Dr med. WITOLD CHODŹKO

PRACA ZAWODOWA
A SZERZENIE SIĘ
CHORÓB ZARAŹLIWYCH

WARSZAWA 1945
LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY

Biblioteka Gł AWF w Krakowie

1800069452

Dr med. WITOLD CHODŹKO

3149/2

PRACA ZAWODOWA
A SZERZENIE SIĘ
CHORÓB ZARAŹLIWYCH

WARSZAWA 1945
LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY



1510

Robotnicza Spółdzielnia Graficzna. W-wa, Targowa 80. Nr. 48 — B. 03560

Doświadczenia, poczynione w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych we wszystkich krajach cywilizowanych, spowodowały przesunięcie się zainteresowania czynników lekarskich i administratorów sanitarnych ku **osobie** chorego człowieka i jego otoczeniu bliższemu i dalszemu, jako najgroźniejszym źródłom zakażenia.

W myśl obecnie panujących poglądów sądzimy, iż **człowiek** może przenosić zarazki chorobotwórcze na innych ludzi; w tym względzie rozróżniamy zasadniczo dwie grupy osobników:

1-° ludzie, mogący przenosić zarazki chorobotwórcze **w sposób mechaniczny,** na rękach, czy na ubraniu, sami pozostając zdrowymi; albo też ludzie, znajdujący się już w okresie przebywania choroby zaraźliwej czy też w okresie zdrowienia i w tych okresach rozsiewający zarazki swojej choroby: są to zwykli **przenosiciele** zarazków;

2-° ludzie, przenoszący zarazki chorobotwórcze niektórych cierpień zakaźnych, **które sami przebyli;** już po całkowitym wyzdrowieniu z choroby zakaźnej, wydzielają oni przez swoje błony śluzowe (błony śluzowe nosa, gardzieli, pęcherzyka żółciowego, kiszek, pęcherza moczowego) zarazki jeszcze przez pewien okres czasu, dłuższy czy krótszy albo przez całe swoje życie i rozsiewając je, stają się źródłem zakażenia dla swego bliższego albo dalszego otoczenia; do tej kategorji należą również osobniki, które **nie chorowały wcale,** jednakże przechowują na swoich błonach śluzowych, szczególniej gardła i nosa, zarazki chorobo-

twórcze, np. błonicy (dyfterji) i rozsiewają je naokoło siebie; tę drugą grupę osobników, niezmiernie niebezpiecznych dla otoczenia, nazywamy **„nosicielami"**.

Wzięte z życia przykłady ilustrują powyższe zjawiska:

I. W grudniu 1918 r. do jednej ze wsi powiatu hrubieszowskiego przyjechał na wesele swego krewnego żołnierz z frontu, który przebył niedawno ospę naturalną i wziął żywy udział w zabawie; wkrótce potem w szeregu wsi okolicznych, i to w tych właśnie, których mieszkańcy byli również obecni na weselu, wybuchły liczne przypadki ospy naturalnej (C h o d ź k o).

II. Siostra dra K r a u s s a urodziła się w r. 1871 w oddalonej wiosce Szwajcarji frankońskiej; w tymże roku wrócił tam z wojny francusko-pruskiej żołnierz z Francji i przeniósł do tej wsi ospę **w kocu wełnianym;** nie tylko siostra dra K r a u s s a, ale wszystkie dzieci nieszczepione zapadły na ospę o ciężkim przebiegu i niewiele z nich wyzdrowiało (K r a u s s).

III. W pewnej rodzinie K., mieszkającej w Bazylei szwajcarskiej, w nocy z dn. 24 na 25 lutego 1921 r. nocował przybyły z Frankfurtu nad Menem sekretarz niemieckiej poczty dworcowej S., jeżdżący na linii Frankfurt — Bazyleja; ojciec rodziny jadł z urzędnikiem niemieckim kolację i spędził z nim parę godzin w jego pokoju na rozmowie; 6 marca 1921 r. pan K. zachorował na bóle głowy, bóle krzyża i gorączkę, 10 marca 1921 r. pojawiła się u niego wysypka na całem ciele typu krostowatego; wezwany na poradę lekarz, rozpoznał mylnie ospę wietrzną. Wkrótce zapadła na ospę naturalną matka i siostra chorego oraz jego przyjaciel; ogółem w Bazylei zapadło na ospę naturalną 45 osób w rozmaitych dzielnicach miasta, często bardzo od siebie odległych, co H u n z i k e r i R e e s e przypisują przenoszeniu zarazka ospy przez muchy; zmarło na ospę 7 osób. Wkrótce potem epidemia ospy naturalnej o przebiegu łagodnym rozszerzyła się na szereg kantonów

szwajcarskich — Zurich, Glaris, Bern, St. Gallen, Argowia. Turgowia — jedynie Szwajcarji niemieckiej (S p o r z y ń s k i); do końca 1923 r. zachorowało na ospę naturalną ogółem 3749 osób. Epidemia zatrzymała się na granicy kantonów francuskich i włoskich, co przypisać należy okoliczności, iż w tych kantonach istnieje przymus prawny szczepienia ospy, podczas gdy kantony niemieckie, ulegając usilnej i nieprzebierającej w środkach agitacji przeciwników szczepienia, wykonywują je bardzo nieregularnie i niedbale (S t i n e r).

Na całym terenie Szwajcarji, dotkniętym epidemją ospy, w roku 1924 chorowało 1274 osoby, zaś w roku 1925 — 329 osób, tak że ogólna liczba osób, dotkniętych ospą, wyniosła od 1921 roku do końca 1925 r. ogółem 5352. W okresie lat 1921 — 1925 epidemia ospy kosztowała Szwajcarję zgórą 2.300.000 franków złotych (kantony wydały na walkę z tą epidemią 1.609.564 franki, rząd centralny wydał tytułem subwencji dla kantonów — 741.230 franków), jak wynika ze sprawozdań oficjalnych Federalnej Szwajcarskiej Służby Zdrowia. Z takiegoż sprawozdania za rok 1934, kiedy epidemia ospy już zupełnie wygasła, okazuje się, że normalny wydatek roczny na przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciw ospie wynosił w całej Szwajcarji fr. złotych 50.000 — 95 centimów (w czym subwencja rządu centralnego wyniosła franków zł.13.372 — 40 centimów). Takie były dla Szwajcarji skutki finansowe zaniedbania kantonów niemieckich w dziedzinie szczepienia przeciw ospie (Rapport du Conseil Fédéral sur la gestion en 1924. 1925. 1934 — Service Fédéral de l'Hygiène Publique).

IV. W końcu marca 1923 r. nasze Ministerstwo Zdrowia Publicznego otrzymało nagłe zawiadomienie, iż ognisko duru (tyfusu) plamistego pojawiło się nieoczekiwanie w jednej ze wsi, położonej pod Oświęcimiem; po bliższym zbadaniu na miejscu okazało się, że z Czortkowa, miasta

leżącego na drugim krańcu Polski, blisko granicy ukraińskiej, przybył w odwiedziny do swoich krewnych pod Oświęcimiem żołnierz garnizonu czortkowskiego, który przebył niedawno dur plamisty, nie został jednak prawdopodobnie dostatecznie oczyszczony od wszy albo też nabył je (oczywiście wszy zakażone) gdzieś w drodze, jadąc pociągiem kolei żelaznej; skutek jego wizyty u krewnych był straszny: we wsi rodzinnej pod Oświęcimiem zachorowało na dur plamisty 11 osób, zmarło zaś 4 — między innemi wymarła jedna cała rodzina; widok chaty opustoszałej, której drzwi wejściowe podparto drągiem, aby nikt do niej dostać się nie mógł, sprawiał wstrząsające i niesamowite wrażenie! (C h o d ź k o).

V. W początkach sierpnia 1930 r. w miasteczku badeńskim Plittersdorf, położonym tuż przy ówczesnej granicy francuskiej, odbywało się święto śpiewacze; w święcie tym wzięły udział nie tylko stowarzyszenia śpiewacze z najbliższych miejscowości badeńskich, ale również tego rodzaju stowarzyszenia z sąsiedniej Alzacji francuskiej, a między nimi przybyło stowarzyszenie śpiewacze z Roppenheim, miejscowości alzackiej, gdzie w owym czasie panowała epidemia porażenia dziecięcego („choroby Heine-Medina"). W kilka dni po owym święcie w Plittersdorf zachorowało dziecko na chorobę Heine-Medina, a wkrótce potem 4-ro innych dzieci (R o s s r ü c k e r).

VI. W okręgu Rastattu w Bawarji zanotowano następujący godny uwagi wypadek: 2-letni chłopiec, dotknięty paraliżem wszystkich mięśni pleców, w związku z chorobą Heine-Medina, po 6-tygodniowym leczeniu został wypisany ze szpitala w Rastacie wyleczony i powrócił do rodzinnej wioski. W 4 dni po powrocie do domu, chłopiec ten bawił się na dworze sąsiedniej zagrody z 2-letnią dziewczynką; w czasie zabawy dziewczynka utarła chłopcu nos swoją chusteczką; w dwa dni później dziewczynka dostała lekkiej gorączki, a w kilka dni potem wystąpił u niej paraliż mięśni

pleców i brzucha, a następnie paraliż obu nóg. W tym wypadku niewątpliwie chłopiec, który przebył chorobę Heine-Medina, przechował w nosie zarazki tej choroby i udzielił ich zdrowej towarzyszce swojej zabawy za pośrednictwem jej chusteczki do nosa. Mamy tu już do czynienia nie ze zwykłym mechanicznym przeniesieniem zarazka chorobotwórczego z osobnika chorego na człowieka zdrowego, ale z przypadkiem **nosicielstwa:** ozdrowieniec po chorobie Heine-Medina wydzielał bowiem zarazki tej choroby przez nos. (R o s s r u c k e r).

*

* *

Jakie zarazki chorobotwórcze mogą być przenoszone z człowieka na człowieka bezpośrednio albo pośrednio? należą do nich zarazki chorób następujących:

dur (tyfus) brzuszny, czerwonka (dyzenterja), cholera, grypa, zapalenie opon mózgowych, choroba Heine-Medina, błonica (dyfteryt), zapalenie płuc, tryper (rzeżączka), kiła (syfilis) etc.; mechanicznie przenieść można choroby tak groźne, jak dur (tyfus) plamisty za pośrednictwem wszy, ospę przez przedmioty: ubranie, pościel, książki, wzgl. muchy; przez owady: zimnicę (malarię), żółtą febrę (przez komary wzgl. moskity) i tularemię (przez muchę końską), dżumę przez pchły szczurze; dżumę płucną przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka przez wydychaną plwocinę itp.:

za pośrednictwem pokarmów — mięso rybie, konserwy zwierzęce i roślinne, mięso zwierząt ciepłokrwistych (kiełbasy) mogą być przenoszone choroby takie, jak dury rzekome (paratyfusy), włośnica (trychiny), tasiemce, zatrucia jadem kiełbasianym;

za pośrednictwem innych pokarmów, a przede wszystkim mleka surowego, można przenieść płonicę (szkarlaty-

nę), gruźlicę ludzką i zwierzęcą, chorobę Banga i gorączkę falistą;

bezpośrednio od zwierząt nabywa się: z moczu mysiego na chlebie i bułkach — lambliazę, długotrwałą i uporczywą chorobę przewodu pokarmowego, na którą u nas zapada od 4 — 8% ludności, wściekliznę (od psów, kotów, wilków wściekłych), nosaciznę (od chorych koni), wąglik (karbunkuł) ze skór chorych i padłych na tę chorobę zwierząt domowych, chorobę papuzią (psittacosis) od papug i innych chorych ptaków (kanarków itp.), chorobę Weila (z moczu szczurów), leishmaniozę (od psów) etc.

Najczęstszym jednak i najgroźniejszym źródłem chorób zakaźnych jest człowiek, o czym zawsze pamiętać należy.

Za pośrednictwem brudnych rąk, wody, mleka i innych pokarmów przenosi się z człowieka na człowieka dur brzuszny, czerwonkę, cholerę, dury rzekome, płonicę, gruźlicę ludzką i zwierzęcą, chorobę Banga i gorączkę falistą, chorobę Weila, włośnicę, tasiemca, zatrucie jadem kiełbasianym, lambliazę, ospę bydlęcą, różycę świń;

za pośrednictwem plwociny wydychanej lub wydzieliny z nosa: gruźlicę ludzką, dżumę płucną, grypę, zapalenie opon mózgowych, chorobę Heine-Medina, błonicę, zapalenie płuc, chorobę papuzią, nosaciznę;

za pośrednictwem narządów płciowych: kiłę (tę ostatnią również za pośrednictwem naczyń i innych przedmiotów, służących do użytku np. fajek), rzeżączkę (również za pośrednictwem pościeli), wrzód miękki;

przez ukąszenie zwierząt: wściekliznę; przez ukąszenie owadów: zimnicę, dżumę gruczołową, tularemię, żółtą febrę, dur plamisty, dur powrotny, chorobę Tsutsugamushi, gorączkę Gór Skalistych, denguę; przez wtarcia w spojówki oczu albo w skórę: jaglicę (trachomę), wąglik, ropowicę skóry, parch, leishmaniozy (Kala-Azar), świerzb etc.

Większość wyliczonych powyżej chorób podpada pod postanowienia polskiej ustawy o zapobieganiu chorobom

zakaźnym i o ich zwalczaniu w nowej redakcji z dn. 21 lutego 1935 r. (Dziennik Ustaw Nr 27, poz. 198).

Zwalczanie przenoszenia chorób zakaźnych przez osoby, należące do poszczególnych zawodów.

Przyjrzyjmy się, w jaki sposób władze sanitarne chronią zdrowie publiczne przed atakiem zarazków chorobotwórczych w poszczególnych zawodach i zakładach, służących użytkowi publicznemu.

Przytoczymy tu dla ilustracji kilka bardziej typowych rozporządzeń ministerjalnych: **Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej w sprawie przepisów sanitarnych dla hoteli, pokojów umeblowanych i pensjonatów** z dn. 1 lipca 1935 r. (Dz. Ustaw Nr 54, poz. 352) zawiera np. w § 9 postanowienie, głoszące, że w powyżej wymienionych zakładach wolno zatrudniać tylko te osoby, które przedstawią świadectwo lekarza urzędowego, stwierdzające, że **nie są one dotknięte** jedną z chorób zakaźnych, podpadających pod przepisy ustawy z 1935 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych albo też chorobą weneryczną, czy też odrażającą chorobą skóry; ważność takiego świadectwa winna być potwierdzana przez lekarza urzędowego przynajmniej co 6 miesięcy.

W ten sposób rozporządzenie powyższe rozciąga **stałą** kontrolę lekarską nad całym personelem hoteli i pensjonatów, gdzie przecież bardzo łatwo zarazić się mogą chorobą zakaźną czy zaraźliwą, przenoszoną przez służbę czy inny personel tych zakładów; szczególnie ważną jest tu kontrola **personelu kuchennego.**

Jako ilustrację przytoczyć tu można wypadek epidemji hotelowej, jaki miał miejsce w dn. 24 sierpnia 1928 r. w jednym z hoteli bawarskich; wskutek spożycia kremu orzechowego w czasie śniadania, zachorowało spośród 51 gości hotelowych osób 39, spośród 30 funkcjonarjuszy hotelu — osób 21 oraz 6 członków rodziny właściciela hotelu, razem

osób 66; we krwi chorych stwierdzono bakterie duru rzekomego (paratyfusu) B typu Schottmüllera; były wśród chorych przypadki śmierci. Koszty leczenia i straty hotelu wyniosły około 100.000 marek niemieckich (R i m p a u).

Inny przykład: w jednym z bawarskich sanatoriów w dn. 24 sierpnia 1932 r., po spożyciu posiłku, spośród 96 pensjonarzy zakładu zachorowało 47 (około 49%); wykryto u nich zarazek duru rzekomego typu Wrocławskiego (bacillus enteritidis Wrocław); w kuchni zakładowej jedna osoba z personelu uprzednio zachorowała na gorączkę, połączoną z wymiotami i rozwolnieniem; choroby jej narazie nie rozpoznano. Okazało się, iż w pomienionym zakładzie istniała komunikacja personelu pralni i kuchni oraz kuchni i chlewu. Władze sanitarne wydały następujące zarządzenia:

1) każde zachorowanie na chorobę żołądkowo-kiszkową wśród personelu kuchni zakładowej winno być natychmiast komunikowane władzy sanitarnej;

2) wymiana personelu między kuchnią i pralnią jest wzbroniona;

3) pralnię należy jak najdalej odsunąć od kuchni;

4) zdrowy personel kuchenny należy kontrolować bakteriologicznie 1 — 2 razy w ciągu roku (możliwość istnienia nosicieli zarazków paratyfusu) (R i m p a u).

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o przepisach sanitarnych dla zakładów fryzjerskich i golarskich z dn. 18 września 1935 r. (Dz. Ustaw Nr. 78, poz. 483) w § 9 wyklucza od zatrudnienia w tych zakładach osoby, które nie przedstawią świadectwa lekarza urzędowego, iż są wolne od jednej z chorób zakaźnych, objętych ustawą o zwalczaniu tych chorób z r. 1935 albo też od choroby wenerycznej, czy też zaraźliwej i odrażającej choroby skóry; kontrola stanu zdrowia personelu fryzjerskiego winna być przeprowadzana również co 6 miesięcy, ponadto dla ochrony zdrowia personelu fryzjerskiego i klientów zakładów fryzjerskich § 10 Rozporządzenia postanawia, że o ile klient

zgłaszający się do zakładu fryzjerskiego jest dotknięty widoczną chorobą skórną, może być obsłużony w zakładzie wyłącznie pod warunkiem użycia do czynności golenia czy strzyżenia jego własnej bielizny, narzędzi i przyborów.

Analogiczne postanowienia zawiera **Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o zakładach kąpielowych** z dn. 9 maja 1937 r. (Dz. Ustaw Nr. 44, poz. 327) w stosunku do personelu, zatrudnionego w powyższych zakładach (§ 10).

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej i Ministra Przemysłu i Handlu o dozorze nad wyrobem i obiegiem mąki i wyrobów mącznych z dn. 23 stycznia 1934 r. (Dz. Ustaw Nr. 15, poz. 120) w myśl brzmienia § 10 nakazuje usunąć od czynności, związanych z wyrobem, pakowaniem przewozem i sprzedażą mąki i wyrobów mącznych osoby, dotknięte jakąkolwiek ostrą chorobą zakaźną albo **gruźlicą** w postaci niebezpiecznej dla otoczenia, chorobą skórną zaraźliwą albo wzbudzającą wstręt oraz osoby, stykające się z zakaźnie chorymi; ponadto rozporządzenie nakazuje, aby w razie wystąpienia choroby zakaźnej oraz stwierdzenia albo uzasadnionego podejrzenia o **nosicielstwo zarazków** u osób, zatrudnionych czynnościami przy mące albo wyrobach mącznych, właściciel przedsiębiorstwa usuwał te osoby od pełnienia powierzonych im czynności.

Identyczne postanowienia zawiera **Rozporządzenie Ministrów Spraw Wewnętrznych, Rolnictwa oraz Przemysłu i Handlu o dozorze nad mięsem i przetworami mięsnymi** z dn. 30 czerwca 1932 r. (Dz. Ustaw Nr 64, poz. 604) w § 13 jak również **Rozporządzenie Ministrów Spraw Wewnętrznych** oraz **Przemysłu i Handlu, Rolnictwa, Skarbu i Spraw Zagranicznych o dozorze nad wyrobem i obiegiem tłuszczów i olejów jadalnych** z dn. 21 lipca 1930 r. (Dz. Ust. Nr. 53, poz. 453) w § 7 oraz **Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej, Ministra Rolnictwa i Ministra Przemysłu i Handlu o dozorze nad mlekiem i jego przetworami** z dn. 9 grudnia 1932 r. (Dz. Ustaw Nr. 19, poz. 128) w § 22.

W okólniku Ministra Opieki Społecznej Nr 26/33 z dn. 20 czerwca 1933 r., zawierającym „Instrukcję" do wyżej wymienionego rozporządzenia wyjaśniono w związku z § 22 rozporządzenia, iż w razie wystąpienia choroby zakaźnej (dury, czerwonka, błonica (dyfteryt), płonica (szkarlatyna) etc. u osoby, zajętej czynnościami przy mleku, po usunięciu jej od pracy, cały pozostały personel, zatrudniony przy mleku, powinien być przebadany na **nosicielstwo zarazków** i pozostawać pod obserwacją lekarską do czasu, określonego przez lekarza urzędowego (powiatowego, miejskiego, rejonowego albo okręgowego); właściciel przedsiębiorstwa jest odpowiedzialny za dopuszczenie do pracy osoby chorej „lub niebezpiecznej ze względu na przenoszenie zarazków".

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej w sprawie przepisów sanitarnych dla publicznych miejsc spożycia z dn. 13 maja 1937 r. (Dz. Ust. Nr. 41, poz. 327) zawiera w § 10 p. 2 postanowienie, iż w zakładach tego rodzaju przy **sprzedaży, usłudze, przyrządzaniu potraw i zmywaniu naczyń** mogą być zatrudniane jedynie osoby, które nie są dotknięte chorobą zakaźną, ani chorobą weneryczną w stanie ostrym, chorobą skórną zaraźliwą lub widoczną i odrażającą; osoby, zatrudnione w tych zakładach **przed przystąpieniem do pracy** winny przedstawić odpowiednie świadectwo lekarskie; lekarz urzędowy, o ile w czasie inspekcji powźmie podejrzenie jednej z chorób wyżej wymienionych, może zażądać od osoby, w zakładzie zatrudnionej, ponownego złożenia świadectwa lekarskiego.

Ubolewać należy, że wszystkie rozporządzenia ministerialne, tyczące się osób, mających kontakt z produktami spożywczymi, w szczególności zaś z mąką i wyrobami mącznymi, mlekiem oraz pracujących w publicznych miejscach spożycia, zwracając słusznie uwagę na niebezpieczeństwo nosicielstwa zarazków chorobotwórczych, pominęły sprawę nosicielstwa pierwotniaków, a przede wszystkim lamblii; a przecież odkrywca lamblii, uczony czeski W i l h e l m D u-

szan Lambl, był przez szereg lat profesorem kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego, miał swoją klinikę w szpitalu św. Ducha w Warszawie i w czerwcu r. 1857 ogłosił z tejże kliniki przypadek zakażenia lamblią, którą nazywał wówczas **cercomonas**, u człowieka (był to ogrodnik Edward C.), stwierdzony na sekcji; od tego czasu szereg prac klinicznych polskich ukazał się w prasie lekarskiej (Adamowicz, Dobrowolski, Janowski, Grott, Orłowski Z., Piechowska, Puszet, Skłodowski, Stefanowski, Sulek, Trzebiński, Wasserthal, Wiesbaum, Ziembicki), a ostatnio badania protozoologa M. Janickiego w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, przeprowadzone w Warszawie i w szpitalu psychiatrycznym w Tworkach, stwierdziły wielką częstość występowania tego pasożyta u ludzi w Polsce; leczenie lambliazy, cierpienia, ciągnącego się całymi latami i doprowadzającego niejednokrotnie do raka dróg żółciowych, wątroby albo żołądka (Grott), jest obecnie tak proste i tak skuteczne oraz tak szybkie (przy pomocy przetworów akrydynowych), iż na pasożyt ten należy zwrócić baczną uwagę, a ponieważ stwierdzono istnienie **nosicielstwa** tego pasożyta, należało by jak najszybciej odpowiednio **uzupełnić** przytoczone wyżej rozporządzenia ministerialne polskie, tym bardziej, że obecnie, po wojnie, oczekiwać należy wielkiego rozpowszechnienia się lambliazy, jak to było zresztą i po pierwszej wojnie światowej, podczas której wielka liczba żołnierzy, w armiach walczących brytyjskiej, francuskiej, włoskiej i amerykańskiej, uległa zakażeniu i przeniosła lambliazę do swoich rodzin (Chodźko); znane są endemie lambliazy wśród ludności wiejskiej i wśród górników (między innymi stwierdzono je wśród górników polskich we Francji i na wsi francuskiej (Buttiaux); wobec wywołanego przez wypadki wojenne ruchu ludności i rozmaitego rodzaju gwałtów, dokonywanych nad ludnością polską oraz przymusowego wysiedlania tej ludności do Niemiec, można oczekiwać wzmożonego szerze-

nia się lambliazy w Polsce; okaże się konieczne masowe badanie ludności tak miejskiej, jak i wiejskiej oraz ludności górniczej na lambliazę *) i zastosowania masowego jej leczenia.

* * *

Nadmienić należy, że **Ustawa o pielęgniarstwie** z dn. 21 lutego 1935 r. (Dz. Ustaw Nr. 27, poz. 199) postanawia w art. 6 ust. 3, iż w razie zachorowania pielęgniarki na przewlekłą chorobę zakaźną, niebezpieczną dla otoczenia, albo stwierdzenia u niej **nosicielstwa** czasowego albo trwałego zarazków chorobotwórczych, wojewoda ma prawo zawiesić pielęgniarkę w jej czynnościach na czas choroby albo trwania nosicielstwa, a conajmniej ograniczyć jej czynności do prac, nie zagrażających zdrowiu otoczenia.

* * *

Rozporządzenia ministerialne, wydane dotąd przez polską państwową władzę sanitarną oraz ustawa o pielęgniar-

---

*) Oddział Higieny Pracy Państwowej Szkoły Higieny w okresie okupacji przebadał na nosicielstwo z górą 4.000 osób, należących do personelu kuchen Stołecznego Komitetu Samopomocy Społecznej i wykrył wśród nich 4% z górą nosicieli lamblii; w celu zapoznania z tym zagadnieniem przynajmniej lekarzy Ubezpieczalni Społecznej, Państwowa Szkoła Higieny zorganizowała z łaskawym udziałem dra *J. W. Grotta* i protozoologa dra *M. Janickiego* kurs lambliazy w kilku seriach w r. 1942; wzięło w nim udział 168 lekarzy Warszawskiej Ubezpieczalni Społecznej. Zapoznano praktycznie z zagadnieniem lambliazy, dzięki energicznym zarządzeniom ówczesnego kierownika Działu Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny *Doc. Dra F. Przesmyckiego*, kierowników i bakteriologów Filii prowincjonalnych tego Zakładu w pracowni protozoologicznej Działu Bakteriologii pod kierunkiem *dra M. Janickiego;* w ówczesnych warunkach okupacyjnych nie było to zadaniem łatwem!

stwie poddają zatem kontroli lekarskiej szereg zawodów, a mianowicie:

1-° służbę hotelową i pensjonatową,

2-° fryzjerów,

3-° służbę kąpielową,

4-° piekarzy i sprzedawców wyrobów mącznych,

5-° rzeźników, wędliniarzy i sprzedawców wyrobów mięsnych,

6-° personel, zajęty produkcją i sprzedażą olejów i tłuszczów jadalnych,

7-° personel mleczarski,

8-° personel restauracyjny, cukierniczy i kawiarniany,

9-° personel pielęgniarski.

Podstawą tych rozporządzeń był naukowo stwierdzony fakt, iż osoby, należące do wymienionych wyżej zawodów i mogące w pewnych okolicznościach stać się rozsadnikami chorób zakaźnych i zaraźliwych, stanowią bezpośrednie niebezpieczeństwo dla **zdrowego** otoczenia, z którym stykają się z tytułu swych czynności zawodowych.

Personel szkół i zakładów wychowawczych a szerzenie chorób zakaźnych.

Regulujące sprawę zwalczania chorób zakaźnych w **szkole** rozporządzenie pierwszego polskiego Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, **Antoniego Ponikowskiego,** wydane w porozumieniu z ówczesnym Departamentem Służby Zdrowia Publicznego w dn. 19 lutego 1918 r. pod nazwą: **„Przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze"** (Dziennik Urz. Departamentu Wyznań Relig. i Oświecenia Publ. r. 1918 Nr. 3) wspomina w § 18 o obowiązku badania wydzielin i wydalin tych osobników spośród uczniów oraz personelu nauczycielskiego i służbowego szkoły, które są **nosicielami** zarazków. Również powyższe rozporządzenie należało by uzupełnić postanowieniem

o obowiązku badania na **nosicielstwo** pasożytów zwierzęcych, a **przede wszystkim lamblii** przynajmniej u uczniów i uczenic.

Na szczególną uwagę ze strony nauczyciela zasługują najczęściej spotykane w szkole postacie chorobowe, a mianowicie **błonica** (dyfteryt) i **płonica** (szkarlatyna), **dur (tyfus) brzuszny**, a następnie **gruźlica.**

Nosicielstwo błonicy w szkołach.

Sprawa nosicielstwa błonicy w szkołach naszych była przedmiotem dokładnych badań Bohdanowiczówny i Wałęckiego w Warszawskim Miejskim Instytucie Higieny pod kierunkiem doc. Ławrynowicza. W ciągu stycznia i lutego 1932 r.: zbadano 1500 uczniów szkół powszechnych w Warszawie i stwierdzono w gardle, w nosie i jamie noso-gardzielowej zarazki błonicze u 3,4% badanych dzieci.*) Jaką doniosłość posiada nosicielstwo w szerzeniu się błonicy dowiodły badania Friedemann'a i Dulla (przyt. u. Bendera); według Friedemanna: 2,4% wszystkich chorych na błonicę zaraziło się od innych chorych, zaś 97,6% — od zdrowych nosicieli zarazków błonicy; według Dulla, 10,0% zaraziło się od innych chorych na błonicę, zaś 90.0% od nosicieli zarazków błonicy. Według Clauberga (cyt. u Bendera) ozdrowieńcy, po przebyciu błonicy, przestają być niebezpieczni dla otoczenia po 14 — 18 dniach, część ich jednakże przez całe miesiące i nawet lata pozostaje jeszcze niebezpieczna; liczba nosicieli błonicy jest większa **w zimie,** niż w lecie; w czasie epidemii odsetek nosicieli wynosi od 8 — 10%. w czasie wolnym od epidemii błonicy — 0,35%. Izolowanie wszystkich nosicieli błonicy jest niemożliwe; „stanowcze powodzenie w tym względzie obiecuje nam jedynie czynne szczepienie ochronne przeciw błonicy" (Bender). Taka?

*) Badania te prowadził w Warszawie również Bogdanowicz i Szymańska.

opinię wypowiada doc. F. Przesmycki, który mówi: „Co się tyczy nosicieli zdrowych wśród ludności, to, wobec znacznego ich odsetka, zastosowanie izolacji jest niemożliwe"; natomiast Przesmycki podkreśla, iż „zastosowanie na szeroką skalę szczepień ochronnych w Stanach Zjednoczonych dało wyniki dodatnie". Badania, przeprowadzone w Gelsenkirchen nad wpływem szczepień ochronnych przeciw błonicy na liczebność nosicieli błonicy, dały wyniki następujące: zbadano na nosicielstwo błonicy 3106 dzieci, wśród nich wykryto nosicieli 1,96%, z tej liczby u dzieci szczepionych — 0,82%, u dzieci nieszczepionych — 11,18%. Bender konkluduje: „Czynne szczepienie ochronne przeciw błonicy jest jedynym orężem przeciwko tej zarazie, od którego zastosowania możemy oczekiwać skutecznego stłumienia straszliwej tej choroby".

Omawiając wyniki pierwszych szczepień przeciwbłoniczych, wykonanych od 1 stycznia 1930 r. do 1 stycznia 1933 r. w Warszawie u 42.244 dzieci do lat 15 anatoksyną Ramona, Kaczyński konkluduje:

1-⁰ Zapadalność dzieci szczepionych jest wielokrotnie niższa niż u dzieci nieszczepionych.

2-⁰ Wpływ szczepień na zapadalność daje się wykazać we wszystkich grupach wieku i jest tym większy im dzieci są starsze".

Pozwala to nam mieć nadzieję, że błonica zostanie z czasem zwalczona tak samo jak ospa.

W roku 1940 przeszczepiono przeciw błonicy w Dortmundzie ponad 95.000 dzieci, w Kolonii ponad 100.000 dzieci. W obu tych miastach wyniki szczepień były b. zadowalające. W Dortmundzie w r. 1941 wśród 40.000 dzieci w wieku przedszkolnym zachorowało na błonicę 4, wśród 55.000 dzieci szkolnych zachorowało 93, podczas gdy poprzednio bywało rocznie około 2.500 przypadków błonicy. **Wśród dzieci szczepionych nie było ani jednego zgonu** z powodu błonicy. (Münch. med. Woch. 1942. Nr. 8, str. 184).

Spośród 85.000 dzieci, zaszczepionych przeciw błonicy w Dusseldorfie, zachorowało w ciągu ostatnich miesięcy— 15; **żadnego wypadku zgonu nie było.** W tym samym okresie zachorowało na błonicę 787 dzieci nieszczepionych, z których zmarło 28 (3,5%). — (Medizinische Klinik — 1940, Nr. 46).

W Polsce wydane zostało Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej „o przymusowem szczepieniu ochronnem przeciw błonicy (dyfterii)" z dn. 25 lutego 1936 r. (Dz. Ustaw Nr. 22, poz. 183); **szczepienia te przeprowadzono już w kilku województwach, a w Warszawie dzięki zabiegom** dra L. Hirszfelda, dra M. Łąckiego i dra E. Grzegorzewskiego, **z pomyślnym wynikiem** (Chodźko); podany odsetek szczepionych w Warszawie na 54,7% ogółu dzieci wydaje się jednak zbyt niski, ażeby mieć zupełnie dobre wyniki.

Nauczyciele winni dokładnie uświadomić sobie, że w ich szkole znajdują się napewno wśród uczniów nosiciele zarazków błonicy, które mogą zarazić swoich kolegów czy koleżanki tą chorobą i winni z całą energią wpływać na rodziców, aby nie omieszkali poddawać swoje dzieci tym szczepieniom, które nie stanowią żadnego niebezpieczeństwa dla dzieci; z chwilą uodpornienia dziecka przeciw błonicy, co następuje w ciągu paru miesięcy po zaszczepieniu, dziecko, które jest nosicielem zarazków błonicy, przestaje już być groźne dla swoich sąsiadów, szczepionych na ławie szkolnej; **nadmienić należy, że błonicą zarazić się mogą od dziecka chorego również i osoby dorosłe, a więc i nauczyciele; u osób dorosłych, błonica przebiega na ogół znacznie ciężej, niż u dzieci. Szczepienia ochronne przeciw błonicy dorośli znoszą znacznie trudniej , niż dzieci.**

*

* *

Jako reasumcja sprawy **nosicieli błonicy** zasługuje na uwagę ich klasyfikacja, którą podaje prof. Verniewe

(Gandawa): dzieli on tych nosicieli na 2 grupy: **do grupy pierwszej należą:**

1-° lekkie przypadki błonicy;

2-° nierozpoznane przypadki błonicy, jak ukryte postacie błonicy (crypto-diphterie), przypadki prostego wysypkowego zapalenia gardzieli, pochodzenia błoniczego (pharyngitis erythematosa simplex diphtheritica) etc.;

3-° ozdrowieńcy po przebytej błonicy, jako typowi nosiciele, u których zakaźalność trwa po przebyciu choroby, przekraczając znacznie okres, kiedy błony znikły z gardzieli, wydzielina zaś pozostaje zakaźna;

4-° błonicze katary nosa, rozpoznane klinicznie i bakteriologicznie, jeszcze wciąż zakaźne albo na drodze do wygaśnięcia;

5-° nosiciele zarazków błonicy, pochodzący ze środowiska domowego albo szkolnego wyraźnie zakażonego;

6-° nosiciele ogniska błoniczego, znajdującego się poza gardzielą albo nosem: błonica oczna, przypadkowa błonica przyranna ect.

We wszystkich przypadkach, należących do pierwszej grupy, jest tylko jedna linia postępowania: bezwzględna surowość; dziecko nie może powrócić do kontaktu z innymi dziećmi aż wtedy, kiedy dwa badania bakteriologiczne, wykonane w odstępach 6-dniowych, wypadną ujemnie. Taki jest urzędowy przepis; jest on doskonały jako formuła ogólna, ale zapoznaje trudności badania bakteriologicznego.

Do **grupy drugiej** należą dzieci, znajdujące się pozornie w stanie zupełnego zdrowia, u których badanie specjalistyczne nie wykrywa żadnych zmian błoniczych ani w gardzieli ani w nosie, które w ciągu szeregu ostatnich miesięcy nie miały żadnych objawów błoniczych, nie pochodzący ze środowiska zakażonego błonicą, a więc dzieci, które należało by nazwać **nosicielami przypadkowymi** zarazków błonicy.

Jak ważny jest odpowiedni dobór metody badania wskazuje na to praca, opublikowana w r. 1918 przez autorów

francuskich Aviragnet, Weil - Halle i P. L. Marie, którzy podczas pierwszej wojny światowej, posiłkując się metodą Grama wyosobnili jako nosicieli do 75% żołnierzy w niektórych garnizonach; po zastosowaniu innych ściślejszych metod badania bakteriologicznego stwierdzono, iż odsetek rzeczywistych nosicieli zarazków błonicy wynosił 6%! „Należy więc wystrzegać się wyników, otrzymanych przez metody pobieżne i pracę zaimprowizowanych bakterjologów... **tylko prace, oparte na badaniach pewnych mają** wartość istotną w epidemiologii klinicznej błonicy" (Vernieuwe).

Nosicielstwo zarazków duru brzusznego.

Bardzo liczną grupę nosicieli stanowią zdrowi nosiciele zarazków duru brzusznego, owej groźnej choroby, zabijającej 8 — 10% ludzi, którzy na nią zapadli; nosicielami nierzadko stają się ludzie, którzy przebyli dur brzuszny i wyzdrowieli; mogą oni wydzielać zarazki duru brzusznego przez szereg miesięcy i lat, czasami nawet i przez całe życie ze swoimi wydalinami, kałem i moczem, pozostając w stanie zdrowia. O ile nie utrzymują rąk swoich w należytej czystości, mogą zakażać zarazkami duru brzusznego wszystko do czego się dotkną, a przede wszystkim przenosić je na ręce innych ludzi oraz na produkty spożywcze.

Na nosicieli duru brzusznego pierwszy zwrócił uwagę Merius w r. 1896 (wg. Wohlfeila).

„Nosiciel zarazków duru brzusznego — mówi Wohl-
„feil — jest pierwszym i najstalszym źródłem zakażenia,
„z którego wywiodły się ostatecznie wszystkie infekcje.
„Czy zakażenie powstało z bezpośredniego kontaktu czy po-
„średnio przez zanieczyszczoną przez nosiciela wodę, mle-
„ko, mięso, sałaty, pieczywo, bulion etc. jest sprawą drugo-
„rzędną, choć epidemiologicznie ważną. **Człowiek, wydzie-**
„lający zarazki czy po przebyciu duru brzusznego, czy też

„zdrowy, jest pierwszym i najważniejszym punktem, na „który skierować należy zapobieganie zarazie i zwalczanie „duru brzusznego. Dlatego jest rzeczą zrozumiałą, że „wszystkie wielkie reformy higieniczne dawnych i nowych „czasów, jak zaopatrzenie ludności w czystą wodę, usuwa„nie nieczystości, uzdrowotnienie gleby, których najwspa„nialszym wyrazem są londyńskie urządzenia zdrowotne „XIX stulecia, jak również współczesna nam higiena i kon„trola środków spożywczych, **nigdy nie mogły osiągnąć „absolutnie dodatniego wyniku.** Niedawno W o h l f e i l „i M a n c k e z okazji epidemii duru brzusznego w Straus„bergu (pod Potsdamem) wykazali, iż w tym mieście ulep„szenie wodociągu i wprowadzenie częściowej kanalizacji „nie mogły doprowadzić do całkowitego stłumienia endemii „duru brzusznego, gdyż liczni wykryci i niewykryci nosi„ciele zarazków powodowali wciąż nowe przypadki kon„taktowe i małe zachorowania grupowe wśród ludności. „Jeden jedyny człowiek, będący nosicielem zdolnych do za„każania zarazków duru brzusznego, może obrócić w niwecz „najdoskonalsze zarządzenia zapobiegawcze, jeżeli np. za„kazi mleko po przeprowadzonej jego pasteryzacji albo za„nieczyści swymi rękoma inny produkt spożywczy". W o h l f e i l przytacza małą epidemię duru brzusznego, wywołaną spożyciem rosołu z kury, zanieczyszczonego przez gospodynią-nosicielkę zarazkami duru brzusznego; zachorowali wówczas nie wszyscy konsumenci, ale jedynie usposobieni — nb. dyspozycję do zachorowania na dur brzuszny oblicza „się na 30% ogółu ludności; „absolutne wytępienie duru „brzusznego nie będzie możliwe dotąd, dopóki nosiciele za„razków duru brzusznego żyją wśród ludności".

„**Pierwszym i najważniejszym zadaniem** profilaktyki „duru brzusznego jest więc wykrycie **stałych nosicieli** za„razków duru brzusznego wśród ludności i **wyeliminowa„nie ich** ze wszystkich zakładów spożywczych" (W o h l„f e i l).

Przeszkodą na tej drodze są: 1-o niedostateczność ustawodawstwa; 2-o wysokie koszta takiej akcji; jednakże wielkie straty ekonomiczne, wywołane przez częste zapadanie na dur brzuszny, są o wiele wyższe, niż koszta gruntownej profilaktyki tej zarazy.

„Dotychczasowa urzędowa nomenklatura, odróżniająca „nosiciela zarazków od **stałego wydzielacza** zarazków, win„na być zastąpiona przez pojęcie uniwersalne i epidemiolo„gicznie jedynie wartościowe — **wydzielacza zarazków** du„ru brzusznego" (W o h l f e i l).

Trudności tego zagadnienia ilustruje przykład następujący (W o h l f e i l):

po rozwiązaniu lazaretu specjalnego, urządzonego w Spa dla żołnierzy niemieckich, będących nosicielami zarazków durowych, po ukończeniu działań wojennych pierwszej wojny światowej, gdzie przebywało ich od 500 — 530, spowodowali oni po powrocie do kraju wielką epidemię duru brzusznego w r. 1918 w Euskirchen (Nadrenja); na 36.000 chorych tyfusowych żołnierzy, leczonych w Spa, stwierdzono wówczas: chronicznych nosicieli zarazków duru brzusznego — 1,4%, stałych nosicieli zarazków paratyfusu B — 8,7%, stałych nosicieli zarazków paratyfusu A — 7% (K r a u s e).

Mówiąc nawiasem, tak olbrzymia liczba chorych tyfusowych w armii niemieckiej, nagromadzonych w jednym tylko punkcie frontu zachodniego, świadczy, że żołnierze niemieccy byli szczepieni zapobiegawczo w stopniu niedostatecznym, albo że używana w tej armii szczepionka była zła.

Jak wiadomo, zarazki duru brzusznego żyją u ludzi nie tylko w drogach żółciowych, ale również w miedniczkach nerkowych, w szpiku kostnym, zaś zarazki paratyfusu — w zębach zepsutych (K r a u s e).

Walkę z durem brzusznym utrudnia niepomiernie wielka żywotność i trwałość tych zarazków poza ustrojem ludzkim; według K l i e w e g o i H s ü mogą one żyć całymi ty-

godniami, szczególniej w chłodniejszej temperaturze, w kwaśnym mleku, według Bürgersa w jałowej wodzie wodociągowej przez długie miesiące (nb. jeżeli woda zawiera inne bakterie albo plankton, to po b. krótkim czasie nie można już w niej wykryć zarazków duru brzusznego), zarazki te mogą przezimować w lodzie, przechowują się doskonale w serach, w odpadkach kuchennych żyją przez dni 14, w śmieciach — do dni 30, w popiele — do dni 130, w ziemi — do 6 miesięcy, na metalu — do dni 30, na drzewie — do dni 80, na materiałach ubraniowych — od 100 — 150 dni, na śmietanie bitej, na sałatkach kartoflanych, na ostrygach (epidemie duru brzusznego po spożyciu ostryg opisano w Genui, Marsylii, Tulonie, Cannes, Nizzy, przy ujściu Rodanu, w Londynie, w Nowym Yorku); zarazki paratyfusu żyją poza ustrojem ludzkim jeszcze dłużej *). Spośród zwierząt domowych — koty przenosić mogą zarazki paratyfusowe (enteritis wrocławska). W Niemczech przed wojną źródło zakażenia pozostawało nieznane w 40% wszystkich epidemji duru brzusznego, co Bürgers objaśnia niedokładnością badań epidemiologicznych, dokonywanych przez lekarzy urzędowych wskutek:

1-o braku przeszkolenia lekarzy urzędowych niemieckich w zakresie epidemiologii,

2-o braku czasu u przeciążonych pracą lekarzy.

Podkreślić należy, że występowanie poprzedzającej epidemię duru brzusznego t. zw. „choroby wodnej", występującej nagle i masowo (np. przed słynną epidemią duru brzusznego w Hanowerze) pozostaje dotąd sprawą niewyjaśnioną (Bürgers).

Dla ilustracji naszych wywodów wypadek z naszych stosunków, opisany przez prof. Kostrzewskiego: „w Schronisku Leczniczym Uniwersytetu Jagiellońskiego, mieszczącym się w Zakopanem... w ciągu kilkunastu dni

*) „Nosicielstwo w drogach moczowych stanowi mniej niż 1/4 stwierdzonych przypadków nosicielstwa". *(Ławrynowicz).*

zachorowało na dur brzuszny pięcioro dzieci. Uznano, że zakażenie pochodzi od podkuchennej, zajętej w zakładzie, która, aczkolwiek duru brzusznego nie przechodziła, to jednak była nosicielką bakteryj durowych. Jako osobę niebezpieczną dla otoczenia zwolniono ją z obowiązku". W stosunku do ozdrowieńców po durze brzusznym stosuje się na Oddz. Zakaźnym Państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie (kierownik prof. K o s t r z e w s k i) postępowanie następujące: „Ozdrowieńcy przebywają w Zakładzie 21 dni, licząc od chwili spadku gorączki, spowodowanej chorobą zasadniczą t. zn. durem brzusznym, a nie tym czy innym powikłaniem. Ten okres czasu pobytu pod opieką lekarską wskazany jest ze względu na stan sił i możliwość nawrotów. W ciągu tych trzech tygodni bada się u każdego ozdrowieńca dwa do trzech razy bakteriologicznie mocz i stolec. Wyhodowanie pałeczek durowych nie wpływa w niczym na przewidziany dzień opuszczenia szpitala. Ale o każdym nosicielu pałeczek durowych bez względu na jego zawód w dniu, w którym opuszcza szpital, zawiadamia Oddział Zakaźny tutejszy miejski Urząd Zdrowia".

W Warszawie według badań Z. B o h d a n o w i c z ó w n y (cyt. u Ł a w r y n o w i c z a i Ł ą c k i e g o) liczba nosicieli zarazków duru brzusznego wynosi co najmniej 1% osób zdrowych z otoczenia chorych na dur brzuszny. Jak twierdzą Ł a w r y n o w i c z i Ł ą c k i „jest to odsetek bardzo wysoki. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że ci nosiciele zamieszkują w przeludnionych, niehigienicznych mieszkaniach, że nie mają oni często oddzielnego łóżka, że korzystają ze wspólnych ustępów — stanie się zrozumiałe to duże niebezpieczeństwo zakażenia, jakie oni dla otoczenia stanowią".

Ł a w r y n o w i c z podkreśla z naciskiem, iż „przyczyny, wywołujące dur brzuszny w miastach trwale tkwią częściowo w warunkach sanitarno-higienicznych otoczenia. **przedewszystkiem wsi"**.

Z ogólnej liczby zachorowań na dur brzuszny 48,2% przypada na wiek do lat 20, w tem 20,63% na wiek do lat 10. „Dane te wykazują, że młodzież szkolna daje połowę zachorowań na dur brzuszny w Warszawie". (Ł a w r y n o w i c z i Ł ą c k i); jak wiadomo dzieci znoszą dur brzuszny znacznie łatwiej, niż dorośli, częste są wypadki, iż przebieg duru brzusznego bywa tak lekki, iż dzieci przebywają go chodząc. Dlatego dzieci, zarówno jako chorzy a również jako ozdrowieńcy, a następnie nosiciele zarazków duru brzusznego są bardzo niebezpieczne dla swoich rodzin i dalszego otoczenia. Nie wiemy dotąd, niestety, jak wielki jest odsetek nosicieli zarazków duru brzusznego wśród dzieci nawet w Warszawie, choć wspomniane wyżej „Przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze" z r. 1918 podają w § 18 iż „pożądane jest badanie wydzielin w celu wykrycia siewców (roznosicieli) zarazków". Fakt nosicielstwa duru brzusznego, tak rozpowszechnionego wśród ludności Warszawy, tłumaczy poczęści to dziwne zjawisko, że Warszawa, pomimo istnienia oddawna wodociągów i kanalizacji jest miastem, gdzie dur brzuszny nie wygasał i utrzymywał się wciąż prawie na tej samej, b. znacznej, wysokości.

W „Sprawozdaniu o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1928 — 1929", Warszawa, 1931 r., ogłoszonym przez Departament Służby Zdrowia Publicznego Ministerstwa Opieki Społecznej, czytamy: „Największe nasilenie duru brzusznego w latach sprawozdawczych zanotowano w Warszawie, będącej stale jednym z głównych ognisk epidemicznych duru w całym kraju".

Dla ilustracji podajemy liczby, tyczące się ilości przypadków duru brzusznego i zapadalności na 100.000 mieszkańców w Warszawie, według sprawozdań urzędowych Departamentu Służby Zdrowia Publicznego:

rok	1923	ilość przypadków	1.043	zapadalność	112
„	1924	„	„	1.482	„ 159

rok	1925	ilość przypadków	1.140	zapadalność	122
,,	1926	,, ,,	1.526	,,	162,9
,,	1927	,, ,,	1.643	,,	175,5
,,	1928	,, ,,	1.529	,,	163,2
,,	1929	,, ,,	1.828	,,	195,2
,,	1930	,, ,,	1.292	,,	109,7
,,	1931	,, ,,	1.432	,,	121,5
,,	1932	,, ,,	2.276	,,	193,1
,,	1933	,, ,,	1.211	,,	102,7
,,	1934	,, ,,	1.727	,,	(nie podano w „Sprawozdaniu")
,,	1935	,, ,,	1.325	,,	,, ,,

Słusznie podkreślają to Ławrynowicz i Łącki, że „endemia warszawska ma wyraźny typ kontaktowy".

W okresie okupacji niemieckiej w r. 1940 rozpoczęto, dzięki energicznym zabiegom dra M. Łąckiego, ówczesnego inspektora i właściwego kierownika miejskiej służby zdrowia w Warszawie, akcję masowych szczepień ochronnych (szczepionką płynną) całej ludności warszawskiej, którą powtarzano odtąd corocznie na wiosnę. Wynik tych szczepień, które były pomyślne, opracował dr E. Grzegorzewski. Jednocześnie przeprowadzano w Państwowym Zakładzie Higieny badania na nosicielstwo duru brzusznego wśród pracowników warszawskich kuchen do masowego odżywiania i w innych zakładach spożywczych pod dyrekcją Kierownika Działu Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny, doc. F. Przesmyckiego. Liczba zgłoszonych przypadków duru brzusznego w Warszawie wynosiła (liczby najwyższe):

w r.	1937	w tygodniu	39-tym	110
,,	1938	,,	38-ym	115

osiągnęła olbrzymi poziom

w I.	1939	,,	45-tym	815 początek wojny
,,	1940	,,	33-cim	40
,,	1941	,,	33-cim	10

(Według obliczeń urzędowych Wydziału Opieki i Zdrowia Magistratu m. Warszawy).

Była to pierwsza na kontynencie Europy próba zastosowania zapobiegawczego przymusowego masowego szczepienia podskórnego ludności milionowego miasta przeciw durowi brzusznemu z wynikiem dodatnim *).

*
* *
*

Ludność wielkich miast zaraża się durem brzusznym i durami rzekomymi (paratyfusami) w czasie wyjazdu na letniska w okolice, zakażone tymi chorobami, a takimi są, niestety, prawie wszystkie nasze wsie i osady; picie nieprzegotowanej wody i surowego mleka, jedzenie nieobmytych czy nieopłukanych owoców i jarzyn (sałata!) są najczęstszą przyczyną zakażeń tyfusowych (i czerwonkowych); choroby te występują najsilniej w sierpniu i we wrześniu (miesiące najsilniejszego rozwoju much), ale w mniejszym nasileniu wydarzać się mogą i w innych miesiącach. Według Ławrynowicza i Łąckiego „ analiza epidemiologiczna wykazała, że ogólny odsetek zakażeń podczas wyjazdów letniskowych stanowi (w Warszawie) średnio 11,16%". Wobec tego, że Warszawa, jako wielkie ognisko nosicielstwa duru brzusznego i durów rzekomych stanowi groźne niebezpieczeństwo i dla osiedli podmiejskich, z nią sąsiadujących, należy traktować Warszawę i jej podmiej-

---

*) Zasługuje na uwagę obserwacja *Malinowskiego* ze szpitala wojskowego w Krakowie, który obserwował w ciągu roku 1931 i 1932 pewną liczbę (25) przypadków duru brzusznego w tem 14 u wojskowych a 11 u osób cywilnych: „u pacjentów wojskowych dur miał na ogół przebieg pomyślny, natomiast u osób cywilnych dur w 12% był śmiertelny, a w 32% przebiegał z powikłaniami... Przyczyny cięższego przebiegu duru u osób cywilnych należy dopatrzyć się w tej okoliczności, że *osoby cywilne*, w przeciwieństwie do wojskowych, *nie były zapobiegawczo szczepione przeciwko durowi*".

skie osiedla za jeden **wielki okręg epidemiczny,** który powinien być jednakowo i jednolicie pod względem epidemiologicznym traktowany.

*
* *

Jak podają Ławrynowicz i Łącki „nie mamy dotąd danych, dotyczących występowania **paratyfusów** w Warszawie. Spodziewać się możemy, że liczba tych zachorowań **bynajmniej nie jest mała.** Spostrzeżenia Miejskiego Instytutu Higieny wykazały (Bohdanowiczówna), że stosunkowo często stwierdza się nosicielstwo pałeczek paratyfusowych (18 razy w ciągu roku na 2.413 osób zbadanych). Natomiast urzędowo stwierdzonych przypadków zachorowań paratyfusowych mamy niezwykle mało — zaledwie pojedyńcze. Tą sprzeczność pomiędzy liczbą nosicieli i chorych paratyfusowych wyjaśnić może tylko dokładne badanie bakteriologiczne chorych".

Ze względu na wyraźnie alimentarne źródło pochodzenia duru rzekomego (paratyfusu) i wielką częstość t. zw. zatruć mięsnych, szczególniej w porze letniej, sprawa domaga się wyjaśnienia i dokładnego wykrywania źródeł i ognisk zakażenia w interesie zdrowia ludności. Kiełbasy i mięso siekane w sprzedaży odręcznej zasługują tu na szczególny nadzór, jak również nosiciele zarazków paratyfusowych (epidemie restauracyjne, hotelowe, sanatoryjne) i personel wszelkiego rodzaju jadłodajni w charakterze nosicieli tych zarazków.

Gruźlica a personel szkolny.

Zastanówmy się wreszcie nad sprawą **gruźlicy,** choroby szczególnie ważnej dla szkoły, zarówno dla nauczycieli jak i **uczniów.**

Wielkimi siewcami zarazków gruźlicy („prątków Kocha") są osoby, chore na gruźlicę płuc; jak wiadomo, zarazki te w wielkiej ilości znajdować się mogą w plwocinie osób, dotkniętych t. zw. „gruźlicą otwartą" płuc, które kaszląc rozsiewają je naokoło siebie w promieniu, jak stwierdzono, z górą 1 metra. Wprawdzie w ostatnich czasach zwrócono uwagę na fakt, że prątki gruźlicy mogą znajdować się w plwocinie osób rzekomo zupełnie zdrowych („Medycyna" r. 1934, Nr. 8, str. 275), ale jest to zjawisko niezmiernie rzadkie, nie wchodzące w rachubę.

Stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, że nauczyciel, dotknięty gruźlicą otwartą i kaszlący, zakaża uczniów swojej klasy; odsetek zakażonych przez niego uczniów dochodzić może do 60% i wyżej ogólnej liczby uczniów w klasie.

Na tę ważną dla zachowania zdrowia dzieci szkolnych okoliczność zwróciły uwagę prawie wszystkie prawodawstwa krajów cywilizowanych. W przytoczonych wyżej „Przepisach zapobiegawczych przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze" z r. 1918 wydanych przez naszego Ministra Oświecenia Publicznego znajduje się w tej mierze postanowienie następujące:

„§ 14. W razie zachorowania kogoś z personelu nauczycielskiego, dziatwy szkolnej lub personelu służbowego przy objawach, wzbudzających podejrzenie na gruźlicę (wybitne wychudnięcie, kaszel z plwociną zwłaszcza krwawą itp.) należy, by osoba taka poddała się badaniu lekarskiemu i ażeby plwocina jej została zbadana bakteriologicznie".

Osoby z gruźlicą otwartą **pod żadnym pozorem** w szkole przebywać nie powinny.

Zaś § 22 „Przepisów" Ministra Oświecenia Publicznego g.osi:

„Za przestrzeganie powyższych przepisów odpowiedzialni są kierownicy i kierowniczki zakładów, lekarze szkolni i rodzice lub opiekunowie dziatwy szkolnej".

Jak poważne skutki wyniknąć mogą z zaniedbania obowiązujących przepisów w przedmiocie ochrony dzieci szkolnych przed gruźlicą w szkole, świadczy wypadek opisany niedawno w prasie lekarskiej bawarskiej („Münchener mediz. Wochenschr." 1936 — Nr. 22, „Lekarz Polski" r. 1936, Nr. 9): zaskarżenia rządu przez ojca ucznia szkoły powszechnej, który uległ zakażeniu gruźlicą w klasie, zaraziwszy się od nauczyciela, dotkniętego otwartą gruźlicą, nauczyciel od 9 miesięcy wydzielał zakażoną plwocinę, a kierownik szkoły nie zwrócił na ten fakt uwagi. **Wobec istnienia przymusu szkolnego** rząd we wszystkich 3 instancjach sprawę przegrał i zmuszony był odszkodowanie wypłacić.

Należy zauważyć, że i u nas łódzki lekarz szkolny, dr Br. Handelsman, już w r. 1921 w swej pracy o gruźlicy w szkole podkreślił odpowiedzialność państwa za zdrowie dzieci szkolnych, mówiąc co następuje: „Państwo, wprowadzając przymusowe wykształcenie, ma obowiązek troszczyć się o to, by dzieci podczas pobytu w szkole korzystały z opieki nad zdrowiem fizycznym i umysłowym, **by nie zaznawały krzywdy** pod jednym albo drugim względem. Szkoła bowiem może szkodliwie wpływać na organizm".

Inne kraje europejskie również starają się uregulować na drodze ustawodawczej sprawę walki z gruźlicą w szkole — przytoczyć tu możemy np. ustawę **holenderską „w przedmiocie ochrony uczniów przeciw skutkom chorób zaraźliwych, występujących wśród personelu zakładów naukowych"** z dn. 7 grudnia 1934 r. (Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique — 1935, Nr 6). Ustawa wprowadza obowiązkowe świadectwa zdrowia dla nauczycieli, przystępujących do pracy w zakładach naukowych, jak również obowiązkowe badanie stanu zdrowia nauczycieli już czynnych w zakładach naukowych Holandii, jak również dalsze badania okresowe oraz przewiduje odpo-

wiednie odszkodowanie lub spensjonowanie ich, o ile choroba jest nieuleczalna; dyrektor szkoły, który przyjmie do kierowanego przez siebie zakładu naukowego nauczyciela bez świadectwa zdrowia, będzie karany grzywną do wysokości 300 guldenów; o ile dyrektor szkoły odmawia zastosowania się do postanowień ustawy, Minister Oświecenia Publicznego może nakazać zamknięcie jego zakładu naukowego.

Nowa ustawa sanitarna **angielska** z dn. 31 lipca 1936 r.*) („Public Health Act" 1936) przewiduje karanie rodziców, którzy świadomie posyłają do szkoły dzieci, dotknięte gruźlicą, niebezpieczną dla otoczenia, jak również nauczycieli, którzy tolerują przebywanie w szkole dzieci, chorych na taką postać gruźlicy. **Nie należy zapominać o tym, że i nauczyciel może zarazić się gruźlicą od dotkniętego tą chorobą** ucznia.

Norweska ustawa o zwalczaniu gruźlicy z dn. 8 maja 1900 r. (z uwzględnieniem zmian, wprowadzonych przez ustawy z dn. 5 czerwca 1925 r., z dn. 25 czerwca 1935 r. i 5 czerwca 1936 r.) postanawia w § 10, iż nikt nie może być mianowany nauczycielem w szkole powszechnej publicznej albo prywatnej, w szkole średniej albo w seminarium nauczycielskim, o ile nie przedstawi świadectwa lekarskiego, stwierdzającego, iż nie jest dotknięty gruźlicą w postaci zaraźliwej dla otoczenia albo o nią podejrzany; świadectwo nie może być wystawione później, niż przed 3 miesiącami i musi być sporządzone przez lekarza urzędowego, albo przez właściwy urząd upoważnionego; koszt takiego świadectwa ponosi kandydat na stanowisko nauczyciela.

Nauczyciel, który objął czynności w szkole, winien poddawać się ponownemu badaniu lekarskiemu przynajmniej raz do roku albo częściej, o ile uzna to za stosowne, albo o ile uzna to za niezbędne lekarz szkolny, albo lekarz urzędowy, sprawujący nadzór sanitarny nad szkołą; koszta tych

*) Wg. Münchener med. Woch. 1937 — Nr. 25 — str. 999.

badań ponosi właściciel szkoły, albo instytucja, utrzymująca szkołę. Jeżeli lekarz stwierdzi, że nauczyciel jest dotknięty gruźlicą w postaci zaraźliwej dla otoczenia, nauczyciel otrzymuje natychmiast urlop zdrowotny płatny. Jeżeli po upływie roku choroba nauczyciela nie przestała być zaraźliwą, właściwa władza może zwolnić nauczyciela; otrzymuje on stałe, w myśl § 13 ustawy, odpowiednie odszkodowanie, którego wysokość, łącznie z emeryturą z powodu niezdolności do pracy, nie może przekraczać jego poborów, otrzymywanych w chwili zwolnienia ze służby. (A a s e r).

We Francji (Bulletin mensuel de l'Office Internat. d'Hygiène Publ., 1938, Nr. 5). personel nauczycielski podlega postanowieniom Dekretu z dn. 10 grudnia 1929 r. i Rozporządzenia ministerialnego z dn. 25 lutego 1930 r., tyczącego się praw i obowiązków urzędników państwowych. Nauczyciel, dotknięty gruźlicą otwartą, może zażądać urlopu zdrowotnego na podstawie świadectwa lekarskiego, podlegającego sprawdzeniu przez lekarza-ftizjologa, upoważnionego przez władzę. Urlopu takiego udziela się na przeciąg 6 miesięcy; urlop może być przedłużany co 6 miesięcy na podstawie ponownych świadectw lekarskich aż do 3 lat; w tym okresie nauczyciel pobiera całkowitą pensję; po wyczerpaniu tego okresu nauczyciel może otrzymać dalszy urlop na 2 lata, ale z połową poborów; jeżeli po upływie lat 5 nauczyciel okaże się niezdolny do pracy, zostaje zwolniony bez prawa do jakiejkolwiek emerytury, o ile prawa tego poprzednio nie nabył. Według jednozgodnej opinii lekarzy francuskich, tego rodzaju postanowienie stanowi poważną lukę w ustawodawstwie francuskim, utrudniającą niezmiernie walkę z gruźlicą w szkole.

Przyjęcie na posadę nauczycielską jest uwarunkowane przedstawieniem świadectwa zdrowia, wystawionego przez lekarza-specjalistę ftizjologa; przepisów analogicznych dla personelu nauczycielskiego specjalistycznego, jak nauczy-

ciele krawiectwa, kucharstwa, gimnastyki etc., jak również dla służbowego personelu szkolnego, we Francji nie ma; wprowadziły je tylko niektóre samorządy miejskie; nie istnieje również w tym państwie kontrola następcza stanu zdrowia osób, należących do tej kategorii pracowników szkolnych.

Co się tyczy uczniów, to istnieje wprawdzie we Francji t. zw. „Wzorowy Regulamin dla szkół" (Règlement scolaire modèle) z dn. 18 stycznia 1887 r. żądający złożenia świadectwa lekarskiego, orzekającego, iż dziecko wstępujące do szkoły nie jest dotknięte żadną chorobą albo ułomnością, mogącą zagrażać zdrowiu innych uczniów, ale „Regulamin" powyższy nie jest powszechnie przestrzegany.

W Anglii instrukcja, wydana wspólnie przez Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Oświecenia Publicznego **w r.** 1927 orzeka, że nauczyciel, „uznany za dotkniętego gruźlicą płuc nie może być uważany za odpowiedniego do wejścia w skład personelu publicznej szkoły powszechnej, szkoły średniej, technicznej, albo innej" o ile nie złoży dwuch świadectw lekarskich: 1° stwierdzającego, że jego choroba należy do kategorii gruźlicy nieczynnej i 2° orzekającego, w 6 miesięcy później, iż poprawa w jego stanie zdrowia utrzymuje się nadal; sprawowanie czynności w szkole jest uzależnione od dalszych świadectw lekarskich, wystawionych po dalszych 6 miesiącach, a następnie po upływie roku i wreszcie po upływie jeszcze jednego roku — ogółem zatem kontrola stanu zdrowia nauczyciela, dotkniętego gruźlicą, obejmuje w Anglii okres 3-letni; zresztą nauczyciel, o ile jego gruźlica pozostaje w stanie nieczynnym, może pracować, na podstawie orzeczenia lekarskiego, w szkole na świeżym powietrzu albo w sanatorium dla dzieci gruźliczych. Według tejże instrukcji uczniowie, uznani za dotkniętych gruźlicą płuc, winni być usunięci ze szkoły (M o r g a n). Wyżej wspomniane postanowienia ustawy sanitarnej angielskiej 1936 r. „(P u b-

lic Health Act — 1936) przewidują odpowiedzialność nauczycieli i rodziców za utrzymywanie w szkole dzieci, dotkniętych niebezpieczną dla otoczenia postacią gruźlicy.

W **Danii** postanowienia ustawy o zwalczaniu gruźlicy z 1912 roku (Office Internat. d'Hygiène Publ. — Session Ordinaire du Comité Permanent d'octobre 1937 — Procès Verbaux de séances. Paris 1938 — p. 51) przewidują dla każdego kandydata na stanowisko nauczyciela obowiązek złożenia władzy szkolnej świadectwa lekarskiego o stanie zdrowia, wystawionego nie później, niż przed 3 miesiącami i stwierdzającego, iż nie jest on dotknięty gruźlicą płuc albo krtani w postaci zaraźliwej dla otoczenia; o ile nauczyciel zapada na gruźlicę w czasie pełnienia swoich czynności zawodowych, może on być zwolniony ze swego stanowiska i przeniesiony na emeryturę, której wysokość wynosi 2/3 jego poborów.

Postanowienia tejże ustawy przewidują konieczność usuwania ze szkoły uczniów, uznanych za zakażonych gruźlicą, z obowiązkiem dostarczenia im odpowiedniego nauczania poza szkołą na koszt gminy; ¾ wydatków na ten cel ponosi Skarb Państwa.

Szwajcarska ustawa związkowa, organizująca walkę z gruźlicą (Office Internat. d'Hygiène Publ. — Session Ordinaire du Comité Permanent d'octobre 1937 Procès Verbaux des Séances — Paris 1938 — p. 52) przepisuje stałą kontrolę lekarską nauczycieli, o ile idzie o badanie na gruźlicę; jeżeli trzeba usunąć ich ze szkoły, ze względu na stan ich płuc, otrzymują emeryturę w wysokości, odpowiadającej ilości lat, przepracowanych w szkole; jeżeli wysokość emerytury nie wystarcza do zabezpieczenia im ich potrzeb życiowych i dania im możności należytego leczenia, emerytura może być uzupełniona przez t. zw. „słuszny zasiłek", przyznawany w myśl postanowień ustawy; o ile się wyleczą albo groźba zakażenia przez nich

otoczenia przestaje być aktualna, nauczyciele tacy mogą powrócić na swoje stanowisko.

Przed przyjęciem do szkoły, dziecko musi być poddane badaniu lekarskiemu, zaś w okresie nauki podlega częstym badaniom lekarskim (próba tuberkulinowa, radioskopia, radiografia); uczniowie dotknięci gruźlicą albo o nią podejrzani mogą być usunięci ze szkoły — kieruje się ich wtedy do szkół na otwartym powietrzu, prewentoriów etc.

Zauważono, że w szkołach szwajcarskich źródłem zakażenia gruźliczego jest znacznie częściej chory na gruźlicę nauczyciel, niż koledzy uczniowie; im bliżej nauczyciela znajdują się w klasie uczniowie, tym łatwiej zarażają się gruźlicą.

*

* *

Jak wynika z powyżej przytoczonych postanowień ustawodawczych, w przedmiocie zwalczania gruźlicy w szkołach, przepisy te w wielu państwach zwracają się przeciwko nauczycielom, dotkniętym gruźlicą, jako niebezpiecznemu czynnikowi szerzenia tej choroby wśród dzieci szkolnych: stwarzać to musi dla nauczycieli niejednokrotnie tragiczne sytuacje życiowe. Jest oczywiście elementarnym obowiązkiem sprawiedliwości społecznej łagodzenie losu tych nieszczęśliwych ludzi przez ułatwianie im kuracji i zapewnienie należytego utrzymania, w razie konieczności spensjonowania ich z powodu choroby: obowiązek ten wobec nauczycielstwa państwo i instytucje publiczne wypełnić muszą i niewątpliwie wypełnią. Nauczyciele, broniąc swoich uzasadnionych praw, winni pamiętać również o skutecznym zapobieganiu, aby w powierzonej im szkole ucząca się młodzież nie zapadała na gruźlicę z winy nauczyciela. **Wymaga tego interes spo-**

łeczny pierwszorzędnej wagi. Stawiając tak ostre wymagania w stosunku do nauczyciela, społeczeństwo ma na względzie **niewątpliwie stwierdzone fakty wymierania na gruźlicę całych rodzin, z powodu jednego zakażonego gruźlicą ich członka:** są to prawdziwie wstrząsające w swym tragizmie zdarzenia i obrazy.

*

* *

Wbrew rozpowszechnionemu zarówno w szerokich kołach społeczeństwa jak i wśród sfer nauczycielskich mniemaniu, częstość zapadania na gruźlicę u nauczycieli **nie** jest na ogół zbyt wielka. Według dra S z u m a n a w okręgu szkolnym poznańskim w ciągu roku szkolnego 1924/25 na 5.200 nauczycieli i nauczycielek chorowało na gruźlicę osób 72 (mężczyzn 19, kobiet 53) co stanowi 1,38% ogólnej liczby personelu nauczycielskiego („Higiena Szkolna" wyd. II.).

Według B l u m e n t a l ó w n y w Warszawie w stosunku do ogólnej liczby nauczycieli szkół powszechnych chorowało na gruźlicę:

w r. 1924 — 6,8% (mężczyzn 2,7% kobiet 8,3 %)
„ 1925 — 6,5% („ 2,4% „ 7,95%)
„ 1926 — 4,2% („ 1,29% „ 5,2 %)

Badania, prowadzone we Francji, ujawniły co następuje: w ciągu lat 10 (1923 — 1933) na liczbę 8.000 nauczycieli w szkołach powszechnych Departamentu Sekwany przyznano urlopów zdrowotnych dłuższych, z powodu gruźlicy, ogółem 60 nauczycielom, co stanowi 0,75% ogólnej liczby tych pracowników. Podane wyżej odsetki chorych na gruźlicę nauczycieli w Warszawie dowodziłyby, że u nas gruźlica wśród nauczycieli jest silniej rozpowszechniona, należy jednak zauważyć, że we Francji badań tych jest jeszcze zbyt mało!

Co się tyczy gruźlicy wśród uczniów, to Genevrier oblicza odsetek tych przypadków na 1000 — 1500, zaś Armand - Delille i Lestocquoy uważają że we Francji zakażenie gruźlicą uczniów jest w 85% przypadków pochodzenia domowego (gruźlica rodziców albo dziadków). (Bulletin mensuel de l'Office Internat. d'Hygiène Publ. 1938 — Nr. 5).

Badania, przeprowadzone przez dra Dżordżewicza, kierownika miejskiej przychodni przeciwgruźliczej w Belgradzie wykazały, że „natura samego zawodu nie ma żadnego wpływu na występowanie gruźlicy wśród nauczycieli. Należą oni do tej kategorii urzędników, **w której zapadalność na gruźlicę i umieralność z niej jest najniższa**"; w istocie, na 714 nauczycieli i nauczycielek szkół powszechnych Belgradu wykryto gruźlicę czynną (jawną i ukrytą) zaledwo u 21 osób, co stanowi 2,94%.

Co się tyczy gruźlicy uczniów, to Dżordżewicz podaje następującą statystykę, tyczącą się gruźlicy uczniów w stosunku do umieralności z gruźlicy wśród reszty ludności Belgradu według dzielnic miasta:

Rok 1936. Dzielnice.

	Odsetek chorych na gruźlicę uczniów szkół powszechnych (na 10.000 uczniów)		Odsetek zgonów z gruźlicy wśród ludności otaczającej (na 10.000 mieszkańców)
dzielnica	I — 13,0	—	10,83
„	II — 4,5	—	7,66
„	III — 25,0	—	13,21
„	IV — 28,5	—	17,28
„	V — 27,0	—	27,30
„	VI — 35,0	—	30,08.

Dżordżewicz wnioskuje z powyższego zestawienia, że „zakażenie gruźlicze u uczniów pochodzić się zdaje raczej z **zakażenia pozaszkolnego** niż z zarażenia w sa-

mych murach szkolnych. Jednakże, jakkolwiek sprawa ta się przedstawia, obecność w szkołach nauczycieli, dotkniętych gruźlicą, jest nie tylko niepożądana, ale i wzbroniona przez prawo; byłoby b. pożądane przeprowadzać regularnie i conajmniej co 6 miesięcy obowiązkowe badanie na gruźlicę wszystkich nauczycieli". Zarówno obserwacje francuskie jak jugosłowiańskie słusznie podkreślają wpływ stosunków, panujących wśród otoczenia szkoły, na stan higieny szkolnej, a więc i na stan gruźlicy wśród uczniów i nauczycieli. Przemawiając na Kongresie Ligi Szkolnej („Ligue de l'Enseignement") w r. 1926 prof. Leon Bernard powiedział, w sprawie ustawowego wprowadzenia we Francji organizacji lekarzy szkolnych, co następuje:

„Organizacja higieny szkolnej, miałaby, mojem zdaniem, jak najpomyślniejszy wpływ na zdrowie uczniów i nauczycieli. Nasz kraj jest brudny, mamy przyzwyczajenie do brudu i jesteśmy ze wszystkich narodów ostatnim, gdzie można by stwierdzić tę przykrą okoliczność. Nie należę do ludzi, którzy wierzą, że nie można odmienić umysłowości człowieka dorosłego: nie jest to rzeczą nie do osiągnięcia, ale jestem nadal przekonany, że daleko jest łatwiej formować umysłowość dzieci; na tym ostatnim punkcie cały świat jest zgodny. Dlatego też nie waham się twierdzić, że wprowadzenie organizacji higieny szkolnej w mury szkolne stworzyłoby w rezultacie nowego ducha wśród Francuzów i nauczyłoby ich być czystymi. Postępy w ten sposób osiągnięte byłyby równe pod względem ich doniosłości, jak te, których słusznie oczekujemy od zorganizowania służby zdrowia dla poprawy zdrowia publicznego. Obecnie we Francji umieralność ogólna ma najwyższy poziom w Europie" (cyt. u Roger i Vitry).

Rozpocząwszy w r. 1918 organizowanie higieny szkolnej dzięki współpracy Ministerstwa Oświecenia Publicznego i Ministerstwa Zdrowia Publicznego, której wyra-

zem były tylokrotnie tu przytaczane „Przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły". Polska, wskutek skasowania Ministerstwa Zdrowia Publicznego, zaniechała dalszej pracy w tej dziedzinie i nie zdołała wykonać najważniejszego zadania, **zorganizowania higieny szkolnej w szkołach powszechnych na wsi,** ku wielkiej szkodzie Narodu i Państwa (C h o d ź k o).

PIŚMIENNICTWO.

1. *Aaser.* Mésures législatives en Norvège concernant les professeurs ou instituteurs tuberculeux. Bulletin mensuel de l'Office Internat. d'Hygiène Publ. 1938. Nr. 5.
2. *Bender E.* Ueber das Vorkommen und die epidemiologische Bedeutung von Diphtheriebazillenträgern unter schutzgeimpften und nicht schutzgeimpften Kindern. Münch. med. Woch. 1937, Nr. 27.
3. *Blumentalówna N.* O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych. Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1929. Nr. 1 — 2.
4. *Bohdanowiczówna Z.* Nosicielstwo pałeczek grupy durowej w Warszawie. Polska Gaz. Lek. 1933. Nr. 29 — 30.
5. *Bohdanowiczówna Z. — Walęcki M.* Nosicielstwo błonicze w szkole. Medycyna. 1936. Nr. 2.
6. *Bürgers J.* Epidemiologie der Typhuserkrankungen und Lebensmittelinfektionen. Zentralbl. f. Bakteriologie. 1937. T. 140, Nr. 3 — 8.
7. *Buttiaux R.* Comptes - Rendus de la Société de Biologie. 1933, T. 114.
8. *Carrière.* La variole en Suisse. (Conférence faite aux participants à l'échange du personel sanitaire — (Berne 1925).
9. *Chodźko W.* Prawodawstwo oraz organizacja państwowa i społeczna w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Podręcznik Chorób Zakaźnych. zesz. I. część II. Lwów — Warszawa. 1925.
10. *Chodźko W.* Polski lekarz powiatowy. Zdrowie Publiczne. 1935. Nr. 9.
11. *Chodźko W.* Polski lekarz powiatowy a higiena szkolna w Polsce. Lekarz Polski. 1939. Nr. 1 — 2.

12. *Chodźko W.* Lambliase en Pologne. Bull. mens. de l'Office Internat. d'Hygiène Publique. 1939. Nr. 3.
13. *Chodźko W.* Les vaccinations antidiphtériques à Varsovie. Bull. mens. de l'Office Internat. d'Hyg. Publ., 1936. Nr. 2.
14. *Djordjevitch B. M.* Les instituteurs et la tuberculose à l'école. Bull. mens. de l'Office Internat. d'Hyg. Publ. 1938. Nr. 9.
15. *Dufestel L.* La Réforme de l'Inspection Médicale des Ecoles. Paris Médical. 1924. Nr. 46.
16. *Grott W. J.* Lambliaza jako możliwy czynnik chorobotwórczy w powstawaniu raka dróg żółciowych. Medycyna 1938. Nr. 22.
17. *Grzegorzewski E.* Badania nad durem brzusznym w województwie warszawskiem. Zdrowie Publiczne. 1934. Nr. 2
18. *Grzegorzewski E.* Ocena wyników szczepień masowych. Zdrowie Publiczne. 1936. Nr. 1.
19. *Grzegorzewski E. — Hirszfeld L. — Mission B. — Markiewicz E.* Wyniki szczepień ochronnych przeciwbłoniczych. Pediatria Polska. 1939. Nr. 5.
20. *Handelsman Br.* O gruźlicy i zwalczaniu jej przy pomocy szkoły. Łódź. 1921. Nakł. Manitiusa.
21. *Hirszfeld L.* Współczesne zagadnienia błonicy. (Zbiór prac). Nakładem Warsz. Towarzystwa Medycyny Zapobiegawczej.
22. *Hunziker H. — Reese H.* Die Basler Pockenepidemie von 1921 unter besonderer Berücksichtigung der Verbreitung der Pocken durch Fliegen. Schweizer Med. Woch. 1922 Nr. 20.
23. *Kacprzak M.* Les vaccinations contre le fièvre typhoïde en Pologne. Bull. de l'Office Internat. d'Hygiène Publ. 1934. Nr. 1.
24. *Kacprzak M.* Zapobieganie chorobom zakaźnym Choroby zakaźne. — Podręcznik dla lekarzy, Tom. I — Warszawa. 1938.
25. *Kaczyński R.* Zachorowania na błonicę wśród szczepionych ochronnie anatoksyną. Medycyna. 1933. Nr. 13.
26. *Kliewe-Hsü.* Ueber die Ursache des Absterbens von Typhusbazillen in saurere Milch. Deutsche med. Woch. 1935. Nr. 29.
27. *Kliewe H. u. Schuppener A.* Zentralblatt f. Bakteriologie. — 1937.

28 *Krause P.* Stand unserer Kentnisse über die Behandlung der chronischen Bazillenausscheider im Stuhl bei typhösen Erkrankungen. Medizinische Klinik. 1934. Nr. 14.

29. *Krauss H.* Ist die Pockenschutzimpfung noch nötig? Münch. med. Woch. 1938. Nr. 24.

30 *Ławrynowicz A.* — Z epidemiologii stolicy. Zdrowie Publ. 1938. Nr. 10.

31. *Ławrynowicz A.* — *Łącki M.* — Typ endemji i drogi zwalczania duru brzusznego w Warszawie. Medycyna. 1933. Nr. 8.

31. *Malinowski A.* O wpływie szczepień ochronnych na przebieg duru brzusznego. Medycyna. 1935. Nr. 19.

32. *Méry H.* Le role et l'action du médecin scolaire. Paris Medical. 1922. Nr. 46.

33. *Morgan M. T.* — Mésures de prévention en Grande — Bretagne contre la propagation de la tuberculose dans les écoles par des maîtres ou des enfants infectés. Bull. mens. de l'Office Internat. d'Hygiène Publ. 1938. Nr. 5.

34. *Mouton-Chapot S.* La diphtérie et prophylaxie par la vaccination dans le Département de Meurthe-et-Moselle. Nancy, 1935.

35. *Przesmycki F.* Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie. Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1928. 3 i 10 maja.

36. *Rimpau.* Zwei Epidemien von Nahrungsmittelvergiftungen. Münch. med. Woch. 1932. Nr. 45.

37. *Roger-Vitry G.* La lutte contre la Tuberculose à l'Ecole. La Médecine Scolaire. 1926. Nr. 9.

38. *Rossrucker A.* Beiträge zur Epidemiologie und Frühdiagnose der Poliomyelitis acuta. Münch. med. Woch. 1932. Nr. 23.

39. *Sporzyński F.* Problem walki z ospą w świetle obecnej sytuacji epidemiologicznej. Zdrowie Publ. 1934. Nr. 11.

40. *Stiner O.* Impfung und Impfgegner. Schweizer med. Woch. 1924. R. 54. Str. 1078.

41. *Vernieuwe.* De la conduite à tenir vis-à-vis des porteurs de germes diphtéritiques. Bruxelles Médical. 1923. Nr. 23.

42. *Wohlfeil T.* Typhusausbrüche und Typhusbazillenausscheider. Medizin. Klinik. 1938. Nr. 24.

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO · KRAKÓW ·
BIBLIOTEKA GŁÓWNA
A
1510
Biblioteka Gł AWF w Krakowie
1800069452