początek jest burzliwy, łatwo uchwytne, stąd można szybko znaleźć źródła zarazy i chorych odizolować. Gruźlica natomiast zaczyna się z reguły bezboleśnie i nieuchwytnie dla chorego. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Elementy etiologii...*, s. 50.

⁴⁰⁵ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 89.

⁴⁰⁶ Najwyższy wskaźnik zgonów był w Warszawie (16,4), a najniższy w Katowicach (8,9). Zob.: H. R u d z i ń s k a, *Umieralność z gruźlicy w Warszawie w latach 1948–1950*, „Gruźlica” 1952, nr 2, s. 272.

„karty statystycznej chorego”⁴⁰⁷. Na podstawie tego zarządzenia uzyskano obszerny materiał statystyczny za 1949 r. Dowodził on, że zapadalność na gruźlicę we wszystkich postaciach wynosiła 28,5 na 1000 uprawnionych, czyli że prawie trzy przypadki chorobowe na każde 100 rozpoznano jako gruźlicę. Tymczasem masowe badania rentgenowskie małoobrazkowe wykonane w 1950 r. na dużej liczbie osób (robotnicy, urzędnicy, młodzież) wykazały zmiany gruźlicze w płucach tylko u 0,9%, a inne postacie gruźlicy należały do rzadkości. Analiza tych danych dowodzi, że lekarze ubezpieczalni dość pochopnie rozpoznawali gruźlicę i przypuszczają należy, iż podlegało ono często zmianie w czasie dalszego leczenia⁴⁰⁸.

Dokładne statystyki zachorowalności i umieralności z powodu gruźlicy w całym kraju publikowane były regularnie przez GUS dopiero od 1949 r., w korelacji z grupami wieku zmarłych, charakterem miejscowości, płcią itp. Stąd możemy dowiedzieć się, że w 1949 r. gruźlica była przyczyną 27 613 zgonów (jako przyczyna zgonów była na czwartym miejscu po chorobach okresu starości, układu krążenia i oddechowego), przy czym była to znaczna poprawa w porównaniu z okresem przedwojennym, uwzględniając nawet mniejszą po wojnie liczbę ludności. Wskaźnik umieralności z powodu tej choroby dla obu płci wynosił 113,1 na 100 tys. ludności, w tym mężczyźni – 124,5, i kobiety – 76,9⁴⁰⁹. W tym roku na gruźlicę chorowało 197 892 chorych na gruźlicę czynną, co dawało wskaźnik 804 na 100 tys. ludności, w tym na gruźlicę płuc 62 451 (254 na 100 tys.)⁴¹⁰ i choć wskaźnik zakażenia zmniejszył się z 10% (w latach trzydziestych) do 6% w okresie 1940–1949, nadal był on bardzo wysoki. Najwyższy wskaźnik umieralności z powodu gruźlicy wszystkich postaci był w województwie łódzkim (144,9 na 100 tys. ludności), bydgoskim (120,9) oraz warszawskim (129,9), a najniższy w białostockim (84,9), olsztyńskim (86,4) i opolskim (92,0)⁴¹¹. Najgorsza sytuacja panowała jednak w dużych

⁴⁰⁷ „Karta statystyczna chorego” obowiązywała do 1 czerwca 1950 r. Wypełnione przez lekarzy karty były przesyłane do ubezpieczalni, a stamtąd miesięczne zestawienia kierowano do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, gdzie podlegały częściowemu opracowaniu w odstępach kwartalnych. Zob.: S. T o b i a s z, *Zapadalność wśród ubezpieczonych i członków ich rodzin w roku 1949*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1952, nr 5/6, s. 152–156.

⁴⁰⁸ Ibidem, s. 155.

⁴⁰⁹ Struktura umieralności w 1949 r. przedstawiała się następująco: 0–14 lat – 6,4%, 15–49 lat – 67,1%, powyżej 50 lat – 26,5%. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, S. H o r n u n g, W. J a r o s z e w i c z, *Zagadnienie opanowania gruźlicy...*, s. 494.

⁴¹⁰ Chorzy na gruźlicę zarejestrowani w poradniach przeciwgruźliczych w latach 1949–1950, zob.: J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *30 lat walki z gruźlicą...*, s. 491.

⁴¹¹ Wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy w kraju – według podziału administracyjnego od 1950 r. – w pozostałych województwach w 1949 r. przedstawiał się następująco: gdańskie – 99,6 na 100 tys. ludności, śląsko-dąbrowskie z podziałem na: katowickie – 98,6; opolskie – 92,0, kieleckie – 110,2, koszalińskie – 105,7, krakowskie – 113,1, lubelskie – 110,1, poznańskie – 110,3, rzeszowskie – 109,5, szczecińskie – 101,0, wrocławskie – 110,3, zielonogórskie – 110,5. Por.: O. B u r a c z e w s k i, M. J u c h n i e w i c z, H. R u d z i ń s k a, *Nowe*

aglomeracjach, tj. w Łodzi (155,4) oraz Warszawie (140,2), a najlepsza na terenach północnych.

W roku 1950 zarejestrowano 158 234 chorych na gruźlicę czynną (633 na 100 tys.), z czego na gruźlicę płuc 66 258 (265 na 100 tys.)⁴¹². Analogicznie odnotowano 26 265 zgonów (105,8 na 100 tys. ludności), które stanowiły 9,1% ogólnej liczby zgonów w kraju z powodu wszystkich przyczyn. W roku tym w grupie 0–14 lat wskaźnik umieralności wynosił 41,9, w grupie młodzieży (15–19 lat) – 68,3. Najwyższą umieralność 174,5 na 100 tys. ludności zanotowano w grupie osób mających 45–64 lata⁴¹³. Wysoki wskaźnik w grupie dzieci 0–14 lat obciążony był głównie zgonami niemowląt, które dawały 129,3 zgonów z powodu gruźlicy na 100 tys. żywo urodzonych, z tym że najwięcej zgonów w tej grupie rejestrowano z powodu gruźliczego zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych. Wzrost liczby zgonów w grupie 55–59 lat oraz w grupie młodzieży i młodych dorosłych charakteryzuje tragiczną sytuację epidemiologiczną pierwszych lat powojennych, istnienie dużej liczby chorych na ciężką postać gruźlicy rozpadowej (skutki okupacji, obozów koncentracyjnych i trudnych warunków bytowych po wojnie) i dużą zakaźność gruźlicą nieuodpornionych roczników dzieci i młodzieży. Dodać należy, że gruźlica pozapłucna była w omawianym roku przyczyną 10,6% zgonów, co nie przedstawiało tak znacznych różnic w porównaniu z innymi krajami jak gruźlica płuc. W ogólnej liczbie zgonów w 1950 r. z powodu gruźlicy było 11,6% zgonów dzieci, 6,3% młodzieży, 46,0% młodych dorosłych, 29,4% z grupy chorych w wieku 45–64 lata i tylko 6,7% w grupie 65 lat i wyżej⁴¹⁴. W omawianym roku współczynnik zgonów mężczyzn wynosił 130,8, a kobiet – 83,1 na 100 tys. ludności; „nadumieralność” mężczyzn stanowiła 57,4%. Jedynym okresem, kiedy zgony wśród kobiet miały wyższy wskaźnik był wiek 4–19 lat. Od tego wieku różnica w zgonach między kobietami i mężczyznami powiększała się coraz bardziej aż do punktu szczytowego ok. 59. roku życia.

dane epidemiologiczne gruźlicy w Polsce, „Gruźlica” 1957, nr 2, s. 130; zob. też: „Rocznik Statystyczny” 1950.

⁴¹²J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *30 lat walki z gruźlicą...*, s. 491.

⁴¹³Zgony z powodu gruźlicy wszystkich postaci według płci (M – mężczyźni, K – kobiety) i wieku w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 1950 r. przedstawiały się następująco: poniżej 1 roku życia (M – 1,2; K – 1,2), 1–4 lata (M – 8,9; K – 8,9), 5–9 lat (M – 31,0; K – 14,4), 10–14 lat (M – 12,2; K – 25,8), 15–19 lat (M – 26,5; K – 43,4), 20–24 lata (M – 39,0; K – 46,8), 25–29 lat (M – 40,1; K – 43,0), 30–34 lata (M – 36,6; K – 34,8), 35–39 lat (M – 32,3; K – 29,0), 40–44 lat (M – 29,9; K – 22,5), 45–49 lat (M – 25,0; K – 17,1), 50–54 lata (M – 20,7; K – 11,7), 55–59 lat (M – 15,3; K – 8,7), 60–64 lata (M – 9,0; K – 5,1), 65–69 lat (M – 5,2; K – 3,3), 70–74 (M – 2,9; K – 1,4), powyżej 75 lat (M – 0,9; K – 0,6). Por.: O. B u r a c z e w s k i, M. J u c h n i e w i c z, H. R u d z i ń s k a, *Nowe dane epidemiologiczne gruźlicy...*, s. 138.

⁴¹⁴H. R u d z i ń s k a, J. L e o w s k i, *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy*, „Pneumonologia Polska” 1978, nr 1, s. 2.

W pierwszych latach powojennych większe natężenie zgonów z powodu gruźlicy wszystkich postaci istniało w miastach. Sytuacja była więc odwrotna niż w okresie międzywojennym, kiedy więcej zgonów notowano wśród ludności wiejskiej, przy czym w następnych latach, przy ogólnej tendencji spadkowej, współczynniki zgonów w miastach spadały szybciej, niż na wsi. Wskazywało to na przesunięcie się fali epidemiologicznej gruźlicy z dużych miast poprzez mniejsze na wieś. Sytuacja poprawiła się nieco w 1950 r., gdyż np. w Łodzi wskaźnik zgonów wynosił 140,1, a w Warszawie – 122,0, podczas gdy w całym kraju zarejestrowano 105,8 zgonów na 100 tys. ludności (113,9 zgonów w miastach i 101,1 na wsi). W omawianym roku mapa rozmieszczenia geograficznego umieralności z powodu gruźlicy wykazywała znaczne różnice w poszczególnych województwach. Najwyższy wskaźnik umieralności z powodu tej choroby zanotowano wówczas w województwie łódzkim (123,9 na 100 tys. ludności), bydgoskim (120,9) oraz warszawskim (118,4), a najniższy w województwie opolskim (87,0), białostockim (88,0) i katowickim (89,2)⁴¹⁵. Być może tak duża różnica wskaźników świadczyła o różnym poziomie rozwoju zaplecza technicznego w zakresie higieny sanitarnej w poszczególnych regionach kraju⁴¹⁶. Wysoki wskaźnik umieralności w skali kraju (105,8) w omawianym roku plasował Polskę na szóstym miejscu w świecie, a to z kolei świadczyło o wadze problemu gruźlicy w kraju⁴¹⁷.

Z porównania umieralności względnej w 1950 r. w 32 krajach i w Polsce według płci i wieku wynika, że prawie we wszystkich grupach wiekowych liczby w Polsce były wyższe⁴¹⁸. Jedynie wyraźnie mniejszy udział zgonów z powodu gruź-

⁴¹⁵Wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy w pozostałych województwach w 1950 r. przedstawiał się następująco: gdańskie – 93,0 na 100 tys. ludności, kieleckie – 111,9, koszalińskie – 104,6, krakowskie – 108,1, lubelskie – 105,4, olsztyńskie – 99,0, poznańskie – 100,3, rzeszowskie – 102,4, szczecińskie – 103,6, wrocławskie – 98,9, zielonogórskie – 107,0. Por.: O. B u r a c z e w s k i, M. J u c h n i e w i c z, H. R u d z i ń s k a, *Nowe dane epidemiologiczne gruźlicy...*, s. 130; zob. też: „Rocznik Statystyczny” 1951.

⁴¹⁶Województwo katowickie z rozbudowanym zapleczem przemysłowym, ale i odpowiednimi urządzeniami w zakresie higieny komunalnej, miało stosunkowo niski współczynnik umieralności. Podobnie poznańskie, region przemysłowo-rolniczy z dostatecznym stanem urządzeń higienicznych. Łódź – miasto przemysłowe posiadające niedostateczne urządzenia miało wysoki wskaźnik, Warszawa natomiast ulegała wciąż dużym ruchom migracyjnym, z czym wiązało się duże zagęszczenie ludzi na małym obszarze. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy...*, s. 723–724.

⁴¹⁷Przed Polską była Brazylia (195,3 na 100 tys. ludności), Chile (158,9), Japonia (146,3), Portugalia (142,2) i Filipiny (118,8), natomiast najniższy odsetek zgonów miała Dania (13,8). Por.: O. B u r a c z e w s k i, M. J u c h n i e w i c z, H. R u d z i ń s k a, *Nowe dane epidemiologiczne gruźlicy...*, s. 134; zob. też: „Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose” 1954, No. 1/2.

⁴¹⁸Średnia statystyczna umieralności z powodu gruźlicy dla 32 krajów w 1950 r. wynosiła 5,3 dla mężczyzn i 4,4 dla kobiet. Średnia statystyczna umieralności z powodu gruźlicy

licy w Polsce występował wśród mężczyzn w wieku 5–29 lat oraz kobiet w wieku 1–24 lata. Nieco mniej zgonów odnotowano jeszcze u kobiet w wieku 65–69 i ponad 75 lat. Najwięcej zgonów wśród kobiet w tym roku występowało w grupie wiekowej 20–24 lata, a wśród mężczyzn szczyt wypadł zawsze w wyższej grupie wiekowej, tzn. pomiędzy 45. a 59. rokiem życia⁴¹⁹.

Trudna sytuacja, gdy chodzi o masowe badania panowała również wśród młodzieży akademickiej pochodzącej z różnych środowisk, przebywającej w dużych skupiskach, często uchylającej się od badań w poradni przeciwgruźliczej⁴²⁰. W latach 1946–1947 na ogólną liczbę 50 tys. studentów wszystkich uczelni zbadano 24 439 osób, tj. 48,9% ogółu i wykryto zakaźną gruźlicę płuc u 2,3% osób oraz gruźlicę niezakaźną czynną, wymagającą leczenia u 5,3%. Sytuacja wyglądała różnie, w zależności od regionu Polski. Wiązało się to najczęściej z przemieszczaniem się ludności po zakończeniu działań wojennych oraz sytuacją ekonomiczno-bytową w regionie. I tak, w warszawskim środowisku akademickim w latach 1946–1947 wykryto 3,39% gruźlicy płuc wymagającej leczenia, 3,32% – wymagającej obserwacji oraz 2,66% gruźlicy płuc wygojonej⁴²¹. Wśród akademickiej młodzieży Krakowa w tych latach stwierdzono 2,54% gruźlicy czynnej, 6,81% wymagającej obserwacji i 39,61% z gruźlicą wygojoną, a w latach 1947–1948 – 2,21% gruźlicy czynnej, 6,62% wymagającej obserwacji i wygojoną u 31,97% osób⁴²². Wśród lubelskiej młodzieży akademickiej w latach 1945–1946 wykryto 6,23% gruźlicy czynnej i 7,17% wymagającej obserwacji⁴²³. Porównując ze statystykami dotyczącymi innych ośrodków uniwersyteckich, stan zdrowotności młodzieży akademickiej we Wrocławiu w 1946 r. pod względem zachorowania na gruźlicę był najlepszy. W pierwszych masowych badaniach wykazano 2,1% wymagających

w Polsce w 1950 r. wynosiła 10,2 dla mężczyzn i 7,9 dla kobiet na 100 tys. ludności. Por.: O. B u r a c z e w s k i, M. J u c h n i e w i c z, H. R u d z i ń s k a, *Nowe dane epidemiologiczne gruźlicy...*, s. 138.

⁴¹⁹ Por.: ibidem.

⁴²⁰ Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy wśród studentów nie była identyczna ze stanem gruźlicy wśród całej młodzieży w tym wieku, ponieważ istniała selekcja w szkole średniej, wśród kandydatów na wyższe uczelnie i w toku studiów. Niemniej jednak po wojnie zakaźność wśród studentów, wyrażona dodatkowymi odczynami tuberkulinowymi wynosiła dla mężczyzn – 82,2%, dla kobiet – 74,9%. Zob.: Z. S k i b i ń s k i, J. S k i b i ń s k i, [Notatka], „Przegląd Lekarski” 1947, s. 746.

⁴²¹ E. K o d e j s z k o, *Gruźlica płuc w akademickim środowisku warszawskim*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 388–395.

⁴²² J. M r o z o w s k i, *Statystyka zakażenia gruźliczego wśród młodzieży akademickiej środowiska krakowskiego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 395–399; i d e m, *Gruźlica wśród młodzieży wyższych uczelni w Krakowie w latach 1946–1947 i 1947–1948*, „Przegląd Lekarski” 1948, z. 20, s. 656–661.

⁴²³ E. K o d e j s z k o, *Gruźlica płuc w akademickim środowisku...*, s. 392.

leczenia i 2,64% wymagających obserwacji⁴²⁴. Natomiast w Łodzi w roku akademickim 1948–1949 stwierdzono w 91,6% dodatni odczyn tuberkulinowy, z czego 1,9% wymagało leczenia, a 10,1% dalszej obserwacji lekarskiej⁴²⁵.

Przytoczone liczby świadczą o tym, że sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w pierwszych pięciu latach po wojnie plasowała się między epidemią a endemią. Choć zaznaczyć należy, że mimo, iż z roku na rok chorobowość wzrastała, to umieralność była coraz mniejsza. Można by przypuszczać, że spadek współczynnika zgonów z powodu gruźlicy był wynikiem ogólnie zmniejszającej się liczby zgonów, ale porównując odsetki zgonów z powodu gruźlicy w stosunku do ogólnej ich liczby zauważyć można, iż zgony z powodu gruźlicy spadały szybciej niż zgony z wszystkich przyczyn razem wziętych. Trudno jednak było myśleć wówczas o prowadzeniu prawidłowej akcji zwalczania tej choroby, polegającej przede wszystkim na wczesnym wykrywaniu i odizolowaniu chorych w zakładach leczniczych, bowiem brakowało kadry medycznej (lekarzy ftyzjatrów, przeszkolonego personelu pielęgniarskiego, radiologów, bakteriologów), odpowiedniej bazy, podstawowej aparatury do powszechnej diagnostyki, skutecznej wykrywalności itp. A sytuacja była o tyle niepokojąca, iż na początku lat pięćdziesiątych zauważono na podstawie wyników absencji zjawisko przenoszenia się chorych na gruźlicę z grup produkcji (wymagającej cięższej pracy, np. górnictwo, hutnictwo) do grup produkcji i usług (lżejsza praca w lepszych warunkach, jak np. przemysł spożywczy).

W pierwszych latach po wojnie koncentrowano się na podtrzymywaniu finansowym ocalałych placówek przeciwgruźliczych, kierowaniu chorych do stopniowo uruchamianych sanatoriów, na bieżąco uzupełnianych odzyskiwanym sprzętem, który uprzednio był wywieziony przez okupanta, bądź z darów oraz opracowaniu planu walki z gruźlicą na następne lata. Zgodnie z planem Wydziału Gruźlicy Ministerstwa Zdrowia z 1945 r. akcją przeciwgruźliczą rozpoczęto od tworzenia i wyposażania szpitali, sanatoriów i prewentoriów w łóżka oraz zatroszczono się także o ich bieżące zaopatrywanie w żywność. Wysiłki skierowano również na poprawę skuteczności wykrywania choroby. Obok prac organizatorskich, rozpoczęto systematyczną realizację długofalowego programu walki z gruźlicą przez rozwój masowych akcji wykrywania choroby (badania tuberkulinowe, radiofotograficzne, bakteriologiczne), rozwój akcji zapobiegania zachorowaniom (szczepienia ochronne, oświata zdrowotna), wreszcie przez wprowadzenie do lecznictwa najnowszych leków przeciwprątkowych, co spowodowało, że chemioterapia stała się podstawową metodą leczenia gruźlicy. Zainicjowano też przy wydziałach lekarskich uniwersytetów okresowe 6-tygodniowe kursy dokształcające z zakresu kliniki i społecznego zwalczania gruźlicy. Wszystkie inne metody leczenia od tego

⁴²⁴ Z. S k i b i ń s k i, *Gruźlica wśród młodzieży akademickiej we Wrocławiu*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 399–407.

⁴²⁵ *Sprawozdanie z IX Zjazdu Przeciwgruźliczego w Łodzi w dniach 18–21 września 1949 r.*, „Gruźlica” 1950, nr 1, s. 186.

momentu były uzupełnieniem, przy czym chodziło przede wszystkim o leczenie chirurgiczne oraz klimatyczne, dietetyczne, leżakowanie itp.⁴²⁶.

Druga wojna światowa, a szczególnie ostatnia jej faza, spowodowała znaczne straty zarówno w budynkach szpitalnych, jak i w wyposażeniu. Największemu zniszczeniu (25%) uległy szpitale na obszarach Polski wschodniej i środkowej, obiekty tam znajdujące się zostały zdewastowane przez okupanta niemieckiego, a narzędzia i urządzenia wywiezione. Na Ziemiach Odzyskanych większość szpitali ocalała, a po wojnie została zajęta przez Armię Czerwoną lub wykorzystana do leczenia rannych i powracających z obozów koncentracyjnych⁴²⁷. W pierwszym okresie nie zdołano uporać się jednak z innymi sprawami, jak np. z systematycznym prowadzeniem szkoleń lekarskich i pielęgniarzkich, nie było dokładnych danych statystycznych, nie rozwijano instruktażu i nadzoru.

Pomimo dużych zniszczeń i wielu trudności dość szybko i z rozmachem przystąpiono do odbudowy arsenału przeciwgruźliczego, zwłaszcza w zakresie bazy łóżkowej i poradnictwa. Już pierwsze działania doprowadziły do odbudowy i powiększenia liczby łóżek przeznaczonych dla chorych na gruźlicę, a to było wówczas najważniejsze. W roku 1946 zwiększono liczbę łóżek sanatoryjnych do 7749, w tym dla dzieci do 4140⁴²⁸, natomiast w 1947 r. łóżek tych było już 10 112, z czego 4152 przeznaczonych było dla dzieci i młodzieży w wieku 6–16 lat. Do samorządów należało 3 tys. łóżek (w tym 1340 dla dzieci), 3322 łóżka (w tym 1715 dla dzieci) do ZUS i Ubezpieczalni Społecznej, 1760 łóżek (w tym 875 dla dzieci) do różnych instytucji (np. Związek Nauczycielstwa, Uniwersytet Jagielloński, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze), 673 łóżka (w tym 320 dla dzieci) do Ministerstwa Komunikacji, 370 łóżek (w tym 250 dla dzieci) do Ministerstwa Obrony Narodowej, 475 łóżek (w tym 200 dla dzieci) do PCK, 250 łóżek do Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego, 202 łóżka do Centralnego Komitetu Opieki Społecznej⁴²⁹ i 60 łóżek do Ministerstwa Telekomunikacji.

⁴²⁶ M. Zi e r s k i, *Postępy chemioterapii w gruźlicy*, Warszawa 1969, s. 71–72; M. T e l a t y c k i, *Kolejność stosowania najlepszych środków walki przeciwgruźliczej w krajach, gdzie jest ona dopiero zapoczątkowana*, „Gruźlica” 1950, nr 2, s. 314–332.

⁴²⁷ Zob.: S. K o z ł o w s k i, *Organizacja szpitali w Polsce*, Warszawa 1960.

⁴²⁸ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1946...*, s. 49; M.H. Z a p a ś n i k - K o b i e r s k a, J. R u d n i k, *Przełom i osiągnięcia walki z gruźlicą dziecięcą w okresie 25-lecia PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 5, s. 417–427; zob. też: M. T e l a t y c k i, *Zakłady przeciwgruźlicze w Polsce powojennej*, Warszawa 1946.

⁴²⁹ Organizacja działająca w latach 1945–1949. Powołana zarządzeniem kierownika resortu pracy, opieki społecznej i zdrowia PKWN z 7 grudnia 1944 r., zlikwidowana z dniem 1 lutego 1949 r. zarządzeniem ministra pracy i opieki społecznej z 31 stycznia 1949 r. Głównym celem jej działalności było kontrolowanie dobrowolnej opieki społecznej, pomoc uchodźcom, przesiedlonym, utrzymywanie kontaktów z władzami państwowymi, samorządowymi i innymi organizacjami dobroczynnymi, zdobywanie środków finansowych, prowadzenie placówek opiekuńczych, szpitali, przytułków i sanatoriów dla dzieci m.in. chorych na

Z ogólnej liczby 10 112 łóżek sanatoryjnych w skali kraju, na Ziemiach Odzyskanych było ich 2154 (w tym 347 dla dzieci), z czego 1446 łóżek należało do ZUS, 321 do samorządów, 107 do Ministerstwa Komunikacji i 264 do Towarzystwa Opieki Zdrowia⁴³⁰. Liczba ponad dwóch tysięcy łóżek przeciwgruźliczych na tym terenie była jednak niewystarczająca, zwłaszcza w pierwszych latach po wojnie, o czym przekonuje pismo Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami z kwietnia 1947 r., w którym możemy przeczytać:

„Wszelkie przekazy chorych do Zespołu Sanatoryjnego w Kowarach i Kamiennej Górze zastrzega sobie Ministerstwo Zdrowia aż do odwołania swojej decyzji. Wnioski Poradni Przeciwgruźliczych o sanatoryjne leczenie chorych w Kowarach odpowiednio umotywić przez Wojewódzki Wydział Zdrowia należy nadsyłać do Ministerstwa Zdrowia – Wydział Walki z Gruźlicą celem decyzji. Należy wziąć pod uwagę, że Ministerstwo Zdrowia rozporządza 30% stanu liczbowego łóżek w wyżej wymienionym Zespole Sanatoryjnym. Tymczasem w chwili obecnej zajętych jest przez pacjentów, opłacanych przez Ministerstwo Zdrowia, około 45% łóżek. W związku z tym należy przeczekać z dalszym wystawianiem wniosków na sanatorium w Kowarach przez okres co najmniej 8 tygodni, aż stan zajętych łóżek spadnie poniżej 30%. Wobec powyższego w nagłych wypadkach należy skierować chorych do zespołu sanatoryjnego w Zakopanem. Wnioski do Zespołu Sanatoryjnego w Kowarach należy wystawiać przeważnie dla chorych ze wskazaniami do zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej”⁴³¹.

Po wojnie Ministerstwo Zdrowia powróciło do sprawdzonego w czasach międzywojennych leczenia sanatoryjnego, choć w tych zakładach nie polegało ono już wyłącznie na leżeniu i werandowaniu⁴³². Jak podkreślał z naciskiem M. Telatycki, „o jakości leczenia przewlekłej gruźlicy płuc w sanatorium decyduje nie klimat, regulamin czy leki, co osobiste zalety kierownika-lekarza i postawa personelu po-

gruźlicę. Jako priorytet traktowano pomoc dla osób powracających z niemieckich obozów koncentracyjnych i robót przymusowych. Zob.: *Archiwum Akt Nowych...*, s. 404.

⁴³⁰ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 88.

⁴³¹ Pismo Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami do Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu z 29 kwietnia 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Namysłowie, sygn. 291, k. 17.

⁴³² Po wojnie celem leczenia sanatoryjnego nie było wyleczenie z gruźlicy już podczas pobytu w zakładzie, lecz doprowadzenie organizmu – dzięki skoncentrowaniu wszystkich zabiegów leczniczych – do stanu równowagi i wzmocnienia sił obronnych, do poziomu umożliwiającego pełne wyleczenie w warunkach ambulatoryjnych (poradniach przeciwgruźliczych) po powrocie do domu. Stąd też placówki te stawały się bardziej zakładami typu szpitali-sanatoriów wyposażonymi w personel, przyrządy i urządzenia, ułatwiającymi nie tylko rozpoznanie stopnia nasilenia choroby, lecz także przeprowadzenie najbardziej złożonych operacji na klatce piersiowej. Zob.: M. T e l a t y c k i, *O sanatoriach...*, s. 29.

mocniczego w stosunku do chorych⁴³³. Od 1945 r. zauważalny był wzrost zarówno liczby łóżek, jak i samych sanatoriów przeciwgruźliczych, będących zakładami leczenia zamkniętego, w których leczono wyłącznie otwartą gruźlicę niezaawansowaną, nadającą się do zabiegu chirurgicznego. Do końca 1946 r. oddano do użytku 54 sanatoria, w tym 16 dla dzieci⁴³⁴. W roku 1947 było ich 50, w 1948 r. – 69 (wzrost o 38%), a w 1949 r. – 77 (wzrost o 54% w stosunku do 1947 r.). Spowodowało to, że w 1947 r. posiadaliśmy 4152 łóżka sanatoryjne, z tego 3252 przeznaczone były dla dzieci i młodzieży. W roku 1948 liczba tego typu łóżek zwiększyła się o 1342, a w następnym roku o kolejne 1300, tak więc pod koniec lat czterdziestych XX w. w Polsce do leczenia gruźlicy przeznaczone były 12 754 łóżka sanatoryjne, a łącznie ze szpitalnymi – 17 tys.⁴³⁵.

Wyposażenie sanatoriów (łóżka, pościel, koce, bielizna lekarska i osobista, sprzęt lekarski itp.) oraz żywność uzupełniano darami przekazywanymi Polsce w ramach międzynarodowej pomocy (UNRRA)⁴³⁶ oraz przez poszczególne kraje (np. Szwajcaria)⁴³⁷. W sanatoriach leczenie gruźlicy odbywało się głównie metodą klimatyczno-wypoczynkową, choć wiara w jej skuteczność została mocno zachwiana już w okresie międzywojennym przez pionierów leczenia zapadowego. Stąd wprowadzano tam również leczenie zabiegowe, antybiotykowe oraz terapię zajęciową⁴³⁸.

⁴³³ M. T e l a t y c k i, *Współczesne metody leczenia gruźlicy płuc w krytycznym ujęciu*, Warszawa 1949, s. 51.

⁴³⁴ Dzieci z czynną gruźlicą leczono w: Zaskoczynie (woj. gdańskie), Kiekrzu (poznańskie), Rabsztynie (kieleckie), Świdrze, Otwocku, Międzyzlesiu (warszawskie), Kazimierzówce (lubelskie), Łagiewnikach pod Łodzią, Istebnej i Jaworze (śląsko-dąbrowskie), Kamiennej Górze (wrocławskie), Górcach (kieleckie) i Zakopanem-Bystrem (krakowskie). Dorosłych leczono w: Smukale pod Bydgoszczą, Koczorowie (gdańskie), Trzebiechowie (ziemia lubuska), Kochanówku, Chodzieży, Chojnach (łódzkie), Siewierzu, Głucholazach, Bystrej-Wilkowicach (śląsko-dąbrowskie), Adampolu (lubelskie), Żyznowie (rzeszowskie), Rudce, Świdrze, w 3 sanatoriach w Otwocku (warszawskie), Kruku pod Gostyninem, Kamiennej Górze, Bukowcu (wrocławskie), w 7 sanatoriach w Zakopanem. Zob.: *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1946...*, s. 51–53.

⁴³⁵ B. B a r t e n b a c h, *Ruch chorych i zabiegi w sanatoriach przeciwgruźliczych za lata: 1947, 1948 i 1949*, „Gruźlica” 1950, nr 2, s. 388–390.

⁴³⁶ UNRRA (ang. United Nations Relief and Rehabilitation Administration) – Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Pomocy i Odbudowy, powstała w USA w 1943 r. dla niesienia natychmiastowej pomocy krajom alianckim zniszczonym w wyniku drugiej wojny światowej, rozwiązana w 1947 r. Zob.: *Encyklopedia popularna PWN*, Warszawa 1982, s. 548.

⁴³⁷ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1947*, Warszawa 1948, s. 53.

⁴³⁸ W pierwszych latach po wojnie, polscy fizjotrycy za najbardziej skuteczny sposób leczenia gruźlicy uważali metodę złożoną (zapad i streptomycyna), która zwiększała szanse przeżycia, zdolności do pracy i zapobiegała nawrotom choroby. Leczenie spoczynkiem

Zaznaczyć należy, że w 1948 r. zwiększyła się względem roku poprzedniego o 111 przypadków śmiertelność z powodu gruźlicy, co świadczyło o tym, że do sanatoriów kierowano bardzo ciężkie przypadki kliniczne, gdyż często pełniły one jednocześnie zadania szpitala i sanatorium. Już w roku następnym liczba zgonów znacznie się zmniejszyła⁴³⁹. Dodać przy tym należy, że przeciętny okres leczenia chorego na gruźlicę w sanatorium pod koniec lat czterdziestych trwał 3 miesiące, co oznacza, że łóżka sanatoryjne były obłożone przez 330 dni w roku. Nie świadczy to jednak, że były one wykorzystane prawidłowo, gdyż w pierwszych latach po wojnie ftyzjatrzy wskazywali często na nieprawidłowości w kierowaniu do tego typu placówek. Największą bowiem grupę chorych stanowili renciści, chorzy niewymagający izolacji, tylko kontroli w poradni lub leczenia wczasowego; osoby, które zachorowały kilka lat wcześniej i nie poddawały się regularnemu leczeniu, nawet bezdomni. Mało natomiast było chorych ze świeżo stwierdzoną gruźlicą płuc (do 6 miesięcy), którzy mogliby w dobrych warunkach, pod kontrolą lekarską, w pełni wykorzystać dobrodziejstwa leczenia sanatoryjnego⁴⁴⁰.

Bezpośrednio po wojnie zaczęto organizować także prewentoria przeciwgruźlicze, które przeznaczone były dla dzieci w wieku 3–14 lat, mające styczność z gruźlicą, ze złym stanem ogólnym oraz dla ozdrowieńców po przebytych innych chorobach⁴⁴¹. Przede wszystkim kierowane były tam dzieci ze środowisk gruźlicy prątkującej, o złych warunkach bytowych, na wniosek poradni przeciwgruźliczej lub sanatorium. Zadaniem tego typu placówek było przerwanie kontaktu z chorym, ochrona przed zakażeniem, przed rozwinięciem się zakażenia w chorobę gruźliczą i wznowieniem się procesu gruźliczego oraz poprawa stanu ogólnego dziecka⁴⁴². Powyższe zadania były realizowane w tego typu placówkach przez właściwy tryb życia, uwzględniający rytm aktywności i spoczynku dziecka; pełny wypoczynek, zwłaszcza psychiczny, przywracający równowagę nerwową i wzmacniający siły obronne ustroju; hartowanie organizmu, zapewniające odporność na działanie bakterii chorobotwórczych i zbyt silne bodźce klimatyczne oraz racjonalne odżywianie, oparte na naukowych podstawach. Prowadzeniem tego typu placówek za-

uważano za mało skuteczne, nawet w warunkach klimatycznych, a samą streptomycyną za mało trwałe. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Współczesne metody leczenia gruźlicy...*, s. 51.

⁴³⁹ W sanatoriach dziecięcych znajdowała się duża liczba dzieci, zob.: M. L e ś n i e w s k a, *Kilka uwag o kierowaniu chorych z gruźlicą płuc do leczenia sanatoryjnego*, „Gruźlica” 1960, nr 6, s. 478.

⁴⁴⁰ Ibidem, s. 478–479.

⁴⁴¹ Nowoczesne prewentoria powstały w ostatnich trzech latach przed wojną. Było to: prewentorium na 150 łóżek w Rabsztynie i prewentorium na 100 łóżek w Jaworzu (po wojnie sanatorium przeznaczone dla dzieci województwa śląsko-dąbrowskiego) oraz prewentorium w Porąbce (po wojnie Dom Wczasów Dziecięcych). Zob.: J. Ł a p i ń s k a, *Prewentoria przeciwgruźlicze w Polsce*, „Gruźlica” 1957, nr 8, s. 666.

⁴⁴² M. N i ż e g o r o d c e w, *Zadania leczniczo-profilaktyczne prewentoriów przeciwgruźliczych*, „Wiadomości o Gruźlicy i Chorobach Płuc oraz ich Zwalczaniu” 1961, nr 3, s. 14–19.

jęły się organizacje społeczne, m.in. powstałe w 1946 r. w Krakowie Towarzystwo Prewentoriów oraz wydziały socjalne różnych zakładów pracy, tj. kopalni, hut i innych zakładów przemysłowych⁴⁴³.

W powojennej Polsce nowością były prewentoria dla dorosłych, spełniające funkcje profilaktyczne, gdyż przebywać w nich mogli wyłącznie kuracjusze, którzy nie wykazywali żadnych, choćby najmniejszych czynnych zmian gruźliczych, ale miały bezpośredni kontakt z chorą osobą. Dotyczyło to m.in. personelu medycznego, który był znacznie bardziej narażony na zachorowanie na gruźlicę, niż pracownicy innych zawodów. Pierwszy tego typu zakład, przeznaczony dla pracowników instytucji przeciwgruźliczych powstał w 1949 r. w Zakopanem⁴⁴⁴.

W roku 1950 na 10 tys. ludności było 2,4 łóżek w prewentoriach. Ich prowadzeniem zajęły się organizacje społeczne i osoby prywatne. Powstałe w Krakowie Towarzystwo Prewentoriów, w latach 1946–1950 prowadziło 9 zakładów liczących 730 łóżek. Poza tym wiele podobnych zakładów zorganizowały wydziały socjalne zakładów pracy, tak że w 1947 r. było ich już 31, a dysponowały one 2985 łózkami. Do 1950 r. powstało ich w sumie 77, z łączną liczbą 7046 łóżek. W okresie upaństwowienia zakładów służby zdrowia i przejmowania ich przez Ministerstwo Zdrowia, niektóre z nich jednak przekształciły się w domy wczasowe, co spowodowało, że na początku lat pięćdziesiątych XX w. nastąpił spadek liczby łóżek w prewentoriach do 6300⁴⁴⁵.

W ciągu dwóch lat po wojnie wydzielono także łóżka w szpitalach leczących gruźlicę. Były to specjalistyczne zakłady lecznicze (najmniej 100-łózkowe) w Białymstoku, Sosnowcu, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie, Wrocławiu i Gdańsku, które w 1947 r. posiadały łącznie 842 łóżka. Od 1948 r. zostały one powiązane z centralnymi wojewódzkimi poradniami przeciwgruźliczymi. Dodatkowo istniało 1500 łóżek dla gruźlików na oddziałach szpitali ogólnych i ok. 3000 łóżek na oddziałach gruźliczych szpitali zakaźnych⁴⁴⁶.

Łóżek szpitalnych (łącznie z łózkami w sanatoriach) było w 1945 r. 880, w 1946 r. liczbę tę zwiększono do 3825, w 1947 r. do 4182, w 1948 r. do 4679, natomiast w 1949 r. łóżek w szpitalach i na oddziałach zakaźnych było ogółem 6096⁴⁴⁷. W roku 1947 chorzy na gruźlicę wypełniali 46,8% obłożenia wszystkich łóżek

⁴⁴³ J. Ł a p i ń s k a, *Prewentoria przeciwgruźlicze...*, s. 665–666; zob. też e a d e m, *Realizacja postępowania zapobiegawczego w prewentoriach przeciwgruźliczych*, „Wiadomości o Gruźlicy i Chorobach Płuc oraz ich Zwalczeniu” 1961, nr 3, s. 19–24.

⁴⁴⁴ Powstało z inicjatywy Polskiego Instytutu Przeciwgruźliczego. Mogło pomieścić 50 osób, turnus trwał 14 dni, w trakcie którego kuracjusze w odpowiednich warunkach klimatycznych, w dobrej atmosferze psychicznej, intensywnym odżywianiu, odpowiednich rozrywkach, wzmacniali siły i zdrowie. Zob.: L. F i s c h e r, *Prewentoria dla dorosłych jako czynnik zapobiegania gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1950, nr 2, s. 280–283.

⁴⁴⁵ J. Ł a p i ń s k a, *Prewentoria przeciwgruźlicze...*, s. 665.

⁴⁴⁶ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s.88.

⁴⁴⁷ „Rocznik Statystyczny” 1948, s. 180, 1949, s. 236, 1955, s. 26.

zakaźnych (15 611), natomiast w 1948 r. proporcje te się odwróciły, gdyż chorzy z gruźlicą zapełniali 53,5% wszystkich łóżek zakaźnych⁴⁴⁸.

Ponadto w 1948 r. powstało – przeważnie w klinikach chirurgicznych i w dużych sanatoriach – siedem ośrodków leczenia chirurgicznego gruźlicy⁴⁴⁹. Po raz pierwszy w powojennej Polsce wykonano wówczas wycięcie płata płucnego w przypadku gruźlicy, czego dokonał 20 lutego 1948 r. w Zakopanem Wit M. Rzepecki (1909–1989)⁴⁵⁰. Był on zwolennikiem leczenia zapadowo-odprężającego i chirurgicznego gruźlicy, które według niego było kontynuacją starej myśli lekarskiej – spoczynku i unieruchomienia chorych płuc w przebiegu leczenia sanatoryjnego⁴⁵¹. Zapoczątkowało to rozwój polskiej torakoplastyki⁴⁵², która pozwalała

⁴⁴⁸ Ministerstwo Zdrowia, Departament sanitarno-epidemiologiczny. *Stan sanitarno-epidemiologiczny w Polsce w 1948 r.*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1949, nr 3/4, s. 517; zob. też: P. S z a r e j k o, *Aktualne zagadnienia szpitalnictwa polskiego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1948, nr 1.

⁴⁴⁹ Pierwszy oddział torakochirurgiczny w Polsce liczący 22 łóżka powstał w 1946 r. w Sanatorium Nauczycielskim w Zakopanem. Dnia 19 października 1949 r. oddział został przeniesiony do Sanatorium „Odrodzenie” i w ten sposób powstało pierwsze w Polsce sanatorium torakochirurgiczne. Pod koniec lat czterdziestych leczenie chirurgiczne gruźlicy prowadzono w Warszawie, Krakowie, Gdańsku, Łodzi, Wrocławiu, Zakopanem i Krzyżatce (Kowary). Zob.: R. T a l e s k i, *Rys historyczny torakochirurgii...*, s. 465.

⁴⁵⁰ Profesor, absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego, uczeń prof. A. Grucy, znakomity chirurg, nauczyciel. W czasie wojny, po ucieczce z internowania na Węgrzech, przedostał się do Francji, a następnie do Wielkiej Brytanii, gdzie został przydzielony do I Korpusu Wojska Polskiego jako chirurg I Brygady Strzelców w Cuper, dzięki czemu mógł uczęszczać na wykłady z zakresu medycyny w Edynburgu. Chory na gruźlicę płuc 9 miesięcy spędził w Sanatorium Przeciwgruźliczym w Southfield, wykorzystując pobyt na staż pneumonologiczny. Po wojnie ordynator oddziału torakochirurgicznego w Sanatorium Nauczycielskim w Zakopanem, który to oddział organizował od podstaw. Stworzył z niego ośrodek stosujący najnowocześniejsze metody leczenia gruźlicy. Konsultant sanatoriów przeciwgruźliczych w zakresie chirurgii, autor ponad 220 prac naukowych. Zob.: A. B i r e c k a - J a w o r s k a, Z. D r z e w s k i, *Wit Maciej Rzepecki. Lekarz – chirurg – nauczyciel w 80-tą rocznicę urodzin*, „Pneumologia Polska” 1989, nr 4, s. 209–211; Zob. też: W.M. R z e p e c k i, *Skalpel ma dwa ostrza*, Warszawa 1986.

⁴⁵¹ Jak sam mówił: „Podstawą leczenia sanatoryjnego jest leżenie i stopniowanie wysiłku fizycznego, a spokój w znaczeniu psychicznym i spoczynek w znaczeniu fizycznym są nicią przewodnią tego leczenia. Do dziś dnia istnieją sanatoria, w których oprócz leżenia lub werandowania stosuje się obłożenie workami z piaskiem chorej strony klatki piersiowej. Ten sam czynnik spoczynku i unieruchomienia, lecz w znaczeniu wybiórczym, jest podstawą leczenia zapadowo-odprężającego i chirurgicznego, w którym staramy się unieruchomić chorą część płuca”. Zob.: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego...*, s. 325.

⁴⁵² Pierwszy w Polsce zabieg wycięcia dolnego płata prawego płuca u młodej kobiety, cierpiącej na rozstrzenie oskrzeli wykonali Tadeusz Ostrowski (1881–1941) i Wiktor Bross (1903–1994). Operacja odbyła się we Lwowie 8 września 1935 r. i zakończyła się sukcesem. Było to duże osiągnięcie w polskiej medycynie, jednak resekcję tkanki płucnej z powo-

na zahamowanie rozwoju gruźlicy, zamknięcie się jam, odprątkowanie chorych, wreszcie przywrócenie im zdolności do aktywnego życia. Podkreślić należy, że niemożność zastosowania wówczas resekcji tkanki płucnej w przypadkach zaawansowanej gruźlicy płuc równoznaczna była najczęściej z wyrokiem śmierci⁴⁵³. Tylko 5% spośród wszystkich operowanych przypadków stanowiła świeżo leczona gruźlica płuc, gdyż większość operowanych stanowili chorzy leczeni wtórnie, wielokrotnie, w wielu zakładach, z wieloma nawrotami czy zaostrzeniami, co niestety było efektem źle prowadzonej chemioterapii przeciwprątkowej⁴⁵⁴.

W Polsce w 1949 r. łącznie było 18 850 łóżek dla chorych na gruźlicę, przy czym w ciągu następnych kilku lat powstało kolejnych 4 tys. Rzeczywiste zapotrzebowanie na łóżka szpitalno-sanatoryjne dla chorych na gruźlicę w pierwszych latach po wojnie wynosiło ok. 40 tys., tak więc problem wciąż nie był rozwiązany, gdyż jeszcze w 1950 r. jedno łóżko przeciwgruźlicze przypadało na 4 tys. ludności⁴⁵⁵. Taka sytuacja nie mogła więc doprowadzić do wyraźnej poprawy epidemiologii gruźlicy w Polsce w pierwszych latach po wojnie, a przewlekły charakter choroby, lokujący ją w grupie chorób społecznych, wymagał zorganizowania odrębnego pionu lecznictwa gruźlicy uwzględniającego jej odmienną epidemiologię.

Obok zwiększenia liczby łóżek szpitalno-sanatoryjnych ważną sprawą była także rozbudowa sieci poradni przeciwgruźliczych i faktyczne urzeczywistnienie wiodącej roli poradni w walce z gruźlicą⁴⁵⁶. W roku 1946 było 639 tego typu placówek, przy czym tylko 10% pracowało w wystarczającym zakresie. Główną przeszkodą w prawidłowej pracy był brak fachowego personelu, niechęć do pracy we ftyzjatrii, spowodowana niskimi pensjami oraz niedostatek odpowiedniego wyposażenia⁴⁵⁷.

du gruźlicy wykonano dopiero w 1948 r. Choć w przedwojennym środowisku lekarskim krążyła ustna wersja o tym, że prof. T. Ostrowski, uczeń Ludwika Rydygiera (1850–1920), wykonał resekcję z powodu gruźlicy płuc, jednak informacja ta nie ma obecnie potwierdzenia w żadnym piśmiennictwie. Zob.: Z. M o s k w a, *Zarys historii leczenia gruźlicy...*, s. 87; Z. W o Ź n i e w s k i, *Historyczny zarys leczenia...*, s. 169–170.

⁴⁵³ Wskazaniem w świeżo wykrytej gruźlicy płuc do zabiegu chirurgicznego były: gruźliczaki, „zniszczone płuco”, marskość gruźlicza, powtarzające się krwotoki i zwężenia dużego oskrzela, jama gruźlicza, przy czym z wielu metod zabiegowych, stosowanych w gruźlicy płuc, najważniejszą i często jedyną, była resekcja tkanki płucnej. Zob.: Z. M o s k w a, *Zarys historii leczenia gruźlicy...*, s. 88–89.

⁴⁵⁴ Z. G a r n u s z e w s k i, *Początki resekcji tkanki płucnej w Polsce*, „Archiwum Historii Medycyny” 1977, nr 4, s. 421–434.

⁴⁵⁵ M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 89.

⁴⁵⁶ Bezpośrednio po wojnie do końca 1946 r. miano „poradni przeciwgruźliczych” nadawano wszystkim placówkom, w których lekarz badał zgłaszających się chorych z dolegliwościami ze strony układu oddechowego, chociaż z reguły nie dysponował odpowiednim sprzętem diagnostycznym, np. aparatem rentgenowskim, mikroskopem, itp. Por.: M. T e l a t y c k i, *Organizacja społecznej walki z gruźlicą...*, s. 362–364.

⁴⁵⁷ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1946...*, s. 49.

W następnym roku liczba poradni zwiększyła się wprawdzie do 650⁴⁵⁸, ale tylko 143 placówki w owym czasie posiadały pracownię rentgenowską, z których tak naprawdę wymogi spełniało tylko 120⁴⁵⁹. Zaznaczyć należy, że w zakresie zwiększania liczby poradni ścierały się dwie idee, z których jedna optowała za ich rozbudowę, natomiast jej przeciwnicy twierdzili, że „komitety departamentalne nie powinny dążyć do tworzenia nowych poradni; można rzec nawet, że zwiększenie liczby poradni, zanim ulegną poprawie warunki możliwości umieszczania chorych w szpitalach, zwiększałyby zamieszanie, którego i tak nie brak w arsenale przeciwgruźliczym”⁴⁶⁰. Powodem tych trudności był głównie brak odpowiedniej kadry lekarsko-pielęgniarskiej⁴⁶¹ oraz sprzętu diagnostyczno-leczniczego⁴⁶². Pomimo tych przeszkód z roku na rok rosła liczba osób podejrzanych o gruźlicę, które zgłaszały się do poradni przeciwgruźliczych⁴⁶³. Większość z nich miała tylko zmiany gruźlicze nieczynne i zagojone, co z jednej strony było obciążeniem dla poradni, z drugiej duża liczba zarejestrowanych osób stanowiła znaczne osiągnięcie poradni przeciwgruźliczych w powojennej Polsce⁴⁶⁴.

⁴⁵⁸ Przed wojną funkcjonowały 532 poradnie przeciwgruźlicze. Zob.: J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *30 lat walki z gruźlicą...*, s. 480.

⁴⁵⁹ Jeżeli liczbę poradni przeciwgruźliczych czynnych pod koniec 1945 r., zaopatrzonych w sprzęt rentgenowski przyjąć jako 100%, to w 1946 r. liczba ta wzrosła do 140%, w 1947 r. – do 200%, w 1948 r. – do 230%, w 1949 r. – do 260%, a w 1950 r. – do 400%. Por.: E. P a n k i e w i c z, *Stan poradnictwa w Polsce w latach 1945–1950*, „Gruźlica” 1951, nr 3, s. 388.

⁴⁶⁰ *Dyskusja nad referatem głównym dr. Michała Telatyckiego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 330.

⁴⁶¹ W celu poprawy sytuacji, Ministerstwo Zdrowia razem z Sekcją Przeciwgruźliczą Państwowej Rady Zdrowia zorganizowało i opłaciło w roku 1946/1947 siedem dwumiesięcznych kursów doszkalających w zakresie walki z gruźlicą dla lekarzy w pięciu miastach uniwersyteckich. Do końca 1947 r. przeszkolono 160 słuchaczy, a w 1950 r. było ich 250. Ponadto ministerstwo wydało 4 podręczniki, sprowadziło 16 aparatów rentgenowskich do zdjęć małoobrazkowych oraz 150 urządzeń diagnostycznych rentgenowskich. Dodatkowo w 1950 r. zostali powołani lekarze ftyzjatrzy do wykonywania nadzoru fachowego nad poradniami przeciwgruźliczymi. Zob.: J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *30 lat walki z gruźlicą...*, s. 483.

⁴⁶² Brakowało aparatów rentgenowskich, igieł do sztucznej odmy, przyrządów do odmy, mikroskopów, odczynników itp. Zob.: E. P a n k i e w i c z, *Stan poradnictwa w Polsce...*, s. 390.

⁴⁶³ Umieralność na gruźlicę w latach 1945–1950 wynosiła na 10 tys. ludności w: 1945 r. – powyżej 20; 1946 r. – powyżej 15,7; 1947 r. – powyżej 14,1; 1948 r. – powyżej 12,7; 1949 r. – powyżej 12,1; 1950 r. – poniżej 10,4. Por.: O. B u r a c z e w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy...*, s. 730.

⁴⁶⁴ Duża liczba osób zarejestrowanych w poradniach przeciwgruźliczych była wynikiem rozpowszechnionych radiologicznych badań masowych, ale też atrakcyjnością tych placówek, które udzieliły licznych świadczeń (np. skierowanie do sanatoriów, prewentoriów,

Dalszy rozwój poradnictwa przeciwgruźliczego nastąpił po 1949 r., gdyż zaczęto wówczas łączyć opiekę otwartą z leczeniem zamkniętym gruźlicy. Poradnie otrzymały polecenie tworzenia tzw. punktów zabiegowych z łózkami. Polegało to na „związaniu” z poradniami przeciwgruźliczymi tworzonych w szpitalach łóżek, przeznaczonych do rozpoznawania gruźlicy i zespalanu pracy poradni ze szpitalem lub oddziałem szpitalnym przeciwgruźliczym⁴⁶⁵. Miało to na celu zapewnienie jedności i ciągłości leczenia chorego w poradni i w szpitalu przez tego samego lekarza. Od tego też momentu poradnie przeciwgruźlicze były organizowane nie tylko przy ośrodkach zdrowia, ale także przy szpitalach, a nawet przy sanatoriach⁴⁶⁶. W poradni takiej znajdowały się osobne poczekalnie dla dorosłych i dzieci, gabinet rentgenowski, pokój zabiegowy, pracownia analityczna oraz sterylizacji, natomiast na samym oddziale gruźliczym obowiązywał podział na odcinki pielęgniarstwa: męski i kobiecy.

Do wykonywania nadzoru fachowego i opieki fachowej nad poradniami przeciwgruźliczymi w 1950 r. powołano lekarzy fizjoterapeutów. Ich zadaniem było dojeżdżanie do typowanych placówek jako wzorowych i prowadzenie pracy wspólnie z miejscowym lekarzem. Podczas tej pracy lekarz był instruowany i doszkolany, a chorzy mieli zapewnioną lepszą opiekę lekarską. Ta nowa forma doszkalania kadry lekarskiej zaowocowała zwiększeniem liczby lekarzy znających chociażby podstawy fizjoterapii, a z drugiej strony zmobilizowało to Ministerstwo Zdrowia do zakupu nowoczesnego sprzętu rentgenowskiego⁴⁶⁷.

Poradnie przeciwgruźlicze zajmowały się nie tylko samym leczeniem, ale realizowały również programy z zakresu oświaty sanitarnej i akcji profilaktycznych, mające na celu poprawę stanu świadomości ludzi na temat gruźlicy, w tym wśród osób zajmujących w danej społeczności stanowiska kierownicze i decydujących o porządku i prawodawstwie publicznym. Dotyczyło to więc zwalczania obawy przed chorobą, pobudzenia czujności i dynamizmu społecznej walki, przekazywania wiedzy z zakresu gruźlicy oraz zwalczania poglądów szkodliwych i przesądów, wreszcie uświadomienia praktycznego zapobiegania i leczenia tej choroby⁴⁶⁸. Chodziło zwłaszcza jednak o przybliżenie wiadomości dotyczących zapobiegania, leczenia i rehabilitacji w okresie rekonwalescencji, gdyż brak tych informacji znacznie utrudniał walkę z tą chorobą, czego dowodem były nierzadkie przypadki uchylania się od leczenia w poradni przeciwgruźliczej i szukanie

wczasu lecznicze, bezpłatne leki). Zob.: E. P a n k i e w i c z, *Stan poradnictwa w Polsce...*, s. 388–392.

⁴⁶⁵ *Komunikat działu metodologiczno-organizacyjnego Instytutu Gruźlicy w sprawie szerszego stosowania i doskonalenia metody poradnianej w akcji zwalczania gruźlicy*, „Gruźlica” 1952, nr 6, s. 924–928.

⁴⁶⁶ E. P a n k i e w i c z, *Stan poradnictwa w Polsce...*, s. 390.

⁴⁶⁷ *Ibidem*, s. 391.

⁴⁶⁸ O. B u r a c z e w s k i, *Problematyka oświaty sanitarnej w walce z gruźlicą*, „Gruźlica” 1964, nr 8, s. 741–753.

pomocy u różnych „znawców i znachorów”⁴⁶⁹. Stąd wynikała potrzeba zintensyfikowania działań poradni w celu uświadomienia konieczności i skuteczności profilaktyki oraz cierpliwego, długofalowego leczenia, zwłaszcza że typ pacjenta „niezdyscyplinowanego” stanowił od początku funkcjonowania poradni poważny problem. Pod pojęciem profilaktyki (gr. prophylaktikos – zabezpieczający przed czymś, zapobiegawczy) rozumiano zespół zabiegów i środków, których zadaniem było nie tylko wzmoczenie zdrowia i dobrego samopoczucia, ale i chronienie go przed dolegliwościami i chorobami.

Profilaktyka w programie walki z gruźlicą odgrywała szczególną rolę, gdyż od niej bowiem, w sposób ewidentny, zależały efekty zwalczania tej choroby. W działalności zapobiegawczej należało więc rozwinąć systematyczną kontrolę stanu zdrowotnego, stosując kompleksowe badania epidemiologiczne ludności, które miały ustalić potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej. Ważna była też ocena warunków bytowych miejscowej ludności, na podstawie której można było interweniować u właściwych organów władzy i administracji w zagadnieniach zdrowotnych. Jednak nie można było myśleć o upowszechnieniu opieki zdrowotnej i skutecznej profilaktyce w walce z gruźlicą bez rozszerzenia zakresu bezpłatnych świadczeń medycznych w odniesieniu do całej ludności. Powyższe zadania realizowano początkowo głównie propagandowo poprzez pogadanki, broszury i inne formy oświatowe, a z biegiem lat zorganizowano oddzielny system oświaty sanitarnej w walce z gruźlicą, z odpowiednim personelem i metodami⁴⁷⁰. Dla przykładu w liście wysyłanym przez poradnię do pacjentów nowo zarejestrowanych pisano:

„Jest Pan od niedawna pacjentem naszej Poradni i rozpoczął Pan pobieranie leków przeciwgruźliczych, zgodnie z zaleceniem lekarza. Dalszy przebieg Pana choroby jest w dużej mierze uzależniony od współpracy Pana z Poradnią. Najistotniejszym warunkiem tej współpracy jest regularne pobieranie przepisanych lekarstw, ściśle według wskazówek lekarza. [...] Samowolne przerywanie pobierania jednego z przepisanych leków prowadzi do nawrotu choroby, który jest zawsze trudniejszy do wyleczenia. [...] Rodzina Pana musi być okresowo prześwietlana. Dzieci do lat 15 proszę zgłosić niezwłocznie, o ile jeszcze Pan tego nie uczynił”⁴⁷¹.

⁴⁶⁹ Problem ten dotyczył ludności z wszystkich warstw społecznych. Niektórzy, zanim trafili do poradni, próbowali leczyć gruźlicę ziołami, inni sadłem, jeszcze inni na własną rękę leczyli się ogólnie znanymi lekami, ustalając dawki i przerwy w terapii. Byli też i tacy, którzy leczenie gruźlicy utożsamiali jedynie z dobrymi warunkami bytowymi i nadmiernym odżywianiem się, nie uznając lekarzy ftyzjatrów i całego aparatu walki z gruźlicą. Zob.: *Pacjent a poradnia*, „Biuletyn Informacyjny Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Walki z Gruźlicą w Opolu” 1960, s. 11.

⁴⁷⁰ Chodziło zarówno o profilaktykę ogólną, jak i szczegółową, związane były one ściśle z akcją oświatową, nazywaną dawniej oświatą sanitarną, a obecnie określaną jako wychowanie zdrowotne lub pedagogikę, czy kulturę zdrowia.

⁴⁷¹ *List wysyłany przez poradnię przeciwgruźliczą do pacjentów nowo zarejestrowanych*, „Biuletyn Przeciwgruźliczy Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Opolu” 1960, nr 5, s. 86.

W latach 1946–1948 utworzono wojewódzkie poradnie przeciwgruźlicze, przemianowane wkrótce na wojewódzkie przychodnie przeciwgruźlicze. Było to 14 placówek w miastach wojewódzkich oraz dwie w wydzielonych, tj. w Warszawie i Łodzi⁴⁷². Miały one własne łóżka przeciwgruźlicze lub były zespolone z wojewódzkimi szpitalami przeciwgruźliczymi oraz szpitalnymi oddziałami przeciwgruźliczymi w wojewódzkich szpitalach specjalistycznych. I choć każda z nich pracowała osobno, to jednak już w pierwszym okresie nawiązały one ze sobą współpracę, której wynikiem były powstające poradnie terenowe. W dalszym ciągu wskazywano jednak na potrzebę połączenia pracy poradni centralnych z pracą oddziałów szpitalnych, gdyż nadal „szwankował” sposób kwalifikowania chorych do sanatoriów, co szczególnie widoczne było przy kierowaniu do zakładów dziecięcych, a także dorosłych, których było niewiele w stanie nadającym się do zaleczenia i odprątowania. Ponadto, jeszcze na początku lat pięćdziesiątych wciąż brakowało lekarzy i pielęgniarek tam pracujących, a także regulaminu określającego i usprawniającego pracę tych instytucji. Istniały też trudności z przekształceniem ambulatorium dla przewlekle chorych na gruźlicę, jakimi stały się w pierwszych latach po wojnie tego typu poradnie, w stacje walki z epidemią gruźlicy⁴⁷³.

W pierwszych latach po wojnie nakłady na walkę z gruźlicą wynosiły 1/64 całego budżetu państwa, podczas, gdy przed wojną wskaźnik ten wynosił 1/4000. Zwiększenie budżetu na inwestycje w opiece fizjotrycznej miały przede wszystkim doprowadzić do uruchomienia jak największej liczby przychodni przeciwgruźliczych w miastach i ośrodków zdrowia na wsi. Ponadto, głównie w oparciu o własne siły, a także korzystając z pomocy instytucji międzynarodowych, rozpoczęto organizowanie kursów dokształcających dla lekarzy, przeprowadzanie masowych badań radiologicznych wśród młodzieży szkół wyższych. Do 1947 r. utworzono 14 (w tym jedną w specjalnym wagonie kolejowym) ruchomych kolumn, wykonujących masowe, małoobrazkowe zdjęcia płuc. Kolumny te docierały do poszczególnych miejsc zamieszkania, zakładów pracy, środowisk akademickich itp. Rozpoczęto także na szeroką skalę ochronne szczepienia przeciwgruźlicze⁴⁷⁴. Zorganizowano też akcję profilaktyczną, która miała uświadamiać społeczeństwo

⁴⁷² Poradnie wojewódzkie zostały utworzone w: Pruszkowie, Łodzi, Kielcach, Lublinie, Białymstoku, Olsztynie, Gdańsku, Bydgoszczy, Szczecinie, Poznaniu, Wrocławiu, Katowicach, Krakowie, Rzeszowie. W 1950 r. były zorganizowane we wszystkich województwach. Zob.: *Kronika*, „Gruźlica” 1950, nr 1, s. 191–192.

⁴⁷³ *Dyskusja nad tematem „Rola poradni przeciwgruźliczych terenowych i centralnych w walce z gruźlicą w Polsce”*, „Gruźlica” 1952, supl. 6: *X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Rokitnicy Śląskiej, cz. 2: Pozjazdowa*, red. J. Gackowski, s. 192–223.

⁴⁷⁴ Już w 1945 r. został sprowadzony z Francji szczep BCG, natomiast od 1946 r. Państwowy Zakład Higieny rozpoczął produkcję własnej szczepionki, dzięki czemu do 1947 r. utworzono 16 ruchomych kolumn szczepień BCG. Zob.: J. Iwaszkiewicz, M. Juchniewicz, W. O n i s z c z u k, *Szczepienia BCG w Polsce. W: Badania nad szczepionką BCG*, pod red. B. Chwalibóg, Warszawa 1960, s. 10.

w zakresie higieny⁴⁷⁵. W tym celu rozpoczęto wydawanie ulotek i broszur wyjaśniających zagadnienia epidemiologiczne z zakresu gruźlicy⁴⁷⁶. Działania te spowodowały, że wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy, wynoszący przed wojną 150 na 100 tys. ludności, pod koniec okupacji wynoszący 500, w roku 1947 obniżył się do 184⁴⁷⁷. W roku 1949 wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy stanowił 1/3 w stosunku do wskaźnika z ostatniego roku wojny, przy czym najbardziej widoczny spadek zgonów widoczny był w grupie 0–20 lat⁴⁷⁸, z wyjątkiem dzieci w wieku 1–5 lat⁴⁷⁹. Potwierdzało to fakt, że z wyników akcji przeciwgruźliczej w kraju korzystały przede wszystkim dzieci starsze i młodzież.

Po zakończeniu okupacji gruźlica była nie tylko problemem medycznym, ale w ogóle ogólnopństwowym. Podczas gdy przed wojną szacowano straty, jakie ponosiła gospodarka narodowa wskutek zachorowań na gruźlicę, na ok. 6 mld zł przedwojennych, to w drugiej połowie lat czterdziestych XX w. przewidywano, że korzyści wynikające z obniżonej śmiertelności i zapadalności na chorobę oraz zwiększonej zdolności do pracy wyniosą ok. 5 mld zł, uwzględniając straty wynikające z nieprzepracowanych dni pracy i poniesionych kosztów leczenia⁴⁸⁰. Było to więc poważne wyzwanie, przed którym stanęli polscy fizjotryscy w 1945 r. Aby jednak walka z gruźlicą zakończyła się sukcesem, musiała być ona ujednoczona na terytorium całego kraju, opierać się o dobrą organizację oraz skoordynowaną, świadomą, celową i planowaną działalność. Najważniejsze w tym było wczesne rozpoznanie choroby, odizolowanie chorych od otoczenia w zamkniętych zakładach, natomiast po całkowitym lub częściowym wyleczeniu żywiciela rodziny ważne było też zapewnienie pomocy materialnej w czasie choroby i przysposobienie do nowej pracy po zakończonym leczeniu.

⁴⁷⁵T. M i c h e j d a, *Przemówienie ministra zdrowia... otwierające VIII Zjazd Przeciwgruźliczy w 1947 r. we Wrocławiu*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. XXX.

⁴⁷⁶W ciągu 2 lat od zakończenia wojny rozproszono 100 tys. ulotek i 20 tys. broszur. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 90.

⁴⁷⁷T. M i c h e j d a, *Przemówienie ministra zdrowia...*, s. XXX.

⁴⁷⁸W 1947 r. w Warszawie została powołana Poradnia dla Młodocianych, w 1950 r. funkcjonowały trzy takie placówki w: Warszawie, Łodzi i Krakowie. Badano tam osoby w wieku 14–17 lat, przystępujące do pracy w zakładach, które nie posiadały lekarza zakładowego. Po wykryciu gruźlicy poradnia otaczała chorego dalszą opieką. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, *Gruźlica wśród młodocianych pracujących zawodowo na terenie m. st. Warszawy*, „Gruźlica” 1954, nr 8, s. 563.

⁴⁷⁹Duża liczba zgonów z powodu gruźliczego zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, tj. późniejszą postać rozwojową gruźlicy, niż gruźlica pierwotna węzłowo-płucna, oporną na antybiotyki, świadczy o małej akcji szczepień przeciwgruźliczych i nieskutecznej izolacji najmłodszych dzieci od siewców prątków gruźlicy. Zob.: ibidem, s. 566–569.

⁴⁸⁰T. M i c h e j d a, *Przemówienie ministra zdrowia...*, s. XXXI.

W roku 1947 Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą zorganizowało pierwszy po wojnie, a ósmy w historii, zjazd przeciwgruźliczy we Wrocławiu. Odbył się on w dniach 23–25 września i był niejako podsumowaniem pracy polskich ftyzjatrów w czasie okupacji, gdy w konspiracji, w tajnym nauczaniu, starali się dzielić swoimi wynikami i spostrzeżeniami, a także docierającymi z zewnątrz sporadycznie zdobyciami naukowymi. Zjazd podsumował również dwa pierwsze lata po wyzwoleniu, gdyż już w pierwszych miesiącach opracowano plan walki z gruźlicą, dostosowując go do nowej rzeczywistości.

Podczas dyskusji plenarnych dużo czasu poświęcono również omówieniu projektu ustawy przeciwgruźliczej⁴⁸¹, który już w 1946 r. został opracowany przez Sekcję Przewidywalną Państwowej Rady Zdrowia, kierowaną przez Stanisława Popowskiego, i przedstawiony ministrowi zdrowia⁴⁸². W dyskusji poruszano zarówno korzyści wynikające z przyjęcia tego dokumentu, jak też wskazywano na obawy wynikające z nierealności jego realizacji. Do tych drugich zaliczano m.in. brak fachowego wykształcenia personelu, środków finansowych na wprowadzenie tego dokumentu w życie, podważano sensowność powoływania powiatowych oddziałów Narodowego Komitetu Walki z Gruźlicą⁴⁸³, które według niektórych prelegentów miałyby jedynie realizować plany ustalane na wyższych szczeblach. Zwracano także uwagę na zapis, który nakładał obowiązek utrzymywania i prowadzenia zakładów przeciwgruźliczych na samorządy gminne i powiatowe, bez zabezpieczenia środków finansowych na ten cel. Ponadto krytykowano brak wprowadzenia powszechnych i obowiązkowych badań za pomocą zdjęć małoobrazkowych, brak objęcia przepisami ustawy mieszkańców wsi, zwłaszcza jeśli chodzi o sprawy ubezpieczenia i płatności za leczenie oraz opiekę nad rodziną chorego⁴⁸⁴. Były więc głosy krytyczne, co nie znaczy, że dyskutanci byli przeciwni samej usta-

⁴⁸¹ Podczas wrocławskiego zjazdu projekt przedstawił Michał Telatycki, jednak nie został on przyjęty przez sejm w formie ustawy. Zob.: M. T e l a t y c k i, *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy...*, s. 91–112.

⁴⁸² Projekt ustawy przewidywał m.in. zaostrzenie przymusowego zgłaszania przypadków gruźlicy, wprowadzał obowiązkowe szczepienia przeciwgruźlicze BCG, nakładał obowiązek na gminy i instytucje publiczne tworzenia sanatoriów, szpitali, prewentoriów, izolatoriów, szkół na otwartym powietrzu. Zob.: *Projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przewidywalnego*, Warszawa 1949, s. 91–107.

⁴⁸³ Projekt ustawy przewidywał powołanie Narodowego Komitetu do Walki z Gruźlicą jako centralnej instytucji koordynującej jednolitą akcję w terenie przez oddziały wojewódzkie i powiatowe. Zakres działania tych oddziałów przewidywał opracowywanie planów i kosztorysów akcji przeciwgruźliczej, organizowanie i prowadzenie zakładów przeciwgruźliczych, koordynowanie pracy różnych agend biorących udział w akcji, realizację budżetu przewidzianego na akcję przeciwgruźliczą. Zob.: art. 18 projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy, zob.: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przewidywalnego...*, s. 103.

⁴⁸⁴ *Dyskusja nad referatem głównym dr. Michała Telatyckiego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przewidywalnego*, Warszawa 1949, s. 329–342.

wie. Najwięcej wątpliwości dotyczyło spraw finansowych, szczególnie braku zabezpieczenia środków na walkę z gruźlicą ze strony Skarbu Państwa. Ten czynnik należy traktować jako główną przyczynę tego, że wspomnianej ustawy wówczas nie uchwalono⁴⁸⁵.

W pierwszych latach po wyzwoleniu zaczęły powstawać koła terenowe Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą: w 1946 r. z inicjatywy Michała Tеляtyckiego, Janiny Misiewicz i Jana Stopczyka w Warszawie oraz Lesława Węgrzynowskiego (1885–1956)⁴⁸⁶ w zespole sanatoriów „Kowary” w Bukowcu⁴⁸⁷. W roku 1947 z inicjatywy Jana Roguskiego powstał oddział w Poznaniu, a dzięki staraniom Zdzisława Skibińskiego (1895–1947)⁴⁸⁸ we Wrocławiu i Stanisława Popowskiego

⁴⁸⁵ Projekt wprowadzał obowiązek szczepień BCG, mimo, że akcja ta dopiero się rozwijała, zgłaszania przypadków gruźlicy i zgonów do lekarzy powiatowych, a nie do poradni, utrudniając tym samym prowadzenie przez nie akcji profilaktycznych, przewidywał leczenie gruźlicy tak długo, aż zostanie przywrócona choremu pełna zdolność zarobkowa, natomiast dla chorych nieuleczalnych oraz częściowo lub całkowicie niezdolnych do pracy przewidywał rentę lub zatrudnianie w osobnych zakładach. Nie rozstrzygał jednak zagadnień „człowieka przy warsztacie” – chorego na gruźlicę lub ozdrowieńca, nie zapewniał też należnych mu praw do egzystencji. Por.: *Projekt ustawy...*, s. 91–107.

⁴⁸⁶ Praktykował w Instytucie im. R. Kocha w Berlinie oraz u fityzjatry światowej sławy Karła Turbana (1856–1935) w Davos, założyciela sanatorium w 1899 r. (znanego z *Czarodziej-skiej góry* Tomasa Manna), w którym zapoznał się z klinicznymi zagadnieniami gruźlicy. W 1921 r. został dyrektorem Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą, a następnie kierownikiem Przychodni Przeciwgruźliczej we Lwowie i Sanatorium w Hołosku. W latach 1925–1935 brał udział w pracach komisji przygotowującej projekt ustawy przeciwgruźliczej. Od 1941 r. był konsultantem-fityzjatrą warszawskiego Szpitala Ujazdowskiego oraz dyrektorem Sanatorium Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Świdrze. W 1945 r. organizował Sanatorium PCK w Zakopanem, a następnie został dyrektorem Zespołu Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Bukowcu koło Kowar, skąd przeniósł się w 1947 r. do Obornik Śląskich, gdzie tworzył Państwowy Zespół Sanatoriów Przeciwgruźliczych. Zob.: M. Z i e r s k i, *Lesław Węgrzynowski – wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1956, nr 11, s. 1085–1091.

⁴⁸⁷ Sanatoria w Wysokiej Łące i Bukowcu, noszące wówczas nazwę Państwowy Instytut Przeciwgruźliczy „Zeylandowo” w Krzyżatce (obecnie Kowary). Oba zakłady w latach 1945–1946 stanowiły bazę leczniczą dla Polaków powracających do kraju z obozów koncentracyjnych, obozów jenieckich i dla chorych z głębi kraju. W okresie tym stanowiły ¼ łóżek sanatoryjnych przeznaczonych do leczenia gruźlicy w całej Polsce. W 1946 r. pracowało tam 11 lekarzy, którzy jeszcze w tym samym roku zorganizowali w sanatorium w Bukowcu pierwszy po wojnie zjazd dyrektorów sanatoriów o charakterze społecznym. Zob.: T. G r z e g o r c z y k - S k i b i Ń s k a, *Czterdziestolecie zakładów leczenia gruźlicy w Kowarach*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 3, s. 112.

⁴⁸⁸ W latach międzywojennych – ordynator Sanatorium PCK w Zakopanem, od 1939 r. zastępca dyrektora Sanatorium m. st. Warszawy w Otwocku. W 1945 r. objął kierownictwo pierwszej w Polsce Katedry Gruźlicy we Wrocławiu, był pierwszym w powojen-

w Łodzi. W roku 1948 Tadeusz Kielanowski (1905–1992)⁴⁸⁹ założył oddział w Lublinie, a w 1950 r. pod kierownictwem Stanisława Hornunga (1902–1967)⁴⁹⁰ powstał oddział w Krakowie⁴⁹¹. Wraz z nowymi kołami przybywało także członków Towarzystwa⁴⁹², tak więc na koniec 1950 r. liczyło ono 267 członków, zrzeszonych w 7 oddziałach⁴⁹³. W następnych latach powstały kolejne oddziały. W sumie w kraju funkcjonowało ich dwadzieścia⁴⁹⁴. Zarząd Oddziału Warszawskiego Towarzystwa

nej Polsce profesorem ftyzjatrii, współautorem projektu ustawy przeciwgruźliczej. Zob.: Z. G a r n u s z e w s k i, *Sylwetki ftyzjatrów XXX-lecia...*, s. 1017–1018.

⁴⁸⁹ Specjalizację z ftyzjatrii klinicznej rozpoczął w Klinice Chorób Wewnętrznych we Lwowie w 1937 r. Kierował domem akademickim dla chorych na gruźlicę, zwanym inaczej Domem Posańskim. W 1939 r. został asystentem oddziału gruźliczego Kliniki Chorób Wewnętrznych Państwowego Instytutu Medycznego we Lwowie. W 1944 r. po opuszczeniu Lwowa tworzył Wydział Lekarski Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. W roku akademickim 1945–1946 pełnił funkcję prodziekana, w dwóch kolejnych latach – dziekana Wydziału Lekarskiego, w latach 1948–1950 – rektora UMCS. Następnie organizował od podstaw Akademię Medyczną w Białymstoku, której był rektorem do 1955 r. W marcu 1956 r. objął kierownictwo Katedry Ftyzjatrii Akademii Medycznej w Gdańsku. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Autobiografia*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1978, nr 3/4, s. 561–592.

⁴⁹⁰ Uczony, dydaktyk, w okresie międzywojennym organizator opieki zdrowotnej wśród młodzieży akademickiej we Lwowie, inicjator m.in. masowych zdjęć małoobrazkowych i pól sanatoriów dla studentów chorych na gruźlicę. Autor wielu prac naukowych, metodologicznych i podręczników na temat roli poradni przeciwgruźliczych, organizator pierwszej w Polsce Centralnej Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Krakowie. Był jednym z najbardziej zasłużonych i aktywnych pionierów oraz organizatorów walki z gruźlicą w Polsce. Członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, pierwszy dyrektor Instytutu Gruźlicy, członek Rady Dyrekcyjnej Międzynarodowej Unii Przeciwgruźliczej i Komisji Metod Diagnostycznych Unii. Zob.: J. S t o p c z y k, *Prof. dr med. Stanisław Hornung 1902–1967*, „Gruźlica” 1968, nr 10, s. 1189–1191; E. N i k o d e m o w i c z, *Stanisław Hornung, lekarz, społecznik, profesor ftyzjatrii – 40 lat pracy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1965, nr 12, s. 1261–1265.

⁴⁹¹ W. T r y b o w s k i, *Dzieje Polskiego Towarzystwa Badań...*, s. 1046.

⁴⁹² W okresie międzywojennym maksymalna liczba członków wynosiła 16, w 1947 r. – 166, 1948 r. – 197, 1949 r. – 231. Por.: J. S t o p c z y k, M. R o p e k, *Dwadzieścia pięć lat działalności Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1971, nr 7, s. 575.

⁴⁹³ Oddział w Warszawie liczył 89 członków, w Poznaniu – 32, we Wrocławiu – 45, w Łodzi – 30, w Lublinie – 25, w Bukowcu – 11, w Krakowie – 36. Do 1951 r. Zarząd Oddziału Warszawskiego sprawował funkcję Zarządu Głównego. Zob.: *ibidem*, s. 575.

⁴⁹⁴ Kolejne oddziały powstały w: Bydgoszczy, Gdańsku i Zakopanem (1951 r.), Katowicach i Rzeszowie (1952 r.), Białymstoku i Szczecinie (1953 r.), Opolu (1954 r.), Olsztynie (1955 r.), Koszalinie, Otwocku, Zielonej Górze i Rabce (1956 r.), Kielcach (1957 r.). Katowicki oddział Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego ukonstytuował się na Walnym Zebraniu w dniu 26 stycznia 1952 r. Jego przewodniczącym został dr Leonard R. Deloff

dążył do stworzenia jak największej liczby oddziałów i pozyskania w swe szeregi możliwie wszystkich pracujących ftyzjatrów. Nadrzędnym zadaniem oddziałów było stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych swych członków⁴⁹⁵.

Nowy rozdział w zwalczaniu gruźlicy w powojennej Polsce, który dawał szansę szybkiego opanowania tego problemu w skali kraju, otworzył powołany do życia w 1948 r., Polski Instytut Przeciwgruźliczy, zwany w latach późniejszych Instytutem Gruźlicy⁴⁹⁶. Było to ukoronowanie dążeń i wysiłków poprzednich generacji polskich ftyzjatrów, którzy, widząc spustoszenia społeczne, jakie w okresie międzywojennym i zaraz po wojnie czyniła gruźlica, doceniali konieczność powołania centralnej placówki specjalistycznej jako podstawowego instrumentu niezbędnego do zwalczania gruźlicy.

Duży wpływ na powstanie tej instytucji miały też wytyczne WHO, która dość wcześnie uznała, że rejestracja zgonów i zachorowań nie mogła stanowić wystarczającej podstawy dla najbardziej racjonalnego planowania walki z gruźlicą. Stąd popierano rozwój ośrodków badań epidemiologicznych, których celem miała być analiza przebiegu choroby, umożliwiającą zbudowanie modeli ujawniających ukryte w ogólnej sprawozdawczości tendencje i siły, warunkujące przebieg tej choroby, czy wysokie proporcje nowych zachorowań w poszczególnych populacjach⁴⁹⁷.

Pierwszym dyrektorem Instytutu Przeciwgruźliczego został S. Hornung. Jego zadaniem, jako samodzielnej placówki naukowo-badawczej, było przejęcie naukowego kierownictwa walki z gruźlicą na terytorium całego kraju. Instytut zajął się więc prowadzeniem ewidencji osób pracujących w zakresie ftyzjatrii, inicjowaniem, organizowaniem i prowadzeniem badań naukowych z zakresu zagadnień biologicznych, klinicznych i społecznych oraz udzielaniem fachowych porad i pomocy naukowej innym instytucjom przeciwgruźliczym. Dlatego też już w pierwszym okresie swego istnienia Instytut nawiązał współpracę z 19 placówkami w kraju, stworzył bibliotekę naukowo-badawczą, unowocześnił i rozbudował swe zakłady teoretyczne, opracował wskazówki do leczenia streptomycyną dorosłych

(1902–1992) – lekarz chorób płuc, prof. nadzw. dr hab. med., współzałożyciel Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą. W latach 1949–1952 konsultant wojewódzki w zakresie chorób wewnętrznych na terenie województw katowickiego i opolskiego, w latach 1953–1963 konsultant wojewódzki w zakresie gruźlicy na terenie katowickiego. Natomiast oddział opolski zorganizowano w czerwcu 1954 r. Jego prezesem został dr Bohdan Pilecki, ówczesny dyrektor Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej w Opolu. Zob.: *ibidem*, s. 574.

⁴⁹⁵ J. S t o p c z y k, *Zarys historii Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego (dawniej Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 32, s. 1218–1220.

⁴⁹⁶ S. H o r n u n g, *Instytut Gruźlicy w latach 1948–1949*, „Gruźlica” 1949, nr 2, s. 201.

⁴⁹⁷ Zob.: *International Work in Tuberculosis 1940–1946*, Genewa 1965.

i dzieci⁴⁹⁸. Zaowocowało to wzrostem liczby prac naukowych oraz liczby uzyskanych stopni naukowych, co oznaczało także podniesienie poziomu leczenia chorych na gruźlicę⁴⁹⁹.

W połowie 1949 r. Instytut przejął od zarządu Towarzystwa Prewentoriów trzy budynki w Dziekanowie Leśnym, celem utworzenia sanatorium dla młodzieży jako zakładu doświadczalnego. Ponadto zaangażowanie pracowników instytutu doprowadziło w tym samym roku do zorganizowania i rozpoczęcia działalności kilku oddziałów klinicznych dla dorosłych (w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Lublinie i Gdańsku), oddziału gruźlicy dziecięcej w Otwocku, Doświadczalnej Poradni Przeciwgruźliczej w Zakopanem, Prewentorium dla Pracowników Akcji Przeciwgruźliczej w Zakopanem, Centralnego Biura Szczepień BCG, wreszcie pracowni mikrobiologii prątką gruźliczego w Krakowie, Zakopanem, Warszawie i Gdańsku⁵⁰⁰.

W roku 1949 instytut nawiązał współpracę z twórcą polskiej rehabilitacji w gruźlicy Aleksandrem Naumanem (1903–1989)⁵⁰¹, który uważał, że przywrócenie choremu na gruźlicę zdolności do wysiłku jest podstawowym zadaniem fizjatrii. Umożliwienie chorym na gruźlicę płuc i inwalidom gruźlicy wykonywania pracy, pożytecznej społecznie i pożytecznej dla pracującego, bo wynagradzanej, nie było łatwe, gdyż dotyczyło wielu aspektów życia. Najważniejsze z nich to zagadnienia kliniczne, psychologiczne, epidemiologiczne, wreszcie organizacyjne i przemysłowe. I choć – jak pisał sam autor – „słowo rehabilitacja brzmi obco dla ucha polskiego i z trudem daje się przetłumaczyć, stąd powinno się go zastąpić określeniem przywrócenia możliwości pracy”⁵⁰², to jednak wspomniana współpraca zaowocowała wkrótce powołaniem pierwszej w Polsce Poradni Rehabilitacyjnej

⁴⁹⁸ J. M a d e y, B. K a m p i o n i, A. K w i e k, *Wyniki leczenia gruźlicy streptomycyną w latach 1949–1950*, „Gruźlica” 1952, nr 2, s. 247–261.

⁴⁹⁹ M. P o t w o r o w s k a, *25-lecie Instytutu Gruźlicy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1973, nr 11, s. 1128.

⁵⁰⁰ S. H o r n u n g, *Sprawozdanie Polskiego Instytutu Przeciwgruźliczego za rok 1949*, „Gruźlica” 1951, nr 1, s. 95–104.

⁵⁰¹ Twórca uznanej w świecie szkoły rehabilitacji polegającej na szkoleniu zawodowym ozdrowieńców po przebytej gruźlicy, zwolennik masowych badań za pomocą zdjęć małobrazkowych oraz poprawy higieny mieszkań i żywienia jako podstawowego warunku realizacji akcji przeciwgruźliczej. W swojej pracy lekarskiej dużą wagę przywiązywał do ogólnego usprawnienia chorych, był zwolennikiem stosowania terapii zajęciowej upacjentów z gruźlicą, która miała przyczyniać się do trwałości stabilizacji w chorobie. Autor 100 prac naukowych, uważanych za wzory usprawniania w inwalidztwie w chorobach przewlekłych. Wyrazem uznania jego zasług było wybranie go przewodniczącym Światowej Unii Przeciwgruźliczej. Zob.: [<http://otwock.org/info/>] (29.08.2008); por. też: A. N a u m a n, *Zagadnienia zmiany zawodu w gruźlicy płuc*, Warszawa 1969.

⁵⁰² A. N a u m a n, *Zagadnienie pracy chorych na gruźlicę płuc. (Rehabilitacja chorych)*, Warszawa 1950, s. 119.

i utworzeniem pierwszego Sanatorium Rehabilitacyjnego w Otwocku, w którym jako jedynym ośrodku w Polsce prowadzono przeszkolenia chorych z gruźlicą do nowych zawodów⁵⁰³. W następnych latach problem rehabilitacji chorych po gruźlicy został podjęty przez instytucje spoza instytutu w ramach współpracy z tą placówką. Były to ośrodki w: Jaworzu, Istebnej, Łagiewnikach, Otwocku, Rabce i Zakopanem⁵⁰⁴. W pierwszych latach swojej działalności instytut zorganizował także wiele kursów dokształcających dla lekarzy oraz pielęgniarek z zakresu gruźlicy oraz specjalizacyjnych z fizjatrii. Jak widać, nie była to tylko działalność stricte naukowa, ale również organizatorska, czym przyczyniono się do budowy podstaw pod celową i skuteczną akcją zwalczania gruźlicy, opartą głównie na założeniach naukowych⁵⁰⁵.

Podsumowaniem pierwszych dwóch lat działalności instytutu było zorganizowanie w dniach 18–21 września 1949 r., drugiego po wojnie, zjazdu przeciwgruźliczego, który tym razem odbył się w Łodzi. Wzięło w nim udział ponad 620 delegatów, w tym także z zagranicy, którzy w swoich wystąpieniach łączyli zagadnienia badawcze z praktycznymi wnioskami dotyczącymi rozpoznawania i leczenia gruźlicy, opartymi na własnych doświadczeniach. Tematyka zjazdu odzwierciedlała też postęp, jaki dokonał się w ciągu dwóch lat od poprzedniego zjazdu, w zakresie metod leczenia gruźlicy. Chodziło głównie o wprowadzenie leczenia streptomycyną⁵⁰⁶ oraz masowych szczepień przeciwgruźliczych⁵⁰⁷.

Dnia 1 lutego 1950 r. dyrektorem instytutu została Janina Misiewicz, ówczesny dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie, nazywana „ambasadorem polskiej

⁵⁰³ Sanatorium prowadziło szkolenie w następujących zawodach: kreślarstwo maszynowe i budowlane, księgowość, galanteria skórzana, introligatorstwo, zegarmistrzostwo, laboranci techniczni, kontrolerzy optyczni. Obok szkoleń dużą uwagę przywiązywano do zwiększania pod kontrolą lekarską wysiłku fizycznego u chorych, stąd na terenie sanatorium powstały: hala sportowa, korty tenisowe, boiska do gier zespołowych, w zimie lodowisko. Dbano również o rozwój intelektualny chorych, gdyż wybudowano salę kinową, organizowano koncerty, przedstawienia i wieczory autorskie. Zob.: A. N a u m a n, *Zmiana zawodu w gruźlicy...*, s. 292; i d e m, *Wysiłek w gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1951, nr 4, s. 517–533.

⁵⁰⁴ K. P i c h u l o w a, *35 lat Instytutu Gruźlicy*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1985, nr 25/26, s. 752–754.

⁵⁰⁵ S. H o r n u n g, *Instytut Gruźlicy w latach 1948–1949...*, s. 201–205.

⁵⁰⁶ Leczenie streptomycyną większej liczby chorych na gruźlicę rozpoczęto w Polsce w połowie 1948 r. Stosowano wówczas lek w dawce 1–2 g dziennie w ciągu 120 dni i dłużej. W 1949 r. zmieniono sposób podawania leku: wstrzykiwano 1 g dwa razy w tygodniu w ciągu 6 tygodni i dłużej oraz podawano kwas paraaminosalicylowy (PAS – 10 g). Pierwsze obniżenie umieralności, zależne od wprowadzania streptomycyny nastąpiło w 1950 r. i wynosiło 6,5% względem roku poprzedniego. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, M. J u c h n i e w i c z, A. K w i e k o w a, *Wyniki kliniczne i epidemiologiczne leczenia przeciwprątkowego gruźlicy płuc w Polsce*, „Gruźlica” 1957, nr 4, s. 287–302.

⁵⁰⁷ W. M a r k e r t, *Sprawozdanie z IX Zjazdu Przeciwgruźliczego w Łodzi w dniach 18–21 września 1949 r.*, „Gruźlica” 1950, nr 1, s. 185–188.

ftyzjatrii⁵⁰⁸. Jej doświadczenie, wiedza i zdolności organizatorskie zapewniały nie tylko prawidłowy rozwój Instytutu, ale i zintensyfikowanie działań w walce z gruźlicą. Jeszcze w tym samym roku placówka została przeniesiona do budynku Szpitala Wolskiego, a od 1 stycznia 1951 r. Szpital został przekształcony w Instytut Gruźlicy. Przeprowadzka nie była przypadkowa, gdyż szpital ten miał już wieloletnie doświadczenie w zakresie leczenia gruźlicy, sięgające lat międzywojennych, gdy był już prawie całkowicie ukierunkowany na ftyzjatrię⁵⁰⁹.

Masowe zachorowania w okresie powojennym zmuszały do poszukiwania środków zapobiegających i uodparniających jak największą liczbę ludzi. W roku 1945 Ministerstwo Zdrowia sprowadziło do kraju szczep BCG z Instytutu Pasteura w Paryżu, dzięki czemu wznowiono produkcję szczepionki oraz doustne szczepienia noworodków. W tym celu w 1947 r. Ministerstwo Zdrowia podpisało umowę z Duńskim Czerwonym Krzyżem o przeprowadzeniu w Polsce masowej akcji szczepień BCG metodą śródskórną, dzięki czemu od kwietnia 1947 do lipca 1948 r. przebadano 800 tys. osób i zaszczepiono ok. 200 tys. noworodków⁵¹⁰. Wspomniana akcja trwała do grudnia 1949 r. i w tym czasie Polska otrzymała od Danii wyposażenie potrzebne do szczepień (ambulanse, sprzęt), szczepionkę i tuberkulinę. W połowie 1948 r. do akcji szczepień włączyła się Międzynarodowa Akcja Walki z Gruźlicą na Polskę przy współudziale Ministerstwa Zdrowia i Polskiego Instytutu Przeciwgruźliczego oraz Międzynarodowej Unii Przeciwgruźliczej, a także szwedzkiego i norweskiego personelu medycznego⁵¹¹. Do końca 1948 r. zbadano 3,5 mln dzieci i młodzieży, z których ok. 50% zostało zaszczepionych⁵¹².

Obok szczepień, które objęły dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym, studentów i robotników, stosowano także próby tuberkulinowe⁵¹³. W latach 1947–1950

⁵⁰⁸ W. J a r o s z e w i c z, *Prof. dr Janina Misiewicz...*, s. 702.

⁵⁰⁹ Zob.: Z. W o ź n i e w s k i, *Historia Szpitala Wolskiego w Warszawie 1877–1944*, Warszawa 1991.

⁵¹⁰ Jak wynikało z licznych zestawień statystycznych, szczepienia BCG zmniejszały zapadalność na gruźlicę 5–10-krotnie. Por.: *Dane statystyczne Działu Organizacyjno-Metodycznego Instytutu Gruźlicy*, Warszawa 1948.

⁵¹¹ Szczepionkę i tuberkulinę dostarczał Państwowy Zakład Serologiczny w Kopenhadze. Jak wykazywały pierwsze badania, szczepienia przeciwgruźlicze zmniejszyły kilkakrotnie zapadalność na gruźlicę wśród dzieci szczepionych w porównaniu z nieszczepionymi. U dzieci szczepionych gruźlica miała przebieg łagodniejszy, łatwiej poddawała się leczeniu i częściej niż u dzieci nieszczepionych ograniczała się do zmian w węzłach chłonnych wnek. Zob.: H. M o l l e r, *Sprawozdanie ze szczepień przeprowadzanych przez Duński Czerwony Krzyż i Międzynarodową Organizację do Walki z Gruźlicą w Polsce w 1948 r.*, „Gruźlica” 1949, nr 1/2, s. 135–139.

⁵¹² J. Z a j ą c z k o w s k a, *Kilka uwag o szczepieniu przeciwgruźliczym BCG w Polsce*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1949, z. 29/30, s. 909–911.

⁵¹³ Z. M o s k w a, *Historia szczepień przeciwgruźliczych i powstanie szczepionki BCG*, „Wiadomości Lekarskie” 1983, nr 1, s. 81–85. Najwyższe odsetki dodatnich odczynów tuber-

przebadano na odczyny tuberkulinowe 5 446 838 osób i zaszczepiono 2 507 997 dzieci i młodzieży, z tego doustnie 506 170 noworodków⁵¹⁴. Szczepienia te ukazały również dane epidemiologiczne o stopniu zagrążenia dzieci w Polsce, na ich podstawie stwierdzono, że w grupie do 3 lat, co dziesiąte dziecko było zakażone prątkiem gruźlicy, w grupie do 7 lat – co szóste, do 14 lat – co trzecie⁵¹⁵.

Po zakończeniu akcji przez Duński Czerwony Krzyż nastąpiła pewna stagnacja w szczepieniach BCG, mimo że posiadaliśmy wyszkoloną kadrę, produkowano szczepionkę, a nie posiadaliśmy jedynie tuberkuliny⁵¹⁶, którą sprowadzano nadal z Danii. W roku 1950 organizację szczepień w kraju przejęło Ministerstwo Zdrowia, w którym funkcjonował Departament Gruźlicy, a w nim nieco później (1952 r.) Wydział Gruźlicy Dzieci⁵¹⁷. W praktyce akcję szczepień przejęły stałe punkty szczepienne i ruchome kolumny przy centralnych wojewódzkich poradniach przeciwgruźliczych.

Z początkiem lat pięćdziesiątych rozwój szczepień BCG został zahamowany. Przyczyną tego były szerzące się powikłania poszczepienne pod postacią zapalenia węzłów chłonnych u noworodków szczepionych doustnie⁵¹⁸. Stosowanie metody śródskórnej nie zmniejszyło, a nawet zwiększyło liczbę powikłań, zmieniło się tylko ich umiejscowienie. Podejrzewając, że przyczyn tych „wzmózonych odczynów poszczepiennych” należy szukać w samej szczepionce, rozpoczęto badania porównawcze nad szczepami BCG, pochodzącymi z różnych ośrodków produkujących szczepionkę. Poprawa nastąpiła dopiero po zmianie podszczepu duńskiego na bra-

kulinowych w latach 1948–1949 zanotowano w Warszawie i Łodzi. Z pozostałych województw wysokie odsetki dodatnich odczynów miały województwa: gdańskie i bydgoskie. Najmniejsze odsetki zanotowano w województwie rzeszowskim, katowickim i krakowskim. Por.: *Dane statystyczne Departamentu Statystyki Medycznej Ministerstwa Zdrowia obejmujące lata 1947–1950*, Warszawa 1950.

⁵¹⁴ Por.: *Dane statystyczne Departamentu Statystyki...*

⁵¹⁵ Zob.: *Mass BCG Vaccination in Poland 1948–1949. The International Tuberculosis Campaign*, Copenhagen 1950.

⁵¹⁶ W Polsce zaczęto ją produkować i wprowadzać do użytku od 1954 r. Zob.: J. I w a z k i e w i c z, M. J u c h n i e w i c z, W. O n i s z c z u k, *Szczepienia BCG...*, s. 11.

⁵¹⁷ W tym okresie jego naczelnikiem został Jan Iwaszkiewicz. Zaangażował się on z dobrymi rezultatami w organizację szczepień, które dopiero na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1955 r. stały się obowiązkowe, obejmując dzieci i młodzież w 2, 4, 7, 12, 15 i 18 roku życia, a od 1958 r. obowiązkowi temu podlegali także poborowi. Zob.: *ibidem*.

⁵¹⁸ Według Instytutu Gruźlicy na 2,5 mln zaszczepionych dzieci wystąpiły 64 powikłania poszczepienne w całej Polsce. Istniały natomiast wzmózone odczyny poszczepienne, które budziły niepokój rodziców i lekarzy pediatrów. Odsetek tych odczynów sięgał 5% dzieci starszych i dwa razy więcej dzieci młodszych. Zob.: J. B e l k e, *Szczepienia BCG w Polsce powojennej*, „Pediatria Polska” 1949, z. 7/8, s. 674–691; J. Z a j ą c z k o w s k a, *Działalność naukowa Instytutu Gruźlicy w ciągu 35 lat jego istnienia*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1985, nr 25/26, s. 709–711.

zylijski, który nie dawał powikłań⁵¹⁹. Ponadto przeciwnicy szczepień BCG wskazywali, że spadek zachorowań na gruźlicę nastąpił głównie na skutek poprawy warunków ekonomiczno-społecznych, a być może i wysycenia prątkami gruźlicy ogółu ludności, nawet wśród nieszczepionych⁵²⁰.

Obok rozwoju szczepień, drugą istotną sprawą w walce z gruźlicą, a zwłaszcza w rozwoju jej profilaktyki w pierwszych latach po wojnie, był rozwój fluorografii, czyli wykonywania zdjęć małoobrazkowych⁵²¹. Radiofotografię za skuteczną metodę w walce z gruźlicą uznano jeszcze przed erą chemioterapii. Pozwalała ona wykrywać nieznane przypadki gruźlicy i izolować je oraz „wyłapywać” dużą liczbę chorych we wczesnym okresie rozwoju, kiedy choroba była uważana za uleczalną na drodze dostępnych przed chemioterapią metod leczenia. Bezpośrednio po okupacji wykonywano ich zaledwie kilkadziesiąt tysięcy rocznie, jednak tak naprawdę dopiero w 1947 r. rozpoczęto akcję masowego wykrywania gruźlicy za pomocą aparatów fluorograficznych, uruchamiając równocześnie kursy techników i konserwatorów sprzętu rentgenowskiego⁵²². Zaowocowało to tym, że w następnych latach robiono już tych badań kilkaset tysięcy, a w 1948 r. liczba wykonanych zdjęć przekroczyła po raz pierwszy milion; mianowicie – 1200 tys. zdjęć, na podstawie których wykryto 12 tys. przypadków gruźlicy. Po trzech latach wykonano podobną liczbę zdjęć (1212 tys.), jednak gruźlicę stwierdzono już tylko u 2326 chorych, czyli pięciokrotnie mniej. Był to widoczny pozytywny rezultat walki z gruźlicą od 1945 r.⁵²³

⁵¹⁹ Szczepionkę tę wprowadzono do powszechnego użycia w Polsce w 1955 r. Z uwagi na fakt, że przy użyciu szczepionki BCG, wyprodukowanej z podszczepu brazylijskiego, alergia trwa przeciętnie od 2 do 4 lat, kontrolę odczynów tuberkulinowych i rewakcyzację osobników tuberkulinowo-ujemnych w Polsce powtarza się w 2, 4, 7, 12, 15 i 18 roku życia. Natomiast technika szczepienia i dawka szczepienna są identyczne jak przy pierwszym szczepieniu. Zob.: A. K r z y s z k o w s k a, *Organizacja i ocena wartości szczepień BCG i ich wpływ na zachorowania na gruźlicę płuc u dzieci w okresie powojennym*, „Zdrowie Publiczne” 1958, nr 1; zob. też: i d e m, „Powikłania” po szczepieniach przeciwgruźliczych, „Gruźlica” 1955, nr 10, s. 725–730.

⁵²⁰ Po kilkuletnich próbach szczepienia ochotniczego w skali masowej, obowiązkowe szczepienia ochronne przeciw gruźlicy w Polsce obejmujące noworodków, dzieci i młodzież do 18 lat oraz wszystkie osoby powyżej 18 lat z ujemnym odczynem na tuberkulinę, wprowadzono na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 kwietnia 1955 r. (Dz.U. RP z 1955 r. nr 20).

⁵²¹ Masowe badania radiologiczne całych grup społecznych przeprowadzane najpierw za pomocą radioskopii, a następnie zdjęć małoobrazkowych zostały zapoczątkowane dopiero w 1950 r. m.in. przez S. Hornunga. Zob.: L. D e l o f f, *Osiągnięcia naukowe fizjopneumologii w okresie 25-lecia PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 5, s. 391.

⁵²² Ibidem, s. 393–394.

⁵²³ Por.: *Dane statystyczne Departamentu Statystyki Medycznej Ministerstwa Zdrowia...*

W roku 1945, obok działań ściśle medycznych, przystąpiono także do opracowania i organizowania programu naukowych wydawnictw lekarskich i czasopism lekarskich, a przede wszystkim zaczęto gromadzić i zabezpieczać resztki bibliotecznych zbiorów lekarskich. W czerwcu w Ministerstwie Zdrowia powołano na wniosek Stanisława Konopki (1896–1982)⁵²⁴ Wydział Naukowo-Wydawniczy, a kilka miesięcy później Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy. Instytucja ta miała na celu zorganizowanie bibliotek lekarskich w kraju, prowadzenie badań z zakresu historii medycyny, prowadzenie propagandy z zakresu medycyny oraz wydawanie książek i czasopism. Pierwszym czasopismem lekarskim wydawanym przez Instytut był „Dziennik Zdrowia” – organ urzędowy Ministerstwa Zdrowia, w którym drukowano rozporządzenia, dekrety, instrukcje i okólniki. Publikowano także artykuły z zakresu służby zdrowia, oraz katalog Głównej Biblioteki Lekarskiej. Drugim periodykiem wydawanym od stycznia 1946 r. był „Polski Tygodnik Lekarski” – pismo poświęcone wszystkim działom medycyny, w którym zamieszczano prace oryginalne, omówienia książek, sprawozdania ze zjazdów itp.⁵²⁵. Instytut publikował także samoistne publikacje zwarte, poświęcone m.in. leczeniu gruźlicy⁵²⁶.

W marcu 1946 r. wznowiono wydawanie czasopisma „Gruźlica”, które stało się organem Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, od września 1947 r. stanowiąc także organ Instytutu Gruźlicy⁵²⁷. Jego pierwszym powojennym redaktorem (w latach 1947–1948) został Zdzisław Skibiński, a następnie Janina Misiewicz (1948–1949) i Jan Stopczyk (1950–1951). W latach 1947–1950 rocznie ukazywały się 4 zeszyty, natomiast od stycznia 1951 r. był to dwumiesięcznik. Początkowo występowały duże trudności w systematycznym wydawaniu tego czasopisma, gdyż miało ono nawet roczne opóźnienie z powodu licznych błędów drukarskich i usterek korektorskich. Duży wpływ na ten stan miały też zmiany reorganizacyjne w Państwowych Zakładach Wydawnictw Lekarskich (PZWL), które

⁵²⁴ Lekarz, bibliofil, twórca i pierwszy dyrektor Lekarskiego Instytutu Naukowo-Wydawniczego (w latach 1946–1959) oraz Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie (1946–1970). W 1946 r. otrzymał stopień doktora habilitowanego Uniwersytetu Poznańskiego, a w 1954 r. tytuł profesora nadzwyczajnego. Autor ponad 350 prac naukowych, dydaktyk w Katedrze Historii Medycyny tegoż Uniwersytetu, od 1953 r. kierownik Zakładu Historii Medycyny na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Jeden z założycieli i pierwszy przewodniczący Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny (1957–1971). Zob.: W. S t e m b r o w i c z, *Profesor dr med. Stanisław Konopka (1896–1982). Wspomnienie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1983, nr 36, s. 1125–1126.

⁵²⁵ S. K o n o p k a, *Odrodzenie się niektórych ważnych działów polskiej służby zdrowia w roku 1945*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1981, nr 36, s. 1371–1373.

⁵²⁶ Zob.: E. G r z e g o r z e w s k i, *Spoleczne podłoża szerzenia się gruźlicy*, Warszawa 1946; M. T e l a t y c k i, *Rozpoznawanie różnicowe gruźlicy*, Warszawa 1946; W. C h o d ź k o, *Praca zawodowa a szerzenie się chorób zaraźliwych*, Warszawa 1946.

⁵²⁷ *Czasopismo „Gruźlica” w 10-leciu istnienia Polski Ludowej*, „Gruźlica” 1954, nr 7, s. 453–456.

były wydawcą czasopisma. Problemy te ustąpiły z początkiem 1951 r., gdy wydawca wyrównał wszelkie zaległości, a „Gruźlicę” przemianowano na dwumiesięcznik⁵²⁸. Tematyka publikowanych prac (teoretycznych i klinicznych) na jej łamach, podobnie jak przed wojną, dotyczyła: kliniki gruźlicy, mikrobiologii, epidemiologii, biochemii, farmakologii, profilaktyki i organizacji walki z tą chorobą. Publikacje napływały nie tylko z placówek naukowych, ale również z oddziałów szpitalnych, sanatoriów i wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych⁵²⁹.

W pierwszych pięciu latach po wojnie, wiele zagadnień związanych ze zwalczaniem gruźlicy oraz zapewnieniem tym chorym należytej opieki, leczenia i pracy w odpowiednich warunkach wymagało uregulowania przepisami prawnymi. Jak pisano w jednym z pierwszych numerów „Gruźlicy” z 1950 r.: „W chwili obecnej jesteśmy świadkami szeroko zakrojonego i z rozmachem realizowanego programu rządu na odcinku zwalczania gruźlicy, które w planie rozbudowy Służby Zdrowia jest jednym z zadań naczelných. Program ten ma swe dalsze stopniowanie w planie 6-letnim”⁵³⁰.

W roku 1950 Ministerstwo Zdrowia wraz z Komisją Prawniczą Prezydium Rady Ministrów opracowało kolejny, piąty w historii, projekt ustawy przeciwgruźliczej, który przewidywał wiele unormowań dotyczących zgłaszania i zapobiegania gruźlicy, wprowadzał obowiązkowe szczepienia przeciwgruźlicze, regulował sprawę izolacji chorych od dzieci oraz działalności poradni przeciwgruźliczych na terenie zakładów przemysłowych, a przede wszystkim ustalała zasady zatrudniania i rehabilitacji chorych na gruźlicę w zakładach pracy, a także zapewniał odpowiednie warunki pracy chorym i rekonwalescentom z gruźlicą i inwalidom⁵³¹. Projekt ten jednak, podobnie jak poprzednie, powstałe zarówno w latach międzywojennych, jak i przedstawiony w 1947 r. nie został przedłożony władzom ustawodawczym z powodu trudności finansowych. Dokument ten przyjął Sejm dopiero w 1959 r.⁵³².

⁵²⁸ J. S t o p c z y k, *Sprawozdanie redaktora czasopisma „Gruźlica” z działalności redakcyjnej i spraw wydawniczych w okresie 1950–1951*, „Gruźlica” 1952, nr 4, s. 603–607.

⁵²⁹ W. J a r o s z e w i c z, *Historia czasopisma „Gruźlica”*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 35, s. 1337–1338.

⁵³⁰ *Wstęp Komitetu Redakcyjnego*, „Gruźlica” 1950, nr 1, s. 1.

⁵³¹ Z. M o s k w a, *Historia ustawy przeciwgruźliczej w Polsce*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1988, nr 3, s. 19–22.

⁵³² Dnia 22 kwietnia 1959 r. Sejm PRL przyjął ustawę o zwalczaniu gruźlicy. Przedstawiała ona szeroki program walki z chorobą, gdyż m.in. gwarantowała powszechne i bezpłatne leczenie, nakładała obowiązek poddania się kuracji, zabiegom profilaktycznym, badaniom okresowym, prześwietleniom, a nawet przymusowemu leczeniu, wprowadzała przywilej mieszkaniowy dla chorych na gruźlicę, określała rolę poradni przeciwgruźliczej jako placówki powołanej do zwalczania choroby, a także regulowała świadczenia socjalne. Zob.: Dz.U. PRL z 1959 r. nr 27 poz. 170. Zob. też: M. J u c h n i e w i c z, *Ustawa o zwalczaniu gruźlicy*, „Gruźlica” 1959, nr 5, s. 447–457.

Podsumowując osiągnięcia na polu zmagania z gruźlicą w Polsce w latach 1945–1950 należy stwierdzić, że jak na ówczesne warunki społeczno-gospodarcze osiągnięto widoczny postęp, choć Polska nadal zajmowała jedno z czołowych miejsc pod względem zgonów z powodu gruźlicy. Przede wszystkim dokonano się w naszym kraju pełne wyodrębnienie nauki o gruźlicy płuc, uważanej dotąd za integralną część interny. Nową specjalność nazwano początkowo ftizjologią, następnie ftizjologią, wreszcie ftyzjatrią⁵³³. Rozwinęła się baza lecznicza zakładów zamkniętych i otwartych, a więc zwiększyła się również liczba łóżek do leczenia gruźlicy, powstało 16 centralnych poradni przeciwgruźliczych i kilkaset powiatowych, dzięki czemu rozwinęło się poradnictwo, powołany został Polski Instytut Przeciwgruźliczy, który jako instytucja naukowo-badawcza, kształcił specjalistów, dokształcał lekarzy, wreszcie organizował pracę placówek leczniczo-zapobiegawczych. Całokształtem akcji kierowało Ministerstwo Zdrowia przy wsparciu instytutu, a w terenie za pomocą wojewódzkich centralnych poradni przeciwgruźliczych, które pod koniec lat czterdziestych XX w. były już wyposażone w sprzęt rentgenowski i pracownie pomocnicze. Dzięki temu można było prowadzić masowe badania ludności za pomocą zdjęć małoobrazkowych, realizować powszechną akcję szczepień BCG, wreszcie można było upowszechnić prawo do leczenia wszystkich chorych na gruźlicę.

Z biegiem lat leczenie gruźlicy stało się bardziej złożone, a często także wysoce skomplikowane. W wielu przypadkach wymagało bardzo precyzyjnej wstępnej oceny rozpoznawczej, zarówno stanu ogólnego ustroju, jak i płuc oraz innych układów i narządów. Stan taki wymuszał współpracę kilku specjalistów, która była niezbędna do precyzowania rozpoznań pośrednich, a to jak nigdy przedtem wymagało indywidualnego planowania w każdym przypadku i dokładnej kontroli w wykonywaniu planu leczenia. Ponadto plan leczenia chorych na gruźlicę wymuszał powiązanie i zharmonizowanie ze sobą pracy leczniczej i obserwacyjno-badawczej zakładów lecznictwa otwartego i zamkniętego w odniesieniu do poszczególnych chorych. Chodziło przede wszystkim o przekazywanie sobie nawzajem

⁵³³ Uznano także za konieczne zorganizowanie odrębnego nauczania tej dyscypliny w akademiach medycznych oraz stworzono dziesięć katedr tego przedmiotu, choć w pierwszych pięciu, a nawet dziesięciu latach nie udało się obsadzić równocześnie wszystkich katedr, gdyż brakowało nadal ftyzjatrów dostatecznie doświadczonych, pracujących naukowo i mających kwalifikacje dydaktyczne. Od ftyzjatrów po wojnie wymagano umiejętności rozpoznawania klinicznego, laboratoryjnego i rentgenologicznego gruźlicy płuc, znajomości techniki leczenia farmakologicznego i ogólnego, znajomości techniki odmy wewnątrzopłucnowej i brzusznej, przepalania zrostów opłucnowych, techniki i diagnostyki bronchoskopowej, wreszcie zasad organizacyjnych prowadzenia poradni i sanatorium. Z biegiem lat ftyzjatria, ze względu na zmniejszanie się liczby chorych stała się częścią pneumonologii. Zob.: T. K i e l a n o w s k i, *Ftyzjatria czy pneumonologia*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1956, nr 27, s. 1235–1237.

rozpoznań, wyników badań, osiągniętych już wyników leczenia oraz wytycznych dalszego postępowania leczniczego.

Na dojście do takiego etapu w walce z gruźlicą w latach powojennych złożyła się praca wielu wybitnych polskich fizjatrów, tych zarówno działających przed wybuchem wojny, jak i zmagających się z epidemią w warunkach powojennych. Był to efekt ich mozolnego trudu, oddania i zaangażowania, by leczenie gruźlicy stało się akcją stałą, powszechną i dynamiczną, opartą na nauce i wspieraną wciąż nowymi osiągnięciami.

Rozdział IV

Walka z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim w latach 1945–1950

*„Gruźlica na naszym terenie była i jest dość znacznie rozpowszechniona.
Złożyły się na to ciężkie warunki mieszkaniowe i materialne
ludności robotniczej w czasie wojny, zmuszając nieraz chorego do pracy,
aż do ostatnich miesięcy przed śmiercią,
co przy braku dostatecznego uświadczenia ze strony chorego
i jego otoczenia przyczynia się do rozszerzenia zakażenia gruźliczego”*

N. Berdo¹

1. Budowa struktur organizacyjnych opieki zdrowotnej

Po zakończeniu drugiej wojny światowej, lekarze stanęli przed problemem poprawy stanu zdrowotności jako zadaniem priorytetowym. Sytuacja była pod tym względem bardzo trudna, gdyż z jednej strony opieki medycznej wymagały tysiące ludzi chorych, inwalidów i niedożywionych dzieci z wadami postawy, szerzyły się choroby zakaźne, w tym gruźlica, z drugiej większość placówek medycznych było zniszczonych, brakowało kadry lekarskiej i personelu pomocniczego².

Zachorowania na ostre choroby zakaźne, w tym gruźlicę, w pierwszych latach po wojnie dotyczyły ok. 10% społeczeństwa polskiego. Po opanowaniu większości epidemii, łącznie z chorobami wenerycznymi, poważnym problemem, ze względu na charakter i przebieg choroby, stało się zachorowanie i umieralność z powodu gruźlicy. Zwracano przy tym uwagę, że rozprzestrzenienie gruźlicy, obejmującej ponad 5% ludności, stwarza większe niebezpieczeństwo niż wszystkie inne choroby zakaźne. Do tego jej rozprzestrzenienie zagrażało dzieciom i młodzieży oraz osłabionej wojną ludności robotniczej i wiejskiej. W ówczesnym języku propagandowym określano to zagrożenie w stosunku do dzieci i młodzieży jako najbardziej cennego społecznie elementu, przyszłości narodu, a do dorosłych jako zagrożenie dla mas pracujących miast i wsi oraz inteligencji pracującej.

¹ N. B e r d o, *Gruźlica w Sosnowcu*. W: *Pamiętnik VIII Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 364.

² W latach 1945–1950 na ostre choroby zakaźne (dur brzuszny, dur płamisty, dur powrotny, czerwonka, błonica, płonica, zimnica i gruźlica) zachorowało 518 168 osób i zmarło 34 386. Pamiętać jednak należy, że z powodu niepełnej rejestracji zachorowań i zgonów, liczby te, zwłaszcza w dwóch pierwszych latach, były w rzeczywistości znacznie wyższe. Zob.: E. W i ę k o w s k a, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001, s. 165.

Liczba zgonów z powodu gruźlicy w 1945 r. w niektórych większych miastach Polski była bardzo duża. W Warszawie wynosiła 247 zgonów na 100 tys. mieszkańców, ale w Sosnowcu dochodziła nawet do 430, by w 1946 r. spaść do 240 na 100 tys. mieszkańców³. Powagę problemu gruźlicy określały liczby ilustrujące wiele zjawisk, takich jak występowanie i przyrost zakażeń gruźlicą w populacji (zakaźność i zagruźliczenie), chorobowość, zapadalność, umieralność i śmiertelność, wreszcie wyleczalność chorych na gruźlicę.

Jednak w rzeczywistości 1945 r. do walki z gruźlicą nikt w Polsce nie był przygotowany. Brakowało kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, łóżek dla chorych na gruźlicę, nie było właściwej rejestracji zgonów z powodu gruźlicy, jak i danych dotyczących skali i terytorium w zakresie zapadalności i chorobowości. Z tego powodu w niektórych regionach kraju zaczęto samorzutnie organizować punkty leczenia chorych na gruźlicę, które nazywano samowłańczo poradniami przeciwgruźliczymi. To właśnie one stanowiły pierwsze punkty poradnictwa i podawały statystyki, na ich podstawie zwalczanie gruźlicy uznano za jedno z najbardziej pilnych i ważnych zadań państwowej służby zdrowia i przyjęto, że epidemie wymagają podjęcia nadzwyczajnych środków⁴.

Także w województwie śląsko-dąbrowskim bezpośrednio po zakończeniu działań wojennych sprawa poprawy zdrowotności została wysunięta na pierwszy plan działań organizacyjnych. Chodziło przede wszystkim o prowadzenie skutecznej walki z gruźlicą, zagrażającą społeczeństwu oraz zorganizowanie lecznictwa przeciwgruźliczego, gdyż zdawano sobie sprawę z ogromnej wagi społecznej, ekonomicznej, a nawet ogólnopństwowej tego zagadnienia. Władze województwa wiedziały, że gruźlica jest chorobą społeczną i przestała być zagadnieniem nędzy

³ W tym samym roku w Danii zanotowano 36 zgonów, w Stanach Zjednoczonych – 41, w Holandii – 80, we Francji – 120 zgonów na 100 tys. mieszkańców. Zob.: N. B e r d o, *Gruźlica w Sosnowcu...*, s. 364; zob. też: *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności urzędów i instytucji zdrowia publicznego w roku 1946*, Warszawa 1949, s. 90.

⁴ Władze zdawały sobie sprawę z wagi zagadnienia i wykorzystywały to politycznie. Już podczas II Zjazdu Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (PZPR), który odbył się w dniach 10–17 marca 1954 r., podjęto uchwały dotyczące podniesienia stopy życiowej „mas pracujących” i warunków bytowych. Te właśnie czynniki uważano za najważniejsze w opanowaniu szerzenia się gruźlicy. Jednak rzeczywiste rozwiązanie tego problemu nastąpiło dopiero po wprowadzeniu do ustawodawstwa obowiązujących po przełomie październikowym przepisów. Ważny moment dokonał się podczas IV Zjazdu PZPR w 1964 r., gdy plenum podjęło uchwałę, która stawiała problem gruźlicy w rzędzie priorytetowych zadań państwowych. Zalecała ona wydatny wzrost wysiłków w zwalczaniu gruźlicy i spowodowała zwiększenie funduszy na rozwój akcji profilaktycznej, wykrywania i leczenia choroby przy szerokim zastosowaniu nowoczesnej chemioterapii. Zob.: J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *30 lat walki z gruźlicą w PRL*, „Gruźlica” 1974, nr 6, s. 491.

ludzkiej, upośledzenia społecznego, iż jest nie tylko często dramatem indywidualnym, ale ze względu na swoją masowość, epidemiologiczny charakter, liczbę zgonów i straty wśród ludności w wieku produkcyjnym, stała się szczególnym zagadnieniem w życiu społecznym.

Podstawę działań mających na celu odbudowę infrastruktury służby zdrowia w województwie śląsko-dąbrowskim, które w połowie 1945 r. zamieszkiwało 1 632 961 osób, stanowiła ustawa z 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, która regulowała m.in. sprawy zwalczania chorób i zapobiegania im, uruchamiania zakładów leczniczych, opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i dzieckiem, uzdrowisk i cmentarzy⁵. Ponadto publiczna służba zdrowia zajmowała się zagadnieniami dotyczącymi higieny szkolnej, wychowania fizycznego, opieki nad kolonistami, zaopatrywania ludności w wodę i usuwania nieczystości, dozoru sanitarnego nad artykułami żywnościowymi, higieny bytowania i pracy, kąpielisk, środków lokomocji, obrotu środkami leczniczymi⁶.

Po zakończeniu wojny zaczęto jednak wprowadzać liczne zmiany organizacyjne w zakresie ochrony zdrowia. Jedynie działalność ubezpieczeń społecznych opierała się na przedwojennych przepisach ustawy z 1933 r., które zmodyfikowano tylko nieznacznie⁷.

Na podstawie dekretu Krajowej Rady Narodowej z 11 kwietnia 1945 r. powołano urząd Ministra Zdrowia, który organizował administrację państwową w zakresie opieki zdrowotnej, lecznictwa, szpitalnictwa, nadzoru sanitarnego, rozwiązywania spraw sanitarno-epidemicznych. Opracowanie strategii i realizacji walki z chorobami zakaźnymi powierzono Naczelnemu Nadzwyczajnemu Komii-

⁵Instrukcja Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami dotycząca prowadzenia szpitali (oddziałów) zakaźnych, „Dziennik Zdrowia” z 1946 r. nr 17/18, poz. 100.

⁶Za wykonanie powyższych zadań odpowiedzialny był minister opieki społecznej. Na szczeblu gminy wykonywano czynności sanitarno-porządkowe, w szczególności w sprawach dotyczących zapobiegania chorobom zakaźnym i społecznym oraz ich zwalczania. Podstawową jednostką zapewniającą ludności opiekę i sprawującą nadzór nad warunkami higienicznymi jej bytowania był ośrodek zdrowia, odpowiedzialny w szczególności za opiekę nad matką i dzieckiem, zwalczanie chorób społecznych i zakaźnych, udzielanie pomocy leczniczej itp. Zob.: Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. z 1939 r. nr 54; Z. M o s k w a, *Publiczna służba zdrowia w świetle ustawy z 1939 roku*, „Wiadomości Lekarskie” 1983, nr 21, s. 1833–1834.

⁷Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) został powołany na mocy ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, z późniejszymi zmianami w latach 1934–1938. Dekretem PKWN z 7 września 1944 r. o tymczasowych organach samorządu w ubezpieczalniach społecznych, powołane zostały tymczasowe organy ubezpieczalni społecznych. Funkcjonowały one do dnia wejścia w życie ustawy z 20 lipca 1950 r. o ZUS, która uchyliła dekret PKWN i powołane organy. Zob.: *Archiwum Akt Nowych w Warszawie. Przewodnik po zasobie archiwalnym*, red. M. Motas, Warszawa 1973, s. 401.

sariatowi do Walki z Epidemiami oraz Wydziałowi Zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego. Obie instytucje powstały pod koniec 1944 r. i od początku swej działalności podjęły kroki w celu zapobieżenia epidemii ostrych chorób zakaźnych. Z chwilą powołania Ministerstwa Zdrowia NNK został z nim połączony merytorycznie i formalnie, natomiast służba zdrowia PUR, funkcjonująca do 1949 r., przez cały czas pozostawała poza strukturami organizacyjnymi ministerstwa⁸.

Zgodnie z przedwojennymi przepisami, na poziomie wojewódzkim powołano wydziały zdrowia, które sprawowały nadzór i kontrolę nad szpitalami, sanatoriami, prewentoriami, ośrodkami zdrowia, punktami sanitarnymi, domami dla matek z dziećmi, żłobkami, aptekami, wytwórniami surowic i szczepionek. Prowadziły one rejestr personelu medycznego i sanitarnego, współpracowały także w zakresie opieki zdrowotnej z organizacjami zawodowymi i społecznymi⁹.

Na szczeblu powiatowym organem merytorycznym w wyżej wymienionych sprawach był lekarz powiatowy, na szczeblu gminnym – lekarz miejski (okręgowy). Podstawową jednostką organizacyjną publicznej służby zdrowia zgodnie z ustawą z 1939 r. miał być ośrodek zdrowia¹⁰. W omawianym okresie został całkowicie zmieniony zakres pracy ośrodków zdrowia przez nałożenie na nie obowiązku udzielania świadczeń leczniczych i zlikwidowanie działalności filantropijnej¹¹. Ośrodki zdrowia zostały przejęte przez nowo powstałe Ministerstwo Zdrowia, a po odbudowie i adaptacji budynków liczba tego typu placówek powiększyła się w całym kraju dwukrotnie¹².

Lekarze powiatowi (grodzcy) podlegli wojewódzkim wydziałom zdrowia, stanowili władzę pierwszej instancji. Było to ważne ogniwo administracji państwowej służby zdrowia. Dysponowali oni na ogół biurem sanitarnym ośrodka zdrowia

⁸ Zob.: *Ustawodawstwo służby zdrowia. Zbiór przepisów według stanu na dzień 1 listopada 1955 r.*, red. L. Krotkiewska, t. 1, Warszawa 1956.

⁹ Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 15 sierpnia 1931 r. w sprawie organizacji urzędów wojewódzkich oraz trybu załatwiania spraw w tych urzędach, Dz.U. RP z 1931 r. nr 76, poz. 611.

¹⁰ Z. M o s k w a, *Publiczna służba zdrowia...*, s. 1833.

¹¹ W kwietniu 1945 r. wszystkie powiaty przejęte administracyjnie przez władze polskie powołały lekarzy powiatowych oraz utworzyły powiatowe urzędy zdrowia, przy których organizowano powiatowe ośrodki zdrowia z różnymi przychodniami, m.in. przeciwgruźliczą. Stanowiska lekarzy powiatowych były obsadzone do 1950 r., wówczas je ostatecznie zlikwidowano, a ich zadania w zakresie koordynacji spraw służby zdrowia przejęły wydziały zdrowia prezydiów powiatowych rad narodowych lub rad narodowych miast wydzielonych z powiatów. Zob.: L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 170.

¹² Liczba ośrodków zdrowia podległych Ministerstwu Zdrowia w latach 1945–1949 przedstawiała się następująco: 1945 r. – 447, 1947 r. – 825, 1948 r. – 934, 1949 r. – 1102. Por.: *Rozwój otwartej i zamkniętej opieki zdrowotnej w Polsce Ludowej*, red. J. Wolański, „Zdrowie Publiczne” 1954, nr 4, s. 15–16.

i personelem medycznym starostwa. Odpowiadali za właściwe prowadzenie akcji przeciwepidemicznej, pełnili funkcję lekarza zaufania państwa i policji sanitarnej. Do ich zadań należał nadzór nad stanem sanitarno-porządkowym, zapobieganie chorobom zakaźnym i społecznym oraz ich zwalczanie, higiena szkolna, walka z alkoholizmem, nadzór nad aptekami, kontrola środków żywności i ich produkcji, udział w komisjach poborowych, opieka nad matką z dzieckiem. Zajmowali się oni wydawaniem świadectw urzędowych, brali udział w komisjach emerytalnych i inwalidzkich, rejestrowali personel medyczny i sanitarny. Innymi słowy, koordynowali całą działalność w zakresie zdrowia publicznego w powiecie¹³.

Utrzymanie odpowiednich warunków sanitarnych należało do dezynfektorów, którzy pracowali w kolumnach epidemicznych (dezynfekcyjnych). Nadzór nad ich działalnością sprawował lekarz powiatowy¹⁴, a głównym ich zadaniem było zwalczanie chorób zakaźnych poprzez dezynfekcję, dezynsekcję, deratyzację i szczepienia ochronne. Kolumny pracowały na zlecenie miejskich ośrodków zdrowia, wykonując wymienione czynności, a także przeprowadzając wywiady środowiskowe i udzielając niezbędnych wskazań i informacji w zakresie zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych¹⁵. Były również zaangażowane do akcji wykrywania przypadków gruźlicy, mając za zadanie:

„[...] podczas wyjazdu w teren [...] sporządzić wykaz osób, które w przeciągu ostatnich 6 miesięcy zmarły z powodu gruźlicy. Po zebraniu tych danych winna kolumna w czasie swych czynności sanitarno-porządkowych w domach, w których stwierdzono zgon z powodu gruźlicy, przeprowadzić wywiad [...] oraz dołożyć starań, aby chory i otoczenie udali się do najbliższej Poradni Przeciwgruźliczej (Ośrodek Zdrowia) celem zbadania ich zdrowia”¹⁶.

¹³ Dekret PKWN z 21 sierpnia 1944 r. o trybie powoływania władz administracji ogólnej I i II instancji, Dz.U. z 1944 r. nr 2, poz. 8; Ustawa o nadzorze nad lecznictwem z 3 stycznia 1946 r., „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1946 r. nr 11, poz. 153, s. 139.

¹⁴ W 1945 r. w całym kraju działało 450 trzyosobowych kolumn przeciwepidemicznych, w których pracowało 1350 osób. Uruchomiono 397 kąpielisk (odwyszalni) stałych i 102 przenośnych, a także 450 stałych i 344 przenośne komory dezynfekcyjne. W 1946 r. utworzono zespół przeciwepidemiczny, składający się z 16 kolumn – po trzy kolumny w województwie i kolumny powiatowe – razem czynnych było 438 kolumn, w których pracowało 1276 osób. Od 1947 r. ze względów oszczędnościowych liczbę kolumn zmniejszono do 211, pracowało w nich 624 osoby. W 1948 r. po reorganizacji działały jedynie 4 kolumny centralnego zespołu przeciwepidemicznego i 25 kolumn wojewódzkich, zatrudniając 90 osób. Zob.: *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym...*, s. 72; F. P r e s m y c k i, *Plan walki z chorobami zakaźnymi*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, nr 22, s. 846.

¹⁵ Zob.: *Instrukcja dla kolumn przeciwepidemicznych*, Warszawa 1946.

¹⁶ Pismo Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami do Wydziału Zdrowia Urzędów Wojewódzkich z 27 stycznia 1947 r. w sprawie kolumn epidemicznych, Archiwum Państwowe w Opolu (dalej: AP w Opolu), Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

Za doprowadzenie chorego na gruźlicę i jego rodziny do Poradni Przeciwgruźliczej lub Ośrodka Zdrowia kolumnie przeciwepidemicznej na podstawie odpowiedniego zaświadczenia wypłacano premię w wysokości 50 zł za każdą doprowadzoną rodzinę z kredytów przeznaczonych na walkę z gruźlicą¹⁷.

Organizację wojewódzkich kolumn przeciwepidemicznych regulował okólnik NNK z 5 grudnia 1945 r., który zobowiązywał, by przy każdym wojewódzkim nadzwyczajnym komisariacie uruchomić zespół przeciwepidemiczny, złożony z dwóch trzyosobowych kolumn, a przy każdym powiatowym wydziale zdrowia – jedną kolumnę trzyosobową. Wyjątkiem były Ziemie Odzyskane, na których miały pracować po dwie trzyosobowe kolumny. Pod koniec 1945 r. w województwie śląsko-dąbrowskim działało 48 kolumn przeciwepidemicznych, 21 kąpielisk stałych, 5 kąpielisk przenośnych, 46 komór dezynfekcyjnych stałych i 35 przenośnych¹⁸.

W roku 1948 akcja epidemiczna uległa reorganizacji. Naczelny Komisariat został przemianowany na Departament Sanitarno-Epidemiologiczny, komisarza wojewódzkiego włączono do wydziału zdrowia i przemianowano na kierownika oddziału sanitarno-epidemiologicznego, a akcję zwalczania chorób zakaźnych przekazano lekarzom powiatowym, którym przydzielono po dwóch kontrolerów sanitarnych i po jednej pielęgniarkę na każdy powiat¹⁹.

Bezpośrednio po przejęciu administracji od Armii Czerwonej przystąpiono również do uregulowania spraw ubezpieczeniowych. I choć pomoc lecznicza na rachunek Ubezpieczalni Społecznych była udzielana od samego wyzwolenia, to jednak nie dysponowały one żadnymi funduszami. Szpitale ulegających likwidacji instytucji ubezpieczeniowych przejęte zostały na własność lub tylko pod zarząd Ubezpieczalni Społecznych z wyjątkiem tych, które były zajęte na cele wojskowe (polskie i radzieckie). Dzięki temu wiele placówek zostało uchronionych przed zniszczeniami wojennymi i grabieżą²⁰.

Rozporządzeniami pełnomocnika rządu na województwo śląsko-dąbrowskie, z lutego i marca 1945 r., województwo objęto przepisami ogólnopolskiej ustawy o ubezpieczeniu chorobowym z 1933 r., na podstawie której spod nadzoru spółek brackich wyjęto ubezpieczenie rentowe²¹.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ J. M o r z y c k i, A. M. K l i n g b e r g, *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944–1945*, Warszawa 1946, s. 46.

¹⁹ F. P r z e s m y c k i, *Plan walki z chorobami...*, s. 846.

²⁰ *Przebieg organizowania Ubezpieczalni Społecznych*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1, s. 133.

²¹ Stan taki trwał do 1951 r., gdy spółki brackie zostały zlikwidowane. Zob.: M. W. W a n a t o w i c z, *Ubezpieczenia brackie na historycznym obszarze Górnego Śląska*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J. M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 136; zob. też: F. W o ź n i c z k a, *Ostatni rok działalności Spółki Brackiej*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1951, nr 5, s. 21–24.

W pierwszych tygodniach organizowania administracji, od 1 do 19 lutego 1945 r., zaczęły powstawać ubezpieczalnie w Katowicach, Chorzowie, Rybniku, Tarnowskich Górach, Sosnowcu, Bielsku, Bytomiu, Zabrze i Gliwicach²². Zaczęły one funkcjonować jako placówki społeczne po przekształceniu kas chorych i innych instytucji ubezpieczeniowych w ubezpieczalnie społeczne. Ustalono okręgi i siedziby ubezpieczalni na obszarze przedwojennej części województwa śląskiego²³. Jednocześnie na mocy zarządzenia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 5 października 1945 r. ustalono organizację ubezpieczeń społecznych na przyłączonym do Polski terytorium Śląska Opolskiego. Stało się to na podstawie uruchomionej w Opolu Ubezpieczalni Społecznej, będącej oddziałem ubezpieczalni w Katowicach²⁴. W roku 1946 na terenie podlegającym opolskiemu oddziałowi utworzono 69 punktów lekarskich i 38 dentystycznych w 38 miejscowościach. Dzięki czemu oddział ten został zaliczony do największych ubezpieczalni w kraju, uzyskując pełną samodzielność 15 grudnia tegoż roku²⁵. We wrześniu 1947 r. Dział Lecznictwa opolskiej ubezpieczalni zatrudnił 60 lekarzy rejonowych²⁶.

Na początku 1946 r. ubezpieczalnie społeczne w województwie śląsko-dąbrowskim dysponowały 654 łóżkami szpitalnymi²⁷, przy czym w kolejnych latach, wraz z rozwojem gospodarczym regionu i napływem tzw. repatriantów, zwiększyła się gwałtownie liczba ubezpieczonych²⁸. Stąd zakres działania ubezpieczalni społecznych na obszarze województwa obejmował lecznictwo ogólne, specjalistycz-

²²J. Pasternek, *Sprawozdanie Dyrektora Naczelnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przedstawione na pierwszym posiedzeniu Tymczasowej Rady ZUS w dniu 5 lipca 1946 r.*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1984, z. 2, s. 72; *Przebieg organizowania Ubezpieczalni...*, s. 133.

²³Ogłoszenie Komisarza Organizacyjnego Ubezpieczeń Społecznych w górnośląskiej części województwa śląsko-dąbrowskiego z 14 marca 1945 r., „Gazeta Urzędowa Województwa Śląskiego” z 1945 r. nr 5, s. 49.

²⁴Obejmowała ona swym zasięgiem powiaty: opolski wraz z Opolem, nyski wraz z Nysą, kluczborski, oleski, strzelecki, niemodliński, grodkowski, prudnicki i kozielski. Powiaty raciborski i głubczycki włączone zostały do ubezpieczalni w Rybniku, z tymczasową siedzibą w Pszczynie. Placówki działały także m.in. w Bytomiu, Zabrze, Gliwicach. Zob.: *Sprawozdanie wojewody śląsko-dąbrowskiego za październik 1945 r.*, Archiwum Państwowe w Katowicach (dalej: AP w Katowicach), Urząd Wojewódzki Śląski (dalej: UWŚl.), sygn. 49, k. 115b.

²⁵*Rozwój Ubezpieczalni w Opolu*, „Nowiny Opolskie” 1948, nr 48, s. 25.

²⁶*Ubezpieczalnia Społeczna w Opolu, Dział Lecznictwa. Wykaz lekarzy rejonowych, z którymi Ubezpieczalnia zawarła umowę o pracę. Stan na dzień 1 września 1947 r.*, „Nowiny Opolskie” 1948, nr 13, s. 12.

²⁷*Szpital województwa śląsko-dąbrowskiego. Stan na dzień 1 lutego 1946 r.*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 4, s. 242–244.

²⁸W kwietniu 1948 r. liczba ubezpieczonych w województwie śląsko-dąbrowskim wynosiła 252 700. Zob.: T. Gliksner, W. Ziembicki, *Rozwój ubezpieczenia chorobowego na Ziemiach Odzyskanych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1948, z. 7, s. 20.

ne, pomoc dentystyczną i położniczą, lecznictwo szpitalne, sanatoryjne, a także szeroko rozumianą profilaktykę, w tym zwalczanie chorób społecznych, gruźlicy, chorób wenerycznych, jaglicy, opiekę nad matką i dzieckiem oraz młodzieżą, zaopatrzenie w lekarstwa i ośrodki sanitarne²⁹.

W roku 1946 dekretem z 29 września zniesiono obowiązek pokrywania przez pracowników części składek ubezpieczeniowych, a nałożono go na pracodawcę³⁰. Spod nadzoru spółek brackich wyjęto ubezpieczenie chorobowe górników, pozostawiając ubezpieczenie rentowe, które zlikwidowano w latach pięćdziesiątych wraz ze spółkami brackimi. W drugiej połowie 1947 r. tzw. śląski system lecznictwa ubezpieczeniowego uległ likwidacji i zastąpiony został ogólnopolskim systemem opieki zdrowotnej³¹. Jednak z uwagi na specyfikę i większe potrzeby zawodu górnika, utrzymano pewną odrębność górniczej służby zdrowia³². Pod koniec lat pięćdziesiątych opierała się ona na instytucji lekarzy zakładowych, funkcjonujących przy kopalniach, a w Centralnym Zarządzie Przemysłu Węglowego utworzono Wydział Zdrowia, który działał do końca 1951 r.³³

Równoległe z uregulowaniem prawnym w zakresie ubezpieczenia społecznego zaczęto organizować wojewódzkie wydziały zdrowia, które miały wykonywać wszystkie zadania związane ze służbą zdrowia, w szczególności: sprawować nadzór nad lekarzami powiatowymi i innymi pracownikami, koordynować działalność wszystkich organizacji odpowiadających za ochronę zdrowia na terenie danego województwa, uruchamiać placówki służby zdrowia oraz zapewnić opiekę zdrowotną funkcjonariuszom państwowym (do 1946 r.)³⁴.

²⁹E. G i e b a r t o w s k i, *Ubezpieczenia społeczne w dobie przemian*, Warszawa 1948, s. 19–22.

³⁰B. S a l d a k, *Spoleczna służba zdrowia w Polsce Ludowej w latach 1944–1964*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1965, nr 3, s. 10.

³¹Zob.: *Streszczamy przed zmianą! Uwagi wydane jako manuskrypt dla zainteresowanych władz przez śląską organizację lekarską*, Katowice 1947.

³²O specyfice pracy lekarzy ubezpieczalni możemy dowiedzieć się w jednym ze sprawozdań wojewody śląskiego z początku 1947 r. „Ponieważ lekarze śląscy pracujący w ubezpieczalniach mają o wiele więcej pracy niż lekarze ubezpieczalni w innych dzielnicach państwa, śląski związek lekarzy domaga się odpowiedniej zmiany umowy ramowej zawartej swego czasu z tamtejszymi ubezpieczalniami”. Por.: Sprawozdanie sytuacyjne wojewody śląskiego za styczeń 1947 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 50, k. 17.

³³W 1952 r. Minister Zdrowia powołał Centralną Przychodnię Ochrony Zdrowia w Przemysle Górniczym z siedzibą w Katowicach, która koordynowała pracę wszystkich placówek służby zdrowia w górnictwie. Kolejne zmiany polegały na powołaniu obwodowych przychodni dla górników i likwidacji centralnej placówki. Zob.: M.W. W a n a t o w i c z, *Ubezpieczenia brackie na historycznym obszarze...*, s. 136–137.

³⁴Do czasu uchwalenia ustawy o radach narodowych w 1950 r. zadania te realizowane były przez organy ogólnej administracji państwowej. Po wejściu w życie ustawy wydział zdrowia, realizujący zadania w zakresie ochrony zdrowia nakreślone przez radę narodową, stał

Wojewódzki Wydział Zdrowia w Katowicach powołano do życia 29 stycznia 1945 r. Do jego podstawowych zadań należała organizacja powiatowych wydziałów zdrowia, nadzór nad wykonywaniem zawodów leczniczych (m.in. właściwe rozlokowywanie lekarzy i personelu pomocniczego), uruchamianie szpitali, ośrodków zdrowia, aptek, zaopatrywanie tych placówek w leki, żywność, materiały opatrunkowe, instrumentarium lekarskie, sprawy medycyny społecznej, lecznictwa zakładowego i uzdrowiskowego, wreszcie kwestie dotyczące zwalczania chorób epidemicznych i społecznych³⁵.

Dnia 31 stycznia 1945 r. uruchomiono filię Państwowego Zakładu Higieny w Katowicach, która obsługiwała całe województwo śląsko-dąbrowskie. Placówka ta była w złym stanie, całkowicie zdewastowana została przez okupanta, sprzęt rozkradzono, stąd pierwsze miesiące upłynęły na kompletowaniu wyposażenia³⁶. Jako instytucja opiniodawcza pomagała lekarzom powiatowym i pracownikom kolumn przeciwepidemicznych, prowadząc badania materiałów zakaźnych służących do rozpoznawania, rejestracji i leczenia chorób zakaźnych. Pierwszym kierownikiem placówki został dr Jan Adamski (1887–1966)³⁷, a po jego wyjeździe do Poznania w kwietniu 1945 r., funkcję dyrektora pełnił dr Antoni Donhaiser (1900–1958)³⁸.

się organem administracji państwowej o podwójnym podporządkowaniu. Zob.: L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój administracji służby zdrowia...*, s. 162–164.

³⁵Zarządzenie organizacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego nr 41/48 o organizacji wewnętrznej Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z 20 lutego 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 346, k. 1.

³⁶Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r. z 5 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 345, k. 117.

³⁷Lekarz mikrobiolog, w latach 1935–1939 dyrektor Wojewódzkiego Zakładu Higieny w Katowicach, w ramach którego zorganizował działy: bakteriologii, higieny pracy i weterynarii. W 1935 r. założył Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Higienicznego i był jego prezesem do 1939 r. Podczas okupacji pracował w Państwowym Zakładzie Higieny (PZH) w Warszawie i uczestniczył w pracach tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich. W lutym 1945 r. powrócił do Katowic i niebawem (kwiecień 1945 r.) został powołany na kierownika Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu Poznańskiego. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

³⁸Lekarz mikrobiolog i epidemiolog. W 1935 r. zamieszkał w Katowicach, gdzie pracował jako lekarz bakteriolog w Śląskim Zakładzie Higieny i Badania Żywności oraz Przedmiotów Użytku. Podczas okupacji hitlerowskiej był bakteriologiem w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie. Po wojnie wrócił do Katowic, w latach 1945–1951 organizator i kierownik Oddziału Bakteriologii Filii PZH oraz organizator, a następnie ordynator Oddziału Zakaźnego Szpitala Miejskiego. Zob.: K. B r o Ź e k, *Polska służba medyczna w powstaniach śląskich i plebiscycie*, Opole–Katowice 1973, s. 276.

Dnia 2 lutego 1945 r., jako jedna z pierwszych w Polsce³⁹, utworzona została Śląska Izba Lekarska, która następnie przyjęła nazwę Izba Lekarska Województwa Śląsko-Dąbrowskiego. Na jej pierwszego przewodniczącego powołano Edwarda Hankego⁴⁰, który został także komisarzem organizacyjnym służby zdrowia na terenie Śląska Opolskiego. W tym celu utworzono w Bytomiu ekspozyturę Izby Lekarskiej, która zajęła się planowym osiedlaniem lekarzy na terenach przyłączonych. Działalność w tym zakresie regulowało rozporządzenie pełnomocnika Rządu RP gen. Aleksandra Zawadzkiego z dnia 22 lutego 1945 r., upoważniającego izbę do przesiedlania lekarzy i do ogłoszenia Katowic miastem zamkniętym dla dalszego napływu lekarzy⁴¹.

Jednym z pierwszych zadań samorządu lekarskiego było zewidencjonowanie lekarzy, weryfikacja tzw. lekarzy volksdeutschów, sprawdzanie dokumentów nowo osiedlających się lekarzy, opiniowanie do Ministerstwa Zdrowia wniosków o tymczasowe prawo do praktyki lekarskiej, przyznawanie prawa do tytułu specjalisty, mianowanie członków komisji kwalifikacyjnych, arbitrażowych i rad lekarskich przy ubezpieczalniach społecznych, wreszcie planowe rozmieszczenie lekarzy na terenie województwa, zwłaszcza na obszarze Śląska Opolskiego oraz zabezpieczenie szpitali i gabinetów poniemieckich przed dalszą dewastacją i rozgrabieniem. Był to dość poważny problem w pierwszym roku po wyzwoleniu, gdyż lekarze osiedlali się niemal wyłącznie w Katowicach i Chorzowie, a następnie w Bytomiu, Gliwicach i Zabrze. Stąd zarząd Izby zmuszony był często odmawiać rejestracji lekarzom zamierzającym osiedlić się w dużych miastach Śląska. Dzięki twardemu stanowisku izby, na Śląsku Opolskim pojawiła się większa liczba lekarzy⁴².

Pierwszym naczelnikiem „śląskiego” Wydziału Zdrowia została Jadwiga Gabszewicz (1889–1972)⁴³, która już w czasie wojny, walcząc o dobro pacjenta,

³⁹ Izba Lekarska Śląsko-Dąbrowska wznowiła działalność niemal w tym samym czasie co izba krakowska, warszawsko-białostocka i lubelska. Zob.: T. N a s i e r o w s k i, *Samorząd lekarski w Polsce*, t. 1, Warszawa 1989, s. 36–38.

⁴⁰ Lekarz chorób wewnętrznych, reumatolog, powstaniec wielkopolski i śląski. Po zakończeniu drugiej wojny światowej był organizatorem służby zdrowia w Chorzowie. Funkcję przewodniczącego Izby Lekarskiej, a potem zastępcy pełnił w latach 1945–1949. W latach 1945–1961 pracował również w kolejowej służbie zdrowia. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnośląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

⁴¹ *Z działalności Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1, s. 131.

⁴² Ibidem.

⁴³ Lekarz okulista, naczelnikiem była od marca do końca kwietnia 1945 r. Następnie została sędzią Sądu Dyscyplinarnego Izby dla Lekarzy, którzy przyjęli niemiecką listę narodowościową. Od 1 maja 1945 r. – ordynator Oddziału Okulistycznego Ubezpieczalni Społecznej w Katowicach, w 1947 r. przeszła do lecznictwa ambulatoryjnego. Zob.: Biblioteka Główna

pokazała hart ducha⁴⁴. Funkcję swą pełniła jednak tylko 3 miesiące, ale w tym czasie zdołała uruchomić 37 szpitali, 9 ośrodków zdrowia oraz skierować do pracy ok. 300 lekarzy⁴⁵.

Kolejnym naczelnikiem został Kazimierz Stawarski, który, mimo że urzędował tylko niespełna 2,5 miesiąca, wprowadził wiele zmian organizacyjnych. Przede wszystkim przyczynił się do obsadzenia wszystkich stanowisk lekarzy powiatowych oraz zwiedził większość placówek opieki zdrowotnej, przeprowadzając liczne inspekcje sanitarne na terenie powiatów zachodnich, które pozwoliły poprawić pracę działających tam placówek⁴⁶. Ponadto, wystąpił do Ministra Zdrowia z wnioskiem o utworzenie Komisariatu do Walki z Epidemiami⁴⁷, któremu miano powierzyć sprawy zwalczania gruźlicy⁴⁸ i innych chorób zakaźnych, gdyż obok problemu z rozprzestrzenianiem się gruźlicy narastała obawa wybuchu epidemii duru brzusznego⁴⁹.

W czerwcu 1945 r. K. Stawarski zorganizował w Katowicach zjazd lekarzy powiatowych i dyrektorów funkcjonujących szpitali. Omawiano na nim najpilniejsze sprawy związane z organizacją służby zdrowia w województwie śląsko-dąbrowskim. W obradach zjazdu brał udział minister zdrowia dr Franciszek Litwin (1899–1965), który przemawiając do delegatów nakreślił najważniejsze zadania, jakie stały wówczas przed władzą i społeczeństwem w zakresie ochrony zdrowia:

„Jako minister zdrowia postawiłem sobie za punkt honoru zrealizowanie pełnej opieki lekarskiej [...]. Oto trzy zasadnicze punkty mego programu. Powtarzam: jednolitość zdrowia narodu, poprawa zaniedbanego zdrowia robotników i chłopów, opieka Państwa nad matką i dzieckiem. Program ten może być zrealizowany tylko wtedy, gdy uda mi się przeprowadzić jednolitość służby zdrowia i osiągnąć poziom podejścia wszystkich lekarzy w Polsce do wymienionych kardynalnych zagadnień,

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

⁴⁴W czasie wojny służąc pomocą ludności cywilnej i rannym żołnierzom polskim, jako jedyna z lekarzy pozostała w Szpitalu Sióstr Elżbietanek w Katowicach, tak mówiła: „Uważam, że Śląsk jest polski, jest nasz i stąd nie ruszę się, nie odejdę dobrowolnie”. Zob.: J. G a b s z e w i c z, *Burza się zbliża*, „Archiwum Historii Medycyny” 1960, z. 4, s. 489–498.

⁴⁵K. B r o Ź e k, *Dr med. Jadwiga Gabszewicz (1889–1972) pierwszy w 1945 r. naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląskiego*, „Rocznik Katowicki” 1984, t. 12, s. 236–239.

⁴⁶Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za czerwiec 1945 r. ..., k. 47.

⁴⁷Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za czerwiec 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., sygn. 345.

⁴⁸Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 27/46 w sprawie przekazania komisarzom NNK spraw zwalczania gruźlicy, „Dziennik Zdrowia” z 1946 r. nr 23/24, s. 278–279.

⁴⁹S. K o n o p k a, *Odrodzenie się niektórych ważnych działów polskiej służby zdrowia w roku 1945*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1981, nr 36, s. 1371.

*a mianowicie uzyskać zapewnienie społecznego podejścia do zagadnień lecznictwa w Polsce*⁵⁰.

Jak wynika z tego krótkiego przemówienia, zjazd, który nie bez powodu odbył się w województwie śląsko-dąbrowskim, miał kluczowe znaczenie dla dalszego rozwoju polskiej służby zdrowia.

Od 23 marca 1945 do maja 1948 r. funkcję naczelnika wojewódzkiego Wydziału Zdrowia sprawował Feliks Presser-Turski (1909–1999), który wcześniej już w czasie pobytu na Górnym Śląsku, w miarę zwalniania zajętych przez Armię Czerwoną obiektów służby zdrowia, zorganizował i doprowadził do uruchomienia ponad 100 szpitali miejskich i powiatowych, a także instytucji naukowych i ponad 80 ośrodków zdrowia i ambulatoriów specjalistycznych⁵¹. Po nim, w 1948 r., stanowisko naczelnika Wydziału Zdrowia objął Juliusz Kępski (1911–1993)⁵², który pełnił tę funkcję do 1950 r.

Przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia w Katowicach dnia 1 sierpnia 1946 r., został powołany Komisarz Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami⁵³. Potwierdza to treść okólnika wydana przez komisarza, a skierowana do lekarzy powiatowych pracujących na terenie województwa w dniu 30 lipca 1946 r.:

„[...] zwalczanie gruźlicy stało się jednym z najbardziej pilnych i ważnych zadań [...] i zostało przyjęte przez Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami jako zwalczanie epidemii, wymagających nadzwyczajnych środków i zarządzeń. W związku z powyższym komunikuje się niniejszym, że zgodnie z treścią okólnika Ministerstwa Zdrowia – Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu – z dnia 13 lipca 1946 r. nr 27/46 wszystkie sprawy dotyczące zwalczania i leczenia gruźlicy

⁵⁰J.M. D y r d a, *Presser-Turski Stanisław*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995, s. 207–209.

⁵¹Lekarz, organizator służby zdrowia, w maju 1948 r. objął stanowisko naczelnika samodzielnego wydziału do dyspozycji ministra zdrowia, a następnie pełnił funkcje kierownicze w zakresie medycyny pracy. Zob. Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

⁵²Lekarz higienista, epidemiolog, opracował specjalny typ urządzenia dezynsekcynokąpielowego oraz zmodyfikował komorę żarową. W latach 1947–1948 pełnił funkcję inspektora sanitarnego w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, w 1950 r. objął kierownictwo filii PZH w Katowicach, będącej wówczas samodzielną placówką naukowo-badawczą. Zob.: *ibidem*.

⁵³Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 32/45 w sprawie mianowania Komisarza Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami przy wojewódzkich wydziałach zdrowia (organizacja i zadania komisarzy) z 2 lipca 1945 r., „Dziennik Zdrowia” z 1945 r. nr 2, s. 50–52.

na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego przejmując od 1 sierpnia 1946 r. Nadzwyczajny Komisariat przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia w Katowicach”⁵⁴.

Była to też odpowiedź na pismo okólnie z 2 lipca 1946 r., wydane przez Ministra Zdrowia, informujące o mianowaniu we wszystkich wojewódzkich wydziałach zdrowia tego typu komisarzy oraz zobowiązujące lekarzy wojewódzkich do udzielania im daleko idącej pomocy w celu usprawnienia profilaktyki i akcji zwalczania epidemii chorób zakaźnych⁵⁵.

Wojewódzki komisarz NNK miał w zastępstwie naczelnika wydziału zdrowia prowadzić całość akcji przeciwepidemicznych, bezpośrednio nadzorując lekarzy powiatowych, obwodowych i dezynfektorów. Do jego obowiązków należała m.in. walka z gruźlicą i innymi chorobami zakaźnymi, organizowanie szpitali zakaźnych, kolumn dezynfekcyjnych, produkcji szczepionek, środków dezynfekcyjnych, a także koordynowanie działań przeciwepidemicznych⁵⁶. Przekonuje o tym treść pisma naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach do lekarzy powiatowych z końca lipca 1946 r., w którym polecał on wszystkie sprawy związane z akcją przeciwgruźliczą, a dotyczące profilaktyki, lecznictwa oraz finansowania tejże akcji od 1 sierpnia kierować na ręce Komisarza Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia⁵⁷.

Ważnym zadaniem było również organizowanie akcji profilaktycznych oraz szkoleniowych wśród personelu zajmującego się leczeniem chorób zakaźnych. Świadczy o tym pismo z października 1946 r. następującej treści:

„Nadzwyczajny Komisariat pragnąc zaznajomić tamtejszy urząd z najnowszymi zdobyczami w dziedzinie leczenia gruźlicy przesyła jeden egzemplarz broszury pt. «Gruźlica». Wgląd do tej pracy uprasza się udostępnić również zainteresowanym pracownikom tamtejszego Sanitariatu. Nadzwyczajny Komisariat prosi równocześnie o podanie nazwisk i dokładnych adresów lekarzy zamieszkujących tamtejszy powiat, a zajmujących się sprawami gruźlicy, celem zapoznania ich z najaktualniejszymi systemami leczenia gruźlicy”⁵⁸.

⁵⁴ Okólnik nr 32 Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami w Katowicach do lekarzy powiatowych i grodzkich województwa śląsko-dąbrowskiego z 30 lipca 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

⁵⁵ Pismo okólnie Ministerstwa Zdrowia z 2 lipca 1945 r. w sprawie mianowania Komisarzy NNK przy wojewódzkich wydziałach zdrowia, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 1, s. XVII.

⁵⁶ J. M o r z y c k i, A. M. K l i n g b e r g, *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat...*, s. 46.

⁵⁷ Pismo naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego do lekarzy powiatowych i grodzkich województwa śląsko-dąbrowskiego z 30 lipca 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

⁵⁸ Pismo Naczelnego Komisariatu do Walki z Epidemiami w Katowicach do lekarzy powiatu kluczborskiego z 1 października 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

Informacje na temat ochrony zdrowia rozpowszechniała również prasa regionalna, w której jak np. w „Nowinach Opolskich” zamieszczano w cyklicznych rubrykach („Kącik lekarski” lub „Poradnik gospodarski”) informacje na temat gruźlicy, jej zapobiegania, leczenia, stosowanych leków itp. oraz publikując cykle popularnonaukowe przygotowywane przez miejscowych lekarzy⁵⁹.

W województwie śląsko-dąbrowskim pierwszym naczelnym nadzwyczajnym komisarzem do walki z epidemiami został Juliusz Kępski, który sprawował tę funkcję w latach 1946–1947, zastępując jednocześnie w sprawach epidemicznych lekarza wojewódzkiego. Był odpowiedzialny za organizację walki z epidemiami chorób zakaźnych, dlatego też oprócz spraw administracyjnych prowadził także wykłady z zakresu higieny i epidemiologii, organizował akcje szkoleniowe dla lekarzy i kontrolerów sanitarnych⁶⁰. Istotną inicjatywą było również zorganizowanie w Bytomiu jedynego na Śląsku Szpitala dla Zakaźnie Chorych, spełniającego funkcję ośrodka szkoleniowego dla lekarzy. Jedno jego piętro, ze 120 łózkami przeznaczone było dla chorych na gruźlicę, włącznie z zabiegami chirurgicznymi, dwa inne na użytek chorych na dur brzuszny, dur plamisty i czerwonkę⁶¹.

Na podstawie okólników ministra zdrowia z 16 i 17 grudnia 1947 r.⁶² zlikwidowano Wojewódzki Naczelną Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w Katowicach i w jego miejsce utworzono Wojewódzki Oddział Sanitarно-Epidemiologiczny, z lekarzem-kierownikiem na czele, funkcjonujący w strukturach Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia. To właśnie ten oddział, z dwoma referatami – epidemicznym i sanitarnym – od początku 1948 r. zajmował się na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych z gruźlicą wyłącznie. Do oddziału, który współpracował z filią Państwowego Zakładu Higieny (PZH) w Katowicach jako organem naukowo-badawczym i doradczym w zagadnieniach sanitarno-epidemiologicznych, przydzielono kolumny przeciwepidemiczne, kierowane przez lekarza. Do podstawowych zadań wspomnianego Wojewódzkiego Oddziału Sanitarно-Epidemiologicznego należało planowanie sieci przychodni, oddziałów szpitalnych i sanatoriów przeciwgruźliczych oraz merytoryczny nadzór nad ich działalnością, kwalifikowanie wniosków na leczenie sanatoryjne chorych na gruźlicę na koszt lecznictwa zorganizowanego (ewentualnie na koszt Skarbu Państwa), organizowanie i nadzorowanie akcji masowych prześwietleń, prowadzenie nadzoru nad doraźnymi akcjami szczepień

⁵⁹ K. Kujański, *Przykry objaw*, „Nowiny Opolskie” 1948, nr 49, s. 4.

⁶⁰ Okólnik nr 230/45 w sprawie zwalczania i profilaktyki chorób zakaźnych, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1945 r. nr 27, poz. 371, s. 296.

⁶¹ *Szpital dla zakaźnie chorych powstaje w Bytomiu*, „Dziennik Zachodni” 1947, nr 152, s. 5.

⁶² Okólnik Ministra Zdrowia nr 48/47 w sprawie reorganizacji dotychczasowej akcji przeciwepidemicznej w kraju z 16 grudnia 1947 r., „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” z 1948 r. nr 1, s. 3–4; Okólnik Ministra Zdrowia nr 49/47 w sprawie zmiany i uzupełnienia okólnika nr 28/47 o strukturze wojewódzkich wydziałów zdrowia z 17 grudnia 1947 r., „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” z 1948 r. nr 2, s. 5.

ochronnych, dokonywanie inspekcji terenowych oraz inicjowanie prac w kierunku objęcia akcją przeciwgruźliczą wszystkich chorych, wykrywanie źródeł zakażenia, prowadzenie akcji propagandowej, koordynowanie pracy wszystkich instytucji działających na rzecz walki z gruźlicą, wreszcie prowadzenie dokładnej statystyki i sprawozdawczości dotyczącej zachorowań i umieralności na gruźlicę⁶³.

Obok Wydziału Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach funkcjonował także Wydział Pracy i Opieki Społecznej⁶⁴, którego pierwszym naczelnikiem został Roman Hrabar. Wydział ten pośrednio angażował się w pomoc osobom nieuleczalnie chorym lub chorym w zaawansowanym stadium choroby, a dotyczyło to również chorych na gruźlicę⁶⁵. Pomoc przybierała różne formy, m.in. finansowa dla najuboższych, rozdział darów UNRRA, udzielanie kredytów na leczenie szpitalne dla rodzin mających nieuleczalnie chorych, itp. Zadania i cele tego wydziału polegały na tworzeniu organów opieki społecznej na poziomie powiatowym i miejskim, opiekę nad dziećmi i młodzieżą, zakładanie zakładów opiekuńczych i fundacji (sierocińce, zakłady opiekuńcze, domy dla starców)⁶⁶, wreszcie opiekę specjalną nad osobami nieuleczalnie chorymi, czy też bez prawa do trwałej opieki⁶⁷. Wydział organizował również oraz pokrywał koszty wyjazdu pacjentów z ciężkim przebiegiem choroby na leczenie sanatoryjne, wypoczynkowe itp.⁶⁸, a także wyjazdy na kolonie i półkolonie⁶⁹, które przeznaczone były dla dzieci najbardziej potrzebujących dożywienia i wypoczynku na świeżym powietrzu. Dotyczyło to zwłaszcza dzieci

⁶³Załącznik do zarządzenia organizacyjnego Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego nr 41/48 o organizacji wewnętrznej Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z 20 lutego 1948 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 346, k. 10–11.

⁶⁴Dzielił się na 4 oddziały: ogólny, opieki społecznej, ubezpieczeń społecznych i spraw inwalidów wojennych. W 1945 r. wydział ten uruchomił 74 zakłady opiekuńcze dla dorosłych i 58 zakładów dla dzieci. Na dzień 31 grudnia 1945 r. przebywało w nich 3106 dorosłych pensjonariuszy i 2531 dzieci powyżej 3 lat oraz 305 niemowląt. Por.: Sprawozdanie Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach za 1945 r. z 17 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 7, k. 141.

⁶⁵Instrukcja dotycząca sprawozdań z działalności zakładów instytucji opiekuńczych z 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 2, k. 142.

⁶⁶Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach z 16 lutego 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 7, k. 4.

⁶⁷Zakłady specjalne przeznaczone były wyłącznie dla chorych wymagających opieki specjalnej, jak: głuchoniemi, ociemniałi, inwalidzi, epileptycy, upośledzeni umysłowo, gruźlicy, dziewczęta uprawiające nierząd. Zob.: Instrukcja dotycząca sprawozdań z działalności zakładów instytucji opiekuńczych..., k. 142.

⁶⁸Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach za IV kwartał 1948 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 7, k. 372.

⁶⁹W 1945 r. na półkoloniach, zorganizowanych przez Wydział Opieki Społecznej oraz samorządy lokalne, wypoczywało 60 tys. dzieci, a z kolonii skorzystało 33 tys. dzieci. Por.: Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach

mieszkających w okręgu przemysłowym oraz dzieci gruźliczych, przy czym w tym przypadku kolonie połączone były z leczeniem sanatoryjnym, po wcześniejszym zbadaniu przez pogotowie przeciwgruźlicze. Każde dziecko mogło wyjechać na 2 turnusy, trwające 2–3 tygodnie, a cały wyjazd nadzorował i pokrywał jego koszty Wydział Pracy i Opieki Społecznej⁷⁰. Zaraz po wyzwoleniu kolonie letnie i zimowe dla dzieci zagrożonych organizowano w Skrzydłowicach, Gierolcycach [?], Pawłowie, Kuźni Raciborskiej, Jastrzębiu Zdroju i innych miejscowościach leżących w okolicach górskich i podgórskich. W pierwszych dwóch latach kolonie objęły 6000 dzieci ze Śląska i innych części Polski⁷¹. Najbardziej znaczącym efektem pracy i zaangażowania pracowników tego wydziału było jednak uruchamianie z roku na rok coraz więcej placówek sprawujących opiekę nad potrzebującymi. Były to m.in. domy małych dzieci, dla matki i dziecka, żłobki (rejonowe i przyfabryczne), izby dworcowe, domy opieki⁷². Osobną formą pomocy były tzw. zakłady specjalne przeznaczone m.in. dla nieuleczalnie chorych, w tym na gruźlicę⁷³. Dzieci śląskie miały zapewnione schronienie i wychowanie w uruchomionych bezpośrednio po wojnie Zakładzie Opiekuńczo-Wychowawczym w Dziegiełowie, Domu Dziecka w Wiśle, Domu Małych Dzieci w Górkach Wielkich-Buczu, w Domu Sierot w Skoczowie. Wydział Opieki Społecznej pokrywał koszty ich pobytu, a u tych, u których wykryto gruźlicę, także koszty leczenia⁷⁴.

Jeszcze inną formą działalności wspomnianego wydziału było odbudowanie⁷⁵ lub organizowanie od nowa na terenie województwa ogrodów jordanow-

od 1 lutego 1945 r. do 31 grudnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 7, k. 220.

⁷⁰ Okólnik nr 153/45 Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego w sprawie akcji kolonijnej i półkolonijnej z 17 lipca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 4b, k. 60.

⁷¹ *Wojewódzki Komitet Opieki Społecznej w ostatnich latach*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1, s. 45–46.

⁷² Do 31 grudnia 1946 r. uruchomiono 12 domów małych dzieci, 3 domy dla matki i dziecka, 2 pogotowia opiekuńcze, 5 rejonowych żłobków i 33 żłobki przyfabryczne, 12 izb dworcowych, 106 domów opieki, 4 zakłady specjalne. Zob.: Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach..., k. 220.

⁷³ Zakład specjalny był to zakład opieki całkowitej dla dorosłych, posiadający odpowiednio przeszkolony personel i urządzenia, przeznaczony dla osób potrzebujących opieki specjalnej. Byli to niewidomi, głusi, głuchoniemi, epileptycy, upośledzeni umysłowo, niepełnosprawni, nieuleczalnie chorzy (do grupy tej kwalifikowali się też chorzy na gruźlicę). Zob.: Okólnik nr 391/46 Naczelnika Wydziału Opieki Społecznej w sprawie mianownictwa zakładów opiekuńczych z 9 sierpnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 4d, k. 247.

⁷⁴ Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Cieszynie z zakresu opieki społecznej za grudzień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 11, k. 56.

⁷⁵ W województwie śląskim przed wybuchem wojny czynnych było 13 ogrodów jordanowskich, przygotowanych do każdej pory roku. Wiosną i latem były to głównie zabawy

skich⁷⁶. Miały one – przez zapewnienie dożywiania i aktywności ruchowej w formie półkolonii – za zadanie zwiększanie odporności u dzieci i hartowanie ich na dalsze lata życia, a także kształtowanie odpowiedniej postawy w zakresie zdrowia fizycznego, co spełniało równie istotną rolę w zapobieganiu zachorowaniom na gruźlicę. Znaczenie, jakie przypisywano tym placom w zwiększaniu odporności dzieci i młodzieży na różnego rodzaju choroby wyraźnie określa pismo wojewody z marca 1945 r.: „Ogrody jordanowskie w miastach, miasteczkach, osiedlach fabrycznych, stają się dla całego narodu błogosławieństwem, wychowują młode zastępy zdrowych, dzielnych ludzi, zahartowanych do walki z życiem”⁷⁷.

Wkład w rozwój placówek przeciwgruźliczych na obszarze województwa śląsko-dąbrowskiego miała także Komisja Zdrowia Publicznego Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach. Do jej zadań należała kontrola działalności Wydziału Zdrowia, występowała też z inicjatywą i projektami zmian usprawniających organizację ochrony zdrowia. Komisja przeznaczała również środki finansowe na zwalczanie chorób społecznych, zaciągając kredyt w Wojewódzkim Związku Samorządowym, podejmowała kroki w celu uruchomienia kolejnych placówek leczniczych⁷⁸, np. w 1948 r. przedstawiciele komisji wystąpili do Rady Uzdrowiskowej działającej przy Ministerstwie Zdrowia o uruchomienie zakładów leczniczych i odbudowę przedwojennego uzdrowiska w Trzebini w powiecie prudnickim⁷⁹.

Istotną rolę w pracach komisji odegrał jej wieloletni przewodniczący dr Kazimierz Golonka (1902–1979)⁸⁰, którego zdolności organizacyjne i duże zaangażowanie

w piasku połączone z kąpielami słonecznymi i brodzeniem w płytkim basenie, jesienią – ćwiczenia na przyrządach, zimą – zabawy na śniegu i lodzie. Por.: Pismo Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego do prezydentów miast i starostów powiatowych w sprawie organizacji ogródków jordanowskich z 30 marca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Opieki Społecznej, sygn. 2, k. 52.

⁷⁶ W województwie śląsko-dąbrowskim w 1945 r. funkcjonowało 12 ogródków jordanowskich, a 5 kolejnych było w stanie organizacji lub remontu. Por.: Sprawozdanie Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach za 1945 r. ..., k. 141.

⁷⁷ Pismo Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego do prezydentów i starostów powiatowych z 30 marca 1945 r. ..., k. 52.

⁷⁸ Protokół z posiedzenia Komisji Zdrowia Publicznego Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach odbytego 23 listopada 1948 r., AP w Katowicach, Wojewódzka Rada Narodowa w Katowicach (dalej: WRN Katowice), sygn. 322, k. 11.

⁷⁹ Uzdrowisko powstało ok. 1810 r., na terenie majątku należącego do feldmarszałka pruskiego Gebharda Blücher von Wahlstatt (1742–1819) – dowódcy armii pruskiej w bitwie pod Waterloo, działało do 1945 r. Zob.: M. Mięka, *Uzdrowisko Bad Ziegenhals (Gluchołazy) na tle pobliskich kurortów w XIX oraz I połowie XX wieku i jego znaczenie dla rozwoju lecznictwa na Śląsku*, Opole 2003, s. 77–85.

⁸⁰ Lekarz neurolog, psychiatra, w latach 1945–1950 pełnił funkcję prezesa Śląsko-Dąbrowskiej Izby Lekarskiej. Będąc członkiem Komisji Zdrowia WRN w latach 1945–1951 zrealizował wiele uchwał dotyczących ochrony zdrowia i organizacji placówek służby zdrowia. W 1948 r. przyczynił się do powstania Śląskiej Akademii Medycznej (wówczas Akademii

zowanie sprzyjały tworzeniu atmosfery szybkiej odbudowy podstaw lecznictwa w województwie. W czasie swojej kadencji odbył kilkadziesiąt posiedzeń i konferencji z przedstawicielami wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami, Ubezpieczalni Społecznych, Oddziału Okręgowego PCK, Związku Zawodowego Lekarzy i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia oraz Izby Lekarskiej w sprawach związanych ze zdrowiem publicznym. Ponadto, jako przedstawiciel komisji dr K. Golonka brał czynny udział w pracach Komisji Koordynacji Lecznictwa, przyczyniając się tym samym do lepszej współpracy wielu instytucji odpowiedzialnych za zdrowie społeczeństwa śląskiego⁸¹.

W roku 1946 na członka Komisji Zdrowia został wybrany dr Jan Jurek, który reprezentował Wojewódzką Radę Narodową (WRN) w Komisji Koordynacji Lecznictwa, Komitecie Budowy Szpitala Gruźliczo-Zakaźnego w Bytomiu, a także w Katowicach podczas posiedzeń Krajowej Rady Narodowej, gdzie składał wniośki w sprawie walki z alkoholizmem, gruźlicą i poronieniami⁸².

O ile Komisja Zdrowia WRN w Katowicach funkcjonowała bez zastrzeżeń, koordynując prace śląskiej służby zdrowia, to problem występował na poziomie gmin⁸³. Jak podkreślano, gminne rady narodowe często nie radziły sobie z zagadnieniami opieki medycznej na swoim obszarze, a wynikało to z niezajomości celów, jakie miały do spełnienia samorządy terytorialne na tym odcinku. Stąd sugerowano, aby organizować wspólne posiedzenia komisji delegatów powiatowych i gminnych rad narodowych, by razem omawiać zagadnienia i koordynować działania z dziedziny ochrony zdrowia⁸⁴.

Ważną instytucją w walce z chorobami zakaźnymi, w tym z gruźlicą – obok wyżej wymienionych – był także Wojewódzki Oddział Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w Katowicach, powołany 6 lutego 1945 r. Oddział katowicki dzielił się na wydziały/działy lub referaty, a ochroną zdrowia kierowała specjalna jednost-

Lekarskiej), wchodząc do 1950 r. w skład jej senatu. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (18.08.2008).

⁸¹ Sprawozdanie z działalności Komisji Zdrowia Publicznego WRN w Katowicach za okres 9 maja 1945 do 9 maja 1947 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 320, k. 18.

⁸² Ibidem.

⁸³ Udział rad narodowych różnych szczebli w zarządzaniu instytucjami służby zdrowia wzrósł dopiero w połowie lat pięćdziesiątych XX w., gdy samorządom podporządkowano szpitale (z wyjątkiem klinicznych i niektórych psychiatrycznych), apteki, przedsiębiorstwa prowadzące sprzedaż artykułów zaopatrzenia medycznego oraz przedsiębiorstwa dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji. Por.: J. I n d u l s k i, J. L e o w s k i, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 575.

⁸⁴ Pismo Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach do Prezydium Powiatowych Rad Narodowych z 12 października 1949 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 323, k. 94.

ka organizacyjna, którą w zależności od okresu był: Wydział Sanitarny (luty–marzec 1945 r.), Lekarz Oddziału (kwiecień–czerwiec/wrzesień 1945 r.), Dział Zdrowia (czerwiec/wrzesień 1945–listopad 1947 r.), Lekarz Oddziału i Referat Zdrowia Działu Etapowego (listopad 1947–czerwiec 1948 r.), Referat Zdrowia Działu Etapowego (czerwiec 1948–październik 1950 r.) i Referat Etapowy Działu Repatriacyjno-Reemigracyjnego (od października 1950 r.)⁸⁵. Na terenie powiatów oddział wojewódzki PUR realizował zadania za pomocą rejonowych inspektoratów osadnictwa, a następnie oddziałów powiatowych⁸⁶. W maju 1945 r. personel oddziału w Katowicach liczył 39 osób, wśród których był Lekarz Oddziałowy (później Dział Zdrowia), 17 lekarzy etapowych, 18 sanitariuszek i 3 sanitariuszy⁸⁷. W Katowicach funkcję naczelnika Działu Zdrowia Wojewódzkiego Oddziału PUR od marca 1945 do sierpnia 1947 r. pełnił dr Aleksander Polski (1906–1979)⁸⁸.

Opieka zdrowotna nad repatriantami, realizowana przez rejonowe inspektoraty osadnictwa oraz powiatowe oddziały PUR obejmowała głównie prowadzenie akcji sanitarnej, profilaktycznej, współpracę z innymi instytucjami realizującymi opiekę medyczną, walkę z chorobami zakaźnymi, a w razie konieczności zapewnienie opieki szpitalnej⁸⁹. I tak dla przykładu, oddział w Katowicach w lutym 1946 r. przebadał 10 290 osób, wśród których ujawniono 1054 przypadki chorób

⁸⁵ Statut organizacyjny Wojewódzkiego Oddziału PUR w Katowicach, AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w Katowicach (dalej: Wojewódzki Oddział PUR Katowice) 1945, sygn. 1, k. 3.

⁸⁶ Na obszarze Śląska Opolskiego funkcjonowało 15 oddziałów powiatowych PUR z siedzibami w: Bytomiu, Gliwicach, Głubczycach, Grodkowie, Kluczborku, Koźlu, Lublińcu, Niemodlinie, Nysie, Oleśnie, Opolu, Prudniku, Raciborzu, Strzelcach Opolskich i Zabrze. Zob.: AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. 18, 28–31, 537, 540, 544, 549, 551–552, 559, 562, 582–583, 1263, 1265. Zob. też: Sprawozdanie Lekarza Oddziałowego za maj 1945, AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. X/6, k. 16.

⁸⁷ Sprawozdanie Lekarza Oddziałowego za maj 1945, AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. X/6, k. 16.

⁸⁸ Lekarz chorób wewnętrznych, w latach 1935–1939 był starszym asystentem na Oddziale Wewnętrznym w Szpitalu ss. Elżbietanek w Katowicach, prowadził również przyszpitalną Poradnię Przeciwgruźliczą. Po powrocie do Katowic w lutym 1945 r. organizował służbę zdrowia repatriantów, zawodowo zajmował się również leczeniem gruźlicy płuc, pracując w Przychodni Przeciwgruźliczej w Szpitalu ss. Elżbietanek. W maju 1949 r. objął stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrznego Szpitala Górniczego w Murckach, był także lekarzem Państwowego Prewentorium dla Dzieci oraz prowadził Poradnię Przeciwgruźliczą przy Wydziale Zdrowia Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowej w Katowicach. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (18.08.2008).

⁸⁹ Instrukcja dla Powiatowych Oddziałów PUR dotycząca regulaminu i podziału czynności z 13 sierpnia 1945 r., AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. 2, k. 8. oraz sygn. 1236, k. 63.

zakaźnych, z czego do szpitali skierowano 235 chorych⁹⁰. Jak wynika ze sprawozdań lekarzy etapowych, pielęgniarek i sanitariuszek, wśród badanych zdarzały się przypadki zakażeń gruźlicą, tyfusem plamistym i związane z tym zgony⁹¹.

Ze sprawozdań Oddziału Wojewódzkiego PUR w Katowicach wynika, że walka z chorobami zakaźnymi była najważniejszym zadaniem służby zdrowia PUR po zakończeniu wojny. Odsetek zachorowań był bardzo wysoki w porównaniu ze stanem w innych częściach kraju. Szczególnie katastrofalna była sytuacja na Śląsku Opolskim. W latach 1945–1947 wykryto na tym obszarze 12 785 przypadków chorób zakaźnych, w tym 1965 gruźlicy. Poza tym były to: czerwonka, dur brzuszny, plamisty, choroby weneryczne. Łącznie choroby te stanowiły 64% wszystkich zachorowań zarejestrowanych w Wojewódzkim Oddziale PUR w Katowicach i ok. 12% we wszystkich oddziałach wojewódzkich⁹². Przyczyną tak wysokiej liczby zachorowań były przede wszystkim złe warunki sanitarno-bytowe panujące na punktach etapowych, brak wody pitnej, toalet, itp.⁹³.

W zapobieganiu i walce z chorobami zakaźnymi podstawową zasadą było natychmiastowe rozładowywanie grupy chorych i narażonych na zachorowanie oraz izolowanie chorych w szpitalach zakaźnych. Nie bez znaczenia było też organizowanie kąpielisk i komór dezynfekcyjnych, szczepień przeciwko durowi brzuszemu, rozdawanie leków i środków przeciw wszawicy i świerzbowi⁹⁴.

Istotną sprawą w zapobieganiu chorobom zakaźnym było uregulowanie w styczniu 1946 r. przez Ministerstwo Zdrowia zasad refundacji kosztów za leczenie przesiedleńców i repatriantów. Początkowo kosztami tymi obciążano placówki prowadzące leczenie, jednak ze względu na duże ich zadłużenie, przejęło je Ministerstwo Zdrowia⁹⁵.

⁹⁰ Sprawozdanie Wojewódzkiego Oddziału PUR w Katowicach za 1946 r., Archiwum Akt Nowych (dalej: AAN w Warszawie), zespół: Zarząd Centralny Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w Łodzi (dalej: ZC PUR w Łodzi) 1944–1951, Wydział Ogólny, Oddział Prezydialny, sygn. II/25, s. 37.

⁹¹ Sprawozdanie Lekarza Oddziałowego za okres 25 stycznia do 25 lutego 1946 r., AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, Wydział Zdrowia, sygn. X/31, s. 24.

⁹² Sprawozdanie Wojewódzkiego Oddziału PUR w Katowicach za okres kwiecień 1945–grudzień 1947, AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, sygn. X/6, k. 79, 92, 98, 110, 115 oraz sygn. X/31; AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. 544–559; Zachorowania wśród repatriantów i przesiedleńców w wojewódzkich oddziałach PUR w latach 1945–1947, AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, sygn. XII/149.

⁹³ Sprawozdania służby zdrowia Wojewódzkiego Oddziału PUR w Katowicach za czerwiec, lipiec i sierpień 1945 r., AP w Katowicach, Wojewódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. 1241.

⁹⁴ K. Kersten, T. Szarota, *Kształtowanie się pierwszego planu osadnictwa Ziemi Zachodnich w 1945 r.* W: *Polska Ludowa. Materiały i studia*, t. 5, Warszawa 1966, s. 173–174.

⁹⁵ Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 11/46 w sprawie leczenia szpitalnego repatriantów, „Dziennik Ministerstwa Zdrowia” z 1946 r. nr 3, poz. 27, s. 31; AP w Katowicach, Woje-

W czerwcu 1946 r. pomiędzy Wydziałem Zdrowia Zarządu Centralnego PUR a Zarządem Państwowych Uzdrawisk Dolnośląskich w Solicach (obecnie Szczawno Zdrój) podpisano umowę w sprawie zasad korzystania z leczenia sanatoryjnego i uzdrawiskowego. Gwarantowała ona podopiecznym PUR m.in. 180 miejsc w sanatoriach przeciwgruźliczych w Krzyżatce (obecnie Kowary) i Kamiennej Górze, nakładając na Zarząd Państwowych Uzdrawisk Dolnośląskich obowiązek zapewnienia opieki lekarskiej i żywienia. Z kolei Zarząd Centralny PUR zobowiązał się do pokrycia kosztów opieki lekarskiej w sanatoriach przeciwgruźliczych, wynoszących 300 zł dziennie, przy czym pobyt w tego typu sanatoriach trwał trzy miesiące. Państwowy Urząd Repatriacyjny zobowiązał się także do pokrywania kosztów zakontraktowanych, a niewykorzystanych miejsc w sanatoriach, w wysokości 80 zł dziennie⁹⁶. Już jednak w tym samym miesiącu, w którym podpisano powyższe porozumienie, PUR wypowiedział umowę Zarządowi Państwowych Uzdrawisk Dolnośląskich, ustalając termin jej wygaśnięcia na 1 stycznia 1947 r.⁹⁷. Od tego momentu koszty leczenia sanatoryjnego chorych repatriantów przejęło Ministerstwo Zdrowia⁹⁸. Na PUR spoczywał jedynie obowiązek pokrywania kosztów leczenia uzdrawiskowego przesiedleńców. Świadczenia te jednak były ograniczone, gdyż objęły niewielką liczbę repatriantów. Dla przykładu na terenie Śląska Opolskiego, do leczenia szpitalnego skierowano ogółem 2393 osoby, natomiast do sanatoriów i uzdrawisk tylko 393 osoby⁹⁹. Rok 1948 przyniósł stopniowe zakończenie działalności służby zdrowia PUR na Śląsku Opolskim.

2. Organizacja placówek ochrony zdrowia

Dzięki dużemu zaangażowaniu i oddaniu pracy zarówno kadry kierowniczej, jak i pozostałego personelu wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, już kilkanaście dni po wyzwoleniu Śląska¹⁰⁰ uruchomiono pięć szpitali w Katowicach, trzy w Chorzó-

wódzki Oddział PUR Katowice 1945, sygn. 1236, k. 15.

⁹⁶ Sprawozdanie z działalności służby zdrowia PUR w 1946 r., AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, sygn. X/42, k. 49–50.

⁹⁷ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Zarządu Centralnego PUR za grudzień 1946 r., AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, sygn. X/42, k. 39.

⁹⁸ Pismo Zarządu Centralnego PUR do działów zdrowia wojewódzkich oddziałów PUR z 21 stycznia 1947 r., AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, sygn. X/26, k. 1.

⁹⁹ P. B o j k o, *Opieka zdrowotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością przesiedlaną na Śląsku Opolskim w latach 1945–1948 w świetle dokumentów archiwalnych*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 203.

¹⁰⁰ Katowice zostały wyzwolone 27 stycznia 1945 r., Chorzów 28 stycznia, Opole zajęte 24 stycznia (prawobrzeżna część miasta, w drugiej połowie marca część lewobrzeżna). Natychmiast po wyzwoleniu Katowic przybył tam gen. Aleksander Zawadzki jako pełnomocnik rządu polskiego oraz śląski powstaniec ppłk Jerzy Ziętek jako pełniący obowiązki

wie, po jednym w: Mysłowicach, Szopienicach, Czeladzi i w Piekarach Śląskich. W lutym 1945 r. zaczęło pracę kolejnych trzynaście placówek (10 w Chorzowie, po jednej w Tarnowskich Górach, Tychach i Mikołowie), tak więc na koniec lutego działało 25 szpitali (2500 łóżek), w których pracowało 170 lekarzy. Dwadzieścia szpitali zostało całkowicie zniszczonych, ponad 40 zajętych zostało przez Armię Czerwoną dla potrzeb wojska, czynnych też było w całym województwie 76 aptek¹⁰¹.

W końcu kwietnia 1945 r. otwarto szpitale w: Knurowie, Bełku, Rybniku, Wodzisławiu, Cieszynie, Bielsku i Pszczynie. W maju, po przejęciu administracji na Ziemiach Odzyskanych, gdzie większość szpitali była zniszczonych lub zajętych przez Armię Czerwoną, przystąpiono do uruchamiania placówek w Raciborzu, Branicach, Opolu, Nysie i Otmuchowie. Podkreślano jednak, że praca Wydziału Zdrowia na terytorium Śląska Opolskiego napotykała na duże trudności, z powodu zajęcia większości szpitali przez wojska rosyjskie. Pracowników wydziału wspomagało społeczeństwo, biorąc czynny udział w pracach społecznych komisji sanitarnych, które wypełniały zadania i kontrole nad szpitalnictwem i leczeniem ludności¹⁰². Dzięki temu w czerwcu 1945 r. w województwie funkcjonowały 32 szpitale, dysponujące 4085 łózkami¹⁰³. Na leczenie chorób zakaźnych przeznaczono 7 szpitali i 44 oddziały, o łącznej liczbie 2997 łóżek¹⁰⁴. W sierpniu tegoż roku działały już 62 szpitale, 45 ośrodków zdrowia, 30 przychodni, 97 poradni dla matek z dziećmi, a przyznany przez Ministerstwo Zdrowia kredyt w wysokości 2070 tys. zł rozdysponowano głównie na walkę z gruźlicą, jaglicą i chorobami wenerycznymi¹⁰⁵. Łącznie na koniec 1945 r. w województwie istniało 67 szpitali (7300 łóżek), 51 ośrodków zdrowia i 110 aptek¹⁰⁶. W grudniu na akcje sanitarne prowadzone w województwie Ministerstwo Zdrowia przekazało kredyt w wysokości 2837 tys. zł, z czego 900 tys. przeznaczono na walkę z gruźlicą, a 700 tys. na subwencje dla szpitali¹⁰⁷.

wojewody śląskiego. Por.: K. P o p i o ł e k, *Historia Śląska od pradziejów do 1945 r.*, Katowice 1972, s. 726.

¹⁰¹ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r., k. 115.

¹⁰² Sprawozdanie miesięczne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za maj 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 29.

¹⁰³ *Służba zdrowia na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1, s. 46–54.

¹⁰⁴ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1, s. 14–15.

¹⁰⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za sierpień 1945 r. z 13 września 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 85.

¹⁰⁶ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r., k. 117.

¹⁰⁷ Sprawozdanie Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 216.

Działające szpitale miały różnych właścicieli i choć wojewódzki Wydział Zdrowia prowadził w tym czasie jedynie sześć placówek, ich utrzymanie i funkcjonowanie było bardzo trudne, bowiem już we wrześniu 1945 r. stan zadłużenia szpitalnictwa śląskiego wynosił 10 mln zł¹⁰⁸ i z miesiąca na miesiąc był większy¹⁰⁹. Przyczyną tego był brak uregulowań prawnych dotyczących praw właścicielskich do posiadanego majątku, bowiem Ministerstwo Zdrowia zwlekało z rozliczeniem się ze Skarbem Śląskim i nie chciało wspierać placówek medycznych stałymi dotacjami, aby zabezpieczyć potrzeby budżetowe tych zakładów¹¹⁰.

W grudniu 1945 r. Ministerstwo Skarbu zobowiązało Ministerstwo Zdrowia do sporządzenia spisu poniemieckich budynków sanatoryjnych, uzdrowiskowych itp., które to Ministerstwo Zdrowia chciało zaadaptować na cele lecznicze¹¹¹. W ślad za tym Naczelny Komisariat do Walki z Epidemiami wystosował pismo do Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, w którym prosił „o sporządzenie spisu budynków szpitalnych poniemieckich z uwzględnieniem ich stanu i ewentualnego wyposażenia wewnętrznego”¹¹². Termin wykonania wspomnianego zadania wyznaczono na koniec lutego 1946 r.¹¹³, choć wydawać by się mogło, że większość tych budynków została już wcześniej zaadaptowana na potrzeby śląskiej służby zdrowia¹¹⁴.

Jak wynika z powyższej prezentacji, podstawowym zadaniem odbudowywanej służby zdrowia w województwie śląsko-dąbrowskim były działania sanitarno-profilaktyczne w zakresie walki z epidemiami i chorobami zakaźnymi. Niemal w każdym powiecie województwa, jak czytamy w jednym ze sprawozdań „nagły napływ ludności w nieuporządkowany teren, napływ zrazu również nieuporządkowany i dziki, wywołał wybuch epidemii, które w tych warunkach znajdowały idealne podłoże do rozszerzenia się. A nie było środków nie tylko do ich zwalczania, ale nawet do stwierdzenia”¹¹⁵. Sytuacja była o tyle trudna, iż przed wojną w województwie nie występowało zagrożenie chorobami zakaźnymi, więc nie roz-

¹⁰⁸ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za wrzesień 1945 r. z 14 października 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 103.

¹⁰⁹ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za październik 1945 r. z 17 listopada 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 173.

¹¹⁰ Ibidem, k. 174.

¹¹¹ Pismo Ministra Skarbu do Ministra Zdrowia z 20 grudnia 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹¹² Pismo Naczelnego Komisariatu do Walki z Epidemiami do Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z 9 stycznia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹¹³ Okólnik nr 10 Naczelnego Komisariatu do Walki z Epidemiami w Katowicach z 18 lutego 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹¹⁴ *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 46–47.

¹¹⁵ Sprawozdanie lekarza powiatowego o stanie sanitarnym powiatu opolskiego od chwili objęcia go przez Władze Polskie do chwili obecnej z 25 listopada 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613, k. 141.

wijano szpitalnictwa zakaźnego. Dlatego też w istniejących szpitalach i oddziałach brakowało wyposażenia, sprzętu, lekarstw, jednak starano się w nich leczyć wszystkich chorych. Początkowo wysiłki dotyczyły głównie zapobiegania epidemii duru plamistego oraz chorobom wenerycznym, które – jak pisał w październiku 1946 r. lekarz powiatowy w Opolu – „występują obecnie w formie prawdziwej epidemii, a ilość świeżych zachorowań jest przynajmniej kilkadziesiąt razy wyższa niż liczba zgłoszeń. Możliwe, że nowa ustawa przeciwweneryczna i wydane na jej podstawie zarządzenia podniosą procent wypadków zgłoszonych”¹¹⁶. Poważnym problemem były też poronienia oraz duża śmiertelność niemowląt i dzieci, zwłaszcza wśród przesiedleńców¹¹⁷. W tym zakresie swoją rolę spełnił Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, któremu za pośrednictwem kolumn przeciwepidemicznych w krótkim czasie udało się opanować groźne ogniska duru plamistego, zwłaszcza w Opolu i Gliwicach¹¹⁸. O powadze, z jaką podchodzono do tego problemu, świadczy treść pisma z sierpnia 1946 r.: „przestrzegam wszystkich pracowników Sanitariatu Urzędowego przed mało odpowiedzialnym traktowaniem spraw zdrowia publicznego i podkreślam, że sprawy akcji przeciwepidemicznej, jak również przeciwgruźliczej w kolejności wykonywanych czynności urzędowych, stawiane winny być z zasady na pierwszym miejscu”¹¹⁹.

Obok nie zawsze rzetelnego wywiązywania się ze swoich obowiązków przez lekarzy, istotnym problemem był brak lekarzy chętnych do pracy, choć po wyzwoleniu Śląska, większość z pracujących tam przed wojną powróciła. We wrześniu 1946 r. Departament Osiedleńczy Ministerstwa Ziemi Odzyskanych wydał bezwzględny zakaz zatrudniania pracowników narodowości niemieckiej bez zgody władz państwowych. W związku z tym napływowi lekarze niemieccy oraz ci, którzy podpisali volkslistę, musieli wyjechać do Niemiec, pozostali więc tylko nieliczni, na których nie ciążyły zarzuty antypolskiej działalności w czasie wojny. Pozostawienie ich w placówkach służby zdrowia było dopuszczalne tylko w wyjątkowych sytuacjach, tzn. przy braku możliwości zastąpienia ich polskimi pracownikami¹²⁰.

¹¹⁶ Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu w okresie od 1 lipca do 10 października 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613, k. 95.

¹¹⁷ J. K u r e k, *Jakiej organizacji służby zdrowia pragnie polski lud*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 2/3, s. 128.

¹¹⁸ F. P r e s s e r-T u r s k i, *Rok walki o zdrowotność Śląska*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 2/3, s. 185.

¹¹⁹ Pismo okólne Naczelnego Komisariatu do Walki z Epidemiami w Katowicach do lekarzy powiatowych i grodzkich województwa śląsko-dąbrowskiego z 12 sierpnia 1946 r. ...

¹²⁰ Ministerstwo Zdrowia do 1 grudnia 1946 r. sporządzało wykazy zatrudnionych osób narodowości niemieckiej, z zaznaczeniem danych personalnych, zajmowanego stanowiska oraz rodzaju karty reklamacyjnej. Zob.: Pismo Ministerstwa Zdrowia do Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego w Katowicach z 22 października 1946 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 38, k. 4.

W roku 1945 na obszarze województwa śląsko-dąbrowskiego pracowało 778 lekarzy, co w przeliczeniu dawało 40 lekarzy na 100 tys. mieszkańców (1 lekarz na 17 km²)¹²¹. Ich odpowiednim rozmieszczeniem zajęła się Wojewódzka Rada Narodowa w Katowicach w styczniu 1946 r. Uczestnicy zebrania poddali wówczas ostrej krytyce postępowanie lekarzy, którzy „powodując się wyłącznie względami osobistymi, osiedlają się w miastach większych, wskutek czego wielkie przestrzenie województwa pozbawione są w ogóle opieki lekarskiej”¹²². Wojewoda gen. A. Zawadzki rozważał nawet zastosowanie przymusu administracyjnego. Zorganizowana w siedzibie Izby Lekarskiej w Katowicach 13 września 1945 r. konferencja przedstawicieli służb medycznych podjęła wnioski dotyczące m.in. przyznania przez ministra zdrowia i wojewodę specjalnych kredytów na ochronę zdrowia, opracowania instrukcji ułatwiającej osiedlanie się personelu medycznego na terytorium województwa, zwłaszcza na Śląsku Opolskim, zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom służby zdrowia, upowszechnienia zagadnień dotyczących zdrowia publicznego¹²³.

Według stanu na 1 listopada 1946 r. w województwie zatrudnionych było 849 lekarzy¹²⁴, spośród których pracujący tam przed wojną stanowili 46%. Wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców kształtował się na poziomie 3,3 osoby, przy ogólnopolskim wskaźniku wynoszącym 3,2¹²⁵. W grupie tej było 21 ftyzjatrów, ale byli oni nierównomiernie rozmieszczeni na obszarze województwa. Spośród 465 nowo przybyłych 1/3 pochodziła z województw wschodnich, utraconych przez Polskę na rzecz Związku Radzieckiego, przy czym 322 zamieszkało na Śląsku Opolskim¹²⁶. Według sprawozdań lekarzy miejskich i powiatowych w województwie w końcu grudnia pracowało 930 lekarzy, natomiast według rejestru Izby Lekarskiej w Katowicach – 1270¹²⁷.

¹²¹ *Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia...*, s. 160.

¹²² Sprawozdanie sytuacyjne wojewody śląskiego za styczeń 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 50, k. 13.

¹²³ W konferencji wzięli udział przedstawiciele: PUR, PCK, NNK, Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, Związku Zawodowego Lekarzy, Izby Lekarskiej, Wydziału Sanitarnego DOKP i Wydziału Sanitarnego Urzędu Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego. Zob.: *Komunikaty Izby Lekarskiej Województwa Śląsko-Dąbrowskiego z 10 listopada 1945 r.*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1945, nr 1/3, s. VIII.

¹²⁴ W grupie tej było 505 specjalistów chorób wewnętrznych i ogólnie praktykujących, 78 chirurgów, 74 ginekologów, 17 laryngologów, 23 okulistów, 40 pediatrów, 98 neurologów, 39 dermatologów, 17 rentgenologów, 2 z zakresu anatomii patologicznej, 5 urologów, 9 bakteriologów i 1 analityk. Por.: *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 47.

¹²⁵ „Medycyna Pracy” 1948, nr 2/3, s. 87–88.

¹²⁶ K. B r o Ź e k, *Lekarze na południowo-wschodnich ziemiach Drugiej Rzeczypospolitej*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 1999, nr 40/41, s. 91–137; i d e m, *Lekarze na północno-wschodnich ziemiach Drugiej Rzeczypospolitej*, „Medycyna Nowożytna” 2000, t. 7, s. 87–108.

¹²⁷ „Śląska Gazeta Lekarska” 1947, nr 6/8, s. 54.

W roku 1948 na 10 tys. mieszkańców w województwie przypadało statystycznie 3,2 lekarza. Brakowało medyków niemal wszystkich specjalności, szczególnie istotnym problemem była mała liczba fizyjatrów, przy czym problem dotyczył nie tylko tego regionu, ale całego kraju¹²⁸. Co prawda, od 1947 r. daje się zauważyć ożywienie w zakresie szkoleń doskonalących dla lekarzy także w zakresie leczenia gruźlicy¹²⁹, jednak rozwój kształcenia podyplomowego lekarzy był nadal niezadowolający. Sytuacja taka występowała do początku lat pięćdziesiątych XX w., wówczas to bowiem nastąpił dopiero przyrost liczebny kadr medycznych¹³⁰, który związany był z powstaniem Śląskiej Akademii Medycznej¹³¹.

W okresie tym niechętnie zatrudniano personel niemiecki, choć zdarzały się przypadki, że władze państwowe zezwalały na jego prace. Potwierdza to pismo z października 1946 r.:

„Ministerstwo Zdrowia przypomina, że zatrudnianie pracowników narodowości niemieckiej bez uprawnienia władz państwowych jest bezwzględnie zakazane pod rygorem sankcji karno-administracyjnej. Niemcy zatrudnieni nielegalnie winni być repatriowani w pierwszej kolejności. Każdy pracownik niemiecki winien mieć zaświadczenie reklamacyjne, wydane przez Ministerstwo Ziem Odzyskanych na wniosek Władz Centralnych lub [...] przez Urząd Wojewódzki”¹³².

Ponadto, wydano specjalną instrukcję dla personelu lekarskiego oraz pomocniczo-lekarskiego, przydzielonego do akcji wysiedlania Niemców¹³³. Polecała ona

¹²⁸ W 1946 r. planowano uruchomić w Rokitnicy Instytut Doksztalcania Lekarzy i Specjalizacji Lekarzy, w którym najlepsi polscy i zagraniczni lekarze, mieli zapoznawać lokalne środowisko lekarskie z najnowszymi osiągnięciami medycyny, jednak pomysł ten nie został zrealizowany. Zob.: *Instytut Doksztalcania Lekarzy i Specjalizacji Lekarzy*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 11, s. 710.

¹²⁹ Starostwo Powiatowe w Kluczborku. Spis spraw, konferencje, kursy, zjazdy lekarskie w 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 543, k. 56.

¹³⁰ W 1950 r. na terenie województwa pracowało 1013 lekarzy, 220 lekarzy dentyistów, 406 farmaceutów, 1215 kwalifikowanych pielęgniarek. Zob.: M.W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku w XIX i XX wieku*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995, s. 18.

¹³¹ Powstała na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z 20 marca 1948 r. pod nazwą Akademia Lekarska, którą przemianowano w 1950 r. na Śląską Akademię Medyczną im. Ludwika Waryńskiego. Zob.: *Dziesięciolecie Śląskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Waryńskiego*, red. K. Gibiński, Zabrze 1958.

¹³² Pismo Ministerstwa Zdrowia do Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z 22 października 1946 r., AP Opole, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹³³ Wysiedlanie ludności niemieckiej rozpoczęło się jeszcze przed konferencją poczdamską (17 lipca–2 sierpnia 1945 r.). Około 3 mln Niemców uciekło przed nadciągającą Armią Czerwoną, a niemal drugie tyle objęła akcja wysiedleńcza. Do końca 1948 r. wysiedlono z Polski 2,5 mln Niemców, którym zgodnie z międzynarodowymi umowami zawartymi z dowództwem wojskowym strefy brytyjskiej i radzieckiej, określającymi warunki wysiedlania, musiano zapewnić nadzór sanitarno-medyczny. Zadanie to realizował Państwowy

zatrudniać za odpowiednią opłatą lekarzy, pielęgniarki i inny personel medyczny narodowości niemieckiej, mieszkający na obszarze Polski, w celu zapewnienia wysiedlonym odpowiedniego nadzoru sanitarnego i opieki lekarskiej. W każdym punkcie zdawczym znajdowała się placówka sanitarno-medyczna (ambulatorium, izba chorych, apteka), kierowana przez dwóch lekarzy Niemców i cztery niemieckie pielęgniarki, a kontrolę nad nimi sprawowali polscy lekarze i pielęgniarki. W ambulatorium udzielano wysiedlanym doraźnej pomocy i kierowano ich, w zależności od stanu zdrowia, do transportu lub izby chorych. Przy punkcie zbiorczym działało też kąpielisko oraz komora dezynfekcyjna. Podobną strukturę organizacyjną w zakresie nadzoru sanitarnego i opieki lekarskiej posiadały punkty odbiorcze oraz transporty, które konwojowane były przez personel niemiecki, a ten z kolei kontrolowany i nadzorowany był przez Polaków¹³⁴.

Pomimo braków kadrowych wśród personelu medycznego, w 1945 r. wznowiły działalność śląskie towarzystwa medyczne. W latach 1945–1950 istniały w województwie śląsko-dąbrowskim trzy tego typu organizacje: Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie, którego pierwszym powojennym prezesem został dr Wiktor Orzechowski (1895–1952)¹³⁵, wspomniane już wcześniej Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego oraz Śląskie Towarzystwo Lekarskie, powstałe w 1908 r.

Urząd Repatriacyjny. Pierwsza umowa o przesiedleniu ludności niemieckiej z Polski została podpisana 14 lutego 1946 r., a rozpoczęcie akcji ustalono na 20 lutego 1946 r. W okresie od 20 lutego do 31 grudnia 1946 r. wśród wysiedlonych Niemców wykryto 24 przypadki gruźlicy ostrej i 225 w stadium przewlekłym. Zob.: J. M i s z a ł, *Wysiedlenia i repatriacja obywateli polskich z ZZZS a wysiedlenia i przesiedlenia Niemców z Polski – próba bilansu*. W: *Utracona ojczyzna. Przymusowe wysiedlenia, deportacje i przesiedlenia jako wspólne doświadczenie*, red. H. Orłowski, A. Sakson, Poznań 1997, s. 54–57; B. N i t s c h k e, *Wysiedlenie czy wypędzenie? Ludność niemiecka w Polsce w latach 1945–1949*, Toruń 2001, s. 232–233.

¹³⁴ W. P o g o r z e ł s k i, *Służba zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego 1945–1948*, Łódź 1948, s. 36–38; AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, sygn. X/2.

¹³⁵ Powstało w 1901 r. i obejmowało lekarzy sąsiadujących ze sobą powiatów częstochowskiego i będzińskiego z siedzibą zarządu w Częstochowie. W latach 1907–1911 istniał terenowy Oddział Towarzystwa w Zagłębiu Dąbrowskim, który dał początek Towarzystwu Lekarskiemu Zagłębia Dąbrowskiego. Przed pierwszą wojną światową częstochowska organizacja dzięki swemu przewodniczącemu, czołowemu interniście polskiemu Władysławowi Biegańskiemu (1857–1917) była wiodąca w ruchu naukowo-szkoleniowym lekarzy prowincjonalnych zaboru rosyjskiego. W latach 1939–1945 jej działalność została zawieszona przez Niemców, a w 1951 r. włączono ją do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (PTL) na prawach oddziału. Drugi oddział PTL, utworzony ze Śląskiego Towarzystwa Lekarskiego działał w Katowicach, do którego jako koło Sosnowiec, zostało włączone Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego. Zob.: K. B r o ż e k, *Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie 1901–1951*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 12, s. 501–502; i d e m, *Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego (1907–1951)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 15, s. 641–642.

i funkcjonujące wcześniej pod nazwą Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku¹³⁶. Jego przewodniczącym został dr Maksymilian Wilimowski (1886–1951), pełniący tę funkcję już przed wojną¹³⁷. Podczas cotygodniowych zebrań członkowie Śląskiego Towarzystwa Lekarskiego mieli okazję wysłuchać referatów wielu osobistości świata medycznego, których zapraszano na spotkania, zaznajamiając się w ten sposób z najnowszymi zagadnieniami medycznymi¹³⁸.

Najprężniej działającą organizacją w zakresie walki z gruźlicą w regionie było Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego, pomimo że w 1945 r. z 80 przedwojennych członków pozostało na obszarze Zagłębia tylko 45 lekarzy¹³⁹. Jego pierwszym prezesem po wojnie został dr Marian Trawiński (1890–1963)¹⁴⁰, peł-

¹³⁶ Nazwę zmieniono w 1945 r. W tym samym roku śląski samorząd lekarski rozpoczął wydawanie (w latach 1945–1948) „Śląskiej Gazety Lekarskiej”. Był to organ Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Zawodowego Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego, Okręgu Śląsko-Dąbrowskiego PCK, Rady Lekarskiej, Centralnego Zarządu Przemysłu Hutniczego. W 1948 r. zmieniono jego tytuł na „Medycynę Pracy” z dodatkiem „Śląską Gazetą Lekarską” zawierającym część urzędową. Po jego likwidacji w 1948 r. E. Hanke wydawał w latach 1948–1949 powielany „Biuletyn Rady Lekarskiej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia”. W 1951 r. trzy organizacje działające na Śląsku weszły w skład Wojewódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, które powstało z połączenia towarzystw regionalnych i przyjęło za swego patrona Jerzego Śniadeckiego, prezesa pierwszego polskiego towarzystwa lekarskiego, założonego w 1805 r. w Wilnie. Zob.: K. B r o ź e k, *Ruch naukowy towarzystw medycznych w regionie śląsko-dąbrowskim*, „Wiadomości Lekarskie” 1980, z. 15, s. 1266; i d e m, *Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego...*, s. 641.

¹³⁷ Lekarz chirurg, działacz niepodległościowy, w okresie okupacji ukrywał się w Krakowie, gdzie pracował w ubezpieczalni społecznej. Po wojnie powrócił do Katowic i 11 lutego 1945 r. objął stanowisko dyrektora i ordynatora Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Katowicach. Był również lekarzem kolejowym i członkiem komisji odwoławczej przy Izbie Skarbowej w Katowicach. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

¹³⁸ K. B r o ź e k, *Rys życia społecznego i naukowego polskich lekarzy na Śląsku w czasach najnowszych (1900–1951)*, „Zaranie Śląskie” 1976, z. 4, s. 708.

¹³⁹ Z 35 osób, których ubyło, 12 zmarło, w tym dwóch śmiercią męczeńską w obozach koncentracyjnych: dr Maksymilian Wołkowicz (1864–po 1939) i dr Czesław Liedtke (1894–1941). Zob.: K. B r o ź e k, J. O r n o w s k i, *Próba zestawienia strat wśród lekarzy Śląska i Zagłębia Dąbrowskiego (1939–1945)*, „Przegląd Lekarski” 1978, nr 1, s. 136–137.

¹⁴⁰ Lekarz chirurg, pionier operacji chirurgicznych w Polsce, m.in. torakoplastyki. W 1945 r. został ordynatorem Oddziału Chirurgicznego Centralnego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu. Jeden z nielicznych lekarzy, który w warunkach pracy poza ośrodkiem akademickim uzyskał habilitację. Do 1947 r. wojewódzki konsultant ds. chirurgii na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego, przewodniczący zespołu specjalistów wojewódzkich w Katowicach. Zob.: J. Z a r ę b a, *Prof. dr Marian Trawiński. Wspomnienie pośmiertne*, „Chirurgia Narządu Ruchu” 1964, z. 3, s. 311–312.

niący tę funkcję już w latach 1935–1939. Lekarze skupieni w Towarzystwie od początku włączyli się w walkę z szalejącą epidemią gruźlicy, zarówno pod względem praktycznym, jak i naukowym. Dużą rolę odegrał dr Marian Molicki (1895–1976)¹⁴¹, który na początku 1946 r. razem z dr Nadzieją Berdo (1895–1958)¹⁴² nawiązał kontakt z Duńskim Czerwonym Krzyżem. Organizacja ta włączyła się bardzo aktywnie w ratowanie śląskich dzieci, przeprowadzając akcję szczepień BCG, która zapoczątkowana została na terenie Zagłębia Dąbrowskiego, a następnie przeniesiona na cały Śląsk¹⁴³. Było to możliwe dzięki udziałowi polskich pielęgniarek w prowadzonej akcji, które po wyjeździe Duńczyków kontynuowały ją samodzielnie¹⁴⁴. Zdawano sobie już wówczas sprawę, że szczepienia BCG są jednym z najistotniejszych i najskuteczniejszych sposobów walki z gruźlicą dzieci, obniżają ryzyko zachorowania na tę chorobę prawie dziesięciokrotnie i chronią przed najgroźniejszymi jej postaciami tzn. prosówką i gruźliczym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

W roku 1947 naczelny lekarz misji Duńskiego Czerwonego Krzyża dr S.A. Stein wygłosił na zebraniu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego referat pt. „O szczepieniach ochronnych przeciwgruźliczych u dzieci i dorosłych”, który spotkał się z dużym zainteresowaniem i uznaniem ze strony śląskich lekarzy. Ponadto w 1948 r., na wniosek M. Molickiego powołano w Towarzystwie ponownie Komisję do spraw Walki z Gruźlicą, która razem z sosnowieckim oddziałem

¹⁴¹ Dr nauk medycznych, specjalista pediatra, reumatologii i chorób płuc. W latach 1930–1936 naczelny lekarz Sosnowca, podczas okupacji niemieckiej szef sanitarny obwodu kieleckiego AK. Po wojnie zaangażowany w prace nad ustawą o zwalczaniu gruźlicy. Dostrzegając korzyści z wciągnięcia instytucji ubezpieczeń społecznych w akcję przeciwgruźliczą oraz z powołania Narodowego Komitetu Walki z Gruźlicą i jego współpracy z oddziałami wojewódzkimi i powiatowymi. Zob.: *Dyskusja nad referatem głównym dr. Michała Telatycznego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwigruźliczego*, Warszawa 1949, s. 333.

¹⁴² Lekarz chorób płuc o zasługach pionierskich, oddana sprawie zwalczania gruźlicy, w latach 1926–1936 pracowała w Szpitalu Wolskim w Warszawie na oddziale dr. K. Dąbrowskiego, w latach 1937–1957 ordynator Oddziału Chorób Płucnych w Sosnowcu. Równoległe z pracą w szpitalu prowadziła Poradnię Przeciwigruźliczą w Sosnowcu, a od 1950 r. Poradnię Przeciwigruźliczą Przyszpitalną. Autorka 21 prac naukowych z zakresu ftызjatrii. Zob.: L. D e l o f f, *Dr Nadzieja Berdo – wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1958, nr 9, s. 789–790.

¹⁴³ Protokół ze Zjazdu Pełnomocników Zarządu Głównego na oddziały PCK w okręgu śląsko-dąbrowskim w Katowicach z 31 sierpnia 1947 r., AP w Katowicach, zespół: Polski Czerwony Krzyż, Zarząd Wojewódzki w Katowicach (dalej: PCK ZW Katowice), sygn. 5, k. 47.

¹⁴⁴ Protokół ze Zjazdu Pełnomocników Zarządu Głównego na Oddziały PCK w okręgu śląsko-dąbrowskim w Katowicach z 30 grudnia 1947 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 66.

PCK kierowanym przez dr. M. Molickiego zajęła się bardzo szeroką działalnością, ukierunkowaną na walkę z gruźlicą¹⁴⁵.

Bezpośrednio po zakończeniu wojny w województwie śląsko-dąbrowskim przystąpiono do organizacji powiatowych ośrodków zdrowia, jako podstawowych jednostek organizacyjnych w publicznej służbie zdrowia, będących ważnym czynnikiem w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. W ośrodkach tych najczęściej tworzono pierwsze przychodnie przeciwgruźlicze¹⁴⁶. Często jednak środki finansowe, jakimi te placówki dysponowały, były nieadekwatne do potrzeb, co hamowało ich rozwój.

Szczególną uwagę przywiązywano do rozbudowy ośrodków zdrowia dla ludności wiejskiej, przy współdziałaniu ze Związkiem Samopomocy Chłopskiej¹⁴⁷. Jak podkreślano: „Planowana akcja stworzenia ośrodków zdrowia na wsi ma jako jeden ze swych głównych celów opiekę nad dziećmi szkolnymi, dlatego też należałoby ją jak najintensywniej poprzeć”¹⁴⁸. Jednak rozwinięcie sieci ośrodków zdrowia na obszarach wiejskich napotykało na duże trudności. Do głównych barier należał brak lokali, niechęć lekarzy do osiedlania się na wsi, słabe uświadomienie ówczesnych rad narodowych w problematyce zdrowia. Dlatego też w zakresie ochrony zdrowia ludności wiejskiej zdołano tylko szeroko rozwinąć sieć izb porodowych i gminnych punktów położnych. Niemniej dodać należy, że w walce z gruźlicą większość założeń zostało wykonanych, choć istotnym problemem w realizacji walki z tą chorobą były często także trudne warunki współpracy z Zarządem Okręgowym Państwowych Nieruchomości Ziemskich (ZO PZN) w Opolu (od 1 lipca 1949 r. Okręgowy Zarząd Państwowych Gospodarstw Rolnych w Opolu)¹⁴⁹, który czasami na własną rękę próbował walczyć z chorobami zakaźnymi, łącznie z gruźlicą.

Jak wynika ze sprawozdania ZO PZN w Opolu z 1946 r., warunki zdrowotności ludności nie były zadowalające, zwłaszcza niepokojące były liczne przypadki chorób płuc i chorób wenerycznych: „Wprawdzie epidemii o charakterze nagminnym nie notowano, to jednak specyficzne niedomagania powojenne, jak choćby choroby weneryczne i świerzb ludzki, występują masowo, liczba zaś dzieci, zważ-

¹⁴⁵ K. B r o ź e k, *Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego...*, s. 642.

¹⁴⁶ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za okres 11–21 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 345, k. 63; zob. też: *Instrukcja o organizacji i działalności ośrodków zdrowia*, Warszawa 1945.

¹⁴⁷ *Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 21/45 o organizacji służby zdrowia na wsi z 18 września 1945 r.*, Warszawa 1945.

¹⁴⁸ Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu..., k. 95.

¹⁴⁹ Zarząd Okręgowy Państwowych Nieruchomości Ziemskich (PNZ) w Opolu został powołany do życia 1 marca 1946 r. Zgodnie z instrukcjami Zarządu Centralnego PNZ w Poznaniu, jego organizacją zajął się pełnomocnik okręgowy Ludwik Ślaski (1898–1976). Zarząd Okręgowy w Opolu obejmował 13 powiatów. Zob.: H. D u d a, *Państwowe Nieruchomości Ziemskie w Opolu (1946–1949)*, Opole 2006, s. 25, 36, 38.

cza dotkniętych gruźlicą, jest przerażająco wysoka¹⁵⁰. Z chwilą rozpoczęcia działalności opolskiej dyrekcji PNZ opiekę medyczną pracownikom zapewniali lekarze terenowych placówek ubezpieczalni społecznej. Dnia 27 listopada 1946 r. minister pracy i opieki społecznej wydał rozporządzenie, na mocy którego robotnicy rolni zostali objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, a od 1 marca 1947 r. opiekę lekarską nad pracownikami fizycznymi w majątkach opolskich PNZ przejęły ubezpieczalnie społeczne¹⁵¹. Ponadto w grudniu 1947 r. ZO PNZ w Opolu wydał okólnik nakazujący przynajmniej dwa razy w roku badać medycznie personel pracujący w oborach pod kątem zachorowań na gruźlicę i choroby weneryczne oraz usuwać osoby, u których stwierdzono te choroby. Wpłynęło to na poprawę stanu zdrowia robotników rolnych, choć w dalszym ciągu problemem była duża odległość pomiędzy lekarzem a pacjentem¹⁵².

W maju 1945 r. w województwie śląsko-dąbrowskim funkcjonowało 11 ośrodków zdrowia: sześć na ziemiach województwa w granicach z 1939 r., trzy na Śląsku Opolskim i dwa w Zagłębiu Dąbrowskim¹⁵³. Do końca 1946 r. uruchomiono już 74 tego typu ośrodki, które w tym czasie udzieliły 2 444 446 porad, w szczególności w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, walki z gruźlicą, zwalczania jaglicy i chorób wenerycznych¹⁵⁴. Z tymi ostatnimi próbowano uporać się już wcześniej, gdyż stanowiły poważny problem w województwie. W tym celu w lutym 1945 r. uruchomiono oddziały weneryczne oraz 63 poradnie i przychodnie przeciwweneryczne. W ramach walki z chorobami wenerycznymi zorganizowano też akcję profilaktyczną polegającą na odczytach i druku materiałów informacyjnych na ten temat. Poważny problem, choć na obszarze województwa nie było to zjawisko powszechne, stanowiła walka z jaglicą, która jako choroba zakaźna wymagała szybkiego odizolowania chorych i umieszczenia ich w zakładach zamkniętych. W tym celu uruchomiono sześć oddziałów okulistycznych oraz przychodnie przeciwjaglicze¹⁵⁵.

¹⁵⁰ Cyt. za: *ibidem*, s. 180.

¹⁵¹ Jak uważa Henryk Duda, zrównanie robotników przemysłowych i rolnych w dziedzinie ubezpieczeń społecznych wpłynęło negatywnie na jakość opieki zdrowotnej względem tych drugich. Por.: *ibidem*, s. 181.

¹⁵² W 1950 r. minister zdrowia wydał okólnik, gwarantujący członkom spółdzielni produkcyjnych oraz robotnikom PGR i ich rodzinom bezpłatne leczenie w przypadku ciężkich chorób i pierwszeństwo w korzystaniu z usług medycznych uspołecznionej służby zdrowia. Zob.: *ibidem*, s. 182.

¹⁵³ Sprawozdanie „Zdrowie publiczne” za miesiąc maj 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL, Wydział Ogólny, sygn. 345.

¹⁵⁴ *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 49–50.

¹⁵⁵ Oddziały szpitalne powstały w: Katowicach, Zabrze, Dąbrowie Górniczej, Cieszynie, Bielsku i w Gliwicach, a przychodnie w: Nysie, Opolu, Prudniku, Strzelcach Opolskich, Głubczycach, Kluczborku, Bobrku Karbie, Bytomiu, Gliwicach, Katowicach, Pszczynie,

Ważne miejsce w walce z epidemiami na terenie województwa zajmowały także tworzone izolatoria, których w 1945 r. całym w województwie było 4, co nie zabezpieczało potrzeb, gdyż na 1000 mieszkańców przypadało 1,83 łóżka¹⁵⁶. Na Śląsku Opolskim pierwsze tego typu placówki powstały już na przełomie lipca i sierpnia 1945 r. Otwarto wówczas domy izolacyjne w Prudniku (30 łóżek), Głogówku (10 łóżek) i Białej (10 łóżek)¹⁵⁷. W powiecie raciborskim uruchomiono oddział zakaźny w Szpitalu Miejskim w Raciborzu oraz izolatoria w gminie Krzanowice (75 łóżek) i w Kuźni Raciborskiej (45 łóżek)¹⁵⁸. Dla osób narodowości niemieckiej w powiecie niemodlińskim zorganizowano izolatoria w Korfantowie, Graczach, Ligocie, Skorogoszczy, Grabinie, Bielicach i Tułowicach¹⁵⁹. Problemem był jednak brak transportu, co w znacznym stopniu utrudniało hospitalizację zakaźnie chorych i przeprowadzanie dezynfekcji czy dezynsekcji¹⁶⁰.

Jesienią 1946 r. powołano w Katowicach Komisję Koordynacji Lecznictwa Województwa Śląsko-Dąbrowskiego, której zadaniem było połączenie i nadzorowanie wysiłków podejmowanych wcześniej na wielu odcinkach służby sanitarnej oraz zsynchronizowanie działań różnych organizacji i urzędów, by ujednoczyć i upowszechnić lecznictwo w województwie¹⁶¹. Chodziło głównie o usprawnienie działalności szpitali i sanatoriów, szybszą organizację i rozwój sieci ośrodków zdrowia, zwłaszcza na terenie wiejskim, rozwinięcie akcji profilaktycznej w celu zwalczania chorób społecznych, zawodowych i zakaźnych, w głównej mierze gruźlicy i chorób wenerycznych, otoczenie większą opieką matkę z dzieckiem oraz zorganizowanie szybkiej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach. W pracach komisji brali udział przedstawiciele ubezpieczalni społecznych funkcjonujących w województwie, przemysłu, Izby Lekarskiej, Związku Zawodowego Lekarzy, PCK, Wydziału Sanitarnego Władz Bezpieczeństwa, PKP, samorządu lokalnego i wojewódzkiego¹⁶².

Rybniku, Tarnowskich Górach, Czeladzi, Sosnowcu, Cieszynie, Istebnej i Bielsku. Zob.: *ibidem*, s. 51–52.

¹⁵⁶ *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945...*, s. 14–15.

¹⁵⁷ *Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Prudniku w okresie 20 lipca do 20 sierpnia 1945 r.*, AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 106, k. 19.

¹⁵⁸ *Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Starostwa Powiatowego w Raciborzu z 1 sierpnia 1945 r.*, AP w Katowicach, Oddział Racibórz, Starostwo Powiatowe w Raciborzu, sygn. 238.

¹⁵⁹ *Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie za wrzesień 1945 r.*, AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 101, k. 34–35.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ Pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się 15 października 1946 r., podczas którego powołano 15-osobowy Komitet Wykonawczy w celu realizacji powyższych założeń. Na jego czele stanął naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr F. Presser-Turski. Zob.: *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 52; *Sprawozdanie sytuacyjne wojewody śląskiego za październik 1946 r.*, AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 50, k. 190.

¹⁶² *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 52–53.

W walce z chorobami zakaźnymi w pierwszych powojennych miesiącach i później daje się zauważyć wiele niedociągnięć, zwłaszcza jeśli chodzi o pracę lekarzy powiatowych. Niejednokrotnie zwracało na to uwagę Ministerstwo Zdrowia oraz Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, o czym świadczy chociażby treść okólników z końca 1945 r.: „Wobec poważnych niedociągnięć wynikających z powierzchownego traktowania sprawy przez niektórych lekarzy urzędowych, odnośnie [do] tygodniowych wykazów zachorowań i zgonów na choroby zakaźne”¹⁶³. W jeszcze innym dokumencie pisano: „wszelkie uchybienia w wykonywaniu tych zarządzeń pociągać będą za sobą dochodzenie dyscyplinarne”¹⁶⁴.

Zastrzeżenia budziła także praca kolumn epidemicznych, co potwierdza pismo ze stycznia 1947 r.:

*„Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami stwierdza, że w niektórych województwach praca kolumn p/epidemiologicznych jest zorganizowana i prowadzona w sposób nie odpowiadający stawianym im wymogom. [...]. Kolumny p/epidemiologiczne przeprowadzają nieraz dezynfekcję dopiero po upływie tygodnia od czasu stwierdzenia choroby zakaźnej; zdarzają się również wypadki, że zwlekają z dokonaniem dezynfekcji w mieszkaniu chorego [...], a po hospitalizacji nie dokonuje się obowiązkowych, wtórnych wywiadów w środowisku, gdzie wykryto chorobę zakaźną oraz nie poucza się otoczenia chorego o sposobie postępowania, celem zapobiegania szerzeniu się danego zachorowania”*¹⁶⁵.

Akcja walki z gruźlicą w województwie długo znajdowała się w stadium organizacyjnym, gdyż brakowało specjalistów, łóżek szpitalnych, pracowni, sprzętu, leków. Rotacja pacjentów w zakładach leczniczych była bardzo duża, przy czym leczono w nich głównie klimatycznie, a w wybranych przypadkach odmą wewnątrz- i zewnątrzopłucnową oraz operacyjnie. Podejmowano też pierwsze próby terapii streptomycyną, PAS-em i innymi lekami.

Widząc te problemy już 29 stycznia 1945 r. gen. A. Zawadzki jako pełnomocnik Rządu Tymczasowego na województwo śląskie wydał zarządzenie nakazujące niezwłoczne stawienie się do pracy personelowi urzędów, biur, przedsiębiorstw komunalnych, szkół, instytucji charytatywnych, zakładów leczniczych,

¹⁶³ Okólnik Ministerstwa Zdrowia 37/45 z 18 grudnia 1945 r. w sprawie rejestracji chorób zakaźnych przez lekarzy powiatowych, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹⁶⁴ Okólnik Ministerstwa Zdrowia 33/45 z 22 listopada 1945 r. w sprawie rejestracji chorób zakaźnych przez lekarzy powiatowych, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹⁶⁵ Pismo Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami do Wydziału Zdrowia Urzędów Wojewódzkich z 27 stycznia 1947 r. w sprawie kolumn epidemicznych, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

aptek itp.¹⁶⁶. W tym samym czasie został reaktywowany Wydział Zdrowia Urzędu Śląskiego w Katowicach, który za najpilniejsze sprawy uznał zabezpieczenie sanitarnego mienia państwowego niewywiezionego przez okupanta, zapewnienie ludności opieki lekarskiej, zaopatrzenie jej w niezbędne lekarstwa, ścisłą kontrolę nad migracją personelu lekarskiego i dokładną jego weryfikację¹⁶⁷.

Zaznaczyć przy tym należy, że polscy lekarze nie chcieli pracować na Śląsku Opolskim. Przyczyną takiego stanu był brak wyposażenia lekarskiego, pomocy sanitarnej, nadto częste napady, rabunki, itp. Najgorsza sytuacja panowała w Bytomiu, Gliwicach i Zabrze, gdzie osiedliło się tylko 120 lekarzy, stąd praktykowali tam także lekarze niemieccy¹⁶⁸. Były jednak takie powiaty, gdzie pracowało tylko 1–2 lekarzy. Z drugiej strony nie zawsze chodziło o brak lekarzy, ale również o opór „autochtonnej ludności przeciwko «ludziom ze wschodu», jakimi z konieczności są nowo osiedlani lekarze, tak że lekarze nie znajdują na wsi warunków do życia”¹⁶⁹. I choć współżycie ludności miejscowej z napływową według władz układało się na ogół „poprawnie”, to jednak w wielu sytuacjach dawało się odczuć, że granica dzielnicowa nadal istniała: „Niech tylko zaistnieje między nimi najmniejsze nieporozumienie, a Ślązak wyzywa przybyszów od «goroli», zaś przybysz nazywa Ślązaka «Niemcem»”¹⁷⁰. Dla przykładu, w powiecie opolskim w lipcu 1945 r. pracowało tylko 11 lekarzy, brakowało specjalistów, zwłaszcza jeśli chodzi o choroby weneryczne i gruźlicę, ale też ginekologów-położników i innych. W ciągu półtora roku liczba lekarzy wzrosła czterokrotnie, tak że pod koniec 1946 r. było ich już 43, nadal jednak za mało¹⁷¹.

Często, zwłaszcza w pierwszych miesiącach po wyzwoleniu, lekarze opuszczali miejsce pracy bez żadnego powiadomienia, pozostawiając bez opieki lekarskiej swoich podopiecznych, czemu starano się zapobiegać. Potwierdza to chociażby pismo Ministerstwa Zdrowia z sierpnia 1945 r.:

¹⁶⁶ W czerwcu 1945 r. Wydział Zdrowia informował, że na terenie Śląska Opolskiego brakuje lekarzy, zarówno pracujących w szpitalach, jak i praktykujących samodzielnie. Zob.: Sprawozdanie Wydziału Zdrowia za czerwiec 1945, AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 345.

¹⁶⁷ Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia w Polsce do 1953 roku*, Łódź 1986, s. 392–393 (praca habilitacyjna).

¹⁶⁸ J. M. D y r d a, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945–1950*, Katowice 2003, s. 68–69.

¹⁶⁹ Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu..., k. 95.

¹⁷⁰ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatowego w Katowicach za styczeń 1948 r. z 5 lutego 1948 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 18.

¹⁷¹ Sprawozdanie lekarza powiatowego o stanie sanitarnym powiatu opolskiego od chwili objęcia go przez Władze Polskie do chwili obecnej z 25 listopada 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613, k. 142.

„Zdarzają się przypadki opuszczania przez lekarzy stanowisk służbowych bez przestrzegania obowiązujących w tym zakresie terminów wypowiedzenia [...]. W przypadku samowolnego opuszczania stanowiska służbowego polecam zawiadomić o tym Izbę Lekarską, celem wdrożenia postępowania dyscyplinarnego z powodu niewywiązania się z zobowiązań zaciągniętych w stosunku do państwa lub instytucji publiczno-prawnej i jednocześnie odpis doniesienia przelożyć Ministerstwu Zdrowia”¹⁷².

Problem starano się rozwiązać także w ten sposób, że przy przyjęciu do nowej pracy wymagano zaświadczenia o uregulowaniu wszystkich spraw z poprzedniego miejsca zatrudnienia.

Po paru miesiącach lekarze, stomatolodzy, farmaceuci, położne, pielęgniarki, masażyści i inni pracownicy, dekretem z 10 sierpnia 1945 r., zostali zobowiązani do zarejestrowania się u lekarza powiatowego w terminie, który wyznaczał w drodze rozporządzenia minister zdrowia¹⁷³. Dotyczyło to także lekarzy specjalistów, którzy, jeśli nawet byli już zarejestrowani, mieli zgłosić się ze świadectwem specjalności, jak również wszystkich tych, którzy zmienili miejsca swojego zamieszkania. Wobec niezastosowania się do tych przepisów istniała groźba sankcji karnej¹⁷⁴. Nie rozwiązało to jednak braku kadr medycznych, gdyż jeszcze pod koniec 1945 r. napływ personelu lekarskiego i sanitarnego na obszar Śląska Opolskiego był bardzo słaby¹⁷⁵. Dlatego też Ministerstwo Zdrowia próbowało zachęcić do pracy na tym terytorium poprzez wypłatę bezzwrotnych zasiłków na zagospodarowanie się w nowym miejscu zamieszkania (tzw. zasiłki osiedleńcze). Uzasadniano to trudnymi warunkami pracy personelu medycznego i sanitarnego. Ten specjalny kredyt na jednorazowe zasiłki dla lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, felczerów i pielęgniarek oddano do dyspozycji naczelników wydziałów zdrowia¹⁷⁶.

W listopadzie 1945 r. naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego dr F. Presser-Turski, na zjeździe naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia, przedłożył projekt ustawy o przymusowym racjonalnym osiedlaniu lekarzy na terenach odzyskanych¹⁷⁷. Przewidywał on dwuletni obowiązek podejmowania przez lekarzy pracy w publicznych placówkach służby zdrowia, zakaz osiedlania się

¹⁷² Okólnik nr 18/45 Ministerstwa Zdrowia do Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich z 8 sierpnia 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Głubczycach, sygn. 652.

¹⁷³ Dekret z 10 sierpnia 1945 r. o rejestracji pracowników służby zdrowia, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1945 r. nr 27, poz. 362, s. 291.

¹⁷⁴ Ogłoszenie Starosty Powiatowego w Bielsku z 15 września 1945 r. w sprawie rejestracji personelu sanitarnego, AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 85, k. 67.

¹⁷⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za listopad 1945 r. z 19 grudnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 195.

¹⁷⁶ Pismo Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach do lekarzy powiatowych i grodzkich województwa śląsko-dąbrowskiego z 15 września 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Głubczycach, sygn. 652.

¹⁷⁷ Projekt spotkał się z silnym sprzeciwem uczestników spotkania i mocnym poparciem naczelników z województwa poznańskiego, pomorskiego i dolnośląskiego. Por.: Sprawoz-

w miastach, gdzie była już pełna obsada lekarska oraz nakaz przesiedlania lekarzy do miejscowości, gdzie ich brakowało¹⁷⁸.

3. Stan zdrowotny ludności

Organizowanie ochrony zdrowia w województwie śląsko-dąbrowskim w 1945 r. nie było łatwe, zwłaszcza na Śląsku Opolskim – rozumianym jako obszar przedwojennej rejencji opolskiej¹⁷⁹. Obok braku lekarzy i personelu pomocniczego, sprzętu, lekarstw, organizowanie ochrony zdrowia na tym terenie utrudniał także fakt, iż w pierwszym okresie po przejściu frontu obiekty szpitalne były zajęte przez Armię Czerwoną¹⁸⁰. Wiązało się to z problemami przejęcia władzy administracyjnej sprawowanej od stycznia 1945 r. przez oficerów Armii Czerwonej jako komendantów wojennych, którzy zarządzając tymi obszarami, traktowali je jako niemieckie, a ludność miejscową jako Niemców¹⁸¹. Stąd na Śląsku Opolskim placówki służby zdrowia w pierwszej kolejności uruchomiono w miastach wydzielonych (Zabrze, Bytom, Gliwice) oraz w miastach powiatowych¹⁸².

Do tego dochodził fatalny stan przejmowanych budynków sanitarnych, a przede wszystkim relacje pomiędzy żołnierzami radzieckimi a ludnością polską, co wyraźnie podkreślał wojewoda śląsko-dąbrowski w czerwcu 1945 r. pisząc: „gorąca przyjaźń i sympatia ludności polskiej do Armii Czerwonej, zwłaszcza w powiatach zachodnich ulega znacznemu oziębieniu. Przyczyną tego są rabunki i gwałty band w mundurach Armii Czerwonej”¹⁸³. O tym, że był to poważny problem świadczy fakt, że w każdym miesięcznym sprawozdaniu sytuacyjnym osobny punkt stanowiła informacja o stosunku miejscowej ludności do Armii Czerwonej.

danie z działalności Wydziału Zdrowia za listopad 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 345, k. 4.

¹⁷⁸ W.R., *W trosce o zdrowie. Projekt planowego rozsiadlenia się lekarzy na Ziemiach Odzyskanych*, „Dziennik Zachodni” 1946, nr 301, s. 4.

¹⁷⁹ W latach 1919–1938 podniesionej do rangi prowincji górnośląskiej. Zob.: M. Lis, *Górny Śląsk. Zarys dziejów do połowy XX wieku*, Opole 2001, s. 141.

¹⁸⁰ Sprawozdanie sytuacyjne wojewody za maj 1945, AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 23.

¹⁸¹ Gdy 18 marca 1945 r. na placu przed Urzędem Wojewódzkim w Katowicach odbywał się „uroczysty akt zjednoczenia ziem śląskich”, a wojewoda gen. A. Zawadzki rozpoczął nominację pierwszych starostów i prezydentów, Armia Czerwona rozpoczęła dopiero „operację opolską”, mającą na celu opanowanie pozostałej części historycznego Górnego Śląska. Zob.: D. Tomczyk, *Śląsk Opolski – 1945. Militarne i polityczne problemy wyzwolenia*, Opole 1989.

¹⁸² Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za gruzdzień 1945 r. z 5 stycznia 1946 r. ..., k. 116.

¹⁸³ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za czerwiec 1945 r. z 10 lipca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 39.

W jednym ze sprawozdań starosty powiatowego w Bytomiu możemy przeczytać: „ludność przeważnie odnosi się niechętnie i wrogo do żołnierzy Armii Czerwonej, a powodem tego są napady, rabunki, kradzieże dokonywane przez nich przeważnie nocami. Zdarzają się wypadki zaczepiania i bicia ludności przez przejeżdżających żołnierzy Armii Czerwonej”¹⁸⁴. Jeszcze mocniejszych słów użył starosta strzelecki: „Zdziczenie moralne niektórych żołnierzy Armii Czerwonej spowodowało uprzedzenie miejscowej ludności do tego co rosyjskie; rabunki i gwałty wstrząsnęły aż nazbyt spokojną, pracowitą i religijną ludnością”¹⁸⁵. Z czasem wrogie nastawienie ludności polskiej do Armii Czerwonej straciło na swej aktualności, gdyż wojska radzieckie powoli opuszczały tereny województwa śląsko-dąbrowskiego, a przytoczone przykłady karygodnego zachowywania się żołnierzy radzieckich szły stopniowo w niepamięć¹⁸⁶. Próbowano też zamazywać ten niechlubny obraz czerwonoarmistów, wskazując, że rabunków i napadów nie dokonywali czynni żołnierze, lecz „maruderzy”, jak ich nazywano, lub bandy zbrodnicze wykorzystujące mundury Armii Czerwonej. Informowano o tym systematycznie społeczeństwo polskie, jednak jak niejednokrotnie podkreślano bez większych rezultatów¹⁸⁷. Jak napisał w lutym 1946 r. starosta grodzki w Sosnowcu „ludność tutejszego powiatu uświadomiona i będąca członkami partii politycznych odnosi się przychylnie, reszta ludności z rezerwą”¹⁸⁸.

Jednak największe problemy dotyczyły przekazywania, zajętych przez żołnierzy radzieckich, obiektów użyteczności publicznej, w tym szpitali i innych placówek ochrony zdrowia. Bez tego nie można było myśleć o odbudowie i rozwoju służby zdrowia na tym terenie, a to zależało wyłącznie od dobrej woli komendantów wojennych¹⁸⁹. Dla przykładu, w Kluczborku przedwojenny szpital psychiatryczny, w którym w czasie wojny znajdował się obóz jeniecki, w styczniu 1945 r. został za-

¹⁸⁴ Sprawozdanie miesięczne Starosty Powiatowego w Bytomiu za okres 15 stycznia do 15 lutego 1946 r. z 28 lutego 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 13–14.

¹⁸⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatowego w Strzelcach za okres 21 stycznia do 20 lutego 1946 r. z 27 lutego 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 110.

¹⁸⁶ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Bielsku za okres 20 stycznia do 20 lutego 1946 r. z 2 marca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 8.

¹⁸⁷ Sprawozdanie miesięczne z działalności Zarządu Miejskiego m. Gliwice za okres 16 stycznia do 15 lutego 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 38.

¹⁸⁸ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Grodzkiego w Sosnowcu za okres 20 stycznia do 20 lutego 1946 r. z 26 lutego 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 106.

¹⁸⁹ Sytuacja poprawiła się dopiero po decyzji w Poczdamie, ogłoszonej 2 sierpnia 1945 r., przyznającej Polsce obszary wchodzące w skład Rzeszy na wschód od Odry i Nysy Łużyckiej, z których żyjąca tam ludność niemiecka miała zostać przesiedlona do Niemiec. Zob.: M. L i s, *Sprawozdania sytuacyjne administracji terenowej jako źródło wiedzy o ochro-*

jęty przez radzieckie władze wojskowe. Dodatkowo z opuszczonego szpitala, nieczynnych gabinetów i magazynów wykradano i niszczone sprzęt sanitarny (m.in. aparaty rentgena, lampy kwarcowe), co komplikowało bardzo leczenie ludności, dla której poważnym problemem w tym rejonie były liczne przypadki zatruc pokarmowych i nieżyłtów żołądkowo-jelitowych, z powodu braku wody pitnej. Istotną kwestią była też rzeżączka u kobiet i liczne ciążę, jako efekt dokonanych gwałtów¹⁹⁰. Jak informował lekarz powiatowy w kwietniu 1946 r., w czasach niemieckich „nie istniały w powiecie ogniska endemiczne w ścisłym słowa tego znaczeniu. Ze względu na napływową ludność powstały zachorowania na choroby zakaźne w okresie repatriacyjnym. Powstały drogą kontaktu i zawleczenia ze wschodu”¹⁹¹. Zachorowania te nie miały jednak charakteru ognisk endemicznych¹⁹².

W powiecie strzeleckim stan sanitarny był na ogół niezły, choć jesienią 1945 r. zanotowano niewielkie nasilenie chorób zakaźnych w stosunku do miesięcy wiosennych, zwłaszcza duru brzuszego i czerwonki, będące wynikiem zanieczyszczonej wody używanej do spożycia, oraz świerzb. Zdarzały się również wypadki zachorowań na rzeżączkę, trudną z reguły do wykrycia z powodu braku odpowiedniego instrumentarium¹⁹³. Ocalały szpital w Strzelcach Opolskich (300 łóżek) był uszkodzony, podobnie sytuacja wyglądała w szpitalu w Gogolinie (50 łóżek) i Leśnicy (50 łóżek), w których uszkodzone było centralne ogrzewanie, instalacja elektryczna, gazowa, urządzenia parowe¹⁹⁴. Oprócz tego brakowało w nich łóżek, materaców, pościeli, kołder, ręczników, bielizny dla chorych, odzieży ochronnej dla personelu. Natomiast szpital w Zawadzkiem (50 łóżek), znajdujący się na terenie fabrycznym, był zajęty przez Armię Czerwoną. Pozostałe gabinety lekarskie zostały zniszczone lub rozgrabione¹⁹⁵. Zanim w szpitalach tych uruchomiono oddziały

nie zdrowia po II wojnie światowej na Śląsku Opolskim. W: Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007, s. 167.

¹⁹⁰ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Kluczbork za okres 21 kwietnia do 18 maja 1945 r., Starostwo Powiatowe w Kluczborku, Sprawozdania i statystyki. Referat Zdrowia 1945–1947, AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 539, k. 5.

¹⁹¹ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Kluczborku z 24 kwietnia 1946 r. dotyczące sytuacji na terenie powiatu, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

¹⁹² Sprawozdanie lekarza powiatowego w Kluczborku za okres 22 kwietnia do 18 maja 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477, k. 1.

¹⁹³ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Strzelce Opolskie za okres 6 kwietnia do 6 maja 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 114, k. 4; ibidem, za okres 21 października do 20 listopada 1945 r., k. 177; zob. też: *Rok pierwszy w powiecie strzeleckim. Wybór źródeł*, oprac. i wstęp M. Lis, Opole 2000.

¹⁹⁴ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Strzelcach Opolskich za okres 15–30 kwietnia 1945 r. z 4 maja 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Strzelcach Opolskich, sygn. 11.

¹⁹⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Strzelce Opolskie za okres kwiecień–maj 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 114, k. 3–4.

zakaźne, główny ciężar w walce z chorobami zakaźnymi spoczywał na kolumnach przeciwepidemicznych, w których pracował kontroler sanitarny i trzech dezynfektorów, w tym dwóch z Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami. Kolumna poza wykonywaniem dezynfekcji, prowadziła również wywiady dotyczące chorób zakaźnych i stanu sanitarnego urządzeń użyteczności publicznej, udzielała informacji o przestrzeganiu czystości oraz wygłaszała pogadanki o znaczeniu profilaktyki w walce z chorobami zakaźnymi¹⁹⁶. Od jesieni 1945 r. zaczęto także akcję szczepień przeciw durowi brzuszemu, którą w pierwszej kolejności objęto personel szpitali, osoby współpracujące przy zwalczaniu chorób zakaźnych, urzędników państwowych i samorządowych, funkcjonariuszy służb porządkowych, nauczycieli oraz częściowo ludność cywilną¹⁹⁷.

Podobnie było ze szpitalami w Opolu, które w czasie działań wojennych w styczniu 1945 r. uległy dużym zniszczeniom. Szpital św. Wojciecha, mieszczący się w budynkach poklasztornych¹⁹⁸, był częściowo spalony i zajęty przez Armię Czerwoną, która także zajęła Szpital Chirurgiczny. Jak pisał w jednym ze sprawozdań lekarz miejski:

„Oddział chirurgiczny i zakaźny tego szpitala miałem za zgodą podpułkownika przejąć. Gdy w tym celu udałem się w towarzystwie oficera rosyjskiego do szpitala, nie zostaliśmy wpuszczeni na obręb szpitala przez wojsko, które szpital ten zajęło w tej samej chwili dla siebie [...] komendant miasta ostatecznie zdecydował, że wszystkie szpitale należą się jeszcze wojsku, względnie dla wojska [są] zarezerwowane [...]”¹⁹⁹.

Dlatego pierwszą placówkę szpitalną w Opolu uruchomiono w budynku przedwojennego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego. Znajdowały się w nim cztery oddziały podstawowe oraz oddział zakaźny, dysponował on 100 łózkami i początkowo pracowało tam tylko czterech lekarzy oraz nieliczny personel pielęgniarski, głównie siostry zakonne. Na przełomie 1945 i 1946 r., przez okres kilku miesięcy, funkcjonował tzw. Szpital Miejski, mieszczący się w Domu Rzemieślnika²⁰⁰. W mieście już w maju 1945 r. wybuchła epidemia duru plamistego, wśród

¹⁹⁶ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Strzelcach Opolskich za okres 21 września do 20 października 1946 r. z 31 października 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 128, k. 171.

¹⁹⁷ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatowego w Strzelcach Opolskich za okres 21 października do 21 listopada 1945 r. z 28 listopada 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Strzelcach Opolskich, sygn. 11.

¹⁹⁸ Był własnością Kurii Biskupiej, prowadziła go fundacja, w 1948 r. szpital przeszedł pod administrację państwową. Zob.: W. W a r t e n b e r g, *Rys historyczny Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*, „Przegląd Lekarski” 1962, nr 6, s. 284–285.

¹⁹⁹ Sprawozdanie lekarza Jerzego Światały, wysłanego przez Wydział Zdrowia Województwa Śląsko-Dąbrowskiego do pracy jako lekarz miejski miasta Opole z 31 marca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 345.

²⁰⁰ W. W a r t e n b e r g, *Rys historyczny Szpitala Wojewódzkiego...*, s. 285.

repatriantów ze Wschodu, koczujących na dworcu kolejowym²⁰¹, stąd 26 czerwca przybyli do Opola przedstawiciele Komisji Walki z Epidemiami PUR w Łodzi i ministra zdrowia, którzy zwiedzili wszystkie instytucje sanitarne na terenie miasta²⁰². W lipcu wzrost zachorowań na dur plamisty zanotowano także na terenie gminy Pokój²⁰³, a pod koniec 1946 r. poważnym problemem stał się wzrost zachorowań na choroby weneryczne, zwłaszcza że brakowało lekarstw²⁰⁴.

Pod koniec 1946 r. w mieście i powiecie nadal funkcjonowało 6 szpitali, dysponujące 691 łózkami. Każda placówka posiadała oddziały dla zakaźnie chorych²⁰⁵ o łącznej liczbie 170 łóżek podstawowych i 54 zapasowych²⁰⁶. W planach było utworzenie szpitala Ubezpieczalni Społecznej oraz rozszerzenie działalności szpitali wiejskich, co miało podnieść liczbę łóżek do 2061²⁰⁷.

Trudna również sytuacja panowała w powiecie gliwickim, gdzie jeszcze w połowie kwietnia 1945 r. nie funkcjonował żaden szpital, a pracował tylko jeden lekarz. Te, które działały w czasach niemieckich były zajęte przez Rosjan albo zostały zniszczone lub stały puste²⁰⁸. Dla przykładu, placówka w Pyskowicach (80 łóżek) była zajęta przez Rosjan, podobnie Szpital Psychiatryczny w Toszku (200 łóżek). W samych Gliwicach funkcjonował tylko jeden szpital – miejski, w którym pracowało 9 lekarzy. Pozostałe placówki, jak Szpital Garnizonowy (150 łóżek), Klinika Okulistyczna i Otolaryngologiczna oraz Prywatna Klinika Ginekologiczno-Położ-

²⁰¹ Sprawozdanie lekarza powiatowego na miasto i powiat Opole 1945, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 608, k. 10.

²⁰² Sprawozdanie z przebiegu akcji przeciwepidemicznej lekarza powiatowego w Opolu z 10 lipca 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

²⁰³ Pismo wójta gminy Pokój z 27 lipca 1945 r. do lekarza Starostwa Powiatowego w Opolu, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 607, k. 17.

²⁰⁴ W IV kwartale 1946 r. zgłoszono 94 przypadki nowych zachorowań na kiłę i 75 nowych przypadków rzeżączki. Zob.: Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu za grudzień 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

²⁰⁵ Od momentu rejestracji chorób zakaźnych do 20 czerwca 1946 r. zanotowano w powiecie opolskim 917 przypadków zachorowań na dur brzuszny, 16 na dur plamisty, 66 na czerwonkę, 44 na płonicę, 38 na błonicę, 6 na zimnicę, 5 na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, 6 na włośnicę, 135 na kiłę i 124 na rzeżączkę. Por.: Sprawozdanie z pracy lekarza powiatowego w Opolu..., k. 73–74.

²⁰⁶ Sprawozdanie z pracy lekarza powiatowego w Opolu od chwili odzyskania Ziemi Zachodnich do 20 czerwca 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613, k. 73.

²⁰⁷ Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613, k. 97.

²⁰⁸ Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Gliwicach za okres 16–30 kwietnia 1945 r. z 4 maja 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 91, k. 9; Protokół z odprawy wójtów, sekretarzy i komendantów milicji powiatu gliwickiego z 30 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 91, k. 14–15.

nicza były zajęte przez wojsko radzieckie²⁰⁹. Natomiast sytuacja zdrowotna ludności była równie poważna jak brak ośrodków leczenia, stąd szerzyły się epidemie duru brzuszego, płamistego oraz błonicy²¹⁰.

W powiecie bytomskim wszystkie szpitale także zostały zajęte przez wojska radzieckie, a sytuacja była dodatkowo skomplikowana, gdyż Rosjanie zaczęli wywozić i tak już zdekompletowane wyposażenie z zespołu budynków Lecznicy Spółki Brackiej w Rokitnicy Bytomskiej²¹¹. Wcześniej był to wzorcowo urządzony na wzór europejski obiekt posiadający 100 łóżek dla dorosłych i 50 dla dzieci. Jednak w kwietniu 1945 r. praktycznie całe wyposażenie zostało wywiezione przez Armię Czerwoną, stąd Wydział Powiatowy bezustannie monitował u władz wojskowych, aby te powstrzymały rabunki, by można było jak najszybciej uruchomić szpital²¹². Jeszcze w styczniu 1946 r. starosta grodzki w jednym ze sprawozdań pisał:

„[...] wszczęto energiczne starania w sprawie rewindykacji budynków szpitala miejskiego od władz sowieckich. Należy zaznaczyć, że żołnierze sowieccy przebywający w szpitalach na terenie miasta nielegalnie przedostają się poza obręb szpitala i dopuszczają się przestępstw jak rabunki, kradzieże itp. W związku z tym byłoby wskazane, ażeby w ogóle szpitale wraz z żołnierzami sowieckimi uległy opróżnieniu, co w dużym stopniu poprawiłoby stan bezpieczeństwa”²¹³.

Podobnie było z uruchomionym Instytutem Higieny, mającym być filią Wojewódzkiego Zakładu Higieny w Katowicach, który w marcu 1945 r. został także zajęty przez Armię Czerwoną, jednak po wielu interwencjach udało się go wkrótce odzyskać²¹⁴. W regionie tym zwiększone zachorowania na choroby zakaźne pojawiły się pod koniec sierpnia 1945 r. Były to przypadki duru brzuszego i czerwonki²¹⁵, a pod koniec roku dołączyła się epidemia świerzbu²¹⁶. Sytuacja była o tyle

²⁰⁹ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Województwa Śląsko-Dąbrowskiego o szpitalach województwa śląskiego, AP w Katowicach, UWŚl., sygn. 345.

²¹⁰ Pismo Zarządu Miejskiego do Komendanta Wojennego m. Gliwice z kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, Oddział Gliwice, Zarząd Miejski w Gliwicach, Urządzenia sanitarne miasta i szpitale 1945, sygn. 155.

²¹¹ Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia Województwa Śląsko-Dąbrowskiego za okres 1–11 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., sygn. 345.

²¹² Sprawozdanie Wydziału Powiatowego w Bytomiu z 22 maja 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 86, k. 80.

²¹³ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Grodzkiego w Bytomiu z 29 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 46b.

²¹⁴ Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia Województwa Śląsko-Dąbrowskiego za okres 1–11 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 345.

²¹⁵ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Bytomiu za okres 15 sierpnia do 15 września 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 86, k. 80.

²¹⁶ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Bytomiu za 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 26.

trudna, że pomimo podjętego intensywnego leczenia na koszt Ubezpieczalni Społecznej lub Opieki Społecznej liczba zachorowań nie zmniejszała się, lecz powiększała²¹⁷.

Jedynym obiektem, który nie został zajęty i rozszabrowany przez żołnierzy Armii Czerwonej był Szpital Huty „Julia”, w dzielnicy Bytomia Bobrek. Posiadał 40 łóżek, dwa aparaty rentgenowskie, wymagał jednak remontu i doposażenia, niemniej ocalał dzięki ochronie załogi huty²¹⁸.

Stosunkowo „dobra” sytuacja panowała w powiecie zabrzańskim, gdzie na terenie Zabrze istniało 6 szpitali (miejski, spółki brackiej, św. Józefa, dziecięcy, kamilianów oraz urazowy w Biskupicach). Placówki te w porównaniu do Gliwic i Bytomia nie poniosły większych szkód, ani też nie zostały zajęte i rozgrabione przez Rosjan. Problemem był jednak brak wyposażenia, głównie bielizny pościelowej i osobistej oraz łóżek. Najbardziej zniszczonym był Miejski Szpital Dziecięcy. Brakowało w nim 20% szyb, 2/3 pościeli, częściowo uszkodzone było centralne ogrzewanie. Ponadto w Szpitalu oo. Kamilianów, gdzie stacjonowało Wojsko Polskie, wywieziono całe wyposażenie. Teren ten był jednym z nielicznych, który wykazywał znikome zachorowania na choroby zakaźne, choć obawiano się rozszerzenia tych chorób na terenie miasta, z uwagi na duże ruchy ludności²¹⁹.

W powiecie niemodlińskim początkowo funkcjonowały dwa szpitale w Niemodlinie: zakaźny i chirurgiczny, jednak nie posiadały one praktycznie żadnego wyposażenia, poza mieniem pochodzącym z konfiskaty ponemieckich majątków. Zorganizowano także – głównie dla ludności niemieckiej – dziewięć izolatoriów w terenie²²⁰. W takich warunkach walka z dudem brzuszny, płamistym i dyzenterią trwała na tym terenie stosunkowo długo, gdyż do wiosny 1946 r., mimo że w okresie tym istniały już dwa szpitale zakaźne w Niemodlinie i Korfantowie. Przyczyną takiego stanu były liczne zachorowania w Obozie Pracy w Łambinowicach²²¹. Pomimo wyczerpanych wysiłków nielicznych lekarzy, prowadzonych dezynfekcji i innych działań, służba zdrowia na terenie powiatu wykazywała liczne braki, stąd dopiero z początkiem 1948 r. stan sanitarny tego obszaru charakteryzowano

²¹⁷ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Bytomiu za okres 15 grudnia 1945 r. do 15 stycznia 1946 r. z 30 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 28.

²¹⁸ Sprawozdanie Wydziału Powiatowego w Bytomiu z 22 maja 1945 r. ..., k. 80.

²¹⁹ Sprawozdanie ze stanu sanitarnego miasta Zabrze z 23 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, Oddział w Gliwicach, Zarząd Miejski w Zabrzu, sygn. 70, k. 1; Protokół z pierwszego posiedzenia Miejskiej Komisji Sanitarnej m. Zabrze z 7 maja 1945 r., AP w Katowicach, Oddział w Gliwicach, Zarząd Miejski w Zabrzu, sygn. 70, k. 1

²²⁰ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Niemodlin z 29 czerwca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., sygn. 101, k. 18; ibidem, za wrzesień 1945 r., k. 34, ibidem, za styczeń 1946 r. z 28 stycznia 1946 r., sygn. 119, k. 122.

²²¹ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie za luty 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 71.

jako zadowolający. Nie notowano wówczas żadnych epidemii, a jedynie istniał problem wściekliczny²²².

W powiecie grodkowskim uruchomiono dwa szpitale, tj. powiatowy w Grodkowie i zakaźny w Księżycach (obecnie Wierzbnik), w których pracowało po jednym lekarzu. Powstało także pięć izolatoriów obsługiwanych przez pielęgniarki²²³. Stan sanitarny na tym terenie był ogólnie zadowolający, notowano zachorowania na dur brzuszny i świerzb²²⁴, a od czerwca 1947 r. również na różycę. Wówczas to zorganizowano w każdej gminie koło PCK, a przy każdej szkole koło młodzieżowe PCK, które prowadziły działalność opiekuńczo-sanitarną, akcję informacyjną, pogotowie na wypadek klęsk społecznych²²⁵. W przypadku rozpoznania choroby zakaźnej kolumny przeciwepidemiczne wykonywały dezynfekcje, zwłaszcza jeśli chodzi o odwszawianie więźniów niemieckich przebywających na terenie obozu odosobnienia w Grodkowie, prowadziły także akcje szczepienia ochronnego przeciw durowi brzuszemu²²⁶.

Powiat nyski podzielono na 10 obwodów (każdy po 3 gminy), przydzielając do każdego z nich jednego lekarza. Oprócz tego lekarze pracowali w Nysie, Paczkowie i Głuchołazach. Łącznie na terenie powiatu zatrudnionych było 20 lekarzy, z tego 8 Polaków, brakowało jednak specjalistów. Jako jeden z pierwszych otwarto Szpital w Paczkowie, który prowadził chirurg Zbigniew Szczerba²²⁷, jednak jesienią 1945 r. skierowano go do Nysy i uruchomiono tam oddział chirurgiczny²²⁸. Najwięcej zachorowań na choroby zakaźne odnotowano w samej Nysie, stąd pierwszym uruchomionym oddziałem w tym mieście był oddział chorób zakaźnych. Najliczniejsze przypadki dotyczyły duru brzusznego, plamistego, świerzbu,

²²² Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie za okres 20 grudnia 1947 r. do 20 stycznia 1948 r. z 31 stycznia 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 28b; ibidem, za okres 20 lutego do 20 marca 1948 r. z 3 kwietnia 1948 r., sygn. 143, k. 95b; ibidem, za okres 20 marca do 20 kwietnia 1948 r. z 2 maja 1948 r., sygn. 145, k. 23.

²²³ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Grodków za sierpień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 95, k. 90b.

²²⁴ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Grodkowie za wrzesień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 95, k. 60.

²²⁵ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Grodkowie za lipiec 1947 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 137, k. 47b.

²²⁶ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Grodkowie z 26 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 87; ibidem, z 26 marca 1946 r., sygn. 121, k. 5; ibidem, z 27 maja 1946 r., sygn. 123, k. 65.

²²⁷ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Nysa za wrzesień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 102, k. 19.

²²⁸ Sprawozdanie Komisji Sanitarnej Powiatowej w Nysie w dniu 15 listopada 1945 r. AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 297, k. 3.

wszawicy i chorób wenerycznych²²⁹. Pod koniec 1945 r. w związku z ustąpieniem zagrożenia epidemii duru plamistego, zlikwidowano większość izolatoriów w powiecie i przystąpiono do organizowania ośrodków zdrowia w Nysie, Głuchołazach i Paczkowie²³⁰.

W powiecie kozielskim w pierwszych miesiącach po wojnie w „najlepszym” stanie był szpital w Koźlu, uszkodzony w 10–20%, brakowało w nim jednak wyposażenia lekarskiego, natomiast szpital w Kędzierzynie był zajęty przez Armię Czerwoną. Szpitale w Pawłowicach i Sławięcicach nie funkcjonowały z powodu braku instrumentarium lekarskiego²³¹. Problemem na tym terenie były zachorowania na dur brzuszny, zwłaszcza w okresie wzmożonego napływu repatriantów od lipca 1945 do stycznia 1946 r.²³².

W powiecie prudnickim funkcjonujące wcześniej szpitale (w Prudniku Szpital Zakonny oo. Bonifratrów oraz Głogówku i Białej) zostały zajęte przez Armię Czerwoną, jednak na tym obszarze nie zanotowano epidemii chorób zakaźnych²³³. Najliczniejsze były zachorowania na dur brzuszny, dlatego przy szpitalu w Prudniku zorganizowano dom izolacyjny, a następnie podobne placówki powstały w Białej, Głogówku, Rudziczce, Lubrzy i Raclawicach, tak że łącznie posiadały one ok. 100 łóżek. Szpital w Białej (60 łóżek) uruchomiono w połowie sierpnia 1945 r., a obok niego powstał ośrodek zdrowia. Natomiast szpital w Głogówku, po oddaniu przez Armię Czerwoną, był całkowicie rozgrabiony (bez szyb, łóżek, inwentarza), dlatego początkowo uruchomiono tu ośrodek zdrowia²³⁴. W Prudniku czynna była tylko jedna apteka, podobnie było w Białej, choć istniały zastrzeżenia co do kwalifikacji zawodowych jej kierownika, natomiast placówka w Kujawach prowadzona była przez Niemca, który „dla Niemców ma wszystko, dla Polaków nic, jeśli nie za masło lub kurę”²³⁵.

W powiecie głubczyckim uruchomiono szpital w Głubczycach oraz przedwojenny Szpital Psychiatryczny w Branicach. Zorganizowano także lecznictwo

²²⁹ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Nysie za wrzesień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 102, k. 19.

²³⁰ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Nysie za okres 20 listopada do 20 grudnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 102, k. 30.

²³¹ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Koźle z 11 lipca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 99, k. 8.

²³² Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Koźlu za styczeń 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 104.

²³³ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Prudnik z 1 czerwca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 106, k. 2b.

²³⁴ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za sierpień–wrzesień 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 177, k. 1–5.

²³⁵ Ibidem, k. 4.

otwarte, bowiem w Kietrze uruchomiono Miejski Ośrodek Zdrowia²³⁶. Problemem był jednak brak lekarzy, gdyż do 1947 r. w głubczyckim szpitalu pracował tylko jeden lekarz, kierownikiem ośrodka zdrowia w Kietrze została pielęgniarka, a w branickim szpitalu opiekę pacjentom zapewniały siostry zakonne. W drugiej połowie 1945 r. w Głubczyckiem szalała epidemia duru brzuszego, dlatego na ten czas uruchomiono oddział zakaźny, który przez okres trwania epidemii prowadził przyjezdny lekarz. W rejonie tym dość liczne były również przypadki chorób wenerycznych (rzeżączki i kiły), przy czym leczenie ich było utrudnione, gdyż często brakowało lekarstw²³⁷.

Poważna sytuacja, początkowo trudna do opanowania, panowała w Raciborzu i powiecie raciborskim, gdzie praktycznie nie istniały żadne ośrodki ochrony zdrowia. Zniszczony został budynek ambulatorium oo. bonifratrów, spalone zostały prawie wszystkie apteki²³⁸. Pierwszą uruchomioną placówką był Szpital Miejski, w którym funkcjonował oddział zakaźny, gdyż latem 1945 r. wybuchła epidemia duru brzuszego i świerzbu, a także notowano zachorowania na dur płamisty i czerwonkę²³⁹. W niektórych miejscowościach zachorowania na dur objęły nawet 50% ludności. Brakowało jednak polskich lekarzy, zresztą podobnie było w powiecie głubczyckim²⁴⁰. Trafnie sytuację w tych dwóch powiatach ujęto w piśmie z listopada 1945 r.:

„Większość placówek lekarskich zajmują dotąd lekarze niemieccy. Szpitale są uszkodzone, a te, które mogą pomieścić chorych, są pozbawione instrumentów i urządzeń leczniczych wskutek działań wojennych i grabieży [...]. W pierwszym rzędzie należy ułatwić postawienie apteki na właściwym poziomie i lekarzy niemiec-

²³⁶ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatu Głubczyckiego za sierpień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 94, k. 14.

²³⁷ Sprawozdania tygodniowe Referatu Zdrowia Powiatu Głubczyckiego od stycznia do grudnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 530; A. Mroczkowski, *Służba zdrowia w Głubczyckiem w latach 1945–1974*, „Ziemia Głubczycka” 1978, s. 63–65.

²³⁸ Pismo Urzędu Miejskiego w Raciborzu z 26 października 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 352.

²³⁹ Dnia 1 października 1945 r. pracę w uruchomionym Szpitalu Miejskim im J. Rostka rozpoczął dr Walenty Brodziak (1908–1993), lekarz internista, ftyzjatra, który pełnił funkcję dyrektora oraz ordynatora Oddziału Wewnętrzznego i Zakaźnego. Zasłużył się szczególnie w organizowaniu opieki lekarskiej podczas epidemii tyfusu i czerwonki. Po odbyciu służby wojskowej (1948–1949) powrócił do Raciborza, gdzie zorganizował Oddział Płucny. Zob.: M. Szylina, *Brodziak Walenty*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 1: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1993, s. 58.

²⁴⁰ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Raciborzu za lipiec 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 108, k. 6b; Sprawozdanie miesięczne Zarządu Miejskiego w Raciborzu za okres 21 lipca do 20 sierpnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 109; ibidem, za luty 1946 r., sygn. 120, k. 98, ibidem, za maj 1946 r., sygn. 123, k. 114.

kich zastąpić lekarzami Polakami, aby ludność widziała dobroczynne skutki działań władz polskich”²⁴¹.

W Bielsku większość szpitali została także zajęta przez Armię Czerwoną, a miasto w 1945 r. posiadało tylko jedną placówkę na 150 osób. Dostyc szybko udało się wszakże odzyskać pozostałe budynki, do czego zmusił władze miasta napływ repatriantów i zwiększona liczba zachorowań na choroby zakaźne²⁴².

Ogólnie do 1 listopada 1946 r., dzięki kredytom z Funduszu Apropowizacyjnego oraz pomocy ze strony Skarbu Państwa, w województwie śląsko-dąbrowskim uruchomiono 112 szpitali i innych zakładów lecznictwa zamkniętego, w tym 14 szpitali i 57 oddziałów zakaźnych. Łącznie było w nich 16 060 łóżek, w tym 3711 na oddziałach zakaźnych. Na oddziałach gruźliczych było 1810 miejsc i 405 na oddziałach skórno-wenerycznych²⁴³. Ze 112 szpitali w dawnym województwie śląskim było 56, w Zagłębiu Dąbrowskim – 10, pozostałe znajdowały się na obszarach Górnego Śląska należących przed wojną do Niemiec. Miały one status szpitali wojewódzkich, powiatowych, miejskich i ubezpieczalni społecznych. Większość stanowiła własność państwową, jednak jeszcze prawie 40 należało do różnych ubezpieczalni społecznych lub zgromadzeń zakonnych²⁴⁴.

W kolejnych latach nastąpiły zmiany w bazie szpitalnictwa zakaźnego na terenie województwa, spowodowane zmniejszeniem liczby zachorowań na choroby zakaźne, z wyjątkiem płonicy i błonicy, których liczba, podobnie jak w całym kraju, rosła od 1948 r.²⁴⁵. W wyniku reorganizacji w 1947 r. pozostało 8 szpitali i 27 oddziałów zakaźnych (łącznie 2945 łóżek)²⁴⁶, natomiast w 1949 r. funkcjonowały już 3 szpitale i 43 oddziały (1498 łóżek)²⁴⁷.

Nie wszystkie wymienione placówki radziły sobie z nałożonymi na nie zadaniami. Nieraz były to rzeczywiste trudności organizacyjne, którym towarzyszył brak środków finansowych, innym razem po prostu zaniedbania, wynikające

²⁴¹ Pismo Ubezpieczalni Społecznej w Rybniku z tymczasową siedzibą w Pszczynie do Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z 29 listopada 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Głubczycach, sygn. 652.

²⁴² Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Bielsku do 7 maja 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL, Wydział Ogólny, sygn. 85, k. 135.

²⁴³ *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 47.

²⁴⁴ M.W. W a n a t o w i c z, *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku...*, s. 20.

²⁴⁵ Zachorowania na błonicę i płonicę na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego przedstawiały się następująco: w 1945 r. (odpowiednio) 1363 i 537; w 1946 r. – 2101 i 1204; w 1947 r. – 1417 i 1050; 1948 r. – 1422 i 2597; w 1949 r. – 1275 i 10 014; w 1950 r. – 2496 i 15 208. Por.: *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945...*, s. 14–15; *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1947...*, s. 56–60; E. W i ę c k o w s k a, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce...*, s. 72.

²⁴⁶ AAN w Warszawie, ZC PUR X/24, k. 299–302.

²⁴⁷ Por.: „Rocznik Statystyczny” 1949.

z ludzkich ułomności. Często też brak wykwalifikowanych kandydatów na stanowiska kierownicze zmuszał do korzystania z lekarzy chętnych do pracy pionierskiej, zwłaszcza na Śląsku Opolskim. Ich braki w przygotowaniu do kierowania jednostkami służby zdrowia uzupełniano poprzez odprawy i instrukcje wprowadzające w obowiązujące prawodawstwo sanitarne i administracyjne, które nie zawsze spełniały oczekiwania. O pracy szpitali i oddziałów zakaźnych na terenie województwa w 1946 r. możemy dowiedzieć się na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej przez Naczelnego Komisarza do Walki z Epidemiami w Katowicach. Wśród najczęstszych nieprawidłowości wymieniano: brak urządzeń sanitarno-higienicznych na oddziałach zakaźnych (m.in. w szpitalach w Niemodlinie i Grodkowie), łączenie oddziału zakaźnego z wewnętrznym czy chirurgicznym (Opole, Grodków), brak instrukcji, a także zainteresowania i współdziałania ze strony lekarza powiatowego w organizowaniu oddziału zakaźnego (Strzelce Opolskie, Opole). Do tego dochodził słaby nadzór sanitarny, zajmowanie pomieszczeń przeznaczonych dla chorych zakaźnych na inne cele (np. w Grodkowie urządzone chlew), czy „przechowywanie subwencji przydzielonych dla oddziału zakaźnego w kieszeni prywatnej administratora szpitala”²⁴⁸. Wobec powyższych zaniedbań wyciągano konsekwencje służbowe łącznie z odwołaniem z zajmowanego stanowiska.

Często trudności tych przysparzali sami lekarze powiatowi, którzy nie realizowali zaleceń Ministerstwa Zdrowia. Bolączką, ale chyba i utrapieniem dla nich były sprawozdania miesięczne, które należało przysyłać do wojewódzkich wydziałów zdrowia. Świadczy o tym pismo z września 1946 r.:

„Na terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego wszystkie Starostwa (lekarze powiatowi), oprócz powiatu Bielsko i Prądnik nadal nie stosują się do obowiązujących przepisów; wykazy wysyłane są z opóźnieniem od 2-ch do kilku dni i wypełniane są niedokładnie (brak właściwego podziału na terminy tygodniowe, omyłkowe wpisywanie chorób w nieodpowiednich rubrykach, brak wywiadu epidemicznego itp.). Szczególne uchybienia i usterki stwierdza się w powiatach: Katowice, Strzelce, Racibórz, Pszczyna, Niemodlin, Olesno, Głubczyce, Koźle [...]. Ministerstwo Zdrowia poleca w każdym przypadku przeprowadzić dochodzenie i pociągnąć winnych do odpowiedzialności służbowej”²⁴⁹.

Podstawowym jednak problemem w organizowaniu szpitali i oddziałów zakaźnych były trudności w przejmowaniu budynków od komendantur wojennych. W większości były one albo całkowicie zniszczone, albo w najlepszym wypadku

²⁴⁸ Okólnik Naczelnego Komisarzatu do Walki z Epidemiami w Katowicach do lekarzy powiatowych i grodzkich województwa śląsko-dąbrowskiego z 12 sierpnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

²⁴⁹ Pismo Naczelnego Komisarzatu do Walki z Epidemiami do Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z 16 września 1946 r., AP Opole, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

rozgrabione. O tym jak trudne relacje istniały pomiędzy przedstawicielami władzy administracyjnej województwa śląsko-dąbrowskiego, oddelegowanymi do przejmowania i organizowania służby zdrowia na terenie województwa, a komendanturą wojsk radzieckich, świadczy choćby relacja starosty powiatu w Nysie, który tak opisywał panujące wówczas stosunki:

„W wyniku inspekcji starosta przekonał się, iż mimo formalnego podziału całego powiatu na 3 rejony, mianowicie Głuchołazy, Paczków i Nysa, podległe komendanturze w Nysie, w rzeczywistości działa w powiecie kilkunastu innych komendantów wojennych, przywłaszczających sobie szerokie uprawnienia. Twierdzą oni, że nie podlegają komendanturze w Nysie, tylko są zależni bezpośrednio od swych władz wojskowych i działają w myśl otrzymanych instrukcji. Komendanci ci w licznych wypadkach nie chcieli dopuścić naszych wójtów do objęcia gmin, zabraniając im jakiegokolwiek działalności”²⁵⁰.

Stosunki pomiędzy radziecką komendanturą wojenną a przedstawicielami administracji polskiej uległy poprawie w drugim półroczu 1945 r., gdy w czerwcu został utworzony Tymczasowy Rząd Jedności Narodowej, a zwłaszcza gdy dekretem z 13 listopada 1945 r. o zarządzie Ziemi Odzyskanych nadano temu obszarowi status prawny. Wreszcie istotnym momentem, ustalającym podział administracyjny i regulującym m.in. organizację służby zdrowia na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego było powołanie Ministerstwa Ziemi Odzyskanych²⁵¹. Od tego czasu rozpoczął się okres kształtowania się polskiego modelu opieki zdrowotnej. Początkowo ścierały się dwie koncepcje²⁵², jednak już dekret z 11 kwietnia 1945 r., na mocy którego zlikwidowano Ministerstwo Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia Rządu Tymczasowego, ukierunkował drogę rozwoju organizacji służby zdrowia w Polsce.

²⁵⁰ Sprawozdanie sytuacyjne miesięczne Starostwa Powiatowego w Nysie za okres 9 maja do 9 czerwca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 102, k. 5.

²⁵¹ Powołane na podstawie dekretu z 13 listopada 1945 r. o zarządzie Ziemi Odzyskanych. Objęło ono swoją działalnością Ziemię Odzyskaną na zachód i północ od granic państwa z 1939 r., a do jego zadań należało m.in. opracowywanie wytycznych polityki państwa na tym terenie, plany zagospodarowywania oraz prowadzenia planowej akcji przesiedleńczej. Zob.: *Archiwum Akt Nowych...*, s. 368.

²⁵² Pierwsza przewidywała odtworzenie wielosektorowego modelu lecznictwa z okresu międzywojennego, złożonego z placówek służby zdrowia, prowadzonych przez samorządy, ubezpieczalnie społeczne, organizacje charytatywne i prywatne. Druga zakładała powołanie centralnego organu, który zarządzałby służbą zdrowia, likwidując następnie przepisy przedwojenne i rozszerzając świadczenia zdrowotne na osoby ich pozbawione. Zob.: *Z. J a s t r z ę b o w s k i, Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia...*, s. 382.

Rozwój opieki zdrowotnej poszedł w kierunku rozdrobnienia organizacyjnego, i często dublowania się w realizacji zadań²⁵³. Wówczas sprawami ochrony zdrowia zaczęło zajmować się: Ministerstwo Odbudowy (inwestycje w służbie zdrowia), Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (ochrona zdrowia pracowników), Ministerstwo Zdrowia (państwowa służba zdrowia), Ministerstwo Administracji Publicznej (lecznictwo samorządowe), Ministerstwo Oświaty (opieka nad dzieckiem), Ministerstwo Przemysłu (przemysłowa służba zdrowia, produkcja leków). Ponadto powstała resortowa służba zdrowia: kolejarzy (Ministerstwo Komunikacji), wojska (Ministerstwo Obrony Narodowej) oraz milicji i służby bezpieczeństwa (Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego)²⁵⁴.

Porządek i nową politykę państwa w zakresie ochrony zdrowia wprowadziła dopiero ustawa z 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Uchwalenie tej ustawy było jednym z najważniejszych etapów procesu przemian w zakresie ochrony zdrowia. Dała ona podstawy prawne do ujednoczenia struktur całego lecznictwa, a nadzór nad nim przejęły terenowe organy władzy państwowej, tj. rady narodowe²⁵⁵. Ustawa stworzyła też ramy nowego, państwowego systemu ochrony zdrowia, podstawy koncepcji polityki zdrowotnej oraz zręby organizacyjne aparatu państwowego, powołanego do organizowania i świadczenia usług zdrowotnych, zwanego odtąd społeczną służbą zdrowia²⁵⁶. Od tego momentu cała działalność służby zdrowia została objęta planem, stanowiącym wycinek ogólnonarodowego planu gospodarczego. Najważniejszą w nim osobą został minister zdrowia, który przejął kierownictwo i nadzór nad całą społeczną służbą zdrowia i wszystkimi instytucjami opieki zdrowotnej, z wyjątkiem zakładów podległych ministrowi obrony narodowej, spraw wewnętrznych i komunikacji.

Obok prowadzonych przez samorząd terytorialny i podległych resortowi zdrowia szpitali oraz ośrodków zdrowia zaczęto rozwijać także sieć instytucji odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną nad pracującymi. Były to ambulatoria i szpitale Ubezpieczalni Społecznej (podległe ministrowi pracy i opieki społecznej) oraz ambulatoria przemysłowe. Ponadto, zaczęto organizować sieć ambulatoriów szkolnych, podległych resortowi oświaty, a także sieć powiatowych i wojewódzkich stacji pogotowia ratunkowego, podległych Zarządowi Głównemu PCK²⁵⁷.

²⁵³ J. S a d o w s k a, *Centralizacja wielosektorowego systemu lecznictwa w Polsce w latach 1945–1951*, „Wiadomości Lekarskie” 1994, nr 11/12, s. 474–477.

²⁵⁴ Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia...*, s. 382.

²⁵⁵ Dz.U. RP z 1948 r. nr 55, poz. 434.

²⁵⁶ L. K r o t k i e w s k a, *Rola prawa w rozwoju ochrony zdrowia w 25-leciu PRL*, „Zdrowie Publiczne” 1969, nr 7, s. 13.

²⁵⁷ J. K o s t r z e w s k i, *Ochrona zdrowia ludności w 25-leciu Polski Ludowej*, „Zdrowie Publiczne” 1967, nr 7, s. 549.

Do końca 1945 r. w województwie śląsko-dąbrowskim powstały 24 oddziały PCK we wszystkich powiatach (z wyjątkiem Głubczyc, Niemodlina i Strzelec Opolskich)²⁵⁸ oraz 175 kół zrzeszających dorosłych i 144 koła młodzieżowe²⁵⁹. Okręg śląsko-dąbrowski PCK prowadził jeden szpital i jedno sanatorium²⁶⁰, ponadto uruchomił 33 ambulatoria lekarskie, w których przyjmowano dziennie średnio 250 osób, 21 punktów dworcowych sanitarno-odżywczych, 15 domów noclegowych dla repatriantów oraz Lecznicę Oczno-Uszną w Gliwicach²⁶¹. Zorganizował także ambulatorium objazdowe, by nieść pomoc lekarską ludności wiejskiej na terenach pozbawionych ośrodków zdrowia lub lekarzy. Miało ono za zadanie rozwijanie akcji leczniczo-profilaktycznej wśród młodzieży szkolnej zagrożonej gruźlicą i innymi chorobami zakaźnymi, głównie w oparciu o wykonywane zdjęcia rentgenowskie²⁶².

W pierwszym roku działalność okręgu śląsko-dąbrowskiego PCK koncentrowała się na zapewnieniu noclegów, żywności i pomocy materialnej potrzebującym, natomiast od pierwszych miesięcy 1946 r. pełnomocnicy oddziałów PCK przystąpili do walki z chorobami powszechnymi, czyli przede wszystkim ze świerzbem, gruźlicą i dudem brzuszynym²⁶³. Z opieki sanitarnej oferowanej przez PCK korzystali nie tylko repatrianci, ale wszyscy obywatele, stąd dzięki powszechności tej organizacji nie tylko udzielano pomocy sanitarnej, ale także przyczyniono się do podnoszenia strony moralnej społeczeństwa. Dodać należy, że śląsko-dąbrowski PCK wyróżniał się na tle innych okręgów dużym zaangażowaniem, pomysłowością, oryginalnymi metodami zwalczania gruźlicy. Jak niejednokrotnie podkreślali pełnomocnicy okręgowych oddziałów „walka z gruźlicą staje się jednym z pierwszych zadań okręgu śląsko-dąbrowskiego PCK”²⁶⁴, przy czym działania w ratowaniu społeczeństwa przed gruźlicą, jakie wytyczył sobie „śląski” PCK, wspierane były przez państwo, samorząd i społeczeństwo. Stąd jak zapewniał na jednym ze spotkań pełnomocników wojewódzkich w 1946 r. prezes Zarządu Głównego PCK

²⁵⁸ *Prace Polskiego Czerwonego Krzyża*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 2, s. XXIX.

²⁵⁹ K. B r o ź e k, *Lekarze w życiu społecznym województwa śląsko-dąbrowskiego (1945–1950)*, „Rocznik Katowicki” 1984, t. 12, s. 159.

²⁶⁰ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za listopad 1945 r. z 19 grudnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 190.

²⁶¹ K. B r o ź e k, *Lekarze w życiu społecznym województwa śląsko-dąbrowskiego...*, s. 159.

²⁶² Pismo okólne Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego z 2 lipca 1947 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 32, k. 63.

²⁶³ Protokół z zebrania Pełnomocników PCK z okręgu śląsko-dąbrowskiego odbytego 17 marca 1946 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 23.

²⁶⁴ Protokół z posiedzenia Pełnomocników Oddziałów PCK okręgu śląsko-dąbrowskiego w Katowicach z 12 października 1947 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 55.

Bronisław Kostkiewicz, okręg śląsko-dąbrowski zawsze mógł liczyć na daleko idącą pomoc ze strony władz zwierzchnich²⁶⁵.

Już w pierwszych miesiącach od zakończenia wojny rozpoczęła się w województwie współpraca pomiędzy Polskim Czerwonym Krzyżem a Państwowym Urzędem Repatriacyjnym. Na początku 1946 r. na spotkaniu kierownika Działu Zdrowia PUR dr. Aleksandra Polskiego z prezesem okręgu śląsko-dąbrowskiego dr. Adamem Sebestą (Szebestą) (1893–1973)²⁶⁶ ustalono formy tej współpracy, głównie w zakresie przydzielania konwojentów sanitarnych do transportów, tworzenia pomocniczych punktów sanitarnych na stacjach kolejowych, przeprowadzania dezynsekcji wagonów, czy udzielania pomocy medycznej repatriantom z chorobami zakaźnymi, w tym z gruźlicą. Dodać należy, że niektórzy pracownicy medyczni i sanitarni niosąc ofiarną pomoc repatriantom padli ofiarą zakażeń gruźlicą, przyplacając to zdrowiem, a nawet życiem²⁶⁷.

W roku 1948, w związku z nasileniem się gruźlicy w środowiskach przemysłowych, okręg śląsko-dąbrowski PCK przystąpił do zakrojonej na szeroką skalę akcji zapobiegawczej, polegającej m.in. na utworzeniu większej liczby prewentoriów dziennych i zapewnieniu im fachowego nadzoru, kierowaniu większej liczby chorych do sanatoriów i prewentoriów, rozszerzeniu działalności w zakresie lecznictwa otwartego na wsi (zwiększenie liczby stacji wiejskich PCK i punktów sanitarnych), zwiększeniu liczby ambulansów ruchomych, większym udziale w akcji szczepień przeciwgruźliczych i szerszej akcji propagandowej (wydawnictwa, pogadanki, wystawy, akcje typu „Tydzień Zdrowia” „Dni Przeciwgruźlicze” itp.)²⁶⁸.

Najbardziej prężny oddział PCK w województwie w zakresie walki z gruźlicą istniał w Sosnowcu, kierowany był przez dr. M. Molickiego. Już w okresie międzywojennym zapoczątkował on akcję polegającą na wykonywaniu odczynu Pirqueta i badaniach radiologicznych wśród dzieci szkół powszechnych. Po wojnie pierwsze badania wśród dzieci zorganizował już w roku szkolnym 1945/1946. Objęły

²⁶⁵ Protokół z III Zjazdu Pełnomocników Oddziałów PCK okręgu śląsko-dąbrowskiego w Katowicach z 8 września 1946 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 25, 27, 29.

²⁶⁶ Neurolog, założyciel Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, ppłk Wojska Polskiego, naczelny lekarz 73. Pułku Piechoty, w kampanii wrześniowej szef sanitarny Grupy Operacyjnej „Śląsk”, uczestnik struktur konspiracyjnych jako szef sanitarny Obszaru IV AK. Zob.: A. M u s i o ł, *50-lecie pracy zawodowej i 80-lecie urodzin dra medycyny Adama Szebesty*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 1973, t. 7, s. 367–368.

²⁶⁷ Sprawozdanie miesięczne z działalności Wydziału Zdrowia Wojewódzkiego Oddziału PUR w Katowicach 1946–1948, AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, Wydział Zdrowia, sygn. X/31, s. 7; Sprawozdanie ze współpracy PCK z PUR w styczniu 1946 r., AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, Wydział Zdrowia, sygn. X/31, s. 22; Sprawozdanie Lekarza Oddziałowego w Katowicach za okres 25 stycznia do 25 lutego 1946 r., AAN w Warszawie, ZC PUR w Łodzi 1944–1951, Wydział Zdrowia, sygn. X/31, s. 24.

²⁶⁸ Program Polskiego Czerwonego Krzyża Okręg Śląsko-Dąbrowski na rok 1948, AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 10, k. 104.

one 8022 dzieci ze szkół powszechnych oraz przedszkoli. Odczyn Pirqueta u dzieci w wieku 4–15 lat wypadł dodatnio w 42%, wahając się w przedziale 27–68,2% w szkołach i 25,3% w przedszkolach. Pomimo dużej liczby przypadków gruźlicy czynnej u dzieci, przebieg jej był na ogół łagodny, z szybkim cofaniem się zmian. Znacznie więcej gruźlicy w tym samym czasie wykryto u dzieci w wieku 1,5–16 lat z zakładów opiekuńczo-wychowawczych miasta Sosnowca. W grupie 154 badanych gruźlicę wykryto u 96 dzieci, co stanowiło 62,5% przypadków dodatnio reagujących na tuberkulinę, z czego 22,7% wymagało natychmiastowego leczenia lub obserwacji. W latach 1946–1947 przebadano 3265 dzieci, jednak w grupie tej nie wykryto ani jednego przypadku gruźlicy zaraźliwej, były natomiast przypadki czynnej gruźlicy gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, czy gruźlicy nieczynnej w postaci zwapnień różnego rodzaju²⁶⁹. Świadczyło to, że masowe prześwietlanie dzieci szkolnych przynosiło oczekiwane rezultaty.

Dzieci zagrożone lub chore na gruźlicę leczono sanatoryjnie, wysyłano na kolonie, półkolonie, a także do tzw. sanatoriów dziennych, które dr M. Molicki zorganizował samodzielnie jako jeden ze sposobów walki z gruźlicą. Podczas licznych wystąpień zachęcał do uruchamiania tego typu form leczniczych, gdyż uważał, że są one niezbędne, zwłaszcza na Górnym Śląsku. Sanatoriumienne przyjmowało dzieci mające kontakt z gruźlicą na kilka godzin, w trakcie których mieli podopieczni przebywać w odpowiednich warunkach higienicznych, byli dożywiani (2 posiłki o wartości 3000 kalorii) oraz dwie godziny naświetlani lampą kwarcową. Pozostały czas spędzały na nauce i zabawie. Dzięki temu w 1948 r. nie było na terenie Sosnowca dziecka, które by nie było przebadane w kierunku gruźlicy, a te, które wymagały leczenia, w ponad 58% wracały do zdrowia, po pobycie w sanatoriach dziennych²⁷⁰. Przykład Sosnowca podawano jako jeden z najlepszych sposobów walki z gruźlicą²⁷¹, a w dowód uznania zasług dr. M. Molickiemu powierzono z początkiem 1948 r. prowadzenie referatu walki z gruźlicą dla okręgu śląsko-dąbrowskiego PCK, który miał koordynować pracę wszystkich oddziałów w zakresie zwalczania tej choroby²⁷².

²⁶⁹ N. B e r d o, *Gruźlica w Sosnowcu...*, s. 369–370.

²⁷⁰ Protokół ze Zjazdu Pełnomocników Zarządu Głównego na Oddziały PCK w okręgu śląsko-dąbrowskim w Katowicach z 23 maja 1948 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 105.

²⁷¹ Protokół ze Zjazdu Pełnomocników Zarządu Głównego na oddziały i oddziałowych referentów finansowych PCK w okręgu śląsko-dąbrowskim z 12 stycznia 1947 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 35.

²⁷² Protokół ze Zjazdu Pełnomocników Zarządu Głównego na Oddziały PCK w okręgu śląsko-dąbrowskim w Katowicach z 30 grudnia 1947 r., AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 66.

Na Śląsku Opolskim w 1945 r. najliczniejszy, z szerokim zakresem działania, oddział PCK funkcjonował w Opolu²⁷³, choć – jak niejednokrotnie podkreślano w sprawozdaniach miesięcznych – także w powiecie opolskim występowały trudności z rozwijaniem działalności, zwłaszcza na obszarze wiejskim, ze względu „na słabe stosunkowo uświadczenie mieszkańców wsi o pożytku i celach prac czerwono krzyżskich”²⁷⁴. W pierwszych miesiącach po wojnie oddział ten zajmował się głównie rejestracją powracających z Niemiec, jeńców wojennych, więźniów politycznych, pracowników robót przymusowych i innych. Organizował im posiłki, noclegi, udzielał zapomóg pieniężnych, a także świadczył pomoc lekarską, w tym kierował na leczenie szpitalne²⁷⁵.

Możliwości oddziału opolskiego w zakresie walki z gruźlicą były jednak dość ograniczone. Nie posiadał on bowiem własnych przychodni lekarskich, ośrodków zdrowia, izby chorych, szpitali, sanatoriów, schronisk dla inwalidów, kąpielisk, czy komór dezynfekcyjnych²⁷⁶. Nie znaczy to jednak, że jego podopieczni nie korzystali np. z leczenia sanatoryjnego czy prewentoriów. Tylko przez cztery ostatnie miesiące 1946 r. opolski oddział skierował do prewentoriów przeciwgruźliczych 481 dzieci zagrożonych gruźlicą²⁷⁷. Ponadto działało ambulatorium objazdowe, będące agendą okręgu śląsko-dąbrowskiego PCK w Katowicach „z postojem w PCK Opole”. Organizowano także wspólnie z innymi organizacjami „Dni Przeciwgruźlicze”²⁷⁸,

²⁷³ W 1945 r. oddział w Opolu liczył 494 członków, zrzeszonych w dwóch kołach. Na dzień 31 grudnia 1948 r. w kołach terenowych było 367 członków, w kołach zespołowych – 1117, niezrzeszonych w kołach – 504. Zob.: Pismo Pełnomocnika PCK na Oddział w Opolu do PCK Okręg Katowice, AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 12, k. 15; Okólnik 109/49 p.o. Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na Oddział w Opolu do Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na okręg śląsko-dąbrowski z 14 marca 1949 r., AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 13, k. 69.

²⁷⁴ Okólnik 109/49 p.o. Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na Oddział w Opolu do Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na okręg śląsko-dąbrowski z 14 marca 1949 r. ..., k. 69.

²⁷⁵ Sprawozdanie z działalności PCK w Opolu od maja do 31 grudnia 1945 r., AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 11, k. 42.

²⁷⁶ Sprawozdanie z działalności leczniczo-higienicznej PCK Oddział w Opolu na dzień 1 listopada 1946 r., AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 12.

²⁷⁷ Sprawozdanie z działalności leczniczo-higienicznej PCK Oddział w Opolu za okres wrzesień–grudzień 1946 r., AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 12, k. 123, 132, 147, 156.

²⁷⁸ W skład komitetu organizacyjnego „Dni Przeciwgruźliczych” wchodził przedstawiciel: Komisji Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Wydziału Opieki Społecznej, Wojskowej Służby Zdrowia, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Towarzystwa Przeciwgruźliczego i in. Podczas „Dni Przeciwgruźliczych” radiowęzły w wiejskich ośrodkach zdrowia i zakładach pracy oraz ruchome radiowozy w miastach przekazywały społeczeństwu pogadanki i hasła związane z gruźlicą, w kinach wyświetlano przezrocza propagujące akcję przeciwgruźliczą, w lokalnych

które miały na celu zmobilizowanie społeczeństwa do czynnej pracy w zakresie zapobiegania gruźlicy i gromadzenia funduszy na stałą akcję zwalczania gruźlicy (sprzedaż wśród załóg zakładów pracy nalepek, znaczków i kart pocztowych). Organizowaniem tego typu działań zajmowały się wojewódzkie i powiatowe komitety organizacyjne, natomiast na terenie zakładów pracy i szkół – organizacje młodzieżowe. Dużą uwagę przywiązywano do szerzenia oświaty, prowadząc liczne prelekcje, odczyty, wykłady na temat sposobów zapobiegania i leczenia gruźlicy, rozdawano materiały informacyjne²⁷⁹. Akcje mające zmniejszyć śmiertelność z powodu gruźlicy, wsparte masowym wykonywaniem zdjęć rentgenowskich, prób tuberkulinowych itp., prowadzone były zarówno w mieście, jak i na wsi, w szkołach, jednostkach wojskowych, zakładach pracy i innych placówkach skupiających dzieci i dorosłych²⁸⁰.

Pod koniec 1949 r. wraz ze zmianami systemowymi²⁸¹, jakie zachodziły w polityce zdrowotnej w kraju, przeorganizowaniu uległa także działalność PCK w województwie śląsko-dąbrowskim²⁸². Bardzo znamieną jest w tym zakresie treść pisma z marca 1949 r. pełnomocnika oddziału w Opolu, ukazująca jedną z przyczyn tych przeobrażeń: „Zamieranie aktywności kół związane jest ze specyficznym i nagminnym ustosunkowaniem tutejszego społeczeństwa, które uważa, że należenie do kół PCK winno przede wszystkim dawać osobiste korzyści materialne”²⁸³. Stąd też organizacja zajęła się zagadnieniami opiekuńczymi, dotyczącymi troski i opieki socjalnej nad ludźmi starszymi, samotnymi, chorymi przebywającymi w domu. Jednym z istotnych elementów pracy czerwonołaskiej stało się też honorowe

programach audycji radiowych organizowano wywiady z miejscowymi specjalistami, informujące o aktualnych dla danego terenu problemach gruźlicy i wzywające do podporządkowania się akcji zapobiegawczo-profilaktycznej terenowych placówek zdrowia. Por.: Pismo Przewodniczącego Głównego Komitetu Organizacyjnego Dni Przeciwgruźliczych do Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK w Katowicach z 26 października 1949 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 323, k. 113.

²⁷⁹ Ibidem.

²⁸⁰ Sprawozdanie Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na Oddział w Opolu z II Tygodnia Zdrowia 1950 r., AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 13, k. 159.

²⁸¹ Po powstaniu województw katowickiego i opolskiego w czerwcu 1950 r., struktura organizacyjna PCK pozostała pod Zarządem Wojewódzkim w Katowicach do 26 listopada 1959 r., czyli do dnia, w którym odbył się I Wojewódzki Zjazd Delegatów Śląska Opolskiego. Zob.: J.M. D y r d a, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia...*, s. 150.

²⁸² Protokół Konferencji Roboczej Pełnomocników Oddziałów, Przewodniczących Komitetów Społecznych i Prezesów Kół PCK z miast i powiatów województwa śląsko-dąbrowskiego, odbytej 15 maja 1949 r. w Katowicach, AP w Katowicach, PCK ZW Katowice, sygn. 5, k. 148–153.

²⁸³ Okólnik 109/49 p.o. Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na Oddział w Opolu do Pełnomocnika Zarządu Głównego PCK na okręg śląsko-dąbrowski z 14 marca 1949 r. ..., k. 69.

krwiodawstwo. Placówki lecznicze pracujące pod egidą tej organizacji przekazano Ministerstwu Zdrowia²⁸⁴, a urzędnicy i sprzęt lekarski przeszły na własność Ubezpieczalni Społecznej²⁸⁵.

4. Działania w walce z gruźlicą

Konieczność koncentrowania wysiłków na zagadnieniach walki z gruźlicą stanowiła jeden z podstawowych problemów, głównie natury organizacyjnej, przed jakimi stanęły władze województwa śląsko-dąbrowskiego po zakończeniu wojny. Realizacja zadań w tym zakresie wymagała jednak dostosowania form i metod walki z gruźlicą do aktualnej sytuacji, w oparciu o rozeznanie epidemiologiczne. Sytuacja epidemiologiczna była trudna, przekonuje o tym treść pisma lekarza powiatowego w Opolu, który jeszcze w październiku 1946 r. pisał:

„Zgłaszanie chorób społecznych nie daje nawet przybliżonego obrazu ich rozprzestrzenienia. Tyczy to się zwłaszcza chorób wenerycznych i gruźlicy. [...] Gorzej stoi sprawa z gruźlicą, dotychczas prawie zupełnie niezgłaszaną. Jest jej bardzo wiele, co łączy się z ogólnym zubożeniem i nędzą wśród repatriantów. Otwarcie przychodni przeciwgruźliczej w Ośrodku Zdrowia jest pierwszym krokiem do zwalczania tej klęski społecznej”²⁸⁶.

W powojennych warunkach organizacji życia jednym z pierwszych kroków w walce z gruźlicą podjętych przez Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach było zinventaryzowanie placówek przeciwgruźliczych, ocena ich wyposażenia i potrzeb dotyczących remontów oraz zakupu sprzętu i aparatury diagnostycznej itp. Ponieważ działania te wykazały braki bazy szpitalnej dla chorych ftызjatrycznych, dlatego też z uwagi na rosnące potrzeby w zakresie leczenia gruźlicy szczególnie dbano wówczas o rozwój szpitali i oddziałów przeciwgruźliczych, nieraz adaptując na ten cel sanatoria lub prewentoria.

Akcja zwalczania gruźlicy połączona była ponadto z akcją zwalczania pozostałych chorób epidemicznych, stąd nadzorował ją komisarz Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami. Chodziło też o wykorzystanie, po ustąpieniu epidemii innych chorób, wszystkich funkcjonujących oddziałów zakaźnych, izolatoriów, szpitali itp. do leczenia chorych na gruźlicę. Stąd np. we wrześniu 1945 r. z kredytu przyznanego województwu śląsko-dąbrowskiemu przez

²⁸⁴ Do 1951 r. w całym kraju PCK przekazał prowadzonych przez siebie 30 szpitali, 280 przychodni i punktów opatrunkowych, 177 stacji pogotowia ratunkowego i 15 stacji krwiodawstwa. Por.: R. B r z o w s k i, *60-lecie Polskiego Czerwonego Krzyża*, „Wiadomości Lekarskie” 1979, nr 17, s. 1193.

²⁸⁵ *Przychodnie PCK przekazane Ubezpieczalni Społecznej*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 247, s. 2.

²⁸⁶ Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu..., k. 96.

Ministerstwo Zdrowia w wysokości 2225 tys. ponad połowę przeznaczono na walkę z chorobami zakaźnymi²⁸⁷.

Dnia 14 grudnia 1945 r. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyła się konferencja lekarzy powiatowych, okręgowych i obwodowych (65 uczestników), podczas której dużo czasu poświęcono problemowi szerzącej się wśród ludności gruźlicy, przybierającej już wówczas postać choroby epidemicznej. Zwracano głównie uwagę na potrzebę koordynacji działań wszystkich instytucji zajmujących się walką z tą chorobą (ubezpieczalnie społeczne, samorząd, państwo, Samopomoc Chłopska itp.)²⁸⁸ oraz na jak najszybsze uruchamianie okręgowych ośrodków zdrowia, zwłaszcza na terenie wiejskim²⁸⁹.

Zwiększenie liczby zachorowań i zgonów na gruźlicę w województwie²⁹⁰ skłoniło Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach do rozbudowania aparatu do walki z tą chorobą. W tym celu 1 stycznia 1946 r. przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia powołano Referat Walki z Gruźlicą, który prowadził dr Zygmunt Dadlez. Najważniejszym zadaniem referatu było zebranie informacji o stanie zagruźliczenia województwa, uaktywnienie działalności funkcjonujących już i zorganizowanie nowych przychodni przeciwgruźliczych, tak by w każdym powiecie była choć jedna tego typu placówka, prowadzona przez lekarza specjalistę²⁹¹.

Uzupełnieniem działalności referatu w walce z gruźlicą było powołanie Wojewódzkiego Komitetu Zwalczenia Gruźlicy na Śląsku, który zawiązał się już 22 września 1945 r. podczas zjazdu lekarzy fizjatrów pracujących w województwie śląsko-dąbrowskim. Jego zadaniem było koordynowanie całej akcji walki z gruźlicą w oparciu o czynnik społeczny, polityczny, gospodarczy i samorządowy, w myśl zasady: „każdy człowiek chory na gruźlicę musi być leczony”²⁹². Pierwszym krokiem w tym zakresie było uruchomienie pod koniec 1945 r. „flagowego” Powiato-

²⁸⁷ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za wrzesień 1945 r. z 14 października 1945 r. ..., k. 103.

²⁸⁸ Dla przykładu, według wycinkowych danych tylko na terenie ubezpieczalni społecznych Śląska Opolskiego na gruźlicę w I kwartale 1948 r. ambulatoryjnie leczyło się 1096 osób, a szpitalnie 275. Zob.: E. P i o t r o w s k i, M. T u s z y Ń s k a, *Choroby społeczne na terenie ubezpieczalni społecznych w świetle cyfr*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1949, nr 1/2, s. 27–30.

²⁸⁹ Sprawozdanie Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r. ..., k. 159.

²⁹⁰ Tylko w Katowicach w październiku 1946 r. na gruźlicę płuc zmarło 8 osób, a na wszystkie inne postacie gruźlicy 4 osoby. Rok później, w październiku 1947 r., z powodu gruźlicy płuc zanotowano 10 zgonów, a na gruźlicę innych narządów zmarło 5 osób. Wśród przyczyn zgonów gruźlica zajmowała trzecie miejsce po chorobach nowotworowych i chorobach serca. Por.: „Wiadomości Statystyczne Katowic” 1947, październik; AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 495, k. 44.

²⁹¹ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r. z 5 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 345, k. 108.

²⁹² Ibidem.

wego Ośrodka Zdrowia w Katowicach, którego konsultantem został sam naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr F. Presser-Turski. Ośrodek ten prowadził nadzór nad poradniami przeciwgruźliczymi, dokonywał kontroli ich działalności, zalecając na bieżąco usuwanie braków²⁹³. Kolejnym krokiem było otwarcie w styczniu 1946 r. w budynku Państwowego Ośrodka Zdrowia poradni przeciwgruźliczej, która początkowo korzystała z urządzeń ośrodka²⁹⁴. Jej działalność w pierwszych miesiącach była utrudniona w związku z niskim wynagrodzeniem personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, gdyż zarządy gmin nie były w stanie opłacać wspomnianego personelu. Zalecano jednak, aby wypłata wynagrodzeń dokonywana była przez lekarza powiatowego z subwencji przyznawanych przez Ministerstwo Zdrowia²⁹⁵.

W marcu 1946 r. Wydział Zdrowia urządził w lokalu Powiatowego Ośrodka Zdrowia Centralny Wojewódzki Ośrodek Zdrowia, który posiadał 10 przychodni. Była tam m.in. przychodnia przeciwgruźlicza dla dorosłych oraz dla młodzieży szkolnej (czynna 3 razy w tygodniu), która powstała z inicjatywy Kuratorium Szkolnego. Po połączeniu „sił” Wydziału Zdrowia i Kuratorium w ośrodku uruchomiono Wojewódzką Przychodnię Przewodniczącą (WPP), prowadzoną przez specjalistę chorób płuc²⁹⁶. Efektem jej działalności było utworzenie na terenie Katowic i województwa licznych poradni przeciwgruźliczych, szpitali, sanatoriów i półsanatoriów, prewentoriów oraz izolatoriów. Wojewódzka Przychodnia Przewodnicząca koordynowała i nadzorowała pracę placówek przeciwgruźliczych, co doprowadziło do poprawy warunków lokalowych i wyposażenia w aparaturę diagnostyczną (głównie rentgenowską) większości terenowych poradni. Organizowała też masowe szczepienia i badania, oraz współpracowała ze szpitalami przeciwgruźliczymi²⁹⁷. Do ważnych zadań wojewódzkiej poradni należało również doszkalanie fachowe personelu lekarskiego i pomocniczego. Jej pierwszym dyrektorem został dr Z. Dadlez, a gdy wrócił na stanowisko dyrektora sanatorium przeciwgruźliczego w Istebnej, funkcję tę od lutego 1948 r. sprawował dr Hen-

²⁹³ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Katowic za luty 1946 r. z 2 marca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 55.

²⁹⁴ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Katowic za styczeń 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 93–93b.

²⁹⁵ Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Katowicach za okres 1 do 30 kwietnia 1946 r. z 30 kwietnia 1946 r., k. 86.

²⁹⁶ Sprawozdanie Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za grudzień 1945 r. ..., k. 216.; Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Katowicach za marzec 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120a, k. 86.

²⁹⁷ Pismo Naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego do Starostw, Lekarzy Powiatowych i Grodzkich z 10 stycznia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 495.

ryk Lissowski (1908–1976)²⁹⁸. Od 1 marca 1949 r. centralna przychodnia przejęła wszystkie zadania związane z walką z gruźlicą, co znacznie poprawiło koordynację i skuteczność tej akcji²⁹⁹.

Bezpośrednio po wojnie ciężar świadczenia opieki medycznej dla ludności, łącznie z tzw. ubogimi, spoczywał na utrzymywanych z budżetu samorządu terytorialnego szpitalach miejskich i powiatowych oraz na ośrodkach zdrowia³⁰⁰. Dlatego jednym z najważniejszych zadań w walce z gruźlicą, przed którymi stanęła władza administracyjna i samorządowa w województwie w 1945 r., było stworzenie sieci szpitali, przychodni przeciwgruźliczych oraz sanatoriów, dobrze urządzonych i prowadzonych przez wykwalifikowaną kadrę³⁰¹.

Planowanie łóżek ftyzjatrycznych miało zabezpieczyć hospitalizację możliwie wszystkich nowo wykrytych przypadków. Dla niektórych chorych (prątkujący, ze zmianami ropowymi) przewidywano roczny okres hospitalizacji, dla pozostałych ok. 3 miesiące leczenia szpitalnego. Część łóżek miała być przeznaczona dla osób przewlekle chorych na gruźlicę, wymagających okresowej izolacji od środowiska. Przy planowaniu liczby łóżek ftyzjatrycznych opierano się głównie na wskaźniku zachorowalności, który w pierwszych latach po wojnie stale wzrastał w związku ze zwiększaniem z roku na rok wykrywalności gruźlicy.

W roku 1945 rozpoczął swoją działalność szpital w Sosnowcu (160 łóżek), posiadający oddział przeciwgruźliczy, który funkcjonował już przed wojną. Analiza historii chorób z lat 1945–1947 dowodzi, że prawie 25% pacjentów gruźliczych przebywało wcześniej w Niemczech na robotach, bądź w różnych obozach pracy.

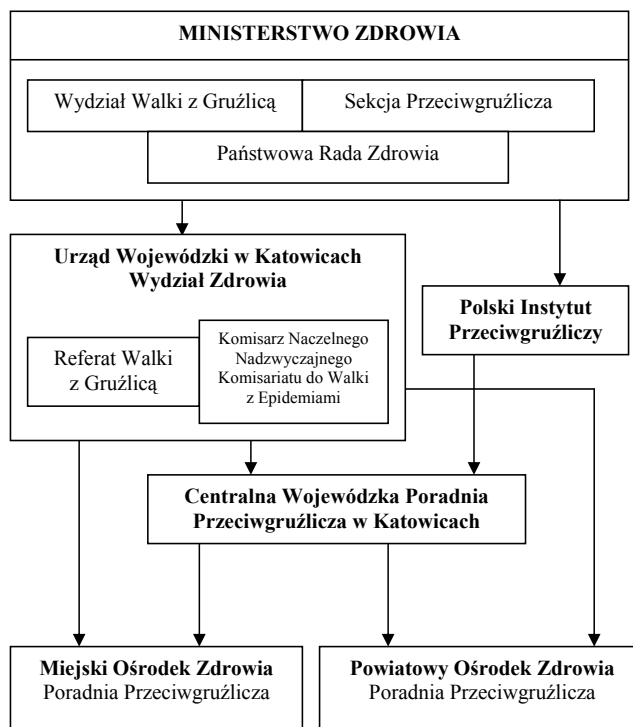
²⁹⁸ Lekarz, w 1940 r. wysiedlony do Bielska, gdzie pracował w poradni przeciwgruźliczej. Był zwolennikiem ścisłej współpracy przychodni i zakładu przeciwgruźliczego. Pomysł ten realizował od maja 1947 r. pomiędzy Sanatorium w Komorowicach, którego został dyrektorem, a Poradnią Przewidywalności w Białej Krakowskiej. Od 1949 r. ordynator Oddziału Chorób Płuc w Szpitalu Miejskim w Katowicach, w latach 1949–1951 wojewódzki specjalista do spraw leczenia gruźlicy. Od 1956 r. doradca Ministerstwa Górnictwa i Energetyki do zwalczania gruźlicy. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Nekrologi (18.08.2008).

²⁹⁹ W latach 1953–1969 funkcję dyrektora WPP w Katowicach pełnił dr Otto F. Westrych (1910–1969), jeden z najlepszych znawców zagadnień poradnictwa przeciwgruźliczego oraz radiofotografii w Polsce. Zob.: Pismo okólne Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego z 23 lutego 1949 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 48, k. 15; zob. też: L. D e l o f f, *Dr Otto Feliks Westrych (1910–1969)*, „Gruźlica i ChOROBY Płuc” 1969, nr 10, s. 963–964.

³⁰⁰ Okólnik nr 21/45 Ministerstwa Zdrowia o organizacji służby zdrowia na wsi, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1946 r. nr 16, s. 237, poz. 278.

³⁰¹ Zakłady opieki zdrowotnej zamkniętej, których działalność była bezpłatna, określono mianem szpitali. Jednostki nastawione na zysk, nazywano lecznicami. Zob.: *Gruźlica. Rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie. Zbiór wykładów*, red. A. Biernacki, M. Teletycki, Warszawa 1950, s. 371–372.

Chorzy ci wiązali początek swej choroby z pobytem w Niemczech, jednak przebieg u nich gruźlicy świadczył o tym, że część z nich była chora już przed wysłaniem do Niemiec i tam dopiero pod wpływem niekorzystnych warunków stan chorych uległ pogorszeniu. Większość jednak chorych z tej grupy prawdopodobnie zachorowała lub zaraziła się w obozie pracy. Przebieg gruźlicy był u nich różny; część z mniej rozległymi zmianami powróciła do domu, część jednak była tak wyniszczona i z tak rozległymi zmianami, że wkrótce zmarła.



Rycina 1. Schemat organizacyjny społecznej walki z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim w latach 1945–1950³⁰²

Duży odsetek pacjentów (62%) szpitala w Sosnowcu, którzy hospitalizowani byli w pierwszych latach po wojnie przebywała tam z powodu „świeżego” zachorowania (od kilku tygodni do roku). W grupie tej przeważali mężczyźni (61–63%), w wieku 21–40 lat (64%). Sporą część stanowili również górnicy, u których gruźlica występowała częściej w wieku późniejszym, niż przeciętnie wśród ludności innych zawodów i w większości przypadków miała przebieg przewlekły. Pacjenci ci zwykle zgłaszali się późno do lekarza specjalisty, gdyż przez dłuższy czas leczyli

³⁰² *Gruźlica. Rozpoznawanie...*, s. 368.

się na dolegliwości przewodu pokarmowego lub reumatyczne i dopiero badanie radiologiczne wykazywało rozległe zmiany w płucach³⁰³.

Obok szpitala w Sosnowcu powstały także mniejsze oddziały przy szpitalach w Katowicach-Bogucicach, Chorzowie, Zabrze, Nysie, a w 1946 r. także w Kup koło Opola (60 łóżek)³⁰⁴. Dodać należy, że w placówkach tych przebywać mogli zarówno chorzy uprawieni, jak i nieuprawnieni do korzystania z lecznictwa zorganizowanego, przy czym w przypadku tych ostatnich Urząd Wojewódzki w Katowicach pokrywał koszty leczenia gruźlicy przez trzy miesiące. Dalsze leczenie mogło być kontynuowane wyłącznie za zgodą Wydziału Zdrowia. Zalecano przy tym, aby w tych placówkach, gdzie było małe obłożenie chorymi zakaźnymi, stosować jak najszerze izolowanie osób chorych na gruźlicę, tak by wykorzystać w 100% istniejące szpitale czy oddziały zakaźne³⁰⁵.

Podstawą walki z gruźlicą po wojnie stała się jednak „metoda pracy poradniowej”, czyli dyspenseryjna (dyspenser – ośrodek zdrowia). Polega ona na roztoczeniu opieki nad chorym na gruźlicę i jego środowiskiem oraz śledzeniu kontaktów przez poradnię przeciwgruźliczą, która tym samym stała się odpowiedzialna za całość akcji przeciwgruźliczej³⁰⁶. Celem zasadniczym tej opieki było zapobieganie gruźlicy w środowisku chorego na gruźlicę zaraźliwą, a od czasu wprowadzenia skutecznych metod leczenia i odprątkowania chorych do zadań poradni przeciwgruźliczej należało także leczenie i rehabilitacja chorych. Dlatego też ważne było, aby poradnia przeciwgruźlicza pracowała w ścisłym powiązaniu ze szpitalem i sanatorium³⁰⁷.

³⁰³ N. B e r d o, *Gruźlica w Sosnowcu...*, s. 367–368.

³⁰⁴ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Opolu z 1 lutego 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, Sprawozdania i statystyka dotycząca organizacji służby zdrowia na Opolszczyźnie, sygn. 613.

³⁰⁵ Pismo okólne Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego z 11 marca 1948 r. w sprawie przyjmowania chorych na gruźlicę do szpitali (oddziałów) zakaźnych, AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 47, k. 31.

³⁰⁶ Kierownik poradni przystępując do akcji zapobiegawczo-leczniczej obowiązany był zapoznać się z „geografią” swego terenu, z granicami administracyjnymi, liczbą ludności, strukturą demograficzną i socjalną, warunkami w jakich mieszka, żyje i pracuje ludność, a nawet z wszelkimi zmianami zachodzącymi w danym rejonie, przyrostem ludności, zgonami, przeobrażeniami gospodarczymi i kulturalnymi. Zob.: *Gruźlica. Rozpoznawanie...*, s. 362–370.

³⁰⁷ Miało to być zgodne z systemem edynburskim zaproponowanym w 1887 r. przez R. Philipa. W Polsce walka z gruźlicą została włączona w system społecznej służby zdrowia, a poradnia przeciwgruźlicza stała się zakładem specjalistycznym kierującym tą walką na swoim terenie, a także instytucją konsultacyjną w zakresie gruźlicy oraz prowadzącą ewidencję i statystykę gruźlicy. Zadania te poradnia wypełniała za pomocą całej sieci placówek służby zdrowia – opieki otwartej i zamkniętej, a w szczególności zakładów przeciwgruźliczych, stacji sanitarno-epidemiologicznych, placówek ochrony macierzyństwa i zdrowia dziecka, placówek służby zdrowia w przemyśle oraz rejonowych poradni ogólnych. Zob.: *ibidem*.

Do obowiązków ośrodków zdrowia i poradni przeciwgruźliczych należało również szerzenie oświaty sanitarnej i podnoszenie kultury sanitarnej, co miało szczególne znaczenie w walce z gruźlicą. Dotyczyło to zarówno wyjaśnienia sposobów i dróg zakażenia gruźlicą, poznania zasad profilaktyki w środowisku domowym i w zakładach pracy oraz uświadomienia chorych o zgubnych skutkach niewykonywania zaleceń lekarskich dotyczących leczenia przeciwprątkowego, a także o możliwościach zupełnego wyleczenia gruźlicy za pomocą długotrwałego skojarzonego stosowania leków przeciwprątkowych.

Na dzień 1 kwietnia 1945 r. w województwie funkcjonowało sześć przychodni przeciwgruźliczych. Były to placówki w: Katowicach, Sosnowcu, Bytomiu, Chorzowie oraz w Cieszynie. W kolejnych miesiącach powstały następne, jednak nie wszystkie były aktywne w walce z gruźlicą³⁰⁸. Jedne borykały się z brakiem środków finansowych na działalność, odpowiedniego wyposażenia i przeszkolonej kadry, a te które funkcjonowały, nie zawsze pracowały w zadowalający sposób (m.in. brak sprawozdań, danych dotyczących zachorowań na gruźlicę). Ponadto nie było lokali dla tego typu placówek, a ich powierzchnia użytkowa uniemożliwiała prowadzenie właściwej pracy poradnianej. Do tego sprzęt rentgenowski nie dość, że był nieliczny, to jeszcze pochodził z różnych fabryk, często już nieistniejących, stąd były trudności z jego naprawą. Niektóre poradnie były też dość słabo zaopatrzone w sprzęt laboratoryjny i pomocniczy lekarski. Niemniej ważny był również stan obsady personalnej, który oprócz tego, że był chwiejny (przeniesienia lekarzy, obowiązek odbycia służby wojskowej itp.), to jeszcze nie zawsze zgodny z daną specjalizacją. W poradniach tych bowiem pracowali chirurdzy, ginekolodzy, dermatolodzy, lekarze administracyjni (lekarze powiatowi) oraz lekarze ogólni³⁰⁹.

Z tego też powodu Wydział Zdrowia pod koniec 1945 r. dokonał rejestracji i reorganizacji słabo rozwijających się przychodni przeciwgruźliczych, która doprowadzić miała do określenia rzeczywistych potrzeb danego okręgu i nadania im właściwego tempa rozwoju. Powyższe zmiany spowodowały, że półtora roku później (1 listopada 1946 r.) działały już 53 tego typu placówki (po kilka w każdym powiecie), a siedem dalszych znajdowało się na etapie organizacyjnym. Nadal była to jednak niewystarczająca liczba, gdyż jak przewidywano, na podstawie zarejestrowanych osób i wykonaniu porad w ponad połowie z nich, pomocy lekarskiej w ośrodkach województwa śląsko-dąbrowskiego w pierwszym roku po wojnie potrzebowało ok. 25 tys. osób³¹⁰. Pewne mankamenty w prowadzeniu tego typu placówek wynikały z nierespektowania przez samorządy rozporządzenia ministra

³⁰⁸ *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 51.

³⁰⁹ Sprawozdanie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego za listopad 1945 r. z 5 grudnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 345, k. 103.

³¹⁰ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za listopad 1945 r. z 19 grudnia 1945 r. ..., k.195; *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 51.

zdrowia, które zobowiązywały samorządy do wydatkowania na ten cel środków z własnych budżetów³¹¹. Ponadto, poradnie przeciwgruźlicze napotykały w swej działalności na trudności ze strony samych pacjentów, którzy nie przyznawali się do choroby z obawy utraty pracy. Sytuacja pod tym względem nieco się poprawiała, gdy w ramach walki z gruźlicą utworzono fundusz zapomogowy, który umożliwił żywicielom rodzin zapewnienie utrzymania najbliższych w okresie leczenia domowego lub sanatoryjnego³¹².

Największą placówką tego typu była Przychodnia Przeciwgruźlicza w Katowicach. Porównując dane z października 1946 i 1947 r., możemy się między innymi dowiedzieć, jak wyglądała praca i jaką rolę odgrywała przychodnia w walce z gruźlicą. Dla przykładu w 1946 r. opiekowano się 307 chorymi, w 1947 r. – 747, udzielano porad (odpowiednio: 679 i 917), wykonywano prześwietlenia (183 i 345) oraz badania płwociny (20 i 30), zgłoszono przypadki gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia (10 i 25), wykonano dezynfekcję po zachorowaniu na gruźlicę (6 i 17). Przeglądając się tym danym, zauważyć można rosnącą tendencję zarówno zachorowań, ale też podejmowanych kroków w walce z tą chorobą³¹³.

Koordinacja pracy przychodni przeciwgruźliczych i innych ośrodków zajmujących się leczeniem gruźlicy na terenie województwa w pierwszych latach nie była łatwa, zwłaszcza że nie wszystkie placówki rzetelnie wywiązywały się ze swoich zadań. O problemach tych dowiadujemy się chociażby z pism Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach z czerwca 1947 r. W jednym z nich zwracano uwagę na konieczność terminowego przesyłania sprawozdań ze szczepień BCG, w których powinny znajdować się także wykazy szpitali dokonujących szczepień, oraz że „niektóre szpitale nadsyłane szczepionki niecałkowicie wykozystują, w następstwie czego Ministerstwo Zdrowia ponosi znaczne koszty”³¹⁴. W innej korespondencji wskazywano na uchybienia w działalności przychodni przeciwgruźliczych³¹⁵, na zaniedbania w przeprowadzaniu wizyt domowych itp., a brak tych danych utrudniał znacznie pracę sprawozdawczą Referatowi do Walki

³¹¹ Pismo Ministra Zdrowia do Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich w sprawie tworzenia poradni przeciwgruźliczych z 25 lipca 1949 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 48, k. 61.

³¹² Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Powiatowego w Katowicach za styczeń 1947 r. z 31 stycznia 1947 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 131, k. 67.

³¹³ „Wiadomości Statystyczne Katowic” 1947, październik, k. 47.

³¹⁴ Pismo Naczelnego Komisarza do Walki z Epidemiami do lekarzy powiatowych województwa śląsko-dąbrowskiego w sprawie sprawozdań ze szczepień BCG i zwrotu opróżnionych flaszeczek po BCG z 2 czerwca 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

³¹⁵ Miała się w nich znaleźć liczba wykonanych porad, prześwietleń, odczynów Biernackiego, badań płwociny, odm, zastrzyków, pirquetów, hospitalizacji w szpitalach i sanatoriach oraz wywiadów pielęgniarskich. Por.: ibidem.

z Gruźlicą w Katowicach³¹⁶. Ponadto jak podkreślano, organizacja leczenia przeciwgruźliczego, zwłaszcza jeśli chodzi o zapewnienie optymalnych warunków chorym gruźliczym wymagała specjalnego podejścia i sposobu. Zdarzały się bowiem skargi od tych pacjentów na pracę szpitali i oddziałów wpływające do Wydziału Zdrowia, który każdorazowo interweniował, przeprowadzając kontrolę. Zwracano uwagę i wyczulano przy tym kontrolerów, aby do skarg tych podchodzili rzetelnie, z najdalej idącą bezstronnością, mając na względzie to, że świadomość ciężkiego stanu, względnie nieuleczalności odzwierciedla się także w psychice chorego³¹⁷.

W ustaleniu rzeczywistego zażrudzenia województwa śląsko-dąbrowskiego pomocne było wprowadzenie masowych badań radiologicznych w terenie. W lipcu 1949 r. naczelnik Wydziału Zdrowia J. Kępski uruchomił wędrownie ambulatorium lekarskie, składające się z sześciu wagonów towarowych, zwane Czołówką Lekarską nr 1, które wykorzystane zostało do badania ludności wiejskiej. I choć początkowo miały one charakter wybiórczy, gdyż obejmowały ludność wytypowanych zakładów pracy, szkół Państwowych Gospodarstw Rolnych, to jednak dzięki temu wielu mieszkańców województwa mogło mieć wykonane zdjęcie rentgenowskie płuc oraz m.in. skorzystać z usług poradni przeciwgruźliczej³¹⁸. Pierwsze badania prześwietlenia płuc z wykorzystaniem promieni X, przeprowadzone wśród pracowników w powiecie katowickim oraz w Chorzowie, Pszczynie i Gliwicach, wykazały, że 2–3% społeczeństwa województwa ma zmiany gruźlicze w płucach, co świadczyło o przebytej lub czynnej chorobie. Podobna akcja przeprowadzona wśród młodzieży wykazała jeszcze większy odsetek chorych³¹⁹, stąd też kładziono nacisk na rozwój badań okresowych oraz profilaktykę przeciwgruźliczą, i to nie tylko w odniesieniu do dzieci i młodzieży szkół podstawowych oraz średnich, ale także całego personelu szkolnego (nauczycielskiego, pomocniczego), wprowadzając obowiązkowe prześwietlenia i badania pomocnicze³²⁰.

³¹⁶ Pismo Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego do przychodni przeciwgruźliczych województwa w sprawie sprawozdań miesięcznych wysłane z 9 czerwca 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 477.

³¹⁷ Protokół i wyjaśnienia do protokołu z kontroli Szpitala Miejskiego w Zawierciu z 15 lutego 1950 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 326, k. 46.

³¹⁸ *Po raz pierwszy w Polsce. Wędrownie ambulatorium lekarskie odwiedza zakłady pracy*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 201, s. 4.

³¹⁹ Problemom zdrowotnym młodzieży szkolnej poświęcony był I Zjazd Lekarzy Szkolnych Województwa Śląsko-Dąbrowskiego, podczas którego omówiono najważniejsze zagrożenia zdrowotne uczniów. Wśród nich wymieniano gruźlicę, krzywicę, choroby serca, wzroku (jaglica), osłabienie słuchu, choroby skórne. Wskazywano także na ciężkie warunki pracy lekarzy szkolnych, brak narzędzi, pomieszczeń itp. Zob.: *I Zjazd Lekarzy Szkolnych Województwa Śląsko-Dąbrowskiego*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 4, s. 241.

³²⁰ Pismo okólne nr 3/48 Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego z 10 stycznia 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 47, k. 5.

Stan zdrowotny dzieci śląskich był na ogół zły, szczególnie dotkliwie dawały się odczuć zachorowania na choroby zakaźne wśród uczniów, u których wykryto ponad 64 tys. przypadków (16% populacji), w tym gruźlicę. W szkołach średnich na 5882 zbadanych uczniów, stwierdzono 48 przypadków czynnej gruźlicy³²¹. Ponadto badania dowodziły, że gruźlica w niektórych szkołach częściej występowała wśród nauczycieli niż dzieci, gdyż to właśnie nauczyciel był stale narażony na kontakt z chorobą³²². Na taki stan epidemiologiczny złożyły się również ciężkie warunki pracy podczas okupacji (nauczyciele cierpieli największe prześladowanie), złe odżywianie, a także nadmierny wysiłek i ofiarny trud, często kosztem własnego zdrowia.

W tych okolicznościach po wojnie walka z gruźlicą w szkole stała się naczelnym zagadnieniem opieki higieniczno-lekarskiej realizowanej przez władze województwa śląsko-dąbrowskiego. Chodziło o zorganizowanie przy ośrodkach zdrowia stałej opieki lekarskiej, a nie tylko jednorazowej akcji, dlatego Kuratorium Okręgu Szkolnego w Katowicach wystąpiło do Wydziału Samorządowego Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego o wydanie polecenia związkowi samorządu terytorialnego, by te zobowiązały zatrudnionych przez nich lekarzy szkolnych i higienistki ze szkół powszechnych i przedszkoli do przygotowywania miesięcznych i rocznych sprawozdań na temat stanu sanitarno-higienicznego danego terenu oraz zdrowia młodzieży³²³. Już w październiku 1945 r. Kuratorium Okręgu Szkolnego Śląskiego zorganizowało kurs dla higienistek szkolnych, który ukończyło 90 absolwentek, w tym 9 czynnych nauczycielek, przy czym większość z nich rozpoczęła pracę na Śląsku Opolskim³²⁴.

Pierwsze badania okresowe dzieci i młodzieży pod kątem wykrywania gruźlicy przeprowadzono już w listopadzie 1945 r. we wszystkich zakładach opiekuńczych Bytomia³²⁵. Z kolei latem 1946 r. dla dzieci szkół powszechnych i przedszkoli z powiatu katowickiego zorganizowano kolonie i półkolonie letnie. W akcję zaangażował się Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, gdyż okazało się, że w wyniku przeprowadzonych badań w jednej ze szkół powiatu aż 47% dzieci choruje

³²¹ *Rozwój szkolnictwa w Województwie Śląsko-Dąbrowskim w okresie lat 1945/1946*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1, s. 104.

³²² W skali kraju odsetek chorych na gruźlicę nauczycieli wynosił od 2,8 do 4%. Drugą grupę z dużym odsetkiem gruźlicy stanowiły dzieci w przedszkolu – ok. 2,4%. Zob.: H. D o e r f f e r, *Walka z gruźlicą w szkole*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1954, nr 42, s. 1359–1362.

³²³ Pismo okólne Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego z 24 kwietnia 1947 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 31, k. 51; Sprawozdanie personelu higieniczno-lekarskiego, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1948 r. nr 18, poz. 351, s. 366.

³²⁴ *Rozwój szkolnictwa w Województwie Śląsko-Dąbrowskim...*, s. 104.

³²⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Bytomiu z 30 listopada 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 86, k. 111.

na gruźlicę³²⁶. Przed wyjazdem na kolonie dzieci poddawane były gruntownym badaniom i zgodnie ze stanem zdrowia wysyłane do odpowiednich miejscowości, m.in. do Głuchołaz i Istebnej. Dzieci zagrożone gruźlicą kierowano najczęściej do sanatoriów lub prewentoriów³²⁷.

W marcu 1947 r. Miejski Wydział Zdrowia w Katowicach rozpoczął akcję przeciwgruźliczą w ramach higieny szkolnej, koordynowaną przez Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami. Wychodzono bowiem z założenia, że gruźlica u dzieci stanowi czuły wskaźnik, który odzwierciedla sytuację epidemiologiczną gruźlicy w ogóle oraz pozwala ocenić skuteczność metod profilaktycznych i innych elementów stosowanych w programie walki z gruźlicą. Wspomniana akcja polegała na prześwietleniu rentgenem ok. 20 tys. dzieci szkolnych (w tym także nauczycieli), głównie wywodzących się z rodzin robotniczych, w większości niezamożnych, posiadających liczne potomstwo, mieszkających w małych pomieszczeniach, a więc warunkach sprzyjających rozwojowi gruźlicy, krzywicy i anemii³²⁸.

Wszystkie badania przesiewowe dowodziły, że odsetek chorych w każdej grupie wiekowej może być jeszcze większy, gdyż wielu pacjentów, pomimo objawów choroby, nie zgłaszało się do przychodni przeciwgruźliczych, z jednej strony z uwagi na brak należytej świadomości i wiedzy, z drugiej natomiast, z powodu niemożności zaopatrzenia chorych w żywność i leki, co przed wojną stanowiło czynnik silnie motywujący do rozpoczęcia leczenia. Poza tym dawało się zauważyć tutaj nie zawsze właściwe podejście lekarzy do akcji przeciwgruźliczej, którzy niezależnie od braku sił lekarskich i sprzętu rentgenowskiego, często zwlekali do ostatniej chwili z przystąpieniem do organizowania nakazanych badań, uzasadniając swą opieszałość nieistotnymi trudnościami³²⁹. Nie bez znaczenia dla powodzenia tej akcji miał także fakt, że poczta dostarczała z dużym opóźnieniem szczepionki BCG nadsyłane przez Ministerstwo Zdrowia, co powodowało, że niejednokrotnie traciły one swą ważność, a akcja profilaktyczna i leczenie ulegało sparaliżowaniu³³⁰.

³²⁶ Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Katowicach za okres 1 do 30 kwietnia 1946 r. z 30 kwietnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 122, k. 82.

³²⁷ Sprawozdanie sytuacyjne Zarządu Miejskiego m. Katowice za lipiec 1946 r. z 30 lipca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 125, k. 68.

³²⁸ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Katowicach za luty 1947 r. z 27 lutego 1947 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 132, k. 77b.

³²⁹ Pismo okólne nr 9/48 Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego z 2 marca 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 47, k. 26; Sprawozdanie Zarządu Miejskiego m. Katowice za grudzień 1946 r. z 28 grudnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 130, k. 74.

³³⁰ Pismo Inspektora Sanitarно-Epidemiologicznego Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego do Dyrekcji Okręgu Pocht i Telegrafów w Katowicach w sprawie szczepionek BCG z 16 kwietnia 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 47, k. 39.

Jak wspomniano wcześniej, walka z gruźlicą była szczególnie utrudniona w niektórych powiatach Śląska Opolskiego, gdzie „świeże działania wojenne i idąca za nimi fala rabunków zniszczyły prawie wszystko, co na tym terenie zostawili Niemcy. A było tego i tak niewiele, gdyż cofające się wojska niemieckie ewakuowały wszystko, co ewakuować mogły”³³¹. W powiecie opolskim w uruchomionych w pierwszych miesiącach po wojnie szpitalach (Opole, Krapkowice, Prószków, Pokój) nie funkcjonowały oddziały przeciwgruźlicze, lecz wyłącznie oddziały zakaźne³³². Pod koniec kwietnia 1945 r. przybył do Opoli dr Stefan Markiewicz – specjalista chorób płuc, któremu lekarz powiatowy powierzył zorganizowanie akcji sanitarnej oraz zabezpieczenie dobrze utrzymanego aparatu rentgena w byłej przychodni przeciwgruźliczej³³³. Ośrodek Zdrowia w Opolu uruchomiono w październiku 1945 r., jednak nie działała w nim poradnia przeciwgruźlicza, jeszcze w marcu 1946 r. była ona w stadium organizacyjnym, bowiem wciąż brakowało specjalisty, który mógłby ją prowadzić. Uzasadnienie opóźnienia otwarcia przychodni znajdujemy również w piśmie lekarza powiatowego z lipca 1945 r.: „Co do otwarcia przychodni przeciwgruźliczej przy Ośrodku Zdrowia z dobrze zachowanym aparatem Roentgena zdecydowano ze względu na bezpieczeństwo aparatury przełożyć termin otwarcia na później”³³⁴. Dlatego też nie prowadzono dokładnej statystyki zachorowań na gruźlicę, choć podawano, że „jest jej bardzo dużo”³³⁵. W jednym ze sprawozdań miesięcznych lekarz powiatowy zauważył, że wzrosło zachorowanie na gruźlicę: „Nadmienić wypada, że zagruźliczenie wśród ludności jest znaczne, co nie daje się na razie ująć w dokładny rejestr, z braku lekarzy, szczególnie na terenie wiejskim”³³⁶. W innym piśmie odnotował 25 przypadków zachorowań w 1945 r. oraz 87 przypadków gruźlicy otwartej, niebezpiecznej dla otoczenia w 1946 r., z czego 17 osób było hospitalizowanych, a 9 zmarło³³⁷, w tym

³³¹ Sprawozdanie lekarza powiatowego o stanie sanitarnym powiatu opolskiego..., k. 141.

³³² Sprawozdanie lekarza powiatowego w Opolu dotyczące chorób nagminnych, wykaz szpitali i ośrodków zdrowia oraz przychodni lekarskich, łaźni i kąpielisk z 1 lutego 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³³³ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Opolu z 27 kwietnia 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 608, k. 2.

³³⁴ Sprawozdanie z przebiegu akcji przeciwepidemicznej lekarza powiatowego w Opolu z 10 lipca 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³³⁵ Sprawozdanie miesięczne lekarza powiatowego w Opolu z 1 marca 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³³⁶ Sprawozdanie sytuacyjne lekarza powiatowego w Opolu ze stanu zdrowotności powiatu opolskiego do Starostwa Powiatowego Referatu Osiedleńczego za miesiąc maj 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³³⁷ Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Opolu o chorobach zakaźnych i o ich zwalczaniu na terenie powiatu opolskiego za 1946 r. z 5 marca 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

lekarz szpitala św. Józefa z Prószkowa³³⁸. Zdarzały się również takie sytuacje, że w ogóle nie podawano zachorowań na tę chorobę, czego przykładem jest pismo do NNK w Warszawie z końca kwietnia 1946 r. dotyczące zachorowań na choroby zakaźne, w którym nie ma żadnej wzmianki o gruźlicy, chyba że ujęto ją w rubryce „inne choroby”³³⁹. Jeśli tak było rzeczywiście, to fakt ten może nieco zamazywać ówczesną sytuację epidemiologiczną tej choroby.

W miesiącach letnich 1946 r. rozpoczęły swą działalność kolumny przeciwepidemiczne, które przeprowadzały wywiady wśród chorych na gruźlicę i ich rodzin. Już w pierwszych miesiącach, od sierpnia do końca roku, przeprowadziły 141 wywiadów, stwierdzając jednocześnie nowe przypadki zachorowań³⁴⁰, co poprawiło nieco sytuację w rozeznaniu epidemiologicznym na terenie powiatu. Wobec braku przychodni przeciwgruźliczej, cały ciężar walki z gruźlicą spoczywał jednak na Ośrodku Zdrowia, który nieustannie borykał się z brakiem funduszy na swoją działalność, zwłaszcza na opłacenie personelu³⁴¹ oraz wydatki rzeczowe, głównie lekarstwa. Zmuszało to często kierownika ośrodka „do zaprzestania przyjmowania chorych pochodzących z miasta Opolą do leczenia [...] do czasu wypłacenia [...] odpowiedniej subwencji”³⁴². Powodowało to, że trud pracowników kolumn przeciwepidemicznych i innych instytucji walczących z gruźlicą często był marnotrawiony.

Uruchomiony na początku 1946 r. Szpital Powiatowy w Kup odgrywał ważną rolę w zwalczaniu gruźlicy, nie tylko w powiecie, ale na całym Śląsku Opolskim. Posiadał on 64 łóżka, z których 43 przeznaczone były dla chorych z gruźlicą otwartą³⁴³. Kierownikiem placówki był dr Józef Reck, który przez długi czas był jedynym lekarzem tam praktykującym, nie był on jednak ftyzjatrą. Oprócz niego pracowały dwie pielęgniarki. Ośrodek posiadał komorę dezynfekcyjno-dezynsekcijną marki

³³⁸ Sprawozdanie sytuacyjne lekarza powiatowego w Opolu ze stanu zdrowotności powiatu opolskiego do Starostwa Powiatowego Referatu Osiedleńczego za maj 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³³⁹ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Opolu do Naczelnego Komisariatu do Walki z Epidemiami w Warszawie z 30 kwietnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴⁰ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Opolu z działalności kolumn przeciwepidemicznych w 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴¹ W październiku 1946 r. w Ośrodku Zdrowia pracowało 10 lekarzy, w tym 6 specjalistów, 7 pielęgniarek, 1 laborant i personel pomocniczy. Razem 33 osoby. Zob.: Sprawozdanie z działalności pracowników Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu za październik 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴² Sprawozdanie z działalności Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Opolu za lipiec 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴³ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Opolu do Naczelnego Komisariatu do Walki z Epidemiami w Warszawie z 30 kwietnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

Bering-Weimar, rozgrzewaną za pomocą węgla oraz pracownię rentgenowską. Borykał się jednak z ciągłym brakiem środków odkażających, lekarstw, materiałów opatrunkowych. Nie było też stołu operacyjnego w sali operacyjnej, instrumentów, bielizny dla chorych³⁴⁴. Jak wynika ze sprawozdań miesięcznych o ruchu chorych w szpitalu w Kup, liczba łóżek etatowych dla chorych na gruźlicę zmniejszyła się do 36, przy czym liczba przymusowo izolowanych chorych na gruźlicę, leczonych na koszt Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami, wynosiła w drugim półroczu 1946 r. od 6 do 10 miesięcznie, a liczba łózkodni (dni szpitalnych) chorych na gruźlicę od 160 do 280³⁴⁵. Nie były to więc liczne przypadki, ze względu na wciąż małą obsadę lekarską, bowiem jeszcze we wrześniu 1946 r. pracował tu jeden lekarz i dwie pielęgniarki³⁴⁶, a leczenie z powodu długotrwałego pobytu było bardzo kosztowne.

W powiecie oleskim jeszcze w kwietniu 1945 r. funkcjonował jedynie ośrodek zdrowia, w którym pracowały dwie higienistki, dezynfektor i administrator. Brakowało przede wszystkim instrumentarium i lekarzy, stąd lekarz powiatowy organizujący struktury medyczne w tym rejonie, zajmował się także przyjmowaniem chorych³⁴⁷. Jeśli chodzi o walkę z gruźlicą, nie była ona zbyt obszernie przedstawiana w sprawozdaniach sytuacyjnych lekarza powiatowego, wiadomo jedynie, że pod koniec 1946 r. działała już Powiatowa Kolumna Przeciwepidemiczna, która przeprowadzała dezynfekcję pomieszczeń po pojedynczych przypadkach zachorowań na gruźlicę, zarówno wśród osadników, jak i repatriantów³⁴⁸.

W powiecie nyskim bezpośrednio po wojnie chorych na gruźlicę przyjmowano na oddział zakaźny szpitala w Nysie, który został uruchomiony pod koniec 1945 r. Brakowało jednak w nim niemal wszystkiego, od bielizny pościelowej i oso-

³⁴⁴ Sprawozdanie miesięczne lekarza powiatowego w Opolu z 14 maja 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴⁵ W sierpniu 1946 r. leczono 10 pacjentów (273 łózkodni), we wrześniu 10 (280), w październiku 8 (209), w listopadzie 6 (160), w grudniu 8 (222). Zob.: Sprawozdanie o ruchu chorych Szpitala w Kup w sierpniu, wrześniu, październiku, listopadzie, grudniu 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴⁶ Sprawozdanie o ruchu chorych Szpitala w Kup we wrześniu 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 613.

³⁴⁷ Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia Starostwa Powiatowego w Oleśnie w okresie 1–11 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 345; Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Oleśnie za okres 6 czerwca do 5 lipca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 103, k. 18.

³⁴⁸ W grudniu 1946 r. stwierdzono 6 przypadków zachorowań na gruźlicę. Por.: Korespondencja lekarza powiatowego w Oleśnie za 1946 r. Sprawozdanie z działalności Powiatowej Kolumny Przeciwepidemicznej w Oleśnie za grudzień 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Oleśnie, sygn. 376; zob. też: Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Oleśnie za okres 11 maja do 5 czerwca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 103; ibidem, za okres od 6 czerwca do 5 lipca 1945 r., ibidem, za grudzień 1945 r.

bistej poczawszy, funduszy na pensje dla personelu, a na żywności i lekarstwach kończąc³⁴⁹. W powiecie uruchomiono izolatoria dla ok. 200 osób oraz zorganizowano służbę meldunkową, która dwa razy w tygodniu odwiedzała domy i sprawdzała, czy nie ma nowych zachorowań³⁵⁰. Zwracano jednak uwagę, że lekarze miejscy w Paczkowie i Głuchołazach nie podejmowali żadnych działań w tym zakresie. Ponadto, na terenie powiatu były też kłopoty z uruchomieniem Ośrodka Zdrowia w Nysie, bowiem, o ile znalazły się fundusze na ten cel, to brak było odpowiedniego lokalu³⁵¹. Jeszcze w kwietniu 1946 r. ośrodek nie funkcjonował, ale już remontowano budynek, w którym pod koniec miesiąca obok stacji dla matki i dziecka, poradni przeciwjagliczej i przeciwwenerycznej przewidywano uruchomienie także przychodni przeciwgruźliczej³⁵². Tworzono więc placówkę zapobiegawczo-leczniczą, która miała podejmować skuteczne działania w walce z chorobami zakaźnymi i społecznymi, w zakresie pomocy położniczej na wsi, w nagłych wypadkach, nadzoru nad stanem sanitarnym, itp. Niestety wyposażenie ośrodka było bardzo skromne, gdyż jeszcze na początku 1948 r. nie posiadał on nawet aparatu rentgenowskiego³⁵³, a w 1950 r. występowały nadal problemy z kadrą lekarską³⁵⁴.

W pierwszych miesiącach 1946 r. poprawiła się nieco sytuacja w szpitalu w Nysie, który dysponował 100 łózkami. Jak napisano w jednym ze sprawozdań „Zaznacza się coraz wyraźniej centralizacja lecznictwa szpitalnego w Nysie [...]. Zaopatrzenie w leki, środki opatrunkowe i żywność dotąd zadowalające”³⁵⁵. Dodatkowo rozwinęła swą działalność Ubezpieczalnia Społeczna, w ramach której pracowali wszyscy lekarze w Nysie. Nieco gorzej pod tym względem było w Głuchołazach i Paczkowie, gdyż tamtejsi lekarze nie chcieli należeć do ubezpieczalni. Poczyniono także starania o uzyskanie przydziału majątku dla Powiatowego Urzędu Zdrowia oraz posiadłości w Głuchołazach (należącej wcześniej do dr. Mehlinga, znanego lekarza tamtejszego uzdrowiska) na dom wypoczynkowy dla lekarzy

³⁴⁹ Sprawozdanie Komisji Sanitarnej Powiatowej w Nysie z 15 listopada 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 297, k. 3.

³⁵⁰ Sprawozdanie z zebrania Komisji Sanitarnej w Nysie w dniu 15 października 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 297, k. 1.

³⁵¹ Protokół zebrania Komisji Sanitarnej Powiatowej w Nysie z 20 grudnia 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 297, k. 6.

³⁵² Sprawozdanie lekarza miejskiego w Nysie, przedłożone na posiedzeniu wspólnej Komisji Sanitarnej 3 kwietnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 297, k. 13.

³⁵³ Sprawozdanie Starostwa Powiatowego w Nysie za okres 21 stycznia do 20 lutego 1948 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 129.

³⁵⁴ *Siedem dni na Opolszczyźnie*, „Nowiny Opolskie” 1950, nr 9, s. 5.

³⁵⁵ Sprawozdanie lekarza miejskiego w Nysie, przedłożone na posiedzeniu wspólnej Komisji Sanitarnej w dniu 3 kwietnia 1946 r. ..., k. 14.

walczących z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim³⁵⁶. Dodać należy, że gruźlica w powiecie nyskim w pierwszych latach po wojnie występowała często, gdyż w 1946 r. zgłoszono 74 zachorowania i 3 zgony. W tym czasie prawdziwą epidemię stanowiły przypadki zachorowań na dur brzuszny (438 i 20 zgonów) oraz choroby weneryczne: kiła (92) i rzeżączka (323)³⁵⁷.

Na początku 1948 r. rozpoczęto w Nysie badania nauczycieli szkół powszechnych i średnich oraz personelu pomocniczego tych placówek, by rozpoznać gruźlicę, gdyż zdawano sobie sprawę, że chory na suchoty nauczyciel stanowił poważne zagrożenie dla dzieci. Stąd częste i dokładne były kontrole stanu płuc nauczycieli, a także dzieci szkolnych. Akcją tę z polecenia kuratorium szkolnego prowadził Wydział Powiatowy, który pokrywał koszty badań. Była ona jednak utrudniona, gdyż obok braku aparatu rentgena w Ośrodku Zdrowia w Nysie odnotowano także deficyt szczepionki Pirqueta, dzięki której można było stwierdzić u dzieci zakażenie gruźlicą³⁵⁸.

W powiecie grodkowskim w sprawozdaniach sytuacyjnych Starostwa Powiatowego pochodzących z 1946 r. podkreślano, że stan sanitarny był zadowalający. Najliczniejsze były zachorowania na dur brzuszny i wszawicę, natomiast gruźlica występowała jedynie w pojedynczych przypadkach, niemniej jednak notowano zgony na tę chorobę³⁵⁹. Podobna sytuacja panowała w 1948 r., gdyż wówczas notowano tylko nieliczne zachorowania na gruźlicę (3 w styczniu, w następnych miesiącach w ogóle), prowadzono jednak kontrole sanitarne na terenie powiatu, a PCK organizował kursy sanitarne³⁶⁰.

W powiecie prudnickim w pierwszych miesiącach od zakończenia wojny pracowało 8 lekarzy i 12 pielęgniarek (wszyscy Polacy)³⁶¹, a na początku 1946 r. było już 14 lekarzy³⁶². Akcją epidemiologiczną przeciwko gruźlicy organizowano

³⁵⁶ Protokół z zebrania Komisji Sanitarnej w Nysie w dniu 15 stycznia 1946 r., AP Opole, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 297, k. 9.

³⁵⁷ Wykaz zachorowań i zgonów na choroby zakaźne i inne w powiecie nyskim w okresie styczeń–grudzień 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 295, k. 1–54.

³⁵⁸ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Nysie za okres 21 stycznia do 20 lutego 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 128–129.

³⁵⁹ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Grodkowie za kwiecień 1946 r. z 26 kwietnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 122, k. 80; ibidem, za grudzień 1946 r. z 31 grudnia 1946 r., sygn. 130, k. 61.

³⁶⁰ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Grodkowie za styczeń 1948 r. z 3 lutego 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 92; ibidem, za luty 1948 r. z 3 marca 1948 r., sygn. 143, k. 88b; ibidem, za kwiecień 1948 r. z 3 maja 1948 r., sygn. 145, k. 19b.

³⁶¹ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za sierpień–wrzesień 1945 r. ..., k. 1.

³⁶² Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Prudniku za okres 20 grudnia 1945 r. do 20 stycznia 1946 r. z 30 stycznia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 119, k. 134.

początkowo w oparciu o domy izolacyjne w Prudniku, Głogówku i Białej oraz szpital w Prudniku, który został uruchomiony jako pierwszy³⁶³. Pracowało w nim 3 lekarzy, 5 niemieckich i 1 polska siostra zakonna, 4 polskie i 2 niemieckie pielęgniarki oraz 9 polskich sanitariuszek. Zakład prowadził m.in. oddział zakaźny z 71 łózkami. Pomimo że ze wszystkich stron napływały wiadomości o zachorowaniu na choroby zakaźne, często nie podejmowano żadnych działań, ze względu na problemy transportowe, gdyż jak pisano w jednym ze sprawozdań „lekarz uzyskuje furmankę zamiast o godzinie 8 rano – o godzinie 13–14-tej. Dlatego w tym stanie rzeczy nie może być mowy o planowej pracy, w szczególności akcji zwalczania chorób zakaźnych”³⁶⁴.

We wrześniu w Prudniku otwarto Ośrodek Zdrowia, gdzie obok poradni ogólnej, przeciwwenerycznej oraz stacji opieki nad matką i dzieckiem powstała przychodnia przeciwgruźlicza, w której w pierwszym miesiącu działalności udzielono 124 porady. Z placówki korzystali bezpłatnie repatrianci, urzędnicy państwowi i samorządowi (do czasu zorganizowania Ubezpieczalni Społecznej) oraz inne osoby za ustaloną opłatą³⁶⁵. „Prawo korzystania z usług [...] na razie mają wszyscy obywatele. Ułatwia to wyłapywanie i zarejestrowanie wypadków chorób zakaźnych i społecznych, jak również usunie narzekania na lekarzy, na ich rzekomą niedostępność i materializm”³⁶⁶. Przychodnia przeciwgruźlicza posiadała aparat rentgenowski, jednak pod koniec października 1945 r., pomimo interwencji lekarza powiatowego, „aparatura została zrabowana przez ludzi w sowieckich mundurach”³⁶⁷. Wyposażenie uzupełniano w miarę możliwości finansowych Starostwa Powiatowego, tak że w 1949 r. placówka posiadała już aparat rentgenowski, dwa aparaty do dopełniania odmy, spirometr, aparat do badania opadu krwi, brakowało natomiast w dalszym ciągu odczynników do wywoływania oraz odzieży ochronnej do wykonywania zdjęć rentgenowskich³⁶⁸.

Interesująco, a zarazem nieco groteskowo wyglądało organizowanie przez lekarza powiatowego leczenia przeciwgruźliczego w Białej w 1945 r., gdzie były trudności zwłaszcza w przejmowaniu majątków szpitalnych. W jednym ze sprawozdań lekarz powiatowy napisał: „Gospodarkę szpitala poruczyłem intendent-

³⁶³ Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Prudniku za okres 20 lipca do 20 sierpnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 106; ibidem, za okres 20 lutego do 20 marca 1946 r. z 26 marca 1946 r., sygn. 120a, k. 129.

³⁶⁴ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za sierpień–wrzesień 1945 r. ..., k. 1.

³⁶⁵ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za październik 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 177, k. 11.

³⁶⁶ Ibidem.

³⁶⁷ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za październik 1945 r. ..., k. 12.

³⁶⁸ Sprawozdanie z działalności Ośrodka Zdrowia w Prudniku za 1949 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 13–14.

wi – Polakowi, odbierając z rąk siostr zakonnych, które jak zwykle uważały majątek szpitala za swoją własność prywatną. «Krowa – to własność siostry Genowefy, kozy – siostry Marty, pszenica – siostry Kaludji» itp.³⁶⁹. Przy szpitalu otwartym w połowie sierpnia 1945 r., w którym pracował lekarz i 8 pielęgniarek, początkowo tylko na oddziale zakaźnym, powstał Ośrodek Zdrowia. Ze względu na bliską lokalizację oraz posiadanie w szpitalu aparatu rentgenowskiego i aparatu do wywoływania odmy, ośrodek przystosowany był „specjalnie do potrzeby przychodni przeciwgruźliczej, tem bardziej że kierownik Ośrodka Zdrowia dr Gunia ma w tej dziedzinie doświadczenie i zamiłowanie”³⁷⁰. W roku 1950 poradnia przeciwgruźlicza powstała także w Ośrodku Zdrowia w Zielinie³⁷¹.

Trudna sytuacja panowała w Głogówku, gdzie szpital uruchomiono dopiero w październiku 1945 r., przy czym jako pierwszy udostępniono oddział chorób zakaźnych. W tym samym momencie przystąpiono do organizowania Ośrodka Zdrowia. Było to o tyle istotne, bo w pierwszych miesiącach od zakończenia wojny pojawiły się na tym obszarze dość liczne zachorowania na dur brzuszny, głównie wśród jeńców niemieckich powracających z Rosji, którzy wcześniej przebywali w szpitalach, a następnie – jak pisze lekarz powiatowy: „wychodzili ze szpitala i wóczyli się po domach w samym Głogówku i okolicznych wsiach, roznosząc infekcję”³⁷². Występowały też zachorowania na inne choroby zakaźne, trudno jednak stwierdzić, ile było dokładnie przypadków gruźlicy, gdyż jak podał w jednym ze sprawozdań lekarz powiatowy „zatrzymany do pracy na tym terenie, przygodnie tam przebywający, niemiecki lekarz Schmidt, zgłaszał do Urzędu Zdrowia tylko chorych Polaków, ukrywając Niemców, których leczył w domu, nie zgłaszając ich w obronie przed izolacją”³⁷³.

W roku 1946 w powiecie działała Powiatowa Kolumna Przeciwepidemiczna oraz sowiecka Kolumna Przeciwepidemiczna, przysłana przez Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami. Obie zajmowały się odkażaniem, akcją szczepień oraz walką z dudem brzuszny. Zachorowania na gruźlicę w całym powiecie stanowiły wówczas pojedyncze przypadki: w okresie maj–czerwiec – 4, czerwiec–lipiec – 2, lipiec–sierpień – 1, sierpień–wrzesień – 3, wrzesień–październik – 1, październik–listopad – 4, listopad–grudzień – 3³⁷⁴. W roku 1947 (bez grudnia) zano-

³⁶⁹ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za sierpień–wrzesień 1945 r. ..., k. 3.

³⁷⁰ Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za październik 1945 r. ..., k. 12.

³⁷¹ Wykaz placówek pomocy otwartej na terenie powiatu prudnickiego w 1950 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 274.

³⁷² Sprawozdanie z działalności lekarza powiatowego w Prudniku za październik 1945 r. ..., k. 8.

³⁷³ Ibidem.

³⁷⁴ Sprawozdanie epidemiczne z powiatu prudnickiego z 25 czerwca 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 178, k. 1; ibidem, z 27 lipca 1946 r., sygn. 178, k. 2;

towano ok. 50 zachorowań na gruźlicę³⁷⁵, w 1948 r. (bez maja, listopada i grudnia) – 33 przypadki³⁷⁶, a w 1949 r. (w pierwszym półroczu do lipca, bez stycznia) – 34 zachorowania, w tym 6 zgonów z powodu choroby³⁷⁷. Jak wynika z tych danych, przypadki gruźlicy nie były liczne, choć w niektórych miesiącach zachorowania na tę chorobę występowały najczęściej wśród innych chorób zakaźnych³⁷⁸. Jednak pod koniec lat czterdziestych niepokojąco dużo było zgonów z powodu gruźlicy, gdyż „tylko” w 1949 r. na terenie powiatu, zmarło ogółem 48 osób³⁷⁹, co niejako potwierdza wzrost liczby zgonów w całym kraju.

Był to, jak już wcześniej wspomniano, wynik ciężkiej sytuacji epidemiologicznej pierwszych powojennych lat, która powstała na skutek okupacji, wycieńczenia w obozach koncentracyjnych i stanowiła konsekwencję trudnych warunków bytowych po wojnie. Do tego dochodziły trudności w izolacji chorych chronicznych z braku łóżek dla tych osób oraz długiego okresu (od 3 do 8 miesięcy) oczekiwania na leczenie sanatoryjne, co najprawdopodobniej wynikało z braku wolnych miejsc, a nie np. trudności komunikacyjnych, gdyż najbliższe sanatorium przeciwgruźlicze znajdowało się w sąsiednich Głuchołazach. Z kolei, pomimo że czas oczekiwania na leczenie szpitalne był krótszy, to jednak brakowało miejsc na oddziałach zabiegowych, gdzie prowadzono leczenie chirurgiczne (np. odmą zapałową). Wskazywano także na brak informacji dotyczących wykazu szpitali zabiegowych, co stwarzało „trudności czasem niemożliwe do pokonania i zmuszające do czekania z zabiegiem na leczenie sanatoryjne. To ostatnie przychodzi niestety tak późno, że zabieg staje się już nieaktualny”³⁸⁰. Dla przykładu w 1949 r. poradnia przeciwgruźlicza w Prudniku do szpitali skierowała 14 osób, do sanatoriów 5, do

ibidem, z 21 sierpnia 1946 r., sygn. 178, k. 3; ibidem, z 21 września 1946 r., sygn. 178, k. 4; ibidem, z 22 października 1946 r., sygn. 178, k. 5; ibidem, z 21 listopada 1946 r., sygn. 178, k. 6; ibidem, z 27 grudnia 1946 r., sygn. 178, k. 7.

³⁷⁵ Sprawozdania miesięczne epidemiczne z powiatu prudnickiego za okres styczeń–listopad 1947 r., AP Opole, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 179, k. 1–12. Inne dane (ok. 40 przypadków) podawane są w Informacjach Referatu Zdrowia w Prudniku do lekarza powiatowego w Nysie. Por.: Wykaz zachorowań i zgonów na choroby zakaźne za okres styczeń–grudzień 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 296.

³⁷⁶ Sprawozdania miesięczne epidemiczne z powiatu prudnickiego za okres styczeń–listopad 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 179, k. 1–12.

³⁷⁷ Sprawozdania miesięczne epidemiczne z powiatu prudnickiego za okres styczeń–kwiecień i czerwiec–październik 1948 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 179, k. 13–21.

³⁷⁸ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Prudniku za okres 20 stycznia do 20 lutego 1948 r. z 4 marca 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 161b.

³⁷⁹ Sprawozdanie z poradni przeciwgruźliczej za 1949 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 30.

³⁸⁰ Sprawozdanie z Poradni Przeciwgruźliczej za III kwartał 1950 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 229.

prewentoriów 2³⁸¹, natomiast w ciągu trzech kwartałów 1950 r. – do szpitali 9 chorych, a do sanatoriów 5³⁸², przy czym w styczniu 1950 r. w poradni było zarejestrowanych 160 osób, w tym 55 dzieci, natomiast w grudniu tego roku odnotowanych było już 341 osób, w tym 78 dzieci³⁸³. Widać więc, że pomimo zintensyfikowania prac poradni w walce z gruźlicą, zwłaszcza na etapie „wyłapywania” zachorowań, znacznie gorzej było z zapewnieniem odpowiedniego leczenia.

Rola poradni przeciwgruźliczych była jednak w tym okresie nie do przecenienia. Nie tylko wykonywano tam zabiegi dopełnienia odną, badania na opad krwinek czy badanie plwociny, ale przede wszystkim masowe prześwietlenia rentgenowskie, odczyny tuberkulinowe, szczepienia noworodków BCG itp. Świadczą o tym sprawozdania z działalności prudnickiej placówki, gdyż tylko w 1950 r. wykonano 585 szczepień BCG, ponad 1500 zdjęć rentgenowskich i ok. 300 odczynów tuberkulinowych³⁸⁴. W sumie przyjęto 341 chorych na gruźlicę (dorośli i dzieci), udzielono 3077 porad, wykonano 138 odwiedzin, 1995 zabiegów i 6922 badań³⁸⁵.

W powiecie kluczborskim w pierwszych tygodniach po wyzwoleniu uruchomiono skromnie wyposażony Powiatowy Ośrodek Zdrowia, który początkowo pełnił rolę ambulatorium ogólnego. Pomimo prób – podejmowanych od kwietnia aż do grudnia 1945 r. – nie udało się uruchomić poradni przeciwgruźliczej, z uwagi na brak wyposażenia, m.in. aparatu rentgena, aparatu do odmy, strzykawek itp.³⁸⁶. Poradnia przeciwgruźlicza powstała dopiero 1 grudnia 1945 r., jednak prowadził ją lekarz niebędący ftyzjatrą oraz jedna pielęgniarka. Na jej wyposażeniu był jedynie mikroskop i aparat do odmy, gdyż aparat rentgenowski był nieczynny. Miesięcznie zgłaszało się do przychodni ok. 40 osób, w większości z gruźlicą płuc³⁸⁷. Pod koniec 1946 r. Powiatowy Ośrodek Zdrowia rozpoczął badanie dzieci w kierunku gruźlicy, podawano im także tran oraz prowadzono akcję szczepienną przeciwko durowi brzuszemu³⁸⁸.

³⁸¹ Sprawozdanie z Poradni Przeciwgruźliczej za 1949 r. ..., k. 29.

³⁸² Sprawozdanie z Poradni Przeciwgruźliczej za III kwartał 1950 r. ..., k. 228.

³⁸³ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Prudniku za styczeń i grudzień 1950 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 79 i 264.

³⁸⁴ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Prudniku za okres I–IV kwartał 1950 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 104, 180, 226 i 275.

³⁸⁵ Sprawozdanie z działalności Ośrodka Zdrowia w Prudniku za 1950 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Prudniku, sygn. 176, k. 166.

³⁸⁶ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Kluczborku za czerwiec 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 539, k. 7.

³⁸⁷ Ankieta przychodni przeciwgruźliczych województwa śląsko-dąbrowskiego wypełniona przez lekarza powiatowego w Kluczborku, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Kluczborku, sygn. 495, k. 8.

³⁸⁸ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Kluczborku za okres 25 października do 25 listopada 1946 r. z 3 grudnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny,

Powiat niemodliński obsługiwał Ośrodek Zdrowia w Niemodlinie, który powstał już w miesiącach letnich 1945 r. Funkcjonowała w nim poradnia przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna oraz stacja dla matki i dziecka, które na początku 1946 r. zostały wyposażone w sprzęt pochodzący z konfiskaty niemieckich gabinetów lekarskich³⁸⁹. W okresie tym na skutek zarażenia się dudem płamistym zmarł tamtejszy lekarz powiatowy i przez dłuższy czas w ośrodku pracował tylko jeden lekarz. Stąd nasiliły się wówczas zachorowania na dur brzuszny i dur płamisty, przy czym najliczniejsze zachorowania – trwające od lutego do maja 1946 r. – występowały na terenie Obozu Pracy w Łąbinowicach, gdzie stan sanitarny był bardzo zły³⁹⁰. Ze względu na występujące tam liczne zachorowania na choroby zakaźne, w tym na gruźlicę, obawiano się epidemii na terenie powiatu, zwłaszcza że w obozie tym (jak i w innych na Śląsku Opolskim) lekarze, pielęgniarki, a nawet niższy personel medyczny nie był zatrudnionych tam na stałe³⁹¹. Stąd w okresie największego nasilenia epidemii tyfusu na terenie obozu uruchomiono kolumny dezynfekcyjne, które prowadziły akcję odkażania, a kilku pracowników obozu także zaszczepiono szczepionką przeciwko tyfusowi³⁹².

sygn. 129, k. 84.

³⁸⁹ Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie za wrzesień 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., sygn. 101, k. 44; ibidem, za styczeń 1946 r., sygn. 119, k. 122.

³⁹⁰ Po II wojnie światowej na Śląsku było 30 obozów pracy. Na Górnym Śląsku funkcjonowało początkowo 18, a następnie ok. 60 obozów; 12 zarządzanych było przez wojskowych radzieckich i NKWD. Stan zdrowotny więźniów w obozach na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego (zwłaszcza na Śląsku Opolskim) po wojnie był odzwierciedleniem sytuacji zdrowotnej ludności na terenie całego kraju. Niemniej jednak dodatkowy wpływ na stan zdrowia osadzonych miało wycieńczenie spowodowane niedostatecznym wyżywieniem, wyczerpującą pracą, dużym zagęszczeniem w barakach, złymi warunkami higienicznymi, brakiem ciepłej odzieży, brakiem lekarstw i opieki medycznej. Nie bez znaczenia była także duża liczba osób starszych, kobiet, dzieci i niemowląt. Czynniki te wpływały na szybki rozwój chorób zakaźnych oraz liczne zgony. Szacuje się, że w Obozie Pracy w Łąbinowicach zmarło ok. 1,5 tys., przy czym wskaźnik śmiertelności wywołanej epidemiami stanowił 60% ogółu zgonów. Zob.: E. N o w a k, *Obozy na Śląsku Opolskim w systemie powojennych obozów w Polsce (1945–1950). Historia i implikacje*, Opole 2002, s. 62 oraz 119–120.

³⁹¹ Obóz był jedynie okresowo wizytowany przez lekarza powiatowego. Dopiero po pewnym czasie skierowano tam niemieckiego lekarza, Heinza Essera, który nie miał jednak prawa samodzielnego leczenia. Korzystano także z pomocy osadzonych w nim pielęgniarki i studenta medycyny. Zob.: Sprawozdanie Komisji Sanitarnej Powiatowej w Nysie w dniu 15 listopada 1945 r. ..., k. 4; Zob. też: E. N o w a k, *Obozy na Śląsku Opolskim...*, s. 120–124 i 241.

³⁹² Ze sprawozdań Starostwa Powiatowego w Niemodlinie wynika, że władze nie mogły zdobyć szczepionki dla wszystkich więźniów zagrożonych epidemią tyfusu. Zob.: Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie z 29 marca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 120a.

Ponadto, istotnym problemem na terenie powiatu niemodlińskiego w tym okresie była szerząca się wszawica, w związku z tym kolumny dezynfekcyjne prowadziły akcję odkażania i odwszawiania co kilka dni³⁹³. Do końca 1946 r. lekarz powiatowy – dr Henryk Kałużyński – zorganizował ośrodki zdrowia w Tułowicach, Wierzbii, Graszu (później – Gracze) i Grabinie³⁹⁴.

W powiecie bytomskim w pierwszych powojennych miesiącach szerzyły się zachorowania na dur brzuszny, czerwonkę, co przypisywano powrotom ludności z obozów pracy przymusowej. Większość z nich było wyczerpanych, schorowanych, niezdolnych do pracy, a w powiecie dodatkowo brakowało żywności. W celu zapobieżenia rozszerzaniu się tych chorób organizowano punkty izolacyjne, powołano w gminach rady zdrowia i sekcje opieki nad matką i dzieckiem oraz organizowano szpitale dla chorych zakaźnych³⁹⁵. W drugiej połowie 1945 r. rozpoczęto także walkę z gruźlicą, która była utrudniona ze względu na brak środków medycznych. Wydział Zdrowia razem z władzami szkolnymi prowadził akcję ratowania dzieci zagrożonych gruźlicą w oparciu o Ośrodek Zdrowia, a w zakładach opiekuńczych miasta Bytomia lekarze bezpłatnie prowadzili badania dzieci w kierunku gruźlicy, jaglicy i chorób wenerycznych. Koszty leczenia tych chorób pokrywały gminy³⁹⁶.

Na początku 1946 r. ok. 60% ludności cierpiało na świerzb, nasilała się też w tym czasie epidemia duru brzusznego do tego stopnia, że zasoby łóżek Szpitala Miejskiego w Bytomiu nie wystarczały na zaspokojenie potrzeb miejscowej ludności. Poczyniono więc starania u władz sowieckich o zwolnienie jednego ze szpitali zajmowanych przez Armię Czerwoną³⁹⁷. Ponadto, szpital zakaźny był w dalszym ciągu w remoncie, stąd chorych na leczenie wysyłano na koszt Zarządu Miejskiego do innych miejscowości³⁹⁸. W tych warunkach dużą uwagę skoncentrowano na kontroli stanu sanitarnego powiatu oraz uruchamianiu punktów izolacyjnych i dezynfekcji mieszkań. Ośrodek Zdrowia, w którym funkcjonowała poradnia przeciwgruźlicza, zajmował się leczeniem chorych na gruźlicę (w marcu 1946 r. leczono ok. 885 osób), natomiast w 23 szkołach powszechnych, znajdujących się

³⁹³ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie za luty 1946 r. z 1 marca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 71.

³⁹⁴ Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Niemodlinie za okres 20 października do 20 listopada 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 129, k. 97.

³⁹⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Bytomiu za okres 15 sierpnia do 15 września 1945 r. z 2 października 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 86, k. 85; ibidem, za okres 15 września do 15 października 1945 r. z 26 października 1945 r., sygn. 86, k. 92.

³⁹⁶ Sprawozdanie Starosty Grodzkiego w Bytomiu z 30 października 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 86, k. 94b; ibidem, z 30 listopada 1945 r., sygn. 86, k. 111.

³⁹⁷ Sprawozdanie Starosty Grodzkiego w Bytomiu z 30 listopada 1945 r. ..., k. 111.

³⁹⁸ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Bytomiu za styczeń 1947 r. z 30 stycznia 1947 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 130, k. 74.

w powiecie bytomskim, lekarze i higienistki przeprowadzali przeglądy higieniczne (ok. 7120 dzieci) oraz badali i leczyli pod kątem gruźlicy, świerzbu i anemii (badaniami objęto ok. 1146 dzieci)³⁹⁹.

W powiecie zabrzańskim Wydział Zdrowia, zajmujący się zwalczaniem chorób zakaźnych, higieną i profilaktyką, rozpoczął swą działalność 16 kwietnia 1945 r. w budynku przedwojennego „Gesundheitsamtu”⁴⁰⁰. W samym Zabrze wkrótce w budynku tym uruchomiono także Ośrodek Zdrowia, w którym istniała przychodnia przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna, jednak obie te placówki w pierwszym okresie funkcjonowania borykały się z brakami kadrowymi i sprzętowymi, gdyż nie działał nawet aparat rentgenowski. Chorzy poradni przeciwgruźliczej prześwietlani byli w Szpitalu Miejskim, w którym był oddział przeciwgruźliczy⁴⁰¹. Dodać należy, że na terenie powiatu zabrzańskiego gruźlica po wojnie nie stanowiła poważniejszego problemu, choć np. w gminie Zaborze była na trzecim miejscu (po chorobach serca i nowotworach) pod względem przyczyn zgonów, przy czym jak wynika z kwerendy ksiąg metrykalnych zgonów w zabrzańskiej parafii pw. św. Jadwigi Śląskiej, najwięcej zgonów z powodu gruźlicy odnotowano w porze jesienno-zimowej i wiosennej, i częściej chorowali na nią mężczyźni niż kobiety⁴⁰².

W powiecie kozielskim początkowo funkcjonował jedynie Szpital Zakaźny w Koźlu (50 łóżek), następnie uruchomiono oddział zakaźny w Kędzierzynie (35 łóżek) oraz Szpital Izolacyjny w Kłodnicy (15 łóżek)⁴⁰³. W roku 1946 na terenie powiatu zanotowano 94 przypadki zachorowań na gruźlicę, z których 31 hospitalizowano, 9 zakończyło się zgonem. Najliczniejsze w tym okresie były przypadki duru brzuszego (262 zachorowania, 9 zgonów) oraz zimnicy (121 zachorowań

³⁹⁹ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Grodzkiego w Bytomiu z 31 marca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120a, k. 3.

⁴⁰⁰ Sprawozdanie lekarza miasta wydzielonego Zabrze z 1 czerwca 1945 r., AP w Katowicach, Oddział w Gliwicach, Zarząd Miejski, sygn. 70, k. 1; Sprawozdanie miesięczne Starosty Powiatowego w Bytomiu za okres 15 stycznia do 15 lutego 1946 r. z 28 lutego 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 86, k. 18–19.

⁴⁰¹ Sprawozdanie lekarza miasta wydzielonego Zabrze..., k. 2; Sprawozdanie lekarza powiatowego dotyczące stanu sanitarnego miasta Zabrze z 23 kwietnia 1945 r., AP w Katowicach, Oddział w Gliwicach, Zarząd Miejski, sygn. 70, k. 1; Sprawozdanie miesięczne Starosty Powiatowego w Strzelcach za okres 20 sierpnia do 20 września 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., sygn. 114, k. 131.

⁴⁰² M. K u r d z i e l, *Księgi zmarłych jako źródło do badań nad chorobami i umieralnością ludności (na przykładzie społeczności parafii św. Jadwigi Śląskiej w Zabrze Zaborze w latach 1947–1956)*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003, s. 109–113.

⁴⁰³ Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Koźlu z 11 lipca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 99, k. 3; Pismo lekarza powiatowego w Koźlu do Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami z 30 kwietnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 526.

i 2 zgony)⁴⁰⁴. Dnia 1 lutego 1946 r. w budynku Ośrodka Zdrowia w Koźlu otwarto przychodnię przeciwgruźliczą, która znajdowała się pod zarządem Wydziału Powiatowego. Była ona jednak skromnie wyposażona, gdyż nie posiadała aparatu do prześwietleń rentgenowskich oraz do odmy itp. Jej działalność koncentrowała się więc głównie na prowadzeniu wywiadów środowiskowych. Każdego miesiąca przychodnia przyjmowała kilkudziesięciu nowych pacjentów, tak że na koniec roku zapisanych było 260 chorych, z których 121 pozostawało pod jej bezpośrednią opieką. We wrześniu 1946 r. powstała przychodnia przeciwgruźlicza w Polskiej Cerekwi, która w czwartym kwartale miała zapisanych 134 podopiecznych⁴⁰⁵. Funkcjonowała ona do maja 1949 r., a następnie ewidencję chorych przeniesiono do Poradni Przeciwgruźliczej w Koźlu. Przyczyną likwidacji placówki były braki kadrowe oraz nasilenie się chorób wenerycznych w tej miejscowości⁴⁰⁶.

Działalność wspomnianych placówek została oceniona przez nadzwyczajnego naczelnego komisarza do walki z epidemiami w Katowicach dr. J. Kępskiego. Inspekcja sanitarna oddziałów zakaźnych i placówek przeciwgruźliczych funkcjonujących w powiecie została przeprowadzona w maju i grudniu 1946 r. i choć była wnikliwa, nie wykazała większych nieprawidłowości⁴⁰⁷. Jednak już niecały rok później Nadzwyczajny Naczelny Komisarz do Walki z Epidemiami napisał do lekarza powiatowego w Koźlu: „Ministerstwo Zdrowia NNK zwróciło szczególną uwagę na sprawozdania miesięczne z ruchu chorych w szpitalach i oddziałach zakaźnych sporządzane przez Powiatowy Urząd Zdrowia, wskazując na ich «nieprawdopodobną chaotyczność i nieścisłość»⁴⁰⁸. Chodziło o rozbieżności w wykazywaniu liczby łóżek etatowych, bowiem osoba sporządzająca sprawozdania nie rozróżniała łóżek etatowych od obłożonych oraz w wielu przypadkach podawała liczbę łóżek w danym szpitalu zamiast tylko łóżek zakaźnych. „Przypadek kozielski” nie był odosobniony, gdyż jak już wspomniano wcześniej, sprawozdania z działalności lekarzy powiatowych, jak i innych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia, często wykazywały wiele nieścisłości, dokonywane były niestarannie i prawdopodobnie traktowane przez niektórych „jak zło konieczne”. Zresztą w tym samym tonie pisał kierownik Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Katowicach:

⁴⁰⁴ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Koźlu za 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 527.

⁴⁰⁵ Sprawozdanie z działalności Przychodni Przeciwgruźliczej w Koźlu za 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 532.

⁴⁰⁶ Pismo lekarza powiatowego w Koźlu do Kierownika Centralnej Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej w Katowicach z 20 maja 1949 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 535, k. 65.

⁴⁰⁷ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Koźlu za 1946 r...., sygn. 527.

⁴⁰⁸ Pismo Nadzwyczajnego Naczelnego Komisarza do Walki z Epidemiami do lekarzy powiatowych w Cieszynie, Koźlu i Nysie z 7 października 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 527.

„Proszę o spowodowanie, aby Przychodnia Przeciwgruźlicza w Cerekwi Polskiej nadsyłała sprawozdania. Dotąd nadesłane sprawozdania za styczeń 1947, październik i listopad są z błędami. Ponieważ pomiędzy styczniem a październikiem nie ma ciągłości, wobec tego proszę, aby nadesłać wszystkie sprawozdania miesięczne i kwartalne poczynsz od 1 lutego 1947 r. [...] Równocześnie donoszę, że szwankuje praca w dziale statystycznym w Przychodni Przeciwgruźliczej w Kędzierzynie”⁴⁰⁹.

Gruźlica ze zdwojoną siłą pojawiła się na początku 1947 r., gdyż już w styczniu pracownicy poradni w Koźlu zanotowali 16 przypadków zachorowań, a „pielęgniarki przychodni przeciwgruźliczej przeprowadziły [...] 11 wywiadów u gruźlików, które to osoby skierowano do leczenia w Powiatowym Ośrodku Zdrowia”⁴¹⁰. Łącznie w ciągu roku do lekarza powiatowego wpłynęło zarejestrowanych 88 nowych rozpoznań gruźlicy, z czego 33 osoby były hospitalizowane⁴¹¹. Natomiast w czterech kwartałach 1947 r. Przychodnia Przeciwgruźlicza w Koźlu udzieliła 1386 porad, przyjmując 361 nowo zapisanych pacjentów⁴¹². W walkę z gruźlicą zaangażowano także Powiatową Kolumnę Przeciwepidemiczną, która „w mieszkaniach osób chorych na gruźlicę [...] przeprowadziła kontrolę pod względem higieniczno-sanitarnym, wydając pouczenia dotyczące odseparowania chorych osób od członków rodziny”⁴¹³.

W kwietniu tego roku zlikwidowano Szpital Izolacyjny w Kłodnicy oraz oddział zakaźny w Sławięcicach, który zamieniono na Okręgowy Ośrodek Zdrowia. W związku z tym chorych na gruźlicę przyjmował jedynie Szpital Zakaźny w Koźlu (50 łóżek) oraz oddział zakaźny w Kędzierzynie (35 łóżek), gdzie w lipcu dodatkowo uruchomiono Poradnię Przeciwgruźliczą. Była to już trzecia tego typu placówka na terenie powiatu, którą ulokowano w budynku Okręgowego Ośrodka Zdrowia. Na koniec 1947 r. w jej rejestrze było zapisanych już 100 chorych, z których pod bezpośrednią opieką znajdowało się 63 pacjentów⁴¹⁴.

Pomimo że w powiecie funkcjonowały trzy placówki przeciwgruźlicze, każda z nich miała dużo pracy. W roku 1948 przychodnia w Koźlu wykazała 301 nowo zapisanych chorych, w tym 128 dzieci, z których większość miała styczność z cho-

⁴⁰⁹ Pismo Kierownika Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Katowicach do lekarza powiatowego w Koźlu, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 534.

⁴¹⁰ Sprawozdanie Powiatowego Referatu Zdrowia w Koźlu za styczeń 1947 r. z dnia 6 lutego 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 527.

⁴¹¹ W 1947 r. dość liczne na terenie powiatu były także zachorowania na zimnicę i malarię. Zob.: Sprawozdania miesięczne lekarza powiatowego w Koźlu z akcji przeciwepidemicznej od stycznia do grudnia 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 527.

⁴¹² Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Koźlu za cztery kwartały 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 533.

⁴¹³ Sprawozdanie lekarza powiatowego w Koźlu z akcji przeciwepidemicznej za czerwiec 1947 r. z 1 lipca 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 527.

⁴¹⁴ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Kędzierzynie, AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 533.

robą, w związku z tym poddano ich obserwacji, udzielając przy tym 1351 porad⁴¹⁵. Przychodnia w Polskiej Cerekwi wykazała 225 nowo zapisanych pacjentów, w tym 108 dzieci, udzielając im 761 porad⁴¹⁶, natomiast placówka w Kędzierzynie w ciągu roku odnotowała 252 pacjentów, w tym 126 dzieci i 970 porad⁴¹⁷. Rok później liczba nowo zarejestrowanych była już mniejsza, co nie znaczy, że gruźlica nie zagrażała miejscowej ludności. Poradnia w Koźlu przyjęła 119 nowych chorych, w tym 66 dzieci, a w ciągu roku wykonano 11 odm, 514 szczepień BCG, 86 prześwietleń rentgenowskich (placówka nie posiadała aparatu rentgenowskiego), 551 odczynów tuberkulinowych, wystawiając jednocześnie 2 skierowania do szpitala oraz 7 do sanatoriów⁴¹⁸. W Kędzierzynie przyjęto 129 nowo zapisanych, w tym 72 dzieci, z których 16 dorosłych i 13 dzieci miało styczność z gruźlicą. Większość z nich poddano obserwacji, udzielając przy tym 1205 porad. W ciągu roku z powodu choroby zanotowano 7 zgonów, w tym jednego dziecka⁴¹⁹. Natomiast placówka w Polskiej Cerekwi, działająca tylko do maja, wykazała 27 nowo zapisanych, w tym 18 dzieci, udzielając porad w 123 przypadkach⁴²⁰.

Ciekawie wygląda analiza sprawozdań tygodniowych dotyczących zachorowań na choroby zakaźne, nadsyłanych do Starostwa Powiatowego w Koźlu z powiatów sąsiednich. W 1946 r. nadesłano sprawozdania z Referatu Zdrowia w Gliwicach, ze starostw powiatowych (od lekarzy powiatowych) w Strzelcach, Raciborzu, Głubczycach oraz Powiatowego Urzędu Zdrowia w Prudniku. Wynika z nich, że gruźlica na tych terenach nie stanowiła poważnego problemu, jednak daje się zauważyć istotny wzrost zachorowań na inne choroby zakaźne.

W powiecie raciborskim na pierwszy plan wysuwają się zachorowania na rzeżączkę (301 przypadków), dur brzuszny (216) i kiłę (106), przy czym stwierdzono 15 przypadków gruźlicy, w tym 3 zgony⁴²¹. Poważnym problemem były także zachorowania na świerzb, który leczony był wyłącznie za pomocą maści przeciw-

⁴¹⁵ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Koźlu za 1948 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 534.

⁴¹⁶ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Polskiej Cerekwi za 1948 r. z 13 stycznia 1949 r., AP Opole, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 534.

⁴¹⁷ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Kędzierzynie za 1948 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 534.

⁴¹⁸ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Koźlu w 1949 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 535, k. 180.

⁴¹⁹ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Kędzierzynie w 1949 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 535.

⁴²⁰ Sprawozdanie z działalności Poradni Przeciwgruźliczej w Polskiej Cerekwi za I kwartał 1949 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 535, k. 51.

⁴²¹ Sprawdzania tygodniowe lekarza powiatowego w Raciborzu do lekarza powiatowego w Koźlu od stycznia do grudnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 530.

świerzbowej, choć dodać należy, że pomimo swej prostoty środek ten przynosił oczekiwane rezultaty⁴²².

W powiecie głubczyckim, gdzie zarejestrowano w ciągu 1946 r. 73 zachorowania na gruźlicę, w tym 2 zgony, poważnym problemem był dur brzuszny (352) oraz przypadki rzeżączki (173) i kiły (80), przy czym nagminnie brakowało lekarstw i lekarzy specjalistów, zajmujących się ich leczeniem⁴²³. Lekarz powiatowy w Prudniku przesłał informację o 273 przypadkach duru brzusznego, 31 przypadkach gruźlicy, a z pozostałych chorób zakaźnych wymieniono również zachorowania na błonicę oraz pojedyncze przypadki płonicy, malarii i czerwonki⁴²⁴.

W powiecie gliwickim w 1946 r. stwierdzono 42 przypadki gruźlicy, ale najliczniejsze (246) były zachorowania na dur brzuszny⁴²⁵. Wszędzie przeprowadzono dezynfekcję, poważnie chorych hospitalizowano na oddziale chorób zakaźnych (47 łóżek) Szpitala Miejskiego w Gliwicach, który posiadał także oddział chorób wewnętrznych, chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy i skórno-weneryczny. Chorych z gruźlicą leczono na oddziale zakaźnym, gdzie wykonywano zdjęcia i prześwietlenia rentgenowskie, próby tuberkulinowe, badanie płwociny⁴²⁶. Jednak z uwagi na brak środka lokomocji hospitalizacja często była niemożliwa, a środki zapobiegawcze zbyt późno stosowane. Ponadto, na terenie powiatu grodzkiego działały cztery ośrodki zdrowia: centralny w Gliwicach oraz rejonowe w Wójtowej Wsi, Sośnicy i Sobiszowicach, w których funkcjonowały poradnie przeciwgruźlicze, przeciwweneryczne, matki z dzieckiem, dzięki czemu chorzy mogli zasięgnąć opinii, porad oraz leczyć się w specjalistycznych poradniach⁴²⁷. Jednak tylko w Miejskim Centralnym Ośrodku Zdrowia uruchomiono w kwietniu 1948 r. gabinet rentgenowski, w którym wykonywano badania gruźlicze⁴²⁸.

⁴²² Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Raciborzu za luty 1946 r. z 26 lutego 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 98.

⁴²³ Sprawdzania tygodniowe Referatu Zdrowia Powiatu Głubczyckiego od stycznia do grudnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 526; Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Głubczycach za kwiecień 1946 r. z 31 maja 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 122, k. 76.

⁴²⁴ Sprawdzania tygodniowe Powiatowego Urzędu Zdrowia w Prudniku od stycznia do grudnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 530.

⁴²⁵ Sprawdzania tygodniowe lekarza powiatowego w Gliwicach do lekarza powiatowego w Koźlu od stycznia do grudnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 530.

⁴²⁶ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Gliwicach za okres 16 grudnia 1946 r. do 15 stycznia 1947 r. z 20 stycznia 1947 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 131, k. 55; ibidem, za okres 16 stycznia do 15 lutego 1947 r. z 20 lutego 1947 r., sygn. 132, k. 61–62.

⁴²⁷ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Gliwicach za okres 16 października do 15 listopada 1946 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 129, k. 45; ibidem, za okres 16 listopada do 15 grudnia 1946 r. z 23 listopada 1946 r., sygn. 130, k. 46.

⁴²⁸ Sprawozdanie miesięczne Zarządu Miejskiego w Gliwicach za kwiecień 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 144, k. 175.

Natomiast w powiecie strzeleckim w 1946 r. gruźlicę rozpoznano w 51 przypadkach i były to raczej pojedyncze zachorowania, gdyż od czerwca do września 1945 r. wykryto ich zaledwie cztery⁴²⁹. Najliczniejsze (126) były przypadki duru brzuszego i jak podkreślał starosta tego powiatu w swoich comiesięcznych sprawozdaniach, stan zdrowia społeczeństwa na tym terytorium był katastrofalny, pomimo ogromnych wysiłków lekarzy⁴³⁰. Głównym problemem był głód i niska stopa życiowa mieszkańców, brak urządzeń sanitarnych, instrumentów lekarskich, środków leczniczych oraz ogólnie funduszy na funkcjonowanie placówek służby zdrowia, które w większości były zadłużone z powodu niepłacenia rachunków za leczenie przez chorych najuboższych⁴³¹. Chodziło o szpitale w Leśnicy, Gogolinie i Strzelcach. W „miarę normalnie” działał ośrodek zdrowia w Strzelcach, w którym, pomimo braku wyposażenia w sprzęt lekarski, funkcjonowała przychodnia dla matki i dziecka, przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna, przeciwjaglicza i przeciwreumatyczna⁴³². Przychodnie te ze względu na ograniczone środki zaspokajały tylko najpilniejsze potrzeby i raczej nie można powiedzieć, że przyczyniały się do podnoszenia stanu zdrowia publicznego społeczeństwa strzeleckiego⁴³³, choć w sprawozdaniach zaznaczano, że prowadzono wywiady dotyczące gruźlicy⁴³⁴. Na początku 1947 r. zaczęto organizować ośrodki zdrowia w Gogolinie, Leśnicy i Zawadzkiem, jednak były problemy z obsadą lekarską, gdyż na terenie powiatu pracowało tylko dziewięciu lekarzy, w tym pięciu w Strzelcach⁴³⁵.

Podobna tendencja odnośnie do zachorowań na gruźlicę we wspomnianych powiatach utrzymywała się w 1947 r., przy czym dało się zauważyć zmniejszenie liczby zachorowań na wszystkie choroby zakaźne, w tym gruźlicę (zdarzały się jednak nadal zgony z powodu tej choroby). Wyjątek stanowi powiat głubczycki,

⁴²⁹ Sprawozdanie miesięczne Starosty Powiatu w Strzelcach za okres 20 sierpnia do 20 września 1945 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 114, k. 131.

⁴³⁰ Sprawdzania tygodniowe lekarza powiatowego w Strzelcach do lekarza powiatowego w Koźlu od stycznia do grudnia 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 530.

⁴³¹ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 21 lutego do 20 marca 1946 r. z 28 marca 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 120a, k. 162.

⁴³² Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 21 kwietnia do 20 maja 1946 r. z 29 maja 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 123, k. 110.

⁴³³ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty w Strzelcach za okres 21 marca do 20 kwietnia 1946 r. z 30 kwietnia 1946 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 122, k. 189.

⁴³⁴ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 21 czerwca do 20 lipca 1947 r. z 30 lipca 1947 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 137, k. 131.

⁴³⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty w Strzelcach za okres 21 grudnia 1946 r. do 20 stycznia 1947 r. z 29 stycznia 1947 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 131, k. 178–179.

w którym wiosną 1947 r. zanotowano wzrost zachorowań na gruźlicę oraz powiat raciborski, gdzie nastąpił trzykrotny wzrost zachorowań⁴³⁶.

W powiecie gliwickim w 1947 r. stwierdzono ok. 30 przypadków gruźlicy (17 – dur brzuszny)⁴³⁷, choć w samych Gliwicach zachorowań na gruźlicę było znacznie więcej, w tym okresie stanowiła ona największe zagrożenie spośród wszystkich rejestrowanych chorób zakaźnych⁴³⁸. W latach 1947–1949 nadal miesięcznie odnotowywano kilkanaście osób z gruźlicą, które umieszczano w Szpitalu Miejskim na oddziale zakaźnym. Ponadto w samych Gliwicach nadal funkcjonowały dwie poradnie przeciwgruźlicze, które udzielały ok. 500 porad miesięcznie, wykonywały ok. 200 prześwietleń i 300 zdjęć rentgenowskich. Przeprowadzano w nich także zabiegi odmy, pielęgniarki robiły wywiady środowiskowe, wystawiano skierowania na leczenie sanatoryjne. Z zachowanych sprawozdań miesięcznych Zarządu Miejskiego w Gliwicach wynika, że władze tego miasta (na prawach powiatu) przywiązywały dużą wagę do walki z gruźlicą. Dokumenty te cechuje znaczna staranność i dokładność, jeśli chodzi o zachorowania na gruźlicę i inne dane statystyczne związane z jej leczeniem⁴³⁹.

W powiecie prudnickim w 1947 r. gruźlicę rozpoznano w 39 przypadkach (18 dur brzuszny)⁴⁴⁰, na obszarze raciborskiego 47 zachorowań na gruźlicę i 44 na dur brzuszny⁴⁴¹, ale na pierwszy plan wysuwa się powiat głubczycki, gdzie w ciągu roku rozpoznano 46 przypadków gruźlicy oraz 125 przypadków rzeżączki i 114 kiły. Choroby weneryczne w pozostałych powiatach nie stanowiły w tym czasie tak

⁴³⁶ Sprawozdanie miesięczne Starostwa Powiatowego w Głubczycach za maj 1947 r., AP w Katowicach, UWŚł., Wydział Ogólny, sygn. 135, k. 45; Sprawozdania lekarza Powiatowego w Raciborzu za okres styczeń–grudzień 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 531.

⁴³⁷ Sprawozdania Referatu Zdrowia Starostwa Powiatowego w Gliwicach za okres styczeń–grudzień 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 531.

⁴³⁸ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Gliwicach za okres 16 marca do 15 kwietnia 1947 r. z 28 kwietnia 1947 r., AP w Katowicach, UWŚł., Wydział Ogólny, sygn. 134, k. 33; ibidem, za okres 16 kwietnia do 15 maja 1947 r. z 20 maja 1947 r., sygn. 135, k. 35; ibidem, za okres 16 czerwca do 15 lipca 1947 r. z 28 lipca 1947 r., sygn. 137, k. 37.

⁴³⁹ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Gliwicach za okres 16 grudnia 1947 r. do 15 stycznia 1948 r. z 11 stycznia 1948 r., AP w Katowicach, UWŚł., Wydział Ogólny, sygn. 144, k. 9; ibidem, za okres 16 kwietnia do 15 maja 1948 r. z 28 maja 1948 r., sygn. 144, k. 118; ibidem, za okres 16 lipca do 15 sierpnia 1948 r. z 1 września 1948 r., sygn. 146, k. 32; ibidem, za okres 16 października do 15 listopada 1948 r. z 26 listopada 1948 r., sygn. 146, k. 110; ibidem, za maj 1949 r. z 23 maja 1949 r., sygn. 150, k. 103.

⁴⁴⁰ Sprawozdania Powiatowego Urzędu Zdrowia w Prudniku za okres styczeń–grudzień 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 531.

⁴⁴¹ Sprawozdania lekarza Powiatowego w Raciborzu za okres styczeń–grudzień 1947 r. ...

istotnego problemu, były to pojedyncze przypadki, a jedynie w Głubczycach były prawdziwą epidemią⁴⁴².

W powiecie strzeleckim w 1947 r. stwierdzono 24 zachorowania na gruźlicę (40 na dur brzuszny)⁴⁴³. Pod koniec tegoż roku chorób zakaźnych było już pod względem liczbowym niewspółmiernie mniej niż w latach poprzednich. Dotyczyło to także zachorowań na gruźlicę. Niemniej jednak rozwijano akcję profilaktyczną; zgodnie z zarządzeniem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach noworodków szczepiono zastrzykiem doustnym BCG, a wiosną 1948 r. wśród nauczycieli rozpoczęto akcję przeciwgruźliczą, polegającą na wykonaniu masowych prześwietleń płuc⁴⁴⁴.

Dopiero w lipcu 1948 r. uruchomiono długo oczekiwany Ośrodek Zdrowia w Zawadzkiem⁴⁴⁵, w którym otwarto przychodnię przeciwgruźliczą. W powiecie strzeleckim funkcjonowały więc dwie tego typu placówki (pierwszą otwarto w Strzelcach), gdzie leczono większość chorych na gruźlicę. Dodatkowo szpital w Leśnicy posiadał osobny oddział przeciwgruźliczy, leczono tam nie tylko chorych mieszkających w tym regionie, ale również kierowanych tam przez wojewódzki Wydział Zdrowia. Pod koniec 1948 r. wszystkie działające w powiecie ośrodki zdrowia otrzymały dotację na zakup sprzętu i narzędzi lekarskich, co poprawiło jakość świadczonych usług⁴⁴⁶. Natomiast wiosną 1949 r. Duński Czerwony Krzyż przeprowadził akcję szczepień ochronnych zastrzykami doustnymi BCG wśród dzieci i młodzieży w wieku 1–18 lat, którą objęto 7222 osób z czterech gromad: Strzelce, Błonica, Zimna Wódka i Ujazd. Mimo że stan sanitarny powiatu był za-

⁴⁴² Sprawozdania Lekarza Powiatowego w Głubczycach okres styczeń–grudzień 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 531.

⁴⁴³ Sprawozdania Lekarza Powiatowego w Strzelcach okres styczeń–grudzień 1947 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Koźlu, sygn. 531.

⁴⁴⁴ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 21 grudnia 1947 r. do 20 stycznia 1948 r. z 30 stycznia 1948 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 73; ibidem, za okres 20 stycznia do 25 lutego 1948 r. z 2 marca 1948 r., sygn. 143, k. 153–154; ibidem, za okres 25 lutego do 25 marca 1948 r. z 1 kwietnia 1948 r., sygn. 143, k. 201; ibidem, za okres 25 marca do 25 kwietnia 1948 r. z 2 maja 1948 r., sygn. 143, k. 251–252.

⁴⁴⁵ W Leśnicy i w Gogolinie nie udało się uruchomić ośrodków zdrowia, choć kroki w tym celu podjęto już na początku 1947 r., jednak jeszcze w lutym 1949 r. budynki były w remoncie. Zob.: Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 27 stycznia do 27 lutego 1949 r. z 6 marca 1949 r. AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 149, k. 82.

⁴⁴⁶ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 26 czerwca do 27 lipca 1948 r. z 1 sierpnia 1948 r., AP w Katowicach, UWŚL., Wydział Ogólny, sygn. 145, k. 234; ibidem, za okres 27 września do 27 października 1948 r. z 3 listopada 1948 r., sygn. 147, k. 216–217; ibidem, za okres 27 listopada do 27 grudnia 1948 r. z 2 stycznia 1949 r., sygn. 148, k. 125.

dowalający, stale pracowały komisje sanitarne, prowadzone przez kontrolerów – dwóch w ośrodku zdrowia w Strzelcach i jeden w Zawadzkiem⁴⁴⁷.

Najliczniejsze zachorowania na gruźlicę spośród wszystkich chorób zakaźnych stwierdzono w powiecie katowickim w pierwszych miesiącach 1946 r. – zanotowano 51 przypadków. Obok gruźlicy częste były też zachorowania na dur brzuszny (50), błonicę (30), dur plamisty (14), poważnym problemem był świerzb, zwłaszcza wśród najuboższych⁴⁴⁸. Podobna sytuacja utrzymywała się jeszcze w 1948 r., bowiem gruźlica była najczęściej występującą wówczas chorobą. W lutym tegoż roku zanotowano 30 przypadków, w kwietniu – 48, w maju – 43. Do tego dochodził brak subwencji na prowadzenie przychodni przeciwgruźliczych w powiecie, co powodowało, że występowały trudności w zakupie leków, a lekarze pracowali bez wynagrodzenia. Niemniej jednak pomimo tych trudności organizowano szczepienia ochronne przeciwko ospie, durowi brzuszemu, prowadzono walkę z alkoholizmem, wykonywano prześwietlenia płuc wśród pracowników służby zdrowia, tworzone przychodnie sportowo-lekarskie, a w poradniach dla matki i dziecka organizowano kuchnie mleczne⁴⁴⁹.

W Chorzowie (powiat grodzki) istniał Ośrodek Zdrowia, w którym działała przychodnia przeciwweneryczna, stacja opieki nad matką i dzieckiem oraz przeciwgruźlicza, która była jedyną tego typu placówką w tym rejonie, w związku z tym przejęła na siebie ciężar walki z tą chorobą. Pod jej opieką znajdowało się miesięcznie od 2500 do 4500 osób i było to znacznie więcej niż w przychodni przeciwwenerycznej (ok. 250–300 osób miesięcznie), choć w innych powiatach tendencja była odwrotna. Jak przedstawiał Zarząd Miejski Chorzowa w comiesięcznych sprawozdaniach, jeszcze pod koniec 1947 r. obserwowano systematyczne zwiększanie się liczby zachorowań na gruźlicę i choroby weneryczne. W przychodni wykonywano prześwietlenia rentgenowskie, pracownicy prowadzili rejestr zachorowań i wywiad środowiskowy, sprawowali nadzór sanitarny, dokonując licznych kontroli w sklepach, mleczarniach, piekarniach, rzeźniach itp.⁴⁵⁰.

⁴⁴⁷ Sprawozdanie sytuacyjne Starostwa Powiatowego w Strzelcach za okres 27 stycznia do 27 lutego 1949 r. z 6 marca 1949 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 149, k. 82; ibidem, za okres 27 marca do 27 kwietnia 1949 r. z 14 maja 1949 r., sygn. 149, k. 224.

⁴⁴⁸ Sprawozdanie sytuacyjne Starosty Katowic za luty 1946 r. z 2 marca 1946 r. AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 120, k. 55.

⁴⁴⁹ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Katowicach za luty 1948 r. z 6 marca 1948 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 143, k. 182–183; ibidem, za kwiecień 1948 r. z 4 maja 1948 r., sygn. 145, k. 168; ibidem, za maj 1948 r. z 3 czerwca 1948 r., sygn. 145, k. 110.

⁴⁵⁰ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Chorzowie za okres 1 do 31 sierpnia 1947 r. z 10 września 1947 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 138, k. 33; ibidem, za I kwartał 1948 r. z 6 kwietnia 1948 r., sygn. 144, k. 79; ibidem, za III kwartał 1948 r. z 14 października 1948 r., sygn. 146, k. 68; ibidem, za kwiecień 1949 r. z 10 maja 1949 r., sygn. 150, k. 68.

Zwalczaniem chorób zakaźnych w powiecie będzińskim, w tym gruźlicy, zajmował się Rejonowy Ośrodek Zdrowia w Będzinie, który zatrudniał w tym celu 5 lekarzy. Już w miesiącach letnich 1945 r. rozpoczął on swoją pracę, gdyż spodziewano się nasilenia tychże chorób. Oprócz podstawowej działalności medycznej koordynował on podległe mu ośrodki zdrowia w gminach: Niwkach i Zagórz, Strzemieszycach i Łośniu, Ząbkowicach i Gołonogu, Łagiszy i Grodźcu oraz Bobrownikach i Sączowie⁴⁵¹.

W powiecie bielskim zorganizowano początkowo służbę zdrowia dla repatriantów. Ludność ta miała zapewniony stały nadzór lekarski, lżej chorych umieszczano w izbach lekarskich, ciężko chorych w szpitalach. Wśród repatriantów odnotowywano zachorowania na gruźlicę, zdarzały się również przypadki zgonów na tę chorobę. Akcję koordynował oddział PCK, który dodatkowo organizował dożywianie, zapewniał nadzór sanitarny i lekarski. Zakładał także punkty etapowe, m.in. w budynku sanatorium w Bystrej⁴⁵². Natomiast Wydział Zdrowia Publicznego udzielał pomocy lekarskiej ludności ubogiej, przeprowadzał kontrole stanu sanitarnego, lekarz miejski sprawował opiekę nad dziećmi szkolnymi. Już w kwietniu 1945 r. uruchomiono w Bielsku poradnię przeciwjagliczą i przeciwweneryczną, które były prowadzone przez specjalistów⁴⁵³. Nic nie wspomniano natomiast o prowadzeniu poradni przeciwgruźliczej.

W Cieszynie istniały dwa szpitale: Śląski Szpital Krajowy i Szpital Sióstr Elżbietanek, w którym przed wojną działały dwa oddziały zakaźne, a jeden z nich posiadał rentgen diagnostyczno-terapeutyczny. Mimo że większość sprzętu została wywieziona przez okupanta niemieckiego (bielizna, łóżka, urządzenia fizyko-terapeutyczne, przenośne aparaty rentgenowskie itp.), już w pierwszych miesiącach po zakończeniu wojny udało się uruchomić Szpital Śląski dla 200 chorych, w którym zorganizowano oddział chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy, chorób wewnętrznych oraz przeciwgruźliczy. Szpital Sióstr Elżbietanek jeszcze w połowie 1945 r. był nieczynny, bowiem sprzęt i instrumentarium lekarskie zostało rozszabrowane⁴⁵⁴. Placówkę tę uruchomiono w późniejszym okresie, a we wrześniu 1949 r., gdy zlikwidowano oddział leczenia gruźlicy w Szpitalu Śląskim, prze-

⁴⁵¹ Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Będzinie za okres 20 maja do 20 czerwca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 83, k. 17.

⁴⁵² Sprawozdanie Starosty Powiatowego w Bielsku z 31 stycznia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 85, k. 28; ibidem, z 29 września 1945 r., k. 47b; ibidem, za okres 20 listopada do 20 grudnia 1945 r., k. 116.

⁴⁵³ Sprawozdanie Zarządu Miejskiego w Bielsku do 2 maja 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 85, k. 125.

⁴⁵⁴ Sprawozdanie Zarządu Miasta Cieszyna z 24 lipca 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 90, k. 2 i 5.

niesiono do niego chorych gruźliczych i od tego momentu wszystkie łóżka (212) zostały przeznaczone na leczenie tej choroby⁴⁵⁵.

W powiecie lublinieckim bezpośrednio po wyzwoleniu działał szpital dla osób z chorobami układu oddechowego w Koszęcinie, który przyjmował pacjentów także z zaawansowaną gruźlicą. Był on jednak słabo wyposażony, borykał się ciągle z trudnościami finansowymi, obciążając poważnie budżet gminy. Do tego ani władza lokalna, ani mieszkańcy nie byli przekonani co do potrzeby jego funkcjonowania w centrum miasta, w bezpośrednim sąsiedztwie szkoły powszechnej, gdyż jak mówiono „prowadzenie chorych na płuca wpływa bardzo ujemnie na otoczenie, szpital jest po prostu rozsiewcą zarazków”⁴⁵⁶. Stąd w 1949 r. starosta powiatowy wystąpił do wojewódzkiego Wydziału Zdrowia o zgodę na zlikwidowanie placówki, którą otrzymano i pod koniec roku Powiatowa Rada Narodowa włączyła wspomniany ośrodek w struktury istniejącego szpitala dla dorosłych prowadzonego przez samorząd⁴⁵⁷.

Uruchamianie i prowadzenie ośrodków zdrowia należało do samorządu terytorialnego, a do nadzoru nad nimi zostali zobowiązani wojewodowie, za pośrednictwem wydziałów zdrowia. Ustawa z 28 października 1948 r. podtrzymała podporządkowanie tych placówek samorządom terytorialnym, zachowując przy tym szeroki zasięg ich działania, obejmujący kilka gmin lub powiat. Niestety, rządowe plany objęcia całej ludności opieką ośrodków zdrowia nie powiodły się, gdyż brakowało personelu, występowały braki w wyposażeniu, a temu wszystkiemu towarzyszyły nieustanne kłopoty finansowe i organizacyjne⁴⁵⁸.

Problemy te dotyczyły również samych poradni przeciwgruźliczych. Pomimo dużej liczby chorych na gruźlicę, wynikającej z poprawy wydajności pracy w zakresie wykrywania tej choroby oraz stałej poprawy poziomu pracy tych placówek i związanej z tym dużej „atrakcyjności” (masowe badania radiologiczne, udzielanie skierowań do sanatoriów, prewentoriów, na wczasy lecznicze, bezpłatna chemioterapia itp.), stwierdzano często bardzo znaczne wahania poszczególnych wskaźników epidemiologicznych w różnych poradniach, mimo podobnej struktury ludnościowej i warunków bytowania itp. Wątpliwości budziły też oceny i przydzielania przypadków do właściwej grupy kwalifikacji klinicznej, która była niejednolita w różnych poradniach. Często stwierdzano również braki w rejestracji przypadków leczonych w szpitalach, czy dzieci chorych na gruźlicę. Podkreślano, by poradnie nie działały wyłącznie jak ambulatorium, ale więcej czasu poświęcały pracy profilaktycznej, zwłaszcza na terenie wiejskim, a także zwracały więk-

⁴⁵⁵ Pismo Dyrektora Centralnej Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej w Katowicach z 16 września 1949 r., AP w Katowicach, WRN Katowice, sygn. 322.

⁴⁵⁶ Pismo Starosty Powiatowego do Powiatowej Rady Narodowej w Lublińcu z 8 października 1949 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 326, k. 26.

⁴⁵⁷ Ibidem.

⁴⁵⁸ L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój administracji służby zdrowia...*, s. 257–258.

szą uwagę na zagadnienia podejmowania pracy przez chorych na gruźlicę celem poprawienia nieprawidłowości powstałych przy zatrudnianiu ozdrowieńców lub osób leczonych z powodu gruźlicy.

Pomimo tych niedociągnięć w działalności, nie można podważać roli poradni przeciwgruźliczych w walce z tą chorobą w pierwszych latach po zakończeniu wojny, choć pamiętać należy, że na podstawie statystyki poradni przeciwgruźliczych nie można też oceniać zapadalności na gruźlicę⁴⁵⁹. Wskaźniki chorobowości i zapadalności, uzyskiwane na podstawie danych z tych placówek, należy traktować jako orientacyjne, choć ukazują one jednak w pewien sposób zarówno stan ówczesny, jak i dynamizm zjawisk epidemiologicznych, a przede wszystkim problem, z którym musiało sobie poradzić leczenie podstawowe w walce z tą chorobą.

5. Rozwój przeciwgruźliczego leczenia sanatoryjnego i prewentyjnego

Wobec kłopotów z wprowadzeniem nowych metod i środków w leczeniu gruźlicy po wojnie, Ministerstwo Zdrowia przystąpiło do rozbudowania, wypróbowanego przed 1939 r. systemu zwalczania gruźlicy. Jednym z jego elementów był rozwój leczenia sanatoryjnego, przy czym zdawano sobie sprawę, że nie wszystkie postacie gruźlicy nadawały się do tego sposobu leczenia⁴⁶⁰. Dlatego już w 1945 r. zaczęto zwiększać liczbę łóżek w sanatoriach przeciwgruźliczych także na terytorium województwa śląsko-dąbrowskiego. Wykorzystano w tym zakresie doświadczenia przedwojenne, gdyż większość sanatoriów tego typu powstało na bazie wcześniej już funkcjonujących lub w miejscowościach uznanych przed wojną za stacje klimatyczne⁴⁶¹. Trudności aprowizacyjne starano się przewyciężyć dzięki pomocy krajów skandynawskich i UNRRA, które obok leków przysyłały

⁴⁵⁹ Wskaźnik określający liczbę nowo zarejestrowanych w poradniach przeciwgruźliczych był dwu-, a nawet trzykrotnie wyższy od teoretycznie obliczanego (2 x wskaźnik umieralności) wskaźnika zapadalności. W liczbie nowo wykrytych przypadków gruźlicy znajdowały się też postacie nieczynne, często wygojone, niewymagające rejestracji w poradniach przeciwgruźliczych, stąd należy go raczej traktować jako wskaźnik wykrywalności niż zapadalności, a także jako wskaźnik wydajności pracy poradni przeciwgruźliczych. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy w Polsce*, cz. 2, „Gruźlica” 1954, nr 12, s. 870–872.

⁴⁶⁰ Wskazaniem do leczenia sanatoryjnego były przypadki, gdzie przewidywano długotrwałe leczenie, gdy zamknięcie w mieszkaniu lub wielkomiejskim szpitalu groziłoby ujemnymi skutkami braku świeżego powietrza, także przypadki niewymagające wykonania odmy oraz po przypaleniu zrostów. Przeciwwskazaniem natomiast był gwałtowny przebieg oraz ostatnie stadium choroby. Zob.: A. S a b a t o w s k i, *Lecznictwo uzdrowiskowe w zarysie*, Warszawa 1947, s. 144.

⁴⁶¹ *Uzdrowiska polskie*, red. W. Przywieczerski, Warszawa 1936, s. 237–242.

także żywność i sprzęt medyczny⁴⁶². W rozwoju tych placówek ważną była współpraca wszystkich osób i instytucji uczestniczących w walce z gruźlicą. Aby pacjent z gruźlicą mógł być przyjęty na leczenie sanatoryjne, musiał wcześniej uzyskać świadectwo lekarskie, wydane przez lekarza miejskiego lub powiatowego. Na podstawie tego dokumentu, a także w oparciu o badania dodatkowe (badanie płwociny, zdjęcie rentgenowskie i in.) określano stan chorego i dostosowywano do tego stanu rodzaj klimatu.

W miejscowościach, gdzie funkcjonowały przychodnie przeciwgruźlicze skierowania do sanatoriów wystawiane były właśnie w tych placówkach. Sytuacja była trudniejsza tam, gdzie nie było przychodni. Starano się temu zaradzić, przenosząc te upoważnienia na lekarzy powiatowych lub miejskich, tak by jak największa liczba chorych mogła skorzystać z pobytów sanatoryjnych. Przekonać się o tym możemy w piśmie Wydziału Zdrowia w Katowicach do lekarzy powiatowych, w którym: „powiadamia się, że w miejscowościach, gdzie nie ma przychodni przeciwgruźliczych, lekarze urzędowi winni wystawiać kwestionariusze sanatoryjne osobom kwalifikującym się do leczenia na koszt Ministerstwa Zdrowia”⁴⁶³. Ze względu na ograniczone możliwości finansowe pierwszeństwo w przyjęciu do leczenia sanatoryjnego na koszt państwa⁴⁶⁴ miały przede wszystkim ofiary prześladowań hitlerowskich, repatrianci, studenci, młodzież szkolna, żołnierze zwalniani ze służby z powodu gruźlicy, nauczyciele, personel lekarski pracujący z chorymi na gruźlicę, wreszcie zasłużeni działacze społeczni i sieroty. Szczególną uwagę zwracano na chorych „z gruźlicą płuc i krtani zakaźną, w młodym wieku, ze zmianami dającymi wszelkie prawdopodobieństwo szybkiego podleczenia w leczeniu zapobiegowym, [...] osoby, które dotąd z leczenia sanatoryjnego nie korzystały, pozostające we wspólnocie domowej z małymi dziećmi, [...] studenci pochodzący ze wsi”⁴⁶⁵.

⁴⁶² Od 6 października 1945 r., czyli od chwili otrzymania pierwszej pomocy, do 1 listopada 1946 r. województwo śląsko-dąbrowskie otrzymało 77 transportów, składających się z 61 wagonów i 124 samochodów z artykułami farmaceutycznymi, urządzeniami szpitalnymi i artykułami żywnościowymi. Z przydziałów tych korzystały sanatoria i szpitale: samorządowe (80%), Ubezpieczalni społecznych (10%), inne (10%). Por.: *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1946*, Warszawa 1947, s. 53–54.

⁴⁶³ Pismo Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach do lekarzy powiatowych i grodzkich w sprawie wystawiania kwestionariuszy sanatoryjnych z 8 maja 1946 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Głubczycach, sygn. 652.

⁴⁶⁴ Z budżetu państwa koszt leczenia sanatoryjnego dorosłych chorych na gruźlicę płuc pokrywany był za okres do 3 miesięcy, dzieci z otwartą gruźlicą gruczołową – za okres 9 miesięcy, dzieci z gruźlicą kostno-stawową – do 18 miesięcy. Zob.: *Gruźlica. Rozpoznanie...*, s. 200–201.

⁴⁶⁵ Pismo Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach do lekarzy powiatowych i grodzkich w sprawie wystawiania kwestionariuszy sanatoryjnych..., sygn. 652.

Jednym z najbardziej znanych i cenionych ośrodków leczenia gruźlicy w województwie śląsko-dąbrowskim po wojnie stały się Głuchołazy, położone w rejonie Gór Opawskich. Miejscowość ta już na początku XX w. słynęła jako uzdrowisko klimatyczne, wykorzystywane w leczeniu tej choroby⁴⁶⁶, dlatego też bezpośrednio po zakończeniu wojny dobrze urządzone i wyposażone głuchołaskie sanatoria szybko włączyły się w walkę z szalejącą wówczas epidemią gruźlicy. Już w sprawozdaniu z 1 czerwca 1945 r. pierwszy powojenny burmistrz miasta Szymon Koszyk (1891–1972)⁴⁶⁷ informował, że „sanatorium dla chorych na płuca przygotowuje się dla nowych gości. Na razie przebywa tam około 65 dzieci z domu kalek w Bytomiu. Na zarządzenie lekarza powiatowego dzieci nadal pozostają w Głuchołazach, i to ze względów praktycznych⁴⁶⁸. Dalsze informacje o podjętych krokach organizowania lecznictwa sanatoryjnego w tym mieście możemy przeczytać w kolejnym sprawozdaniu z 11 czerwca:

„W następnym tygodniu zacznie się sezon kuracyjny dla chorych na płuca (350 łóżek) w tutejszym sanatorium państwowym. Jednocześnie dyrekcja kolei państwowych przygotowuje około 100 kolejarzy – rekonwalescentów na pobyt w tutejszym Sanatorium Kolejowym. Ponieważ miasto nie byłoby w stanie wyżywić tyle chorych ludzi, należy przyjąć, że władze państwowe – jak i w przedwojennych czasach – starać się będą o aprowizację⁴⁶⁹.”

Pierwsze sanatorium przeciwgruźlicze w Głuchołazach otwarto już w lipcu 1945 r.; było to Państwowe Sanatorium dla Płucno-Chorych, z 350 łózkami⁴⁷⁰. Na pierwsze dwa turnusy przyjęto dzieci ze śląskich rodzin robotniczych, a także podopiecznych ubezpieczalni społecznych. Uruchomiono go w dwóch pawilonach, na bazie przedwojennego sanatorium „Waldfrieden⁴⁷¹ i Górnośląskiej Prowincjonal-

⁴⁶⁶ P. K u t z e r, *Aus einer kleinen Fürstenstadt. Historischer Rückblick auf die Vergangenheit von Ziegenhals*, Ziegenhals 1928, s. 117–118.

⁴⁶⁷ Powstaniec śląski, działacz narodowy i społeczny, organizator harcerstwa na Śląsku Opolskim, jako burmistrz przez dwa lata sprawnie zarządzał powierzonym terenem, przyczyniając się do integracji nowej społeczności. Zob. *Oddajmy im cześć. Sylwetki ludzi zasłużonych dla Śląska Opolskiego*, red. M. Lis, S. Ziarko, Opole 1985, s. 112–114.

⁴⁶⁸ Sprawozdanie burmistrza Głuchołaz z 1 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 29, k. 1.

⁴⁶⁹ Sprawozdanie burmistrza Głuchołaz z 11 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 29, k. 5.

⁴⁷⁰ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za lipiec 1945 r. z 18 sierpnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 49, k. 69.

⁴⁷¹ Uruchomiono go w 1906 r. Usytuowany był w terenie górzystym, na stromej skarpie, a swoim wyglądem przypominał zamek warowny. Otaczający go czterohektarowy park dodawał mu jeszcze większego splendoru, toteż nic dziwnego, że spokój otoczenia i przepiękny krajobraz sprzyjał leczeniu i wypoczynkowi. Zob.: M. M i g a ł a, *Uzdrowisko Bad Ziegenhals (Głuchołazy) na tle pobliskich kurortów w XIX i I połowie XX wieku i jego znaczenie dla rozwoju lecznictwa na Śląsku*, Opole 2003, s. 103–105.

nej Lecznicy Chorych na Gruźlicę⁴⁷². Początkowo placówka znajdowała się pod nadzorem magistratu, stąd zarządzał nią administrator Jan Marek (1897-1945) powołany przez władze miejskie, jednak kilka miesięcy później powołano dyrektora, którym został ftyzjatra Stanisław May. Obok niego pracowali tam sami Polacy: troje lekarzy, trzy pielęgniarki-zakonnice i jedna cywilna⁴⁷³.

Głuchołaskie sanatorium, jak większość placówek służby zdrowia na Śląsku po wojnie, borykało się z ciągłymi rabunkami dokonywanymi przez żołnierzy Armii Czerwonej. Zaraz po uruchomieniu placówki zostały skradzione koce, bielizna i część wyposażenia, o czym informowano miejscową władzę:

„Niniejszym donoszę, że dnia 2 b.m. zostały zabrane z drugiego pawilonu tutejszej lecznicy przez żołnierzy radzieckich dwa toboły bielizny i naczyń kuchennych. [...] W okresie od 3 b.m. do dnia dzisiejszego z leżalni tutejszej lecznicy wynoszono 7 razy toboły z bielizną i innymi przedmiotami będącymi własnością naszą. Zabrano nam również koce i uprzęż konną. Podaję powyższe do wiadomości i zaznaczam, że nie mając odpowiedniej ilości ludzi zaufanych, Polaków, przeciwdziałać grabieżom nie jestem w stanie”⁴⁷⁴.

Problem ten, do czasu całkowitego przekazania władzy polskim przedstawicielom przez miejscowego komendanta Armii Czerwonej pojawiał się jeszcze kilkakrotnie. Niemniej jednak placówka otrzymała od wojewody śląsko-dąbrowskiego wsparcie finansowe, co znacznie ułatwiło skompletowanie niezbędnego wyposażenia, zapewniającego prawidłowe funkcjonowanie, o czym burmistrz Koszyk pisał do władz powiatu w Nysie na początku sierpnia 1945 r. „Jak się obecnie dowiaduję, Dyrektor Sanatorium dr May otrzymał [...] subwencję w wysokości 250 000 zł”⁴⁷⁵. Było to dosyć duże wsparcie, gdyż w tym samym piśmie burmistrz wspomina, że „wicewojewoda przyrzekł dla tutejszego miasta subwencję w wysokości 100 000 zł, mającą częściowo służyć również na uruchomienie sezonu w miejscowym sanatorium państwowym”⁴⁷⁶. Szymon Koszyk zresztą kilkakrotnie interweniował w sprawie pieniędzy dla miasta, gdyż potrzeb było wiele, m.in. modernizacja gazowni,

⁴⁷² Lecznicę otwarto w 1926 r., jednak dopiero dzięki rozbudowie w 1935 r. powstało nowoczesne centrum przeciwgruźlicze dla całego Górnego Śląska, z halami leżakowymi i najnowocześniejszym wyposażeniem, zob.: *ibidem*, s. 106–107.

⁴⁷³ Lekarze, którzy tam pracowali to: Gizela Seidel, Gertruda Rzepka, Hubert Rzepka. Pielęgniarki: Alfreda Wypszczyk, Apelles Nowak, Elfryda Żyłka – zakonnice, Aleksandra Różalska – pielęgniarka świecka. Zob.: Sprawozdanie burmistrza Głuchołaz z 21 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 40, k. 32.

⁴⁷⁴ Pismo administratora sanatorium dla płucno-chorych do Zarządu Miejskiego w Głuchołazach z 14 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 24, k. 53.

⁴⁷⁵ Pismo burmistrza Głuchołaz do Wydziału Powiatowego w Nysie w sprawie subwencji dla Zarządu Miejskiego w Głuchołazach z 6 sierpnia 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 24, k. 95.

⁴⁷⁶ *Ibidem*.

ulic, nieruchomości, sieci wodociągowo-kanalizacyjnej itp.⁴⁷⁷. Pod koniec 1949 r. w sanatorium było dwa oddziały – męski i żeński – na których stosowano leczenie klimatyczne, odmę sztuczną, zabiegi na nerwie przeponowym, przepalanie zrostów z wyłączeniem torakoplastyki⁴⁷⁸, która rozwinęła się dopiero na początku lat sześćdziesiątych XX w., dzięki wsparciu wrocławskich klinicystów⁴⁷⁹. Ponadto już wcześniej, w połowie lat pięćdziesiątych, wyodrębniono w sanatorium kilkadziesiąt łóżek (50) i utworzono w nim ośrodek przewadowywania chorych na gruźlicę⁴⁸⁰.

W czerwcu 1945 r. Polskie Koleje Państwowe (PKP) w Katowicach zwróciły się do władz miejskich w Głuchołazach o przekazanie budynku byłego sanatorium „Sanitas”, nazwanego „Haus zur Sonne”⁴⁸¹, w którym również chciano uruchomić ośrodek leczenia gruźlicy. Jak podkreślano w piśmie do władz lokalnych, „byłe niemieckie koleje posiadały w Głuchołazach dom wypoczynkowy dla dzieci niemieckich pracowników kolei pod nazwą «Haus zur Sonne» [...]. Wobec tego, że cały majątek byłych niemieckich kolei przejmuje Polskie Koleje Państwowe, prosimy o przekazanie wymienionego domu wypoczynkowego dla Polskich Kolei Państwowych”⁴⁸². Wniosek ten został pozytywnie rozpatrzony przez Zarząd

⁴⁷⁷ Pismo burmistrza Głuchołaz do wojewody śląsko-dąbrowskiego z 20 sierpnia 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 24, k. 99.

⁴⁷⁸ *Sanatorium w Głuchołazach przywraca zdrowie i siły*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 341, s. 4.

⁴⁷⁹ W czerwcu 1961 r. uruchomiono w sanatorium oddział chirurgiczny klatki piersiowej, pierwszy tego typu na Śląsku Opolskim, specjalizujący się w resekcji tkanki płucnej z powodu gruźlicy. Nadzór nad ośrodkiem sprawował prof. Wiktor Bross, a zabiegi wykonywali jego wychowankowie z II Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu: dr Antoni Aroński (1919–1998) – anesteziolog, dr Eugeniusz Rogalski (1920–1982) – chirurg oraz dr Jerzy Ragankiewicz (ur. 1924) – głuchołaski chirurg, wychowanek prof. Zbigniewa Drzewskiego (1918–1996), jednego z organizatorów zakopiańskiego ośrodka chirurgii klatki piersiowej, a następnie wieloletniego ordynatora Oddziału Torakochirurgii Specjalistycznego Zespołu Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej. Zob.: *Ratują życie ciężko chorym*, „Trybuna Opolska” 1961, nr 289, s. 4; L. M a r s z a ł e k, *Czarodziejska Góra Opolszczyzny*, „Kulisy” 1962, nr 15, s. 10; zob. też: Z. D r z e w s k i, *Resekcja tkanki płucnej w gruźlicy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1971, nr 6, s. 523–532.

⁴⁸⁰ Rodzaj kursu i jego profil był uzależniony od planów Wojewódzkiego Związku Spółdzielczości Pracy. O roli jaką pełnił wówczas głuchołaski ośrodek w tym zakresie, świadczy fakt, że prezydium WRN w Opolu czyniło starania, aby w placówce tej utworzyć ośrodek szkoleniowy Centralnego Zarządu Spółdzielczości Pracy. Zob.: B. P i l e c k i, *Zagadnienie zatrudnienia osób chorych na gruźlicę na terenie województwa opolskiego*, „Gruźlica” 1956, nr 8, s. 901–908.

⁴⁸¹ Sanatorium powstało w 1902 r. i już przed pierwszą wojną światową leczono tam gruźlicę, wykorzystując naturalne metody. Zob.: M. M i g a ł a, *Uzdrowisko Bad Ziegenhals...*, s. 103.

⁴⁸² Pismo p.o. zawiadowcy stacji PKP w Głuchołazach do burmistrza Głuchołaz z 6 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 24, k. 33.

Miejski, który potwierdził prawo PKP do wymienionej nieruchomości pisząc, że „dom wypoczynkowy kolejarzy z dawniejszej Dyrekcji Opolskiej „Pod Słońcem” w Głuchołazach w dalszym ciągu należy do kolei i jest własnością PKP w Katowicach. Wobec powyższego nie wolno z wymienionego domu zabierać jakichkolwiek mebli lub t.p.”⁴⁸³. Dzięki temu pod koniec lata 1945 r. w budynku tym powstało sanatorium przeciwgruźlicze dla kolejarzy i prewentorium dla ich dzieci⁴⁸⁴.

Kilka lat później, w kwietniu 1949 r., w dawnym sanatorium „Franzensbad”⁴⁸⁵ uruchomiono podobne sanatorium dla funkcjonariuszy Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego (MBP). Posiadało ono 100 łóżek, które w pierwszych latach funkcjonowania placówki, niemal w 100% zajmowali chorzy na gruźlicę, w większości młodzi ludzie, w wieku 20–40 lat. W związku z tym, że za podstawową metodę leczenia uznawano wówczas odmę opłucnową, metodą tą leczono ok. 85% chorych przebywających w ośrodku. U nielicznych tylko stosowano leki przeciwprątkowe, tj. streptomycynę i kwas paraaminosalicylowy, które wspomagały leczenie odmą⁴⁸⁶.

W Głuchołazach, obok gruźlicy, leczono także inne choroby zakaźne, które w pierwszych powojennych miesiącach sprawiały problem miejscowej władzy. W sprawozdaniu burmistrza Głuchołaz z lipca 1945 r. możemy przeczytać: „Choroby zakaźne, jak tyfus zadają dalszych ofiar. Z inicjatywy lekarza miejskiego dr. Łukaszewicza powstaje na peryferiach miasta szpital dla zakaźno-chorych. Na stanowisko kierowniczkę została przyjęta przez niego fachowa siła (repatriantka)”⁴⁸⁷. Burmistrz miał na myśli Szpital św. Józefa, dużą lecznicę⁴⁸⁸, którą już przed wojną prowadziły siostry zakonne ze zgromadzenia Karola Boromeusza⁴⁸⁹.

⁴⁸³ Pismo burmistrza Głuchołaz z 18 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 24, k. 53.

⁴⁸⁴ Sprawozdanie burmistrza Głuchołaz z 11 czerwca 1945r., AP w Opolu, Starostwo Powiatowe w Nysie, sygn. 29, k. 5; zob. też: *Kolejowa służba zdrowia. W: 25-lecie okręgu kolejowego. Kronika gospodarcza 1945–1970*, pod red. J. Panczy, Katowice 1970.

⁴⁸⁵ Powstało w 1891 r. i całkowicie podporządkowane było ideom kuracji kneippowskiej. Zob.: M. Miękała, *Uzdrowisko Bad Ziegenhals...*, s. 100.

⁴⁸⁶ M. Miękała, *50-lecie Szpitala Specjalistycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach*, Głuchołazy 1999, s. 1–14.

⁴⁸⁷ Sprawozdanie burmistrza Głuchołaz z 30 lipca 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 22, k. 6.

⁴⁸⁸ Szpital St. Josephhaus otwarto w 1927 r. Posiadał 110 łóżek na oddziale chirurgii, wewnętrznym, położnictwa, chorób zakaźnych oraz do terapii wodnej metodą S. Kneippa. Zob.: M. Miękała, *Uzdrowisko Bad Ziegenhals...*, s. 102–103.

⁴⁸⁹ Zgromadzenie zakonne o ślubach prostych, założone w drugiej połowie XVII w. we Francji w celu pielęgnacji chorych, oparte na regule św. Augustyna. Po drugiej wojnie światowej z placówek w archidiecezji wrocławskiej, diecezji opolskiej i gorzowskiej erygowano w 1951 r. wikariat generalny w Trzebnicy, którego siostry pracowały w szpitalach, zakładach opieki społecznej, sanatoriach i domach wypoczynkowych. Zob.: *Encyklopedia katolicka*, t. 2, red. F. Gryglewicz, R. Łukaszuk, Z. Sułowski, Lublin 1976, s. 820–821; zob. też: D.A. Solik, B.T. Steinhilber, *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza*

W drugiej połowie 1945 oraz na początku 1946 r. w prasie śląskiej ukazało się kilka artykułów, które miały popularyzować miejscowość i zachęcić kuracjuszy oraz wczasowiczów do przyjazdu w rejon Gór Opawskich. Dla przykładu, „Dziennik Zachodni” donosił:

„Głucholazy to chyba jedna z najbardziej popularnych miejscowości na terenach odzyskanych w województwie śląsko-dąbrowskim. Będzie ona na pewno bardzo groźną konkurencją dla Wisły, zwłaszcza że jest niemniej pięknie od niej położona, lepiej rozbudowana, posiada szereg zakładów leczniczych, baseny, parki, hotele i jest doskonałym punktem wypadowym dla wycieczek turystycznych”⁴⁹⁰.

Ta sama gazeta nieco później anonsowała:

„Głucholazy są przepiękną miejscowością kuracyjną. Znane jest tutaj sanatorium dla chorych na płuca i cały szereg domów wypoczynkowych [...]”⁴⁹¹. O podobnej treści artykuł ukazał się w tym czasie także w „Odrze”: „Głucholazy są znanym i bardzo przed wojną popularnym uzdrowiskiem, urządzonym naprawdę luksusowo. Jest kilka pensjonatów, basen, piękny nowoczesny hotel [...]. Wszystko urządzone z komfortem i dużym smakiem”⁴⁹².

Nic więc dziwnego, że władze polskie przybyłe w 1945 r. do Głucholaz starały się kontynuować tradycje uzdrowiskowe miasta, zwanego wówczas „perłą śląskich uzdrowisk”. Włączyły się tym samym w walkę z szalejącą po wojnie gruźlicą i z powodzeniem w latach następnych te inicjatywy rozwijały⁴⁹³. O zaangażowaniu władz świadczy wypowiedź burmistrza S. Koszyka, opublikowana na łamach „Kalendarza Głucholaskiego” w grudniu 1945 r.⁴⁹⁴: „Mamy nadzieję, że z czasem, równocześnie z poprawą stosunków gospodarczych i ekonomicznych naszego kraju, Głucholazy jako zdrojowisko znajdą szeroki rozgłos i zaroi się piękny park i las od napływających zewsząd kuracjuszy i ludzi spragnionych zdrowego powietrza i wypoczynku po całorocznej pracy”⁴⁹⁵. W podobnym tonie wypowiadał się też burmistrz na łamach wspomnianego „Dziennika Zachodniego”: „Głucholazy staną się wkrótce najpopularniejszym letniskiem polskim. Będą zjeżdżały się tu tysiące

usza w Trzebnicy w latach 1939–1947, Lublin 1997; T.G. K a s p e r e k, *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie w latach 1939–1947*, Lublin 1997.

⁴⁹⁰ *Głucholazy – najpopularniejsza miejscowość u podnóża gór morawsko-śląskich*, „Dziennik Zachodni” 1945, nr 273, s. 6.

⁴⁹¹ „Dziennik Zachodni” 1945, nr 265, s. 7.

⁴⁹² Z. P y z i k, *Głucholazy miłe miasto*, „Odra” 1945, nr 9, s. 3.

⁴⁹³ M. M i g a ł a, *50-lecie Szpitala Specjalistycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych...*, s. 4–13.

⁴⁹⁴ Prawdopodobnie pierwsze na Śląsku Opolskim i jedno z pierwszych polskich wydawnictw opublikowane na Ziemiach Zachodnich po drugiej wojnie światowej. Zob.: *Słownik geografii turystycznej Sudetów*, t. 18: *Góry Opawskie*, red. M. Staffa, Wrocław 2008, s. 106.

⁴⁹⁵ „Kalendarz Głucholaski” na 1946 r., s. 5.

letników, a w zimie tysiące narciarzy, przyjadą setki dzieci potrzebujące odpoczynku i zagrożonych gruźlicą⁴⁹⁶.

Dnia 30 kwietnia 1946 r. rozpoczęła działalność w mieście Dyrekcja Uzdrowiska, a otwarcie pierwszego sezonu kuracyjnego w Głuchołazach nastąpiło oficjalnie 15 maja 1946 r. Jednak pomimo ambitnych planów uczynienia z niego kurortu, po wojnie nie udało się odzyskać statusu uzdrowiska. Miasto uznawane było jednak jako uzdrowisko klimatyczne i znany ośrodek leczenia chorób płuc, zwłaszcza gruźlicy⁴⁹⁷.

Jesienią 1945 r. Sanatorium Kolejowe uruchomiono także w Wilkowicach-Bystrej⁴⁹⁸, w którym leczono głównie gruźlicę. Już w lutym 1945 r. na stanowisko dyrektora powrócił dr Feliks Taras-Wołkowiński. Obiekt ten był jednak rozgrabiony, stąd pierwsze miesiące po zakończeniu wojny upłynęły na kompletowaniu wyposażenia i niezbędnego instrumentarium. Pomimo pogarszającego się stanu zdrowia dyrektor Wołkowiński dokończył rozpoczętą przed wojną budowę budynku administracyjnego⁴⁹⁹. Widząc rosnące potrzeby chorych na gruźlicę kolejarzy, pod koniec lat czterdziestych XX w., wysunął on projekt dobudowania dużego skrzydła do sanatorium, aby zwiększyć liczbę miejsc. Pomysł ten został zrealizowany w latach 1956–1960, wówczas liczba łóżek przeciwgruźliczych zwiększyła się do 250, a liczba leczonych chorych do 500–600 osób rocznie⁵⁰⁰.

W październiku 1945 r. w Bystrej wznowiło działalność Sanatorium Przeciwgruźlicze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, którego dyrektorem został Tadeusz Bujak. Pierwsze lata istnienia placówki upłynęły na odbudowie i jednoczesnej rozbudowie, dzięki czemu w 1947 r. dysponowano 300 łózkami. W roku 1948 oddano do użytku nowy pawilon, stąd sanatorium liczyło łącznie 550 łóżek. Zaczęto organizować też oddział torakochirurgiczny, wybudowano więc salę operacyjną, by można było w nim prowadzić Centralny Ośrodek Diagnostyczno-Leczniczy dla gruźlicy płucnej i chirurgicznej⁵⁰¹. Dbano też o kompletowanie i rozwój kadry,

⁴⁹⁶ Z. P y z i k, *Głuchołazy miłe...*, s. 3.

⁴⁹⁷ A. M a d e y s k i, *Charakterystyki niektórych miejscowości pełniących funkcje analogiczne jak uzdrowiska statutowe oraz byłych uzdrowisk m.in. klimatycznych*. W: *Informator uzdrowisk polskich*, Warszawa 1997, s. 151.

⁴⁹⁸ G. A g o p s o w i c z, A. M a j c h r z a k, *Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej (dawne Sanatorium Kolejowe)*. W: *Kolejowa służba zdrowia na terenie Śląskiej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych*, pod red. B. Wójcik-Warchał, M. Szylin, Katowice–Opole 1998, s. 100–105.

⁴⁹⁹ M. S z y l i n, *Wybrane sylwetki pracowników kolejowej służby zdrowia (Felicjan Wołkowiński)*. W: *Kolejowa służba zdrowia na terenie Śląskiej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych*, pod red. B. Wójcik-Warchał, M. Szylin, Katowice–Opole 1998, s. 180–181.

⁵⁰⁰ G. A g o p s o w i c z, A. M a j c h r z a k, *Szpital Kolejowy...*, s. 103.

⁵⁰¹ A. S z k o d a, *90-lecie Zakładu Leczniczego w Bystrej Śląskiej*, (cz. 2), „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1989, nr 3, s. 25–30.

o której nestor polskiej fizjatrii Ludwik Fischer (1886–1965)⁵⁰² podczas spotkania w Bystrej powiedział, że „jedna rzecz, której należy zazdrościć Bystrej to załoga”⁵⁰³. W roku 1950, w momencie upaństwowiania zakładów służby zdrowia, sanatorium ZUS składało się z 24 obiektów i zajmowało teren 26 ha⁵⁰⁴.

Dzięki rozbudowie tych dwóch sanatoriów, liczących razem ok. 800 łóżek przeciwgruźliczych, Bystra wraz z Wilkowicami stała się jednym z największych ośrodków leczenia gruźlicy, nie tylko w województwie śląsko-dąbrowskim, ale w całym kraju.

Po wojnie znaczącym w województwie śląsko-dąbrowskim ośrodkiem sanatoryjnym, leczącym gruźlicę była też Istebna, położona w Beskidzie Śląskim. Dnia 15 listopada 1945 r., po przejęciu budynku zajętego wcześniej przez Wydział Bezpieczeństwa, otwarto tam po przerwie spowodowanej wybuchem wojny, sanatorium przeciwgruźlicze. Był to Wojewódzki Zakład Leczniczo-Wychowawczy dla dzieci i młodzieży chorych na gruźlicę w wieku 3–16 lat⁵⁰⁵. Pierwsze lata działalności tego ośrodka upłynęły na kompletowaniu sprzętu i instrumentarium, wywiezionego w obawie przed rozgrabieniem w pierwszych dniach wojny. Intensywny rozwój sanatorium w Istebnej nastąpił z początkiem 1948 r., gdy na stanowisko kierownicze powrócił przedwojenny dyrektor dr Zygmunt Dadlez, któremu placówka zawdzięczała swój rozkwit w latach trzydziestych XX w.⁵⁰⁶. Od razu przystąpił on do rozbudowy sanatorium i poprawy jego funkcjonowania oraz pozyskania wysokiej klasy konsultantów⁵⁰⁷. Jeszcze pod koniec lat czterdziestych XX w. udało się uzyskać dla istniejącej przy sanatorium szkoły podstawowej prawa publiczne.

⁵⁰² Lekarz-społecznik, któremu w pracy przyświecała chęć „pomnożenia skarbcza polskiej fizjologii i polskiego lecznictwa sanatoryjnego”, stąd wiedzę o leczeniu gruźlicy pogłębiał m.in. w Davos. W czasie wojny był więźniem obozu w Gross-Rosen, gdzie leczył choroby zakaźne. Po wojnie był dyrektorem Sanatorium PCK, a następnie ordynatorem w Sanatorium Bojowników o Wolność i Demokrację w Zakopanem, gdzie zorganizował wielu zjazdów i spotkań naukowych. W 1956 r. został pierwszym honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego. Zob.: S. K ł o d z i ń s k i, *Dr Ludwik Fischer, więzień obozu w Gross-Rosen nr 7851*, „Przegląd Lekarski” 1966, nr 1, s. 229–234.

⁵⁰³ A. S z k o d a, *90-lecie Zakładu Leczniczego w Bystrej Śląskiej*, (cz. 2)..., s. 26.

⁵⁰⁴ Ibidem.

⁵⁰⁵ Sprawozdanie sytuacyjne Wojewody Śląsko-Dąbrowskiego za listopad 1945 r. z 19 grudnia 1945 r., AP w Katowicach, UWŚl., Wydział Ogólny, sygn. 46, k. 195.

⁵⁰⁶ Tuż przed powrotem do Istebnej, dał się poznać jako zwolennik natychmiastowego przyjęcia przez sejm ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Uważał, że jest to podstawowy cel realizacji walki z gruźlicą. Opowiadał się za powołaniem Narodowego Komitetu do Walki z Gruźlicą jako instytucji centralnej, koordynującej akcję, wprowadzeniem szczepień ochronnych, bezterminowego leczenia chorych na gruźlicę, wprowadzeniem obowiązku uruchamiania wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych. Zob.: Z. D a d l e z, *Dyskusja nad referatem dra. M. Telatyckiego*. W: *Pamiętnik VIII Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949, s. 332.

⁵⁰⁷ Z. G a r n u s z e w s k i, *Zygmunt Dadlez (1887–1962)*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1973, nr 2, s. 23–24.

Dyrektor przywiązywał dużą uwagę do rozwoju placówki szkolnej, gdyż uważał, że nauka zmniejsza napięcie psychiczne, z jakim dzieci przychodziły do zakładu i pomaga w leczeniu. Ponadto, wspólna nauka, praca i zabawa uczyła wielu młodych ludzi współżycia z rówieśnikami, co dla rekrutujących się z tzw. środowisk trudnych stanowiło często poważny problem.

Obok rozwoju placówki szkolnej, w pierwszym roku dyrektorowania Z. Dadlez rozszerzył zakres leczenia i wyposażył sale operacyjne. W pomieszczeniach tych, od 1948 r. zespół pod kierownictwem prof. Wiktora Brossa⁵⁰⁸, rozpoczął wykonywanie operacji w zakresie gruźlicy i chorób płuc, a także gruźlicy kostno-stawowej, dla których to właśnie pacjentów w 1951 r. uruchomiono specjalny pawilon, liczący 150 łóżek. W ośrodku tym przebywały głównie dzieci z ciężkimi przypadkami gruźlicy jamistej i serowatej, niekiedy na początku błędnie zdiagnozowanej jako zapalenie płuc. Przyjmowano również takich, u których próba tuberkulinowa nie wykazywała choroby. Sukcesy w walce z gruźlicą już w pierwszych latach po wojnie oraz nieustanny rozwój opieki pediatrycznej wpłynęły na obniżenie średniego wieku pacjentów, gdyż z roku na rok przyjmowano coraz młodszych chorych⁵⁰⁹.

W ten sposób stworzono w Istebnej doskonałe warunki do wszechstronnego leczenia gruźlicy, gdzie diagnostyka i leczenie stanowiły jedną część działalności sanatorium, a drugą była rehabilitacja zdrowotna i społeczna. Właśnie dzięki temu młody pacjent, opuszczający po paru miesiącach ośrodek, mógł czynnie włączyć się w nurt życia, nie czując się przy tym jednostką pokrzywdzoną przez los czy upośledzoną na skutek przebytej choroby⁵¹⁰. W ten sposób zrealizowano także wieloletnie przesłanie dyrektora Z. Dadleza, dla którego dobro chorych na gruźlicę dzieci oraz troska o rozwój zakładu były najważniejsze.

W maju 1949 r. okręg śląsko-dąbrowski PCK otworzył w Rabce własne sanatorium dla ok. 300 dzieci w wieku 6–14 lat zagrożonych gruźlicą (wykluczone były czynne procesy gruźlicze), po jej przebyciu, anemicznych i niedożywionych⁵¹¹. Fundusze na budowę pochodziły m.in. ze zbiórki pieniędzy prowadzonych przez

⁵⁰⁸ Profesor zwyczajny, chirurg, pionier torakochirurgii, kardiokirurgii, transplantologii, chirurgii naczyniowej. Zajmował się też gruźlicą płuc. Autor i współautor 503 prac naukowych z różnych dziedzin chirurgii, z których wiele ma pionierski charakter i nieprzemijającą wartość. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

⁵⁰⁹ T. S i e n k i e w i c z, *Ośrodek pośród świerków*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 6, s. 9.

⁵¹⁰ G. M a z u r, *Dr med. Zygmunt Dadlez, pierwszy dyrektor Sanatorium Przeciwgruźliczego dla Dzieci i Młodzieży w Istebnej*, „Gruźlica” 1968, nr 8, s. 706.

⁵¹¹ K. B r o Ź e k, *Lekarze w życiu społecznym województwa...*, s. 159–160.

oddziały terenowe⁵¹². Sanatorium to, choć powstało z inicjatywy organizacji społecznej, było dziełem zaangażowania przedstawicieli wielu środowisk: lekarzy, inżynierów, administratorów, pedagogów i innych. Nie bez znaczenia było to, że o jego budowie zdecydował wojewoda gen. Aleksander Zawadzki, a przewodniczącym Społecznego Komitetu Budowy został wicewojewoda płk Jerzy Ziętek⁵¹³. Nieocenioną rolę w trakcie budowy odegrał jednak pełnomocnik Zarządu Głównego na okręg śląsko-dąbrowski dr Adam Sebesta, który nadzorował z ramienia PCK budowę, wyposażenie oraz początkowy okres działalności sanatorium. Był to człowiek niezwykły, w 1943 r. brał udział jako przedstawiciel PCK przy ekshumacji zwłok w Katyniu⁵¹⁴, z tego powodu w czasie wojny musiał się ukrywać⁵¹⁵. Po zakończeniu wojny powrócił do Katowic, gdzie organizował od podstaw działalność społecznej służby zdrowia, kierował akcją pomocy dla ludności oraz repatriantów i przeprowadził wraz z dr. M. Molickim masowe badania dzieci i młodzieży, które ujawniły stan zagrożenia gruźlicą⁵¹⁶.

Powstały w Rabce ośrodek był nowoczesnym, praktycznym i dobrze wyposażonym zakładem leczniczym, posiadającym m.in. aparat rentgenowski, lampy do naświetlań, pomieszczenia do kąpeli solankowych⁵¹⁷. Przy ośrodku funkcjonowała szkoła, tak by dzieci mogły kontynuować naukę podczas długotrwałej terapii. Koszty pobytu pacjentów pokrywane były całkowicie lub częściowo przez ubezpieczalnie, zakłady pracy lub niektóre organizacje społeczne, wydzielono jednak także miejsca bezpłatne, finansowane przez PCK⁵¹⁸.

⁵¹² Dla przykładu oddział w Opolu w okresie Świąt Bożego Narodzenia 1948 r. w wyniku sprzedaży 2 tys. kart świątecznych i noworocznych zebrał na ten cel 29 277 zł. Zob.: Sprawozdanie z działalności oddziału PCK w Opolu w okresie od 1 grudnia 1948 r. do 22 stycznia 1949 r., AP w Opolu, PCK Pełnomocnik na Oddział w Opolu, sygn. 13, k. 34.

⁵¹³ Protokół z posiedzenia Pełnomocników Oddziałów PCK okręgu śląsko-dąbrowskiego w Katowicach z 12 października 1947 r. ..., k. 56.

⁵¹⁴ *Zbrodnia katyńska w świetle dokumentów*. Przedm. W. Anders, wyd. 3., Londyn 1962, s. 190–191.

⁵¹⁵ W połowie 1944 r. przygotował akcję mającą doprowadzić do przejścia przez AK materiału dowodowego w sprawie katyńskiej. Od jesieni 1944 r. poszukiwany przez gestapo i NKWD, do końca wojny ukrywał się i pod przybranymi nazwiskami, organizował pomoc dla partyzantów oraz uchodźców z powstania warszawskiego. Za udział w pracach Komisji Technicznej w Katyniu oraz współpracę z AK był więziony w 1950 r. Zwolniony dzięki interwencji Międzynarodowego Czerwonego Krzyża. Zob.: Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

⁵¹⁶ A. M u s i o ł, *50-lecie pracy zawodowej i 80-lecie urodzin dra medycyny Adama Szebesty*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 1973, t. 7, s. 367–368.

⁵¹⁷ J. M. D y r d a, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim...*, s. 147.

⁵¹⁸ Z. W i k t o r c y k, *W trosce o zdrowie śląskiej dziatwy*, „Nowiny Opolskie” 1947, nr 7, s. 4.

W roku 1949 ZUS uruchomił kolejną placówkę przeciwgruźliczą na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego. Było to Sanatorium Przewentoryjne w Wodzisławiu, dysponujące 140 łózkami, które otwarto w przedwojennym budynku, gdzie leczenie gruźlicy prowadzono od 1897 r. Cały kompleks został zbudowany na terenie starego lasu iglastego, położonego na wysokości blisko 300 m n.p.m., co stwarzało doskonały klimat dla leczenia chorób płuc. Po wojnie obiekt został odnowiony i zmodernizowany, a leśne otoczenie stało się parkiem, w którym znajdowały się nowoczesne leżakownie, wybudowane zgodnie z obowiązującymi wówczas trendami panującymi w światowym lecznictwie gruźlicy. Dzięki temu w ciągu następnych lat wodzisławska lecznica przeciwgruźlicza zaliczana była do najnowocześniejszych w kraju⁵¹⁹.

Obok wymienionych sanatoriów planowano również w ramach planu 6-letniego budowę sanatorium dla płucnochorych w Rudach w powiecie raciborskim, jednak do 1950 r. ośrodek ten nie powstał⁵²⁰.

Po zakończeniu wojny przystąpiono także do organizowania w województwie śląsko-dąbrowskim ośrodków dla podniesienia stanu zdrowotności dzieci. Były to przede wszystkim prewentoria dla dzieci chorych lub zagrożonych gruźlicą odgrywające – pomimo postępu w diagnostyce i leczeniu gruźlicy dziecięcej – istotną rolę w zapobieganiu gruźlicy. W pierwszej kolejności wykorzystano w tym względzie przedwojenne ośrodki, stąd pierwszy zakład dla dzieci powstał na Buczu (60 łózek) uruchomiony już w czerwcu 1945 r., a następny w sierpniu w Jaworzu (60 łózek)⁵²¹. Początkowo oba ośrodki funkcjonowały w ramach kolonii sanatoryjnych, natomiast w 1946 r. przeszły pod zarząd Towarzystwa Domów i Prewentoriów w Krakowie⁵²². Wówczas placówka w Jaworzu przejęła i zaadaptowała dla swoich potrzeb przedwojenny zakład wodoleczniczy dr. J. Czopa, uruchamiając tym samym kolejne 90 łózek. Dodatkowe przejęcie dwóch prywatnych willi zwiększyło do 245 liczbę łózek w ośrodku⁵²³. Od października 1945 r. dyrektorką prewentorium została dr Maria Niżegorodcew (1907–1989)⁵²⁴, która skupiła wo-

⁵¹⁹ Szpital Powiatowy w Wodzisławiu 1949 r., AP w Katowicach, Oddział w Raciborzu, Powiatowa Rada Narodowa w Rybniku, sygn. 277; *Nowe sanatoria przeciwgruźlicze*, „Gruźlica” 1950, nr 1, s. 191.

⁵²⁰ *Sanatorium dla płucno-chorych powstanie w Rudach*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 341, s. 4.

⁵²¹ J. Ł a p i ń s k a, *Beskidzki Ośrodek Chorób Płuc w Jaworzu*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1972, nr 7, s. 5.

⁵²² Ośrodki w Jaworzu i Buczu pod zarządem Towarzystwa Domów i Prewentoriów znajdowały się do 1951 r., czyli do momentu upaństwowienia służby zdrowia. Zob.: J. Ł a p i ń s k a, *Prewentoria przeciwgruźlicze w Polsce*, „Gruźlica” 1957, nr 8, s. 665.

⁵²³ J. Ł a p i ń s k a, *Beskidzki Ośrodek Chorób Płuc...*, s. 6.

⁵²⁴ Lekarka chorób płuc, ftzyjopediatra, po wojnie pomagała organizować kolonie letnie, pełniła funkcję lekarza kolonii sanatoryjnej Rady Głównej Opiekuńczej w Porąbce. Dyrektorem w Jaworzu była do 1976 r., tj. do przejścia na emeryturę. Zob.: Biblioteka Główna

kół siebie zespół wybitnych polskich specjalistów od gruźlicy płuc⁵²⁵, na czele ze S. Hornungiem, dyrektorem Instytutu Gruźlicy. Dlatego opracowane tam metody leczenia gruźlicy u dzieci zostały wprowadzone w całym kraju, a od 1947 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia oraz Instytutu Gruźlicy odbywały się tam coroczne kursy z zakresu ftyzjopediatrii dla lekarzy, pielęgniarek, higienistek szkolnych⁵²⁶. Z kolei prewentorium na Buczu w 1946 r. przejęło od Związku Harcerstwa Polskiego (ZHP) trzy budynki zlokalizowane w Górkach Wielkich, dzięki czemu razem posiadało 230 łóżek. W zakładach tych przebywały głównie dzieci w wieku od 2 do 7 lat z województwa śląsko-dąbrowskiego oraz krakowskiego⁵²⁷.

Kolejne prewentorium dla dzieci słabowitych, zagrożonych gruźlicą, Urząd Wojewódzki w Katowicach zorganizował w Głuchołazach⁵²⁸. Wykorzystując urządzenia resortu zdrowia, ośrodek ten powstał przy funkcjonującym już wcześniej sanatorium przeciwgruźliczym, o czym świadczy treść pisma administratora tej placówki z czerwca 1945 r. „Do sanatorium [...] należą także oddziały w Arnoldsdorfie i w Jastrzębiu pow. Raciborze, które na razie są nieczynne”⁵²⁹. W rzeczywistości, kilka miesięcy później uruchomiono wspomniane prewentorium, które jednorazowo mogło przyjąć ok. 100 dzieci. Oddział ten funkcjonował jednak tylko przez rok, gdyż w czerwcu 1946 r. przeniesiono go do zakładu w Istebnej⁵³⁰.

Działalność opisanych prewentoriów przeciwgruźliczych była istotnym elementem akcji zapobiegania gruźlicy, i choć okres leczenia prewentoryjnego stanowił tylko wycinek tej akcji, to jednak poprawa kondycji organizmu jaką uzyskiwano, wspierając odporność wrodzoną i nabytą, była niezaprzeczalna. Powyższe korzyści uzyskiwano głównie przez wypoczynek, aeroterapię, odpowiednie żywienie oraz gimnastykę higieniczną i oddechową. Niemniej jednak także w działalności tego typu placówek zauważano pewne niedociągnięcia, zwłaszcza jeśli chodzi o wyposażenie, obsadę lekarską, stosowanie metod leczenia profilaktycznego itp.

W dniach 9–15 stycznia 1946 r. przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego WRN w Katowicach dr Kazimierz Golonka wraz z delegatem Biura Kontroli Państwa przeprowadził na terenie województwa lustrację kilku szpitali⁵³¹, a także

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne (15.08.2008).

⁵²⁵ Pracowali tam m.in. profesorowie S. Grochmak, F. Groër, M. Ciećkiewicz. Zob.: J. Ł a p i ń s k a, *Beskidzki Ośrodek Chorób Płuc...*, s. 8.

⁵²⁶ Ibidem.

⁵²⁷ Ibidem, s. 6.

⁵²⁸ Sprawozdanie Wojewódzkiego Wydziału Opieki Społecznej w Katowicach za 1945 r. z 17 stycznia 1946 r. ..., k. 141.

⁵²⁹ Pismo administratora sanatorium dla płucno-chorych do Zarządu Miejskiego w Głuchołazach z 19 czerwca 1945 r., AP w Opolu, Zarząd Miejski w Głuchołazach, sygn. 24, k. 48.

⁵³⁰ *Służba zdrowia na terenie województwa...*, s. 51.

⁵³¹ Kontrola objęła Składnicę Sanitarną w Chorzowie i Wielkich Hajdukach (Chorzów Batory) oraz szpitale w Katowicach, Chorzowie, Bytomiu, Gliwicach, Bielszowicach, Rokit-

prewentoriów, sanatoriów i domów wypoczynkowych w Zawiaści, Wiśle, Głuchołazach i Kudowie Zdroju. W wyniku tej kontroli powołano zespół, który do września tegoż roku miał opracować nie tylko szczegóły reorganizacji funkcjonowania tych placówek, ale także zasady ubezpieczeń społecznych⁵³².

Dzięki opracowaniu nowych zasad funkcjonowania i finansowania zakładów przeciwgruźliczych, powstawały kolejne prewentoria dla dzieci. W roku 1948 uruchomiono tego typu zakłady m.in. w powiecie raciborskim: w Krzanowicach i Kuźni Raciborskiej⁵³³ oraz w nyskim: 100-łóżkowe w Paczkowie⁵³⁴ i 120-łóżkowe w Jarnołtówku koło Głuchołaz⁵³⁵. Planowano również otwarcie prewentorium w pałacu w Rudzińcu, w powiecie gliwickim⁵³⁶.

Pomimo tego na początku lat pięćdziesiątych XX w. nadal brakowało łóżek sanatoryjnych, a wobec długoletniego przebiegu gruźlicy sanatoria nie mogły stać sobie za cel pozostawianie chorego w zakładzie aż do osiągnięcia pełnego wyleczenia, gdyż znacznie podnosiło to koszty ich prowadzenia. Duża liczba chorych oczekujących na leczenie sanatoryjne, a także ograniczone możliwości finansowania tego leczenia przez państwo polskie i władze wojewódzkie zmuszały do przemyślanego, surowego doboru chorych kierowanych na tego typu leczenie. Zmuszało to również do optymalnego skrócenia okresu zajmowania łóżek sanatoryjnych przez chorych, aby zapewnić zakładowi „przelotowość” (możliwość wykorzystania miejsc zakładowych przez największą liczbę potrzebujących w ustalonej jednostce czasu) oraz do eliminowania z sanatoriów chorych aspołecznych, niestosujących się do regulaminu (awanturników, alkoholików, „napastliwych”). Z tego typu pacjentami spotykano się na co dzień w górnośląskich sanatoriach, co znacznie utrudniało pracę personelowi, przeszkadzało w leczeniu innym chorym, a przede wszystkim marnotrawiło społeczne fundusze. Zwracano więc uwagę lekarzom, aby nie blokowali na długie miesiące łóżek sanatoryjnych przez wysyłanie na leczenie przewlekłych przypadków ze znacznymi zmianami lub chorych w ostatnim stadium choroby, lecz przede wszystkim ludzi młodych, z prątkami w płwocinie, nadających się do leczenia zapadowego. Osoby starsze ze zmianami czynnymi niezbyt rozległymi zalecano kierować do oddziałów gruźliczych szpitali

nicy, Bielsku, Bystrej, Chrzanowicach, Krzyżanowicach, Raciborzu i Rybniku. Zob.: Sprawozdanie z działalności Komisji Zdrowia Publicznego WRN w Katowicach za okres 9 maja 1945 do 9 maja 1947 r. ..., s. 18.

⁵³² Ibidem.

⁵³³ Sieć ośrodków zdrowia w powiecie raciborskim w 1948 r., AP w Katowicach, Oddział Racibórz, Starostwo Powiatowe w Raciborzu, sygn. 239.

⁵³⁴ *Prewentorium ZZPW w Paczkowie miejscem wypoczynku dla dzieci górników*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 179, s. 5.

⁵³⁵ *Dzieci chemików mają prewentorium*, „Nowiny Opolskie” 1950, nr 12, s. 5.

⁵³⁶ Pismo Naczelnika Wydziału Zdrowia Zarządu Miejskiego w Gliwicach do prezydium Zarządu Miejskiego z 12 maja 1948 r., AP w Katowicach, Oddział Gliwice, Zarząd Miejski w Gliwicach, sygn. 177.

ogólnych. Przeciętny pobyt chorych w sanatoriach dla dorosłych pod koniec lat czterdziestych XX w. wynosił 4 miesiące, dzieci w sanatoriach leczących gruźlicę węzłów chłonnych – od 6 do 12 miesięcy, dzieci z gruźlicą kostno-stawową – 12 miesięcy, przy czym pobyt dzieci w sanatoriach połączony był z nauczaniem szkolnym.

Podsumowując stan walki z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim w latach 1945–1950 należy uznać, że zasadniczym celem tych działań była poprawa sytuacji epidemiologicznej gruźlicy, wyrażająca się spadkiem zachorowalności, chorobowości i umieralności z powodu tej choroby. Absolutnym priorytetem w programie walki z chorobą było nasilenie akcji wykrywania i leczenia chorych oraz rozwój szczepień BCG jako ważny element profilaktycznej części programu. Zadania te realizowane były przez jednostki organizacyjne służby zdrowia wszystkich szczebli oraz placówki organizacyjne służby zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Komunikacji, przy współudziale władz administracyjnych i organizacji społecznych⁵³⁷.

Systematyczna poprawa organizacji lecznictwa przeciwgruźliczego oraz postępy w zwalczaniu choroby powodowały, że z roku na rok następował spadek zachorowań na gruźlicę na tym obszarze. Niepokojące było jednak zwolnienie tempa spadku zachorowań po okresie, gdy choroba ta przestała być epidemią oraz zbyt powolny spadek umieralności z powodu gruźlicy w grupie dzieci najmłodszych. Zwiększenie funduszy na walkę z gruźlicą w latach 1945–1950 oraz zespolenie wysiłków na tym odcinku w kierunku skoordynowania pracy wszystkich czynników niezbędnych w akcji zwalczania gruźlicy, zaowocowało poprawą skuteczności w realizacji programów wykrywania i leczenia choroby. Programy te oparte były na ocenie zmniejszenia odsetka osób prątkujących, zmniejszenia odsetka zgonów z powodu gruźlicy, zredukowania odsetka nawrotów, czyli powtórnych zachorowań, wreszcie zredukowania liczby osób zakażonych przez osobę chorą. Było to możliwe dzięki rozbudowie na obszarze całego województwa szpitali i sanatoriów przeciwgruźliczych, poradni i przychodni funkcjonujących przy ośrodkach zdrowia⁵³⁸, upowszechnieniu szczepień ochronnych i obowiązkowych badań mających na celu wykrywanie gruźlicy, wprowadzeniu do leczenia skutecznych leków i szko-

⁵³⁷ Zarówno przed jak i po drugiej wojnie światowej Polska należała do krajów o najwyższych wskaźnikach umieralności z powodu gruźlicy w Europie. Po wojnie umieralność z powodu gruźlicy w Polsce była najwyższa spośród krajów socjalistycznych i jeszcze w 1965 r. wskaźnik umieralności na gruźlicę wynosił 37,4 na 100 tys. ludności, a wskaźnik zgonów z powodu gruźlicy płuc – 36,6 na 100 tys. ludzi. Por.: M. D a n i e l s, *Gruźlica w Europie podczas drugiej wojny światowej i po niej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, nr 26, s. 207; J. L e o w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Rejestrowana umieralność z powodu gruźlicy w Polsce w latach 1965–1970*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1972, nr 8, s. 707.

⁵³⁸ Na początku lat pięćdziesiątych XX w. na Górnym Śląsku była rozwinięta najgęstsza sieć poradni przeciwgruźliczych, a Ministerstwo Zdrowia przyznało temu terenowi 1/3 ogólnej liczby miejsc w sanatoriach. Zob.: O. B u r a c z e w s k i, *Zwalczanie gruźlicy w planie*

leniu personelu medycznego w zakresie ftyzjatrii. Nie bez znaczenia była także poprawa jakości życia społeczeństwa śląskiego, co wpłynęło wydatnie na zmniejszenie umieralności z powodu gruźlicy.

Przekonują o tym dane statystyczne, które po wojnie obliczane były dla kilku większych miast, w tym na Górnym Śląsku dla Katowic. W mieście tym w latach 1939–1950 wskaźnik śmiertelności zmniejszył się ze 100 (na 100 tys.) w 1939 r. do 53 w 1950 r.⁵³⁹. Gorsza sytuacja panowała w Sosnowcu, gdzie w 1945 r. umieralność z powodu gruźlicy wynosiła 430 osób na 100 tys. mieszkańców, a już w 1946 r. – 262, w 1947 r. – 123, natomiast w 1948 r. – 96⁵⁴⁰.

Akcja przeciwgruźlicza przyczyniła się także do ograniczenia rozprzestrzeniania się choroby, co spowodowało, że na terenie całego województwa śląsko-dąbrowskiego pod koniec lat czterdziestych XX w. (1949–1950) był to jeden z najniższych w kraju wskaźników chorobowości (z powodu gruźlicy płuc) obliczony na podstawie zgonów ta sama tendencja dotyczyła również wskaźnika dodatnich odczynów tuberkulinowych⁵⁴¹. W roku 1949 wskaźnik umieralności podawany osobno dla województwa katowickiego i opolskiego wynosił odpowiednio: katowickie – 99; opolskie – 94 na 100 tys. ludności (w 1950 r. dla katowickiego – 89; a opolskiego – 87). Natomiast wskaźnik chorobowości ogólnej dla katowickiego – 990 i dla opolskiego – 940, natomiast wskaźnik zapadalności (wykrywalności) odpowiednio: 198 i 188 na 100 tys. ludności⁵⁴². Dodać należy, że wskaźniki te pochodzą sprzed okresu masowego stosowania chemioterapii, głównie streptomycyny i hydrazylu kwasu izonikotynowego. Niemniej jednak należy pamiętać, że nigdy żadne wskaźniki epidemiologiczne gruźlicy nie odzwierciedlały rzeczywistego obrazu epidemiologicznego w województwie śląsko-dąbrowskim⁵⁴³. Dotyczyło to

sześcioletnim, „Gruźlica” 1952, supl. 6: *X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy 1951*, cz. 2: *Pozjazdowa*, red. J. Gackowski, s. 33.

⁵³⁹ W tym okresie wskaźnik umieralności z powodu gruźlicy w Katowicach przedstawiał się następująco: lata 1936–1939 – 100; 1946 r. – 101; 1947 r. – 89; 1948 r. – 67; 1949 r. – 46; 1950 r. – 53 na 100 tys. ludności. Por.: O. B u r a c z e w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy w Polsce*, cz. 1, „Gruźlica” 1954, nr 10, s. 721–732.

⁵⁴⁰ *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności urzędów i instytucji zdrowia publicznego w roku 1946*, Warszawa 1949, s. 90.

⁵⁴¹ Dodatnie odczyny tuberkulinowe obliczone były dla grup wieku 5, 10 i 15 lat. Dla Śląska wynosiły one odpowiednio: 5 lat – 18%, 10 lat – 38%, 15 lat – 61%. Najwyższe odsetki były wówczas w Łodzi: 5 lat – 30%, 10 lat – 62%, 15 lat – 85%. Por.: O. B u r a c z e w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy...*, nr 12, s. 867–876.

⁵⁴² Najwyższe wskaźniki umieralności (155), chorobowości ogólnej (155) i zapadalności (310) występowały wówczas w Łodzi. Por.: O. B u r a c z e w s k i, H. R u d z i ń s k a, *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy...*, nr 10, s. 723; ibidem, nr 12, s. 871.

⁵⁴³ Do podstawowych wskaźników epidemiologicznych gruźlicy należą: wskaźnik chorobowości, obejmujący wyłącznie przypadki czynnej gruźlicy płuc i pozapłucnej, wymagający leczenia przeciwprątkowego; zachorowalności (zapadalności, wykrywalności) obejmujący

przede wszystkim wskaźnika chorobowości z powodu czynnej gruźlicy płuc, który był często sztucznie zawyżony wskutek błędów w kwalifikowaniu do grupy gruźlicy czynnej i przetrzymywaniu w tych grupach osób ponad ustalony okres itp. Dlatego też żadne wskaźniki, nawet jeśli były niższe, nie mogły oznaczać, że z gruźlicą poradzono sobie ostatecznie. O ile w województwie śląsko-dąbrowskim problem został w miarę opanowany, to jeszcze w 1948 r. Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do Walki z Epidemiami szacował, że na gruźlicę w Polsce chorowało 1200 tys. ludzi. Do tego dochodziły zachorowania obliczane przez PUR, który rok wcześniej szacował ich wielkość na 16 471 zachorowań⁵⁴⁴.

Takie parametry epidemiologiczne, jak wskaźnik zakażenia, zachorowalności, zwłaszcza wśród dzieci, wskaźnik chorych przewlekle prątkujących, czy też wskaźnik umieralności nadal należał w Polsce do najwyższych w Europie. Stąd w 1948 r. zwalczanie gruźlicy wyłączono z Departamentu Sanitarно-Epidemiologicznego Ministerstwa Zdrowia i przekazano powołanemu w tym celu Państwowemu Instytutowi Przeciwgruźliczemu, który zapewniał państwowy nadzór sanitarno-epidemiologiczny oraz leczenie specjalistyczne.

Przedstawiony rozwój walki z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim obrazuje stan ogólny służby zdrowia na tym odcinku. Dane statystyczne i wyniki sumaryczne dotyczące pierwszych pięciu lat po wojnie wydają się na ogół dobre, jednak w rzeczywistości wiele było jeszcze do zrobienia. Przede wszystkim chodziło o usunięcie trudności kadrowych, lokalowych i organizacyjnych w zakresie badań radiofotograficznych, szczepień BCG i prób tuberkulinowych, wreszcie o dalszą odbudowę szpitali i sanatoriów przeciwgruźliczych i to nie tylko w kierunku zwiększenia liczby łóżek, ale również poprawy ich stanu technicznego. Istotną sprawą było też ich rozmieszczenie, aby pokryć teren województwa taką siecią placówek i oddziałów, by chory na gruźlicę mógł w obrębie powiatu znaleźć specjalistyczną opiekę medyczną. Z tym oczywiście wiązała się potrzeba zwiększenia liczby fizjatrów, a problem ten rozwiązano dopiero z chwilą „wypuszczenia” pierwszych roczników absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej w połowie lat pięćdziesiątych XX w. Ważną sprawą była też dalsza rozbudowa ośrodków zdrowia, w których działały poradnie przeciwgruźlicze, zwłaszcza na terenie wiejskim, i pokrycie siecią tego typu placówek całego obszaru województwa. Istotną sprawą była także działalność profilaktyczna, gdyż pomimo że zasady były znane, to nie zawsze stosowano je w praktyce, a w niektórych rejonach miały one bardziej charakter teoretyczny, niż praktyczny. W zapobieganiu chodziło nie tylko o prze-

przypadki nowych zachorowań na czynną gruźlicę płuc i pozapłucną. Do pomocniczych wskaźników należą: wskaźnik gruźlicy nieczynnej, umieralności, zakaźności, lekooporności, zmian radiofotograficznych. Zob.: *Gruźlica. Rozpoznanie...*, s. 364–366.

⁵⁴⁴ *Ministerstwo Zdrowia, Departament Sanitarно-Epidemiologiczny. Stan sanitarno-epidemiologiczny w Polsce w 1948 roku...*, s. 495–526; W. P o g o r z e l s k i, *Służba zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego...*, s. 51.

ciwstawianie się nowym zachorowaniom, ale także niedopuszczenie do nawrotów i zaostrzeń choroby. Łączyło się to nie tylko ze skutecznym leczeniem, ale także z aktywnym postępowaniem w stosunku do wielu podopiecznych będących „tylko w obserwacji lekarskiej”, co z kolei wymuszało czynną postawę i często rozpoczęcie leczenia również tych chorych. Dla dalszego rozwoju ftyzjatrii na Górnym Śląsku istotne było także krytyczne spojrzenie na dotychczasową organizację walki z gruźlicą, gdyż każdy postęp polega na oduczeniu się czynów złych i błędnych, a krytyczne spojrzenie na dotychczasową działalność to krok do lepszej i skuteczniejszej pracy.

W realizacji wymienionych zadań na przeszkodzie stały jednak nieuregulowane podstawy finansowe. Przede wszystkim ustawowego uregulowania wymagała sprawa ponoszenia kosztów leczenia chorych gruźliczych. Dotyczyło to zarówno objęcia ubezpieczeniem wszystkich obywateli, jak również ustalenie terminu ponoszenia kosztów leczenia, gdyż ustalony zaraz po wojnie był niewystarczający. Ponadto, regulacji wymagała sprawa ściągalności kosztów leczenia oraz niejednolitego sposobu obliczania kosztów leczenia, co w konsekwencji prowadziło do nieuzasadnionych zadłużeń placówek medycznych. Chodziło o określenie faktycznej taksy szpitalnej, obliczonej na podstawie rzeczywistych wydatków ponoszonych na wszystkie świadczenia dla chorych gruźliczych. Było to jednak niezmiernie trudne, gdyż w pierwszych latach po wojnie wydatki na walkę z gruźlicą pochodziły głównie z subwencji wypłacanej przez Ministerstwo Zdrowia.

Powyższe sprawy uregulowano dopiero w 1959 r., gdy Sejm PRL uchwalił ustawę o zwalczaniu gruźlicy, a Rada Ministrów przyjęła uchwałę zabezpieczającą realizację tejże ustawy. Od tego momentu walka z gruźlicą nie tylko leżała w interesie każdej instytucji, ale stała się wręcz jej obowiązkiem⁵⁴⁵. Już pierwszy artykuł ustawy mówiący, że leczenie gruźlicy jest bezpłatne, zabezpieczał każdemu Polakowi – bez względu na to gdzie pracuje i gdzie mieszka, czy jest ubezpieczony czy nie, z czego się utrzymuje i jaki jest jego stan majątkowy – wszelką potrzebną pomoc lekarską w leczeniu gruźlicy. Państwo zabezpieczało także wszystkim obywatelom bezpłatne korzystanie ze szczepień ochronnych, masowych prześwietleń itp., które organizowano przez służbę zdrowia w celach zapobiegania gruźlicy. Ustawa nakładała na ludzi chorych na gruźlicę konieczność poddawania się przepisanej kuracji, zabiegom profilaktycznym, na zdrowych natomiast obowiązek wykonywania badań okresowych, prześwietleń rentgenowskich, itp. Przepisy pozwalały chorych opornych przymusowo hospitalizować w zakładach zamkniętych, przewidywały także pewne przywileje mieszkaniowe dla chorych na gruźlicę, w tym regulowały

⁵⁴⁵ Paragraf 3 uchwały Rady Ministrów brzmiał: „Organy administracji państwowej, instytucje państwowe, uspołecznione zakłady pracy i organizacje społeczne powinny udzielać potrzebnej pomocy organom służby zdrowia w zakresie wykonywania zadań związanych ze zwalczaniem gruźlicy”. Por.: Uchwała nr 68 Rady Ministrów z 22 kwietnia 1959 r. w sprawie planowego zwalczania gruźlicy, Dz.U. PRL z 1959 r. poz. 180, nr 40.

sprawy świadczeń socjalnych. Wiązało się to z wypłatą np. dodatku wyrównawczego, zasiłków, przyznania dzieciom chorym na gruźlicę pierwszeństwa w uzyskaniu stypendium w szkole, miejsca w zakładzie dla dzieci i młodzieży, w domu akademickim itp.⁵⁴⁶.

Jak z tego wynika, dopiero wraz z przyjęciem ustawy o zwalczaniu gruźlicy 22 kwietnia 1959 r. naprawdę rozpoczęła się faktyczna realizacja programu walki z gruźlicą. Niemniej jednak określenie szczególnej roli poradni przeciwgruźliczej nie byłoby możliwe bez wcześniejszych doświadczeń, jakie te placówki zdobyły, funkcjonując już od pierwszych lat po wojnie. Ponadto, zdobycze w zakresie wykrywania, masowych badań, zapobiegania i leczenia gruźlicy nie zmniejszyły, ale zwiększyły rolę ftyzjatrii jako organizatora walki z chorobą wspólnie z innymi specjalistami.

Można zatem stwierdzić, że lata 1945–1950 w dziejach powojennej górnośląskiej ftyzjatrii w zakresie walki z gruźlicą były okresem twórczym, w którym stopniowo powstawała coraz bardziej rozległa i zróżnicowana baza przeciwgruźlicza, łącząca sprawną organizację z dobrą techniką i nowoczesną aparaturą, jako niezbędne zaplecze walki z tą chorobą w terenie. Omawiany okres charakteryzował się szybko postępującą poprawą niemal wszystkich wskaźników epidemiologicznych gruźlicy. Ma więc on charakter przełomowy, dający podstawy i stwarzający warunki do systematycznej i efektywnej intensyfikacji wysiłków w zakresie zwalczania gruźlicy w latach następnych. Cały ten złożony i stale doskonalony aparat przeciwgruźliczy, oparty na wypróbowanych doświadczeniach przesłankach naukowych, właściwej organizacji oraz doświadczeniu polskich ftyzjatrów, którym przyszło pracować na tym polu po 1945 r., przyczynił się do rozwoju skutecznej, odpowiadającej współczesnym wymogom walki z gruźlicą. I choć zadanie to nie było wyłącznie problemem ftyzjatrów, gdyż wymagało pomocy całego społeczeństwa i czynnej współpracy wszystkich lekarzy, to jednak największy wkład w tym zakresie mieli ftyzjatrzy oraz instytucje działające w województwie, dla których sprawa poprawy stanu zdrowia społeczeństwa Górnego Śląska była zawsze kwestią priorytetową. W zwalczaniu odpornej choroby w warunkach powojennych wykazali oni zaangażowanie i ofiarną pracę. Bez tego zaangażowania zawodowego nie byłoby możliwe w tak krótkim czasie przybliżenie się do celu, jakim było opanowanie gruźlicy w województwie śląsko-dąbrowskim jako choroby społecznej.

⁵⁴⁶ Ustawa o zwalczaniu gruźlicy z 22 kwietnia 1959 r., Dz.U. PRL z 1959 r. poz. 170, nr 27.

Zakończenie

Gruźlica uchodziła niegdyś za klęskę społeczną nie do zwalczenia, natomiast obecnie wiadomo, że za pomocą zdobyczy nauki w dziedzinie leczenia można z nią skutecznie walczyć. Znaczenie społeczne gruźlicy wynikało z tego, że szerzyła się ona tym bardziej, im trudniejsze i mniej higieniczne były warunki życia ludności, stąd skuteczność walki z chorobą zależała od wyeliminowania powodów występowania tej choroby jako zjawiska powszechnego, tzn. podłoża społecznego i epidemiologicznego. Nie ma wątpliwości, że walkę z gruźlicą zrodziła potrzeba, jednak sposób leczenia tej choroby na przestrzeni wieków był zawsze odzwierciedleniem stanu dominujących poglądów. Jedynie, co łączyło wszystkie epoki w walce z gruźlicą był lęk przed śmiercią, cierpieniem fizycznym i wytrąceniem z normalnego życia.

W walce człowieka z gruźlicą świat lekarski kilkakrotnie ogłaszał zwycięstwo, za każdym razem musiał jednak przeżywać goręcy rozczarowania i uznawać porażkę z „mikroskopijnym” wrogiem. Skoro więc choroba była złożona i potężna, zatem i przeciwdziałanie jej musiało być silne i wielokierunkowe. Stąd walka z epidemią gruźlicy wymagała zastosowania takich samych metod, jakie stosuje się w walce z chorobami zakaźnymi, z jednoczesnym udziałem epidemiologów i placówek pionu sanitarno-epidemiologicznego. Według wielu lekarzy najważniejszym zadaniem w tej walce było zapobieganie zakażeniu i unikanie źródeł zakażenia, a samo leczenie gruźlicy traktowano jak zło konieczne. Stąd rozwiązanie zagadnienia walki z gruźlicą widziano przede wszystkim w rozbudowie sieci poradni przeciwgruźliczych, w zapewnieniu dostatecznej liczby łóżek, zwłaszcza dla chronicznie chorych, a także w szczepieniach ludności, ujemnie oddziałującej na tuberkulinę, szczepionką BCG oraz w badaniach radiofotograficznych.

Dane statystyczne mające istotne znaczenie dla epidemiologii gruźlicy pokazują, że choroba szerzyła się tym łatwiej, im bliższa była styczność chorych z otoczeniem, im bardziej zagęszczone były mieszkania, im gorsze były warunki higieniczne w domu i pracy. Do tego dochodziło przepracowanie i przemęczenie, niedostateczne odżywianie, wreszcie odgrywający niezmiernie ważną rolę czynnik psychiczny.

Sytuację epidemiologiczną gruźlicy najlepiej ilustruje stuletnia krzywa zgonów w Europie (1845–1945), na której widoczny jest dwukrotny wzrost liczby zgonów w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej. O ile jednak lata 1914–1918 to okres, w którym ftyzjatria na ziemiach polskich dopiero raczkowała, tak lata 1939–1945 doprowadziły do likwidacji lub przekształcenia niemal wszystkich przeciwgruźliczych łóżek szpitalnych i sanatoryjnych na cele wojenne, co spowodowało olbrzymi wzrost wskaźników chorobowości i umieralności z powodu gruźlicy po zakończeniu wojny.

Porównując wskaźniki gruźlicy okresu przedwojennego i w pierwszych latach po wojnie, dają się zauważyć pewne pozytywne tendencje. Przede wszystkim zmniejszyła się umieralność z powodu gruźlicy, co oznacza, że choroba ta sama rzadziej była przyczyną śmierci, choć rozpowszechnienie jej było nadal duże. Ponadto, poprawiły się warunki bytowe społeczeństwa, co sprawiało, że zwiększały się szanse na dłuższe utrzymanie się przy życiu człowieka po zachorowaniu. Wreszcie wprowadzono znacznie skuteczniejsze, nowoczesne leczenie.

Trudno porównywać rezultaty walki z gruźlicą w drugiej połowie XIX i pierwszej XX w., bowiem najpierw główną metodą leczenia był sposób Brehmera-Dettweilera, czyli leczenie higieniczno-dietetyczno-klimatyczne, uzupełniane fizykoterapią i chemioterapią (preparaty złota, dożylne wstrzykiwanie przetworów wapniowych), następnie stosowano leczenie zapadowe – odmą opłucnową, poprzez resekcję tkanki płucnej, wreszcie leczenie przeciwprątkowe. Niemniej jednak każda z tych metod, skuteczna na swój sposób w poszczególnych okresach, była także wykorzystywana w pierwszych latach po drugiej wojnie światowej, przynosząc korzyści w leczeniu.

Bezpośrednio po wojnie typowym zakładem leczenia chorych na gruźlicę płuc było sanatorium, położone daleko od ośrodków naukowych i współpracy z innymi specjalistami, gdzie ftyzjatrą był lekarz sanatoryjny. Leczenie sanatoryjne z uregulowanym trybem życia, dostateczną kalorycznością pożywienia przyczyniało się do wzmocnienia sił obronnych ustroju i w efekcie doprowadzało do powstrzymania postępu gruźlicy, zwłaszcza że większość chorych żyła wówczas w złych warunkach ekonomicznych i socjalnych. Jednak krótki pobyt, zwykle 6–8 tygodni, w zakładzie o dobrych warunkach nie mógł nawet u tej niewielkiej liczby chorych przyczynić się do zahamowania procesu chorobowego na dłuższy czas. Według ówczesnych statystyk, chory z jamą gruźliczą żył przeciętnie 3 lata, w związku z tym każda poprawa samopoczucia takiej osoby, łącznie z niewielką poprawą radiologiczną, była sukcesem leczniczym. Stan taki powodował, że po 1945 r. leczenie gruźlicy sposobem klimatycznym było traktowane przez niektórych lekarzy jako objaw słabości wiedzy medycznej o tej chorobie.

Z kolei leczenie odmą opłucnową, choć znane od 1892 r., nie u każdego pacjenta było możliwe, zwłaszcza u chorych z rozległą postacią gruźlicy włóknisto-jamistej, stąd traktowano ją jako metodę drugorzędną, tymczasową. Odczynowe zmiany zapalne w opłucnej, a w konsekwencji zrosty opłucnowe uniemożliwiały często wytworzenie skutecznego leczniczego zapadu płuca, stąd próbowano sposobów przecinania zrostów wewnątrzopłucnowych, by uwolnić od nich płuco. Dlatego w miarę upływu lat wprowadzono nową metodę leczenia chirurgicznego – resekcję zajętej chorobowo tkanki płucnej. Metoda, która znana była od 1935 r., rozwinęła się jednak dopiero na początku lat pięćdziesiątych XX w. wraz z rozwojem anestezjologii, dzięki czemu zmodyfikowano sposoby znieczulenia ogólnego i kontrolowanego oddychania. Na koniec upowszechniło się leczenie środ-

kami przeciwprątkowymi, które pozwoliło uniknąć powikłań pooperacyjnych pod postacią rozsiewu prątków kwasoodpornych i nowych zmian w płucach oraz swoistych i nieswoistych ropniaków opłucnej, a także uczyniły zbędnym leczenie sanatoryjne w odległych miejscowościach. W roku 1945 wprowadzono do terapii streptomycynę, w 1946 r. – kwas paraaminosalicylowy, a w 1952 r. – hydrazyd kwasu izonikotynowego. Chemioterapia gruźlicy wymagała szczególnej uwagi w przypadkach leczonych chirurgicznie, dlatego dużego znaczenia nabrały także badania bronchoskopowe oskrzeli w celu wykrycia gruźlicy oskrzeli, która mogłaby stać się przyczyną powikłań.

Chemioterapia i lecnictwo otwarte jest dziś podstawową metodą zwalczania gruźlicy, a poglądy na rolę i zadanie klimatycznego leczenia choroby uległy na przestrzeni lat znacznym przeobrażeniom. I choć jeszcze bezpośrednio po drugiej wojnie światowej przez pewien okres sanatoria i szpitale były wiodącymi zakładami leczenia gruźlicy, obecnie nie odgrywają już one dominującej roli w opanowaniu choroby. Nadal jednak są pomocne w rozwiązywaniu problemów, którym nie może podołać otwarta opieka zdrowotna. Chodzi przede wszystkim o hospitalizację chorych prątkujących, diagnostykę trudnych przypadków oraz leczenie torakochirurgiczne.

W pierwszych latach po drugiej wojnie światowej w parze z postępem leczniczym występowała nadal niesprecyzowana sytuacja epidemiologiczna, niedający się ściśle ustalić zakres potrzeb walki z gruźlicą oraz niedostateczne i niezorganizowane zaplecze przeciwgruźlicze, tj. brak kadry fizjatrycznej (lekarskiej i pielęgniarskiej) oraz wyposażenia lekarskiego itp. Na stan prognozy epidemiologicznej gruźlicy w Polsce przez długie lata bardzo wyraźny wpływ miał katastrofalny stan zdrowotny społeczeństwa z czasu wojny i okupacji. Dlatego nasilenie gruźlicy w latach powojennych oraz liczne roczniki osób urodzonych w czasie wojny i nieszczepionych wówczas BCG, zmuszało do zorganizowania szybkiej i rzeczywistej akcji zapobiegawczej.

O wynikach walki z gruźlicą w Polsce w pierwszych latach po zakończeniu wojny decydowało uwzględnienie kilku założeń kliniczno-epidemiologicznych. Dotyczyło to przede wszystkim uznania gruźlicy za chorobę zakaźną, oraz że zakażenie gruźlicą u ludzi jest bardzo rozpowszechnione, lecz do zachorowania dochodzi rzadziej, bowiem zachorowanie, jak i przebieg schorzenia zależy od podatności ustroju człowieka, a także od warunków bytowych danego osobnika. Wreszcie, uznanie gruźlicy za chorobę społeczną, ze względu na jej masowy charakter oraz powodowane przez nią straty demograficzne, społeczne i gospodarcze. Nie bez znaczenia okazał się fakt zinstytucjonalizowania walki z tą chorobą przez wprowadzenie w życie ustawodawstwa zdrowotnego, które spowodowało, że państwo polskie podjęło wysiłek zapewnienia chorym opieki lekarskiej. Chodziło przede wszystkim o zwiększenie liczby łóżek sanatoryjnych, szpitalnych i prewentyjnych, zapewnienie większej ochrony prawnej, bezpłatnych leków, wreszcie

szczepień ochronnych, które uważano za najskuteczniejszą formę walki z chorobą wśród dzieci.

Masowa akcja szczepień BCG rozpoczęła się w Polsce w połowie 1947 r., przy czym na Górnym Śląsku nastąpiło to już wcześniej, bowiem – przy pomocy Duńskiego Czerwonego Krzyża – trwała ona od 1946 r. W każdym województwie pracowała jedna ekipa szczepienna, składająca się z lekarza i kilku pielęgniarek polskich i duńskich. Stosowana była wówczas „żywa” szczepionka duńska, której żywotność wynosiła dwa tygodnie. Profilaktyką objęto dzieci i młodzież, od 2 do 18 lat, i do końca 1949 r. liczba przebadanych próbami tuberkulinowymi wynosiła ponad 5,5 mln, a liczba zaszczepionych ponad 2,5 mln.

Rozwój epidemiologii gruźlicy pokazuje, że podniesienie oporności wrodzonej ogólnej przez higieniczne warunki życia, odżywiania i pracy, ograniczenie do minimum zakażeń zewnętrznych, przez szybkie uchwycenie i wyleczenie kliniczne chorych oraz zupełne izolowanie ludzi w okresie choroby okazało się najskuteczniejszym sposobem zapobiegania szerzeniu się gruźlicy. Skuteczna walka z gruźlicą musiała więc uwzględniać podstawowe właściwości tej choroby, tj. zaraźliwość, podstępność początkowego rozwoju, warunki bytowania ludności oraz powszechność. Zaraźliwość wymagała wyszukiwania źródeł zakażenia i ich odosobnianie w zakładach leczniczych oraz stosowanie metod zapobiegawczych w odniesieniu do ludności zdrowej. Podstępność rozwoju początkowego wymagała poszukiwania chorych w gronie pozornie zdrowych ludzi, by nie czekać, aż chorzy sami zgłoszą się do lekarza po rozpoznanie, gdy będzie już za późno. Nazwanie gruźlicy chorobą społeczną wiązano z tym, że chorzy ci najczęściej przebywali w warunkach społecznych szczególnie sprzyjających zachorowaniu i postępowi choroby (wspólnota mieszkaniowa, niedożywienie jakościowe i ilościowe, nieprzestrzeganie zasad higieny życia codziennego). Natomiast powszechność gruźlicy udowodniła, że nie ma ani jednej grupy społecznej, nawet rodziny, w której nie żyłaby osoba chora na gruźlicę, jednocześnie zarażając przez styczność najbliższe otoczenie.

Korzyści społeczne walki z gruźlicą określano zatem za pomocą takich wielkości, jak liczba unikniętych osobolat choroby, liczba unikniętych zgonów, zmniejszenie ryzyka zakażenia, zachorowania itp. Każdy z tych elementów wyrażany był w innych jednostkach. Natomiast korzyści ekonomiczne określano jako „zredukowanie kosztów” i dotyczyło to zarówno kosztów leczenia chorych, jak i strat pośrednich spowodowanych absencją chorobową i przedwczesnymi zgonami z powodu gruźlicy.

W celu skutecznego zwalczania epidemii starano się więc, aby wszyscy, u których stwierdzono lub podejrzewano gruźlicę byli kierowani do placówek leczniczych, a koszty leczenia pokrywano z ubezpieczeń społecznych, lub jeśli chodzi o pracowników resortowych z funduszy tych instytucji. Dodatkowo wprowadzono nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad repatriantami oraz stworzono dla nich osobną służbę zdrowia, co znacznie przyczyniło się do zmniejszenia rozprzestrze-

niania się chorób zakaźnych, w tym gruźlicy. Jednak jeszcze w 1947 r. rozciągnięcie opieki zdrowotnej nad całą ludnością znajdowało się dopiero w fazie początkowej, zwłaszcza na obszarach wiejskich.

Pod koniec października 1948 r. uchwalono ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, na podstawie której państwo przejęło kontrolę nad służbą zdrowia, a Ministerstwo Zdrowia zaczęło sprawować nadzór nad lecznictwem ubezpieczeniowym, tym samym ograniczając do minimum rolę samorządowej służby zdrowia. Przede wszystkim chodziło o obowiązkową rejestrację zachorowań i zgonów na choroby zakaźne, co umożliwiło wczesną lokalizację ognisk epidemii, rozpoznawanie przyczyn ich powstawania, wreszcie przyczyniło się do oceny stanu zdrowotności społeczeństwa. Natomiast w kwietniu 1949 r. Sejm Ustawodawczy przyjął ustawę o pokrywaniu opłat w szpitalach będących zakładami społecznymi służby zdrowia, na podstawie której samorząd terytorialny, mając zagwarantowaną pomoc państwa, został zobowiązany do finansowania leczenia szpitalnego, m.in. rolników i rzemieślników, a także osób, które utraciły uprawnienia do korzystania z ubezpieczeń społecznych na skutek długotrwałej choroby, przy czym dotyczyło to także chorych na gruźlicę. Pod koniec 1949 r., rozpoczął się proces łączenia lecznictwa otwartego, a 22 grudnia tegoż roku przyjęto uchwałę o ujednoczeniu organizacji opieki medycznej, nad którą kontrolę przejęło całkowicie Ministerstwo Zdrowia. Wszystkie wspomniane akty prawne przyczyniły się do poprawy koordynacji i usprawnienia walki z gruźlicą.

Kolejnym krokiem w walce z gruźlicą było rozpowszechnienie w społeczeństwie przez różne instytucje i organizacje oświaty sanitarnej, co przyczyniło się znacznie do ograniczenia negatywnych skutków choroby. Dotyczyło to głównie profilaktyki, higieny osobistej i otoczenia, co miało przyczynić się do ograniczenia zachorowań na choroby zakaźne, w tym gruźlicę. Formy i metody oświaty sanitarnej musiały być jednak przystosowane do zmieniającego się stosunku społeczeństwa do tej choroby oraz do postaw i zachowań chorych na gruźlicę. Wymagało to posiłkowania się pracami badawczymi z dziedziny psychologii, socjologii, badań opinii publicznej oraz umiejętne wykorzystania nowoczesnych form masowej informacji i propagandy. Wszystko to miało prowadzić do zmniejszenia obawy przed gruźlicą, pobudzenia czujności społecznej do walki z gruźlicą, przekazywania wiedzy o chorobie, wreszcie do uświadamiania praktycznego w zakresie zapobiegania i leczenia gruźlicy. W tym celu – głównie poradnie przeciwgruźlicze – organizowały „Dni Przeciwgruźlicze”, odczyty, prelekcje i wykłady oraz wysyłały do pacjentów nowo zarejestrowanych m.in. ulotki, broszury, a nawet listy z wyjaśnieniem istoty i zasad leczenia choroby.

Na Górnym Śląsku – dzięki szeroko zakrojonej akcji społecznej, a także wprowadzeniu powszechnych, obligatoryjnych ubezpieczeń społecznych w drugiej połowie XIX w. oraz rozwojowi prawodawstwa pracy na początku XX w. – rozwinęła się na szeroką skalę w latach międzywojennych opieka nad robotnikami chorymi

na gruźlicę, a także ich rodzinami. Dotyczyło to głównie zabezpieczenia lekarskiego, poprawy warunków socjalno-bytowych w postaci pomocy w otrzymaniu zapomogi, dożywiania dzieci, dostarczania niezbędnego sprzętu domowego, organizowania kolonii dla dzieci, wsparcia finansowego instytucji charytatywnych i szkolnych. W ten sposób wynagradzano górnikom niebezpieczną i ciężką pracę, choć działalność ta podyktowana była głównie ochroną ważnej gałęzi przemysłu. I choć sytuacja uległa zmianie w czasie wojny, gdy brakowało lekarzy, wydłużono czas pracy, zmniejszono racje żywnościowe, zatrudniano młodocianych, zlikwidowano polskie instytucje ubezpieczeniowe, nie zmienia to faktu, że działania w zakresie walki z gruźlicą na Górnym Śląsku w pierwszej połowie XX w. wyróżniały się na tle innych regionów Polski, co wzbudzało zainteresowanie nie tylko lekarzy, ale także władz państwowych.

Istotną rolę odegrały w tym zakresie również oddziały PCK, które na tle innych jednostek w kraju wyróżniały się dużym zaangażowaniem, pomysłowością i oryginalnymi metodami w zwalczaniu gruźlicy. I nie tylko chodzi tutaj o szerzenie oświaty sanitarnej, ale też o konkretne działania mające ograniczyć rozprzestrzenienie się choroby. Dało się to zauważyć już po pierwszej wojnie światowej, jednak szczególnego znaczenia działalność ta nabrała w 1948 r., gdy gruźlica nasiliła się w środowiskach przemysłowych. Wówczas śląsko-dąbrowski PCK przystąpił do dużej akcji zapobiegawczej, tworząc większą liczbę prewentoriów dziennych, zapewniając kadrę kierowniczą, kierując większą liczbę chorych do sanatoriów i prewentoriów, rozszerzając działalność w zakresie leczenia otwartego na wsi, zwiększając liczbę ambulansów ruchomych i biorąc udział w akcji szczepień przeciwgruźliczych.

Działania te miały doprowadzić do rozbudowy na Górnym Śląsku leczenia przeciwgruźliczego w postaci sieci przychodni, oddziałów szpitalnych i sanatoriów przeciwgruźliczych. Pamiętać jednak należy, że był to obszar nietypowy pod każdym względem, zwłaszcza z uwagi na specjalną strukturę gospodarczą, tj. podział na okręgi przemysłowe i rolnicze. Na małej powierzchni skupionych było bardzo dużo ludzi, ponadto właśnie w tym regionie kraju znajdowały się największe bogactwa mineralne i to tu rozwinęły się najważniejsze gałęzie polskiego przemysłu, głównie górnictwa i hutnictwa. Specyfika wielkoprzemysłowego ośrodka, wysokie płace w górnictwie, łatwość zatrudnienia i mieszkania (choćby w hotelach robotniczych) sprzyjała dużemu napływowi ludności z ośrodków wiejskich całej Polski niemal od pierwszych powojennych lat. Z drugiej strony, w województwie znajdowały się rozległe zachodnie tereny rolnicze, zamieszkałe przez ludność wiejską – stanowiącą ok. 30% ogółu ludności – z reguły niezamożną, o niskim poziomie uświadczenia zdrowotnego, ze słabym dostępem do zorganizowanej bezpłatnej opieki lekarskiej. Wszystko to stawiało przed służbą zdrowia w ogóle, a przed pionem przeciwgruźliczym w szczególności, bardzo poważne zadania, przede wszystkim w zakresie znoszenia występujących dysproporcji przez rozwi-

janie sieci poradni przeciwgruźliczych oraz prowadzenie intensywnej działalności zapobiegawczej i sanitarno-oświatowej. Ważne było to w pierwszym roku po zakończeniu wojny, gdy nasiliła się epidemia choroby. Jednak rozwinięcie obowiązkowych badań radiologicznych przed przyjęciem do pracy, a także dzięki gęstej sieci zakładów przeciwgruźliczych i rzetelnej pracy wielu ludzi, niemal od 1945 r. odnotowywano dobre wyniki w walce z gruźlicą, a wiele wskaźników kształtowało się korzystniej niż średnia krajowa, dzięki czemu w latach następnych, wraz z wygasaniem epidemii, niektóre szpitale i oddziały przeciwgruźlicze mogły być likwidowane, choć liczba zachorowań nowo występujących była nadal duża. Dotyczyło to z jednej strony młodzieży gruźliczej, na co wpływ miała m.in. styczność młodzieży z wiejskich środowisk znajdujących się w innym cyklu epidemicznym ze środowiskiem miejskim o dużym zagruźliczeniu. Z drugiej strony, poważnym problemem była gruźlica u osób starszych, przeważnie z zaawansowanymi zmianami o typie gruźlicy włóknisto-jamistej, późno wykrytej, co także stanowiło duże niebezpieczeństwo epidemiczne dla otoczenia. Na przykładzie tych sytuacji wnioskować można, że poradnie przeciwgruźlicze nie sprawowały jeszcze pełnej kontroli nad osobami starszymi górnośląskiej ludności.

Niezmierne istotne w walce z gruźlicą było także zwiększenie liczby personelu lekarsko-sanitarnego (pod koniec lat pięćdziesiątych XX w. pracowało w placówkach przeciwgruźliczych 88 fizjoterapeutów i 15 fizjopediatrów), który sprawował nadzór merytoryczny nad działalnością wymienionych zakładów.

Szczególne znaczenie w zwalczaniu gruźlicy w pierwszych latach po wojnie zyskało leczenie ambulatoryjne i domowe z zastosowaniem chemioterapii, które stało na równi z leczeniem zamkniętym. Stąd główny nacisk w zwalczaniu choroby kładziono na rozwój ośrodków zdrowia i poradni przeciwgruźliczych, które otwierano przy niemal każdym ośrodku. Poradnie przeciwgruźlicze, jako instytucje publicznej opieki otwartej, dostatecznie wyposażone w niezbędne urządzenia, związane terenowo z zasięgiem pracy właściwego ośrodka zdrowia, sprawowały działalność zapobiegawczą i leczniczą w odniesieniu do wszystkich grup społecznych zamieszkujących dany obszar. Tego typu placówki wykrywały źródła zakażenia gruźliczego przez wywiady (wizyty domowe) w środowisku, prowadziły ewidencję tych źródeł, otaczały opieką społeczno-lekarską chorych i ich najbliższych. Do ich podstawowych obowiązków należało wykrywanie źródeł zakażenia na podstawie pielęgniarских odwiedzin domowych; rozpoznawanie choroby przez badanie ogólne, rentgenowskie, badanie płwociny, próby tuberkulinowe; zapobieganie szerzeniu się choroby przez szczepienia ochronne, odpowiedni podział chorych i umieszczanie ich w zamkniętych zakładach leczniczych. Istotnym zadaniem było też orzecznictwo i sprawozdawczość, podstawą której była prawidłowa rejestracja zapadalności i zgonów oraz koordynacja pracy instytucji zajmujących się zwalczaniem gruźlicy przez stałą styczność ze szkołami, bursami, zakładami pracy, szpitalami, sanatoriami czy urzędami pracy.

Pracę poradni przeciwgruźliczych działających na Górnym Śląsku koordynowała Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza w Katowicach, która od marca 1949 r. przejęła wszystkie zadania związane z walką z gruźlicą, co znacznie poprawiło skuteczność tej akcji. Stanowiła ona organ wykonawczy Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego w Katowicach, którego łącznikiem z poradnią był referat walki z gruźlicą. Władze wojewódzkie zdawały sobie jednak sprawę, że skuteczność szerokiej walki z tą chorobą zależy od ścisłej współpracy lecznictwa podstawowego (lekarzy rejonowych ogólnych, pediatrów, lekarzy przemysłowych i pielęgniarek) z poradniami przeciwgruźliczymi, stąd też kładły duży nacisk na koordynację tej akcji.

Jak to często bywa w życiu i w praktyce, w pierwszych latach po wojnie, nie uniknięto błędów i uchybień w realizacji programu zwalczania gruźlicy na opisywanym obszarze. Chodzi o pewne błędy merytoryczne i niedociągnięcia w zakresie realizacji programu chemioterapii gruźlicy, szczepień BCG, radiofotografii, zbyt wczesnego wycofania się z chirurgicznych metod leczenia niektórych „chroników”. W pierwszych dwóch latach po zakończeniu wojny w województwie śląsko-dąbrowskim dawał się zauważyć także brak powiązania lecznictwa otwartego przeciwgruźliczego z zamkniętym (niewłaściwe wykorzystanie łóżek lecznictwa zamkniętego przez chorych przewlekłych, brak kierowania chorych prątkujących) oraz słabe zorganizowanie lecznictwa otwartego, głównie jeśli chodzi o brak kadry specjalistycznej i wyposażenia. Zmuszało to do czasowego tworzenia poradni różnych szczebli – dzielnicowych, miejskich lub wiejskich ośrodków zdrowia, które po wykryciu osoby zakażonej gruźlicą, przekazywały ją do powiatowej poradni specjalistycznej, wyposażonej w niezbędne środki diagnostyczne i personel lekarski. Dzięki współpracy miejskich i wiejskich ośrodków zdrowia z powiatową specjalistyczną poradnią przeciwgruźliczą rozpoznanie nosicieli gruźlicy było dosyć wysokie, przeważnie jednak w zaawansowanym stadium choroby.

Osobnym problemem była walka z gruźlicą na wsi. Dysproporcje w rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie gruźlicy między miastem a wsią wynikały ze środowiskowych różnic w poziomie kultury, z uświadomienia i stopnia przyswojenia nawyków higienicznych wśród ludności. Niedostateczne uświadomienie w zakresie higieny, niski poziom kultury zdrowotnej i rozpowszechnione czynniki ryzyka (nadużywanie alkoholu, złe warunki mieszkaniowe, samotność wpływająca na nieregularny tryb życia itp.) nie sprzyjały podnoszeniu i utrzymywaniu odpowiedniego stanu zdrowotnego i higienicznego ludności wiejskiej. Bariery utrudniającą walkę z gruźlicą na wsi były trudności w osiedlaniu na terenie wiejskim lekarzy i średniego personelu medycznego oraz zapewnienia im odpowiednich warunków bytowych. Rozwój pełnej opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich utrudniały też w pierwszych latach po wojnie decyzje administracyjne, powodujące, że siły i środki przeznaczone były na rozwój placówek służby zdrowia w powstających ośrodkach przemysłowych, przy czym miasta przemysłowe na Górnym Śląsku

były szczególnie uprzywilejowane pod tym względem. Ponadto, długo jeszcze po wojnie brakowało opracowanych metod pracy w odniesieniu do podstawowych zadań placówek otwartej opieki zdrowotnej na wsi w stosunku do chorych na gruźlicę i ich środowiska, a także zasad współpracy w tym zakresie z powiatowymi poradniami przeciwgruźliczymi. Dotyczyło to również resortu zdrowia i rolnictwa, a zwłaszcza służb weterynaryjnych w zakresie zwalczania gruźlicy u ludzi i zwierząt. Nie wspominając o słabo rozpowszechnionych szczepieniach ochronnych, badaniach radiofotograficznych itp.

Wśród problemów dotyczących tworzenia pionu przeciwgruźliczego na Górnym Śląsku – obok małej liczby lekarzy i personelu pomocniczego, trudności w ich opłacaniu, braku sprzętu i lekarstw – w pierwszym roku po wojnie występowały także komplikacje lokalowe, zwłaszcza w zakresie przejmowania obiektów szpitalnych z rąk Armii Czerwonej. Do tego dodać należy fatalny stan budynków sanitarnych, rozgrabionych i zdewastowanych. Jednak rozsądna polityka władz wojewódzkich oraz zaangażowanie wielu ludzi, w tym powołanie do życia jako jednej z pierwszych w Polsce Śląskiej Izby Lekarskiej spowodowało, że pod koniec 1945 r. w regionie tym funkcjonowało już 67 szpitali, posiadających łącznie 7300 łóżek, 51 ośrodków zdrowia, w których utworzono poradnie przeciwgruźlicze oraz 4 sanatoria i kilka prewentoriów przeciwgruźliczych.

Intensywny rozwój placówek leczniczych, pomimo niedostatków w wyposażeniu oraz braków kadry lekarskiej, przyczynił się do poprawy warunków sanitarnych i ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, a przede wszystkim spowodował, że na obszarze śląsko-dąbrowskiego pod koniec lat czterdziestych XX w. odnotowano jedne z najniższych – w porównaniu do pozostałych województw – wskaźniki umieralności, chorobowości i zapadalności z powodu gruźlicy, obliczone na podstawie zgonów z powodu gruźlicy, a także niski wskaźnik dotyczący dodatnich odczynów tuberkulinowych. Fakt ten budził zdziwienie wielu specjalistów, gdyż z jednej strony brak było rozwiniętego szpitalnictwa zakaźnego (przed wojną nie występowało zagrożenie chorobami zakaźnymi), z drugiej strony region śląski był obszarem przemysłowym, z dużym skupiskiem ludzi niezamożnych, żyjących w licznych rodzinach i w nie najlepszych warunkach bytowych. Potwierdzeniem niskiego wskaźnika chorobowości były jednak badania przeprowadzone przez Instytut Gruźlicy, gdzie w ogólnej absencji chorobowej wśród przedstawicieli tzw. ciężkich zawodów udział czynnej gruźlicy jako przyczyny zwolnienia chorobowego wynosił u górników 8,6%, u hutników 10,2%, podczas gdy wśród grupy zawodów usługowych odnotowywano na ogół wyższy odsetek – ok. 15% absencji.

Oczywiście można ten fakt tłumaczyć zmianą zawodu po stwierdzeniu gruźlicy i przejściu do pracy usługowej, stąd wyższy odsetek absencji w tej grupie zawodowej, jednak wydaje się, że rozsądniejszym wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy jest to, że walka z gruźlicą w tym regionie prowadzona była na wysokim

poziomie, w oparciu o obowiązujące zasady ustalone przez Ministerstwo Zdrowia i Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami. Polegało to głównie na szybkim wykrywaniu i natychmiastowej hospitalizacji osoby z gruźlicą świeżo wykrytą, potwierdzoną badaniami bakteriologicznymi oraz opierało się na dobrej współpracy wszystkich pionów służby zdrowia w zakresie hospitalizacji przypadków niegruźliczych. Choć nie znaczy to, że nie ustrzeżono się błędów organizacyjnych, na które wskazywano już wcześniej.

Jednocześnie należy wziąć pod uwagę to, że od 1946 r. wskaźnik umieralności na gruźlicę obniżył się w całym kraju, co nie oznaczało zmniejszenia się zachorowalności na gruźlicę, a jedynie ustabilizowanie się sytuacji, po przekroczeniu punktu krytycznego bezpośrednio po wojnie. Można więc pokusić się o stwierdzenie, że istotne znaczenie w obniżeniu śmiertelności na Górnym Śląsku miał fakt objęcia akcją przeciwgruźliczą szczególnie dzieci szkół powszechnych i przedszkoli, którym organizowano wyjazdy na kolonie i półkolonie letnie, a dzieciom zagrożonym gruźlicą – pobyty w sanatoriach lub prewentoriach. Ponadto, w ramach higieny szkolnej organizowano ogródki jordanowskie, wykonywano prześwietlenia rentgenowskie, szczepienia ochronne oraz organizowano sanatoriaienne będące jednym ze skutecznych sposobów walki z gruźlicą, w czym województwo śląsko-dąbrowskie stało się pionierem w kraju. Taką opieką obejmowano głównie dzieci wywodzące się z rodzin niezamożnych, posiadających liczne potomstwo, mieszkających w małych pomieszczeniach, a więc w warunkach sprzyjających rozwojowi gruźlicy, krzywicy, anemii itp.

Obok poprawy jakości życia społeczeństwa górnośląskiego, rozbudowy placówek przeciwgruźliczych, upowszechnienia szczepień ochronnych i obowiązkowych badań w kierunku wykrywania gruźlicy, również zwiększenie funduszy na walkę z gruźlicą w latach 1945–1950 zaowocowało wprowadzeniem do leczenia skutecznych leków i szkoleniem personelu medycznego w zakresie ftyzjatrii (określanym pionem ftyzjatrycznym). Wpłynęło to korzystnie na zmniejszenie umieralności z powodu gruźlicy, która w odniesieniu do miasta Sosnowiec zmniejszyła się w ciągu 3 lat (1945–1948) 4,5-krotnie. Ten wynik statystyczny przekonuje, że walka z gruźlicą na Górnym Śląsku była prowadzona rozsądnie, adekwatnie do możliwości, z dużym zaangażowaniem wielu ludzi, i co najważniejsze – skutecznie.

Nie ulega wątpliwości, że walka z gruźlicą w latach 1945–1950 była utrudniona z powodu braku odpowiednich przepisów prawnych regulujących wiele spraw, zwłaszcza w dziedzinie profilaktyki gruźlicy, zabezpieczeń w zatrudnianiu chorych, rehabilitacji zawodowej oraz warunków pracy chorych, rekonwalescentów i inwalidów z gruźlicą, choć samą chorobę uznano za ważne zagadnienie polityczne. Tych spraw nie mogły uregulować władze województwa śląsko-dąbrowskiego, gdyż nie potrafił sobie z tym długo poradzić nawet Wydział Prawny i Departament Medycyny Społecznej Ministerstwa Zdrowia. Sygnały dotyczące konieczności rozwiązania tych spraw były wysyłane przez wojewodę śląsko-dąbrowskiego, staro-

stów powiatowych, lekarzy, przedstawiciele instytucji i organizacji społecznych zajmujących się zwalczaniem gruźlicy w województwie. Swój oddźwięk znalazły one dopiero w 1959 r., gdy uchwalono ustawę o zwalczaniu gruźlicy.

W powojennych warunkach powoli, stopniowo tworzyła się szeroka i zróżnicowana, choć w wielu miejscach niekompletna w zakresie wyposażenia i kadry, baza przeciwgruźlicza jako niezbędne narzędzie walki z gruźlicą. Równoległe z jej rozwojem postępowała w szybkim tempie nauka, oferująca coraz skuteczniejsze metody profilaktyczne, diagnostyczne, leczenia i rehabilitacji, do czego przyczynili się również naukowcy i lekarze pracujący w województwie śląsko-dąbrowskim.

Choć pierwsze lata po wojnie niosły ze sobą wiele problemów, to jednak już w połowie lat pięćdziesiątych w województwie katowickim (powstałym po podziale w 1950 r.) nastąpiła stabilizacja organizacyjna w walce z gruźlicą, co przejawiało się głównie usystematyzowaniem metod jej zwalczania i zapobiegania.

Po 1950 r. Górny Śląsk nadal jako jeden z nielicznych regionów w kraju posiadał jedną z lepiej zorganizowanych sieci placówek przeciwgruźliczych, dzięki czemu gruźlica wśród dzieci po wojnie nie stanowiła na terenie województwa większego problemu epidemiologicznego, organizacyjnego i klinicznego. Dodatkowo w 1957 r. na życzenie Ministerstwa Górnictwa i Energetyki wprowadzono w poradniach przeciwgruźliczych województwa katowickiego oddzielną kartotekę dla górników, co znacznie poprawiło wskaźniki chorobowości i wykrywalności gruźlicy w tej grupie zawodowej, a także wśród członków ich rodzin, uczniów szkół górniczych oraz emerytów górniczych.

Z biegiem lat, wraz z rozwojem przemysłu, postępu i cywilizacji, pojawił się na tym obszarze nowy problem o znaczeniu społecznym – choroby układu oddechowego, zwłaszcza przewlekłe zapalenie oskrzeli i dychawica oskrzelowa, związane głównie z zanieczyszczeniem powietrza atmosferycznego, zarówno w pracy, jak i w otoczeniu życia codziennego. Doświadczenie zdobyte w dotychczasowym działaniu, potencjał kadrowy, przydatność określonych metod epidemiologicznych wypracowanych w zwalczaniu gruźlicy, a także wspólne w dużej mierze zaplecze diagnostyczne sprawiły, że najbardziej przygotowanym działem służby zdrowia do rozwiązania problemów chorób układu oddechowego Górnoślązaków, okazał się pion zwalczania gruźlicy.

Dzięki skutecznej i rozsądnej polityce władz wojewódzkich w zakresie zwalczania gruźlicy, w pierwszym powojennym 25-leciu na terenie ówczesnego województwa katowickiego znajdowało się 65 zakładów przeciwgruźliczych opieki otwartej i zamkniętej, w tym 42 poradnie przeciwgruźlicze, 17 oddziałów szpitalnych i 6 sanatoriów, z czego cztery ośrodki były dużymi nowoczesnymi obiektami. Liczba posiadanych łóżek (1717 szpitalnych, 1179 – sanatoryjnych dla dorosłych, 1224 – dla dzieci i młodzieży oraz dodatkowo 500 łóżek w Zakopanem i Kowarach) w zupełności zabezpieczała potrzeby chorych na gruźlicę i pozwalała rozszerzyć hospitalizację innych przewlekłych schorzeń układu oddechowego. Istotnym

wskaźnikiem poprawy sytuacji epidemiologicznej gruźlicy na tym obszarze było obniżenie wskaźnika zachorowalności i absencji chorobowej, który w 1969 r. dla kraju kształtował się na poziomie 70,5 na 100 tys. ludności, a dla województwa katowickiego – 62,2 na 100 tys.

Inaczej wyglądała sytuacja w drugiej części dawnego województwa śląko-dąbrowskiego – w opolskim. Po 1950 r. zaniedbano sprawy prawidłowego ustawienia „pionu ftyzjopneumonologicznego”, stąd w pierwszych latach powstało sporo zaległości w walce z gruźlicą płuc, zwłaszcza w zakresie słabego poradnictwa przeciwgruźliczego.

Przyczyną były braki w wyposażeniu, zły stan placówek przeciwgruźliczych oraz stały odpływ wykwalifikowanej kadry lekarskiej, która wyjeżdżała za granicę lub opuszczała województwo, znajdując w innych regionach kraju lepsze warunki materialne i mieszkaniowe. Sytuacja taka trwała już od kilku lat, gdyż kontrola przeprowadzona przez Urząd Wojewódzki w Katowicach jeszcze w sierpniu 1949 r., wykazała, że wielu lekarzy opuściło teren województwa bez zgody władz administracyjnych. Sam Śląsk Opolski opuściło wówczas 13 lekarzy, a niektórzy nie byli nawet zewidencjonowani przez Wojewódzki Wydział Zdrowia. Nie zawsze też władze województwa opolskiego postrzegały walkę z gruźlicą jako problem epidemiczny, społeczny i ekonomiczny, stąd w następnych latach na tym terytorium potrzeba było wyczerpanego i wielostronnego wysiłku, aby zabezpieczyć i stworzyć maksymalnie najlepsze warunki do zwalczania tej choroby.

Daje się to zaobserwować już w drugiej połowie lat pięćdziesiątych, gdy wiosną 1957 r. powołano w Opolu pierwsze w Polsce – Opolskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą. Organizacja ta spełniła ogromną rolę, mobilizując społeczeństwo Śląska Opolskiego wokół walki z gruźlicą, będąc niejako łącznikiem w tym zakresie z organizacjami społecznymi, właściwymi radami narodowymi, radami związków zawodowych itp. Prowadząc swą działalność w oparciu o środki społeczne, zainicjowała m.in. rozbudowę Szpitala Przeciwgruźliczego w Kup (300 łóżek), uruchomiła w Opolu zakład rehabilitacyjny dla osób po przebytej gruźlicy, wybudowała trzy i zorganizowała siedem poradni przeciwgruźliczych, a także zakupiła sprzęt i samochody dla zakładów przeciwgruźliczych. Udzielała również stypendia studentom Akademii Medycznej, celem mobilizowania ich do specjalizacji z zakresu ftyzjatrii, a także organizowała pomoc materialną chorym na gruźlicę lub ich rodzinom, opiekę nad dziećmi, czy ochronę przed zwolnieniem z pracy. Przede wszystkim jednak z inicjatywy Towarzystwa opracowano w Opolu plan społecznego zwalczania gruźlicy, który obejmował wykrywanie możliwie wszystkich siewców gruźlicy w jak najwcześniejszym stadium choroby, odosobnienie pacjentów na zaraźliwe postacie choroby w szpitalach i sanatoriach celem leczenia i przywrócenia im zdolności do pracy lub umieszczenia nieuleczalnie chorych w specjalnych zakładach leczniczo-opiekuńczych z warsztatami umiarkowanej pracy.

Działalność ta zaowocowała na początku lat sześćdziesiątych zwiększeniem na tym obszarze liczby poradni przeciwgruźliczych (z 6 do 28), lekarzy zajmujących się leczeniem gruźlicy (z 12 do 66), liczby łóżek szpitalnych (z 340 do 620) oraz liczby łóżek sanatoryjnych (ze 110 do 345). Spowodowało to, że w zakresie bazy łóżkowej województwo opolskie było prawie samowystarczalne. W roku 1965 w regionie czynnych było 1386 łóżek przeciwgruźliczych (szpitalnych i sanatoryjnych), a wskaźnik wynosił 14,0 na 10 tys. mieszkańców, podczas gdy w województwie katowickim było w tym czasie 4228 łóżek, co dawało wskaźnik 13,0 na 10 tys. mieszkańców (w całej Polsce były 36 873 łóżka; wskaźnik – 11,7 na 10 tys. ludności).

W połowie lat sześćdziesiątych poprawiła się też jakość pracy poradni przeciwgruźliczych, o czym świadczy wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy wszystkich postaci. W roku 1965 wynosił on dla województwa opolskiego 166,6 na 100 tys. ludności (dla katowickiego – 143,2, dla Polski – 170,3), jednak z podejrzanie szybką tendencją malejącą, tak że w 1970 r. był już na poziomie 87,9 (katowickie – 137,1, Polska – 126,6).

W roku 1970 odsetek osób ze zmianami w płucach (niewymagających leczenia) zarejestrowanych w poradniach przeciwgruźliczych w stosunku do ogółu ludności wynosił 2,7 (w katowickim – 1,8, Polska – 2,0), natomiast wskaźnik umieralności z powodu gruźlicy wszystkich postaci był najniższy w kraju i wynosił 16,2 (katowickie – 22,3), choć zauważyć należy, że w tym samym roku odsetkowy udział wznów w grupach gruźlicy czynnej w Opolskiem był jednym z wyższych w kraju i wynosił 11,1 (katowickie – 9,9, Polska – 8,8).

Bez wątplenia wyniki w zwalczaniu gruźlicy osiągnięte w obu województwach, jak zresztą w całym kraju w pierwszym ćwierćwieczu od zakończenia wojny, należały do największych osiągnięć społecznej służby zdrowia, choć zauważyć należy, że na początku lat siedemdziesiątych w całej Polsce nastąpił znaczny wzrost zachorowalności z powodu gruźlicy w grupie powyżej 50. roku życia. Pomimo tego uznać należy, że pod koniec lat sześćdziesiątych problem gruźlicy zarówno na terenie województwa katowickiego, jak i opolskiego został opanowany. Jednak doświadczenia kolejnych lat pokazały, jak niebezpieczne jest zmniejszenie intensywności działań i uspokojenie opinii publicznej odnośnie do groźby zachorowań na gruźlicę. Zmuszało to i nadal zmusza do ustawicznej, opartej o podstawy naukowe, analizy, oceny i rewizji stosowanych metod walki z gruźlicą, stałych, do okresowych korekt programu zwalczania choroby oraz szybkiego wykorzystania nowych możliwości wynikających z naukowych i organizacyjnych postępów fizjatrii.

Dlatego też obowiązkiem każdego pokolenia było i nadal jest przypominanie i informowanie o gruźlicy, doskonalenie metod jej leczenia, szerzenie profilaktyki, podnoszenie standardu życia, przy czym należy pamiętać, że zwalczanie gruźlicy i jej skutków w dalszym ciągu wymaga współdziałania całego społeczeństwa, by

utrzymywać na odpowiednim poziomie, wzmagać, gdy jest taka potrzeba i wciąż ulepszać walkę z tą chorobą. Pamiętając przy tym jednocześnie, że gruźlica jest chorobą, której zawiłych tajemnic, zagadnień i powiązań z wpływami środowiska zewnętrznego jeszcze żaden człowiek nie poznał i nie przezwyciężył.

Bibliografia

I. Źródła archiwalne

Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie:

Statut der Heilanstalt des dr Apolinary Tarnawski in Kosów (Statut Zakładu Leczniczego dr Apolinarego Tarnawskiego w Kosowie), Kosów 1914.

Archiwum Akt Nowych w Warszawie:

Zespoły: Ministerstwo Zdrowia, Gabinet ministra, Wydział prawny; Państwowy Urząd Repatriacyjny, Zarząd Centralny PUR w Łodzi 1944–1951, Wydział Ogólny, Wydział Zdrowia, Oddział Prezydialny.

Archiwum Państwowe m. st. Warszawy:

Zespół: Liga Szkolna Przeciwgruźlicza 1945–1955.

Archiwum Państwowe w Katowicach

Zespoły: Zarząd Prowincjonalny Górnego Śląska w Katowicach, Starostwo Świętochłowickie 1922–1939, Naczelne Prezydium w Katowicach 1914–1945 (Oberpräsidium Kattowitz); Urząd Wojewódzki Śląski w Katowicach 1892–1939, Wydział Zdrowia Publicznego, Wydział Prezydialny 1930–1937; Urząd Wojewódzki Śląski, Wydział Ogólny: Sprawozdania miesięczne sytuacyjne wojewody śląsko-dąbrowskiego, Wydziału Zdrowia oraz starostw, referatów zdrowia i lekarzy powiatowych w: Będzinie, Bielsku, Bytomiu, Cieszynie, Chorzowie, Gliwicach, Głubczycach, Grodkowie, Katowicach, Kluczborku, Koźlu, Lublińcu, Niemodlinie, Nysie, Oleśnie, Opolu, Prudniku, Raciborzu, Strzelcach, Zabrze; Wydział Opieki Społecznej; Zarząd Miejski: Bielsko, Bytom, Chorzów, Gliwice, Katowice, Racibórz, Zabrze; Wojewódzki Oddział PUR w Katowicach; Wojewódzka Rada Narodowa w Katowicach: Komisja Zdrowia Publicznego; Zarząd Wojewódzki PCK w Katowicach.

Archiwum Państwowe w Katowicach, Oddział w Gliwicach:

Zespół: Zarząd Miejski w Gliwicach, Zabrze.

Archiwum Państwowe w Katowicach, Oddział w Raciborzu:

Zespoły: Landratsamt in Rybnik, Starostwo Powiatowe w Rybniku, Powiatowa Rada Narodowa w Rybniku, Starostwo Powiatowe w Raciborzu, Zarząd Miejski w Raciborzu.

Archiwum Państwowe w Katowicach, Oddział w Pszczynie:

Zespół: Kreisarzt Pszczyna, Akta miasta Pszczyny.

Archiwum Państwowe w Katowicach, Oddział w Bielsku-Białej

Zespół: Starostwo Powiatowe w Bielsku 1858–1939.

Archiwum Państwowe w Opolu:

Zespoły: Starostwo Powiatowe w Opolu (Landratamt Oppeln), Rejencja Opolska, Wydział Powiatowy w Opolu (Kreisausschuss Oppeln); Starostwo Powiatowe w: Głubczycach, Grodkowie, Kluczborku, Koźlu, Lublińcu, Niemodlinie, Nysie, Oleśnie, Opolu, Prudniku, Raciborzu, Strzelcach; Zarząd Miejski: Głuchołazy; Pełnomocnik PCK na Oddział w Opolu.

Biblioteka Uniwersytecka we Wrocławiu, Gabinet Śląsko-Łużycki:

Die Bedeutung des Polenproblems für die Rüstungswirtschaft Oberschlesiens.

Biblioteka Śląska w Katowicach:

Okólnik nr 57/44 wydany przez Zarząd Główny Hermann Göring Werke G.m.b.H., podpisany przez von Dewalla, Generalnego Dyrektora Hauptverwaltung.

Biblioteka Główna Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu

Zbiory Specjalne:

Korespondencja Janusza Zeylanda.

Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska. Hasła biograficzne, nekrologi.

II. Źródła drukowane

- [1] „Biuletyn Dyrektora Służby Zdrowia Publicznej Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy” 1918.
- [2] „Biuletyn Informacyjny Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Opolu” 1957, 1960.
- [3] „Biuletyn Państwowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej” 1955.
- [4] „Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose” 1954, Janvier-Avril.
- [5] *Dane statystyczne Departamentu Statystyki Medycznej Ministerstwa Zdrowia obejmujące lata 1947–1950*, Warszawa 1950.
- [6] *Dane statystyczne Działu Organizacyjno-Metodycznego Instytutu Gruźlicy*, Warszawa 1948.
- [7] Dekret PKWN z 21 sierpnia 1944 r. o trybie powoływania władz administracji ogólnej I i II instancji, Dz.U. z 1944 r. nr 2, poz. 8.
- [8] Dekret z 14 maja 1946 r. o powołaniu pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami, Dz.U. z 1946 r. nr 23, poz. 150.
- [9] Dekret z 10 sierpnia 1945 r. o rejestracji pracowników służby zdrowia, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1945 r. nr 27, poz. 362.
- [10] „Dziennik Praw Królestwa Polskiego” z 1918 r. nr 5, poz. 8; z 1919 r. nr 9, poz. 122.

- [11] Dz.U. MWRiOP z 1919 r. nr 6, poz. 9; z 1919 r. nr 10/11, poz. 14.
- [12] Dz.U. MZO z 1947 r. nr 8, poz. 139.
- [13] Dz.U. PRL z 1959 r. nr 27, poz. 170; 1959 r. nr 40, poz. 180.
- [14] Dz.U. RP z 1920 r. nr 44, poz. 272; z 1923 r. nr 131, poz. 1060; z 1931 r. nr 76, poz. 611; z 1944 r. nr 2, poz. 8; z 1944 r. nr 7, poz. 32; z 1945 r. nr 12, poz. 63; z 1945 r. nr 51, poz. 295; z 1946 r. nr 23, poz. 150; z 1948 r. nr 55, poz. 434; z 1950 r. nr 14, poz. 130; z 1950 r. nr 55, poz. 434; z 1951 r. nr 18, poz. 141; z 1955 r. nr 20.
- [15] „Dziennik Zdrowia” 1945–1946.
- [16] „Gazeta Urzędowa Województwa Śląskiego” 1945–1946.
- [17] *Gemeindelexikon für die Provinz Schlesien*, Berlin 1898.
- [18] *Gemeindelexikon für die Provinz Schlesien*, Berlin 1908.
- [19] *Heilklimatischer Kurort und Wintersportplatz Schreiberhau im Riesengebirge*. W: *Reichs-Bäder Adressbuch*, Berlin 1932.
- [20] *Instrukcja dla kolumn przeciwepidemicznych*, Warszawa 1946.
- [21] *Instrukcja dla lekarza – dzierzawcy zawiadującego zakładem wód mineralnych w Busku*, „Medycyna” 1885, nr 18.
- [22] *Instrukcja dotycząca higienicznego i balneoterapeutycznego urządzenia zdrojowiska*, „Przegląd Lekarski” 1864, nr 24.
- [23] Instrukcja Ministra Opieki Społecznej o organizacji i działalności ośrodków zdrowia, Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej 1936, nr 38/36.
- [24] Instrukcja Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami dotycząca prowadzenia szpitali (oddziałów) zakaźnych, „Dziennik Zdrowia” z 1946 r. nr 17/18, poz. 100.
- [25] Instrukcje Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami dotyczące zwalczania chorób zakaźnych i przymusowej hospitalizacji, „Dziennik Zdrowia” z 1945 r. nr 1.
- [26] Jahresgesundheitsbericht für 1932; 1936; 1937 Regierungsbezirk Oppeln.
- [27] *Komunikat działu metodologiczno-organizacyjnego Instytutu Gruźlicy w sprawie szerszego stosowania i doskonalenia metody poradnianej w akcji zwalczania gruźlicy*, „Gruźlica” 1952, nr 6.
- [28] *Komunikat Działu Metodyczno-Organizacyjnego Instytutu Gruźlicy w Warszawie dotyczący przykładowych wykazów zawodów dostępnych dla chorych na gruźlicę płuc*, „Gruźlica” 1953, nr 7.
- [29] *Komunikaty Instytutu Gruźlicy w Warszawie w sprawie przepisów o zwalczaniu gruźlicy (na dzień 30 kwietnia 1966 r.)*, z. 14, Warszawa 1966.
- [30] *Komunikaty Izby Lekarskiej Województwa Śląsko-Dąbrowskiego z 10 listopada 1945 r.*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1945, nr 1/3.
- [31] *Korespondencja z Görbersdorf*, „Dziennik Poznański” 1894, nr 137.
- [32] *Korespondencja z Görbersdorf*, „Dziennik Poznański” 1894, nr 196.
- [33] *Korespondencja z Görbersdorf*, „Dziennik Poznański” 1897, nr 133.

- [34] *Korespondencja z Görbersdorf*, „Tygodnik Ilustrowany” 1875, nr 392.
- [35] *Korespondencja z Görbersdorf*, „Tygodnik Ilustrowany” 1895, nr 38.
- [36] *Korespondencja z Görbersdorf*, „Zdrojowiska” 1872, nr 3.
- [37] ŁUCZKIEWICZ H.: *Korespondencja z Görbersdorfu*, „Gazeta Lekarska” 1875, nr 10.
- [38] *Materiały VII Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Gdynia 1939.
- [39] *Ministerstwo Zdrowia, Departament sanitarno-epidemiologiczny. Stan sanitarno-epidemiologiczny w Polsce w 1948 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1949, nr 3/4.
- [40] Ogłoszenie Komisarza Organizacyjnego Ubezpieczeń Społecznych w górnośląskiej części województwa śląsko-dąbrowskiego z 14 marca 1945 r., „Gazeta Urzędowa Województwa Śląskiego” z 1945 r. nr 5.
- [41] *Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 21/45 o organizacji służby zdrowia na wsi z 18 września 1945 r.*, Warszawa 1945.
- [42] *Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 32/45 w sprawie mianowania Komisarzy Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do Walki z Epidemiami przy wojewódzkich wydziałach zdrowia (organizacja i zadania komisarzy) z 2 lipca 1945 r.*, „Dziennik Zdrowia” z 1945 r. nr 2.
- [43] *Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 27/46 z 13 lipca 1946 r. w sprawie przekazania komisarzom NNK spraw zwalczania gruźlicy*, „Dziennik Zdrowia” z 1946 r. nr 23/24.
- [44] *Okólnik Ministra Zdrowia nr 48/47 w sprawie reorganizacji dotychczasowej akcji przeciwepidemicznej w kraju z 16 grudnia 1947 r.*, „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” z 1948 r. nr 1.
- [45] *Okólnik Ministra Zdrowia nr 49/47 w sprawie zmiany i uzupełnienia okólnika nr 28/47 o strukturze wojewódzkich wydziałów zdrowia z 17 grudnia 1947 r.*, „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” z 1948 r. nr 2.
- [46] *Okólnik nr 21/45 Ministerstwa Zdrowia o organizacji służby zdrowia na wsi*, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1946 r. nr 16, poz. 278.
- [47] *Okólnik nr 230/45 w sprawie zwalczania i profilaktyki chorób zakaźnych*, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1945 r. nr 27, poz. 371.
- [48] *Pamiętnik I Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Kraków 1925.
- [49] *Pamiętnik VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, red. S. Hornung, Wilno 1936.
- [50] *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [51] PAWIŃSKI A.: *Korespondencja z Jaworza*, „Tygodnik Ilustrowany” 1870, nr 73.
- [52] *Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia 1945*, Warszawa 1946.
- [53] *Pismo okólne Ministerstwa Zdrowia z 2 lipca 1945 r. w sprawie mianowania Komisarzy NNK przy wojewódzkich wydziałach zdrowia*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 1.

- [54] *Projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [55] *Przebieg organizowania Ubezpieczalni Społecznych*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1.
- [56] *Przychodnie PCK przekazane Ubezpieczalni Społecznej*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 247.
- [57] REITEROWSKI H.: *Dziennik Zarządu Miejskiego*, Łódź 1937.
- [58] „Rocznik Statystyczny” 1937, 1939.
- [59] „Rocznik Statystyczny” 1948–1950, 1955.
- [60] *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia GUS 1945–1967*, Warszawa 1969.
- [61] *Rok pierwszy w powiecie strzeleckim*. Wybór źródeł, oprac. i wstęp M. Lis, Opole 2000.
- [62] ROLOFF W.: *Tuberkulose-Lexikon*, Stuttgart 1949.
- [63] Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 15 sierpnia 1931 r. w sprawie organizacji urzędów wojewódzkich oraz trybu załatwiania spraw w tych urzędach, Dz.U. z RP 1931 r. nr 76, poz. 611.
- [64] *Rozwój szkolnictwa w Województwie Śląsko-Dąbrowskim w okresie lat 1945/1946*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” Katowice 1947, nr 1.
- [65] SCHÜCK T.: *Statistik des Regierungs-Bezirk Oppeln*, Inserholm 1860.
- [66] Sejm RP, Kadencja IV z 1937 r., druk nr 550 (1935–1938).
- [67] *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1946*, Warszawa 1947.
- [68] *Sprawozdanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za rok 1947*, Warszawa 1948.
- [69] *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności urzędów i instytucji zdrowia publicznego w roku 1946*, Warszawa 1949.
- [70] *Sprawozdanie personelu higieniczno-lekarskiego*, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1948 r. nr 18, poz. 351.
- [71] *Sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego prof. W. Orłowskiego z działalności Zarządu PZP za okres 1938–1939*, Warszawa 1939.
- [72] *Sprawozdanie z działalności Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1.
- [73] *Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za rok 1930–1931*, Warszawa 1931.
- [74] *Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego 1932/1933*, [Warszawa 1934].
- [75] *Sprawozdanie z IX Zjazdu Przeciwgruźliczego w Łodzi w dniach 18–21 września 1949 r.*, „Gruźlica” 1950, nr 1.
- [76] „Statistisches Jahrbuch für das deutsche Reich” 1931.

- [77] *Statut Klimatycznej Stacji Leczniczej w Zakopanem*, Kraków 1889.
- [78] *Statut Towarzystwa Kolonij Wakacyjnych dla Dzieci w Krakowie*, Kraków 1905.
- [79] *Streszczamy przed zmianą! Uwagi wydane jako manuskrypt dla zainteresowanych władz przez śląską organizację lekarską*, Katowice 1947.
- [80] *Szpital województwa śląsko-dąbrowskiego. Stan na dzień 1 lutego 1946 r.*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 4.
- [81] *Ubezpieczalnia Społeczna w Opolu, Dział Lecznictwa. Wykaz lekarzy rejonowych, z którymi Ubezpieczalnia zawarła umowę o pracę. Stan na dzień 1 września 1947 r.*, „Nowiny Opolskie” 1948, nr 13.
- [82] *Ustawa o nadzorze nad leczeniem z 3 stycznia 1946 r.*, „Śląsko-Dąbrowski Dziennik Wojewódzki” z 1946 r., nr 11, poz. 153.
- [83] *Ustawa o zwalczaniu gruźlicy z 22 kwietnia 1959 r.*, Dz.U. PRL z 1959 r. nr 27, poz. 170.
- [84] *Ustawa prywatnego zakładu hydropatycznego dra Bielińskiego w Nowym Mieście nad Pilicą*, „Medycyna” 1874.
- [85] *Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia*, Dz.U. z 1939 r. nr 54.
- [86] *Ustawa z 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia*, Dz.U. z 1950 r. nr 55, poz. 434.
- [87] *Wiadomości o gruźlicy i chorobach płuc oraz ich zwalczaniu (Biuletyn Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego i zespołu naukowo-badawczego Instytutu Gruźlicy w Krakowie)*, Kraków 1961.
- [88] „*Wiadomości Statystyczne Katowic*” 1947, październik.
- [89] *Wojewódzki Komitet Opieki Społecznej w ostatnich latach*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1.
- [90] *Z działalności Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1.
- [91] *Zbrodnia katyńska w świetle dokumentów*, przedm. W. Anders. Wyd. 3, Londyn 1962.
- [92] *I Zjazd Lekarzy Szkolnych Województwa Śląsko-Dąbrowskiego*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 4.

III. Słowniki, encyklopedie, pamiętniki, kalendarze

- [1] *Encyklopedia katolicka*, red. F. Gryglewicz, R. Łukaszyk, Z. Sułowski, t. 2, Lublin 1976.
- [2] *Encyklopedia popularna PWN*, Warszawa 1982.
- [3] *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982.
- [4] *Encyklopedia zdrowia*, red. W.S. Gomułka, W. Rewerski, t. 1, Warszawa 2001.

- [5] GIEDROJĆ F.: *Polski słownik lekarski*, t. 2, Warszawa 1933.
- [6] *Informator uzdrowisk polskich*, Warszawa 1997.
- [7] „Kalendarz Głuchołaski” na 1946 r.
- [8] „Kolumb – Pamiętnik” 1821.
- [9] *Literatura polska. Przewodnik encyklopedyczny*, t. 2, pod red. C. Hernasa, Warszawa 1985.
- [10] *Mała encyklopedia medycyny*, t. 1 i 3. [Aut.]: S. Bogusławski i in., Warszawa 1991.
- [11] *Pamiętnik jubileuszowy wydany ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej działalności prof. Edwarda Sas-Korczyńskiego przez byłych jego uczniów*, Kraków 1900.
- [12] *Pamiętnik XXV-letniej działalności i obchodu jubileuszowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego 1907–1932*, Sosnowiec 1933.
- [13] *Polski słownik biograficzny*, t. 11, [red. nac. E. Rostworowski], Wrocław 1965.
- [14] *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 1: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1994, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995, t. 3: *Monograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1997, t. 4: *Biograficzny (A–Z)*, red. J.M. Dyrda, Katowice 2000, t. 5: *Biograficzny (A–Z)*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2003, t. 6: *Monograficzny*, red. W. Pierzchała, Katowice 2007.
- [15] *Słownik wyrazów obcych*, pod red. I. Kamińskiej-Szmaj, Warszawa 2001.
- [16] TARNOWSKA B.: *Nagrody Nobla. Leksykon PWN*, Warszawa 2001.
- [17] *Wielkopolski słownik biograficzny*, pod red. A. Gąsiorowskiego, J. Topolskiego, Warszawa–Poznań 1981.
- [18] ZAHORSKI K.: *Pamiętnik 50-letniej działalności i obchodu jubileuszowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego 1907–1957*, Sosnowiec 1958.

IV. Czasopisma

- „Annales Academiae Medicae Lodzensis” 1981.
- „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 1998–1999, 2001, 2004.
- „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007.
- „Archiwum Historii Medycyny” 1958–1960, 1974, 1977.
- „Balneologia Polska” 1969, 1973, 1975, 1999.
- „Chirurg Polski” 1937.
- „Chirurgia Narządu Ruchu” 1964.
- „Czas Lekarski” 1904.
- „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1880, 1890.
- „Dziennik Łódzki” 1890.

- „Dziennik Poznański” 1894, 1897.
- „Dziennik Zachodni” 1945, 1947, 1949.
- „Gazeta Lekarska” 1870, 1872, 1882–1883, 1890–1891, 1893–1894, 1896.
- „Gazeta Powiatu Świętochłowickiego” 1929.
- „Gleiwitzer Jahrbuch” 1927.
- „Gruźlica” 1909, 1933–1934, 1938, 1949, 1950–1961, 1963, 1964–1965, 1967–1968, 1970, 1972, 1974–1975.
- „Gruźlica i Choroby Płuc” 1962–1963, 1965, 1967, 1969–1974.
- „International Journal of Epidemiology” 2007.
- „Kłosa” 1880.
- „Kronika Lekarska” 1882.
- „Kronika Warszawy” 1932.
- „Krynica” 1876.
- „Kulisy” 1962.
- „Kurier Warszawski” 1890.
- „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1978.
- „Kwartalnik Historyczny” 1946.
- „Kwartalnik Opolski” 1985, 1995.
- „Lekarz Wojskowy” 1921, 1924.
- „Lwowski Tygodnik Lekarski” 1909, 1911.
- „Medycyna” 1874, 1887, 1890, 1894, 1896, 1898–1899, 1903–1904, 1934–1935.
- „Medycyna i Kronika Lekarska” 1911, 1914.
- „Medycyna Nowożytna” 1995, 2000.
- „Medycyna Pracy” 1948.
- „Medycyna Praktyczna” 1927, 1931, 1933.
- „Medycyna Warszawska” 1930.
- „Nasza Przeszłość” 1966.
- „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 1973.
- „Nowiny Lekarskie” 1883, 1900, 1904, 1913, 1924–1925, 1932, 1934, 1938–1939, 1945, 1949–1950.
- „Nowiny Opolskie” 1947, 1950.
- „Nowiny Wodzisławskie” 2003.
- „Oberschlesien” 1911.
- „Odra” 1945.
- „Opiekun Polskich Dzieci” 1867.
- „Pamiętnik Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku” 1938.
- „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1909, 1930, 1934.
- „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1878.
- „Pediatria Polska” 1949.
- „Pneumonologia Polska” 1978, 1981–1982, 1986, 1989.
- „Polska Gazeta Lekarska” 1924–1925, 1929, 1933, 1938.

- „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, 1949–1950, 1952–1954, 1956, 1958–1960, 1962, 1964, 1966, 1971, 1974, 1976–1977, 1979, 1981, 1983, 1985.
- „Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie” 1958.
- „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 1974, 2007.
- „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1965.
- „Problemy Lekarskie” 1976.
- „Problemy Uzdrowiskowe” 1973, 1986–1987.
- „Die Provinz Oberschlesien” 1928.
- „Przegląd Biblioteczny” 1947.
- „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, 1954, 2001.
- „Przegląd Lekarski” 1864, 1874, 1877–1878, 1880, 1889–1892, 1904, 1910, 1914, 1917, 1948, 1961–1962, 1965–1969, 1971–1973, 1978, 1980–1981, 1986–1988.
- „Przegląd Ubezpieczeniowy” 1934.
- „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1948–1949, 1951.
- „Przegląd Zdrojowy” 1927.
- „Przewodnik Gimnastyczny” 1884.
- „Rocznik Katowicki” 1984.
- „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” 1998.
- „Roczniki Towarzystwa Naukowego w Poznaniu” 1896.
- „Rozwój” 1907.
- „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1984.
- „Studia Śląskie” 2007.
- „Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego” 1996.
- „Szkoła” 1885.
- „Szpitalnictwo Polskie” 1948.
- „Śląsk Opolski” 2004.
- „Śląska Gazeta Lekarska” 1946.
- „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947.
- „Trybuna Opolska” 1961.
- „Tuberkulosearzt” 1953.
- „Tydzień Przeciwgruźliczy” 1938–1939.
- „Tygodnik Ilustrowany” 1870, 1895.
- „Tygodnik Lekarski” 1858.
- „Walka z Gruźlicą” 1969.
- „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1972–1973, 1978–1979, 1982, 1987, 1989.
- „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1932.
- „Wiadomości Lekarskie” 1887, 1952, 1965, 1969, 1971–1972, 1974–1975, 1977, 1979–1980, 1983–1984, 1986–1989.
- „Wiadomości Sanitarne” 1915.
- „Wiadomości Uzdrowiskowe” 1959, 1967.
- „Wierchy” 1970.

- „Wszechświat” 1890.
 „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1984.
 „Zakopane” 1930.
 „Zaranie Śląskie” 1976.
 „Zdrojowiska” 1898.
 „Zdrowie” 1880, 1886, 1899–1900, 1903, 1910.
 „Zdrowie Publiczne” 1935, 1950, 1954, 1958, 1966–1969, 1974.
 „Zeitschrift für Tuberkulose” 1958.
 „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Historyczne” 1966.
 „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Opolskiego. Historia” 1996.
 „Zeszyty Naukowe WSP w Opolu. Historia” 1981.

V. Opracowania wykorzystane w pracy

- [1] ACKERKNECHT E.H.: *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*, Stuttgart 1963.
- [2] AGOPSOWICZ G., MAJCHRZAK A.: *Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrzej (dawne Sanatorium Kolejowe)*. W: *Kolejowa służba zdrowia na terenie Śląskiej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych*, pod red. B. Wójcik-Warchał, M. Szylin, Katowice–Opole 1998.
- [3] *Akademia Medyczna w Lublinie 1944–1974*, Lublin 1974.
- [4] ALEKSANDROWICZ J., LISIEWICZ J.: *Edward Korczyński (1841–1905)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1964, nr 8.
- [5] ALEXANDER H., BAER G.: *Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose*, Leipzig 1951.
- [6] *Archiwum Akt Nowych w Warszawie. Przewodnik po zasobie archiwalnym*, red. M. Motas, Warszawa 1973.
- [7] ASHWORTH S.: *A short History of Medicine*, 3 ed., Oxford 1962.
- [8] *Awicenna, Abu Ali Ibn Sina*, red. A. Zajączkowski, Warszawa 1953.
- [9] BACMEISTER A.: *Klima und Tuberkulose*. W: *Reichs-Bäder-Adressbuch nach amtlichen Quellen bearbeitet. Handbuch der deutschen Heilbäder, Seebäder, Luftkurorte, Sommer- und Winterfrischen*, Berlin 1927.
- [10] BAHLCKE J.: *Śląsk i Ślązacy*, współaut. J. Rogall, Warszawa 2001.
- [11] BALCERSKI S.: *Nowa reforma ubezpieczeń społecznych*, „Przegląd Ubezpieczeniowy” 1934, nr 11.
- [12] BANASIAK J.: *Działalność osadnicza Państwowego Urzędu Repatriacyjnego na Ziemiach Odzyskanych w latach 1945–1947*, Poznań 1963.
- [13] BARANOWSKI B.: *Życie codzienne wsi między Wartą a Pilicą w XIX wieku*, Warszawa 1969.
- [14] BARTENBACH B.: *Ruch chorych i zabiegi w sanatoriach przeciwgruźliczych za lata: 1947, 1948 i 1949*, „Gruźlica” 1950, nr 2.

- [15] BARWIK-SCHRAMM A.: *Prof. dr med. Antoni Sabatowski*, „Przegląd Lekarski” 1967, nr 11.
- [16] BEDNARSKI Z.: *Choroby płuc w dziele Józefa Strusia: „Nauki o tętnie ksiąg pięcioro przez Józefa Strusia spisanych”*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1977, nr 39.
- [17] BEDNARSKI Z.: *Józef Struś vel Strusiek (1510–1568)*, „Wiadomości Lekarskie” 1974, nr 15.
- [18] BEDNARSKI Z.: *Sto lat od odkrycia prątka gruźlicy (1882–1982) przez Roberta Kocha: Szybka reakcja w polskich czasopismach lekarskich*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1983, nr 13.
- [19] BELKE J.: *Szczepienia BCG w Polsce powojennej*, „Pediatria Polska” 1949, z. 7/8.
- [20] BENINDE: *Öffentliche Gesundheitspflege. W: Schlesische Landeskunde. Naturwissenschaftliche Abteilung*, hrsg. F. Frech, Leipzig 1913.
- [21] BERDO N.: *Gruźlica w Sosnowcu. W: Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [22] BIEDERMANN W.: *Ziegenhals und Umgebung mit der „Schlesischen Schweiz“*, Ziegenhals 1926.
- [23] BIERNACKI E.: *Odkrycie Roentgena*, „Gazeta Lekarska” 1896, nr 31.
- [24] BIERNACKI E.: *Sprawa sanatoriów*, „Medycyna” 1903, nr 9.
- [25] BIERNACKI E.: *Wycieczka po wybrzeżach niemieckich*, „Medycyna” 1896, t. 24.
- [26] BILIKIEWICZ T., WSZELAKI S.: *Krótki zarys dziejów nauki o chorobach zakaźnych. W: Ostre choroby zakaźne*, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956.
- [27] BIRECKA-JAWORSKA A., DRZEWSKI Z.: *Wit Maciej Rzepecki. Lekarz – chirurg – nauczyciel w 80-tą rocznicę urodzin*, „Pneumologia Polska” 1989, nr 4.
- [28] BOJKO P.: *Opieka zdrowotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością przesiedlaną na Śląsku Opolskim w latach 1945–1948 w świetle dokumentów archiwalnych. W: Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [29] BOJKO P.: *Opieka zdrowotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością wysiedloną z Kresów Wschodnich II Rzeczypospolitej na teren województwa śląsko-dąbrowskiego w latach 1945–1949*, Opole 2003, praca doktorska.
- [30] BORZĘCKI T.: *Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych*, [cz. 1–3], „Medycyna i Kronika Lekarska” 1911, nr 17–19.
- [31] *Brehmer Herman (życiorys)*, „Gazeta Lekarska” 1890, t. 10.
- [32] BROSS K.: *Spółeczna walka z gruźlicą w Polsce w ubiegłym 15-leciu*, „Medycyna Praktyczna” 1933, z. 11.

- [33] BROSS K.: *Walka z gruźlicą jako klęską społeczną*, „Medycyna Praktyczna” 1927, z. 1/3.
- [34] BROSSOWA J.: *Z historii leczenia gruźlicy. Jak Galen leczył gruźlicę płuc*, „Medycyna Praktyczna” 1931, z. 9.
- [35] BROŻEK K.: *Dr med. Jadwiga Gabszewicz (1889–1972) pierwszy w 1945 r. naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląskiego*, „Rocznik Katowicki” 1984, t. 12.
- [36] BROŻEK K.: *90 lat tradycji Śląskiego Towarzystwa Lekarskiego (1908–1951)*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 1998, Vol. 36/37.
- [37] BROŻEK K.: *Lekarze na południowo-wschodnich ziemiach Drugiej Rzeczypospolitej*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 1999, nr 40/41.
- [38] BROŻEK K.: *Lekarze na północno-wschodnich ziemiach Drugiej Rzeczypospolitej*, „Medycyna Nowożytna” 2000, t. 7.
- [39] BROŻEK K.: *Lekarze w życiu społecznym województwa śląsko-dąbrowskiego (1945–1950)*, „Rocznik Katowicki” 1984, t. 12.
- [40] BROŻEK K.: *Polscy lekarze na Śląsku Opolskim w Niemczech w latach 1922–1939*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2004, nr 58.
- [41] BROŻEK K.: *Polska medycyna na Górnym Śląsku w latach międzywojennych i podczas okupacji hitlerowskiej*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2001, nr 48/49.
- [42] BROŻEK K.: *Polska służba medyczna w powstaniach śląskich i plebiscycie (1918–1922)*, Opole–Katowice 1973.
- [43] BROŻEK K.: *Polski Czerwony Krzyż dla Śląska*. W: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982.
- [44] BROŻEK K.: *Ruch naukowy towarzystw medycznych w regionie śląsko-dąbrowskim*, „Wiadomości Lekarskie” 1980, z. 15.
- [45] BROŻEK K.: *Rys życia społecznego i naukowego polskich lekarzy na Śląsku w czasach najnowszych (1900–1951)*, „Zaranie Śląskie” 1976, z. 4.
- [46] BROŻEK K.: *Straty polskie w powstaniach śląskich*. W: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982.
- [47] BROŻEK K.: *Szpital powstańcze*. W: *Encyklopedia powstań śląskich*, zespół red. F. Hawranek i in., Opole 1982.
- [48] BROŻEK K.: *Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie 1901–1951*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 12.
- [49] BROŻEK K.: *Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego (1907–1951)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 15.
- [50] BROŻEK K.: *Tradycje Śląskiej Izby Lekarskiej do 1951 roku*. W: *70 lat samorządu lekarskiego na Śląsku*, pod red. H. Borgiel-Marek i in., Katowice 2005.

- [51] BROŻEK K.: *Upośledzenie ziem byłego pruskiego wschodu w zakresie służby zdrowia na przełomie XIX i XX wieku i w okresie międzywojennym*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, z. 1.
- [52] BROŻEK K.: *Z historii prekursorów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Wiadomości Lekarskie” 1977, z. 5.
- [53] BROŻEK K., ORNOWSKI J.: *Próba zestawienia strat wśród lekarzy Śląska i Zagłębia Dąbrowskiego (1939–1945)*, „Przegląd Lekarski” 1978, nr 1.
- [54] BRUNNER M.: *O promieniach Roentgena i röntgenoterapii w zastosowaniu do medycyny*, „Gazeta Lekarska” 1896, nr 31.
- [55] BRZEZIŃSKI T.: *Rozwój poglądów na istotę choroby*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [56] BRZozowski J.: *Witold Chodźko – jako nauczyciel higieny*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1956, nr 11.
- [57] BRZozowski R.: *60-lecie Polskiego Czerwonego Krzyża*, „Wiadomości Lekarskie” 1979, nr 17.
- [58] BUJWID O.: *Kilka słów w kwestyi laseczników gruźliczych*, „Gazeta Lekarska” 1883, nr 11.
- [59] BUJWID O.: [Notatka], „Gazeta Lekarska” 1890, nr 46.
- [60] BUJWID O.: [Notatka], „Gazeta Lekarska” 1891, nr 4.
- [61] BUJWID O.: [Notatka], „Kurier Warszawski” 1890.
- [62] BUJWID O.: [Notatka], „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1932, nr 12.
- [63] BUJWID O.: [Notatka], „Wszecławiat” 1890, nr 35.
- [64] BUJWID O.: [Notatka], „Zdrowie” 1910, nr 7.
- [65] BUJWID O.: *Z pracowni prof. Roberta Kocha*, Warszawa 1886.
- [66] BUNSCH-KONOPKA H.: *Niektóre koncepcje organizacji zintegrowanej opieki zdrowotnej w Polsce w okresie międzywojennym*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1971, nr 23.
- [67] BUNSCH-KONOPKA H.: *Stanowisko lekarza powiatowego w rozwoju historycznym*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1971, nr 22.
- [68] BURACZEWSKI O.: *Gruźlica wśród młodocianych pracujących zawodowo na terenie m. st. Warszawy*, „Gruźlica” 1954, nr 8.
- [69] BURACZEWSKI O.: *Problematyka oświaty sanitarnej w walce z gruźlicą*, „Gruźlica” 1964, nr 8.
- [70] BURACZEWSKI O.: *W sprawie ustawy przeciwgruźliczej*, „Gruźlica” 1957, nr 12.
- [71] BURACZEWSKI O.: *Zwalczanie gruźlicy w planie sześcioletnim*, „Gruźlica” 1952 supl. nr 6: *X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy, cz. 2: Pozjazdowa*, red. J. Gackowski.
- [72] BURACZEWSKI O., HORNUNG S., JAROSZEWICZ W.: *Zagadnienie opanowania gruźlicy w Polsce i w innych krajach*, „Gruźlica” 1963, nr 6.

- [73] BURACZEWSKI O., JUCHNIEWICZ M., KWIEKOWA A.: *Wyniki kliniczne i epidemiologiczne leczenia przeciwprątkowego gruźlicy płuc w Polsce*, „Gruźlica” 1957, nr 4.
- [74] BURACZEWSKI O., JUCHNIEWICZ M., RUDZIŃSKA H.: *Nowe dane epidemiologiczne gruźlicy w Polsce*, „Gruźlica” 1957, nr 2.
- [75] BURACZEWSKI O., RUDZIŃSKA H.: *Obecne oblicze epidemiologiczne gruźlicy w Polsce*, cz. 1–2, „Gruźlica” 1954, nr 10 i 12.
- [76] BURACZEWSKI O., RUDZIŃSKA H., SZACIŁŁO Z.: *Chorobowość i nowo wykryte przypadki gruźlicy (zapadalność) na podstawie statystyki poradni przeciwgruźliczych w 1957 roku*, „Gruźlica” 1959, nr 7.
- [77] BUZDYGAN M.: *Metoda Kocha w stacyach klimatycznych. Korespondencja z Görbersdorfu omawiająca wyniki leczenia u 110 zaszczepionych płynem Kocha*, „Przegląd Lekarski” 1890, nr 50.
- [78] CALMETTE A.: *L'infection bacillaire et la tuberculose*, Paris 1922.
- [79] CELSUS A.C.: *O lecznictwie ksiąg ośmioro*, tł. H. Łuczkiwicz, Warszawa 1889.
- [80] CHODŹKO W.: *Polski lekarz powiatowy*, „Zdrowie Publiczne” 1935, nr 50.
- [81] CHODŹKO W.: *Praca zawodowa a szerzenie się chorób zaraźliwych*, Warszawa 1945.
- [82] CHODŹKO W.: *Walka z gruźlicą na wsi*, Warszawa 1939.
- [83] *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 2001.
- [84] *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964.
- [85] *Chorzy prątkujący zarejestrowani w poradniach przeciwgruźliczych w latach 1965–1970 ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłe prątkujących*. [Aut.]: J. Leowski i in., „Gruźlica i Choroby Płuc” 1972, nr 8.
- [86] CHRAMIEC A.: *Wspomnienia doktora ...*, oprac. B. Wyskoka, Kórnik–Zakopane 2006.
- [87] CHRAMIEC A.: *Zakład dra Chramca w Zakopanem*, Kraków 1893.
- [88] CHRZEŚCIEWSKI L.: *Jędrzej Śniadecki wielki uczonej doby Oświecenia*, „Wiadomości Lekarskie” 1969, z. 9.
- [89] CHWISTEK B.: *Zakopane*, „Przegląd Lekarski” 1889, nr 33.
- [90] CIECHANOWSKI S.: *Na 35-letni jubileusz pracy naukowej Seweryna Sterlinga*, „Polska Gazeta Lekarska” 1924, nr 42/43.
- [91] CIECHANOWSKI S.: *Rys życia Seweryna Sterlinga*, Łódź 1934.
- [92] CIEĆKIEWICZ M.: *Lecznictwo ubezpieczeń społecznych w Polsce w czasie okupacji*, „Przegląd Lekarski” 1966, nr 1.
- [93] CIENCIAŁA E.: *Edmund Biernacki (1866–1911) wybitny patolog i twórca metody określania szybkości opadania krwinek*, „Wiadomości Lekarskie” 1965, nr 23.

- [94] CISZEWSKI F.: *Do zrealizowania testamentu M. Zieleniewskiego wybitnego balneologa XIX w.*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1987, nr 9/10.
- [95] CISZEWSKI F.: *Emigracja polska XIX w. i jej wkład do balneologii światowej*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1986, nr 10/12.
- [96] CISZEWSKI F.: *Pierwsza Ustawa uzdrawiskowa Sejmu Galicyjskiego*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1987, z. 5/6.
- [97] CISZEWSKI F.: *Ustawa budowlana Sejmu Galicyjskiego, jako uzupełnienie Ustawy uzdrawiskowej*, „Problemy Uzdrawiskowe” 1987, z. 5/6.
- [98] CZAPLICKI W.: *Czy należy stosować oddech sztuczny w gruźlicy płuc*, „Medycyna i Kronika Lekarska” 1914, nr 31.
- [99] CZAPLIŃSKI M.: *Epidemia cholery w powiecie opolskim w 1831 r. (w świetle relacji fizyka powiatowego dr. Josepha Zedlera)*, „Studia Śląskie” 2007, t. 66.
- [100] CZAPLIŃSKI M.: *Epidemia cholery w powiecie prudnickim w 1831 r. (w świetle relacji Josepha Reimana)*, „Śląsk Opolski” 2004, z. 2.
- [101] *Czasopismo „Gruźlica” w 10-leciu istnienia Polski Ludowej*, „Gruźlica” 1954, nr 7.
- [102] CZERWIŃSKI Z.: *Prof. dr med. Jadwiga Szustrowa*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1962, nr 6.
- [103] CZUJ T., KEMPISTY C.: *Z zagadnień sytuacji zdrowotnej Polaków górnośląskich w okresie okupacji*, „Przegląd Lekarski” 1972, nr 1.
- [104] DADLEZ Z.: *Dyskusja nad referatem dra M. Telatyckiego*. W: *Pamiętnik VIII Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [105] DANIELS M.: *Gruźlica w Europie podczas drugiej wojny światowej i po niej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, nr 26.
- [106] DANIELSKI J.: *Umieralność i chorobowość na gruźlicę w Lublinie*, „Gruźlica” 1955, nr 3.
- [107] DĄBROWSKI K., RZEPECKI W.: *Gruźlica i walka z nią*, Warszawa 1951.
- [108] DELOFF L.: *Dr Nadzieja Berdo – wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1958, nr 9.
- [109] DELOFF L.: *Dr Otto Feliks Westrych (1910–1969)*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1969, nr 10.
- [110] DELOFF L.: *Osiągnięcia naukowe fizjopneumonologii w okresie 25-lecia PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 5.
- [111] DEMEL M.: *Pedagogiczne aspekty warszawskiego ruchu higienicznego 1864–1914*, Wrocław 1964.
- [112] DIETL J.: *Krynica w Karpatach galicyjskich położona i opisana pod względem historycznym, klimatycznym, geologicznym i lekarskim*, Kraków 1857.
- [113] DIETL J.: *Uwagi nad zdrojowiskami krajowymi*, Kraków 1850.
- [114] DIETL J.: *Zdroje iwonickie po nowemu ich urządzeniu i powtórzonym rozbiórce chemicznym*, Kraków 1866.

- [115] DŁUGOBORSKI W., POPIOŁEK K.: *Śląsk w pierwszej połowie XIX wieku*, t. 1, Wrocław 1957.
- [116] DŁUGOSZ J.: *Roczniki czyli Kroniki sławnego Królestwa Polskiego*, ks. 9, Warszawa 1979.
- [117] DŁUSKI K.: *O sanatoryjach*. W: *Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w roku 1900*, Warszawa 1901.
- [118] DOBRZYCKI H.F.: *Dr Hermann Brehmer*, „Medycyna” 1890, nr 3.
- [119] DOBRZYCKI H.F.: *O konieczności oddzielnych sanatoriów dla chorych piersiowych*, „Medycyna” 1880, nr 11.
- [120] DOBRZYCKI H.F.: *Sanatorium dla chorych piersiowych w Mieni*, „Medycyna” 1899, nr 3.
- [121] DOBRZYCKI H.F.: *Zdrowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w guberniach Królestwa Polskiego i w najbliższych guberniach cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze*, Warszawa 1896.
- [122] DOERFFER H.: *Walka z gruźlicą w szkole*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1954, nr 42.
- [123] DOLA K.: *Inicjatywy społeczne żeńskich zgromadzeń zakonnych na Śląsku w drugiej połowie XIX wieku*. W: *Żyjąc dla innych. Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej – dzieło ks. Jana Schneidera – u progu trzeciego tysiąclecia chrześcijaństwa*, red. ks. J. Swastek, Wrocław 1998.
- [124] DOLA K.: *Wkład żeńskich zgromadzeń zakonnych w rozwój ambulatoryjnej opieki nad chorymi w drugiej połowie XIX wieku*, „Studia Teologiczne-Historyczne Śląska Opolskiego” 1996, t. 16.
- [125] DOLA K.: *Zakony żeńskie na Śląsku w XIX i pierwszej połowie XX wieku*. W: *W służbie Kościoła. 125 lat Sióstr św. Jadwigi*, red. G. Niedziela, Wrocław 1986.
- [126] DOMEYKO I.: *Estudio sobre las aguas minerales de Chile...*, Santiago 1871.
- [127] *Dr Brehmer i jego zakład leczniczy dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Śląsku*, „Kłosa” 1880, nr 773–774.
- [128] DRYGAS A.: *Rozwój nauki o leku i jego wpływ na rozwój terapii*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [129] DRZEWSKI Z.: *Resekcja tkanki płucnej w gruźlicy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1971, nr 6.
- [130] DUDA H.: *Państwowe Nieruchomości Ziemskie w Opolu (1946–1949)*, Opole 2006.
- [131] DUNIN T.: *Walka z gruźlicą i sanatorium w Zakopanem*, Kraków 1899.
- [132] *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej. 1918–1938*, Warszawa 1939.
- [133] DWORSKI M.: *Der oberschlesische Notstand 1879/1880*, „Oberschlesien” 1911/1912, H. 4.

- [134] DYRDA J.M.: *Biblioteka Główna Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach – działalność Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska; podsumowanie dorobku i perspektywy na przyszłość*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003.
- [135] DYRDA J.M.: *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945–1950*, Katowice 2003.
- [136] DYRDA J.M.: *Presser-Turski Stanisław*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995.
- [137] *Dyskusja nad referatem głównym dr. Michała Telatyckiego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [138] *Dyskusja nad tematem „Rola poradni przeciwgruźliczych terenowych i centralnych w walce z gruźlicą w Polsce”*, „Gruźlica” 1952 supl. nr 6; *X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Rokitnicy Śląskiej*, cz. 2: *Pozjazdowa*, red. J. Gackowski.
- [139] *Dzieci chemików mają prewentorium*, „Nowiny Opolskie” 1950, nr 12.
- [140] *Dzieje medycyny i farmacji górnośląskiej. Stan badań. Metodologia badań. Katalog źródeł archiwalnych do 1945 r.*, oprac. W. Kaczorowski i in.
- [141] DZIERŻYŃSKI M.: *Przyrodolecznictwo w Wielkopolsce*, Poznań 1972.
- [142] *Dziesięciolecie Śląskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Waryńskiego*, red. K. Gibiński, Zabrze 1958.
- [143] ERNST: *To Ludger Rickmann on his 60th birthday*, „Tuberkulosearzt” 1953, Nr. 6.
- [144] FISCHER L.: *Dr Teodor Białynicki-Birula 1886–1956. Wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1957, nr 2.
- [145] FISCHER L.: *Prewentoria dla dorosłych jako czynnik zapobiegania gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1950, nr 2.
- [146] FISCHER L.: *Wspomnienie pośmiertne o Józefie Żychoniu*, „Gruźlica” 1950, nr 1.
- [147] FLORKIEWICZ W.: *O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacy klimatycznej w Zakopanem*, „Medycyna” 1894, nr 45–47.
- [148] FORLANINI C.: *Il pneumotorace artif. guarisce la tisi*, „Riforma Medicine” 1911, No. 27.
- [149] GABSZEWICZ J.: *Burza się zbliża*, „Archiwum Historii Medycyny” 1960, z. 4.
- [150] GAŁECKI S.: *Korespondencja z Goebersdorfu (50-lecie istnienia sanatorium dla suchotników dra Brehmera w Goebersdorfie)*, „Nowiny Lekarskie” 1904, nr 8.
- [151] GAŁECKI S.: *Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu gruźlicy*, „Zdrowie” 1903, nr 12.

- [152] GANTKOWSKI P.: *Działalność Polskiego Towarzystwa Balneologicznego*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1930, t. 9.
- [153] GARNUSZEWSKI Z.: *Gruźlica w starożytnym Egipcie*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 3.
- [154] GARNUSZEWSKI Z.: *Jan Radlica – prekursor polskiej fizjoterapii*, „Gruźlica” 1974, nr 4.
- [155] GARNUSZEWSKI Z.: *Początki resekcji tkanki płucnej w Polsce*, „Archiwum Historii Medycyny” 1977, nr 4.
- [156] GARNUSZEWSKI Z.: *Sylwetki fizjoterapeutów XXX-lecia PRL*, „Gruźlica” 1975, nr 11.
- [157] GARNUSZEWSKI Z.: *Zygmunt Dadlez (1887–1962)*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1973, nr 2.
- [158] GAWRECKI D.: *Śląsk – historyczny przegląd granic politycznych i podziałów administracyjnych*. W: *Górny Śląsk dokumentowanie dziejów lecznictwa ze szczególnym uwzględnieniem ziem dawnych księstw cieszyńskiego i opawskiego*, pod red. J.M. Dyrdy, J. Miozgi, Katowice 2007.
- [159] GEBAUEROWA M.: *Przypadki zachorowania na gruźlicę wśród personelu szpitalnego w latach 1948–1952*, „Gruźlica” 1954, nr 1.
- [160] GEISLER J.: *Otwock i jego zakład leczniczy*. W: *Zdrowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w Guberniach Królestwa Polskiego i najbliższych Guberniach Cesarstwa*, Warszawa 1896.
- [161] GEPNER-WOŹNIEWSKA M.: *Tajne nauczanie medycyny w Szpitalu Wojskim w czasie okupacji (1939–1944)*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7.
- [162] GIEBARTOWSKI E.: *Ubezpieczenia społeczne w dobie przemian*, Warszawa 1948.
- [163] GIĘDOSZ B.: *Na jubileusz 100-lecia założenia „Przeglądu Lekarskiego”*, „Przegląd Lekarski” 1964, nr 4/5.
- [164] GLEIXNER T., ZBIERAŃSKI W.: *Rozwój ubezpieczenia chorobowego na Ziemiach Odzyskanych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1948, z. 7.
- [165] GŁADYSZ A., KOS J.: *Założenia organizacyjne zapobiegania, zwalczania i leczenia ostrych chorób zakaźnych na ziemiach polskich w XX wieku*. W: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 2001.
- [166] *Głucholazy – najpopularniejsza miejscowość u podnóża gór morawsko-śląskich*, „Dziennik Zachodni” 1945, nr 273.
- [167] GOUREVITSCH D.: *Le triangle hippocratigue dans le monde gréco-romaine*, Roma 1984.
- [168] GÓRECKI Z.: *Masowe małoobrazkowe badania rentgenowskie płuc*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwigruźliczego*, Warszawa 1949.
- [169] GÓRSKI S.: *30 lat walki z gruźlicą w województwie bydgoskim 1945–1975*, Bydgoszcz 1995.

- [170] *Góry Opawskie*, red. M. Staffa, Wrocław 2008.
- [171] GRABSKI W., ŻABKO-POTOPOWICZ A.: *Ratownictwo społeczne w czasie wojny*. W: *Polska w czasie wielkiej wojny (1914–1918)*, t. 2: *Historia społeczna*, Warszawa 1932.
- [172] GRIMAL P.: *Miasta rzymskie*, Warszawa 1970.
- [173] GRUNDEI A.: *Die meteorologische Station der Landesheilstätte Oberschlesien in Ziegenhals*, „Grenzlandkalender”, Ziegenhals 1937.
- [174] *Gruźlica. Rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie. Zbiór wykładów*, red. A. Biernacki, M. Telatycki, Warszawa 1950.
- [175] GRZEGORCZYK-SKIBIŃSKA T.: *Czterdziestolecie zakładów leczenia gruźlicy w Kowarach*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 3.
- [176] GRZEGORCZYK-SKIBIŃSKA T.: *Z dziejów lecznictwa przeciwgruźliczego ziemi jeleniogórskiej*. W *100-lecie „Wysoka Łąka”*, Jelenia Góra 2002.
- [177] GRZEGORZEWSKI E.: *Społeczne podłoża szerzenia się gruźlicy*, Warszawa 1946.
- [178] GRZEGORZEWSKI E.: *Społeczno-higieniczne podstawy walki z gruźlicą*, Warszawa 1946.
- [179] GUTT R.W.: *Rozwój medycyny klinicznej*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [180] HAESER H.: *Historia medycyny*, Lwów 1876.
- [181] HAJEK M.: *Pathologie und Therapie der Erkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien*, Leipzig 1932.
- [182] HALPERN-WIELICZAŃSKI H.: [Notatka], „Gruźlica” 1934, nr 2.
- [183] HANECKI M.: *W 200-lecie śmierci Morgagniego (1682–1771)*, „Wiadomości Lekarskie” 1972, z. 12.
- [184] HANKE E.: *50 rocznica założenia Polskiego Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1958, nr 48.
- [185] HERYNG T.: [Notatka], „Przegląd Lekarski” 1904, nr 43.
- [186] HERYNG T.: [Notatka], „Medycyna” 1904, nr 32.
- [187] HEWELKE O.: *Koch Robert: Etiologia gruźlicy (streszczenie)*, „Kronika Lekarska” 1882, nr 10.
- [188] HEYDECKER J.J., LEEB J.: *Der Nürnberger Prozess. Bilanz der Tausend Jahre*, Köln–Berlin 1960.
- [189] HIPPOCRATES: *Dwie księgi Hipokratesa*, 1: *O powietrzu wodach i okolicach*, tł. H. Łuczkiwicz, Warszawa 1890.
- [190] HIPPOCRATES: *O sztuce lekarskiej*, tł. W. Klinger, Poznań 1937.
- [191] HIPPOCRATES: *Sämmtliche Werke*, Übers. R. Fuchs, Bd. 1, München 1895.
- [192] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [193] *Histoire générale de la médecine de la pharmacie et de l'art dentaire et de l'art retirnaire*, Paris 1949.

- [194] HORNUNG S.: *Instytut Gruźlicy w latach 1948–1949*, „Gruźlica” 1950, nr 2.
- [195] HORNUNG S.: *Osiągnięcia na odcinku walki z gruźlicą w Polsce w latach 1945–1949*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1949, z. 29/30.
- [196] HORNUNG S.: *Sprawozdanie Polskiego Instytutu Przeciwgruźliczego za rok 1949*, „Gruźlica” 1951, nr 1.
- [197] HORNUNG S., MULAK K.: *Gruźlica wśród nauczycielstwa*, „Gruźlica” 1950, nr 2.
- [198] HORST A.: *Panu Profesorowi Janowi Roguskiemu w 60 rocznicę urodzin i 35 rocznicę działalności naukowej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1960, nr 43/44.
- [199] HRABAR R.: *Niemieckie obozy dla Polaków na Śląsku w czasie II wojny światowej*, „Polenlager”, Katowice 1972.
- [200] HUSZCZA A.: *Gruźlica w wojsku polskim*, „Lekarz Wojskowy” 1924, nr 8.
- [201] INDULSKI J., LEOWSKI J.: *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971.
- [202] *Instytut Doksztalcania Lekarzy i Specjalizacji Lekarzy*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 11.
- [203] *Integracja społeczna ludności rodzimej Śląska po 1945 roku*, red. W. Jacher, Opole 1994.
- [204] *International Work in Tuberculosis 1940–1946*, Geneva 1965.
- [205] IWASZKIEWICZ J., JUCHNIEWICZ M., ONISZCZUK W.: *Szczepienia BCG w Polsce. W: Badania nad szczepionką BCG*, pod red. B. Chwalibóg, Warszawa 1960.
- [206] JACHIMOWICZ F.J.: *Limany odeskie. Wiadomości podręczne ułożone przez lekarza dyrygującego zakładem w limanie Kujalnickim*, Odessa 1884.
- [207] JAKOWSKI M.: *I próba szczepienia laseczników gruźliczych*, „Gazeta Lekarska” 1883, nr 10.
- [208] JAKUBIK A., RYN Z.: *Eksperymenty pseudomedyczne w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*, „Przegląd Lekarski” 1973, nr 1.
- [209] JAMROZIK T.: *Droga do masowej szczepionki BCG w Polsce*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1978, nr 6.
- [210] JANISZEWSKI T.W.: *Spółeczna walka z gruźlicą za granicą i w Polsce*, Warszawa 1927.
- [211] JAROSZEWICZ W.: *Działalność Międzynarodowej Unii do Walki z Gruźlicą*, „Gruźlica” 1972, nr 5.
- [212] JAROSZEWICZ W.: *Działalność profesora Witolda Orłowskiego w zakresie fizjologii i ruchu przeciwgruźliczego*, „Gruźlica” 1967, nr 35.
- [213] JAROSZEWICZ W.: *Historia czasopisma „Gruźlica”*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 35.
- [214] JAROSZEWICZ W.: *Międzynarodowa Unia Przeciwgruźlicza*, „Gruźlica” 1957, nr 8.

- [215] JAROSZEWICZ W.: *Prof. dr Janina Misiewicz 12 XII 1893–5 X 1958*, „Gruźlica” 1959, nr 8.
- [216] JAROSZEWICZ W.: *Prof. Michał Telatycki jako ftyzjatra 1898–1955*, „Gruźlica” 1955, nr 10.
- [217] JAROSZEWICZ W.: *Przełom i osiągnięcia w walce z gruźlicą w 25-leciu PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 5.
- [218] JARUNTOWSKI A.: *Sanatoria dla chorych piersiowych*, „Nowiny Lekarskie” 1900, nr 13.
- [219] JARUNTOWSKI A.: *Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych i używany tamże sposób leczenia*, „Nowiny Lekarskie” 1893, nr 6–11.
- [220] JASIŃSKI R.: *Władysław Matlakowski jako chirurg*, „Gazeta Lekarska” 1895, nr 30.
- [221] JASIŃSKI W.: *Priessnitz, Rikli, Kneipp*, Lwów 1895.
- [222] JASTRZĘBOWSKI Z.: *Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia w Polsce do 1953 roku*, Łódź 1986, praca habilitacyjna.
- [223] JASTRZĘBOWSKI Z.: *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994.
- [224] JASTRZĘBOWSKI Z.: *W sprawie badań nad dziejami walki z epidemiami w Polsce w latach 1945–1950*, Łódź 1981.
- [225] JAWORSKI W.: *O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego*, „Przegląd Lekarski” 1891, nr 15, 18–19.
- [226] JAWORSKI W.: *Uwagi nad leczeniem w sanatoriach dla chorych na gruźlicę płuc*, „Przegląd Lekarski” 1892, nr 19.
- [227] JESZKE J.: *W poszukiwaniu paradygmatu polskiej historiografii medycznej*, Poznań 2000.
- [228] JEŚMIAN C.: *Charakterystyka epidemiologiczna i zwalczanie gruźlicy w Polsce i w wojsku polskim w latach 1919–1921*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70.
- [229] JIRZIK E.: *Dr Jirzik’s Sanatorium Waldfrieden*, Dresden 1908.
- [230] JOKELES: *Sanatorium i zakład wodoleczniczy w Bystrej*, Bielsko 1898.
- [231] JONSCHER K.: *Sprawozdanie z pierwszego posiedzenia Państwowej Rady Zdrowia*, „Nowiny Lekarskie” 1945, nr 9.
- [232] JUCHNIEWICZ M.: *Gruźlica*, Warszawa 1968.
- [233] JUCHNIEWICZ M.: *Ustawa o zwalczaniu gruźlicy*, „Gruźlica” 1959, nr 5.
- [234] JUCHNIEWICZ M., WESTRYCH O.F.: *Podstawowe kierunki i perspektywy zwalczania gruźlicy w Polsce*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1967, nr 10.
- [235] KACPRZAK M.: *Czynniki społeczno-ekonomiczne w chorobach zakaźnych. W: Ostre choroby zakaźne*, t. 1, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956.
- [236] KACPRZAK M.: *Epidemiologia ogólna*, Warszawa 1956.
- [237] KACPRZAK M.: *Gruźlica na wsi*, Warszawa 1938.

- [238] KACPRZAK M.: *O zdrowie ludności wiejskiej*, Warszawa 1936.
- [239] KACPRZAK M.: *Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia*, Warszawa 1928.
- [240] KACPRZAK M.: *Rola medycyny społecznej w kształtowaniu polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne” 1966, nr 11/12.
- [241] KACPRZAK M.: *Stan opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej*, Warszawa 1937.
- [242] KACPRZAK M.: *W walce o zdrowie wsi*, Warszawa 1937.
- [243] KACPRZAK M.: *Wpływ chorób nagminnych na historię*. W: *Ostre choroby zakaźne*, t. 1, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956.
- [244] KACPRZAK M., KOŻUSZNIK B.: *Powstanie i rozwój Światowej Organizacji Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 5.
- [245] KACZMAREK R.: *Zwalczanie chorób zakaźnych na przykładzie działalności pruskiego królewskiego lekarza powiatowego w Pszczynie w latach 1871–1921*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [246] KACZMAREK R.: *Źródła archiwalne do dziejów medycyny na Górnym Śląsku w latach 1918–1945*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003.
- [247] KACZOROWSKI T.: *Die Anwendung der kalten Luft bei Phthisikern; eine Erklärung zur Richtigstellung*, „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1880, Nr. 6.
- [248] KACZOROWSKI T.: *Leczenie suchotników w zimowej stacji klimatycznej czyli pokojach nieopalonych o otwartych oknach*, „Przegląd Lekarski” 1880, nr 9.
- [249] KACZOROWSKI W.: *Epidemia cholery na terenie Górnego Śląska (rejencji opolskiej) w latach 1831–1832*. W: *Symposium pt. „Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne*, pod red. A. Śródka, Kraków 2005.
- [250] KACZOROWSKI W.: *Karol Ignacy Lorinser (1796–1853). Lekarz, radca rejencyjny i sanitarny*, Katowice 1994.
- [251] KACZOROWSKI W.: *Lekarze, łaźniebnicy i aptekarze byczyńscy w XVI–XIX wieku*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Opolskiego” 1996 „Historia” nr 32.
- [252] KACZOROWSKI W.: *Ofiary epidemii cholery w Bytomiu i Raciborzu w latach 1831–1832*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Opolskiego” 1996 „Historia” nr 33.
- [253] KACZOROWSKI W.: *Zapobieganie epidemii cholery w rejencji opolskiej w latach 1836–1837 w świetle przepisów sanitarno-medycznych*, „Kwartalnik Opolski” 1995, nr 1.
- [254] KACZOROWSKI W.: *Zapobieganie epidemii i choroby w rejencji opolskiej w latach 1831–1832 w świetle przepisów sanitarno-medycznych*, Opole 1998.

- [255] KACZOROWSKI W., DYRDA J.M.: *Stan badań nad dziejami górnośląskiej medycyny i farmacji (kierunki, formuły badawcze, egzemplifikacje źródłowe)*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [256] KACZOROWSKI W., KORNEK J., DYRDA J.M.: *Znaczenie zespołu Rejencja Opolska w Archiwum Państwowym w Opolu dla badaczy dziejów górnośląskiej medycyny i farmacji*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003.
- [257] KACZOROWSKI W., MAZIARZ A.: *Udział rodzimych żeńskich zgromadzeń zakonnych w opiece zdrowotnej na Śląsku w II połowie XIX wieku*. W: *Z dziejów zdrowia publicznego*, red. J. Nosko, Łódź 2006.
- [258] KAŁAMACKA E.: *Zdrowotno-higieniczne aspekty wychowania fizycznego w poglądach i działalności polskich lekarzy do 1914 r.*, Kraków 2003.
- [259] KAŁUŻEWSKI S.: *Przyczynek do historii Państwowego Zakładu Higieny (1945–1997)*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” 1998, supl. 49.
- [260] KAMSLER A.: *Znaczenie klimatu górskiego w walce z gruźlicą*, „Zakopane” 1930, nr 6, 8.
- [261] KARCZMARCZYK R.: *Zasługi Polaków w zwalczaniu gruźlicy*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1979, nr 22.
- [262] KASPEREK T.G.: *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie w latach 1939–1947*, Lublin 1997.
- [263] KEMPA K.: *Tytus Chałubiński w opiniach współczesnych mu przedstawicieli literatury i sztuki*, „Wiadomości Lekarskie” 1980, z. 23.
- [264] KENIG P.: *150 lat prasy polskiej na Śląsku Cieszyńskim. Zarys historyczny*, Bielsko-Biała 1998.
- [265] KERSTEN K., SZAROTA T.: *Kształtowanie się pierwszego planu osadnictwa Ziemi Zachodnich w 1945 r.* W: *Polska Ludowa. Materiały i studia*, t. 5, Warszawa 1966.
- [266] KIELANOWSKI T.: *Autobiografia*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1978, nr 3/4.
- [267] KIELANOWSKI T.: *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965.
- [268] KIELANOWSKI T.: *Ftyzjatria czy pneumonologia*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1956, nr 27.
- [269] KIERZEK A.: *Osiągnięcia Teodora Herynga w leczeniu gruźlicy krtani*, „Przeгляд Lekarski” 1987, nr 3.
- [270] KIERZEK A., ODONICZ-CZARNECKI J.: *Dziewiętnastowieczne sanatorium przeciwgruźlicze Goerbersdorf-Sokołowsko w relacjach lekarzy polskich*, „Medycyna Nowożytna” 1995, nr 1.
- [271] KIESZCZYŃSKI H.: *Wiadomości o zakładzie leczniczym dra Brehmera w Görbersdorfie w Szląsku pruskim*, Warszawa 1876.

- [272] KŁODZIŃSKI S.: *Dr Ludwik Fischer, więzień obozu w Gross-Rosen nr 7851*, „Przegląd Lekarski” 1966, nr 1.
- [273] KŁODZIŃSKI S.: *O stratach polskich w okresie okupacji hitlerowskiej wywołanych gruźlicą*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego” 1966 „Prace historyczne” z. 19.
- [274] KŁODZIŃSKI S.: *Pseudomedyczne eksperymenty z zakresu gruźlicy w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*, „Gruźlica” 1968, nr 10.
- [275] KŁODZIŃSKI S.: *Próby biologicznego wyniszczenia narodu polskiego pod pozorem „walki z gruźlicą” w okresie okupacji hitlerowskiej 1939–1945*, „Przegląd Lekarski” 1962, nr 1a.
- [276] KŁODZIŃSKI S.: *Uwagi o sytuacji zdrowotnej robotników przymusowych w Niemczech hitlerowskich*, „Przegląd Lekarski” 1981, nr 1.
- [277] KŁODZIŃSKI S.: *Wyniki badań byłych więźniów Oświęcimia w kierunku gruźlicy płuc, przeprowadzonych w 15 lat po wyzwoleniu*, „Przegląd Lekarski” 1961, nr 1a.
- [278] KŁODZIŃSKI S.: *Zbrodnicze doświadczenia farmakologiczne na więźniach obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*, „Przegląd Lekarski” 1965, nr 1.
- [279] KŁODZIŃSKI S.: *Zbrodnicze doświadczenia z zakresu gruźlicy w Neuen-gamme. Działalność Kurta Heissmeyera*, „Przegląd Lekarski” 1969, nr 1.
- [280] KŁODZIŃSKI S.: *Zbrodnicze eksperymenty z zakresu gruźlicy dokonywane w hitlerowskich obozach koncentracyjnych w czasie II wojny światowej*, „Przegląd Lekarski” 1962, nr 1a.
- [281] KŁOSOK J.: *Nie bał się gruźlicy*, „Nowiny Wodzisławskie” 2003, nr 23.
- [282] KOCH R.: [Notiz], „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1890, Nr. 46.
- [283] KOCH R.: *Die Etiologie der Tuberkulose. (Nach einem in der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin am 24 März 1882 gehaltenen Vortrage). Von dr ... Regirugrat im Kaiserl. Gesundheitsamt. W: Robert Koch (1843–1910). Bakteriologie, Tuberkuloseforscher, Hygieniker. Ausgewählte Texte. Hrsg. P. Steinbrück, A. Thom, Leipzig 1982.*
- [284] KOCHAŃSKI J.: *Działalność balneologicznych towarzystw naukowych w Polsce w latach 1858–1998*, „Balneologia Polska” 1999, z. 1/2.
- [285] KOCYCH-IMIELSKA M.: *Z dziejów uzdrowiska w Jaworzu*, „Wierchy” 1970.
- [286] KODEJSZKO E.: *Gruźlica płuc w akademickim środowisku warszawskim. W: Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [287] KOLAGO C.: *Straty wojenne na odcinku służby zdrowia*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 29.
- [288] *Kolejowa służba zdrowia. W: 25 lecie okręgu kolejowego. Kronika gospodarcza 1945–1970*, red. J. Pancza, Katowice 1970.
- [289] *Kolonie letnie dla dzieci*, „Dziennik Łódzki” 1890, nr 137.

- [290] KONOPKA S.: *Odrodzenie się niektórych ważnych działów polskiej służby zdrowia w roku 1945*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1981, nr 36.
- [291] KORC L.: *Pierwsza epidemia cholery w Polsce*, „Wiadomości Lekarskie” 1971, nr 11.
- [292] KORC L.: *Wkład nauki polskiej do walki z pierwszą epidemią w Europie w roku 1831*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1972, nr 6.
- [293] KORCZYŃSKI L.: *Etapy rozwoju polskiej balneologii i klimatologii od połowy XIX w.*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1934.
- [294] KORCZYŃSKI L.: *Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacji klimatycznej dla chorych gruźliczych*, „Medycyna” 1898, t. 26.
- [295] KORCZYŃSKI L.: *O polskim piśmiennictwie balneologicznym i prasie balneologicznej*, „Przegląd Zdrojowy” 1927, nr 2.
- [296] KORCZYŃSKI L.: *Początki i ewolucja balneoterapii*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1930, t. 9.
- [297] KORCZYŃSKI L.: *Przyrodzone źródła sił i zdrowia ziemi krakowskiej*, Kraków 1931.
- [298] KORCZYŃSKI L.: *Zarys balneoterapii i balneografii krajowej*, Kraków 1900.
- [299] KORCZYŃSKI L.: *Zarys klimatologii lekarskiej*, t. 1–2, Kraków 1933–1936.
- [300] KORNEK J.: *Zespoły akt Archiwum Państwowego w Opolu skarbnicą wiedzy o dziejach lecznictwa na Górnym Śląsku*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [301] KORZENIOWSKA W.: *Codziennosc społeczności wsi rejencji opolskiej w aspekcie zachodzących przemian (1815–1914)*, Opole 1993.
- [302] KORZENIOWSKA W.: *Kurorty górnośląskie dawniej i dziś*, Opole 1992.
- [303] KOSTRZEWSKI J.: *Ochrona zdrowia ludności w 25-leciu Polski Ludowej*, „Zdrowie Publiczne” 1967, nr 7.
- [304] KOWALENKO H.: *Apolinary Tarnawski, prekursor profilaktyki szkodliwości cywilizacyjnych*, „Balneologia Polska” 1973, z. 1/3.
- [305] KOWALENKO H.: *Uzdrowiska i stacje klimatyczne pod koniec XIX wieku w Królestwie Kongresowym*, „Wiadomości Uzdrowiskowe” 1959, nr 3.
- [306] KOWALENKO H.: *Zarys historii biometeorologii*, „Balneologia Polska” 1975, z. 3/4.
- [307] KOWALSKI E.: *Jaworze, zakład wodoleczniczy i żętyczny*, Kraków 1893.
- [308] KOZŁOWSKI S.: *Organizacja szpitali w Polsce*, Warszawa 1960.
- [309] KOŻUSZNIK B., KLECZKOWSKI B.: *Organizacja ochrony zdrowia*, Warszawa 1964.
- [310] KROTKIEWSKA L.: *Rola prawa w rozwoju ochrony zdrowia w 25-leciu PRL*, „Zdrowie Publiczne” 1969, nr 7.
- [311] KROTKIEWSKA L.: *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968.

- [312] KRÓWCZYŃSKI Ż.: *O metodzie leczniczej zwanej goerbersdorfskiej*, „Przegląd Lekarski” 1878, nr 45 i 46.
- [313] KRYŃSKI S.: *Prof. dr Jerzy Morzycki (1905–1954)*, „Biuletyn Państwowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej” 1955, nr 6.
- [314] KRYSA-LESZCZYŃSKA D.: *Doktor Stanisław Markiewicz jako organizator pierwszych letnich kolonii dla dzieci w Warszawie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1977, nr 35.
- [315] KRYSA-LESZCZYŃSKA D.: *Omawianie niektórych przypadków chorobowych na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego pod przewodnictwem Jędrzeja Śniadeckiego*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, z. 3.
- [316] KRZYSZKOWSKA A.: *Organizacja i ocena wartości szczepień BCG i ich wpływ na zachorowania na gruźlicę płuc u dzieci w okresie powojennym*, „Zdrowie Publiczne” 1958, nr 1.
- [317] KRZYSZKOWSKA A.: *„Powikłania” po szczepieniach przeciwgruźliczych*, „Gruźlica” 1955, nr 10.
- [318] KRZYŻANOWSKI J.: *Dzieje literatury polskiej. Od początków do czasów najnowszych*, Warszawa 1969.
- [319] KUCHARZ E.: *Życie i działalność Odon Bujwida – polskiego lekarza, społecznika i esperantysty*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 2.
- [320] KUCZEWSKI A.: *Leczenie gruźlicy klimatyczno-sanatoryjne*. W: *Pamiętnik I Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Kraków 1925.
- [321] KUCZEWSKI A.: *Powstanie i rozwój sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc*, „Przegląd Lekarski” 1914, nr 5, 6.
- [322] KUJAWSKI K.: *Przykry objaw*, „Nowiny Opolskie” 1948, nr 49.
- [323] KUKLIŃSKI P.: *Biografia dr. Artura Wernera*, „Balneologia Polska” 1969, z. 3/4.
- [324] KULIK H.: *Wspomnienia pielęgniarek przyczynkiem do dziejów opieki pielęgniarskiej*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [325] KURDZIEL M.: *Księgi zmarłych jako źródło do badań nad chorobami i umieralnością ludności (na przykładzie społeczności parafii św. Jadwigi Śląskiej w Zabrze Zaborzu w latach 1947–1956)*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003.
- [326] KUREK J.: *Jakiej organizacji służby zdrowia pragnie polski lud*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 2/3.
- [327] KUTZER P.: *Aus einer kleinen Fürstenstadt. Historischer Rückblick auf die Vergangenheit von Ziegenhals*, Ziegenhals 1928.
- [328] KWAK J.: *Epidemia cholery w latach 1831–1832 w rejencji opolskiej*, „Zeszyty Naukowe WSP w Opolu” 1981 „Historia” nr 18.

- [329] KWAK J.: *Kłęski elementarne w miastach górnośląskich (w XVIII i pierwszej połowie XIX w.)*, Opole 1987.
- [330] LANDOWSKI E.: *L'Algerie en point de vue climato-therapeutique dans les affections consumptives*, Paris 1877.
- [331] LEJMAN K.: *Józef Dietl (1804–1878) jako rzecznik postępu w medycynie klinicznej i społecznej*, „Przegląd Lekarski” 1978, nr 9.
- [332] LELIGDOWICZ A.: *Działalność Światowej Organizacji Zdrowia i jej współpraca z Polską*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 5.
- [333] LEOWSKI J.: *Problemy walki z gruźlicą w 25-lecie Polski Ludowej*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1969, nr 7.
- [334] LEOWSKI J.: *Założenia i cele pracy ośrodka badań nad gruźlicą Instytutu Gruźlicy przy współpracy z WHO i UNICEF*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1972, nr 11.
- [335] LEOWSKI J., RUDZIŃSKA H.: *Rejestrowana umieralność z powodu gruźlicy w Polsce w latach 1965–1970*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1972, nr 8.
- [336] LEOWSKI J., RUDZIŃSKA H.: *Rejestrowana zachorowalność z powodu gruźlicy w Polsce w latach 1965–1970*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1972, nr 8.
- [337] LEOWSKI J., RUDZIŃSKA H.: *30 lat walki z gruźlicą w PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1974, nr 6.
- [338] LEOWSKI J., RUDZIŃSKA H., SZCZUKA I.: *Wznowy w gruźlicy w latach 1965–1970*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1972, nr 8.
- [339] LESZCZYŃSKI S.: *Przemysł uzdrowiskowo-letniskowy i turystyczny w Karpatach*, Warszawa 1938.
- [340] LEŚKIEWICZ H.: *Ocena organizacji walki z gruźlicą w województwie opolskim*, „Gruźlica” 1968, nr 9.
- [341] LEŚNIEWSKA M.: *Kilka uwag o kierowaniu chorych z gruźlicą płuc do leczenia sanatoryjnego*, „Gruźlica” 1960, nr 6.
- [342] LIEBRECHT H.: *Należyta dbałość o narząd oddechowy*, „Przewodnik Gimnastyczny” 1884, nr 10.
- [343] *Liga Przeciwgruźlicza w Łodzi*, „Rozwój” 1907, nr 256.
- [344] LIS M.: *Górny Śląsk. Zarys dziejów do połowy XX wieku*, Opole 2001.
- [345] LIS M.: *Sprawozdania sytuacyjne administracji terenowej jako źródło wiedzy o ochronie zdrowia po II wojnie światowej na Śląsku Opolskim*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [346] LIS M.: *Znaczenie zasięgu chronologicznego i terytorialnego w badaniach nad historią Górnego Śląska*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003.
- [347] LUBAŃSKI H.: *Kilka słów o klimacie nicejskim i jego wpływ na choroby piersiowe*, „Tygodnik Lekarski” 1858, nr 35.

- [348] LUBICZ-CHOJNOWSKI J.: *Działalność konspiracyjna w Szpitalu Wolskim*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7.
- [349] LUTOSTAŃSKI B.: *Obraz czynności Komisji Balneologicznej dokonanych w 1877 r.*, Kraków 1878.
- [350] LUTOSTAŃSKI B.: *Posiedzenie Komisji Balneologicznej w dniu 27 stycznia 1877*, „Przegląd Lekarski” 1877, nr 10.
- [351] LUTOSTAŃSKI B.: *Program pracy Komisji Balneologicznej utworzony przy c. k. Akademii Umiejętności w Krakowie*, Kraków 1876.
- [352] LUTOSTAŃSKI B.: *Przemysł zdrojowo-leczniczy i ustawa dla zdrojowisk krajowych. Fakta i uwagi*, Kraków 1886.
- [353] LUTOSTAŃSKI B.: *Słówko o klimacie swojskim*, „Zdrowie” 1886, nr 15.
- [354] ŁABENDZIŃSKI F.: *Obraz chorób zakaźnych w pismach Jędrzeja Śniadeckiego*, „Nowiny Lekarskie” 1938, z. 10.
- [355] ŁAPIŃSKA J.: *Beskidzki Ośrodek Chorób Płuc w Jaworzu*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1972, nr 7.
- [356] ŁAPIŃSKA J.: *Prewentoria przeciwgruźlicze w Polsce*, „Gruźlica” 1957, nr 8.
- [357] ŁAPIŃSKA J.: *Realizacja postępowania zapobiegawczego w prewentoriach przeciwgruźliczych*, „Wiadomości o Gruźlicy i Chorobach Płuc oraz ich Zwalczeniu” 1961, nr 3.
- [358] ŁAPIŃSKA J.: *Spółeczne organizacje do walki z gruźlicą*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1969, nr 5.
- [359] ŁAZAROWICZ K.: *25 lat działalności Towarzystwa Kolonii Letnich w m. Warszawie*, [Warszawa] 1907.
- [360] ŁĄCKI M.: *Stan walki z gruźlicą w Warszawie w latach 1934–1947*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [361] ŁUCZAK C.: *Polityka ludnościowa i ekonomiczna hitlerowskich Niemiec w okupowanej Polsce*, Poznań 1979.
- [362] ŁUCZKIEWICZ H.: *Ze śląskich zakładów kąpielowych*, „Gazeta Lekarska” 1882, nr 49.
- [363] MACHALSKI J.: *Spółeczne aspekty walki z gruźlicą w Polsce na przełomie XIX i XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1975, nr 17.
- [364] MAĆKOWIAK Z.: *Uwagi o życiu i działalności Witolda Chodźki*, „Przegląd Lekarski” 1980, nr 4 i 5.
- [365] MADEY J., KAMPIONI B., KWIEK A.: *Wyniki leczenia gruźlicy streptomycyną w latach 1949–1950*, „Gruźlica” 1952, nr 2.
- [366] MADEYSKI A.: *Charakterystyki niektórych miejscowości pełniących funkcje analogiczne jak uzdrowiska statutowe oraz byłych uzdrowisk m.in. klimatycznych*. W: *Informator uzdrowisk polskich*, [oprac. T. Kłosowska, A. Madeyski, J. Wróblewski], Warszawa 1997.
- [367] MAJCHRZAK-MIKUŁA J.: *Początki opieki medycznej w szkołach na ziemiach polskich*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70.

- [368] MAK W.: *Die oberschlesischen Notjahre 1844–1848*, „Gleiwitzer Jahrbuch” 1927.
- [369] MAŁOFIEJEW M.: *Historia patologii w XIX i XX wieku*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [370] MANN T.: *Czarodziejska góra*, t. 1–2, przeł. J. Kramczyk, J. Łukowski, Warszawa 1965.
- [371] MANTEUFFEL-SZOEGE L.: *Docent dr med. Zbigniew Woźniewski (1914–1969)*, „Gruźlica” 1970, nr 9.
- [372] MARCINKOWSKI T.: *Opieka społeczna XIX–XX wieku*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [373] MARGOLISOWA A.: *Życie i działalność Jadwigi Szustrowej*, „Wiadomości o Gruźlicy i Chorobach Płuc oraz ich Zwalczeniu” 1961, nr 3.
- [374] MARKERT W.: *Sprawozdanie z IX Zjazdu Przeciwgruźliczego w Łodzi w dniach 18–21 września 1949 r.*, „Gruźlica” 1950, nr 1.
- [375] MARKERT W.: *Witold Orłowski w setną rocznicę urodzin (1874–1974)*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 1974, nr 1.
- [376] MARKIEWICZ S.: *Zakład leczniczy w Görbersdorfie*, „Medycyna” 1874, nr 7.
- [377] MARSZAŁEK L.: *Czarodziejska Góra Opolszczyzny*, „Kulisy” 1962, nr 15.
- [378] *Mass BCG Vaccination in Poland 1948–1949. The International Tuberculosis Campaign*, Copenhagen 1950.
- [379] MASZCZYK Z.: *Postępowanie orzecznicze w gruźlicy płuc i kształtowanie się inwalidztwa z powodu gruźlicy w Polsce*, „Gruźlica” 1961, nr 4.
- [380] MAYZEL W.: *O gruźlicy i bacyllach gruźliczych. Sprawozdanie zbiorcze z oddzielnych prac ogłoszonych w ostatnich czasach*, „Gazeta Lekarska” 1883, nr 17.
- [381] MAZIARZ A.: *Działalność medyczna rodzimych żeńskich zgromadzeń zakonnych na Śląsku w latach 1842–1914 na tle uwarunkowań społecznych*, Opole 2005, masz. pracy doktorskiej.
- [382] MAZIARZ A.: *Zasoby źródłowe śląskich żeńskich zgromadzeń zakonnych dotyczące opieki nad chorymi w XIX wieku*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [383] MAZUR G.: *Dr med. Zygmunt Dadlez, pierwszy dyrektor Sanatorium Przeciwgruźliczego dla Dzieci i Młodzieży w Istebnej*, „Gruźlica” 1968, nr 8.
- [384] MAĆZYŃSKI B.: *Lecznictwo klimatyczne*, Warszawa 1978.
- [385] *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, red. M. Kacprzak, Warszawa 1957.
- [386] MEISSNER E., MEISSNER R.: *Zeylandowa Eugenia Jadwiga (1899–1953) – lekarz, mikrobiolog, docent UP*. W: *Wielkopolski słownik biograficzny*, pod red. A. Gąsiorowskiego, J. Topolskiego, Warszawa–Poznań 1981.
- [387] MEISSNER R.: *Dzieje fizjatri poznańskiej do końca XX wieku. Rozwój bazy diagnostyczno-terapeutycznej, osiągnięcia i główne kierunki przemian*, Poznań 1999.

- [388] MEISSNER R.: *Zarys dziejów fizjatrii poznańskiej w latach 1899–1989*. W: *Księga pamiątkowa Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego Chorób Płuc i Gruźlicy im. Eugenii i Janusza Zeylandów*, Poznań 1988.
- [389] MELANOWSKI W.H.: *Władysław Matlakowski, syn ludu, wybitny lekarz i odkrywca podhalańskiej sztuki zdobniczej (1851–1895)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1953, nr 12, 13.
- [390] MELZER E.: *Der Einfluss der Tuberkulose auf das Seelenleben des Kranken*, Stuttgart 1933.
- [391] MELZER E.: *Medical counselor Doctor L. Rickmann on his 65th birthday*, „Zeitschrift für Tuberkulose” 1958, Nr. 1/2.
- [392] METERA A., RZEPECKI W.M.: *Torakoplastyka w Dachau*, „Przegląd Lekarski” 1971, nr 1.
- [393] MEYSNER S.: *O przepalaniu zrostów opłucnowych*, „Nowiny Lekarskie” 1934, nr 5.
- [394] MEYSNER S.: *Technika operacji Jacobaeusa*, „Chirurg Polski” 1937, nr 8.
- [395] MIEDZIŃSKI Z.: *O Henryku Dobrzyckim*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1978, nr 5.
- [396] MIĘGAŁA M.: *50-lecie Szpitala Specjalistycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach*, Głuchołazy 1999.
- [397] MIĘGAŁA M.: *Uzdrowisko Bad Ziegenhals (Głuchołazy) na tle pobliskich kurtortów w XIX oraz I połowie XX wieku i jego znaczenie dla rozwoju lecznictwa na Śląsku*, Opole 2003.
- [398] MISIEWICZ J.: *Dr Maria Werkenthin*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 1.
- [399] MISIEWICZ J.: *Nauczanie studentów w Szpitalu Wolskim w Warszawie w latach 1939–1944*, „Archiwum Historii Medycyny” 1959, nr 22.
- [400] MISIEWICZ J.: *75 lat Szpitala Wolskiego obecnego Instytutu Gruźlicy*, „Gruźlica” 1952, nr 2.
- [401] MISZTAŁ J.: *Wysiedlenia i repatriacja obywateli polskich z ZZZR a wysiedlenia i przesiedlenia Niemców z Polski – próba bilansu*. W: *Utracona ojczyzna. Przymusowe wysiedlenia, deportacje i przesiedlenia jako wspólne doświadczenie*, red. H. Orłowski, A. Sakson, Poznań 1997.
- [402] MODRZEWSKI T.: *Kilka słów o powstaniu, rozwoju i znaczeniu podwójnego krzyża – późniejszego znaku przeciwgruźliczego*, „Wiadomości Lekarskie” 1965, nr 13.
- [403] MODZELEWSKI K.: *Trzy modele historiografii*. W: *Karol Modzelewski Doktor Honoris Causa Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego*, Bydgoszcz 2009.
- [404] MOLLER H.: *Sprawozdanie ze szczepień przeprowadzanych przez Duński Czerwony Krzyż i Międzynarodową Organizację do Walki z Gruźlicą w Polsce w 1948 r.*, „Gruźlica” 1949, nr 1/2.

- [405] MORZYCKI J., KLINGBERG A.M.: *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944–1945*, Warszawa 1946.
- [406] MOSKA D.: *Hitlerowska polityka biologicznego wyniszczenia ludności polskiej na Górnym Śląsku*, „Przegląd Lekarski” 1973, nr 1.
- [407] MOSKA D.: *Lekarze polscy na Górnym Śląsku w okresie okupacji hitlerowskiej*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, z. 4.
- [408] MOSKA D.: *Z hitlerowskiej polityki sanitarnej na Górnym Śląsku i w Zagłębiu Dąbrowskim*, „Przegląd Lekarski” 1986, nr 1.
- [409] MOSKWA Z.: *Historia szczepień przeciwgruźliczych i powstanie szczepionki BCG*, „Wiadomości Lekarskie” 1983, nr 1.
- [410] MOSKWA Z.: *Historia ustawy przeciwgruźliczej w Polsce*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1988, nr 3.
- [411] MOSKWA Z.: *Instytucje i organizacje społeczne w walce z gruźlicą w Polsce do wybuchu II wojny światowej*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 19.
- [412] MOSKWA Z.: *Kazimierz Dłuski – twórca nowoczesnego leczenia sanatoryjnego gruźlicy w Polsce*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 5.
- [413] MOSKWA Z.: *Leczenie klimatyczne i ogólnousprawniające*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 3.
- [414] MOSKWA Z.: *O leczeniu gruźlicy płuc*, „Wiadomości Lekarskie” 1984, nr 21.
- [415] MOSKWA Z.: *Opieka społeczna nad chorymi gruźliczymi na Śląsku w latach 1928–1929*, „Wiadomości Lekarskie” 1983, nr 19.
- [416] MOSKWA Z.: *Powstańcza służba zdrowia na Górnym Śląsku w latach 1919–1921*, „Wiadomości Lekarskie” 1984, nr 4.
- [417] MOSKWA Z.: *Pseudomedyczne eksperymenty z zakresu gruźlicy w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 1.
- [418] MOSKWA Z.: *Publiczna służba zdrowia w świetle ustawy z 1939 roku*, „Wiadomości Lekarskie” 1983, nr 21.
- [419] MOSKWA Z.: *Resekcja tkanki płucnej*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 6.
- [420] MOSKWA Z.: *Resekcja tkanki płucnej w leczeniu gruźlicy płuc*, „Wiadomości Lekarskie” 1987, z.10.
- [421] MOSKWA Z.: *Walka z gruźlicą na wsi w Polsce międzywojennej*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 6.
- [422] MOSKWA Z.: *Wokół historii odkrycia zarazka gruźlicy*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1987, nr 1.
- [423] MOSKWA Z.: *Zarys historii leczenia gruźlicy płuc*, Warszawa 1987.
- [424] MOSSE R.: *Bäder-Almanach*, Berlin 1913.
- [425] MROCZKOWSKI A.: *Służba zdrowia w Głubczyckiem w latach 1945–1974*, „Ziemia Głubczycka” 1978.

- [426] MROZOWSKI J.: *Gruźlica wśród młodzieży wyższych uczelni w Krakowie w latach 1946–1947 i 1947–1948*, „Przegląd Lekarski” 1948, z. 20.
- [427] MROZOWSKI J.: *Statystyka zakażenia gruźliczego wśród młodzieży akademickiej środowiska krakowskiego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [428] MUSIALIK W.: *Michał Tadeusz Grażyński (1890–1965). Biografia polityczna*, Opole 1989.
- [429] MUSIOŁ A.: *50-lecie pracy zawodowej i 80-lecie urodzin dra medycyny Adama Szebesty*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 1973, t. 7.
- [430] MUSIOŁ T.: „*Służba zdrowia*” w *Dachau*, „Przegląd Lekarski” 1972, nr 1.
- [431] NARTOWSKI M.: *Fizjologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego*, „Nowiny Lekarskie” 1900, t. 13.
- [432] NASIEROWSKI T.: *Samorząd lekarski w Polsce*, t. 1, Warszawa 1989.
- [433] *Nasz program*, „Zdrojowiska” 1898, nr 1.
- [434] NAUMAN A.: *Wysięk w gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1951, nr 4.
- [435] NAUMAN A.: *Zagadnienie pracy chorych na gruźlicę płuc. (Rehabilitacja chorych)*, Warszawa 1950.
- [436] NAUMAN A.: *Zagadnienia zmiany zawodu w gruźlicy płuc*, Warszawa 1969.
- [437] NAUMAN A.: *Zmiana zawodu w gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1954, nr 4.
- [438] NIKODEMOWICZ E.: *Stanisław Hornung, lekarz, społecznik, profesor fizjatrii – 40 lat pracy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1965, nr 12.
- [439] NITSCHKE B.: *Wysiedlenie czy wypędzenie? Ludność niemiecka w Polsce w latach 1945–1949*, Toruń 2001.
- [440] NIŻEGORODCEW M.: *Zadania leczniczo-profilaktyczne prewentiów przeciwgruźliczych*, „Wiadomości o Gruźlicy i Chorobach Płuc oraz ich Zwalczeniu” 1961, nr 3.
- [441] NOWAK E.: *Obozy na Śląsku Opolskim w systemie powojennych obozów w Polsce (1945–1950). Historia i implikacje*, Opole 2002.
- [442] *Oberschlesische Bibliographie*, Bd. 1–2, hrsg. K. Kaisig, H. Bellee, L. Vogt, Oppeln 1938.
- [443] OCHOROWICZ S.: *Poglądy na gruźlicę płuc i jej leczenie w zielnikach polskich z szesnastego wieku*, „Medycyna” 1935, nr 8.
- [444] *Oddajmy im cześć. Sylwetki ludzi zasłużonych dla Śląska Opolskiego*, red. M. Lis, S. Ziarko, Opole 1985.
- [445] *X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy 1951, cz. 2: Pozjazdowa*, red. J. Gackowski, „Gruźlica” 1952 supl. nr 6.
- [446] OLSZEWSKI S.: *Jan Jonston autor pierwszej systematyki chorób paznokci*, „Wiadomości Lekarskie” 1972, nr 7.
- [447] ORŁOWSKI W.: *Nauka o chorobach wewnętrznych*, Warszawa 1951.

- [448] ORŁOWSKI W.: *Nauka o chorobach wewnętrznych*, t. 3: *Gruźlica płuc. Choroby śródpiersia*, Warszawa 1948.
- [449] ORŁOWSKI W., NOWACZYŃSKI J.: *Życie i zasługi naukowe ś.p. dra Walerego Jaworskiego*, „Nowiny Lekarskie” 1925, z. 2–3.
- [450] ORTMANN R.: *Görbersdorf Dr Brehmer’s Heilanstalt für Lungenkranke*, Zürich 1882.
- [451] *Ostre choroby zakaźne*, red. S. Wszelaki, Warszawa 1956.
- [452] OSTROWSKA T.: *Polskie czasopiśmiennictwo balneologiczne w XIX w.*, „Wiadomości Uzdrowiskowe” 1967, z. 3/4.
- [453] *Pacjent a poradnia. W: Jak walczymy z gruźlicą*, „Biuletyn Informacyjny Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Walki z Gruźlicą w Opolu” 1960.
- [454] PALUKIEWICZ J.: *O ludowych sposobach leczenia gruźlicy płuc*, „Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie” 1958, nr 46.
- [455] PANKIEWICZ E.: *Stan poradnictwa w Polsce w latach 1945–1950*, „Gruźlica” 1951, nr 3.
- [456] PASTERNAK J.: *Sprawozdanie Dyrektora Naczelnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przedstawione na pierwszym posiedzeniu Tymczasowej Rady ZUS w dniu 5 lipca 1946 r.*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1984, z. 2.
- [457] PETRYCY J.I.: *O wodach w Drużbaku i Łęckowej*, Kraków 1635.
- [458] PIASECKI W.: *Zakład wodoleczniczy Klemensówka*, Kraków 1891.
- [459] PICHUŁOWA K.: *35 lat Instytutu Gruźlicy*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1985, nr 25/26.
- [460] PIÉRY M., ROSHEM J.: *Historie de la tuberculose*, Paris 1931.
- [461] [Pięćdziesiąt] *50-lecie Towarzystwa Kolonii dla Dzieci im. dra S. Markiewicza*, „Kronika Warszawy” 1932, nr 5/6.
- [462] PILECKI B.: *Zagadnienie zatrudnienia osób chorych na gruźlicę na terenie województwa opolskiego*, „Gruźlica” 1956, nr 8.
- [463] PIOTROWSKI E., TUSZYŃSKA M.: *Choroby społeczne na terenie ubezpieczalni społecznych w świetle cyfr*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1949, nr 1/2.
- [464] PIRQUET K.: *Handbuch der Kindertuberkulose*, Leipzig 1930.
- [465] PLINIUSZ SEUNDUS: *Historia naturalna*, ksiąg 37, tł. J. Łukasiewicz, Poznań 1845.
- [466] *Po raz pierwszy w Polsce. Wędrownie ambulatorium lekarskie odwiedza zakłady pracy*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 201.
- [467] POGORZELSKI W.: *Służba zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego 1945–1948*, Łódź 1948.
- [468] POLIŃSKI D.: *Warunki pracy i życia w Polsce międzywojennej*, Warszawa 1980.
- [469] *Polski almanach uzdrowisk*, Kraków 1934.

- [470] PONIKŁO S.: *Zakopane jako miejsce klimatyczne*, „Przegląd Lekarski” 1890, nr 17.
- [471] PONIKŁO S.: *Zakopane jako miejsce klimatyczne. Studium klimatologiczne*, Kraków 1890.
- [472] POPIOŁEK K.: *Historia Śląska od pradziejów do 1945 r.*, Katowice 1972.
- [473] *Poradnia przeciwgruźlicza. Zadania i metody pracy*, red. S. Hornung, Warszawa 1953.
- [474] POTWOROWSKA M.: *25-lecie Instytutu Gruźlicy*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1973, nr 11.
- [475] *Powstanie i działalność Oddziału Balneologicznego*, „Gazeta Lekarska” 1870, nr 32.
- [476] *Powstanie i działalność Towarzystwa Warszawskiego Higienicznego*, „Zdrowie” 1899, t. 14.
- [477] PÓŁTORAK Z.: *Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny*, Opole 1989.
- [478] *PPS Lewica. Materiały źródłowe*. Oprac. wstęp i przyp. L. Hass, Warszawa 1963.
- [479] *Prace Polskiego Czerwonego Krzyża*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 2.
- [480] PREDOEHL A.: *Die Geschichte der Tuberkulose*, Leipzig 1888.
- [481] PRESSER-TURSKI F.: *Rok walki o zdrowotność Śląska*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 2/3.
- [482] *Prewentorium ZZPW w Paczkowie miejscem wypoczynku dla dzieci górników*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 179.
- [483] PRUS S.: *Uzdrowiska w okresie międzywojennym*, „Problemy Uzdrowiskowe” 1973, z. 9.
- [484] PRZESMYCKI F.: *Państwowy Zakład Higieny i jego rola w zwalczaniu chorób zakaźnych*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1.
- [485] PRZESMYCKI F.: *Plan walki z chorobami zakaźnymi*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, nr 22.
- [486] PRZESMYCKI F.: *Prof. dr Jerzy Morzycki*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1954, nr 8.
- [487] PUDELSKI J., OKLEK K., MAREK M.: *Przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego u mieszkańców miasta Zabrze*, „Pneumonologia Polska” 1982, nr 7/8.
- [488] PUŁAWSKI A.: *O koloniach letnich dla ubogich dzieci i o ich twórcy u nas śp. Stanisławie Markiewiczu*, Warszawa 1912.
- [489] PYZIK Z.: *Głuchołazy miłe miasto*, „Odra” 1945, nr 9.
- [490] RADOMSKA M.: *Dr Stanisław Meysner – wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1953, nr 6.
- [491] *Ratują życie ciężko chorym*, „Trybuna Opolska” 1961, nr 289.

- [492] REITEROWSKI H.: *Wspomnienie o Sewerynie Sterlingu*, „Nowiny Lekarskie” 1932, nr 19.
- [493] RIAD N.: *La médecine au temps des Pharaons*, Paris 1935.
- [494] RICKMANN L.: *Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose*, Stuttgart 1930.
- [495] ROGUSKI J.: *Tajne nauczanie studentów medycyny w latach 1939–1944 w oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego w Warszawie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 1.
- [496] ROKICKI C.: *Przewodnik po uzdrowiskach*, Warszawa 1929.
- [497] ROMANOWSKI Z.: *Śmiertelność z gruźlicy płuc leczonej ambulatoryjnie*, „Gruźlica” 1958, nr 4.
- [498] ROSTKOWSKI W.H.: *Słynni ludzie w polskich uzdrowiskach*, Warszawa 1986.
- [499] ROSZKOWSKI W.: *Najnowsza historia Polski 1945–1980*, Warszawa 2003.
- [500] ROUSSEAU J.J.: *Emil, czyli O wychowaniu*, tł. W. Husarski, Wrocław 1955.
- [501] *Rozwój otwartej i zamkniętej opieki zdrowotnej w Polsce Ludowej*, red. J. Wołański, „Zdrowie Publiczne” 1954, nr 4.
- [502] *Rozwój Ubezpieczalni w Opolu*, „Nowiny Opolskie” 1948, nr 48.
- [503] RUDZIŃSKA H.: *Umieralność z gruźlicy w Warszawie w latach 1948–1950*, „Gruźlica” 1952, nr 2.
- [504] RUDZIŃSKA H., LEOWSKI J.: *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy*, „Pneumologia Polska” 1978, nr 1.
- [505] RUDZIŃSKA H., LEOWSKI J., KWIEKOWA A.: *Rozwój badań radiofotograficznych do roku 1972 w pionie walki z gruźlicą*, „Zdrowie Publiczne” 1974, nr 12.
- [506] RUDZKI S.: *Leczenie gruźlicy swoiste, farmaceutyczne i objawowe*, Warszawa 1927.
- [507] RUDZKI S.: *O klasyfikacji gruźlicy z punktu widzenia społecznego*, Warszawa 1926.
- [508] RUDZKI S.: *Seweryn Sterling jako klinicysta*, „Polska Gazeta Lekarska” 1933, nr 33/34.
- [509] RUDZKI S.: *Ustawodawcza walka z gruźlicą*, Warszawa 1933.
- [510] RUDZKI S.: *Zarys dziejów gruźlicy w Polsce. W: Walka z gruźlicą w Polsce*, Warszawa 1934.
- [511] RUDZKI S.: *Zdrowotnicze i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy*, Warszawa 1930.
- [512] RUDZKI S.: *Zdrowotnicze i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy*, „Nowiny Lekarskie” 1932, nr 12.
- [513] RUFFIÉ J., SOURNIA J.Ch.: *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, Warszawa 1996.

- [514] RUSIŃSKI W.: *Położenie robotników polskich w czasie wojny 1939–1945 na terenie Rzeszy i „obszarów wcielonych”*, cz. 1, Poznań 1950.
- [515] RZEPECKI W.M.: *Skalpel ma dwa ostrza*, Warszawa 1986.
- [516] SABATOWSKI A.: *Kilka uwag o leczeniu klimatycznym i zdrojowym gruźlicy w Polsce*, „Medycyna” 1934, nr 16.
- [517] SABATOWSKI A.: *Klimatoterapia oraz hydroterapia ogólna i zdrojowisko-wa, z opisem uzdrowisk polskich*, Lwów 1923.
- [518] SABATOWSKI A.: *Krótki zarys lecznictwa klimatycznego i zdrojowo-kąpielowego w Polsce*. W: *Uzdrowiska polskie*, red. W. Przywieczerski, Warszawa 1936.
- [519] SABATOWSKI A.: *Leczenie klimatyczne i kąpielowe gruźlicy*. W: *Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą*, Warszawa 1927.
- [520] SABATOWSKI A.: *Leczenie klimatyczno-uzdrowiskowe*, „Wiadomości Lekarskie” 1952, nr 11.
- [521] SABATOWSKI A.: *Lecznictwo uzdrowiskowe w zarysie*, Warszawa 1947.
- [522] SABATOWSKI A.: *W sprawie klimatycznej talasoterapii gruźlicy w Polsce*, „Polska Gazeta Lekarska” 1938.
- [523] SABATOWSKI A.: *W sprawie rozwoju fizjoterapii i jej piśmiennictwa w Polsce*, „Polska Gazeta Lekarska” 1925.
- [524] SADOWSKA J.: *Udział lekarzy łódzkich w organizowaniu społecznych form lecznictwa na przełomie XIX i XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1987, nr 1.
- [525] SALDAK B.: *Spółeczna służba zdrowia w Polsce Ludowej w latach 1944–1964*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1965, nr 3.
- [526] *Sanatorium „Bistra” bei Bielitz in der schlesischen Beskiden. Fhysikalisch-Diaetetische Behandlung*, [Bielitz] 1902.
- [527] *Sanatorium dla płucno-chorych powstanie w Rudach*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 341.
- [528] *Sanatorium na Wilchwach*, Loslau 1900.
- [529] *Sanatorium w Głucholazach przywraca zdrowie i siły*, „Dziennik Zachodni” 1949, nr 341.
- [530] *Die Säuglingstuberkulose in Lübeck*. Arb. A. D. Reichsgesundsamte 1935, Bd. 69.
- [531] SCHLOCKOW I.: *Die Gesundheitspflege und medizinische Statistik beim preußischen Bergbau*, Berlin 1881.
- [532] SCHLOCKOW I.: *Der oberschlesische Industriebezirk mit besonderer Rücksicht auf seine Cultur- und Gesundheits-Verhältnisse*. W: *Das preußische England... Berichte über die industriellen und sozialen Zustände in Oberschlesien zwischen 1780–1876*. Hrsg. H. Dobbeltmann u.a., Wiesbaden 1993.
- [533] SCHNEIDER D.: *Ziegenhals als Bade- und Ausflugsort*, „Die Provinz Oberschlesien” 1928, Jg. 3.

- [534] SCHNELLE K.W.: *Reichshandbuch der Deutschen Fremdenverkehrs-Orte. Wegweiser durch Deutschland für Kur, Reise und Erholung*, Bd. 1, Berlin 1939.
- [535] SCHWETER J.: *Geschichte der Kongregation der Grauen Schwestern von der heiligen Elizabeth. Ein Beitrag zur Geschichte der katholischen Caritas und Mission in den letzten 100 Jahren*, Bd. 2, Breslau 1937.
- [536] SELZER M.: *Wyniki leczenia w uzdrowisku ludowym w Hołomsku*, „Lwowski Tygodnik Lekarski” 1909, nr 49.
- [537] SEYDA B.: *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973.
- [538] SĘDZIAK J.: *40-lecie działalności naukowo-lekarskiej dra Alfreda Sokołowskiego*, „Nowiny Lekarskie” 1913, nr 11.
- [539] *Siedem dni na Opolszczyźnie*, „Nowiny Opolskie” 1950, nr 9.
- [540] SIEDLECKI S.: *Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w latach 1930 i 1931*, Warszawa 1932.
- [541] SIEDLECKI S.: *Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w 1929 roku*, Warszawa 1931.
- [542] SIEDLECKI S.: *Sprawozdanie statystyczne z działalności poradni przeciwgruźliczych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 1928 roku*, Warszawa 1930.
- [543] SIENKIEWICZ T.: *Ośrodek pośród świerków*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 6.
- [544] SIENKOWSKI E.: *Chirurgia – etapy rozwojowe*. W: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.
- [545] SKIBIŃSKI Z.: *Gruźlica wśród młodzieży akademickiej we Wrocławiu*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [546] SKIBIŃSKI Z.: *Przemówienie prof. ... podczas otwarcia VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [547] SKOBEL F.: *Jaworze w roku 1871*, Kraków 1872.
- [548] SKOKOWSKA-RUDOLF M., GRODECKI M., RUDZKI S.: *Walka z gruźlicą w Polsce*, Warszawa 1934.
- [549] SKOKOWSKA-RUDOLF M., SIEDLECKI S.: *Sprawozdanie statystyczne z działalności poradni przeciwgruźliczych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 1928 roku*, Warszawa 1930.
- [550] SKÓRCZEWSKI B.: *Dietetyka kąpielowa, czyli nauka jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach*, „Zdrowie” 1880, nr 11.
- [551] SKÓRCZEWSKI B.: *Potrzeba prac naukowych do rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk w Galicji*, „Przegląd Lekarski” 1904.
- [552] SKROBACKI A.: *Symposium naukowe o Janie Jonstonie*, „Problemy Lekarskie” 1976, nr 4.

- [553] SKULIMOWSKI M.: *Dzieje nauki i nauczania historii medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim i Akademii Medycznej w Krakowie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1964, nr 8.
- [554] *Słowo wstępne*, „Krynica” 1876, nr 1.
- [555] *Służba zdrowia na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego*, „Śląsko-Dąbrowski Przegląd Administracyjny” 1947, nr 1.
- [556] SOBIS C.: *Pamięci prof. Stanisława Popowskiego*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1953, nr 29.
- [557] SOKOŁOWSKI A.: *Kilka słów w kwestii stosowania kreozotu przy leczeniu suchot płucnych*, „Gazeta Lekarska” 1894, nr 1.
- [558] SOKOŁOWSKI A.: *Leczenie klimatyczne suchot płucnych*, „Gazeta Lekarska” 1893, z. 5.
- [559] SOKOŁOWSKI A.: *Nauka o suchotach płucnych*, Warszawa 1920.
- [560] SOKOŁOWSKI A.: *Pamiętnik. Rozdział 3: Sześć lat pracy u Niemców. Mój pobyt w Goerbersdorfie (1874–1880)*, „Medycyna Warszawska” 1930, nr 3.
- [561] SOKOŁOWSKI A.: *Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów*, „Lekarz Wojskowy” 1921, nr 1.
- [562] SOKOŁOWSKI A.: *W sprawie leczenia klimatem swojskim (Climatotherapie nostras)*, „Gazeta Lekarska” 1882, nr 8–9.
- [563] SOKOŁOWSKI A.: *Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze*, „Gruźlica” 1933, nr 5.
- [564] SOKOŁOWSKI A.: *Wielkie klęski społeczne*, Warszawa 1920.
- [565] SOKOŁOWSKI O.: *Powikłania poodmowe. W: Pamiętnik V Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1934.
- [566] SOLGER H.: *Der Kreis Beuthen in Oberschlesien*, Breslau 1860.
- [567] SOLIK D.A.: *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Trzebnicy w latach 1939–1947*, Lublin 1997.
- [568] SOSNOWSKI W.: *Jan Stopczyk w osiemdziesiątą rocznicę urodzin*, „Pneumonologia Polska” 1981, nr 10.
- [569] STACHIEWICZ T.: *Leczenie suchot płucnych sposobem dra H. Brehmera na podstawie własnych doświadczeń*, „Wiadomości Lekarskie” 1887, nr 10.
- [570] STARKIEWICZ L.: *Leczenie sanatoryjno-zdrowiskowe dzieci gruźliczych*, „Pamiętnik Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku” 1938, t. 11.
- [571] STEMROWICZ W.: *Profesor dr med. Stanisław Konopka (1896–1982). Wspomnienie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1983, nr 36.
- [572] STERKOWICZ S.: *Chorzy więźniowie Dachau w rękach lekarza SS Rudolpha Brachtla*, „Przegląd Lekarski” 1988, nr 1.
- [573] STERLING S.: *Gruźlica. Zbiór prac 1894–1932*, Łódź 1934.
- [574] STERLING S.: *Muzea gruźlicze*, „Gruźlica” 1909, nr 5.
- [575] STERLING S.: *O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu*, „Czas Lekarski” 1904, nr 4.

- [576] STERLING S.: *O sztucznej odmie piersiowej*, „Przegląd Lekarski” 1917.
- [577] STERLING S.: *Opis oddziału dla piersiowo chorych przy szpitalu im. M. Poznańskich w Łodzi*. W: S. Sterling, *Gruźlica. Zbiór prac 1894–1932*, Łódź 1934.
- [578] STERLING S.: *Postaci kliniczne suchot płucnych*, Warszawa 1913.
- [579] STERLING S.: *Suchoty płuc pospolite. Compendium*, Łódź 1921.
- [580] STOCKI E.: *Władysław Jasiński*. W: *Polski słownik biograficzny*, t. 11, [red. nac. E. Rostworowski], Wrocław 1965.
- [581] STOPCZYK J.: *Prof. dr med. Stanisław Hornung 1902–1967*, „Gruźlica” 1968, nr 10.
- [582] STOPCZYK J.: *Prof. dr med. Wiwa Jaroszewicz*, „Pneumonologia Polska” 1981, nr 2.
- [583] STOPCZYK J.: *Sprawozdanie redaktora czasopisma „Gruźlica” z działalności redakcyjnej i spraw wydawniczych w okresie 1950–1951*, „Gruźlica” 1952, nr 4.
- [584] STOPCZYK J.: *Zarys historii Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego (dawniej Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 32.
- [585] STOPCZYK J.: *Zarys rozwoju wiedzy o gruźlicy i metodach jej zwalczania*. W: *Ftyzjatria*, pod red. J. Stopczyka, Warszawa 1968.
- [586] STOPCZYK J., JUCHNIEWICZ M.: *Historia ustawy o zwalczaniu gruźlicy w Polsce*, „Gruźlica” 1960, nr 11.
- [587] STOPCZYK J., ROPEK M.: *Dwadzieścia pięć lat działalności Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1971, nr 7.
- [588] *Stosowanie naświetlań słońcem w gruźlicy płuc z jednoczesnym stosowaniem środków przeciwhistaminowych*, [Aut.]: L. Krotochwil i in., „Gruźlica” 1953, nr 11.
- [589] STRABURZYŃSKA-LUPA A., STRABURZYŃSKI G.: *Fizjoterapia*, Warszawa 2004.
- [590] *Straty wojenne Polski w latach 1939–1945*, Poznań–Warszawa 1962.
- [591] STRUPCZEWSKA-JANUSZ H.: *Gdy zaczynał się dwudziesty wiek...*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1979, nr 4.
- [592] STRUŚ J.: *Nauki o tętnie ksiąg V*, przeł. J. Wikarjak, M. Wikarjakowa, Poznań 1968.
- [593] SUCHODOLSKI W.: *Archiwa polskie w obliczu strat poniesionych podczas wojny*, „Przegląd Biblioteczny” 1947, z. 1/2.
- [594] SUCHODOLSKI W.: *Straty archiwów warszawskich w czasie wojny i okupacji*, „Kwartalnik Historyczny” 1946.
- [595] SUPADY J.: *Leczenie gruźlicy w Polsce na przełomie XIX i XX wieku (do 1914 r.)*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2007, nr 9.

- [596] SUPADY J.: *Problematyka gruźlicy wieku dziecięcego w pracach badawczych lekarzy łódzkich na początku XX wieku*, „Wiadomości Lekarskie” 1977, z. 13.
- [597] SUPADY J., BIEGAŃSKA-PŁONKA M.: *Kolonie letnie dla dzieci w Łodzi na przełomie XIX i XX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2007, t. 70.
- [598] SZAREJKO P.: *Aktualne zagadnienia szpitalnictwa polskiego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1948, nr 1.
- [599] SZCZUKA I.: *Zachorowalność na gruźlicę płuc w latach 1960–1970 wśród ludności w starszych grupach wieku*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1973, nr 2.
- [600] SZKODA A.: *90-lecie Zakładu Leczniczego w Bystrej Śląskiej*, (cz. 1), „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1989, nr 2.
- [601] SZKODA A.: *90-lecie Zakładu Leczniczego w Bystrej Śląskiej*, (cz. 2), „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1989, nr 3.
- [602] SZMURŁO J.: *Prof. dr med. A. Sokołowski. Wspomnienie pośmiertne*, „Nowiny Lekarskie” 1924, z. 5.
- [603] *Szpital dla zakaźnie chorych powstaje w Bytomiu*, „Dziennik Zachodni” 1947, nr 152.
- [604] SZTACHELSKA I.: *Służba zdrowia na wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 9.
- [605] SZUBERT J., SZUBERT H.: *Medycyna i magia: Paracelsus*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1976, nr 43.
- [606] SZULC E.J.: *Prof. Adam Wrzosek (1875–1965)*, „Przegląd Lekarski” 1965, nr 10.
- [607] SZUMOWSKI W.: *Historia medycyny*, Warszawa 1961.
- [608] SZUSTROWA J.: *Dyskusja nad tematem „Fluorografia w walce z gruźlicą płuc”*, „Gruźlica” 1955, nr 5, supl.: *Materiały XI Zjazdu Przeciwgruźliczego*.
- [609] SZUSTROWA J.: *Stać styczność z chorym gruźliczym a zachorowanie na gruźlicę*, „Gruźlica” 1953, nr 1.
- [610] SZUSTROWA J.: *Zgony na gruźlicę niemowląt w Łodzi*, „Gruźlica” 1955, nr 3.
- [611] SZYLIN M.: *Brodziak Walenty*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 1, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1993.
- [612] SZYLIN M.: *Wołkowiński Felicjan*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 1: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1993.
- [613] SZYLIN M.: *Wybrane sylwetki pracowników kolejowej służby zdrowia (Felicjan Wołkowiński)*. W: *Kolejowa służba zdrowia na terenie Śląskiej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych*, red. B. Wójcik-Warchoł, M. Szylina, Katowice–Opole 1998.
- [614] SZYMAŃSKI M.: *100 lat temu odkryto prątek gruźlicy*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1982, nr 4/6.

- [615] ŚCIBOROWSKI W.: *Krzeszowice jako zakład lekarsko-zdrojowy wód siarczanych*, Kraków 1887.
- [616] ŚCIBOROWSKI W.: *Wiadomości o zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Görbersdorfie w Szląsku pruskim*, „Przegląd Lekarski” 1874, nr 45–47.
- [617] ŚNIADECKI J.: *O fizycznym wychowaniu dzieci*, Warszawa 1955.
- [618] ŚWIERCZYŃSKI M.: *Szpital dla Polaków*, „Gazeta Otwocka” [http://www.otwock.pl/gazeta] (27.08.2008).
- [619] ŚWIERZAWSKI E.: *Przyczynki do dziejów medycyny w Polsce. Jan Radlica, doktor medycyny, biskup i kanclerz*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1878, z. 3.
- [620] TALEWSKI R.: *XXV-lecie fizjatrii w Zakopanem*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 10.
- [621] TALEWSKI R.: *Historia Zakopanego jako ośrodka leczenia gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1965, nr 10.
- [622] TALEWSKI R.: *O doktorze Teodorze Białynickim-Biruli*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1965, nr 10.
- [623] TALEWSKI R.: *Rys historyczny torakochirurgii w Zakopanem*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1971, nr 6.
- [624] TARG A.: *Duszpasterska i dobroczynna działalność duchowieństwa w okresie klęsk żywiołowych na Górnym Śląsku*, „Nasza Przeszłość” 1966, t. 24.
- [625] TARNAWSKA-BUSZA C.: *Higiena życia codziennego według zasad stosowanych w lecznicy dr. A. Tarnawskiego w Kosowie*, [Londyn] 1984.
- [626] TELATYCKI M.: *Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju i podstawy jej zwalczania*. W: *Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego*, Warszawa 1949.
- [627] TELATYCKI M.: *Gruźlica i inne choroby społeczne w Polsce*, Warszawa 1946.
- [628] TELATYCKI M.: *Kolejność stosowania najlepszych środków walki przeciwgruźliczej w krajach, gdzie jest ona dopiero zapoczątkowana*, „Gruźlica” 1950, nr 2.
- [629] TELATYCKI M.: *Leczenie sanatoryjne gruźlicy*. W: *Gruźlica – rozpoznanie, leczenie i zapobieganie. Zbiór wykładów*, pod red. A. Biernackiego, M. Telatyckiego, Warszawa 1950.
- [630] TELATYCKI M.: *Najpilniejsze zadania walki z gruźlicą w Polsce*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 9/10.
- [631] TELATYCKI M.: *O sanatoriach dla leczenia gruźlicy*. W: *Uzdrowiska polskie: ilustrowany przewodnik po zdrojowiskach, stacjach klimatycznych, kąpieliskach morskich, wczasowiskach i miejscowościach wypoczynkowych*, red. K. SAYSSE-Tobiczek, przy współ. J. Dobrzyńskiego Warszawa 1947.

- [632] TELATYCKI M.: *Organizacja społecznej walki z gruźlicą. W: Gruźlica – rozpoznanie, leczenie i zapobieganie. Zbiór wykładów*, pod red. A. Biernackiego, M. Telatyckiego, Warszawa 1950.
- [633] TELATYCKI M.: *Rozpoznawanie różnicowe gruźlicy*, Warszawa 1946.
- [634] TELATYCKI M.: *Rozwój wiedzy o gruźlicy i o metodach jej zwalczania. W: Ftyzjatria*, red. M. Telatycki, Warszawa 1957.
- [635] TELATYCKI M.: *Współczesne metody leczenia gruźlicy płuc w krytycznym ujęciu*, Warszawa 1949.
- [636] TELATYCKI M.: *Zakłady przeciwgruźlicze w Polsce powojennej*, Warszawa 1946.
- [637] TEMPKA T.: *Józef Dietl (1804–1878)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1963, nr 50.
- [638] TERLECKA W.: *Tomasz Wiktor Janiszewski (1867–1939)*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1989, nr 3.
- [639] TOBIASZ S.: *Zapadalność wśród ubezpieczonych i członków ich rodzin w roku 1949*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1952, nr 5/6.
- [640] TOŁOWIŃSKI G.: *Początki w Polsce urzędzeń i obserwacji meteorologicznych*, „Zdrowie” 1900, t. 16.
- [641] TOŁOWIŃSKI G.: *Sekcje zdrojowisk i miejscowości klimatycznych*, „Zdrowie” 1899, nr 1.
- [642] TOMANEK Z.: *Uwagi na temat psychiki chorych na gruźlicę płuc*, „Polska Gazeta Lekarska” 1929, nr 10.
- [643] TOMCZYK D.: *Śląsk Opolski – 1945. Militarne i polityczne problemy wyzwolenia*, Opole 1989.
- [644] TOPIK J.: *Polskie Towarzystwa Lekarskie w latach 1900–1965*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 21.
- [645] TOPOLSKI J.: *Jak się pisze i rozumie historię. Tajemnice narracji historycznej*, Warszawa 1996.
- [646] TRYBOWSKI C.: *Klimat a zdrojowiska*, Lwów 1939.
- [647] TRYBOWSKI W.S.: *Dzieje Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1962, nr 26.
- [648] TRYBOWSKI W.S.: *Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne – powstanie i rozwój*, „Pneumonologia Polska” 1986, nr 7.
- [649] TRYBOWSKI W.S.: *Z historii otwockich sanatoriów*, „Walka z Gruźlicą i Chorobami Płuc” 1978, nr 12.
- [650] [Tysiąc osiemset osiemdziesiąt pięć] 1885–1935 *Półwiekowa działalność Towarzystwa Kolonii Lecznicych dla Dzieci we Lwowie*, Lwów 1935.
- [651] *Ustawodawstwo służby zdrowia. Zbiór przepisów według stanu na dzień 1 listopada 1955 r.*, t. 1, red. L. Krotkiewska, Warszawa 1956.
- [652] *Uzdrowiska Polski i ich rozmieszczenie oraz rozwój w latach 1921–1938*, Warszawa 1938.

- [653] *Uzdrowiska polskie*, red. W. Przywieczerski, Warszawa 1936.
- [654] VILLEMEN J.A.: *Etudes experimentales et cliniques sur tuberculosis*, Paris 1868.
- [655] VIRCHOW R.: *Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*, Berlin 1848.
- [656] W. R.: *W trosce o zdrowie. Projekt planowego rozszedlenia się lekarzy na Ziemiach Odzyskanych*, „Dziennik Zachodni” 1946, nr 301.
- [657] *W sprawie sanatoriów ludowych. O wartości klimatu swojskiego przy leczeniu gruźlicy*, Łódź 1900.
- [658] WAGNER M.: *Schmidt Jan (1623–1690), lekarz gdański*. W: *Polski słownik biograficzny*, t. 36, [red. nac. H. Markiewicz], Warszawa–Kraów 1995.
- [659] WANATOWICZ M.W.: *Rys historyczny lecznictwa na Śląsku w XIX i XX wieku*. W: *Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska*, t. 2: *Biograficzny (A–Z)*, red. nauk. A. Puzio, Katowice 1995.
- [660] WANATOWICZ M.W.: *Ubezpieczenia brackie na historycznym obszarze Górnego Śląska*. W: *Górny Śląsk – dzieje medycyny i farmacji, problemy dokumentacji i metodologii badań*, pod red. J.M. Dyrdy, Katowice 2003.
- [661] WANATOWICZ M.W.: *Wpływ wielkiego kryzysu gospodarczego na funkcjonowanie kas chorych w Polsce międzywojennej*. W: *Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych*, red. J.M. Dyrda, B. Gruszka, Katowice 2007.
- [662] WAŃKOWICZ M.: *Ziele na kraterze*, Warszawa 1971.
- [663] WARTENBERG W.: *Rys historyczny Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*, „Przegląd Lekarski” 1962, nr 6.
- [664] WESTFAL I.: *Wkład lekarzy poznańskich do rozwoju fizjatrii*, „Roczniki Akademii Medycznej w Poznaniu” 1975, supl. 2.
- [665] WESTRYCH O.F.: *Analiza epidemiologiczna gruźlicy w województwie katowickim w latach 1955–1958*, „Gruźlica” 1959, nr 11.
- [666] WESTRYCH O.F.: *Badania radiofotograficzne w województwie katowickim w latach 1955–1961*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1963, nr 2.
- [667] WESTRYCH O.F.: *Kształtowanie się wskaźników epidemiologicznych w województwie katowickim w latach 1955–1961*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1963, nr 3.
- [668] WĘCŁAWOWICZ J.: *Prof. dr med. Franciszek Groer (1887–1965)*, „Przegląd Lekarski” 1965, nr 6.
- [669] WIELICZAŃSKI H.: *Seweryn Sterling. Człowiek – społecznik – lekarz – naukowiec – pedagog. (W 25-lecie śmierci)*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1959, nr 26.
- [670] WIĘCKOWSKA E.: *Formy opieki zdrowotnej na ziemiach polskich w końcu XIX wieku do lat 30 wieku XX*, „Wiadomości Lekarskie” 1984, nr 13.

- [671] WIĘCKOWSKA E.: *Komitet Sanitarny miasta Warszawy (1915)*, „Wiadomości Lekarskie” 1989, z. 19/21.
- [672] WIĘCKOWSKA E.: *Organizacja, cele i zadania służby zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w latach 1944–1950*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2001, nr 55.
- [673] WIĘCKOWSKA E.: *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.
- [674] WIKTORCZYK Z.: *W trosce o zdrowie śląskiej dziatwy*, „Nowiny Opolskie” 1947, nr 7.
- [675] WILK S.: *Galen o gimnastyce i medycynie*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1984, nr 1.
- [676] WILK S.: *Historia rehabilitacji*, Warszawa 1985.
- [677] *William Farr (1807–1883) – an appreciation on the 200th anniversary of his birth*, „International Journal of Epidemiology” 2007, No. 5.
- [678] WITKIEWICZ S.I.: *Bagno*, Lwów 1903.
- [679] WITTKOWER E.: *A psychiatrist looks at tuberculosis*, London 1949.
- [680] WŁODARCZYK K.: *50 lat społecznej walki z gruźlicą w Polsce*, „Walka z Gruźlicą” 1969, nr 3.
- [681] WNEK E.: *Udział społecznych komitetów w walce z gruźlicą*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1963, nr 6.
- [682] *Województwo śląskie 1945–1950. Zarys dziejów politycznych*, red. A. Dziurrok, R. Kaczmarek, Katowice 2007.
- [683] WOŁKOWIŃSKI F.: *Sprawozdanie lekarskie z sanatorium kolejowego w Wilkovicach za rok 1936*, „Gruźlica” 1938, nr 1.
- [684] WOŹNICZKA E.: *Ostatni rok działalności Spółki Brackiej*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1951, nr 5.
- [685] WOŹNIEWSKI Z.: *Görbersdorf – Sokołowsko, pierwsze w Europie sanatorium leczenia gruźlicy płuc*, „Archiwum Historii Medycyny” 1960, nr 91.
- [686] WOŹNIEWSKI Z.: *Historia Szpitala Wolskiego w Warszawie 1877–1944*, Warszawa 1991.
- [687] WOŹNIEWSKI Z.: *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967.
- [688] WOŹNIEWSKI Z.: *Pierwsze odgłosy w prasie polskiej odkrycia prątka gruźlicy przez Roberta Kocha*, „Archiwum Historii Medycyny” 1959, nr 3.
- [689] WOŹNIEWSKI Z.: *Prof. dr med. Janusz Zeyland jako ordynator Szpitala Wolskiego w Warszawie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 1.
- [690] WOŹNIEWSKI Z.: *Szpital Wolski w latach okupacji 1939–1944*, „Archiwum Historii Medycyny” 1958, nr 12.
- [691] *Wpływ zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego na częstość występowania dychawicy oskrzelowej oraz stan kliniczny wybranych grup chorych*. [Aut.]: E. Rogala i in., „Pneumonologia Polska” 1982, nr 7/8.

- [692] WROŃSKI W.: *Sanatorium dla chorych piersiowych w Otwocku*, „Zdrowie” 1899, nr 165.
- [693] WRZOSEK A.: *Robert Koch*, „Przegląd Lekarski” 1910, nr 49.
- [694] *Wspomnienia pielęgniarek*, Warszawa 1962.
- [695] *Współczesne leczenie gruźlicy płuc*, red. W. Jaroszewicz, Warszawa 1961.
- [696] ZABŁOTNIAK R.: *Liga Szkolna Przeciwgruźlicza (1923–1939)*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 10.
- [697] ZAJĄCZKOWSKA J.: *Działalność naukowa Instytutu Gruźlicy w ciągu 35 lat jego istnienia*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1985, nr 25/26.
- [698] ZAJĄCZKOWSKA J.: *Kilka uwag o szczepieniu przeciwgruźliczym BCG w Polsce*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1949, z. 29/30.
- [699] ZAJKOWSKI K.: *Krajowa lecznica dla płucno chorych w Smukale*, „Polska Gazeta Lekarska” 1925, nr 4.
- [700] *Zakład dra E. Landowskiego w dolinie Tipyzy*, „Kłosa” 1880, t. 30.
- [701] *Zakład wodolecznicy i żętyczny w Jaworzu*, Cieszyn 1889.
- [702] ZALEWSKI S.: *Oziero Ingol*, Tomsk 1892.
- [703] ZANIETOWSKI M.: *Sprawozdanie z czynności Polskiego Towarzystwa Balneologicznego za czas 1905–1909*, „Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego” 1909, t. 2.
- [704] ZAPAŚNIK-KOBIERSKA M.H., RUDNIK J.: *Przełom i osiągnięcia walki z gruźlicą dziecięcą w okresie 25-lecia PRL*, „Gruźlica i Choroby Płuc” 1970, nr 5.
- [705] ZAREMBA W.: *Zarys dziejów szkoły lekarskiej w Salermo*, „Roczniki Towarzystwa Naukowego”, Poznań 1896, t. 22.
- [706] ZARĘBA J.: *Prof. dr Marian Trawiński. Wspomnienie pośmiertne*, „Chirurgia Narządu Ruchu” 1964, z. 3.
- [707] *Zdrowiska, tygodnik kąpielowy. Wiadomości bieżące*, „Gazeta Lekarska” 1872, nr 24.
- [708] *Ze Śląska. Przeminęło...*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1945, nr 1/3.
- [709] ZEYLAND J.: *Gruźlica płuc u dzieci*, Warszawa–Poznań 1937.
- [710] ZEYLAND J.: *Szczepienia przeciwgruźlicze ze szczególnym uwzględnieniem sposobu Calmette’a*, Warszawa 1931.
- [711] ZEYLAND J., PIASECKA-ZEYLAND E.: *Odporność przeciwgruźlicza wywołana przez BCG*, „Nowiny Lekarskie” 1939, nr 11.
- [712] *Ziegenhals OS. Kurort für naturgemässe Lebensweise*, Ziegenhals 1938.
- [713] ZIELENIEWSKI M.: *Czego najpilniej potrzeba ku ulepszeniu polskich zdrojowisk*, „Medycyna” 1887, nr 52/53.
- [714] ZIELENIEWSKI M.: *Nasze Zakłady Zdrojowo-Kąpielowe i Hydropatyczne tudzież Uzdrowisko Klimatyczno-Lecznicze*. W: *Kalendarz J. Czecha*, [Jaworze 1894].
- [715] ZIELENIEWSKI M.: *Rys balneologii powszechnej*, Warszawa 1873.

- [716] ZIELENIEWSKI M.: *Rys balneoterapii*, Kraków 1886.
- [717] ZIELIŃSKI A.: *Listy ze śląskich wód*, Wrocław 1983.
- [718] ZIERSKI M.: *Epidemiologia gruźlicy*, Warszawa 1958.
- [719] ZIERSKI M.: *Gruźlica a wojna*, „Gruźlica” 1952, nr 5.
- [720] ZIERSKI M.: *Lesław Węgrzynowski – wspomnienie pośmiertne*, „Gruźlica” 1956, nr 11.
- [721] ZIERSKI M.: *Postępy chemioterapii w gruźlicy*, Warszawa 1969.
- [722] ZOPOTH A.: *Jaworze – Zakład wodoleczniczy i dietetyczny*, Cieszyn 1899.
- [723] ŻÓŁTAŃSKI K., SŁODCZYK Z.: *Próba ułożenia kompleksowego planu opanowania gruźlicy na terenie województwa opolskiego*, „Gruźlica” 1965, nr 10.
- [724] ŻULIŃSKI J.: *Miejskie korpusy wakacyjne*, „Szkoła” 1885.
- [725] ŻYCHOŃ J.: *Zakopane jako uzdrowisko*, „Polska Gazeta Lekarska” 1924, nr 49.

ANKIETA

Towarzystwo Walki z Gruźlicą, pragnąc przyjąć chorym z pomocą, musi poznać dokładnie warunki materialne w jakich się znajdują, jak również warunki ich pracy, czy też możliwości podjęcia zajęć odpowiednich do stanu zdrowia. Wypełnienie spec-

jalnej ankiety i odesłanie jej do Poradni P/G w której chory jest zarejestrowany, umożliwi ponadto tworzenie odpowiednich warsztatów pracy w tych ośrodkach, gdzie znajdzie się najwięcej chętnych. Oto wzór ankiety:

Ankieta dla chorych na gruźlicę

1. Imię i nazwisko
2. Miejsce zamieszkania
3. Warunki mieszkaniowe
4. Zawód
5. Gdzie pracuje
6. Na jakim stanowisku
7. Warunki pracy (pomieszczenie suche, jasne, wilgotne, ciemne, zimne itd.)
8. Nie pracuje — od kiedy
9. Od kiedy choruje
10. Od kiedy jest zarejestrowany w Przychodni Przeciwgruźliczej
11. Czy jest rencistą
12. Od kiedy
13. Rodzaj i wysokość renty
14. Czy ma rodzinę na utrzymaniu (ile osób)
15. Czy chce pracować i w jakim zawodzie
16. Czy w zakładzie pracy jest możliwość zmiany stanowiska pracy na odpowiadające obecnemu stanowi zdrowia
17. Czy dzieci chorego korzystały z prewentorium
18. Ile razy
19. Czy szuka zatrudnienia dla innych członków rodziny, celem polepszenia warunków bytowych
20. Jakie jest orzeczenie lekarskie, dotyczące stanu choroby i rodzaju pracy, którą chory mógłby podjąć

WYPEŁNIC CZYTELNIC I ODESŁAĆ!

MONITOR POLSKI

Dziennik Urzędowy Polskiej Rzeczypospolitej
Ludowej

Przedruk poz. 180 z nr 40 z dnia 9 maja 1959 r.

UCHWAŁA NR 68 RADY MINISTRÓW

z dnia 22 kwietnia 1959 r. w sprawie

planowego zwalczania gruźlicy

Na podstawie art. 20 ustawy z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz. U. nr 27, poz. 170) Rada Ministrów uchwała, co następuje:

§ 1.

1. Zobowiązuje się Ministra Zdrowia do zapewnienia warunków umożliwiających prowadzenie systematycznych badań zjawisk epidemiologicznych w zakresie gruźlicy wśród ludzi oraz do zwrócenia szczególnej uwagi na pełną realizację planów rozbudowy zakładów przeciwgruźliczych.

§ 2.

Zobowiązuje się prezydium rad narodowych do:

- 1) udzielania pomocy i poparcia organizacjom społecznym mającym za zadanie zwalczanie gruźlicy oraz szerzenie oświaty sanitarnej,
- 2) zapewnienie prawidłowego stanu i rozbudowy zakładów społecznych służby zdrowia przeznaczonych do zwalczania gruźlicy oraz do prowadzenia w nich rehabilitacji chorych na gruźlicę, ozdrowieńców i inwalidów z powodu gruźlicy,
- 3) prowadzenia specjalnych zakładów (oddziałów) przeciwgruźliczych dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, którzy:
 - a) wymagają długoterminowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej bądź
 - b) wymagają zapewnienia im specjalnego trybu życia i leczenia,
- 4) organizowania przy prewentiach, sanatoriach i szpitalach przeciwgruźliczych specjalnych przedszkoli, szkół lub zajęć dla dzieci i młodzieży chorych na gruźlicę,
- 5) udzielania na wniosek poradni przeciwgruźliczej pomocy w naturze lub wypłacania zasiłków pieniężnych osobom pozostającym w wyjątkowo trudnych warunkach bytowych, a dotkniętym gruźlicą lub mającym na utrzymaniu dzieci chore na gruźlicę bądź zagrożone tą chorobą i wymagające dożywienia,
- 6) udzielania związkom spółdzielni pomocy przy organizowaniu specjalnych spółdzielczych zakładów pracy dla chorych na gruźlicę (ozdrowieńców i inwalidów z powodu gruźlicy), ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb tych zakładów w zakresie lokali i urządzeń.

§ 3.

Organy administracji państwowej, instytucje państwowe, uspołecznione zakłady pracy i organizacje społeczne powinny udzielać potrzebnej pomocy organom służby zdrowia w zakresie wyko-

nywania zadań związanych ze zwalczaniem gruźlicy.

§ 4.

1. Powiatowe poradnie przeciwgruźlicze z zachowaniem tajemnicy lekarskiej przesyłają do właściwych powiatowych komisji poborowych wykazy osób chorych na gruźlicę oraz ozdrowieńców po przebytej gruźlicy, podlegających poborowi.

2. Powiatowe komisje poborowe przesyłają do powiatowych poradni przeciwgruźliczych wykazy osób, u których w czasie poboru stwierdzono gruźlicę.

3. Ministrowie Zdrowia, Spraw Wewnętrznych i Obrony Narodowej określają terminy i tryb przekazywania wykazów, o których mowa w ust. 1 i 2.

§ 5.

Dzieciom osób chorych na gruźlicę oraz dzieciom i młodzieży zamieszkałym wspólnie z chorymi na gruźlicę przysługuje pierwszeństwo przed innymi kandydatami o takich samych kwalifikacjach przy uzyskaniu:

- 1) miejsca w zakładzie dla dzieci i młodzieży bądź w domu studenckim,
- 2) stypendium w szkole bądź w internacie.

§ 6.

Zachorowanie pracownika na gruźlicę nie może być przyczyną rozwiązania umowy o pracę lub stosunku służbowego, jeżeli poradnia przeciwgruźlicza stwierdzi, że pracownik zachował zdolność do wykonywania pracy i nie stanowi niebezpieczeństwa zarażenia gruźlicą innych osób.

§ 7.

Na wniosek pracownika chorego na gruźlicę, ozdrowieńca lub inwalidy z powodu gruźlicy zakład pracy powinien ustalić termin jego urlopu zgodnie ze wskazaniami poradni przeciwgruźliczej.

§ 8.

Instytucjom prowadzącym wczasy pracownicze i wczasy dla osób zatrudnionych w spółdzielniach pracy zaleca się organizowanie i prowadzenie wyodrębnionych wczasów dla osób chorych na gruźlicę, ozdrowieńców i inwalidów z powodu gruźlicy.

§ 9.

Zobowiązuje się Ministra Zdrowia do opracowania w porozumieniu z Centralną Radą Związków Zawodowych projektu przepisów w sprawie skrócenia czasu pracy oraz dodatkowych urlopów dla osób zatrudnionych w zakładach przeciwgruźliczych bądź w zakładach pracy (lub działach) przeznaczonych dla chorych na gruźlicę, jeżeli osoby te z tytułu wykonywanych obowiązków mają bezpośredni kontakt z osobami chorymi bądź z materiałem zakaźnym.

§ 10.

Zleca się Ministrom Zdrowia i Rolnictwa ustalenie zasad współpracy organów służby zdrowia i służby weterynaryjnej w zakresie zwalczania gruźlicy wśród ludzi i zwierząt.

§ 11.

Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów:
Józef Cyrankiewicz

Ustawa

z dnia 22 kwietnia 1959 r.

o zwalczaniu gruźlicy

Art. 1

Zakłady społeczne służby zdrowia udzielają ludności bezpłatnie świadczeń w zakresie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia gruźlicy oraz w zakresie rehabilitacji osób chorych na gruźlicę, ozdrowieńców i inwalidów z powodu gruźlicy.

Art. 2

1. Osoby zamieszkałe na terenie Państwa Polskiego są obowiązane na żądanie organu służby zdrowia:

- 1) poddawać się szczepieniom ochronnym przeciwko gruźlicy,
- 2) poddawać się badaniom lekarskim, mającym na celu wykrywanie i leczenie gruźlicy,
- 3) udzielać wyjaśnień mogących mieć znaczenie dla rozpoznania gruźlicy, wykrycia źródła zakażenia bądź zapobiegania szerzeniu się gruźlicy.

2. Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia zasady przeprowadzania szczepień ochronnych i badań lekarskich, o których mowa w ust. 1, pkt. 1 i 2.

Art. 3

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) „chory na gruźlicę” — osobę, w której organizmie nastąpiły zmiany chorobowe, spowodowane zakażeniem prątkami gruźlicy, a przebieg procesu chorobowego wymaga leczenia bądź rehabilitacji leczniczej lub zawodowej,
- 2) „ozdrowieniec” — osobę, która po przebytych leczeniu nie wykazuje klinicznych objawów gruźlicy, lecz wymaga świadczeń poradni przeciwgruźliczej i jest w niej zarejestrowana,
- 3) „inwalida” — osobę uznaną za inwalidę w myśl przepisów o rentach i zaopatrzeniach.

Art. 4

Chorzy na gruźlicę są obowiązani:

- 1) przestrzegać wskazań poradni przeciwgruźliczej,
- 2) zawiadamiać poradnię przeciwgruźliczą o każdej zmianie miejsca zamieszkania.

Art. 5

Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej ustali w drodze rozporządzenia zasady wydawania przez poradnię przeciwgruźliczą orzeczeń i wniosków w zakresie:

- 1) uznawania osób badanych za chore na gruźlicę, ozdrowieńców i inwalidów z powodu gruźlicy,
- 2) przyznawania świadczeń określonych w ustawie,
- 3) udzielania wskazań, o których mowa w art. 4, pkt. 1.

Art. 6

Właściwy do spraw zdrowia organ prezydium powiatowej (miejskiej w mieście stanowiącym powiat miejski, dzielnicowej w mieście wyłączonym z województwa) rady narodowej na wniosek poradni przeciwgruźliczej może zarządzić:

- 1) umieszczenie chorego na gruźlicę w szpitalu, w sanatorium przeciwgruźliczym lub w innym zakładzie, jeżeli chory stanowi niebezpieczeństwo zarażenia gruźlicą swego otoczenia;
- 2) umieszczenie dzieci i młodocianych w zakładach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, jeżeli istnieje niebezpieczeństwo zarażenia ich gruźlicą od otoczenia, a usunięcie tego niebezpieczeństwa w inny sposób jest niemożliwe;
- 3) przymusowe leczenie dzieci i młodocianych chorych na gruźlicę w zamkniętych zakładach przeciwgruźliczych.

2. Państwowy inspektor sanitarny w przypadkach uzasadnionych zarządza przeprowadzenie dezynfekcji pomieszczeń, w których przebywał chory na gruźlicę oraz przedmiotów, z którymi się stykał.

Art. 7

1. Osób chorych na gruźlicę nie wolno dokwaterować do lokali mieszkalnych zajmowanych przez osoby zdrowe, jeżeli poradnia przeciwgruźlicza stwierdzi, że chorzy ci stanowią niebezpieczeństwo dla otoczenia.

2. Celem uniknięcia dokwaterowań do lokali zajmowanych przez osoby chore na gruźlicę i zapewnienia tym osobom odpowiednich warunków mieszkalnych właściwy do spraw lokalowych organ prezydium rady narodowej może przydzielić im zgodnie z obowiązującymi normami załadunku samodzielny lokal mieszkalny i przekwaterować te osoby do tego lokalu.

3. Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Gospodarki Komunalnej ustali zasady i tryb postępowania w sprawach przewidzianych w ust. 1 i 2.

Art. 8

1. Zakłady społeczne służby zdrowia oraz fachowi pracownicy służby zdrowia obowiązani są zgłaszać do poradni przeciwgruźliczej przypadki podejrzeń o gruźlicę oraz zachorowania, stwierdzone w związku z udzielaniem świadczeń zapobiegawczych bądź

leczniczych. Obowiązek zgłaszania dotyczy również zgonów.

2. Minister Zdrowia określi zasady dokonywania zgłoszeń, o których mowa w ust. 1.

Art. 9

1. Fachowi pracownicy służby zdrowia na podstawie upoważnienia poradni przeciwgruźliczej mają prawo wstępu w porze dziennej do mieszkań osób chorych na gruźlicę oraz do zakładów pracy, w których tacy chorzy są zatrudnieni, w celu zebrania danych o warunkach życia i pracy oraz udzielania wskazań higieniczno-sanitarnych.

2. Jeżeli ze względu na tajemnicę państwową wstęp do zakładów pracy jest ograniczony, pracownicy, o których mowa w ust. 1, powinni uzyskać zezwolenie właściwych organów.

Art. 10

1. Zakłady pracy zatrudniające pracowników chorych na gruźlicę i ozdrowieńców są obowiązane zatrudniać ich zgodnie ze wskazaniami poradni przeciwgruźliczej, a inwalidów z powodu gruźlicy — zgodnie ze wskazaniami komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia lub poradni przeciwgruźliczej.

2. Rada Ministrów po porozumieniu z Centralną Radą Związków Zawodowych ustali w drodze rozporządzenia wykaz prac, których wykonywanie jest zabronione osobom chorym na gruźlicę ze względu na stan ich zdrowia bądź niebezpieczeństwo zarażenia gruźlicą innych osób.

3. Zakład pracy na wniosek poradni przeciwgruźliczej jest obowiązany przesunąć na okres do 3 miesięcy do pracy dogodniejszej lub zatrudnić w mniejszym wymiarze godzin pracownika, który bezpośrednio przed powrotem do pracy przebywał na leczeniu w zamkniętym zakładzie przeciwgruźliczym i ma czasowo ograniczoną zdolność do pracy z powodu gruźlicy.

Art. 11

1. Zakłady pracy powinny organizować stanowiska pracy nadające się dla chorych na gruźlicę, uwzględniając możliwość zatrudnienia osób, które mogą pracować w pełnym wymiarze godzin.

2. Rada Ministrów ustali w drodze rozporządzenia zasady organizowania stanowisk pracy nadających się dla chorych na gruźlicę oraz warunki zatrudnienia tych osób.

Art. 12

1. Prezydya powiatowych (miejskich w miastach stanowiących powiaty miejskie, dzielnicowych w miastach wyłączonych z województw) rad narodowych na podstawie wniosków poradni przeciwgruźliczych i komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia ustalają dla podległego im terenu wykaz zakładów pracy przydatnych do prowadzenia szkolenia wewnątrzzakładowego dla chorych na

gruźlicę, którzy nie mają zawodu bądź nie mogą być zatrudnieni w zawodzie wyuczonym lub faktycznie wykonywanym.

2. Zakłady pracy objęte wykazem określonym w ust. 1 obowiązane są organizować szkolenie wewnątrzzakładowe dla osób chorych na gruźlicę kierowanych do tych zakładów przez właściwe do spraw zatrudnienia i spraw socjalnych organy prezydiów powiatowych (miejskich w miastach stanowiących powiaty miejskie, dzielnicowych w miastach wyłączonych z województw) rad narodowych zgodnie ze wskazaniami poradni przeciwgruźliczej lub komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia.

3. Rada Ministrów ustali w drodze rozporządzenia tryb organizacji i zasady finansowania szkolenia oraz zatrudnienia, o którym mowa w ust. 1 i 2.

Art. 13

1. Chorym na gruźlicę, którzy nie posiadają zawodu bądź nie mogą być zatrudnieni w swoim zawodzie (wyuczonym lub faktycznie wykonywanym), właściwe do spraw zatrudnienia i spraw socjalnych oraz właściwe do spraw zdrowia organy prezydiów wojewódzkich rad narodowych (rad narodowych miast wyłączonych z województw) zapewniają naukę zawodu bądź przyuczenie do określonej pracy odpowiadającej stanowi ich zdrowia:

1) w specjalnych ośrodkach szkolenia organizowanych przy zamkniętych zakładach przeciwgruźliczych — dla chorych, którzy wymagają długotrwałego pobytu w tych zakładach,

2) w specjalnych zakładach szkolenia inwalidów — w pozostałych przypadkach.

2. Ministrowie Pracy i Opieki Społecznej oraz Zdrowia ustalą w porozumieniu z Ministrem Oświaty i zatrudnienia osób, o których mowa w ust. 1.

Art. 14

1. Ubezpieczonemu niezdolnemu do pracy przysługuje zasiłek chorobowy z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa przez trzydzieści dziewięć tygodni. Okres wypłaty zasiłku chorobowego może być przedłużony do pięćdziesięciu dwóch tygodni, jeżeli dotychczasowe wyniki leczenia rokują przywrócenie zdolności do pracy.

2. Ubezpieczonemu leczonemu w zamkniętym zakładzie przeciwgruźliczym przysługuje:

1) zasiłek z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa w wysokości zasiłku chorobowego, jeżeli ubezpieczony ma na utrzymaniu jedną lub więcej osób,

2) zasiłek z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa w wysokości 35 proc. podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, jeżeli ubezpieczony nie ma nikogo na utrzymaniu.

Art. 15

1. Ubezpieczonemu przesuniętemu w myśl art. 10 ust. 3 do pracy dogodniejszej lub zatrudnionemu w mniejszym wymiarze godzin przysługuje zasiłek

zdrowotny płatny z funduszu ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Nie dotyczy to jednak osób posiadających inwalidzką rentę wyrównawczą w myśl przepisów o rentach i zaopatrzeniach.

2. Zasiłek zdrowotny przysługuje w wysokości różnicy między przeciętnym dziennym zarobkiem z okresu zatrudnienia w ciągu ostatnich trzech miesięcy kalendarzowych na poprzednim stanowisku pracy a przeciętnym dziennym zarobkiem po przesunięciu do pracy dogodniejszej lub po zatrudnieniu w mniejszym wymiarze godzin.

Art. 16

Przy zwalczaniu gruźlicy bądź przy rehabilitacji zawodowej chorych na gruźlicę wolno zatrudniać:

- 1) osoby, które ukończyły 21 lat życia i posiadają względną odporność na gruźlicę potwierdzoną próbą tuberkulinową,
- 2) osoby chore na gruźlicę — w zakładach przeciwgruźliczych przeznaczonych wyłącznie dla osób dorosłych.

Art. 17

1. Ministrowie Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych oraz Komunikacji, każdy w swoim zakresie działania, określają:

- 1) organy i zakłady właściwe do udzielania świadczeń przewidzianych w ustawie osobom uprawnionym do pomocy leczniczej służb zdrowia podlegających tym ministrom,
- 2) zasady współpracy organów i zakładów, o których mowa w pkt. 1, z organami i zakładami podległymi Ministrowi Zdrowia w zakresie czynności związanych ze zwalczaniem gruźlicy.

2. Zarządzenia, o których mowa w ust. 1, będą wydane w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej wspólnie z Ministrem Zdrowia, a w pozostałych sprawach — wspólnie z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej i w porozumieniu z Centralną Radą Związków Zawodowych.

3. Rada Ministrów określi w drodze rozporządzenia zasady i tryb stosowania niektórych przepisów ustawy wobec osób przebywających w więzieniach, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.

Art. 18

Chory na gruźlicę uchylający się od obowiązku określonego w art. 4 pkt. 1 może być na wniosek poradni przeciwgruźliczej pozbawiony na czas określony świadczeń wynikających z przepisów art. 13, 14 i 15.

Art. 19

Przepisy art. 4, 9, 10 ust. 2, art. 11—13, art. 16 i 18 stosuje się odpowiednio do ozdrowieńców i inwalidów z powodu gruźlicy.

Art. 20

Rada Ministrów określi zasady planowego zwalczania gruźlicy.

Art. 21

1. W art. 2 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz. U. z 1935 r. nr 27, poz. 198 i z 1949 r. nr 25, poz. 174) skreśla się pkt. 21.

2. Do czasu wydania przepisów wykonawczych na podstawie niniejszej ustawy zachowują moc przepisy wydane na podstawie ustawy określonej w ust. 1.

Art. 22

1. W dekreście z dnia 18 stycznia 1956 r. o ograniczeniu dopuszczalności rozwiązywania umów o pracę bez wypowiedzenia oraz o zabezpieczeniu ciągłości pracy (Dz. U. nr 2, poz. 11 i nr 41, poz. 187) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 3 ust. 1 pkt. 1 otrzymuje brzmienie:

1) w razie niezdolności do pracy z powodu choroby trwającej dłużej niż:

a) 12 miesięcy — w przypadku gruźlicy, jeżeli pracownik jest leczony w zamkniętym zakładzie przeciwgruźliczym, a przed powstaniem niezdolności do pracy był zatrudniony w zakładzie pracy co najmniej przez 12 miesięcy,

b) 6 miesięcy — w przypadku gruźlicy, jeżeli pracownik przed powstaniem niezdolności do pracy był zatrudniony w zakładzie pracy co najmniej przez 6 miesięcy, albo w przypadku choroby spowodowanej wypadkiem w zatrudnieniu lub choroby zawodowej,

c) 3 miesiące — w innych przypadkach;

2) skreśla się art. 3 ust. 2.

2. W ustawie z dnia 6 czerwca 1958 r. o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. nr 35, poz. 154) dodaje się w art. 8 ust. 2 drugie zdanie w brzmieniu: „Wydatki na zasiłki chorobowe dla osób, które z powodu gruźlicy są niezdolne do pracy przez okres przekraczający 6 miesięcy, pokrywane są z funduszu ubezpieczenia społecznego bez ograniczeń”.

Art. 23

Rada Ministrów określi termin wejścia w życie przepisów art. 10 ust. 3 i art. 15.

Art. 24

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z tym, że przepis art. 14 obowiązywać będzie od dnia 1 lipca 1959 r.

Sekretarz
Rady Państwa

J. Horodecki

Przewodniczący
Rady Państwa

A. Zawadzki

ROZWÓJ TERAPII BALNEOKLIMATYCZNEJ NA GÓRNYM ŚLĄSKU
W ASPEKTCIE LECZENIA GRUŻLICY
(DRUGA POŁOWA XIX I PIERWSZA POŁOWA XX WIEKU)

Streszczenie

Początki terapii balneoklimatycznej, wykorzystującej w celach leczniczych energię naturalnego środowiska przyrodniczego, zwłaszcza atmosferycznego sięgają około 1300 r. p.n.e., gdy w Indiach zaczęto w celach leczniczych stosować klimat i kąpiele morskie. Do dalszego rozwoju klimatoterapii przyczynili się lekarze starożytnej Grecji, zwłaszcza Hipokrates, który uważał, że na chorobę wpływ ma przede wszystkim środowisko człowieka, tj. klimat, jakość gleby i wody, tryb życia, odżywianie, aktywność fizyczna, wypoczynek. Jego autorytet przyczynił się nie tylko do tego, że metody naturalne weszły na stałe do terapii i profilaktyki, ale przede wszystkim utrwalone zostały przez lekarzy w następnych epokach, którzy w odróżnieniu od niego uważali, że by móc wyleczyć chorego, należy go odizolować od codziennych spraw i narzucić rygorystyczny tryb życia pod stałym nadzorem lekarzy.

Zwrócenie uwagi środowiska medycznego na wartości lecznicze powietrza i kąpiele morskich przyczyniło się do powstania i rozwoju miejscowości kąpieliskowych i klimatycznych, co dało początek nowym gałęziom balneologii – tallasoterapii i klimatoterapii. Rozwój lecznictwa balneoklimatycznego, opartego na naukowych doświadczeniach nastąpił jednak dopiero w XIX w., a wpływ na to miał m.in. rozwój komunikacji, postęp techniczny, naukowe opracowanie wskazań i przeciwwskazań, wreszcie skuteczne wyniki leczenia chorób zwłaszcza tych, które zagrażały ludności, jak np. gruźlica.

Sprawiło to, że w wielu miejscowościach górskich, podgórskich i leśnych zaczęły powstawać zdrojowiska klimatyczne, w celu usunięcia chorego spod wpływu szkodliwych oddziaływań, w myśl zasady, że wraz z ustaniem przyczyny choroby ustaje nieraz także sama choroba.

Polskie tradycje terapii balneoklimatycznej sięgają XIV w., jednak rozwój zdrojowisk i stacji klimatycznych leczących gruźlicę nastąpił dopiero w XIX stuleciu, gdy rozpowszechniła się metoda sanatoryjno-klimatyczno-wypoczynkowa opracowana w 1859 r. przez Hermanna Brehmera w Görbersdorf (Sokołowsko) na Śląsku. Wydaje się, że fakt ten, a następnie wybuch pierwszej wojny światowej i zamknięcie granic, przyczynił się do powstania wielu stacji klimatycznych w tym regionie. Można nawet mówić o specyfice tego rozwoju właśnie w odniesieniu do Górnego Śląska – zarówno w XIX, jak i w XX w. – ze szczególnym uwzględnieniem lat 1945–1950. Wtedy bowiem na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego znalazły się ośrodki przyrodolecznicze cieszące się dużą renomą i tradycjami.

Zagrożenie epidemiami chorób zakaźnych na Górnym Śląsku pojawiło się w pierwszej połowie XIX w., a główną tego przyczyną była zła sytuacja zdrowotna i higieniczna ludności. Nie bez znaczenia było też zanieczyszczone powietrze, mała wiedza na temat rozprzestrzeniania się chorób oraz zubożenie społeczeństwa. Stąd choroby zakaźne były najczęstszym powodem zgonu, przy czym na gruźlicę umierało najwięcej ludzi. Było to wynikiem dużego zagęszczenia ludzi na małej powierzchni mieszkań, niskiej higieny sanitarnej, niedożywienia itp. Nie bez znaczenia był szerzący się wśród ludności górnośląskiej alkoholizm, który osłabiał organizm i zmniejszał odporność. Zmuszało to do poszukiwa-

nia rozwiązań mających na celu ograniczenie skutków zachorowań. Organizowano akcje przeciwigruźlicze, przeciwalkoholowe i edukacyjne, by zmienić mentalność i uświadomić rolę higieny.

Dzięki szeroko zakrojonej akcji społecznej, a także wprowadzeniu powszechnych, obligatoryjnych ubezpieczeń społecznych w drugiej połowie XIX w. oraz rozwojowi prawodawstwa pracy na początku XX w. – rozwinęła się na szeroką skalę w latach międzywojennych opieka nad robotnikami chorymi na gruźlicę, a także ich rodzinami. Dotyczyło to głównie zabezpieczenia lekarskiego, ubezpieczenia społecznego oraz poprawy warunków socjalno-bytowych. I choć sytuacja uległa zmianie w czasie wojny, nie zmienia to faktu, że działania w zakresie walki z gruźlicą na Górnym Śląsku w pierwszej połowie XX w. wyróżniały się na tle innych regionów Polski, co wzbudzało zainteresowanie nie tylko lekarzy, ale także władz państwowych.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej sprawa akcji przeciwigruźliczej stała się także jednym z ważniejszych działań organizacyjnych na Górnym Śląsku, gdzie zachorowania na tę chorobę już w czasie wojny stanowiły poważne zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców, zwłaszcza we wschodniej części tego terenu. Pierwsze powojenne badania i prześwietlenia rentgenowskie wykazały u 2–3% dorosłej ludności zmiany gruźlicze, przy czym szacowano, że odsetek ten jest znacznie większy i wynosi około 50 tys. osób. Stąd jednym z podstawowych zadań stało się zorganizowanie powiatowych wydziałów zdrowia, proporcjonalne rozmieszczenie lekarzy i personelu pomocniczego, uruchomienie szpitali, aptek, poradni, zaopatrzenie tych placówek w leki, żywność, materiały opatrunkowe, instrumentarium lekarskie, a także uświadomienie społeczeństwa w zakresie profilaktyki i leczenia.

Wybór tematu podyktowany był w głównej mierze brakiem kompleksowych opracowań i potrzebą uzupełnienia istniejącej luki. Obszerność i wielostronność tematu rzutowały na tok wywodu, stąd w niektórych miejscach jest on jedynie zarysem tła czasu, którego dotyczy. Więcej miejsca poświęcono natomiast osobom, które wniosły znaczny wkład w walce z gruźlicą zarówno w Polsce, jak i samym województwie śląsko-dąbrowskim oraz instytucjom, w których ci ludzie pracowali, wychodząc z założenia, że zawsze najważniejsi są ludzie, gdyż ich życie i działalność tworzy właśnie historię.

W wyniku własnych zainteresowań oraz zainspirowania przez opolskie środowisko medyczne podjęto realizację takiego przedsięwzięcia badawczego, które miało na celu uzupełnienie luki w górnośląskiej historiografii, oceniającego skuteczność terapii balneoklimatycznej, działań służb medycznych, administracji publicznej, organizacji społecznych w walce z gruźlicą oraz kształt opieki zdrowotnej i wpływ tej choroby na zdrowie społeczeństwa górnośląskiego od drugiej połowy XIX w. do momentu utworzenia się nowego ustroju politycznego.

W podjętej próbie przedstawienia rozwoju terapii balneoklimatycznej na Górnym Śląsku w aspekcie leczenia gruźlicy przyjęto określony zakres terytorialny i czasowy. Co do terytorium, analiza dotyczy obszaru wschodniej części Śląska, nazywanego w państwie pruskim rejencją opolską, w okresie międzywojennym – prowincją górnośląską i jednocześnie rejencją opolską lub Śląskiem Opolskim w części niemieckiej oraz województwem śląskim w części polskiej. Po drugiej wojnie światowej cała wcześniejsza część niemiecka Górnego Śląska otrzymała nazwę województwa śląskiego, którą po przyłączeniu Zagłębia Dąbrowskiego zmieniono na województwo śląsko-dąbrowskie (18 marca 1945 r.). Ramy chronologiczne natomiast obejmują drugą połowę XIX i pierwszą XX w. – do 1950 r. Zli-

kwidowano wówczas województwo śląsko-dąbrowskie (28 czerwca 1950 r.), przystąpiono do połączenia istniejących struktur opieki zdrowotnej z administracją państwową, choroby zakaźne, w tym gruźlica, przestały stanowić bezpośrednie zagrożenie dla społeczeństwa, choć nadal zachorowalność na nie była niebezpiecznie duża.

Na podstawie materiałów źródłowych, literatury oraz własnych przemyśleń i wniosków, przeprowadzono wnikliwą analizę, by znaleźć odpowiedź na pytanie: jak wyglądał rozwój fizjatrii i jej bazy diagnostyczno-terapeutycznej na Górnym Śląsku od drugiej połowy XIX do pierwszej połowy XX w. oraz czy doświadczenia zdobyte po drugiej wojnie światowej w województwie śląsko-dąbrowskim były wykorzystane w walce z gruźlicą w pozostałych częściach kraju.

Praca uwzględnia problematykę z zakresu historii medycyny, socjologii medycyny oraz polityki społecznej i sanitarnej. Zwalczanie gruźlicy powiązано z problemem organizowania struktur państwowej opieki zdrowotnej i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. W analitycznej części badań wykorzystano materiały archiwalne oraz liczne informacje przyczynkarskie o charakterze empirycznym, które były pisane na podstawie bezpośrednich obserwacji i badań. Natomiast w części syntetycznej – struktura pracy ma układ problemowy, w którym zachowane zostały w przedstawionych rozdziałach cechy opisu chronologicznego-rzeczowego. Pozwoliło to na ukazanie działalności poszczególnych instytucji zaangażowanych w walkę z gruźlicą w aspekcie chronologicznym, gdyż czynnik instytucjonalny odgrywał zdecydowaną rolę w walce z tą chorobą.

Monografia składa się z 4 rozdziałów, opatrzonych wstępem i zakończeniem. W rozdziale pierwszym przybliżono rozwój terapii balneoklimatycznej oraz metod leczenia gruźlicy, ze szczególnym wykorzystaniem klimatu. W rozdziale drugim ukazano zachorowalność i umieralność ludności Górnego Śląska z powodu gruźlicy w porównaniu do innych chorób zakaźnych, spowodowaną sytuacją materialną w XIX w. oraz skutkami powstań śląskich i obu wojen. Przedstawiono także stan służby zdrowia (w tym ubezpieczeń społecznych) przed plebiscytem, w okresie międzywojennym i w czasie wojny, a przede wszystkim rozwój lecznictwa sanatoryjnego i uzdrowiskowego na Śląsku. W rozdziale trzecim scharakteryzowano rozwój akcji przeciwgruźliczej w Polsce po drugiej wojnie światowej oraz stan zdrowotny ludności spowodowany skutkami okupacji i wielkimi ruchami migracyjnymi po jej zakończeniu. Zagadnienie to przedstawiono na tle polskich tradycji balneoklimatycznych. W ostatnim rozdziale omówiono najistotniejsze wydarzenia związane z rozwojem różnych form walki z gruźlicą w województwie śląsko-dąbrowskim. Ukazano w nim odbudowę struktur organizacyjnych służby zdrowia, problem przejmowania placówek medycznych od Armii Czerwonej, osiągnięcia i niepowodzenia rozwoju szpitalnictwa przeciwgruźliczego, leczenia sanatoryjnego i prewencyjnego oraz główne kierunki tego rozwoju w latach 1945–1950. Przybliżono także stan zdrowotny ludności, oświaty sanitarnej oraz działań mających podnieść świadomość społeczeństwa i przekonać go o konieczności uczestniczenia w akcji przeciwgruźliczej.

Problem badawczy zobrazowany w niniejszej monografii jest pierwszą próbą pełnego przedstawienia rozwoju walki z gruźlicą na Górnym Śląsku od drugiej połowy XIX do pierwszej połowy XX w. i stanowi wstęp do dalszych badań.

THE DEVELOPMENT OF THE BALNEOCLIMATIC THERAPY IN UPPER SILESIA
WITHIN THE CONTEXT OF THE FIGHT AGAINST TUBERCULOSIS
(SECOND HALF OF 19TH AND FIRST HALF OF 20TH CENTURY)

Summary

Balneoclimatic therapy as a medical treatment that makes use of energetic sources found in our natural environment, especially air resources, goes back to the 13th century BC, when people in India started to use the climate and the ocean water for medical purposes. Later, climatherapy was developed further by medical doctors in ancient Greece, particularly by Hippocrates, who claimed that illnesses were mainly caused by man's environment, i.e. by the climate, the quality of the soil and the water, man's physical activities as well as recreation. Hippocrates' high reputation not only led to natural methods being permanently integrated into the canon of accepted therapies and prophylaxis, but also created a tradition of climatherapy that was handed down and perfected by generations of doctors, who – in contrast to Hippocrates – came to believe that, in order to treat a patient successfully, it was necessary to isolate him or her from his or her daily routine and order a strict lifestyle under permanent medical supervision.

As doctors pointed out the medical value of the air and the ocean water, seaside resorts came into being and health resorts with pure air and soothing climatic conditions developed. This also led to new types of balneology, i.e. thalassotherapy and climatherapy. However, balneoclimatic therapy based on scientific experiences did not develop before the 19th century, under the influence of progress in the fields of communication, technology, the scientific study of indications and contra-indications, and finally the effective use of data derived from the treatment of the most common diseases menacing the population, e.g. tuberculosis.

Consequently, a large number of health resorts sprang up in the mountains, in low mountain ranges and woodlands, based on the idea that the patient should be isolated from bad influences, as well the principle that any illness will wear off as soon as its causes have been made out.

Balneotherapeutic traditions in Poland go back as far as the 14th century, but spas and climate clinics treating tuberculosis did not emerge before the 19th century, when Hermann Brehmer of Görbersdorf (Sokołowsko) in Silesia developed his method of aereotherapy in 1859, which combined the idea of health resorts with climatic and recreational therapies. This fact, together with the outbreak of the First World War and the closure of the borders after its end, seems to have promoted the development of the many climatic spas in this region. We can even make out a specific way of how the spas in Upper Silesia developed in the 19th and the 20th century, and more particularly between 1945 and 1950. It was in that very period of time that clinics for natural treatment of high rank and great tradition emerged in the Silesian-Dąbrowski Voivodeship.

The danger of an epidemic of infectious diseases in Upper Silesia appeared in the first half of the 19th century, the main reason being the precarious health and hygienic situation. Air pollution, lack of knowledge about the spread of diseases as well as the impoverishment of the society as a whole played an important part in this process, too. This was the breeding ground for infectious diseases, which were the most common cause of death at

the time, and the most prevalent of all was tuberculosis. It was the result of overpopulation and a lack of housing space, a precarious state of sanitary hygiene, malnutrition and other factors. The situation was sharpened by the abuse of alcohol which became more and more widespread in Upper Silesia, weakening the organism and reducing the body's defenses. This forced the authorities to look for new solutions in order to limit the effects of the diseases. Anti-tuberculosis and anti-alcohol campaigns as well as educational initiatives were started to change people's mentality and make them aware of the importance of hygiene.

Thanks to a large-scale social campaign and the introduction of general statutory insurance in the second half of the 19th century as well as the beginnings of employment legislation in the early 20th century, the medical care for workers and their relatives who had contracted tuberculosis improved considerably. Medical services, social insurance and the improvement of the social and life conditions fundamentally changed. Although the situation was different as a result of the war, it remained a matter of fact that the action taken against tuberculosis in Upper Silesia during the first half of the 20th century was quite different from what happened in other parts of Poland in this respect, and this aroused interest not only among the medical profession, but also on the part of the authorities.

After the end of the Second World War the fight against tuberculosis became one of the most important organisational challenges in Upper Silesia, where infections with that disease during the war had already meant a serious threat to people's health and life, especially in the Eastern part of the region. After the end of the war, the first medical and X-ray examinations revealed that tuberculosis infections had affected the lungs of 2–3% of the adults, but it was assumed that the real percentage was much higher and that 50,000 people were affected. Therefore the creation of district health departments, the geographical distribution of doctors and assistants, the reactivation of hospitals, pharmacies and health care institutions, supplying all those entities with medicine, food, bandaging material, medical equipment as well as informing the public about the prophylaxis and treatment of tuberculosis were considered to be the primary tasks of the new administration.

Scientific curiosity combined with inspiration from medical circles in Opole helped us start this research project. Its aim was to fill a gap in the historiography of Upper Silesia. In addition to that, the research was meant to find out how effectively the state administration, the medical services and also the voluntary organisations engaged in the battle against tuberculosis worked and how the fight against the disease influenced the public state of health and the shape of the health care system on the area of historical Upper Silesia in the founding period of the new political system.

For the purpose of analysing the organisation of the public health care system in the *Silesian-Dąbrowski* Voivodeship with regard to the fight against tuberculosis we determined a clearly defined territory as well as a clearly fixed period of time. The present analysis encompasses the territory of Eastern Silesia which was called „District of Oppeln (Regierungsbezirk Oppeln)” when it was part of the Prussian state, and later, between the wars, „Province of Upper Silesia (Provinz Oberschlesien)” as well as „District of Oppeln (Regierungsbezirk Oppeln)”, and then „Oppeln Region of Silesia (Oppelner Schlesien)” in the German part and „Voivodeship Opole” in the Polish part of it. After the war, the whole formerly German part of Upper Silesia was named „Voivodeship of Silesia” and later, after the incorporation of the Dąbrowski mining area, renamed to become the *Silesian-Dąbrowski* Voivodeship (18 March 1945).

The timeframe for this analysis are the second part of the 19th and the first part of the 20th century until 1950. On 28 June 1950 the Silesian-Dąbrowski Voivodeship was officially dissolved, the existing health care structures were put under government state control, and contagious diseases including tuberculosis stopped being an imminent danger to public health, although the numbers of infections were still dangerously high.

On the basis of authentic sources, secondary literature as well as our own reflections and conclusions we carried out a detailed analysis to answer the question how exactly the diagnostic-therapeutical basis for pulmonary medicine developed in Upper Silesia and whether other parts of the country tried to profit by the experiences made in the Silesian-Dąbrowski Voivodeship in the fight against tuberculosis.

The present treatise consists of 4 chapters, completed by an introduction and closing remarks. Chapter 1 contains an analysis of the development of balneoclimatic therapy and a synopsis of the existing tuberculosis treatment methods with a special focus on climatherapy. Chapter 2 presents a detailed study of the disease and the cases of death caused by tuberculosis among the Upper Silesian population in comparison with other contagious diseases. Tuberculosis spread as a result of the material situation in the 19th century as well as the Silesian uprisings and the two world wars. This part also contains a study of the health care system (including social security) before the plebiscite, between the wars and during the Second World War, with a focus on the development of sanatoriums and spas in Silesia. In the third chapter we try to analyze the history of anti-tuberculosis campaigns in Poland after the Second World War and the state of public health after the years of occupation and the big migration waves at its end. This question is discussed against the background of Polish balneoclimatic traditions. The last chapter presents the crucial events in the development of different strategies against tuberculosis in the Silesian-Dąbrowski Voivodeship. It shows the organisational reconstruction of the public health care system, the question of the take-over of medical facilities by the Red Army, successes and failures in the development of TB hospitals, treatment in sanatoriums and preventories as well as the major tendencies of that development in the years 1945-1950. The last chapter also treats the general health situation in the region, the sanitary consciousness of the population as well as the steps taken by the authorities to raise the public's level of awareness with regard to the anti-tuberculosis campaign and to convince them of the necessity to join that campaign.

Translation: Heinz-Peter Keuten

ENTWICKLUNG DER BALNEOKLIMATISCHEN THERAPIE IN OBERSCHLESILIEN
UNTER DEM ASPEKT DER TUBERKULOSEBEKÄMPFUNG
(ZWEITE HÄLFTE DES 19. UND ERSTE HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS)

Zusammenfassung

Die Anfänge der Balneotherapie unter der Nutzung natürlicher Umweltenergie zu medizinischen Zwecken, insbesondere der Luftressourcen, gehen zurück auf die Zeit um etwa 1300 v. Ch., als in Indien zu medizinischen Zwecken das Klima und die Meeresbäder eingesetzt wurden. Zu einer weiteren Entwicklung der Klimatherapie trugen die Ärzte im antiken Griechenland bei, insbesondere Hippokrates, der meinte, dass Krankheiten vor allem von der Umwelt des Menschen beeinflusst werden, das heißt vom Klima, der Boden- und Wasserqualität, der Ernährung, der körperlichen Aktivität und der Erholung. Sein Ansehen beeinflusste nicht nur das Aufnehmen der natürlichen Methoden für die Dauer in den Kanon der Therapie und Prophylaxe, sondern sie wurden auch von den Ärzten in den folgenden Epochen tradiert, die im Unterschied zu Hypokrates meinten, für eine erfolgreiche Behandlung eines Kranken sei seine Isolierung von der Alltagsroutine und eine strenge Lebensweise unter ständiger ärztlicher Aufsicht notwendig.

Das Hinweisen auf die medizinischen Werte der Luft und der Meeresbäder seitens der Mediziner trug zum Entstehen und der Entwicklung von Seebädern und klimatischen Kurorten bei, was den Beginn neuer Arten von Balneologie bedeutete: der Tallasotherapie und der Klimatherapie. Die Entwicklung der balneoklimatischen Medizin, die sich auf wissenschaftliche Erfahrungen stützte, erfolgte aber erst im 19. Jh., und wurde u.a. von der Entwicklung der Kommunikation, dem technischen Fortschritt, einer wissenschaftlichen Bearbeitung von Anweisungen und Nebenwirkungen, schließlich von effektiven Ergebnissen der Behandlung von insbesondere der Krankheit, die die Bevölkerung am meisten bedrohten, wie z.B. die Tuberkulose.

Dies verursachte, dass in vielen Gebirgsortschaften, im Mittelgebirge und in Waldgegenden klimatische Bäder entstanden, die dem Entziehen des Kranken von dem Einfluss der schädlichen Einwirkungen dienen soll, laut dem Prinzip, dass im Moment der Feststellung der Ursache einer Krankheit auch die Krankheit selbst vergeht.

Polnische Tradition der Balneotherapie reichen in das 14. Jahrhundert zurück, die Entwicklung von Bädern und klimatischen Einrichtungen, die Tuberkulose behandelten erfolgte jedoch erst im 19. Jahrhundert, als sich die Kur-Klima-Erholung-Methode verbreitete, die 1859 von Hermann Brehmer in Görbersdorf (Sokolowko) in Schlesien bearbeitet wurde. Es scheint, dass diese Tatsache und dann der Ausbruch des ersten Weltkrieges und das Schließen der Grenzen zum Entstehen von vielen klimatischen Stationen in dieser Region beigetragen hatte. Man kann sogar von einer Spezifik dieser Entwicklung eben im Falle von Oberschlesien sprechen – im 19. wie im 20. Jahrhundert – besonders in den Jahren 1945–1950. Eben in diesen Jahren entstanden in der Schlesisch-Dombrowaer Woiwodschaft naturmedizinische Einrichtungen von hohem Rang und großer Tradition.

Die Gefahr einer Epidemie von ansteckenden Krankheiten in Oberschlesien erschien in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und der Hauptgrund dieser Gefahr war eine schlechte gesundheitliche und hygienische Situation. Nicht ohne Bedeutung war auch die Luftverschmutzung, fehlendes Wissen über die Verbreitung von Krankheiten sowie

die Verarmung der Gesellschaft. Daraus resultierten ansteckende Krankheiten, die zur häufigsten Ursache von Todesfällen waren, wobei die meisten Menschen an Tuberkulose starben. Es war eine Folge von einer großen Dichte der Bevölkerung in einem kleinen Wohnraum, einer schlechten sanitären Hygiene, der Unterernährung usw. Nicht ohne Bedeutung war der sich verbreitende unter den Menschen in Oberschlesien Alkoholismus, der den Organismus abschwächte und die Abwehrkräfte verringerte. Dies zwang zur Suche nach Lösungen zum Zwecke der Begrenzung der Auswirkungen von Erkrankungen. Man organisierte Anti-Tuberkulose-Aktionen, Antialkohol-Veranstaltungen und Aktionen zu Bildungszwecken um die Mentalität zu verändern und die Rolle der Hygiene bewusst zu machen.

Dank einer großangelegten gesellschaftlichen Aktion und der Einführung allgemeiner Pflichtversicherungen in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts sowie einer Entwicklung von Arbeitsgesetzgebung am Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte sich in den Zwischenkriegsjahren bedeutend die Pflege der an Tuberkulose kranken Arbeiter und ihrer Familien. Sie betraf vor allem die medizinischen Leistungen, Sozialversicherungen und die Verbesserung der sozialen und existenzialen Bedingungen. Obwohl sich die Situation während des Krieges geändert hatte, wurden die Aktivitäten zum Kampf gegen die Tuberkulose in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Oberschlesien im Vergleich mit anderen Regionen Polens auffallend, was das Interesse der Ärzte und der Staatsbehörden weckte.

Nach dem Ende des zweiten Weltkriegs wurde die Angelegenheit der Anti-Tuberkuloseaktion zu einer der wichtigsten organisatorischen Aufgaben in Oberschlesien, wo die Erkrankungen an dieser Krankheit bereits im 2. Weltkrieg eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit und das Leben der Einwohner darstellten, besonders im östlichen Teil dieses Gebiets. Die ersten Nachkriegsuntersuchungen und Röntgenaufnahmen wiesen bei 2–3% erwachsener tuberkulosebedingte Veränderungen auf, wobei man schätzte, dass der Prozentsatz viel größer ist und etwa 50 Tausend Personen beträgt. Daher wurde zu einer der grundlegendsten Aufgaben die Organisation von Kreisgesundheitsabteilungen, eine proportionale Verteilung von Ärzten und dem Hilfspersonal, das Inbetriebsetzen von Krankenhäusern, Apotheken, Polikliniken, die Versorgung dieser Einrichtungen mit Medikamenten, Lebensmitteln, Verbandszeug, dem ärztlichen Instrumentarium und die Bewusstmachung der Prophylaxe und der Behandlungsmethoden in den breiten Massen der Gesellschaft.

Die Wahl des Themas erklärt sich in erster Linie aus dem Mangel an komplexen Bearbeitungen und dem Bedürfnis einer Ergänzung der bestehenden Lücke. Der Umfang und die Vielseitigkeit des Themas hatten Einfluss auf die Formulierung der Schlussfolgerungen, daher sind diese an manchen Stellen lediglich eine Skizze des zeitlichen Hintergrunds, auf den sie sich beziehen. Mehr Raum wurde den Personen gewidmet, die zum Kampf gegen die Tuberkulose sowohl polenweit als auch in der Schlesisch-Dombrowaer Woiwodschaft selbst beigetragen haben, sowie den Institutionen, in denen diese Personen arbeiteten. Wir sind davon ausgegangen, dass Menschen immer am wichtigsten sind, weil es eben ihr Leben und ihre Tätigkeit sind, die Geschichte prägen.

In Folge eigener Interessen und Inspirationen durch die Oppelner medizinischen Kreise wurde die Durchführung dieses Forschungsunterfangens begonnen, das die Ergänzung einer Lücke in der oberschlesischen Geschichtsschreibung zum Ziel hatte. Es wurden die Effektivität der balneoklimatischen Therapie, die Handlungen der medizinischen

Dienste, der staatlichen Verwaltung und der gesellschaftlichen Organisationen im Kampf gegen die Tuberkulose bewertet sowie die Gestalt des Gesundheitswesens und der Einfluss von Tuberkulose auf die Gesundheit der Gesellschaft in Oberschlesien in der 2. Hälfte des 19. Jh.s bis zum Moment der Bildung eines neuen politischen Systems.

In dem unternommenen Versuch der Vorstellung der Entwicklung der balneoklimatischen Therapie in Oberschlesien unter dem Aspekt der Tuberkulosebehandlung wurde ein bestimmter territorialer und zeitlicher Umfang festgesetzt. Die Analyse bezieht sich auf das Gebiet des östlichen Schlesiens, das in dem preußischen Staat Regierungsbezirk Oppeln genannt wurde und in der Zwischenkriegszeit Oberschlesische Provinz und Regierungsbezirk Oppeln zugleich oder Opper Schlesien im deutschen Teil und Woiwodschaft Opole im polnischen Teil. Nach dem 2. Weltkrieg erhielt der ganze ehemals deutsche Teil des Oberschlesiens den Namen Schlesische Woiwodschaft, der nach dem Anschluss des Dombrowaer Kohlegebiets zu Schlesisch-Dombrowaer Woiwodschaft umbenannt wurde (18. März 1945). Der chronologische Rahmen umfasst die zweite Hälfte des 19. Jh.s und die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts bis 1950. Die Schlesisch-Dombrowaer Woiwodschaft wurde damals aufgelöst (28. Juni 1950), die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens wurden mit der staatlichen Verwaltung verbunden, ansteckende Krankheiten, darunter die Tuberkulose haben keine Bedrohung mehr für die Gesellschaft dargestellt, obwohl die Erkrankungen noch zahlreich waren.

Auf Grund der Quellen, der Sekundärliteratur sowie der eigenen Überlegungen und Rückschlüsse wurde eine genaue Analyse durchgeführt um die Frage auf die Antwort zu finden: wie sah die Entwicklung der Physiatrie und ihrer diagnostisch-therapeutischer Basis in Oberschlesien seit der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus sowie ob die nach dem 2. Weltkrieg in der Schlesisch-Dombrowaer Woiwodschaft gewonnenen Erfahrungen in dem sonstigen Gebiet Polens genutzt wurden.

Die Arbeit beschäftigt sich mit einer Problematik aus dem Bereich der Geschichte der Medizin, der Medizinsoziologie sowie der Gesellschaftspolitik und Sanitärpolitik. Die Bekämpfung der Tuberkulose wurde hier mit dem Problem der Organisation der staatlichen Strukturen des Gesundheitswesens und der sanitär-epidemiologischen Aufsicht verbunden. In dem analytischen Teil der Studie wurden Quellen und zahlreiche empirische Beiträge herangezogen, die auf Grund direkter Beobachtungen und Untersuchungen niedergeschrieben wurden. Dagegen hat die Arbeit in ihrem synthetischen Teil einen eher problemgeleiteten Aufbau, in dem die Merkmale einer chronologisch-sachlichen Beschreibung in den jeweiligen Kapiteln beibehalten wurden. Dies erlaubte eine chronologische Darstellung der Tätigkeit der einzelnen Institutionen, die sich in dem Kampf gegen die Tuberkulose engagierten, da der institutionelle Faktor eine dominierende Rolle im Kampf gegen diese Krankheit spielte.

Die Monographie besteht aus 4 Kapiteln, die von einer Einführung und einem Schlusswort versehen sind. Im Kapitel 1. wurde die Entwicklung der balneoklimatischen Therapie und der Tuberkulosebehandlungsmethoden nähergebracht, mit besonderer Berücksichtigung des Klimaeinsatzes. Im Kapitel 2. wurde der Ausmaß der Erkrankung und der Todesfälle wegen Tuberkulose unter der Bevölkerung in Oberschlesien im Vergleich mit anderen ansteckenden Krankheiten. Die Tuberkulose verbreitete sich infolge der materiellen Situation im 19. Jahrhundert, sowie als Folge der schlesischen Aufstände und der beiden Kriege. Es wurde auch der Zustand des Gesundheitswesens (darunter der Sozia-

lversicherungen) vor dem Plebiszit, in der Zwischenkriegszeit und während des 2. Weltkriegs und insbesondere die Entwicklung des Sanatorien- und Kurbetriebs in Schlesien. Im Kapitel 3. wurde die Entwicklung der Antituberkuloseaktion in Polen dem 2. Weltkrieg und der Gesundheitszustand der Bevölkerung, der aus den Auswirkungen des Krieges und den Migrationbewegungen nach dem Kriegsende resultierte. Diese Frage wurde auf den Hintergrund polnischer balneoklimatischer Traditionen erörtert. Im letzten Kapitel wurden die wesentlichsten Geschehnisse dargestellt, die mit der Entwicklung verschiedener Kampfformen gegen die Tuberkulose in der Schlesisch-Dombrowaer Woiwodschaft verbunden sind. Hier wurden der Wiederaufbau von organisatorischen Strukturen des Gesundheitswesens, das Problem der Übernahme der medizinischen Einrichtungen von der Roten Armee, die Errungenschaften und Misserfolge der Entwicklung der Antituberkulose-Krankenhäuser, der Sanatorien- und Präventorientätigkeit dargestellt sowie die Hauptrichtungen dieser Entwicklung in den Jahren 1945–1950. Man hat auch in dem letzten Kapitel den Gesundheitszustand der Bevölkerung charakterisiert sowie die Kondition des sanitären Bewusstseins, der Handlungen zur Stärkung des Bewusstseins der Bevölkerung bezüglich der Antituberkuloseaktion und Überzeugung der Population von einer Notwendigkeit der Teilnahme an dem Antituberkulose-Programm.

Der in dieser Monographie untersuchte und dargestellte Forschungsgegenstand stellt den ersten Versuch einer vollständigen Schilderung der Entwicklung der Tuberkulosebekämpfung in Oberschlesien zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts und erste Hälfte des 20. Jh.s und kann als Grundlage für weitere Untersuchungen gelten.

Übersetzung Alina Kowalczyk

Indeks nazwisk

- Adamski Jan 211
Anders Władysław 57
Andegaweński Ludwik 99,122
Areus z Kapadocji 35
Aroński Antoni 290
Arystoteles 35
Asklepiades 25
Avicenna 35
Bacmeister Adolf 87
Baumgarten Paul 41
Bayle Matthew 39
Berdo Nadzieja 203,229
Bernard Claude 41
Białynicki-Birula Teodor 141
Biedert Pheter 83
Biegański Władysław 228
Bielecki Tadeusz 172
Biernacki Andrzej 172
Biernacki Edmund 109,139
Bijoś Anna 10
Blome Kurt 154
Blücher von Wahlstatt Gebhard 218
Bodington George 31
Bojko Paweł 10
Boromeusz Karol 292
Borzęcki Tadeusz 133
Brachtl Rudolph 46
Brehmer Herman 5,31,43,72, 73-83,109,125,129,130,134,307
Brodziak Walenty 244
Bross Kazimierz 148
Bross Wiktor 186,290,295
Brożek Krzysztof 8,52
Brzeziński Tadeusz 13
Buffi Jacques 51
Bujak F. 94
Bujak Tadeusz 293
Bujwid Odo 41,42,124,139
Calmette Albert 44,45,140,149,150
Carson James 43
Celsus Aulus K. 24,35
Cercha M. 113
Chałubiński Tytus 75,78,108,111,115,127
Chiari H. 149
Chodkowska Stefania 155
Chodźko Witold 146
Chwojka Stanisław 156
Chopin Fryderyk 28
Chramiec Andrzej 115,116
Chwistek Bronisław 115
Ciećkiewicz M. 297
Cohn Julius F. 41
Cohnheim Julius F. 41
Cronin Archibald J. 39
Cyran Emil 55,58
Czaplicki Władysław 133
Czop Jerzy 97,297
Czop Zygmunt 97
Dadlez Zygmunt 96,255,256,294,295
Danielewicz B. 124
Danielski Jan 12
Danysz Jan 139,157
Darwin Karol 124
Daszyński Ignacy 94
Dąbrowska Maria 97
Dąbrowski Kazimierz 131,155,229
de Abreu Manoel D. 43
Deloff Leonard R. 194
Dettweiler Peter 73,74,78,81,82,125,128,134,307
Dębiński Bolesław 131,133,142
Dietl Józef 23,103,104,111
Długosz Jan 122
Dłuski Kazimierz 116,128,133,142

Dobieszewski Z. 78
 Dobrzycki Henryk F. 109,128
 Dola Kazimierz 8
 Domeyko Ignacy 105
 Donhaiser Antoni 211
 Drobnik T. 135
 Drozdowski Kazimierz 156
 Drzewski Zbigniew 290
 Dubiński Marek 71
 Duda Henryk 231
 Dunin Teodor 124,129
 Dyrda Jerzy M. 8,10,16
 Emmerson Ralph W. 4
 Engels Fryderyk 39
 Esser Heinz 274
 Farr William 40
 Findeisen K. 32
 Finsen Niels R. 88
 Fischer Ludwik 294
 Florkiewicz Władysław 109
 Forbes John 31
 Forlanini Carlo 43,132,156
 Fracastoro Girolamo 36
 Frank Józef P.99
 Gabszewicz Jadwiga 212
 Galen Claudius 25,35,36
 Gebauerowa Maria 162
 Geisler Józef Marian 128,129,133
 Gładysz Andrzej 11
 Golonka Kazimierz 218
 Górski Stanisław 10
 Grażyński Michał 95
 Greiser Artur 154
 Grochmak S. 297
 Grodecki Miłosz 148,149
 Groer Franciszk 141,297
 Gruca Adam 185
 Grzegorzczak-Skibińska Teresa 10
 Grzybowski Józef 156
 Guerin Camille 44
 Gustawicz Bronisław 108
 Haeblerlin Carl 27
 Hammurabi 33
 Hanke Edward 58,211,228
 Hansen Henryk G. 41
 Hass Ludwik 13
 Hawranek Marian 116
 Heissmeyer Kurt 47
 Heryng Teodor 127
 Hessek Karol 57
 Hipokrates 4,7,23,34,35,103
 Hornung Stanisław
 193,195,199,297
 Hrabar Roman 216
 Iwaszkiewicz Jan 158
 Iwaszkiewicz Jarosław 39
 Izbicki Alfred 79
 Jachimowicz Felicjan 105,106
 Jacobaeus H. Ch. 43,131,133,141
 Jagielski B. 135
 Jakowski Marian 124
 Jakubowski Maciej Leon 127
 Janiszewski Tomasz 124,129
 Jaroszewicz Wiwa 11,141,155,157
 Jaruntowski Artur
 78,79,134,135,136
 Jasiński Wacław 136
 Jasiński Władysław 29
 Jastrzębowski Zbigniew 11
 Jaworski Walery 109
 Jekeles Ludwik 93,94
 Jizik Emil 85
 Jonston Jan 123
 Jurek Jan 219
 Kacprzak Marcin 11,172
 Kaczorowski Teofil 73,125
 Kaczorowski Włodzimierz 8,9
 Kałużyński Henryk 274

Kapuściński B. 135
Karp L. 94
Karwacki Leon 139
Kępski Juliusz 213,215,262,277
Kielanowski Tadeusz 193
Kliencki Philips F. 41
Kłodziński Stanisław 163
Kneipp Sebastian 29,72,84
Koch Robert
41,42,43,46,71,81,124,164
Kodejszko Eugeniusz 172
Kolszewski Alfred 56
Kołątaj Hugo 49
Kołoczek Michał 58
Komeński Jan Amos 123
Konopka Stanisław 199
Konopnicka Maria 98
Korc Leon 9
Korczyński Ludomir
22,104,108,111,113
Korczyński Sas Edward 104,109
Korschun S.W. 149
Korzeniowska Wiesława 21
Kos Jerzy 11
Kossak Wojciech 75
Kostkiewicz Bronisław 250
Kostrzewski Józef 11
Koszyk Szymon 288,290,292
Kowalewski R. 78
Kowalski Edward 97
Krause R. 149
Krzyżankiewicz Mieczysław 55
Kuczewski Antoni 116
Kujawski Kazimierz 58
Kunicki S. 94
Kwak Jan 9
Kwoczek Jan 60
Laennec Rene 39,78
Landowski Edward 105,106
Lesin Z. 32
Leszczycki Stanisław 120
Leszczyński Bogumił 123
Lettsome John C. 28
Lewkowicz Ksawery 139
Liedtke Czesław 228
Lis Michał 21
Lissowski Henryk 256
Litwin Franciszek 212
Lubański Henryk 105
Lutosławski Kazimierz 107
Lutostański Bolesław 111
Łuczkiwicz Henryk 77,96
Mann Tomasz 39
Manteuffel Leon 155
Marfan A.B. 149
Markiewicz Stanisław 78,126,265
Markiewicz Stefan 265
Marten Benjamin 38
Martyszewski Paweł 133
Matlakowski Władysław 78
May Stanisław 289
Mayzl Waclaw 124
Maziarz Antoni 9
Meissner Roman 10
Meysner Stanisław 141
Misiewicz Janina
140,157,172,193,197,200
Mobel E. 149
Modrzejewska Helena 75
Molicki Marian 229,251,252,296
Morgagni Givanni B. 37
Morton Richard 36
Morzycki Jerzy 167
Moskwa Zygmunt 11,33
Nauman Aleksander 195
Niemiec J. 94
Niżegorodcew Maria 94,297
Nowak Alfred 93

Nowak Apelles 289
Oertel Max 32
 Orłowski Witold 139,140,148,156
 Orzechowski Wiktor 227
 Osiński Józef Herman 100
 Ostrowski Tadeusz 186
 Ostrowski Władysław 172
Paciorek J. 94
 Paderewski Ignacy 75,129
 Pajerski R. 94
 Paracelsus 26,27
 Parandowski Jan 98
 Pareński S. 113
 Pasteur Louis 40,42,124,157
 Pawelec Alojzy 57,58
 Petrycy Jan Innocenty 99
 Petrycy Sebastian 99
 Philip Robert W. 45,141,258
 Piasecka-Zeyland Eugenia 157
 Piasecki Józef Marian 155,156
 Piasecki Wenanty 115
 Pierzchała Władysław 21
 Pilecki Bohdan 194
 Piontek Hans 85
 Pirquet Klemens K.
 41,137,141,154,251,269
 Pliniusz Starszy 25,100
 Plutarch 35
 Pogorzelski Wojciech 168
 Pol Wincenty 98
 Polski Aleksander 220,250
 Ponikło Stanisław 108
 Popowski Stanisław 140,192,193
 Potocki Jakub hr. 113
 Pott Percival 33
 Presser-Turski Feliks
 213,232,235,256
 Priessnitz Vincent 29,77,84
 Prus Bolesław 75
 Pruszyńska M. 94
Radlica Jan 99,121
 Ragankiewicz Jerzy 290
 Reck Józef 267
 Rickmann Ludger 86,87,88,89,90
 Rikli Arnold 29,30
 Roentgen Wilhelm C.
 42,90,109,265,269,279
 Rogalski Eugeniusz 290
 Roguski Jan 156,193
 Rokicki Czesław 119
 Rokitansky Karl 73,103,104
 Rollier August 32
 Romer Eugeniusz 108
 Römpler Theodor 80,81
 Rostek Józef 53,56
 Rousseau Jean Jacques 27
 Rowiński Ksawery 18
 Royenblatt Henryka 136
 Różalska Aleksandra 289
 Rudzki Stefan 133,145,146,148
 Ruedi Lucio 30
 Russel Richard 27
 Rydygier Ludwik 186
 Rzepecki Wit M. 185
 Rzepka Gertruda 289
 Rzepka Hubert 289
 Sabatowski Antoni 118,119
 Sapięha Adam 55
 Satkie Władysław 108
 Schilling Claus 46
 Schmidt Jan 123
 Schneider D. 85
 Schranter Teresa 69
 Schulz Eduard 88
 Sebesta Adam 250,296
 Seidel Gizela 289
 Sersiron Gilbert 48
 Sęczyk Karol 58

Sielberstein Teresa 126
 Sienkiewicz Henryk 75
 Skibiński Zdzisław 193,200
 Škoda Jozef 52,103
 Skubis Jerzy 21
 Skórczewski Bolesław K. 30
 Slaski Ludwik 230
 Sokołowski Alfred
 39,43,73,74,75,78,109,
 129,130,146
 Sokołowski Olgierd
 116,133,155,156,157
 Sole A. 149
 Sournia Jean Charles 51
 Spengler Aleksander 30
 Spiczyński Hieronim 122
 Spitzer J. 94
 Stachiewicz T. 78
 Stawarski Kazimierz 212
 Steczkowski Jan Kanty 146
 Stein S. A. 229
 Sterling Seweryn
 128,130,131,132,133,
 134,136,142
 Stopczyk Jan 140,193,200
 Struś Józef 122,123
 Strycharski A. 94
 Styczyński Wincenty 58,60
 Sydenham Tomasz 27
 Sylvius Franciscus 36
 Szarewski Marian 94
 Szczegielniak Jan 21
 Szczepański Zdzisław 155,157
 Szczerba Zbigniew 243
 Szumowski Władysław 18
 Szustrowa Jadwiga 140
 Śniadecki Jędrzej 103
 Taras-Wołkowiński Felicjan
 93,293
 Tarnawski Apolinary 107,108
 Telatycki Michał
 11,99,140,171,172,182,
 192,193
 Tołstoj Lew 39
 Tomaszewski Antoni 136
 Topolski Jerzy 17
 Trawiński Marian 228
 Trybowski Czesław 118
 Trzciański A. 100
 Turban Karl 193
 Tuwim Julian 98
 van der Meersch Maxen 39
 van Swieten Gerard 27,37
 Villemin Jean-Antonie 38,41
 Virchow Rudolf 51
 von Bollinger Otto 40
 von Colomb Maria 76
 von Goethe Johann Wolfgang 28
 von Tappeiner Hermann 41
 Waksman Selman A. 44,45
 Wańkiewicz Melchior 98
 Weil-Halle B.B. 44
 Werkenthin Maria 155
 Werner Artur K. 119
 Westrych Otto Feliks 257
 Węgrzynowski Lesław 193
 Więckowska Elżbieta 11
 Williams Charles J. B. 31
 Wilimowski Maksymilian 228
 Willis Thomas 36
 Wisłocki Jan 126
 Witkiewicz Stanisław Ignacy 115
 Wołkiewicz Maksymilian 228
 Woźniewski Zbigniew
 11,124,133,141,155
 Wrzosek Adam 18,156
 Wypszczyk Alfreda 289
 Zalewski Stanisław 105,106
 Zaorski Jan 156

Zapolyi Jan 122
Zawadzki Aleksander
7,211,222,225,233,
236,296
Zeyland Janusz
139,149,155,156,157
Zieleniewski Michał 102
Zielewicz I. 135
Zierski Marian 11
Ziętek Jerzy 7,222,296
Zygmunt II August 122
Zygmunt Stary 122
Żychoń Józef 116
Żyłka Elfryda 289

Wykaz skrótów

AAN	– Archiwum Akt Nowych
AM	– Akademia Medyczna
AP	– Archiwum Państwowe
BCG	– Bakcyl Calmette-Guerin (szczepionka)
DOKP	– Dyrekcja Okręgowa Kolei Państwowych
Dz.U. RP	– Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
KRN	– Krajowa Rada Narodowa
MON	– Ministerstwo Obrony Narodowej
MSW	– Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
MWRiOP	– Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
MZO	– Ministerstwo Ziem Odzyskanych
NNK	– Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami
PCK	– Polski Czerwony Krzyż
PCK ZW	– Polski Czerwony Krzyż Zarząd Wojewódzki
PKP	– Polskie Koleje Państwowe
PKWN	– Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego
PUR	– Państwowy Urząd Repatriacyjny
PZH	– Państwowy Zakład Higieny
ŚTWzG	– Śląskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą
UNRRA	– United Nations Relief and Rehabilitation Administration
UWŚl.	– Urząd Wojewódzki Śląsko-Dąbrowski
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WPP	– Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza
WRN	– Wojewódzka Rada Narodowa
ZC PUR	– Zarząd Centralny Państwowego Urzędu Repatriacyjnego
ZNP	– Związek Nauczycielstwa Polskiego
ZO PNZ	– Zarząd Okręgowy Państwowych Nieruchomości Ziemskich w Opolu
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych