

Janiuk, Jerzy

Gruźlica w okresie Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego w teorii i praktyce medycznej : (fragment pracy doktorskiej). Cz. 2

Medycyna Nowożytna 17/1, 41-78

2011

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



JERZY JANIUK

Gruźlica w okresie Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego w teorii i praktyce medycznej (cz. 2.)¹

Słowa kluczowe: gruźlica, organizacja lecznictwa przeciwgruźliczego, Młoda Polska, II RP

Organizacja walki z gruźlicą

W 1900 r. I. Baranowski² sformułował podstawowe zasady walki z zakażeniami gruźliczymi. Podkreślając, że w działaniach unikać należy „(...) wszelkiego bawienia się w marzenia, w utopie, sięgania po coś, co jest do ziszczenia niemożliwe (...)” postulował szukanie dróg dostępnych, praktycznych i na miarę możliwości. Za nierealne uważał dążenie do utworzenia takiej liczby sanatoriów, które umożliwią bezpłatne leczenie wszystkich wymagających tego suchotników, gdyż z kosztami podobnych zamiarów nie potrafiłyby sobie poradzić państwa o wiele bardziej zamożne. Powoływał się na dane niemieckie,

¹ Część pierwsza artykułu zamieszczona została w tomie 16 „Medycyny Nowożytnej”. J. Janiuk, *Obraz gruźlicy na przełomie XIX i XX w. w literaturze pięknej okresu Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego*, Warszawa 2010.

² I. Baranowski, *Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe*, Kraków 1900, s. 27–28.

według których koszt utworzenia jednego łóżka sanatoryjnego sięgał wówczas 4 tys. marek. Przyjmując okres półroczny jako przeciętny czas leczenia jednego chorego należałoby utworzyć 100 tys. łóżek kosztem 400 mln marek. Ponieważ koszt leczenia jednego pacjenta sięgał 3 marek dziennie, a ok. 1 tys. rocznie, budżet państwa niemieckiego musiałby przeznaczyć na ten cel 100 mln marek w skali roku. Były to sumy nierealne. W związku z tym Baranowski wskazuje następujące kierunki działań:

1. Zapobieganie chorobie poprzez oświatę zdrowotną, propagowanie higieny domowej i szkolnej.

2. Upowszechnienie metod domowej terapii gruźlicy, częściowo powielających leczenie sanatoryjne – z możliwością wykorzystania klimatycznych zalet terenów wiejskich.

3. Przeprowadzenie reformy placówek szpitalnych – przesunięcie ich poza obręb miast, utworzenie wydzielonych oddziałów dla „chorych piersiowych”, szkolenie personelu lekarskiego w zakresie metod leczniczych, stosowanych dotychczas wyłącznie w sanatoriach.

4. Budowę sanatoriów, zarówno jako przedsięwzięć prywatnych, z myślą o pacjentach zamożnych, jak i placówek z częściową odpłatnością dla chorych niezamożnych, oraz zakładów prowadzonych przez instytucje dobroczynne z przeznaczeniem dla najuboższych.

Następne lata wykazały, że założenia te legły u podstaw racjonalnej walki z gruźlicą. Były to jednak tylko założenia, o efektach kilkanaście lat później napisał Henryk Sienkiewicz³: „U nas zrobiono mało. Istnieje i pracuje dzielnie Tow. Walki z Gruźlicą; założono kilka sanatoriów w lasach i górach, większe jest nieco staranie o zdrowotność miast i wsi, ale oto i wszystko. Jest to tak, jakby kto pożar zalewał szklanką wody lub wysłał małą łódkę na ratunek tonących”.

Działania profilaktyczne

Służby sanitarne

Zarówno przed I wojną światową, jak i w okresie międzywojennym główny ciężar walki z gruźlicą spoczywał na organizacjach społecznych: były to głównie towarzystwa przeciwgruźlicze, które dopiero w niepodległej Polsce i to w niewielkim zakresie subwencjonowane były z budżetu państwa oraz samorządów miejskich i powiatowych.

³ S. Helsztyński, *Dobranoc, miły książe*, Warszawa 1971, s. 277.

Ruch przeciwgruźliczy rozwijał się głównie dzięki zaangażowaniu lekarzy- społeczników, najlepiej rozumiejących istotę choroby i skalę niesionych przez nią zagrożeń. Zorganizowana pomoc dla chorych na gruźlicę rozwinęła się wzorem państw Europy zachodniej, gdzie na przełomie XIX i XX w. wybuchła wielka epidemia tej choroby. Na ziemiach polskich, podzielonych pomiędzy zaborców, uwarunkowania były szczególne – żadne z państw zaborczych nie było zainteresowane inwestowaniem w zorganizowany system zapobiegawczo- leczniczy celem opanowania szerzących się epidemicznie chorób zakaźnych. Najtrudniejsza sytuacja powstała w Królestwie Polskim, gdzie rozwiązania organizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej ukierunkowane były przede wszystkim na działania o charakterze sanitarnym. Funkcjonował tu model tzw. medycyny policyjnej, pochodzący z początku XIX w., kiedy to kompetencje z zakresu zabezpieczenia zdrowia publicznego podzielono pomiędzy ministra spraw wewnętrznych i ministra policji. Temu ostatniemu podlegał m. in. nadzór sanitarno-komunalny, leżący w zakresie obowiązków lekarzy miejskich, przeciążonych pracą z powodu niedostatecznej liczby zatrudnionych. Działalność sanitarną realizowano w stopniu niezbędnym dla funkcjonowania życia społecznego. Natomiast poza zakresem zainteresowań władz rosyjskich leżała opieka lekarska nad ubogimi, bezrobotnymi, ludnością wiejską, a także nad chorymi na gruźlicę i inne choroby społeczne. Dotyczyło to także opieki nad dziećmi. Zlikwidowano też lub zawieszono szkolnictwo lekarskie. Władze rosyjskie przejęły kontrolę nad sprawami związanymi z dobroczynnością publiczną⁴. W latach 80. XIX w. celem zabezpieczenia materialnego robotników zaczęto wprowadzić organizować przyfabryczne kasy chorych, jednak ich funkcjonowanie ograniczało się do wypłaty zasiłków chorobowych. Nie tworzyły one żadnych funduszy na walkę z gruźlicą. Ich działalność przynosiła korzyści w większym stopniu właścicielom przedsiębiorstw, niż chorym. Leczeniem zajmowały się przyfabryczne ambulatoria. Obowiązek zwalczania chorób zakaźnych władze rosyjskie realizowały poprzez działania administracyjne, polegające na ogłaszaniu zarządzeń sanitarnych. Nie stosowano jednak sankcji, gwarantujących ich wykonanie.

W okresie międzywojennym główny wysiłek administracji państwowej nadal koncentrował się na posunięciach sanitarnych. Ruch przeciwgruźliczy tylko w ograniczonym stopniu mógł liczyć na

⁴E. Więckowska, *Opieka lekarsko-zdrowotna i sanitarna w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna” 2007, T. 14, z. 1–2, s. 55–59.

wsparcie ze strony państwa. Było to usprawiedliwione trudną sytuacją ekonomiczną kraju, niestabilnością polityczną, kryzysami gospodarczymi. W pierwszych powojennych latach zaistniała potrzeba podjęcia skutecznej walki z epidemiami ostrych chorób zakaźnych, gwałtownie szerzących się z powodu następstw działań wojennych i zaniedbań okresu przedwojennego, migracji ludności, napływu repatriantów z Rosji, braku mieszkań, biedy i złych warunków sanitarnych. Długotrwały proces kształtowania się nowej państwowości nie sprzyjał ponadto procesowi organizacji opieki medycznej nad ludnością cywilną. W tej sytuacji MZP przyjęło rozwiązanie tymczasowe i powołało w 1920 r. Naczelną Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami. Komisariat przejął zadania ministerstwa w zakresie walki z chorobami zakaźnymi, w tym także gruźlicą. W gestii tej instytucji znalazły się sprawy sanitarno-epidemiologiczne, profilaktyka, leczenie, dezynfekcja, oświata zdrowotna i kwestie legislacyjne. Uzyskała więc ona możliwość prowadzenia kompleksowych działań niezbędnych do skutecznej walki z epidemiami i przystąpiła do budowy niezbędnych struktur: szpitali epidemicznych, punktów szczepień, zakładów kąpielowo-dezynfekcyjnych. W 1921 r. Komisariat dysponował 116 szpitalami i 10 785 łózkami szpitalnymi. W następnym roku liczba szpitali wzrosła do 123, a liczba łóżek do 11 tysięcy⁵. Jednak ich wykorzystanie sięgało zaledwie jednej trzeciej, głównie z powodu niechęci i braku zaufania ludności do leczenia szpitalnego, a także skrajnego zubożenia społeczeństwa, które nie było w stanie pokryć kosztów hospitalizacji. Sytuację pogorszyła jeszcze likwidacja w 1923 r. MZP, którego kompetencje podzielono pomiędzy kilka innych resortów (np. walka z gruźlicą dziecięcą znalazła się w gestii Ministerstwa Pracy, gruźlicą dorosłych – Ministerstwa Spraw Wewnętrznych). Konsekwencją tej decyzji, uzasadnianej stabilizacją sytuacji sanitarnej w związku z zakończeniem procesu repatriacji, było rozproszenie sił i środków, a także kompetencji decyzyjnych, co spowodowało stopniowe ograniczanie działalności Komisariatu, który przystąpił do likwidacji lub przekazywania organom samorządowym powołanych przez siebie instytucji medycznych. Samorządy nie paliły się do ich przejmowania, nie posiadały bowiem w swoich budżetach środków na finansowanie ich działalności. Zmniejszała się też wysokość nakładów przeznaczanych z bu-

⁵ E. Więckowska, *Wpływ zwalczania epidemii na politykę zdrowotną państwa w pierwszych latach II Rzeczypospolitej*, (w:) B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, Wrocław 2001, s. 250.

dżetu państwa na działalność sanitarną. Z 0,97% ogólnego budżetu w roku 1919, 1,09% w roku 1921 i 1,24% w kolejnym roku wydatki na cele sanitarne spadły w roku 1923 do 0,79%, a następnym roku do 0,57%. Władyczko⁶ oceniał, że wydatki samorządów na cele sanitarne wyniosły w 1924 roku 165 439 tys. zł, czyli 6 zł 24 gr na jednego obywatela w skali roku. Było to 27 razy mniej niż w Anglii. Na jednego mieszkańca miasta przypadało przy tym 16 zł 45 gr, na mieszkańca wsi już tylko 50 gr. Dysproporcja była więc ogromna, zwłaszcza, że ludność wiejska stanowiła wówczas 74% ogółu społeczeństwa. Niskie były też nakłady na opiekę zdrowotną – w roku 1924 przeznaczono na jednego obywatela 24 grosze w skali roku, podczas gdy w Czechosłowacji 1,9 złotego, a w Jugosławii 2,4 zł⁷.

Efektom działalności Komisariatu było ujawnienie konieczności rozwoju oświaty zdrowotnej, propagowania zasad higieny osobistej, a także wykazanie bezpośredniego związku pomiędzy sytuacją epidemiologiczną kraju i stopniem rozwoju infrastruktury sanitarnej, takiej jak sieci wodociągowe i kanalizacyjne. Skuteczna w praktyce i efektywna działalność Komisariatu była jednocześnie bardzo kosztowna i niemożliwa do sfinansowania na dłuższą metę, a także niedostosowana do oczekiwań społeczeństwa, które nie uświadamiało sobie jeszcze własnych potrzeb zdrowotnych. Toteż ostatecznie struktury Komisariatu uległy likwidacji, chociaż po reorganizacji mogły ograniczyć swą działalność do walki z chorobami społecznymi.

MZP przystąpiło jednocześnie do budowy stałych, cywilnych struktur sanitariatu państwowego. Zakładano, że zadania sanitarno-epidemiologiczne docelowo przekazane zostaną organom samorządowym. Dla realizacji tej koncepcji niezbędne były dobrze funkcjonujące i silne struktury samorządowe, których – szczególnie na terenach byłego zaboru rosyjskiego – w ówczesnej Polsce brakowało. Rozwiązanie ministerstwa spowodowało wstrzymanie prac nad wprowadzeniem tego projektu. Jednak największym błędem była jednoczesna likwidacja Komisariatu i MZP, która wymusiła powrót do rosyjskiego modelu medycyny policyjnej, która przejęła nadzór sanitarno-epidemiologiczny. Efektom tego był gwałtowny wzrost zapadalności na choroby społeczne, problem, z którym służby medyczne nie potrafiły sobie poradzić do końca dwudziestolecia międzywojennego. MZP nie wypracowało bowiem w tym zakresie

⁶ S. Władyczko, *Krytyka organizacji służby zdrowia publicznego*, (w:) *O gruźlicy jako największej kłęsce społecznej naszych czasów*, Wilno 1927, s. 5.

⁷ Tamże, s. 248.

długoterminowej polityki zdrowotnej – w okresie międzywojennym oparto ją o leczenie prywatne połączone z państwowym nadzorem sanitarno-epidemiologicznym, co pozwoliło na poprawę zdrowotności społeczeństwa przede wszystkim poprzez opanowanie epidemii ostrych chorób zakaźnych. Pozostawiono natomiast nierozwiązany problem szerzących się chorób społecznych, w tym także gruźlicy. Sytuacji nie poprawiło zapoczątkowanie w 1926 r. szczepień BCG – ich skuteczność od początku budziła zresztą kontrowersje.

Działalność dobroczynna i społeczna

Luki w opiece zdrowotnej starały się wypełnić instytucje społeczne i dobroczynne, które w Królestwie bez większych przeszkód mogły funkcjonować od 1906 r. na mocy wydanego wówczas aktu o wolności stowarzyszeń. Koncentrowały się przede wszystkim na działalności profilaktycznej, której znaczenie stale rosło. W sprawie tej odzywało się coraz więcej głosów. W wystąpieniach nawiązywano do obrad międzynarodowego kongresu przeciwgruźliczego, który odbył się w Paryżu w 1898 r. Podjęto wówczas uchwałę o powołaniu Międzynarodowego Biura Centralnego do Walki z Gruźlicą z siedzibą w Berlinie, mającego zrzęcać i koordynować działania organizacji w poszczególnych krajach. Zadaniem biura było popieranie wszystkich inicjatyw społecznych zmierzających do zwalczania i zapobiegania gruźlicy, ze szczególnym naciskiem na gruźlicę wieku dziecięcego, prowadzenie statystyk zachorowalności i umieralności, realizację zadań diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i higienicznych, a także popularyzację walki z gruźlicą m.in. poprzez wydawnictwa przeciwgruźlicze⁸. Niewiele później Baranowski⁹ donosił, że liczne zjazdy lekarskie i kongresy higieniczne wprowadzają kwestie związane z gruźlicą do porządku obrad, których celem jest „(...) pobudzenie społeczeństw do samoobrony przeciw gruźlicy, oraz pobudzenie rządów do popierania usiłowań odnośnych przez zarządzenia, leżące w zakresie działania władz państwowych”. Bączkiewicz¹⁰ wskazywał na gruźlicę jako największego wroga i powiadał, że (...) wszystkie kulturalne społeczeństwa przedsięwzięły środki ku jego zwalczaniu, wszędzie też powstały ligi, towarzystwa

⁸ A. Fijałek, J. Supady, *Gruźlica płuc w Łodzi od schyłku XIX w. do 1918 r.*, Łódź 2002, s. 46.

⁹ I. Baranowski, *Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe*, Kraków 1900, s. 6.

¹⁰ J. Bączkiewicz, *Jak chronić dzieci od gruźlicy*, Warszawa 1912, s. 18.

do walki z gruźlicą i na sztandarze swoim wypisały nie tylko leczyć, ale przede wszystkim zapobiegać rozwojowi gruźlicy”. Wypada się zastanowić, jaki skutek odniosły te apele, skoro po upływie wielu lat Kazimierz Bross¹¹ wzywał w podobnym tonie: „Nie wolno nam zatem założyć rąk! Wszystkie czynniki zainteresowane walką z gruźlicą: społeczeństwo, zrzeszone w towarzystwach przeciwgruźliczych, rząd, samorządy i ubezpieczenia społeczne powinny łączyć się do walki z tą klęską społeczną”.

Pierwsze Towarzystwo Przeciwigruźlicze powstało w 1890 r. w Poznaniu. W roku 1908 z inicjatywy Alfreda Sokołowskiego powołano Warszawskie Towarzystwo Przeciwigruźlicze. Kolejne powstaje w 1909 r. w Krakowie, dzięki zaangażowaniu Tomasza Janiszewskiego. W mieście tym już od 1900 r. funkcjonuje sekcja gruźlicza, utworzona na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich. Rok później na posiedzeniu Wydziału Przeciwigruźliczego Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, powołując się na zalecenia tegoż Zjazdu, wysunięto propozycję utworzenia Ligi Przeciwigruźliczej. Wskazywano na pozytywne efekty podobnych inicjatyw w państwach Europy zachodniej, negatywnie oceniono dotychczasowe rezultaty zorganizowanej walki z gruźlicą. Wkrótce w zaborze austriackim powstaje Liga Przeciwigruźlicza, powołana przez Kazimierza Dłuskiego. W Warszawie Ligę utworzono w roku 1906. W 1907 r. powstaje Liga Przeciwigruźlicza w Łodzi, a jej założycielami są m.in. Jan Pieniążek i Seweryn Sterling, który w roku następnym tworzy wydaną przez Ligę ustawę przeciwigruźliczą. Wytaczała ona cele i zadania, do których należało przeciwdziałanie szerzeniu się gruźlicy za pomocą wszystkich dostępnych środków, umożliwienie leczenia zagrożonym i chorym, sprawowanie opieki nad ich rodzinami, a także prowadzenie badań naukowych nad istotą gruźlicy i możliwościami jej leczenia¹². Zadania te Liga miała realizować poprzez zakładanie i prowadzenie ambulatoriów, oddziałów szpitalnych, sanatoriów i letnisk, laboratoriów i aptek. Do roku 1918 na terenie zaborów istniało 14 towarzystw do walki z gruźlicą¹³. Prowadziły one działalność oświatową i zapobiegawczą, gromadziły dane na temat warunków egzystencji rodzin robotniczych, udzielały pomocy materialnej, organizowały poradnictwo przeciwigruźlicze. Towarzystwo warszawskie uruchomiło przy Szpitalu św.

¹¹ K. Bross, *Spółeczna walka z gruźlicą w Polsce w ubiegłym piętnastoleciu*, „Medycyna Praktyczna” 1933, z. 11, s. 6.

¹² A. Fijałek, J. Supady, dz. cyt., s. 47.

¹³ Z. Moskwa, *Instytucje i organizacje społeczne w walce z gruźlicą w Polsce do wybuchu II wojny światowej*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 19, s. 1362.

Ducha, gdzie udzielano nie tylko porad lekarskich, ale i pomocy materialnej: rozdawano mleko, kefir, tran, bezpłatne bony do apteki, a także węgiel. Lekarz przyjmował wprawdzie tylko 3 razy w tygodniu po godzinie, ale w roku 1910 udzielono 944 porad dla 163 chorych. Problemem była kontynuacja leczenia w zakładach zamkniętych – tylko 3 chorych zdołano umieścić w sanatorium, a 6 w szpitalu¹⁴. Łódzka Liga Przeciwgruźlicza uruchomiła poradnię w 1909 r., w założeniach miała zajmować się szeroko rozumianą profilaktyką. Podobnie jak w Warszawie funkcjonował tu także gabinet lekarski (w r. 1910 udzielono 2397 porad).

Tab. 8. Liczba chorych na gruźlicę poszczególnych narządów objętych opieką przychodni Ligi Przeciwgruźliczej w Łodzi w latach 1910–1912¹⁵.

Nazwa jednostki chorobowej	Liczba chorych w latach			Razem
	1910	1911	1912	
Gruźlica płuc okres I	95	215	275	585
Gruźlica płuc okres II	56	119	96	271
Gruźlica płuc okres III	58	70	56	184
Gruźlica płuc nieczynna	5	10	7	22
Gruźlica krtani	1	4	6	11
Gruźlica kości	1	–	1	2
Gruźlica węzłów chłonnych oskrzeli	11	11	23	45
Gruźlica węzłów chłonnych szyi	3	12	22	37
Zapalenie opłucnej	–	2	3	5

Badania kontrolne chorych przeprowadzano co 2–3 tygodnie, wykonywano analizy płwociny i moczu. Pacjentów kwalifikujących się do leczenia tuberkuliną kierowano do ambulatorium funkcjonującego przy szpitalu Fundacji Poznańskich, wymagających hospitalizacji – do oddziału dla „chorych piersiowych” w tym samym szpitalu. Jedną z form pomocy były zapomogi w naturze. Oprócz produktów spożywczych rozprowadzano szczoteczki do zębów i rąk, oraz zamykane korkiem spluwaczki z niebieskiego szkła. Poradnia dysponowała własną sanitarką, która wykorzystywana była do pracy środowiskowej.

¹⁴ E. Więckowska, *Opieka lekarsko-zdrowotna...*, s. 65.

¹⁵ A. Fijałek, J. Supady, dz. cyt., s. 51.

Tab. 9. Zapomogi w naturze przyznane chorym objętym opieką Ligi Przeciwgruźliczej w Łodzi w latach 1910–1912¹⁶.

Rodzaj zapomogi	Ilość zapomóg przyznana w latach			Razem
	1910	1911	1912	
Łóżka	15	33	66	114
Sienniki	–	40	82	122
Spluwaczki kieszonkowe	267	316	448	1031
Szczotki do zębów	312	300	464	1076
Szczotki do rąk	312	296	453	1061
Płyn odkażający (w butelkach)	400	346	552	1298
Kefir (w butelkach)	6466	15516	14385	36367
Mleko (w kwartach)	1667	10353	18126	30146
Tran (w porcjach)	154	295	810	1259
Olej (w porcjach)	391	1251	1325	2967
Sól do kąpieli (w funtach)	6	347	735	1088
Masło (w funtach)	76	840	1354	2194

Niektóre z towarzystw dysponowały nawet własnymi ośrodkami sanatoryjnymi – np. towarzystwo warszawskie doprowadziło do uruchomienia pierwszego w Królestwie Polskim Sanatorium Ludowego dla „chorych piersiowych”. Powstało ono w 1912 r. w Leśniczówce pod Mrozami, dysponowało 10 łóżkami i nieodpłatnie, na koszt towarzystwa, leczyło chorych ze środowiska robotniczego.

Zwalczanie gruźlicy w oparciu o instytucje społeczne i dobroczynne w okresie przed I wojną światową nie było skuteczne z powodu ograniczonych możliwości finansowych. Hojność darczyńców miała swoje granice, toteż środki na działalność zdobywano w różny sposób, np. Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze organizowało doroczne obchody „święta białego kwiatka”, przeznaczając dochód na walkę z gruźlicą. Była to jednak kropla w morzu potrzeb. Akcje takie służyły raczej nagłośnieniu problemu i sygnalizowały potrzebę pilnych zmian warunków społeczno-ekonomicznych i politycznych. Innym problemem były trudności z rozbudową struktur organizacyjnych, co

¹⁶Tamże, s. 50.

ograniczało zasięg działania ruchu przeciwgruźliczego. Baranowski¹⁷ wskazywał na możliwość wykorzystania struktur organów samorządowych, pisząc: „(...) z każdą zaś radą powiatową, z każdą radą miejską, niechaj współdziała stowarzyszenie przeciwgruźlicze, któreby zbierało materyały cyfrowe, obmyślało sposoby, wskazywało je, zbierało na rzecz walki z gruźlicą te środki, których dostarczyć może filantropia: a mieć będziemy organizację cały kraj obejmującą”. Zdawał sobie jednak sprawę, że takie rozwiązania organizacyjne byłyby możliwe do wprowadzenia w Galicji i ewentualnie Wielkim Księstwie Poznańskim, ale już na pewno nie w Królestwie. Toteż ostatecznie apelował do całego społeczeństwa, które we własnym interesie, jako „pospolite ruszenie” winno przystąpić do walki z gruźlicą, bowiem tylko siłami zbiorowymi narodu można w tej walce zwyciężyć.

W okresie międzywojennym cały ciężar walki z gruźlicą przejęły towarzystwa społeczne, w niewielkim tylko stopniu subsydiowane z kasy państwowej, a także samorządy miejskie i powiatowe. W 1925 r., z inicjatywy Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, przy wsparciu towarzystw: krakowskiego, poznańskiego, lwowskiego i wileńskiego powołano Polski Związek Przeciwgruźliczy, jako centralną organizację o charakterze społecznym, mającą na celu nadzorowanie i planowanie akcji przeciwgruźliczej. Statut Związku zawierał szeroki program działania, obejmujący m.in. pobudzanie społecznych inicjatyw do walki z gruźlicą, organizowanie akcji propagandowych, koordynowanie działalności towarzystw i instytucji przeciwgruźliczych społecznych, samorządowych i ubezpieczeniowych, gromadzenie środków finansowych, szkolenie personelu lekarskiego, działalność opiniotwórczą w kwestiach dotyczących gruźlicy, gromadzenie i opracowywanie danych statystycznych, a wreszcie współpracę z międzynarodowym ruchem przeciwgruźliczym¹⁸. Związek prowadził działalność przy pomocy jednolicie zorganizowanych towarzystw terytorialnych, zrzeszonych w związki wojewódzkie, które z kolei łączyły się w związki regionalne. Warunki funkcjonowania Związku były niełatwe nie tylko z uwagi na trudności finansowe (zwłaszcza niedobór środków na leczenie chorych ubogich), ale także niską świadomość społeczeństwa co do konieczności zwalczania gruźlicy, niewielkie zainteresowanie instytucji prowadzących działalność ubezpieczeniową na wypadek choroby (jak np. Kasy Chorych) i samorządów powiatowych. Brakowało też wykwalifikowanego personelu, przede wszystkim lekarzy

¹⁷ I. Baranowski, dz. cyt., s. 19–20.

¹⁸ Z. Moskwa, *Instytucje i organizacje...*, s. 1363.

i higienistek społecznych, toteż Związek prowadził kursy dokształcające. Były one bardzo przydatne, ponieważ z danych uzyskanych przez Związek wynikało, że np. w 1930 r. tylko 44% lekarzy posiadało przeszkolenie z zakresu społecznej akcji przeciwgruźliczej¹⁹.

Tab. 10. Wykaz lekarzy przeszkolonych i nieprzeszkolonych w społecznej akcji przeciwgruźliczej w wybranych województwach według danych z roku 1930²⁰.

Nazwa województwa	Liczba lekarzy przeszkolonych	Liczba lekarzy nieprzeszkolonych
Warszawskie	10	9
Białostockie	6	17
Kieleckie	6	30
Krakowskie	2	30
Nowogródzkie	2	6
Tarnopolskie	12	23
Razem	38	88

Związek organizował też ogólnopolskie zjazdy przeciwgruźlicze, mające na celu popularyzację tematyki gruźliczej w środowisku lekarskim. Aby umożliwić lekarzom stałą aktualizację wiedzy w tej dziedzinie, rozpoczął w 1925 r. wydawanie czasopisma „Gruźlica”, niedrogiego i łatwo dostępnego. Związek zaopatrywał też podległe towarzystwa i poradnie przeciwgruźlicze w materiały propagandowe niezbędne do prowadzenia działalności oświatowej. Liczba towarzystw terytorialnych szybko rosła i z 14 w roku 1920 zwiększyła się do 211 w roku 1936. Funkcjonowały też dwa towarzystwa żydowskie – „Brijus” i „Marpe”, które dysponowały własnym sanatorium w Otwocku²¹.

Spośród innych organizacji uczestniczących w ruchu przeciwgruźliczym należy wymienić Polski Czerwony Krzyż, Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej, Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą, zwalczającą gruźlicę wśród młodzieży szkolnej, a także organizacje branżowe – Związek Nauczycielstwa Polskiego, Związek Zawodowy Pocht, Telegrafów i Telefonów Rzeczypospolitej Polskiej, Stowarzyszenie Urzędników Państwowych Rzeczypospolitej Polskiej, Stowarzyszenie „Policyjny Dom Zdrowia”, Organizacja Pracowników

¹⁹ Z. Moskwa, *Zarys historii leczenia gruźlicy płuc*, Warszawa 1987, s. 107.

²⁰ Tamże, s. 108.

²¹ Z. Moskwa, *Instytucje i organizacje...*, s. 1366.

Kolejowych, Stowarzyszenie Akademickie „Bratnia Pomoc”, Towarzystwo Domów Zdrowia Polskiej Młodzieży Katolickiej „Odrodzenie”, a także założone w 1934 r. przez warszawskie i otwockie środowisko ftyzjatryczne Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą (PTBnNG)²². Organizowano ogólnopolskie zjazdy przeciwgruźlicze – w okresie międzywojennym odbyło się ich siedem, ostatni miał miejsce tuż przed wybuchem wojny, w dn. 27–29 maja 1939 r. w Gdyni. Efektem upowszechnienia ruchu przeciwgruźliczego było też wprowadzenie nauczania o gruźlicy we wszystkich uniwersytetach. Niektóre uniwersytety prowadziły poradnie przeciwgruźlicze, w których studenci nabierali umiejętności praktycznych. Środowisko ftyzjatryczne domagało się też utworzenia centralnego ośrodka prowadzącego badania naukowe nad gruźlicą i szkolącego lekarzy. Bross poruszał tę sprawę w trakcie obrad III Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu w 1928 i w 3 lata później, na kolejnym Zjeździe w Zakopanem²³. W sprawę tę zaangażowało się też PTBnNG, opracowując projekt powołania Instytutu Badań Naukowych nad Gruźlicą. Realizacji tych planów przeszkodziła wojna.

Organizacje przeciwgruźlicze za jeden z celów swoich działań stawiły sobie zmianę nawyków higienicznych społeczeństwa. Prowadzono w tym celu akcje uświadamiające co do istoty choroby, dróg zarażenia i możliwości jego uniknięcia. W poradniach przeciwgruźliczych organizowano „muzea”, czyli wydzielone pomieszczenia służące działalności propagandowej i oświatowej. Organizowano wystawy i rozpowszechniano broszury poświęcone profilaktyce gruźlicy. Zwracano uwagę na zachowanie czystości ciała, odzieży, żywności, mieszkania, a także „czystości moralnej” w codziennym postępowaniu i wdrażanie do niej dzieci. Bączkiewicz²⁴ już znacznie wcześniej podkreślał ogromne znaczenie likwidacji powszechnego nawyku płucia na podłogę. Przytaczał wyniki badań bakteriologicznych wskazujących, że z podłogi mieszkań zajmowanych przez suchotników w połowie przypadków izolowano prątki, które znajdowano też na rękach bawiących się tam dzieci. Przestrzegał, żeby podłóg nie zmiatać na sucho, ponieważ „(...) skoro plwocina nieco wyschnie, utrze się, wówczas w postaci pyłu unosi się w powietrzu i dostaje się do organizmu naszego przez oddychanie z powietrzem i przez połykanie z przedmiotami spożywczymi, na których pył niedostrzegalny osiada”. Zalecał

²² Tamże.

²³ K. Bross, *W sprawie centralnego zakładu dla badań nad gruźlicą w Polsce*, „Medycyna Praktyczna” 1931, z. 9, s. 325.

²⁴ J. Bączkiewicz, dz. cyt., s. 14–24.

też umieszczanie spluwaczek we wszystkich miejscach publicznych, szczególnie w warsztatach, sklepach, fabrykach, szkołach, teatrach, dworcach kolejowych i na ulicach. Podkreślał zasługi dr Sokołowskiego, który napis „Nie pluć na podłogę” jako pierwszy zastosował i rozpowszechnił. Budzińska-Tylicka²⁵ apelowała natomiast o wyposażenie każdego suchotnika w papierową lub szklaną, zamykaną hermetycznie kieszonkową spluwaczkę. Zalecano wylewanie zawartości spluwaczek do ognia, a następnie mycie ich we wrzącej wodzie. Przestrzegano przed wylewaniem płwociny do śmietników czy ogrodu, gdzie mogłaby dostać się do przewodu pokarmowego zwierząt czy ptactwa domowego. Nie polecano sypiania w jednym łóżku z „suchotnikiem”. Jego bieliznę i pościel należało prać osobno, po uprzednim namoczeniu we wrzącej wodzie. Pomieszczenie użytkowane przez suchotnika należało często wietrzyć, oraz dezynfekować przed zajęciem przez inne osoby.

Palącym problemem była poprawa warunków bytowych środowisk robotniczych, w których gruźlica szerzyła się w sposób zastraszający. Pisał Baranowski: „(...) podnieść zdrowotność klas roboczych, przedłużyć życie ojca rodziny, zmniejszyć ilość dni bezczynnych z powodu choroby, znaczy tyle, co wpłynąć na zamożność klasy roboczej, zmniejszyć jej nędzę (...)”²⁶. Szansy na poprawę sytuacji zdrowotnej rodzin robotniczych upatrywano w budowie tanich mieszkań robotniczych, organizowaniu tanich kuchni, warsztatów zarobkowych oraz przyfabrycznych „kąpeli ludowych”. Apelowano wreszcie o rozbudowę istniejących i budowę nowych sieci wodociągowych i kanalizacyjnych. Baranowski²⁷ wskazywał na reformy higieniczne przeprowadzone w Anglii, za przykładem których do podobnych zmian „(...) cała Europa z gorączkowym niemal pośpiechem się wzięła (...)”. Także Bączkiewicz²⁸ powoływał się na doświadczenia angielskie, za wzór godny naśladowania uznając wydany w Anglii w 1890 r. zbiór praw zdrowotnych, który zainicjował takie działania sanitarne, jak poprawa zaopatrzenia w wodę, przeprowadzenie asenizacji, wprowadzenie nadzoru nad produktami spożywczymi i kontrola chorób zakaźnych, budowa domów dla robotników, a nawet spowodował wyburzenie całych „niezdrowych” dzielnic mieszkaniowych. Budzińska-Tylicka postulowała całkowitą likwidację suterren mieszkalnych, podkreślała konieczność walki z alkoholizmem jako „(...) doskona-

²⁵ J. Budzińska-Tylicka, *Gruźlica jako klęska społeczna*, Warszawa 1913, s. 15.

²⁶ I. Baranowski, dz. cyt., s. 17.

²⁷ Tamże, s. 9.

²⁸ J. Bączkiewicz, dz. cyt., s. 12.

łym podłożem dla suchot”²⁹. W okresie międzywojennym problem ten nadal był aktualny – Władyczko³⁰ (1927) wskazywał, że walka z gruźlicą wymaga rozstrzygnięcia „(...) kwestii mieszkaniowej, powietrza (ogrody i parki), dobrej wody, kanalizacji, odżywiania, opieki nad matką i dzieckiem, walki ze zwyrodnieniem, alkoholizmem i innego rodzaju narkomanią, chorobami wenerycznymi, niechlujstwem i brudem w mieszkaniach i miejscach publicznych”. Antoni Borowski³¹ jako kolejny podnosił kwestię niedoboru mieszkań, podkreślając, że „(...) Anglicy traktują gruźlicę jako chorobę mieszkaniową”. Nawoływał do zdecydowanych działań w zakresie profilaktyki wskazując, że straty materialne, jakie ponosi rocznie państwo z tytułu gruźlicy wynoszą 40 mln zł.

Ze względu na szerzenie się gruźlicy w środowiskach akademickich pojawiały się próby ograniczenia tego zjawiska na drodze przepisów organizacyjnych. Kazimierz Tyszka³²(1929) proponował nieprzyjmowanie do szkół akademickich chorych na gruźlicę, wprowadzenie obowiązku przeprowadzania okresowych badań wśród mieszkańców domów akademickich i przymusowe usuwanie chorych na cięższe postacie gruźlicy płucnej, a także upoważnienie senatów do nieprzyjmowania na kolejne lata chorych studentów, których uznano za niebezpiecznych dla otoczenia. Postulaty te padły na podatny grunt w Krakowie, gdzie w r. 1932 wprowadzono obowiązkowe badania dla wstępujących na studia³³. W ich efekcie 0,73% badanych nie otrzymało zgody na podjęcie nauki (na 2,72% stwierdzonych przypadków czynnej gruźlicy, co było świadectwem niekonsekwencji komisji lekarskiej)³⁴.

Sprawą ważną, aczkolwiek trudną w realizacji, była izolacja „suchotników” przebywających w zakładach karnych. Apelowano również o wnikliwe badanie poborowych celem uniknięcia wcielania osób chorych do służby wojskowej. Sytuacja była poważna, ponieważ zmiany gruźlicze wśród roczników z lat 1904–1909 oceniano na 9,2 do 10,7% ogółu poborowych³⁵. Postulowano także objęcie badaniami

²⁹ J. Budzińska-Tylicka, dz. cyt., s. 22.

³⁰ S. Władyczko, dz. cyt., s. 8.

³¹ A. Borowski, *Przyczyny i skutki gruźlicy, w: O gruźlicy, jako największej klęsce społecznej naszych czasów*, Wilno 1927, s. 12–14.

³² K. Tyszka, *W sprawie gruźlicy wśród młodzieży szkół wyższych we Lwowie i jej zwalczania*, „Polska Gazeta Lekarska” 1929, nr 32, s. 598.

³³ S. Karasiński, *Opieka lekarska nad młodzieżą akademicką w Krakowie*, Cieszyn 1936, s. 1.

³⁴ Tamże, s. 2–3.

³⁵ S. Karasiński, *Walka z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej*, Lwów 1935, s. 17.

zbiorowymi kandydatów do zawodu nauczycielskiego i nauczycieli, personelu ochronek, pracowników służby zdrowia, a szczególnie pielęgniarek i położnych, większych skupisk robotników fabrycznych, policji, pracowników komunikacji i sprzedawców żywności³⁶.

Ruch przeciwgruźliczy koncentrował się głównie na terenach miejskich. Natomiast problem gruźlicy środowisk wiejskich, według niektórych autorów ważniejszy niż w miastach, był traktowany marginalnie, także dlatego, że pozostał poza zasięgiem usystematyzowanych i miarodajnych opracowań. Nie był zatem dostatecznie widoczny. Możliwości prowadzenia działań profilaktycznych były ograniczone niską dostępnością kwalifikowanej opieki zdrowotnej, brakiem personelu medycznego, a także nieufnością środowiska wiejskiego wobec zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, traktowanych jako ingerencja w wieloletnie nawyki higieniczne i zdrowotne. Ludność wiejska chętniej korzystała z pomocy felczerów i znachorów, których porady były znacznie tańsze³⁷. Dostępność do poradni przeciwgruźliczych była bardzo ograniczona, leczenie sanatoryjne niedostępne, a szpitalne zbyt kosztowne. Zagadnienie zwalczania gruźlicy na terenach wiejskich zostało poważnie potraktowane dopiero pod koniec dwudziestolecia międzywojennego – na VII Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym, który odbył się w 1939 roku postulowano wdrożenie „Planu walki z gruźlicą w środowisku wiejskim”. Przewidywał on utworzenie w powiatowych ośrodkach zdrowia działu przeciwgruźliczego kierowanego przez lekarza ftyzjatrę i wyposażonego w kolumnę sanitarną z przenośnym aparatem rentgenowskim. Rejestracją i ewidencją rodzin gruźliczych miał się zajmować lekarz rejonowy, który miał być też odpowiedzialny za wykonywanie odczynów tuberkulinowych u dzieci i szczepień BCG. Dla wymagających hospitalizacji przewidywano utworzenie oddziałów przeciwgruźliczych we wszystkich szpitalach powiatowych. Plan ten nie został jednak wprowadzony na skutek wybuchu wojny.

Pojawiały się też i inne projekty, jak np. tworzenie, na wzór szwedzki i norweski, małych schronisk celem izolacji nieuleczalnie chorych, a także – wzorem Anglii – organizowanie ośrodków dla chorych gruźliczych, wyposażonych w sanatoria i szpitale, gdzie chorzy, po zakończeniu zasadniczego etapu leczenia byliby przygotowywani do wy-

³⁶ Tamże, s. 18.

³⁷ Moskwa podaje, że prywatna wizyta lekarska w obrębie 7 km kosztowała 15 zł, w przypadku większej odległości 30–100 zł, dochodziły do tego opłaty za przyjazd samochodem. Patrz: Z. Moskwa, *Walka z gruźlicą na wsi w Polsce międzywojennej*, „Wiadomości Lekarskie”, 1986, nr 6, s. 418.

konywania odpowiedniej dla nich pracy i gdzie ostatecznie mogliby zamieszkać w części osiedla przeznaczonej do stałego pobytu. W założeniu miał to być więc system zapewniający leczenie permanentne³⁸.

Szczególnie ograniczone były możliwości profilaktyki gruźlicy dziecięcej. Główną przyczyną szerzenia się gruźlicy wśród nieletnich były warunki środowiskowe: ciemne, brudne, wilgotne i przeludnione mieszkania, przewlekłe niedożywienie, trudne warunki materialne rodziców, alkoholizm. Nie było zorganizowanej opieki nad ciężarnymi i matkami. Nie istniało dziecięce poradnictwo przeciwgruźlicze, toteż działalność profilaktyczną starały się prowadzić instytucje dobroczynno-społeczne, takie jak fundacja „Kropla Mleka”, ogrody Jordana i im. R. Rau’a, a także powstały w Warszawie z inicjatywy fundacji barona Lenvala Instytut Higieny Dziecięcej. Oddany do użytku w roku 1903 i powierzony Warszawskiemu Towarzystwu Higienicznemu budynek mieścił ambulatorium oraz dział higieniczny, gdzie odbywały się kąpiele, strzyżenie włosów, gimnastyka, a oczekująca na dziecko matka mogła zrobić pranie. Z usług Instytutu mogły korzystać dzieci do lat 15. Ogrody sportowe, finansowane z zapisu rodziny przemysłowca Rau’a, wzorowane na krakowskich ogrodach Jordana, oferowały możliwość zabaw i ćwiczeń gimnastycznych na świeżym powietrzu pod opieką lekarzy. W Warszawie funkcjonowało początkowo 8 takich ogrodów. Jak pisze Elżbieta Więckowska³⁹, nie były one ogólnodostępne i nie służyły do spacerów. Dysponowały boiskami sportowymi, krytymi salami gimnastycznymi, piaskownicami. Latem organizowano dzieciom wycieczki po Wiśle, naukę pływania, zimą urządzano ślizgawki i zabawy na śniegu. W okresie letnim z ogrodów korzystało 8% warszawskich dzieci, czyli ok. 10 tys. Celem zapewnienia dzieciom z zagrożonych środowisk lepszych warunków rozwoju fizycznego w kontakcie z naturą nawoływano do bardziej radykalnych rozwiązań. Bączkiewicz⁴⁰ zachęcał do lokalizowania szkół na terenach podmiejskich wsi: „Niech dzieci unikają przykładów moralnej zgnilizny wielkich miast, niech mają świeże powietrze i woń kwiatów, pól i lasów, niech ciało i duszę krzepią na łonie natury. Szczególniej szkoły wiejskie (lub w górach, jak u nas w Zakopanem) są wprost niezbędne dla tych dzieci, które pochodzą z rodzin tuberkulicznych”. Apelował też o wybór dla dziecka odpowiedniego zawodu, przy czym polecał pracę w rolnictwie, ogrodnictwie i leśnictwie, odradzał dzieciom wiej-

³⁸ T. Janiszewski, *Gruźlica i jej zwalczanie*, Warszawa 1927, s. 836.

³⁹ E. Więckowska, *Opieka lekarsko-zdrowotna...*, s. 64.

⁴⁰ J. Bączkiewicz, dz. cyt., s. 22.

skim migrację do miast. Janiszewski⁴¹ apelował o tworzenie prewentiów (zakładów położonych na wsi, z internatem, przeznaczonych dla dzieci niegorączkujących, z gruźlicą początkową lub utajoną, zapewniających odpowiednią dietę, słońce, ruch na świeżym powietrzu, a także naukę), uzdrowisk dla dzieci zożłowatych, szkół na otwartym powietrzu, zlokalizowanych na terenach leśnych, kolonii i półkolonii wakacyjnych, organizowanie opieki lekarskiej w szkołach na zasadzie współpracy z poradniami przeciwgruźliczymi, a także optował za wysyłaniem dzieci ze środowisk gruźliczych – na wzór francuski – na wieś, do rodzin chłopskich, gdzie pod nadzorem lekarza wiejskiego miały przebywać, dopóki nie minie zagrożenie. Program taki miał dotyczyć dzieci powyżej 3 roku życia. Janiszewski był zwolennikiem tworzenia ogrodów robotniczych, czyli wydzierżawianych rodzinom wielodzietnym działek, których uprawa zapewniałaby pobyt na świeżym powietrzu.

Zwracano uwagę na konieczność izolacji dzieci od osób prątkujących, zarówno w rodzinach, jak i we wszystkich instytucjach dziecięcych, jak żłobki, ochronki, szkoły, warsztaty, gdzie opiekunowie i nauczyciele winni być pod stałą kontrolą lekarską, aby osoby prątkujące móc odsuwać od kontaktów z dziećmi.

Z uwagi na rozpowszechnienie gruźlicy zwierzęcej apelowano do matek, aby nie uchylały się od karmienia piersią. „Niech matki zdrowe, a nie krowy tuberkuliczne karmią nasze dzieci” – pisał Bączkiewicz⁴². Jeśli nie było to możliwe, zalecano podawanie mleka przegotowanego. Podobną działalność prowadziła fundacja „Kropla Mleka”. Czyniła starania o ścisły nadzór weterynaryjny obór, szczególnie dostarczających mleko dla dzieci i kontrolę lekarską osób, mających kontakt z produkcją mleka. Prowadziła badania i szczepienia tuberkulinowe krów, propagowała pasteryzację mleka, sporządzała i rozprowadzała mieszanki mleczne dla niemowląt i dzieci do lat 3. Z danych dotyczących środowiska łódzkiego wynika, że tamtejszy oddział fundacji, założony w roku 1904, już w pierwszym roku działalności rozprowadził ponad 141 tys. odżywek przygotowanych ze zdrowego, wolnego od prątków i innych bakterii mleka⁴³.

Na zakończenie warto wspomnieć o profilaktyce gruźlicy z punktu widzenia eugeniki. W swoim opracowaniu przytacza te poglądy Janiszewski⁴⁴, czyniąc to niejako z obowiązku i nie zajmując wobec nich

⁴¹ T. Janiszewski, dz. cyt., s. 821.

⁴² J. Bączkiewicz, dz. cyt., s. 19.

⁴³ A. Fijałek, A. Supady, dz. cyt., s. 43–44.

⁴⁴ T. Janiszewski, dz. cyt., s. 847–850.

jednoznacznego stanowiska. Działanie eugeniczne gruźlicy miało polegać na wymieraniu osób ułomnych, słabych i mało odpornych, które choroba gruźlicza eliminowała ze społeczeństwa, chroniąc je przed degradacją. Społeczeństwu zagrażać miała m.in. nadpobudliwość seksualna suchotników, prowadząca do zwiększenia populacji dzieci naznaczonych piętnem gruźlicy. Janiszewski nie do końca się z tym zgadzał. „(...) Obawy co do pogorszenia rasy wskutek nadmiernej płodności gruźliczych i nadmiernej ich pobudliwości płciowej są może zbyt przesadzone” – napisał ostrożnie. Przyznawał jednak, że chorzy na gruźlicę nie stanowią najlepszego materiału genetycznego i w znacznej mierze przyczyniają się do „(...) wytwarzania się rasy wątłej, mało odpornej”. Okazało się ostatecznie, że płodność chorych gruźliczych jest jednak mniejsza, niż osób zdrowych. Tym niemniej pojawiały się propozycje rozwiązań ustawowych o przymusowej sterylizacji osób mogących przyczynić się do pogorszenia tężyzny rasy, a przynajmniej wprowadzenia zakazu posiadania potomstwa w małżeństwach osoby chorej ze zdrową i zakazu zawierania związków małżeńskich przez osoby chore. Postulowano też wczesne przerywanie ciąży u kobiet zarażonych gruźlicą. Sokołowski⁴⁵, pisząc o profilaktyce gruźlicy wypowiada się zdecydowanie przeciw udzielaniu zgody osobom chorym na zawarcie małżeństwa. Jego zdaniem, aktualnie zdrowym, lecz obciążonym dziedzicznie w sensie predyspozycji, można udzielić zgody w nieco starszym wieku i po przeanalizowaniu warunków materialnych, w jakich żyć będzie przyszłe małżeństwo. Warunkowej zgody należałoby udzielać osobom uznanym za wyleczone, w dobrym stanie ogólnym, które od kilku lat nie mają objawów, jednakże pod warunkiem zachowania określonych rygorów higienicznych (dobre warunki mieszkaniowe, oddzielne sypialnie, a przynajmniej łóżka).

Organizacja leczenia przeciwgruźliczego

Lecznictwo ambulatoryjne i szpitalne

Królestwo Polskie, w ślad za Cesarstwem Rosyjskim, nie posiadało spójnego systemu ochrony zdrowia, opartego o organy samorządu terytorialnego, a administracja rosyjska nie była zainteresowana zmianą tej sytuacji. Winiarz⁴⁶ wspomina o projektach lekarzy Dobrzyckiego

⁴⁵ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych, t. I, Nauka o suchotach płucnych*, Warszawa 1921, s. 199.

⁴⁶ M. Winiarz, *Przemiany polityczne, gospodarcze i społeczne w Królestwie Polskim*

i Dolińskiego, którzy proponowali rozwiązania kompleksowe, oparte na koncepcji szpitali powiatowych (Dobrzycki) lub gminnych (Doliński) jako podstawy systemu. Żaden z tych projektów nie doczekał się realizacji, gdyż władze rosyjskie nieprzychylnie odnosiły się do pomysłów płynących z polskich środowisk. Zmianom nie sprzyjało też ogólne zacofanie państwa rosyjskiego, represje popowstaniowe i niewielki wpływ społeczeństwa polskiego na bieg spraw w Królestwie. W okresie przed I wojną światową organizacja podstawowej opieki zdrowotnej oparty była na lecznictwie prywatnym, uzupełnianym przez ambulatoria przyfabryczne. System fabrycznej służby zdrowia zajmował ważne miejsce w projektach opracowywanych przez polskich lekarzy, lecz jego funkcjonowanie w praktyce pozostawiało sporo do życzenia, choćby dlatego, że zatrudnieni tam lekarze reprezentowali właściciela zakładu. Znacznie lepiej było w Galicji – władze austriackie wykazywały większe zainteresowanie problematyką zdrowotną. Poradnictwo prywatne uzupełniał tutaj system gminnej służby zdrowia. Prywatne poradnie były podstawą opieki ambulatoryjnej także w okresie międzywojennym. Istotną rolę odgrywało też lecznictwo zakładowe. Publiczna służba zdrowia była natomiast słabo rozwinięta. Składała się na nią służba państwowa, zajmująca się głównie stroną organizacyjną systemu opieki zdrowotnej, i służba samorządowa, będąca organem wykonawczym, odpowiedzialnym za sprawy merytoryczne i utrzymującym instytucje medyczne niezbędne do realizacji założeń systemowych. Współpraca między nimi nie układała się dobrze z powodu braku środków finansowych na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w budżetach samorządowych. Publiczne ośrodki zdrowia odgrywały istotną rolę tylko w kilku powiatach: warszawskim, olkuskim, łukowskim i skierniewickim. Założenia tworzonego po odzyskaniu niepodległości systemu zwalczania chorób społecznych przewidywały zapewnienie bezpłatnego leczenia, a zasadniczą rolę odgrywać miały przychodnie społeczne, finansowane z kasy państwowej, samorządowej lub innych instytucji. Ich działalność sprowadzać się miała przede wszystkim do profilaktyki, pracy w środowisku, edukacji zdrowotnej, podnoszenia ogólnej higieny i wprowadzania w uzasadnionych przypadkach reżimu sanitarnego. Leczenia raczej nie przewidywano. Personel stanowić mieli lekarze, pielęgniarki społeczne, higienistki szkolne, kontrolerzy sanitarni i opiekunowie społeczni⁴⁷. Planowano też utworzenie rucho-

w latach 1864-1914 jako kontekst sytuacji sanitarnej i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (w:) B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Wrocław 2002, s. 175.

⁴⁷ M. Marcysiak, *Choroby społeczne w okresie międzywojennym w województwie*

mych kolumn samochodowych, wyposażonych w przenośny aparat rentgenowski, a nawet ruchomych przychodni przeciwgruźliczych. Miały one docierać przede wszystkim na wieś, a zdiagnozowani w ten sposób chorzy mieli być kierowani do szpitala powiatowego celem założenia odmy, a następnie prowadzeni przez wiejski ośrodek zdrowia, przy dużym udziale pielęgniarki społecznej. Przewidywano nawet, że ośrodek zaopatrywałby chorego w izolacyjny namiot typu holenderskiego, lub drewniany szałas, aby przynajmniej nocę mógł spędzać poza domem. Dla chorych szczególnie zagrażających otoczeniu przewidywano tworzenie małych stacji izolacyjnych, wzorowanych na norweskich przytułkach wiejskich dla chorych na gruźlicę⁴⁸. W praktyce wyglądało to inaczej – na przeszkodzie stał niedobór środków finansowych i przeszkolonego personelu, co ograniczało możliwości działania szczególnie na terenach wiejskich. Wprowadzona w życie w r. 1933 ustawa o ubezpieczeniu społecznym spowodowała znaczne zmniejszenie liczby ubezpieczonych w okręgach wiejskich, a w konsekwencji odpływ lekarzy spowodowany nagłym spadkiem dochodów⁴⁹. W roku 1936 liczba ośrodków w małych miastach i na terenach wiejskich sięgnęła zaledwie 196⁵⁰, toteż ich udział w zwalczaniu gruźlicy nie był znaczący. Z badań przeprowadzonych w 1935 r. przez Instytut Spraw Społecznych wynikało, że w gminach wiejskich na jednego lekarza przypadało 21414 mieszkańców, natomiast w mieście 1394. Do spełnienia zakładanej wówczas normy przewidującej dla terenów wiejskich jednego lekarza na 2 tys. mieszkańców brakowało 3880 lekarzy⁵¹. We wsiach byłego zaboru rosyjskiego dominowali więc felczerzy, natomiast w województwach zachodnich i południowych, gdzie felczerów raczej się nie spotykało, niedobór personelu lekarskiego uzupełniali różne osoby, których chłopcy darzyli zaufaniem – księża, siostry zakonne czy nauczyciele. Korzystano też oczywiście z pomocy znachorów, którzy stanowili istotną konkurencję dla wykwalifikowanego personelu medycznego. Oprócz tradycyjnych zachowań zdrowotnych istotną rolę odgrywały koszty leczenia, dlatego też chłopcy, zmuszeni do korzystania z usług medycyny oficjalnej, zaleceń na ogół nie realizowali. Znachor natomiast nie tylko liczył sobie kilkakrotnie

lwowskim, „Medycyna Nowożytna” 2007, T. 14, z. 1–2, s. 116.

⁴⁸ Z. Moskwa, *Walka z gruźlicą...*, s. 420.

⁴⁹ Cz. Piekarski podaje, że w powiecie śremskim, gdzie prowadził praktykę lekarską, liczba ubezpieczonych spadła z 12 do 2 tys. Patrz: J. Borkowski (red.), *Pamiętniki lekarzy*, Kraków 1987, s. 287.

⁵⁰ Z. Moskwa, *Walka z gruźlicą...*, s. 418.

⁵¹ Tamże, s. 417.

taniej, ale był skłonny przyjmować wynagrodzenie w naturze, co ludności wiejskiej bardzo odpowiadało⁵².

Zazwyczaj jednak, dopóki to było możliwe, chłopci próbowali się leczyć we własnym zakresie. W przypadku stwierdzenia gruźlicy wyglądało to następująco: wykonanie zdjęcia rtg – 25 zł, leczenie szpitalne wraz z kosztami podróży – ok. 150 w pierwszym miesiącu, w następnych kilkadziesiąt złotych przez okres kilku lat, leczenie sanatoryjne – kilkaset złotych. Łączny koszt sięgał nawet 2–3 tys. Skuteczne leczenie nie było więc osiągalne dla przeciętnego mieszkańca wsi, który mógł na nie przeznaczyć co najwyżej kilkadziesiąt złotych⁵³. Nieubezpieczeni mogli wprawdzie liczyć na pomoc samorządu gminnego, który dysponował z reguły kwotą od tysiąca do trzech tysięcy zł w skali roku, obciążoną jednak kosztami leczenia chorych psychicznie. Na zapomogi dla pozostałych chorych pozostawało zaledwie kilkaset złotych rocznie⁵⁴. Nic zatem dziwnego, że poziom opieki zdrowotnej odpowiadał temu, co napisał Melchior Wańkowicz⁵⁵: „(...) zdrowie ludzkie w Polsce (...) daje obraz przerażający. Cały świat zmienił oblicze, ale na wsi polskiej nadal jak przed wiekami „chrosty wywalają na wontrubę i poratowania na to nima”. Jeśli gmina ma coś na leczenie, to z reguły poszło to na miejscowego umysłowo chorego”.

O wiele większą rolę odgrywały placówki specjalistyczne – poradnie przeciwgruźlicze. Pierwsza w Polsce poradnia przeciwgruźlicza powstała we Lwowie w roku 1908. Razem z prof. Gluzińskim założył ją dr Janiszewski, który w wyniku konfliktu z Chramcem opuścił Zakopane i przeniósł się do Lwowa⁵⁶. Następne poradnie powstawały z inicjatywy organizacji przeciwgruźliczych. Warszawskie Towarzystwo Przewodniczące zorganizowało pierwsze poradnie w latach 1909 i 1912, w roku 1909 powstała też poradnia łódzkiej Ligi Przewodniczącej. Okres wojny zahamował rozwój ambulatoriów przeciwgruźliczych i właściwe ożywienie na tym polu rozpoczęło się dopiero po odzyskaniu niepodległości. I tak w roku 1920 na terenie państwa polskiego funkcjonowało 30 poradni przeciwgruźliczych, w roku 1922 było ich 37, w 1925 już 65. W rok później ich liczba wzrosła do 122,

⁵² A. Malara, *Warunki życia chłopów na ziemiach polskich w latach 1795–1918 i ocena ich wpływu na możliwości dostępu do profesjonalnej opieki lekarskiej* (w:) B. Płonka-Syroka (red.) dz. cyt., s. 65.

⁵³ J. Borkowski, *Pamiętniki lekarzy*, Kraków 1987, s. 76.

⁵⁴ Tamże, s. 337.

⁵⁵ Tamże, s. 9.

⁵⁶ Jej pierwowzorem stała się poradnia założona przez Philipa w Edynburgu. Patrz: R. Talewski, *Stacja klimatyczna i lecznictwa*, (w:) R. Dutkova, *Zakopane: czterysta lat dziejów*, Kraków 1991, t. 1., s. 133.

w kolejnym roku do 150, w 1928 do 209, a w 1929 do 280. Ich liczba stale się powiększała i w roku 1930 były już 332 poradnie, a w następnym 351⁵⁷. Najwięcej poradni powstało w latach 1926–1929. W roku 1931 jedna poradnia przypadała na 91 tys. mieszkańców, co oczywiście było dalece niewystarczające, szczególnie na terenach wiejskich. W roku 1933 funkcjonowały 342 poradnie, spośród których 100 było własnością towarzystw przeciwgruźliczych, 17 – ubezpieczalni społecznej, 21 należało do różnych instytucji dobroczynnych, pozostałe pozostawały w gestii samorządów miejskich lub wojewódzkich⁵⁸. Program ich działania był szeroki – przewidywał wyszukiwanie chorych gruźliczych, przeprowadzanie wywiadu środowiskowego, opiekę nad chorymi i ich rodzinami, a także prowadzenie działań profilaktycznych. Tam, gdzie było to możliwe, podejmowano także leczenie. Stanisław Paradista⁵⁹ (1927) ustalił następujący zakres działania poradni:

1. Rozpoznawanie i wczesne wykrywanie gruźlicy.
2. Nadzór nad chorymi na gruźlicę i ich otoczeniem.
3. Kształcenie zapobiegawcze chorych i ich otoczenia.
4. Nauczanie higieny osobistej i mieszkaniowej.
5. Klasyfikowanie chorych dzieci i dorosłych dla potrzeb zakładów leczniczych oraz udzielanie informacji w sprawach związanych z gruźlicą.
6. Opieka społeczna (drogą pośrednią).
7. Leczenie (w pewnej ilości przypadków i w sposób ograniczony) – dotyczyło głównie stosowania odmy opłucnej.

W praktyce wyglądało to inaczej. Szereg poradni, zgłoszonych jako przeciwgruźlicze, nie prowadziło działalności środowiskowej, chociażby z powodu braku pielęgniarek. W części spośród nich udzielano tylko porad lekarskich, nie prowadzono natomiast profilaktyki przeciwgruźliczej. Poradnie nie posiadały często podstawowego wyposażenia, nie mogły więc stosować zabiegów leczniczych, w tym dopełniania odmy (w roku 1931 na 351 poradni zabieg ten stosowały tylko 63)⁶⁰. Tylko nieliczne wyposażone były w aparaturę rentgenowską lub miały możliwość skierowania na prześwietlenie. Nie dysponowały też środkami finansowymi na umieszczenie chorych niezamożnych w szpitalu czy sanatorium. Bross⁶¹ zwracał uwagę, że „(...) znaczny brak należyście wyszkolonego personelu poradnianego, a przez to

⁵⁷ K. Bross, *Społeczna walka...*, s. 2.

⁵⁸ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 104.

⁵⁹ Tamże, s. 4.

⁶⁰ Tamże, s. 6.

⁶¹ K. Bross, *Społeczna walka...*, s. 4.

samo i niedostateczne zrozumienie przez personel dotychczasowo zatrudniony nowoczesnych metod walki z gruźlicą, niedostateczne wypróbowanie systemu edynburskiego w naszych trudnych warunkach materialnych i kulturalnych, wreszcie szereg innych trudności, zarówno materialnych jak i technicznych (np. drogi, komunikacja etc.), piętrzących się na drodze akcji przeciwgruźliczej, spowodowały warunki, w których działalności poradni przeciwgruźliczych oraz jej wynikom poświęcać należy o wiele więcej uwagi, niż innym zagadnieniom”. Przestrzegał przy tym przed powierzchowną oceną pracy poradni, wyłącznie w oparciu o zatrudnienie personelu i wyposażenie techniczne. Uważał, że decydujące winny być wyniki uzyskane przez poradnię w codziennej działalności. Był jednak zdania, że zależą one nie tylko od mankamentów organizacyjnych, ale i lekkomyślności chorych.

Pacjenci korzystający z pomocy poradni przeciwgruźliczych nie byli tam kierowani czy też wzywani, lecz zgłaszali się we własnym zakresie. Musieli zatem samodzielnie podjąć decyzję o rozpoczęciu leczenia, gdyż nie funkcjonowało czynne poradnictwo. Bross⁶² ocenił, że w 1936 r. nie więcej niż 1/15 chorych znajdowała się pod opieką poradni. Zdaniem Moskwy⁶³ sytuacja ta była spowodowana trudnymi warunkami materialnymi pacjentów, których nie było stać na korzystanie z gabinetów prywatnych, zaś niskie uświadczenie powodowało, że samo ustalenie rozpoznania nie zawsze obligowało do podjęcia terapii. Z początkiem lat 30., w następstwie kryzysu gospodarczego, liczba chorych zgłaszających się do poradni zmalała, co spowodowało redukcję zatrudnienia personelu. Jednak główną przeszkodę w realizacji zadań poradni stanowił brak środków finansowych na izolację chorych prątkujących w szpitalach lub sanatoriach. Dotyczyło to głównie chorych ubogich, bowiem ani gminy, ani towarzystwa dobroczynne czy ubezpieczalnie społeczne nie rozporządzały środkami na dostatecznie długie leczenie ich w zakładach przeciwgruźliczych. Taka sytuacja odbiła się niekorzystnie na opinii o poradniach, co jeszcze bardziej zmniejszyło liczbę chorych. Aby podnieść rangę poradni, zaczęto wykonywać zabiegi lecznicze, przede wszystkim dopełnianie odmy. W 1933 r. wykonano ambulatoryjnie 28090 dopełnień u około 2500 pacjentów⁶⁴. Warunkiem było jednak odpowiednie wyposażenie poradni i przeszkolenie lekarzy

⁶² K. Bross, *Zasadnicze postulaty społecznej walki z gruźlicą w Polsce*, „Medycyna Praktyczna” 1936, R.I, nr 5, s. 133–134.

⁶³ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 105.

⁶⁴ Tamże, s. 107.

w zakresie prowadzenia chorych z odmą. Na ogół odmę zakładano w szpitalu, ambulatoryjnie wykonywano tylko dopełnianie, ale z powodu usytuowania większości poradni z daleka od placówek szpitalnych w części z nich podejmowano się wykonania tego zabiegu, jeśli poradnia miała możliwość umieszczenia potem chorego w szpitalu na okres 48 godzin. Ponieważ odma stosunkowo najszybciej prowadziła do odprątkowania, zakładanie jej w warunkach ambulatoryjnych podniosło prestiż poradni. Tym niemniej nie brakowało przeciwników takiego postępowania, którzy stali na stanowisku, że rozszerzenie uprawnień poradni o leczenie zabiegowe jest zjawiskiem niepożądanym, a nawet szkodliwym.

Jeśli chodzi o lecznictwo zamknięte, to początkowo chorych na gruźlicę hospitalizowano wraz z innymi pacjentami, na oddziałach wewnętrznych lub chirurgicznych. Jednak świadomość etiologii i epidemiologii choroby wymusiła konieczność wydzielania łóżek tylko dla chorych gruźliczych. Propagatorem takich rozwiązań organizacyjnych był czołowy przedstawiciel niemieckiej szkoły ftyzjatrycznej Hueppe, który nawoływał do tworzenia przy wszystkich szpitalach odrębnych oddziałów dla suchotników. Zwolennikiem takiego sposobu postępowania był m.in. łódzki ftyzjatra S. Sterling, który, podnosząc trudności leczenia chorych gruźliczych na oddziałach ogólnych, wskazywał na stosunkowo niewielkie koszty tworzenia dla ich potrzeb osobnych oddziałów⁶⁵. Pierwsze oddziały szpitalne dla chorych gruźliczych powstawały zwykle w odrębnych budynkach i były to zazwyczaj baraki, traktowane przez chorych z najwyższą niechęcią ze względu na fatalne warunki oraz rezultaty leczenia. „Ci biedacy, przy dzisiejszych warunkach urządzeń szpitalnych, przy środkach leczniczych, jakimi dzisiaj rozporządzają szpitale, nietylko nie znajdują ratunku, ale co więcej, sam pobyt ich w szpitalu staje się zgubnym” – pisał ze współczuciem Baranowski⁶⁶. Z początkiem lat 30. liczba łóżek szpitalnych przeznaczonych do leczenia gruźlicy wynosiła 3461, przy czym 136 spośród nich mieściło się w trzech szpitalach specjalistycznych, hospitalizujących wyłącznie chorych gruźliczych. Kolejne 34 szpitale dysponowały wydzielonymi oddzia-

⁶⁵ Sterlingowi udało się doprowadzić do utworzenia pierwszego w Łodzi oddziału dla chorych piersiowych. W r. 1898 z oddziału wewnętrznego Szpitala Poznańskich wydzielono 8 łóżek (4 męskie i 4 kobiece), służących – pomimo zlokalizowania ich na terenie szpitala żydowskiego – chorym bez względu na wyznanie i stan majątkowy. Opłaty za ich leczenie były refundowane przez przyfabryczne kasy chorych i towarzystwa dobroczynne. Patrz: A. Fijałek, J. Supady, dz. cyt., s. 39

⁶⁶ I. Baranowski, dz. cyt., s. 25.

łami o łącznej liczbie 1721 łóżek. Pozostałe łóżka znajdowały się w oddziałach zakaźnych zlokalizowanych w 168 szpitalach powszechnych. Na 10 tys. mieszkańców przypadało wówczas 1.05 łóżek dla chorych na gruźlicę. W roku 1937 liczba łóżek szpitalnych o tym przeznaczeniu wzrosła do 3588 w 220 szpitalach, dodatkowymi 160 łóżkami dysponowały 2 szpitale – sanatoria. Dochodziły do tego jeszcze łóżka w prewentoriach, zatem łączna baza łóżkowa dla chorych gruźliczych wynosiła 11099, co dawało 3.24 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Ponieważ uważano wówczas, że dla potrzeb skutecznego zwalczania gruźlicy wystarczy 1 łóżko na 1000 mieszkańców, a liczba ludności sięgała 34 200 000, zatem łączna liczba łóżek dla chorych gruźliczych winna wynosić prawie 35 tys.⁶⁷ W tym samym czasie Dania osiągnęła wskaźnik 7.7 łóżek na 10 tys. mieszkańców i była coraz bliżej osiągnięcia docelowej liczby 1 łóżka na 1000 mieszkańców⁶⁸.

Chociaż baza łóżkowa powiększała się stale, to barierą pozostawały koszty leczenia. Były one zróżnicowane w zależności od profilu oddziału: najniższe w oddziałach zakaźnych, wyższe w wewnętrznych, a najwyższe w chirurgicznych. W roku 1931 weszło w życie rozporządzenie o zakładach leczniczych⁶⁹, wprowadzające trzy klasy łóżek szpitalnych. Najniższa stawka za leczenie szpitalne wynosiła przeciętnie od 3 do 5 zł dziennie i była jedyną opłatą pobieraną w klasie trzeciej. Opłata dzienna w klasie drugiej i pierwszej mogła być powiększona o 10% na fundusz dodatkowy i inwestycyjny. Od pacjentów klasy pierwszej szpital miał prawo pobrać ponadto opłaty dodatkowe za wyszczególnione w statucie specjalne zabiegi lecznicze, jak np. sztuczna odma czy duże zabiegi chirurgiczne⁷⁰. Szpitale mogły wprawdzie dla chorych zakaźnie obniżyć opłaty nawet poniżej kosztów własnych, ale nie korzystały z tej możliwości powszechnie i pokrycie kosztów leczenia przekraczało często możliwości przeciętnego płatnika. W przypadku nieubezpieczonych krótkotrwała hospitalizacja oznaczała wydatek rządu kilkudziesięciu złotych, dłuższa – nawet kilkuset. Chorzy tacy decydowali się na leczenie szpitalne tylko w ostateczności. Jan Hozer⁷¹ wspomina, że konsekwencje leczenia w tych warunkach gruźlicy kosztnej, wymagającej długotrwa-

⁶⁷ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 103.

⁶⁸ Tamże, s. 103–104.

⁶⁹ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 r. o zakładach leczniczych, Dz.U. 31.29.195.

⁷⁰ J. Janiuk, *Terminologia i problematyka medyczna we wczesnych (1931–1939) utworach Michała Choromańskiego*, „*Medycyna Nowożytna*” 2005, T. 12, z.1–2, s. 23.

⁷¹ *Pamiętnik dr J. Hozera*, w: J. Borkowski, dz. cyt., s. 338.

łego stosowania wyciągów, najlepiej widoczne były na komisjach poborowych.

Lecznictwo sanatoryjne

Baza kuracyjna rozwijała się stopniowo. Jako pierwsze powstały zakłady hydropatyczne. W latach dziewięćdziesiątych XIX wieku funkcjonowało ich już kilka, głównie w Zakopanem. Do najpopularniejszych należały „Klemensówka” Piaseckiego, zakład wodoleczniczy Chramca i „Hygea” Chwistka, które swą ofertę kierowały m.in. do „chorych piersiowych”. Mimo, iż hydroterapia nie miała żadnego uzasadnienia naukowego, przyciągała ulegających modzie na te zabiegi chorych. Chramiec co prawda oficjalnie utrzymywał, że nie leczy schorzeń powstałych na tle gruźlicy, ale nie było to prawdą – właśnie z powodu gruźlicy przybywało tu wiele osób spośród arystokracji i kręgów artystycznych⁷². Pierwszym sanatorium utworzonym w omawianym tu okresie był obiekt powstały w roku 1890 w Otwocku, z inicjatywy doktora Geislera⁷³. Początkowo był to zakład kąpielowy, poszerzony wkrótce o zakłady hydropatyczny i kumysowy. Początkowo posiadał tylko 20 pokoi, wynajmowano więc na jego potrzeby okoliczne wille. Prowadził kuracje w oparciu o zalecenia Brehmera. W 1898 r. wzniesiono osobny budynek dla chorych piersiowych. Jego usytuowanie było zgodne z ówczesnymi wymogami – werandy skierowano na południe, okna pomieszczeń dla chorych zwrócone były na południowy wschód lub zachód, dzięki czemu wnętrza były doskonale nasłonecznione⁷⁴.

Pierwsze zakopiańskie sanatorium (a chronologicznie trzecie na ziemiach polskich, po zakładach w Mieni i Otwocku) dla chorych gruźliczych powstało w roku 1898 z inicjatywy doktora Hawranka. Malczewski⁷⁵ wspomina, że „(...) gościa z wykończonymi płucami posyłano do sanatorium dra Hawranka. Stamtąd wychodziło się tylko w pozycji leżącej, w trumience, chyłkiem po nocy (...)”. W 1902 r. w Kościelisku, na zboczu Gubałówki ukończono budowę kolejnego zakładu, którego dyrektorem został dr Dłuski. Fundusze pochodziły od osób prywatnych, m.in. Ignacego Paderewskiego, Henryka Sienkiewicza i Marii Skłodowskiej-Curie. Sanatorium to, przeznaczone dla pacjentów zamożnych, opłacających koszty leczenia we własnym zakresie, dyspo-

⁷² R. Talewski, dz. cyt., s. 142.

⁷³ Pierwszym polskim sanatorium był zakład typu nizinnego, utworzony w roku 1879 w Mieni. Sanatorium Geislera było drugim z kolei.

⁷⁴ R. Talewski, dz. cyt., s. 48–49.

⁷⁵ R. Malczewski, *Pępek świata*, Warszawa 2003, s. 26.

nowało 70 pokojami, w tym 14 dwuosobowymi. Koszty leczenia nie były niskie – wynosiły 5 rubli i 66 kopiejek dziennie⁷⁶. Jak pisze Malczewski⁷⁷, „(...) porządny gruźlik z cenzusem jechał do sanatorium dr Dłuskich. Tam leczono się uczciwie i marło poniekąd tak samo, choć, jak legenda mówi, niejeden umrzyk, by nie straszyć innych kandydatów, zostawał zwożony na taczkach nocą do kostnicy w Zakopanem”. Przeciwnieństwem zakładu Dłuskich było akademickie sanatorium „Bratniej Pomocy” – pierwsza placówka o charakterze społecznym, przeznaczona dla niezamożnej, uczącej się młodzieży, niezależnie od pochodzenia społecznego i przekonań politycznych. Stowarzyszenie „Bratnia Pomoc”, którego prezesem został dr Żychoń, utrzymywało się ze składek, borykało się więc stale z problemami natury finansowej. Swoją pierwszą placówkę uruchomiło w roku 1901 – był to skromnie urządzony dom, mogący pomieścić najwyżej 16 osób. Za całe wyposażenie służyło niewiele podstawowych sprzętów: łóżek, szaf, stołów i stołków, sprzęt kuchenny stanowił samowar i sześć filiżanek⁷⁸. Stopniowo poszerzano bazę lokalową, dzierżawiąc lub nabywając kolejne zakopiańskie wille. Placówki „Bratniej Pomocy” miały wiele braków, zarówno lokalowych, jak i w zakresie ich wyposażenia. Przeciwno ich lokalizacji w centrum miejscowości protestowali zaś mieszkańcy. Sanatorium „Bratniej Pomocy” było jednak pierwszym w Europie, utworzonym z myślą o młodzieży akademickiej⁷⁹.

W następnych latach powstawały kolejne zakopiańskie sanatoria. Ponieważ stwierdzono, że okoliczne wzniesienia, jak Krzeptówki, Żywczańskie, Antałówka, czy zachodnia krawędź Bystrego mają lepsze warunki klimatyczne niż samo Zakopane, tam głównie lokalizowano nowe uzdrowiska. Na samej Gubałówce funkcjonowały cztery sanatoria (Akademickie, Nauczycielskie, Odrodzenie i Dłuskich) i szpital, na Antałówce sanatorium Pocztców, na Bystrem Dziecięcy Zakład Lecznicy Uniwersytetu Jagiellońskiego i Dom Zdrowia Stowarzyszenia Urzędników Państwowych.

Spośród najbardziej znanych ówczesnie zakładów klimatycznych wymienić należy jeszcze sanatoria w Rudce, Smukale i Hołosku Wielkim. Ośrodek w Smukale powstał w roku 1904. Oprócz leczenia objawowego stosowano tu także odmę, a kiedy stanowisko dyrektora objął dr Meysner – także przepalanie zrostów opłucnowych. Cieszyło

⁷⁶R. Talewski, dz. cyt., s. 138.

⁷⁷R. Malczewski, dz. cyt., s. 26.

⁷⁸Z. Woźniewski, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 52.

⁷⁹R. Talewski, dz. cyt., s. 138–140.

się dużym zainteresowaniem pacjentów– w ciągu pierwszych 20 lat działalności przyjęto tu ponad 11 tys. kuracjuszy. Sanatorium w Rudce zaczęło przyjmować chorych w 1908 r. Powstało dzięki staraniom dr Dunina jako ośrodek o charakterze społecznym, z przeznaczeniem dla niezamożnej inteligencji pracującej. Natomiast sanatorium w Hołosku pod Lwowem, pięknie usytuowane na terenach porośniętych lasem iglastym, rozpoczęło działalność w 1909 r. Początkowo dysponowało 26 miejscami. Dzięki stopniowej rozbudowie w 1938 r. mogło przyjąć 153 pacjentów latem i 97 zimą⁸⁰. W 1916 r. dr Janiszewski utworzył sanatorium w Prądniku Białym pod Krakowem, gdzie jako pierwszy w Polsce wprowadził pracę jako element terapii gruźlicy. Pomimo budowy coraz większej liczby obiektów sanatoryjnych Budzińska-Tylicka⁸¹ oceniała ich niedobór na kilkadziesiąt zakładów i proponowała rozwiązanie tego problemu poprzez powszechne wstępowanie w szeregi towarzystw przeciwgruźliczych i opłacanie rocznej składki w wysokości 1 rubla.

Stopniowy wzrost możliwości terapeutycznych gruźlicy zbiegł się w czasie z niesprzyjającą sytuacją polityczną i ekonomiczną kraju: okres zaborów, pierwsza wojna światowa, odbudowa zniszczeń i inflacja w latach 1918–1923, kryzys gospodarczy lat 1924–1925, kolejny w latach 1930–1935. Odbijało się to także na działalności zakładów przeciwgruźliczych. Jednak pomimo niesprzyjających warunków przed I wojną światową na ziemiach polskich funkcjonowało 14 sanatoriów przeciwgruźliczych zlokalizowanych w 9 miejscowościach. Łącznie dysponowały one 1300 łózkami. Trzecia część spośród nich znajdowała się w rękach prywatnych, pozostałymi zarządzały organizacje społeczne. W roku 1920 liczba sanatoriów wzrosła do 18 z liczbą 1821 łóżek, w roku 1930 było ich już 59, a liczba łóżek sięgnęła 5561. Nie były one jednak rozlokowane równomiernie na terenie kraju– najczęściej usytuowano w Otwocku i Zakopanem. Po 1930 liczba łóżek sanatoryjnych uległa zmniejszeniu, gdyż trudności ekonomiczne kraju wpłynęły na spadek frekwencji pacjentów. W 1934 r. liczba sanatoriów zmniejszyła się do 49, a łóżek do 5219. W 1937 r. zaś funkcjonowały 42 sanatoria, które dysponowały 5272 łózkami. Istotna jest liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców– o ile w roku 1930 wskaźnik ten wynosił 1.85, to w roku 1934 uległ obniżeniu do 1.58, a w roku 1937 spadł do 1.54. Na sytuację tę wpływ miały również możliwości instytucji finansujących koszty leczenia. Według danych opublikowanych przez Polski Związek Przeciw-

⁸⁰ Z. Woźniewski, dz. cyt., s. 54–56.

⁸¹ J. Budzińska-Tylicka, dz. cyt., s. 24.

gruźliczy za lata 1929–1932. Kasa Chorych pokrywała koszty leczenia tylko w 40%. Samorządy wraz z dobroczynnością publiczną partycypowały w 15% kosztów, dotacje instytucji i organizacji charytatywnych stanowiły 30%, natomiast 15% stanowiły środki własne pacjentów⁸². Pojawiały się jednak opinie, że ilość środków finansowych jest wystarczająca. Marceli Staroniewicz⁸³ wskazywał, że w latach 1932–1933 40% łóżek sanatoryjnych było nieobłożonych nie z powodów finansowych, ale z braku jednolitego planu akcji przeciwgruźliczej, braku koordynacji i niskiego uświadomienia o istocie gruźlicy.

Słabą stroną organizacji leczenia sanatoryjnego była długotrwała i żmudna procedura uzyskiwania skierowania w ramach ubezpieczenia społecznego. Hozer⁸⁴ wspomina, że proces ten ciągnął się przez długie miesiące. Pierwszym etapem było gromadzenie dokumentacji medycznej, która następnie trafiała do komisji. Ta z kolei przekazywała ją do „komisji specjalnej” i w przypadku pozytywnej decyzji pacjent rozpoczynał oczekiwanie na miejsce w sanatorium. W międzyczasie stan jego ulegał niejednokrotnie znacznemu pogorszeniu.

Pomimo tych trudności zaślugi lecznictwa sanatoryjnego były bardzo znaczące i nie ograniczały się tylko do funkcji podstawowej. Uzupełniały one, a nawet zastępowały działalność klinik uniwersyteckich i innych oddziałów szpitalnych, gdzie dla potrzeb chorych gruźliczych wydzielano niewielką ilość łóżek, ewentualnie tworzono małe oddziały usytuowane najczęściej w barakach, cieszące się wśród pacjentów złą sławą ze względu na wysoką umieralność. Sanatoria stały się zatem nieoficjalnymi klinikami chorób płuc, w których kwalifikacje zdobyło wielu wybitnych specjalistów.

Rozwiązania prawne

Dla wszystkich osób i organizacji zaangażowanych w walkę z gruźlicą ogromną bolączką był brak instrumentów prawnych, zapewniających skuteczne działania w tym zakresie. Nie brakowało głosów domagających się, wzorem państw zachodnich, jednolitych rozwiązań ustawowych, zapewniających centralne kierowanie akcją przeciwgruźliczą. Pierwszy projekt rozporządzenia o zwalczaniu gruźlicy opracował w roku 1918 Stefan Rudzki⁸⁵. Przewidywał on obowiązek

⁸² Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 102.

⁸³ M. Staroniewicz, *Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne*, Warszawa 1935, s. 29.

⁸⁴ J. Borkowski (red.), dz. cyt., s. 325.

⁸⁵ K. Bross, *Spoleczna walka...*, s. 7.

zgłaszania przypadków gruźlicy, organizowanie poradni i łóżek dla chorych na gruźlicę oraz zakładów zapobiegawczych. Nadzór miał spoczywać w rękach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a obowiązek finansowy na organizacjach samorządowych. Projekt nie doczekał się realizacji, zamiast niego uchwalono ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych (z 25 lipca 1919 r.), która zawierała regulacje dotyczące także gruźlicy (m.in. ustanawiała obowiązek zgłaszania przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia) i zapowiadała wydanie osobnej ustawy przeciwgruźliczej. Niedługo potem przypomniał o tym Janiszewski⁸⁶. Wyraził opinię, że ustawa powinna zawierać szczegółowe rozwiązania odnośnie obowiązku zgłaszania zachorowań na wszystkie postacie gruźlicy, regulować kwestie związane z izolacją, odszkodowaniami, zakresem obowiązków rządu, samorządów, kas chorych i instytucji społecznych. Wszystkie te postulaty zawierał kolejny projekt rozporządzenia (1926). Jednak brak środków finansowych na jego realizację i podział kompetencji w zakresie opieki zdrowotnej pomiędzy różne ministerstwa spowodowały kolejną zwłokę. Bross⁸⁷ powrócił do sprawy w roku 1931 r. Wskazywał, że zapadalność i śmiertelność z powodu gruźlicy nie maleje pomimo postępów medycyny. Powoływał się na korzystne następstwa rozwiązań ustawowych w innych krajach, np. w Norwegii, gdzie w okresie obowiązywania uchwalonej w roku 1900 ustawy śmiertelność z powodu wszystkich postaci gruźlicy spadła o 34,5%, a gruźlicy płuc o 32,1%. Uważał, że ustawa winna być skierowana głównie przeciwko chorym prątkującym, toteż postulował wprowadzenie obowiązku zgłaszania takich chorych i ich izolacji, a także obowiązku odkażania. Minęły kolejne lata i w roku 1937 znowu głos zabrał Rudzki⁸⁸. Powtarzał znane wcześniej argumenty. Apelował o czerpanie ze wzorów skandynawskich, szczególnie ustawy norweskiej, dzięki której Norwegia w r.1930 osiągnęła liczbę 6222 łóżek w 190 zakładach przeciwgruźliczych, wydatki z budżetu państwa na walkę z gruźlicą sięgnęły 3100 tys. koron rocznie, a łącznie z innymi źródłami finansowania uzyskano 10 mln, do akcji przeciwgruźliczej zmobilizowano całe społeczeństwo, prasę, organizacje feministyczne, wprowadzono plan badań dzieci, obowiązek zgłaszania zachorowań w oparciu o objawy kliniczne (bez potrzeby uzyskiwania potwierdzenia bakteriologicznego), inspekcje szkół, kościołów, koszar i miejsc zebrań publicznych oraz przymusową izolację chorych zakaź-

⁸⁶ Tamże, s. 7.

⁸⁷ K. Bross, *W sprawie polskiej ustawy przeciwgruźliczej*, „Medycyna Praktyczna” 1931, z. 9, s. 1–2.

⁸⁸ S. Rudzki, *Ustawodawcza walka z gruźlicą*, Warszawa 1937, s. 2–14.

nie. W efekcie powstał kolejny projekt, który trafił pod obrady Sejmu (1938), jednak prace legislacyjne przerwał wybuch wojny.

Rozwiązań ustawowych nie udało się więc wprowadzić. Pewne regulacje dotyczące gruźlicy znalazły się w niektórych aktach prawnych niższej rangi. I tak np. rozporządzenie z 14 października 1924 r. zawierało zapis, w myśl którego kobieta chora na gruźlicę nie mogła być karmicielką obcego niemowlęcia. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 sierpnia 1927 r. o dozorze nad artykułami żywnościowymi odsuwało osoby z otwartą gruźlicą od czynności związanych z obróbką, pakowaniem, transportem i sprzedażą żywności. Z kolei rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 marca 1928 r. o zakładaniu szpitali i przychodni odnosiło się do spraw związanych z organizowaniem i funkcjonowaniem zakładów przeciwgruźliczych. Rozporządzenie z 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu i zapobieganiu chorobom zawodowym zaliczało do nich także gruźlicę, a regulamin więzienny z r.1931 wprowadzał obowiązek izolacji chorych gruźliczych⁸⁹.

Kwestia hospitalizacji zarażonych gruźlicą wynikała z przepisów ogólniejszych, dotyczących chorych zakaźnie. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych z 22 marca 1928 r. w art.8 stanowiło, że szpitale mają obowiązek leczyć chorych „na choroby wszelkiego rodzaju, a co najmniej na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, kobiece z akuszerią oraz zakaźne”. Natomiast nowelizujące je rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych o zakładach leczniczych z 14 lutego 1931 r. w art.13 precyzowało, że szpital publiczny jest zobowiązany do przyjmowania chorych zakaźnie, o ile umieszczenie ich w szpitalu jest możliwe bez narażania innych chorych na zakażenie.

Pewną ochronę chorym gruźliczym zapewniały również przepisy ubezpieczeniowe w zakresie dotyczącym niezdolności do pracy zarobkowej. W okresie przed I wojną światową kwestia ubezpieczeń robotników na wypadek choroby była dość dobrze uregulowana w Galicji i Wielkopolsce, gdzie funkcjonowały kasy chorych o charakterze regionalnym, branżowym czy cechowym. Na terenie zaboru niemieckiego od 19 lipca 1911 r. obowiązywała Państwowa Ustawa o Zabezpieczeniu Chorych: księga druga ustawy dotyczyła ubezpieczenia na wypadek choroby, księga czwarta ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy. W przypadku chorych na gruźlicę ustawa nakładała wprawdzie ograniczenia – obejmowała wyłącznie gruźlicę w trzecim okresie, tzn. obejmującą płuca, krtań, przewód pokarmowy, ew. kości, zapewniała jednak ochronę ubezpieczeniową na okres 26 tygodni, po

⁸⁹ M. Marcysiak, dz. cyt., s. 119–120.

przekroczeniu których chory nabywał prawo do korzystania z ubezpieczenia od inwalidztwa. Obowiązkiem kas chorych było prowadzenie leczenia gruźlicy zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i, w razie potrzeby, także w szpitalu⁹⁰. Natomiast na terenie Królestwa od r.1903 funkcjonowała wprawdzie ustawa, nakazująca pracodawcom ubezpieczenie robotników i wypłatę zasiłku chorobowego, nie wprowadzała jednak przymusu ubezpieczeniowego. W tej sytuacji pracodawcy starali się unikać ponoszenia kosztów ubezpieczenia pracowników oraz odpowiedzialności za ich zdrowie. Sokołowski⁹¹ w roku 1906 zalecał badania lekarskie w fabrykach, koszarach i więzieniach ze zwróceniem szczególnej uwagi na dotkniętych gruźlicą, oraz kierowanie ich do zakładów zamkniętych na koszt macierzystych instytucji. W tym samym czasie Sterling opracował projekt powszechnego ubezpieczenia wszystkich robotników w zakładach zatrudniających więcej niż 5 osób, z rozciągnięciem świadczeń na najbliższą rodzinę ubezpieczonego, jednak projekt nie został zrealizowany⁹². W 1919 r. Kuczewski⁹³ apelował o wprowadzenie ubezpieczenia społecznego, jako niezbędnego instrumentu w walce z gruźlicą. Przytoczył dane statystyczne ilustrujące problem niezdolności do pracy wśród osób dotkniętych chorobą.

Tab.11. Niezdolność do pracy na 1000 przypadków spowodowana gruźlicą⁹⁴.

	Mężczyźni	Kobiety
20–25 lat	549	426
25–30 lat	509	343
30–35 lat	439	258
35–40 lat	367	203
40–45 lat	299	139
45–59 lat	226	101

⁹⁰ J. Rostek, *Gruźlica w ustawodawstwie niemiecko-pruskim*, „Gruźlica” 1925, nr 6, s. 400–401.

⁹¹ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne chorób oddechowych*, t. II, *Suchoty płucne*, Warszawa 1906, s. 630.

⁹² M. Winiarz, *Przemiany polityczne...*, s. 178

⁹³ A. Kuczewski, *O niezbędności wprowadzenia w państwie polskim ubezpieczenia społecznego z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą*, Warszawa 1919, s. 2.

⁹⁴ Tamże.

Wskazywał, że mniej więcej na 3 lata przed śmiercią chorzy na gruźlicę stają się niezdolni do pracy. Postulował wprowadzenie państwowego przymusowego ubezpieczenia społecznego od choroby i niezdolności do pracy wzorem Anglii, gdzie rozwiązanie takie funkcjonowało od 1911 r. Sytuacja w tej kwestii uległa zmianie dopiero po przyjęciu ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 28 marca 1933 r. W myśl tej ostatniej obowiązkowi ubezpieczenia podlegały, z pewnymi wyłączeniami dotyczącymi funkcjonariuszy państwowych, wszystkie osoby pozostające w stosunku pracy najemnej lub w stosunku słuźbowym, a pracodawca miał obowiązek niezwłocznego zgłoszenia pracownika do ubezpieczenia (w ciągu 7 dni od przyjęcia do pracy, a w ciągu 10, jeśli siedziba przedsiębiorstwa znajdowała się w innej miejscowości, niż siedziba ubezpieczalni). Jednakże obowiązkowym ubezpieczeniem na wypadek choroby nie zostali objęci chłopci, robotnicy rolni, leśni, służba domowa i bezrobotni, stanowiący łącznie trzy czwarte ogółu mieszkańców Polski⁹⁵. Na terenach wiejskich ubezpieczonych nie było więc prawie wcale, skutkiem czego z pomocy lekarskiej korzystano w ostateczności⁹⁶. Ustawa stwarzała wprawdzie możliwość ubezpieczenia dobrowolnego, ale z wyłączeniem osób w wieku powyżej 45 lat oraz tych, których dochód roczny przekraczał 10 tys. złotych. Warunkiem przyjęcia do ubezpieczenia był ponadto dobry stan zdrowia. Chociaż ustawa nakładała obowiązek ubezpieczenia tylko na określone grupy zawodowe, to i tak był to ogromny krok naprzód. Istotne były też inne zapisy, np. taki, że w przypadku choroby zakaźnej ubezpieczalnia mogła, na zlecenie lekarza, zarządzić umieszczenie chorego w szpitalu bez jego zgody. Ubezpieczalnia miała też obowiązek rezygnacji z pobierania dopłat do porad i leków dla chorych na gruźlicę, wyszczególnionych odrębnym rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej. I, co ważne, finansowanie systemu opieki zdrowotnej zostało wzbogacone o kolejne źródło, którym były składki osób ubezpieczonych. Nadal jednak zaangażowanie ubezpieczalni społecznych w walkę z gruźlicą było odległe od tego, co proponował

⁹⁵ J. Borkowski (red.), dz. cyt., s. 6. Według Borkowskiego, chłopci stanowili ponad połowę ludności kraju, robotnicy rolni prawie 10 mln, kilka milionów stanowili bezrobotni wraz z rodzinami.

⁹⁶ Skopińska i Piekarski odnotowują, że robotnicy rolni środkami na leczenie zwykle nie dysponowali, a pracodawcy, na których przeniesiono obowiązek opłacania pomocy lekarskiej, nadzwyczaj niechętnie się z niego wywiązywali. System ten skazywał zbyt często chorujących na niebezpieczeństwo utraty pracy, a ponadto dawał regulującemu rachunki pracodawcy dostęp do informacji, objętych tajemnicą lekarską. Patrz: J. Borkowski, dz. cyt., s. 107 i 262–265.

nico wcześniej Janiszewski⁹⁷, a mianowicie ścisłego ich współdziałania z towarzystwami przeciwgruźliczymi, udziału finansowego w tworzeniu poradni przeciwgruźliczych, opłacania pewnej liczby łóżek sanatoryjnych dla swoich ubezpieczonych, budowy sanatoriów i oddziałów szpitalnych (choć zapisy ustawy na to zezwalały).

Niewystarczające były także działania na rzecz rozbudzenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Mówiąc o udziale państwa w zwalczaniu gruźlicy w postaci różnego rodzaju aktów prawnych należy mieć w pamięci uwagę francuskiego higienisty Duclaux, że „prawa i rozporządzenia nie wystarczą tam, gdzie obyczaje nie dojrzały”.

Mit gruźlicy a życie codzienne na przełomie XIX i XX w.

Przedstawiony wyżej obraz gruźlicy może sugerować, że poczucie zagrożenia zdominowało życie codzienne przełomu XIX i XX w., przede wszystkim w wymiarze publicznym. Czy rzeczywiście? Doświadczenie uczy, że zagrożenie permanentne z upływem czasu przestaje ekscytować, jego odbiór się zmienia, bagatelizuje się je, czy nawet lekceważy. Żołnierz w ostrzeliwanym okopie stopniowo obojętnieje na huk rozrywających się wokół pocisków. Zmniejsza się wrażliwość, górę bierze rutyna. Przestrzegał przed tym mechanizmem Dłuski⁹⁸ przypominając o niebezpieczeństwie, które straciło wyrazistość, ponieważ społeczeństwo się z nim zżyło i „(...) na gruźlicę nie zwraca się żadnej lub niewielką uwagę, plucie zaś na ulicę, podłogi lub chustki nikogo nie zadziwia i nie przestrasza”. Brzeziński⁹⁹, zestawiając zagrożenia – gruźlica w porównaniu z pomorem, głodem i wojną – pisze: „(...) dziwna jednak rzecz, że podczas gdy każda z tych klęsk wzbudza w nas nieopisaną trwogę, suchot mało się obawiamy i mało o nich myślimy. Widocznie przyzwyczailiśmy się do tej choroby, zżyliśmy się z nią, jakby z jaką rodzoną, choć złą siostrą, od której nie jesteśmy w stanie się uwolnić.” To bardzo trafne spostrzeżenie nie wyczerpuje jednak tematu. Bowiem indywidualne i społeczne reakcje na stałą obecność gruźlicy miały też wymiar historyczny – był nim zapoczątkowany w XVIII w., a rozwinięty w okresie romantyzmu mit gruźlicy. Wtedy to właśnie wykreowano ideał urody, któremu w pełni odpowiadał wygląd suchotnika. Szczupła, rachityczna sylwetka, blada twarz

⁹⁷ T. Janiszewski, *Gruźlica...*, s. 845.

⁹⁸ K. Dłuski, *O sanatoryjach*, Warszawa 1901, s. 7.

⁹⁹ J. Brzeziński, *O gruźlicy i środkach przeciw niej zaradczych*, Częstochowa 1910, s. 3.

z ceglastymi rumieńcami i błyszczącymi oczami– właśnie taki typ urody był pożądanym, przydawał elegancji i arystokratyzmu¹⁰⁰. Suchoty były metaforą delikatności, smutku, bezsilności¹⁰¹. Toteż w literaturze dziewiętnastowiecznej śmierć z powodu gruźlicy nie tylko nie jest przerażająca, ale wręcz podniosła. Ale wyrafinowanie gruźlicy miało jeszcze inny aspekt: była chorobą bardziej duszy niż ciała, uważano, że przydaje ona szczególnej wrażliwości, uduchowienia, zdolności do głębokiego odczuwania piękna¹⁰². Wyostrażając zmysły stwarzać miała możliwość prawdziwego poznania, bez niej nie mogło być mowy o prawdziwej sztuce. Była też pojmowana jako choroba namiętności i miłości– uważano, że jej objawy są w istocie przejawami choroby miłosnej. Suchotnicy zyskiwali na atrakcyjności erotycznej, także i dlatego, że choroba miała powodować seksualną nadpobudliwość, namiętność, a nawet wyzwać z hamulców moralnych, uwalniając zarazem od odpowiedzialności. Wygląd gruźliczy wyróżniał z otoczenia, budził szacunek i zainteresowanie, zastępował osobowość¹⁰³. Kojarzył się z elegancją, dostojeństwem i dobrymi manierami. Był symbolem męskości. Zdaniem Sontag¹⁰⁴, gruźlicę można też odbierać jako chorobę czasu: przyspieszając życie, czyniła je bardziej wyrazistym. To przyspieszenie przejawiało się zwiększoną intensywnością życia, poszukiwaniem przygód, także erotycznych. Ale gruźlica nobilitowała nie tylko poprzez następstwa. Sam fakt zachorowania wynosił ponad przeciętność, ponieważ miał przydarzać się jednostkom szczególnie wrażliwym i zmysłowym. Człowiek zdrowy był banalny i pospolity.

Odkrycie prątką przez Roberta Kocha nie zachwiało mitem gruźlicy. Okazało się, że ewidentny i niepodważalny czynnik etiologiczny nie mógł konkurować z wykreowanym obrazem choroby, której podłożem miała być szczególna konstytucja psychiczna. Zdaniem Sontag¹⁰⁵ upadek tego mitu nastąpił z chwilą wprowadzenia skutecznych leków przeciwprątkowych, chociaż Urszula Makowska¹⁰⁶ nie do końca się

¹⁰⁰ „(...) Panna, która podobać się chciała, musiała być mizerną, bladą i choć po trosze pokaszliwą.”– pisała Walewska. Patrz: M. z Przeździeckich Walewska, *Polacy w Paryżu, Florencji i Dreźnie. Sylwetki i wspomnienia*, Warszawa 1930, s. 105.

¹⁰¹ S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Warszawa 1999, s. 65.

¹⁰² Tomanek był zdania, że „(...) wpływy zakażenia docierają głęboko, docierają bowiem do układów tak ciała, jako też duszy”. Z. Tomanek, *O piękności w gruźlicy*, „Polska Gazeta Lekarska” 1934, nr 50, s. 933.

¹⁰³ Hans Castorp, bohater *Czarodziejskiej góry* T. Manna zyskał na znaczeniu, kiedy wykryto u niego gruźlicę. Stał się wówczas kimś wyjątkowym, dołączył do grona dotkniętych chorobą wybrańców.

¹⁰⁴ S. Sontag, dz. cyt., s. 17.

¹⁰⁵ Tamże, s. 38.

¹⁰⁶ U. Makowska, *W cieniu Czarodziejskiej Góry*, „Ikonoteka”. Prace Instytutu Hi-

z tym zgadza: jej zdaniem niektóre jego elementy przetrwały do dziś. Romantyczny mit w istocie tylko nieznacznie przesłaniał prawdziwą naturę choroby, bo tylko wczesne jej stadium miało nieodparty urok. Potem zaczynał dominować strach, ból, przygnębienie i poczucie poniżenia. Jak pisze Sontag¹⁰⁷, „(...) cierpienie zyskało wymiar romantyczny dzięki stylizowanemu opisowi wczesnych objawów choroby (na przykład osłabienie przedstawiane jako melancholia), podczas gdy prawdziwe cierpienie było po prostu ukrywane”. Ukrywano również obawy i lęki związane z gruźlicą, czego wyrazem było unikanie nazywania rzeczy po imieniu – mnożyły się eufemizmy, używano terminologii zastępczej, jak: „choroba piersiowa”, „zakład dla chorych piersiowych”, mówiono o przeziębieniu i o „słabych płucach”. Zresztą w środowiskach mieszczańskich mit gruźlicy nigdy na dobre się nie zakorzenił. Suchoty były tam postrzegane jako choroba wstydliva, a sami chorzy ukrywani przed światem w dostępnych tylko dla niektórych domowników pomieszczeniach, często zaciemnionych i rzadko wietrzonych.

Zmierzch młodopolskiego neoromantyzmu przyniósł wyraźną zmianę w sposobie prezentacji gruźlicy. Coraz częściej wyobrażała niedostatek, niedożywienie, brak środków do życia i powolną śmierć. Towarzyszyły jej obrazy nędznych, wilgotnych mieszkań i fatalnych warunków higienicznych. Gruźlica stała się tym, czym naprawdę była: odrażającą, wyniszczającą chorobą.

Jak wyżej wspomniano, w omawianym okresie do zagrożeń związanych z gruźlicą ogół społeczeństwa odnosił się raczej obojętnie. Wydawać by się mogło, że moment odzyskania niepodległości będzie tą właściwą chwilą, kiedy młode państwo zmobilizuje się do rozwiązania i tego problemu. Okazało się jednak, że kłopoty związane z odbudową państwowości zdominowały wszystkie pozostałe, co rodziło określone zagrożenia. „Nasza polska rzeczywistość wydawała się ciasna, gruźlicza i skazana na jakiś straszliwy kataklizm” – oceniał po latach Marian Ruth-Buczowski¹⁰⁸. Kwestię zagrożeń związanych z gruźlicą podnosiły głównie środowiska medyczne i organizacje społeczne, ale na ich rozwiązanie nie było środków finansowych, ani w kasie państwowej, ani w kieszeniach większości bezpośrednio zainteresowanych, czyli dotkniętych chorobą. Niski był także poziom świadomości społecznej. Nie brakowało resztą głosów, że jest to niebezpieczeństwo wyolbrzy-

stории Sztuki Uniwersytetu Warszawskiego 2002, nr 15, s. 187.

¹⁰⁷ S. Sontag, dz. cyt., s. 33.

¹⁰⁸ M. Ruth-Buczowski, *Tragiczne pokolenie*, Warszawa 1958, s. 5.

mione. Jako argument służył niski stopień zapadalności wśród personelu szpitali i sanatoriów. Nie podejmowano radykalnych kroków celem ochrony młodzieży szkolnej, chociaż zagrożenie było ogromne – dla przykładu w 1927 r. wśród uczniów szkół powszechnych Wilna stwierdzono 10% zarażenia gruźlicą, a w Państwowej Szkole Technicznej 19,4%¹⁰⁹. Według danych statystycznych, na gruźlicę umierało 54% nauczycieli szkół powszechnych¹¹⁰. Podobne statystyki dotyczyły służby domowej, pracowników restauracji, biur i sprzedawców w sklepach. Zakopane, ostatnia nadzieja dla wielu suchotników, oferowało nie tylko leczenie klimatyczne. „Gruźlicy nie dają za wygraną – mą ustawicznie w sanatorium Dłuskiego aż po zakład dr Hawranka, równocześnie zwiększa się ilość rozrywek ułatwiających im przejście z Równi Krupowej na Pola Elizejskie” – pisał Malczewski¹¹¹. Owe rozrywki to m.in. tradycyjny zakopiański szlak kawiarniano-knajpiany: „Morskie Oko”, restauracje Karpowicza i Trzaski.

Przy braku świadomości społecznej znaczenia nabierała odpowiedzialność indywidualna. Dla przykładu: walczący z gruźlicą Karol Szymanowski, przebywając z wizytą u Iwaszkiewiczów, unikał przytulania ich dzieci, zdając sobie sprawę z obaw rodziców¹¹². Z kolei Michejda¹¹³ opowiada, że kiedy stwierdził początki gruźlicy u swojego teścia (zarażonego zresztą najprawdopodobniej przez pisarza M. Szukiewicza, z którym pracował), natychmiast wyprawił żonę i dziecko do innej miejscowości. Michejda miał ułatwione zadanie – jako lekarz potrafił we własnym zakresie przygotować preparaty z materiału pobranego do badania bakteriologicznego. Ale i na rozwałę środowiska lekarskiego nie zawsze można było liczyć. Tadeusz Boy-Żeleński¹¹⁴ wspomina niejakiego Szyszkę, młodzieńca z otoczenia Przybyszewskiego: „Suchotnik z kawernami w płucach wielkości pięści i wiedzący o tym, plujący krwią, gorączkujący stale i zapijający tę gorączkę na umór, był jednym z najweselszych ludzi, kipiał radością życia. Do tego stopnia, że lekarze polecali go jako medyka–pielęgniarsza bogatym chorym, tak dobrze oddziaływał na nich swoim optymizmem i beztrąską”. Aż trudno uwierzyć, że w problematykę zagrożeń gruźliczych mogli się negatywnie wpisywać lekarze, polecając komukolwiek korzystanie z pomocy prątkującego suchotnika.

¹⁰⁹ S. Brokowski, (w:) *O gruźlicy...*, s. 27.

¹¹⁰ Tamże, s. 12–13.

¹¹¹ R. Malczewski, dz. cyt., s. 9.

¹¹² A. Iwaszkiewicz, *Dzienniki*, Warszawa 1993, s. 169.

¹¹³ K. Michejda, dz. cyt., s. 217–218.

¹¹⁴ T. Boy-Żeleński, *Znasz-li ten kraj?... Cyganeria krakowska*, Kraków 1949, s. 100.

SUMMARY

Tuberculosis in Young Poland period and during the interwar in the theory and medical practice (part. II)

The subject of the study is the picture of tuberculosis in turn of XIX and XX century (1890–1939). Tuberculosis has been with people for ages. Due to lack of effective therapy until 50s last century tuberculosis constituted not only a medical problem, but because of the prevalence of infection it was also social problem. It was considered as a fatal disease what made that people were afraid and scared. One of the most important moment in history was discovery R.Koch, who on 29th of March 1882 on an assembly Berlin Physiologists announced an identification the bacillus, which was later called his name. This bacillus was responsible for TB symptoms. Unfortunately, it did not improve treatment results. Available effective methods did not play a prominent role, because they were possible only for privileged. Costs of treatment and rehabilitation sick people were very high. TB picture as a disease carrying death has changed over the past several decades. The disease became mainly medical problem, still very important but not crucial. It is not primary what it used to be: a widespread epidemic disease, "white plague" with an enormous social-economic consequences, a cultural phenomenon affecting the fate not only of individuals, but also the whole society. The aim of the study is presentation the medical knowledge about the tuberculosis in period 1890–1939: the symptoms, diagnosis and methods of treatment, preventive actions, and also social and health consequences and former system of a health service.