

W. C H O D Ź K O

Współpraca narodów w zakresie ochrony zdrowia publicznego w czasie drugiej wojny światowej*)

The International Cooperation of the Health Service during the Second World - War.

W sesji wiosennej Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, do którego Polska należy od 1920 roku, wzięli udział delegaci państw i kolonii następujących:

Afryki Równikowej Francuskiej, Afryki Zachodniej Francuskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Arabii Saudyjskiej, Argentyny, Australii, Belgii i Konga Belgijskiego, Brazylii, W. Brytanii, Bułgarii, Danii, Egiptu, Francji, Algierii, Grecji, Gwiny i Antylli Francuskich, Hiszpanii, Holandii, Indochin Francuskich, Indii Brytyjskich, Indii Holenderskich, Iraku, Iranu, Nowej Kaledonii, Kanady, Kolonii brytyjskich w Afryce, Kolonii brytyjskich poza Afryką, Luksemburga, Madagaskaru, Marokka, Meksyku, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Peru, Polski, Portugalii, Sudanu, Szwajcarii, Szwecji, Tunezji, Turcji, Unii Południowo-Afrykańskiej, Urugwaju, Węgier i Włoch.

Długoletni Delegat Związku Republik Radzieckich — prof. Sysin — nie przybył na sesję. Niemcy i Japonia w sesji udziału nie brały.

Przewodniczył delegat Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, dr Hugh S. Cumming, dawny i długoletni członek Komitetu Stałego, a następnie delegat Kolonii brytyjskich poza Afryką, lekarz portu londyńskiego, dr M. Morgan.

Spośród spraw, nad którymi obradowano, wymienimy najważniejsze.

*) Pierwsza po drugiej wojnie światowej sesja wiosenna Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej (Comité Permanent de l'Office International d'Hygiène Publique) odbyła się w Paryżu w czasie od 24 kwietnia do 2 maja 1946 r. Artykuł niniejszy zawiera sprawozdanie z czynności delegata Rządu Rzeczypospolitej Polskiej.

I. Dur plamisty.

Szef delegacji francuskiej, prof. Lemierre, przedstawił sprawę epidemii duru plamistego, która wybuchła we Francji w obozach i komendach jeńców niemieckich oraz wśród repatriantów z Niemiec. Epidemia pojawiła się w XVIII Okręgu Wojskowym w okolicy Bordeaux w dniu 6 września 1945 r. Największa ilość przypadków wystąpiła w drugiej połowie października i pierwszej połowie listopada 1945 r., ostatnie przypadki zanotowano w dn. 26 listopada 1946 r.

Zachorowało: wśród jeńców niemieckich — 195 przypadk. — 47 zgonów
 „ Francuzów cywilnych — 8 „ — 3 „

Oprócz tego zanotowano 67 przypadków podejrzanych.

Ognisk epidemicznych było 16 w rozmaitych punktach departamentów: Gironde, Lot et Garonne i Seine-et-Oise.

Druga epidemia prawie w tym samym czasie, w obrębie XV Okręgu Wojskowego: stwierdzono 33 przypadki duru plamistego wśród jeńców niemieckich w obozie, położonym na przedmieściu Marsylii, z nich zmarło 2.

Plan walki obejmował:

- 1) wymianę wiadomości o durze plamistym między wojskową i cywilną służbą zdrowia;
- 2) stosowanie badań laboratoryjnych w celu wczesnego wykrywania ognisk zakażenia zapomocą:
 - a) metody hemodiagnostycznej wg. Brumpta u wszystkich osób podejrzanych.
 - b) serodiagnostyki wg. Weil-Felixa w przypadkach, kiedy badanie metodą hemodiagnostyczną wypadło dodatnio;
 - c) odczynu zlepnego na rickettsie u osobników z dodatnim odczynem Weil-Felixa; — odczyn ten wykonywa się w Instytucie Pasteura (dr Giroud), dokąd się przesyła surowice chorych.

To wykrywanie metodą serodiagnostyczną na 3 szczeblach wydaje się sposobem bardzo pożytecznym dla zapobiegania epidemiom.

3) Szczepienia ochronne szczepionką Duranda i Giroud, które prowadzi się obecnie w obozach jeńców niemieckich.

Szczepienia te stosuje się obecnie wśród ludności cywilnej u osób, którym ich czynności albo miejsca ich zamieszkania grożą zakażeniem a to na mocy Rozporządzenia z dn. 27 marca 1945 r.

4) Odwzawianie proszkiem D. D. T.

Odwzawianie to dokonywane było systematycznie w obozach i komendach jeńców niemieckich i wśród ludności cywilnej francuskiej, stykającej się z jeńcami, za pomocą departamentalnych kolumn desinsekcyjnych („Equipes départementales de desinsectisation“). Doświadczenie dowodzi, że proszek D.D.T., który ma dobrą opinię i jest bardzo rozpowszechniony we Francji, jest często źle stosowany i dlatego jego działanie

jest niestałe. Z tego względu w styczniu 1946 r. urządzono w Paryżu kurs teoretyczny i praktyczny w celu wyszkolenia „okręgowych instruktorów desinsekcji” („moniteurs régionaux de desinsectisation”), których zadaniem jest :

- 1) pouczanie kolumn desinsekcyjnych, tworzonych w departamentach,
- 2) kontrolowanie i ulepszanie techniki odwyszawiania na całym terytorium Francji.

Sporadyczne przypadki duru plamistego wśród repatriantów :

1 przypadek w Strasburgu — stwierdzony 3 grudnia 1945 r. u repatrianta Holendra, przybyłego z Wiednia ;

1 przypadek z St. Symphorien (departament Gironde — stwierdzony 13 grudnia 1945 r. u młodej dziewczyny w Centrum Repatriacji Polaków ;

1 przypadek w Paryżu — u pielęgniarki francuskiego Czerwonego Krzyża z pociągu repatriacyjnego, zarażonej przy manipulacjach nad uniformami niemieckimi, zakażonymi durom plamistym.

Dur plamisty w Tunetanii — memoriał, przedstawiony przez delegata Tunetanii, p. de Navailles: zimy 1944—1945 r. i 1945—1946 r. bez wzmożenia epidemii duru plamistego, w poprzednich latach srożącego się w tym kraju. Objaśnia się to stosowaniem masowych i powtarzających się szczepień zapobiegawczych u ludności Tunetanii. Przeprowadzano tam również masową desinsekcję ludności proszkiem D.D.T.

Delegat Szwecji, prof. Kling, przedstawił wyniki badań Hammarströma i innych nad odczynem Weil-Felixa i odczynem zlepnym z rickettsiami u 400 uchodźców, chorych na dur plamisty, przybyłych z niemieckich obozów koncentracyjnych i leczonych w Szwecji. Oba odczyny występowały u tych chorych między 8 a 9-tym dniem choroby i miały na ogół jednakową wartość z lekką przewagą na korzyść odczynu zlepnego. Delegat Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, dr H. S. Cumming, przedstawił raport dra G. W. Coxa, dyrektora departamentu służby zdrowia stanu Texas, w sprawie endemii *dur plamistego typu szczurzego*, która wciąż wzmaga się na terenie tego stanu. Skłoniło to miejscowe władze sanitarne do przedsięwzięcia rozległych zbiorowych badań sanitarnych z udziałem Fundacji Rockefellera i innych instytucji amerykańskich w jednym z powiatów stanu Texas, w powiecie Lavaca, gdzie nasilenie duru szczurzego jest największe.

Badania powyższe, które obejmują epidemiologię, sprawę odporności szczurów na zarazek, zakaźności szczurów i ich pasożytów, oceny działania proszku D.D.T., masowego tępienia szczurów, wyników szczepień ochronnych i t. p. rozpoczęły się w r. 1945 na terenie powiatu (county) Laxaca i są jeszcze w toku.

W dyskusji zabrał głos delegat Szwecji, prof. Kling, który zakomunikował, że w Szwecji dokonano próby uodpornienia masowego przeciw durowi plamistemu klasycznemu zapomocą szczepionki przygoto-

wanej metodą Laigret'a — zaszczepiono około 30.000 osób. W następstwie jednakże szczepionka amerykańska, przygotowana metodą Coxa, okazała się lepsza, gdyż jest zupełnie bezpieczna i daje istotną odporność. W chwili obecnej stosuje się w Szwecji szczepionkę Coxa.

Delegat Rządu Polskiego, dr W. Chodźko, zauważył, że odczyn zlepty na rickettsje daje niewątpliwie wyniki wyraźniejsze, niż odczyn Weil-Felixa, jednak niekiedy i ten odczyn występuje zbyt późno, aby ułatwić rozpoznanie przypadku duru plamistego i jego różniczkowanie.

Podczas drugiej wojny światowej Niemcy, na terenie okupacji w Polsce, wytwarzali szczepionkę z hodowli na zarodkach jaj kurzych według metody prof. Otto z Frankfurtu n. M., różniącą się od szczepionki Coxa; szczepionka ta okazała się jednakże nie zawsze bezpieczną — przeznaczali ją zresztą dla ludności cywilnej, która niechętnie się nią szczepiła; jednocześnie wytwarzali również masowo szczepionkę metodą prof. Weigla, która była szeroko stosowana wśród oficerów, urzędników i żołnierzy. Prof. Weigl uratował się podczas okupacji niemieckiej, jest już czynny na Uniwersytecie Krakowskim i ogłosił szereg bardzo cennych prac swoich i swoich uczniów. Delegat polski wyraził nadzieję, że będzie mógł przedstawić wyniki tych prac podczas sesji jesiennej 1946 r. w Międzynarodowym Urzędzie Higieny Publicznej.

Przewodniczący, dr Morgan, delegat W. Brytanii, oświadczył, że jest pewien, iż Komitet Stały Międzynarodowego Urzędu Higieny dowiedział się z radością, że prof. Weigl uniknął wszystkich grożących mu niebezpieczeństw.

II. Dur powrotny.

Delegat Tunetanii, p. de Navailles, przedstawił przebieg epidemii duru powrotnego, spowodowanego przez krętki Obermeyera w Tunetanii; w początkach 1944 r. pojawiła się epidemia duru powrotnego tego typu (20 przypadków) w szpitalu okręgowym w Sfax, zaś pod koniec lata w Kairuanie, po przybyciu tam żołnierzy w okręgu Tschadu.

Od tego czasu epidemia w Sfax codziennie wzmagała się, jednocześnie zaś dur plamisty w tej miejscowości zupełnie znikł.

Należy zaznaczyć, że dur powrotny typu Obermeyera nie był notowany w Afryce Północnej do czasów pierwszej wojny światowej w okresie 1914 — 1918 roku, poczem znikł zupełnie. Już Charles Nicolle zaobserwował, że epidemie duru powrotnego, wywołanego przez prątki Obermeyera, przybyły z Trypolitanii. Obecnie epidemia ma, jak się wydaje, to samo pochodzenie, gdyż przed rokiem zanotowano epidemię duru powrotnego typu Obermeyera w oazie Fezzan, położonej na południu Trypolitanii. Przypuszczenie, że pochodzi ona z okolic bardziej oddalonych, mianowicie z Afryki Zwrotnikowej nie jest nieprawdopodobne, gdyż powoduje ją przesuwanie się wojsk i ludności.

Objawy kliniczne obecnej epidemii są bardzo różnorodne, występują objawy tężcowe, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (sztywność karku, objaw Kerniga, ciężkie zamroczenia i t.p.).

Pomimo uruchomienia całego arsenału leczniczego, pomnożenia ruchomych kolumn desinsekcyjnych etc. epidemia nie ustępuje, lekarze służby zdrowia są przeciążeni pracą. Urzędowe liczby zgłoszeń duru powrotnego w Tunetanii należałoby pomnożyć 5—6 razy ażeby zbliżyć się do liczb rzeczywistych. Najlepiej prowadzone leczenie nie może samo przez się opanować epidemii, gdyż ogólne złe warunki bytu ludności i brak środków do odswadzania masowego ludności utrudniają zadanie. Dotąd zgłoszono w Tunetanii 36 582 przypadki duru powrotnego. Lekiem właściwym duru powrotnego jest nowo-arseno-benzol, podaje się go w 2 lub 3 wstrzyknięciach po 0,15 0,30 0,45 grama, czasami stosuje się od razu w dawce po 0,75 gr. z powodzeniem. Środek ten jest dobrze znoszony w durze powrotnym i nigdy nie daje komplikacji, które niejednokrotnie stwierdza się, o ile stosuje się tą wielką dawkę w przypadkach kiły. Odsetek śmiertelności w durze powrotnym osiągnął w obecnej chwili taki sam poziom, jak dur plamisty, a mianowicie 10 do 12%. Epidemia przybiera z dnia na dzień postać coraz groźniejszą, a odsetek śmiertelności wciąż się powiększa. Ponieważ choroba ta nie daje odporności należy obawiać się, że coraz więcej szerzyć się będzie.

Ilość zgłoszonych przypadków duru powrotnego typu bakteryjnego w Tunetanii wynosiła:

w r. 1939	— 2
1940	— 2
1941	— 3
1942	— 0
1943	— 8
1944	— 18.513
1845	— 34.698

Sprawozdanie z epidemii duru powrotnego w Algierii przedstawił dr Grenoilleau, dyrektor służby zdrowia Algierii, delegat tego kraju.

W Algierii w okresie roku 1940 — 1941 pojawiła się duża epidemia duru plamistego, która w okresie 1944 — 1945 r. zaczęła spadać do normy, w r. 1943 wystąpiła w niezwykłym nasileniu oспа, po której pojawiła się duża epidemia wrzodów nekrotycznych (ulceres phagedeniques) w r. 1944 (do r. 1945) wybuchła nagle recydywa dżumy gruźlicowej w Algierze, dżumy płucnej w Oranie.

W listopadzie 1944 r. wystąpiła epidemia duru powrotnego typu Obermeyera, przenoszonego przez wszy, który, jak się wydawało, oddawna już opuścił Algierję bowiem od r. 1914 w Algierii już nie notowano masowego występowania epidemii duru powrotnego, wywoływanego

przez krętki Obermeyera, notowano natomiast przypadki duru powrotnego, przenieszonego przez kleszcze *Ornithodoros noubata*. Od połowy listopada 1944 r. do końca 1945 roku zgłoszono na terytorium Algierii 15.603 przypadki duru powrotnego typu Obermeyera. Pojawienie się tej epidemii w Algierii było poprzedzone na kilka miesięcy przed tym, w styczniu 1944 r., wybuchem epidemii tego samego typu, w Tunetanii (o czym wyżej); pochodzenie tej ostatniej epidemii należy odnieść do Fezzanu gdzie, jak się wydaje, znajduje się pierwotne ognisko duru powrotnego typu Obermeyera i gdzie zaraz po uwolnieniu Trypolitanii w r. 1942 — 1943 stwierdzono przypadki duru powrotnego tego typu.

„Epidemia duru powrotnego, przenieszonego przez wszy, szerzyła się stopniowo (pisze *Gr en o i l l e a u*) i jakby w sposób matematyczny, ze Wschodu na Zachód, ażeby w lutym 1945 r. dojść do Marokka. W ciągu 2 miesięcy przebyła ona 900 kilometrów na terytorium Algierii, podczas gdy pozostawiła ona nietknięte kraje położone na wschodzie, gdzie żadnego przypadku nie zanotowano“.

„Tymczasem, dur plamisty przenoszony również przez wszy, ujawnia tendencje posuwania się ku Wschodowi, ku Egiptowi (dotkniętemu epidemią tej choroby w r 1944 i 1945, podczas gdy Algieria została szczególnie dotknięta w 1942), następnie ku bliskiemu Wschodowi, Turcji i Persji“.

Ilość zgłoszeń przypadków duru powrotnego typu Obermeyera w Algierii jest znacznie niższa, niż jest ona w rzeczywistości, należy pomnożyć tę liczbę przynajmniej przez 10 (ilość przypadków duru plamistego w Algierii w r. 1942 należało, na podstawie dokładniejszych sprawozdań na miejscu pomnożyć przez 6). Pierwsze przypadki duru powrotnego typu Obermeyera wystąpiły w Algierii w departamencie Konstantyny, sąsiadującej z Tunetanią, choroba objęła bardzo szybko cały ten departament a następnie departament Algeru i Oranu. I w Marokku postępy epidemii były równie szybkie.

Sposób zakażenia: zakażenie durem powrotnym typu Obermeyera nie odbywa się przez ukąszenie wszy, ale przede wszystkim przez jej rozgniatanie palcami na skórze. Jak wykazał *N ic o l l e* kończyny wszy są bardzo łamliwe i są „nafaszerowane“ pasożytami. *S e r g e n t* dowiedział, że zakażenie może następować przez błony śluzowe spojówek oraz za pośrednictwem limfy wszy zakażonej. Zarazek może się przenieść z kurzem, jak w durze plamistym.

Śmiertelność waha się około 3%. Jako komplikacje mogą występować długotrwałe zaburzenia kiszkowe, żółtaczką, poronienie w przebiegu ciąży, objawy krwiotoczne (krwotoki z nosa, purpura) komplikacje ze strony opon mózgowych, komplikacje oczne, jak neuritis retrobulbaris

(może być ono spowodowane przez leczenie przetworami arseniku-szczególniej metylarsanem). Chorzy nie leczeni odbywali średnio 3 nawroty choroby w odstępach 9-11 dniowych.

Leczenie: najlepsze wyniki dał novoarsenobenzol (przeciętnie po 0,6 gramą) podawany podczas gorączki w postaci wstrzykiwań śródżylnych, w pierwszym dniu jedna iniekcja i jedna nazajutrz, albo w pierwszym dniu jedna iniekcja, nazajutrz jedna iniekcja, a po 6-8 dniach trzecia iniekcja. Wyleczeń 92%. Dalej mapharsen w iniekcjach śródżylnych, po jednej iniekcji — 52% wyleczeń, po 2-ch iniekcjach — jedna pierwszego dnia, druga nazajutrz — 56% wyleczeń.

Amerykański preparat stovarsol nie okazał żadnego wpływu na przebieg choroby, dał zaledwie 2% wyleczeń. Stovarsol stosowano doustnie. Najszybciej działa mapharsen, jednakże może powodować silny szok w dwie godziny po wstrzyknięciu śródżylnym. Zarządzenia sanitarne: stosowano zwykle zarządzenia sanitarne, poczynając od zgłoszenia obowiązkowego, kończąc na izolowaniu chorego i odwszawianiu masowym, do czego używano kwasu siarkawego. Po raz pierwszy zastosowano proszek D. D. T. do odwszawiania środków przewozowych, używanych do przewożenia chorych. Więzienie w Algierze odwszawiano za pomocą posypywania więźniów proszkiem D.D.T., zaś lokale oczyszczano za pomocą rozpylania roztworu D. D. T. w kerozenie. W ciągu kilku dni opanowano epidemię w tym więzieniu. Wprowadzono kontrolę podróźnych, wyjeżdżających z portów i lotnisk algerskich i odwszawiono kilkuset podróźnych.

Dzięki tym zarządzeniom nasilenie duru powrotnego w Algierii stało się znacznie mniejsze, niż nasilenie duru plamistego w tym kraju w r. 1942.

W dyskusji zabrał głos dr G a u d, były dyrektor służby zdrowia w Marokku, który zaznaczył, że epidemia duru powrotnego typu O b e r m e y e r a przekroczyła granice Tunetanii, Algierii i Marokka i stanowi poważne zagadnienie higieny międzynarodowej. Epidemia obecna tak jak poprzednia (1914 — 1924) wyszła z Fezzanu, spowodowała już z górą milion przypadków i pociągnęła za sobą od 100.000 do 200.000 zgonów. Epidemia ta szerzy się ku wschodowi, objęła już Egipt, który powinien przedstawić sprawozdanie z jej przebiegu.

Delegat Francuskiej Afryki Zwrotnikowej, dr V a u c e l, dyrektor kolonialnej służby zdrowia, stwierdza, że Afryka Zwrotnikowa nie jest pierwotnym siedliskiem duru powrotnego przenoszonego przez wszy, spotyka się tam jedynie dur powrotny, wywołwany przez krętek D u t t o n ' a, który jest przenoszony przez kleszcze z gatunku Ornitorodorus noubata. Obecna epidemia duru powrotnego typu Obermeyera już przekroczyła na zachodzie granice Maurytanii francuskiej, doszła do Francuskiej Afryki Zachodniej i może dojść do Afryki Zwrotnikowej, jak w roku 1924.

III. O s p a.

Sprawozdanie z przebiegu ospy, zawleczonej do Francji samolotem z południowego Marokka przedstawił delegat Francji, prof. Lemierre, na podstawie memoriału p.t. „Epidemia w Arras“, złożonego przez dra Le Bourdelle, dyrektora okręgowej służby zdrowia i opieki społecznej okręgu Lille i innych: 20 letni żołnierz 2 go pułku spahisów, stojącego garnizonem w Tiznit, w południowym Marokku, wyjechał na urlop 31 stycznia 1946 r., 9 lutego wsiadł do samolotu w Algerze i tegoż dnia wylądował we Francji, na lotnisku Marignane pod Marsylią; już od trzech dni czuł się niezdrów, miał ból głowy i ból w krzyżu; czując się nie-dobrze udał się do ambulatorium Francuskiego Czerwonego Krzyża, gdzie pielęgniarka, wobec oświadczenia żołnierza, że przebył już dawno zimnicę, dała mu dwie tabletki chininy; po 9 godzinach pobytu w Marignane zdecydował się jechać dalej i wsiadł do pociągu, idącego z Marsylii do Paryża; w pociągu dostał wymiotów i bólów w plecach. Przybywszy do Paryża stwierdził, przejrzawszy się w lustrze, wysypkę na twarzy—postanowił jechać zaraz dalej do swojej rodziny, mieszkającej w Arras, dokąd przybył 11 lutego 1946 r. Lekarz wezwany do domu 13 lutego rozpoznał „ospę wietrzną” i przesłał go do szpitala, 16 lutego lekarz szpitalny rozpoznaje ospę naturalną, ale nie zgłasza przypadku natychmiast i dopiero 20 lutego dochodzi on do wiadomości dyrekcji departamentu służby zdrowia. W dniu 21 lutego rano dyrektor departamentalnej służby zdrowia i dyrektor okręgowej służby zdrowia udają się do szpitala św. Jana, gdzie leżał chory żołnierz i do rodziny chorego, u której przebywał przez 2 doby przed wyjazdem do szpitala. W szpitalu stwierdzono niedostateczność izolacji chorego; w rodzinie chorego w 3 pokojach mieszkały 4 osoby z jego otoczenia. Niezwłocznie zaszczepiono owe osoby i jeszcze 2 braci chorego, zamieszkałych w innej dzielnicy miasta Arras, rozciągnięto kontrolę nad rodziną chorego, tak samo i resztą rodziny a mieszkanie odkażono. Tegoż dnia przeszczepiono cały personel i chorych szpitala św. Jana i wszystkich mieszkańców dzielnicy miasta „Cité des Hochettes”, gdzie mieszka rodzina chorego żołnierza. Tegoż jeszcze dnia prefekt departamentu podpisał rozporządzenie o obowiązkowym przeszczepieniu całej ludności miasta Arras przeciwko ospie.

Zasługuje na zaznaczenie, że krewny chorego żołnierza, inwalida wojenny, lat 30, dotknięty ciężką postacią arthritis deformans, i przesuwający się tylko na wózku, a przebywający stale w przytułku dla starców, położonym w dużym oddaleniu od szpitala św. Jana, w innej dzielnicy miasta, uważał za konieczne odwiedzić swego krewnego żołnierza, po jego powrocie z Marokka, u jego rodziny. Przeniósł on ospę do przytułku dla starców, gdzie zachorowało na ospę 4 starców, z których jeden zmarł. *Sam inwalida na ospę nie zachorował; był on*

zaszczepiony dwukrotnie (22 lutego i 17 marca) ospa nie przyjęła się. Był to fakt niewątpliwy przeniesienia ospy przez nosiciela zdrowego. Wszystkich mieszkańców owego przytułku przeszczepiono 22 lutego i 17 marca po raz drugi.

U dwojga osób zaszczepionych — żołnierza ze szpitala św. Jana z sali sąsiadującej z tą, w której umieszczono chorego żołnierza z Marokka bez należytej izolacji i u małej dwuletniej siostry chorego, którą zaszczepiono 21 lutego, nie można było już osiągnąć odporności przeciwospowej; u tych dwóch osób wystąpiła jednocześnie krosta szczepienna i ospa; takie samo zjawisko wystąpiło u 2 starców ze wspomnianego wyżej przytułku po drugim szczepieniu, wykonanym w dniu 17 marca.

Od odwiedzin inwalidy u chorego żołnierza z Marokka do pojawienia się kilku przypadków ospy na sali przytułku dla starców upłynęło 36 dni. W dniu 9 kwietnia stwierdzono 8-my przypadek ospy naturalnej w schronisku dla starców, przylegającym do szpitala św. Jana, u kobiety lat 75; 60 starców z tego schroniska przeszczepiono dwukrotnie, ospa się nie przyjęła. Dochodzenie sanitarne ujawniło, że małe drzwiczki łączyły schronisko ze szpitalem św. Jana; przypuszcza się, że niektórzy pensjonariusze schroniska dostawali się do kuchni szpitalnej w poszukiwaniu jedzenia. Chodziłoby w tym wypadku o przeniesienie zarazków ospy przez zdrowego nosiciela. Opisana powyżej epidemia ospy naturalnej wskazuje przede wszystkim na niebezpieczeństwo przenoszenia zarazków ospy za pośrednictwem samolotu. Po przybyciu zakażonego ospą żołnierza z Marokka na lotnisko Marignane nie było żadnej wizyty lekarskiej. Staje się rzeczą konieczną, ażeby na wielkich lotniskach, dokąd nieustannie, w dzień i w nocy, przybywają samoloty, istniała stała opieka lekarska, ażeby można było na miejscu zatrzymywać i odosobniać chorych, ażeby podejrzanych o zakażenie szczepić przymusowo i poddawać nadzorowi. Istnieje obecnie we Francji ustawicznie czynny ruch żołnierzy urlopowanych, którzy, chociaż jakoby przeszczepieni, mogą przynieść ospę do Francji, jak wskazuje przypadek, który wydarzył się w Arras.

Wyszukiwanie kontaktów, związanych z pierwszym zgłoszonym przypadkiem ospy jest bardzo ważne. Przepisy międzynarodowe, dotyczące się ospy, przewidują jedynie nadzór sanitarny nad osobnikami—kontaktami w ich miejscach pobytu, co wykonano w Arras w stosunku do osób, wskazanych przez rodzinę żołnierza, przybyłego z Marokka. Prawodawstwo to nie pozwala na przymusowe odosobnienie kontaktów, które mogą stać się nosicielami będąc zdrowymi.

Przenoszenie ospy przez zdrowego nosiciela jest oczywiście możliwe jak dowiodły przypadki, spostrzegane w przytułku w Arras.

Przepisy, dotyczące się ochrony od ospy, są zawarte w ar. 42 i 43 obowiązującej obecnie Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej 1926 r. ratyfikowanej przez Polskę w r. 1931 oraz w art. 35 Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej dla żeglugi powietrznej z 1933 r., ratyfikowanej przez Polskę w r. 1936.

Zaznaczyć należy, że osoby, które przed kilkunastu dniami reagowały ujemnie na rewakcynację, zachorowały na ospę, co dowodzi słuszności postanowienia dekretu francuskiego z dn. 27 lipca 1903 r., które nakazuje, ażeby w razie ujemnego wyniku rewakcynacji, dokonać drugiego a nawet trzeciego szczepienia. Zauważono poza tym bardzo wysoką wrażliwość na ospę u starców, z których wielu nie było szczepionych na ospę w dzieciństwie, albo utraciło nabytą odporność z wiekiem.

W dyskusji podniesiono szereg kwestii, związanych z ospą, omówiono obszernie sprawę szczepionki suchej i jej wyższość nad szczepionką glicerynowaną i zaproponowano opracowanie i przedstawienie Międzynarodowemu Urzędowi Higieny Publicznej memoriału w sprawie szczepionki suchej i warunków jej przechowywania. W dniu 30 kwietnia 1946 r. szereg członków Komitetu stałego, a wśród nich delegat Polski, zwiedziło Paryski Instytut Szczepienia, wytwarzający szczepionkę ospową suchą.

Delegat Włoch, dr Canaperia, poinformował Komitet o epidemii ospy, która wybuchła w tym kraju (prowincja Neapolu i prowincje sąsiednie) w r. 1944 — 2695 przypadków, w r. 1945—3,154 przypadki, zaś w r. 1946 po 100 przypadków miesięcznie; przeprowadzono szczepienia masowe u 7 milionów osób szczepionką suchą z dobrym wynikiem.— Jak wiadomo w r. 1917 — 1918 epidemia ospy ogarnęła we Włoszech z górą 100.000 osób.

Poświęcono również wiele uwagi sprawie przenoszenia ospy za pośrednictwem samolotów. Delegat Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, dr Cumming, podkreślając wielką doniosłość przypadku ospy, zawleczonej przez samolot do Francji komunikuje, że podobne wypadki były spostrzegane w Stanach Zjednoczonych, w szczególności w Miami na Florydzie. Uważa za konieczne poddawanie badaniu lekarskiemu przybywających samolotami podróżnych przez doświadczonych lekarzy. Delegat Unii Południowo-Afrykańskiej dr Stock stwierdza, że rozwój żeglugi powietrznej nasuwa konieczność wprowadzenia odpowiednich zarządzeń wobec podróżnych, przybywających samolotami. W Anglii z inicjatywy dra Goodmana doręcza się każdemu, przybywającemu do tego kraju podróżnemu, ulotkę, żądającą od każdego z nich, aby o ile zachoruje w okresie 21 dni po przybyciu do Anglii zawiadomił lekarza swego miejsca pobytu o kraju z którego przybył. Opracowuje się obecnie nowy model takiej ulotki z podkreśleniem możliwości zachorowania

na ospę na skutek przypadków tej choroby, zawleczonej do Anglii drogą morską z Indii Wschodnich albo drogą powietrzną z okolicy Neapolu.

W dyskusji nad komplikacjami poszczepiennymi, profesor higieny uniwersytetu paryskiego, T a n o n, zwraca uwagę na 3 grupy tych komplikacji: zapalenie mózgowia nekrotyczne, procesy skórne, spowodowane, przez zakażenie dodatkowe i generalizacja szczepionki, których można łatwo uniknąć, jeżeli skaryfikacja w chwili szczepienia ospy nie zatrafi naczyń skórnych.

Delegaci Szwecji, prof. Kling i dr G a s p e r s e n informują o częstości występowania poszczepiennego zapalenia mózgowia w krajach skandynawskich, co spowodowało ograniczenie szczepień przeciwospowych do dzieci poniżej drugiego roku życia; zresztą poszczepienne zapalenie mózgowia jest tam obecnie bardzo rzadkie a jego możliwość nie powinna stanowić przeciwwskazania do szczepienia ospy. Delegat Indii Holenderskich, prof. v a n L o g h e m przypomina o dość licznych przypadkach poszczepiennego zapalenia mózgowia, które zaszły w Holandii, poczynając od 1924 r. Wywołało to wielkie wzburzenie opinii publicznej i trzeba było z początku zawiesić przymusowe szczepienia uczniów w szkołach. W Holandii obowiązywały jedynie szczepienia przymusowe ospy, poczynając od 6-go roku życia. Z chwilą, kiedy wybuchła epidemia ospy w Rotterdamie ustawą z 1940 wprowadzono szczepienia przymusowe wyłącznie u niemowląt. Od tego czasu encephalitis postvaccinalis stała się niezmiernie rzadka. Jego zdaniem jest ona zależna od drugorzędnego zarazka, którego zjadliwość spotęgowała się. Delegat rządu luksemburskiego, dr S c h m o l, podaje że na skutek wojny i braku szczepionki ospowej musiano w Luksemburgu przerwać szczepienia i w tej chwili znalazło się tam kilkanaście tysięcy dzieci w 2-im-3 im roku życia nieszczepionych. Dr S c h m o l zapytuje w imieniu rządu luksemburskiego, czy należy je szczepić ze względu na niebezpieczeństwo ewent. wystąpienia encephalitis postvaccinalis. Odpowiedź Komitetu a właściwie jego Komisji Kwarantanowej przychyliła się ku przeprowadzeniu tych szczepień z zachowaniem pewnych ostrożności co do dawki szczepionki i co do techniki szczepienia, a mianowicie należałoby się ograniczyć do jednej a najwyżej 2 skaryfikacji tylko na naskórku, nie należy narazie szczepić dzieci, cierpiących na choroby skórne, dopóki stan ich zdrowia się nie poprawi. Do szczepienia należy używać igły, nie zaś lancetu szczepiennego. Jeżeli te ostrożności będą zachowane, ryzyko komplikacji sprowadzi się do minimum.

IV. D Ź u m a

Delegat Algierii, dr G r e n o i l l e a u, z powodu ostatnich większych epidemii dżumy, spostrzeganych w Algierii, a mianowicie 1) epidemii w Aumale w r. 1921 — przypadków 185, zgonów 97 i 2) epidemii

dżumy gruczołowej w Algierze w r. 1944 przypadków 60, podaje szereg wniosków, dotyczących się epidemiologii, dżumy, omawia rolę człowieka w jego przenoszeniu, występowanie b. lekkich postaci dżumy tzw. „*pestis levissima*“, która niemniej czyni człowieka przenosicielem dżumy i jest szczególnie groźna z punktu widzenia szerzenia się dżumy. Dr Grenoilleau omawia również rolę nowych leków, w szczególności sulfathiazolu i sulfapirydyny w leczeniu dżumy gruczołowej, jak również płucnej, zarówno jak wielką wagę doświadczeń, dokonanych na Madagaskarze, w zakresie zapobiegania dżumie za pomocą szczepionki z zarazków żywych, osłabionych metodą Giraud i Robicá. Doświadczenia dokonane z tą szczepionką w Algierii były również pomyślne.

V. Błonica.

Delegat Szwecji, prof. Kling, przedstawił memoriał H. Ericssona i Britty Ericsson w sprawie szczepień przeciwbłoniczych w Szwecji. Przed drugą wojną światową zanotowano znaczny spadek błonicy w Szwecji: w r. 1938 zgłoszono zaledwie 107 przypadków błonicy w całym kraju. Przyczyna tego spadku nie jest dotąd wyjaśniona. Z chwilą wybuchu drugiej wojny światowej, kiedy rozpoczęły się wielkie ruchy ludności, przystąpiono do szczepień masowych metodą Ramona. Szczepionka szwedzka jest oczyszczoną szczepionką Ramona, wytwarzaną przez państwową pracownię bakteriologiczną za pomocą metody, składającej się z jednej strony ze strącenia anatoksyny surowej przy pomocy precypitacji izo-elektrycznej za pośrednictwem kwasu trójchloroctowego, z drugiej strony za pomocą precypitacji anatoksyny oczyszczonej przy pomocy chlorku glinu. Opierając się na doświadczeniach Farago, wykonanych na Węgrzech, na próbach uodpornienia, przeprowadzonych na 600 dzieciach szwedzkich, u których w 98% uzyskano wiraż odczynu Schicka z dodatniego na ujemny po *jednym* wstrzyknięciu szczepionki szwedzkiej, ograniczono się do jednej iniekcji tej szczepionki dla ogólnych masowych szczepień dzieci; ponieważ jednak uodpornienie, otrzymane tą metodą jest słabe należy powtórzyć szczepienia po upływie roku i po upływie 6 lat.

W ciągu roku 1944 przeszczepiono 68% dzieci w wieku poniżej lat 16, zaś w r. 1945 zaszczepiono powtórnie 40% dzieci.

Walka z błonicą w Szwecji, zakończona podczas wojny, dała dobre wyniki; w ten sposób Szwecja uwolniła się od bardzo groźnego położenia, w którym znalazła się od początku drugiej wojny światowej; epidemii błonicy nie było.

Zarządzenia przeciwbłonicze powinny być kierowane w sensie podwójnym: zapobiegania „ekspozycji“ i zapobiegania „dyspozycji“, a szczepienia winny być prowadzone dalej. Należy wziąć pod uwagę szczepienie ochronne dorosłych, jednakże odczynu u dorosłych po szczepieniach

obecnie stosowanych są tak ciężkie, że nie należy przeprowadzać u nich szczepień masowych.

Najważniejszym zadaniem przyszłych badań winno być wytwarzanie szczepionki, która daje tylko odczyny lekkie, nawet u dorosłych. Delegat Danii, dr *Madsen* wskazał, że w Danii podczas drugiej wojny światowej poddano szczepieniom przeciwbłoniczym wielką część ludności i że wyniki dowiodły ich niewątpliwej skuteczności. Zresztą stosowana w Danii metoda 3 szczepień w odstępach 3-tygodniowych i dawkach wzrastających pozwoliła na objęcie szczepieniami osób dorosłych, a nawet starców bez żadnego niebezpieczeństwa, o ile dawka szczepionki wynosiła $\frac{1}{10}$ części zwykłej dawki początkowej. To szczepienie masowe ludności pozwoliło na zaniechanie niektórych zarządzeń zapobiegawczych, w szczególności tak skomplikowanego wyszukiwania nosicieli błonicy.

Przedstawiciel francuskiego ministerstwa zdrowia, dr *Aujaleu* wskazuje, że we Francji stale stosuje się szczepienia przeciwbłonicze u dorosłych — jest ono przymusowe w armii; żołnierzy poddaje się za jednym razem szczepieniu potrójnemu: przeciw durowi brzuszemu i durom rzekomym, przeciw błonicy i przeciw tężcowi, bez żadnych komplikacji.

Delegat Włoch, prof. *Canaperia*, podaje, że we Włoszech wprowadzono przymus szczepień przeciwbłoniczych w r. 1938, co przyczyniło się do znacznego zmniejszenia się liczby przypadków tej choroby.

VI. Gruźlica.

Delegat Danii, dr *Madsen*, przedstawia sprawozdanie, dotyczące się gruźlicy w Danii. W okresie drugiej wojny światowej od r. 1939 do r. 1945 umieralność z gruźlicy utrzymywała się prawie bez zmiany na poziomie 3,5 na 10,000 mieszkańców.

Najwyższą umieralność miała Kopenhaga: 4,4 na 10,000 mieszkańców,
zaś miasta prowincjonalne 3,6 „ „
wsie 2,7 „ „

Obniżenie umieralności z gruźlicy zaznaczyło się około r. 1890, przypisywano je poprawie poziomu higieny wśród ludności, ustawom, które ogłaszano, poczynając od 1905 r., tworzeniu sanatoriów — (1 łóżko na 10.000 mieszkańców) bezpłatności leczenia etc., ale wydaje się, że te wszystkie fakty i zarządzenia nie wpłynęły wyraźnie na krzywą umieralności.

Wzrost umieralności z gruźlicy w r. 1917 zależał od braków żywnościowych — umieralność spadła szybko, kiedy skasowano racjonowanie żywności.

Podczas drugiej wojny światowej nie odczuwano braków w wyżywieniu i umieralność z gruźlicy nie wzrosła. Nie wiadomo jednak dlaczego notowany poprzednio spadek umieralności nie trwał dalej. Prawdopodobnie przyczyną było przybycie do Danii wielu osób, silnie zakażonych gruźlicą, z Niemiec.

„Dyskutowano często, (mówi dr M a d s e n) — nad dwiema przyczynami społecznymi szerzenia się gruźlicy: odżywianie i mieszkanie. Podczas poprzedniej wojny umieralność z gruźlicy powiększyła się równoległe ze zmniejszeniem racji żywnościowych; przestała wzrastać od chwili kiedy sytuacja żywnościowa poprawiła się, chociaż w tym właśnie okresie warunki mieszkaniowe szczególnie silnie pogorszyły się w miastach duńskich. Można więc stąd wywnioskować, że o ile idzie o Danię, — żywność odgrywa najważniejszą rolę. Spośród naszych lekarzy, prof. K n u d F a b e r jest zwolennikiem tezy, która głosi, że brak mięsa, jest czynnikiem przeważającym w sprawie umieralności w gruźlicy“.

W r. 1932 Państwowy Instytut Serologiczny w Kopenhadze z pomocą Fundacji Rockefellera podjął obszerne badania w dziedzinie epidemiologii gruźlicy, polegające na określeniu zasięgu zakażenia gruźliczego wśród ludności Danii w rozmaitych okręgach państwa duńskiego przy pomocy odczynów tuberkulinowych. Do tego celu stosowano z jednej strony starą tuberkulinę („Alttuberkulin”) z drugiej strony tuberkulinę oczyszczoną P. P. D. Za jednostkę uznano jednostkę tuberkuliny, przyjętą w r. 1938 przez Komisję Standartów Biologicznych Ligi Narodów, zawierającą albo 1:100 mgr. starej tuberkuliny, albo 1:50,000 mgr tuberkuliny oczyszczonej; posługiwano się odczynem śródskórnym M a n t o u x; w szczepieniach masowych rozpoczynano od 3 jednostek, a jeśli odczyn wypadł ujemnie, dochodzono do 100 jednostek.

Rozpoczęto od szczepień w szkołach i wykryto wkrótce różnicę w występowaniu odczynów M a n t o u x w rozmaitych okręgach państwa duńskiego. Wkrótce stwierdzono, że różnice te znajdowały się w związku z gruźlicą bydłą. Podczas gdy jeszcze w r. 1930 była ona bardzo rozpowszechniona w niektórych okręgach Jutlandii, szczególnie południowej, w innych okręgach znikła prawie zupełnie dzięki zastosowaniu metody B e r n a r d a B a n g a, profesora patologii weterynaryjnej, w walce z gruźlicą bydłą. Dla badań epidemiologicznych nad gruźlicą Państwowy Instytut Serologiczny wybrał z jednej strony wyspę Bornholm na morzu Bałtyckim położoną, z drugiej strony miasto Haderslev, położone na południu Jutlandii w którego okręgu gruźlica bydłą występowała u 75% krów. Spośród dzieci szkolnych na wyspie Bornholm dodatni odczyn tuberkulinowy występował u 7% uczniów, w Haderslev u 45% uczniów; w okresie kończenia szkół na wyspie Bornholm — u 15 uczniów, w Haderslev — u 75%. *Umieralność z gruźlicy wśród dzieci nie była większa* w Haderslev, niż na wyspie Bornholm.

Tymczasem badania J e n s e n a i jego współpracowników stwierdziły, że zakażenie gruźlicą bydłą odgrywa poważną rolę w szerzeniu się gruźlicy na południu Jutlandii, w szczególności w powiatach wiejskich, gdzie 3/4 gruźliczych zapaleń opon mózgowych wynika z *zakażenia gruźlicą bydłą*; również i gruźlica płuc u dorosłych w tych powiatach

jest tego samego pochodzenia; więcej niż połowa przypadków gruźlicy płuc, spostrzeganych u młodych włościan, pochodzi od zarazków gruźlicy bydłowej. Przypuszcza się, że zakażenia gruźlicą bydłą u człowieka pochodzi z mleka zagruźliczonego.

Jeżeli dziecko pije mleko surowe, pochodzące od jednej krowy, zakażonej gruźlicą wymion, może to bezwątpienia wywołać ciężkie zakażenie gruźlicą. Ale najczęściej idzie o mleko, przywożone z mleczarni zbiorowych, gdzie zarazek gruźlicy nie jest zbyt obfity. Mleko takie może spowodować lekkie zatrucie pokarmowe, wywołać może małe ogniska gruźlicy, ale nie spowoduje ciężkiej choroby gruźliczej, spowoduje natomiast dodatni odczyn tuberkulinowy, może lekkie zmiany w płucach, widoczne na rentgenogramie.

Częste spożywanie takiego mleka wytwarza dość silną odporność przeciw późniejszemu zakażeniu gruźliczemu. Ale, jeżeli mleko gruźlicze, nie będące szkodliwe, musi być uważane za pożyteczne, skąd pochodzi zakażenie?

Zakażenie pochodzi z obory, gdzie krowy gruźlicze, z ich kałem i ich wydzielinami dróg oddechowych, pomieszczanymi z kurzem, stanowią niebezpieczne środowisko gruźlicze. Spostrzegano kilkanaście przypadków gruźliczego zapalenia spojówek u służby folwarcznej, zajętej przy dojeniu krów. Krowy swojemi ogonami literalnie zasypywały nawozem gruźliczym oczy ludziom przy nich pracującym, nawozem pełnym zarazków gruźlicy bydłowej.

Powtarzane w pewnych odstępach czasu badania tuberkulinowe wykazały, że przypadki z odczynem dodatnim traciły ten odczyn: tego rodzaju wydarzenia występują na wyspie Bornholm, gdzie nie ma zakażenia gruźlicą bydłą, nie ma mleka zagruźliczonego (zaledwie w 3,6% przypadkach, w Haderslev — w 0,2%). Natomiast na wyspie Bornholm jest 10 razy więcej przypadków gruźlicy, wymagających leczenia, niż w Haderslev. Zgadza się to zresztą ze spostrzeżeniami, poczynionymi już poprzednio u pielęgniarek w Oslo przez Heimbecka.

Dzięki aktywnej kampanii przeciwgruźliczej na wyspie Bornholm coraz więcej młodzieńców ma ujemny odczyn tuberkulinowy. W wielkiej liczbie szkół wiejskich wszystkie dzieci mają odczyn ujemny. Ten stan rzeczy jest doskonały, dopóki osoby takie zostają na wyspie — z chwilą jednak kiedy opuszczają wyspę aby przyjechać np. do Kopenhagi albo w celu odbycia służby wojskowej, albo w poszukiwaniu pracy, wtedy bardzo często zapadają na gruźlicę ciężką, niekiedy śmiertelną. Z tego powodu rozpoczęto na wielką skalę szczepienia Calmett'a nie tylko u osób z odczynem ujemnym przed ich wyjazdem z wyspy, ale objęto tymi szczepieniami dzieci szkolne, dzieci w wieku przedszkolnym, żołnierzy, policjantów etc. z doskonałym wynikiem. W chwili obecnej prowadzi się bardzo energiczną walkę z gruźlicą na całym terytorium państwa

duńskiego. Akcja ta oparta na szerokiej sieci sanatoriów i przychodni, zaopatrzonych w wozy rentgenowskie obejmuje stopniowo całą ludność. Wszystkie ogniska gruźlicy wykrywa się i izoluje, osobniki z ujemnym odczynem tuberkulinowym są poddane szczepieniom Calmette'a. Ilość dodatnich odczynów tuberkulinowych spada w całym kraju. W Kopenhadze u dzieci szkolnych spadła z 12% w r. 1940 do 6% w r. 1944. Prowadzi się również energiczną walkę przeciw gruźlicy bydłej tam gdzie ona jeszcze istnieje, np. w okręgu Haderslev, gdzie odsetek gruźlicy u bydła wynosił w r. 1935 ponad 75%, odsetek ten spadł do połowy, a w tymże czasie odsetek tuberkulinowych odczynów dodatnich u dzieci w wieku lat 7 obniżył się z 45% do 24%. Wydawać się może paradoksalnym, iż jednym z hasel propagandowych walki przeciw gruźlicy bydłej jest walka z zagrążeniem mleka przez co wyklucza się wygodny i na ogół niewinny sposób szczepienia gruźlicy, jaki stanowi spożywanie mleka zagrążonego, dostarczanego ludności przez handel.

Jednak, obok wielkich korzyści dla rolnictwa jakie stanowi bydło zdrowe, a przez to więcej produkcyjne, nie należy zapominać, że niszcząc bydło gruźlicze usuwa się jednocześnie niebezpieczeństwo zakażenia obory, niebezpieczeństwo, na które dotąd nie zwracano dostatecznej uwagi. Jednocześnie szczepienia Calmette'owskie nabywają coraz więcej wagi i coraz bardziej się szerzą. Rozwinięto obecnie w Danii starania, ażeby szczepić ochronnie wszystkie osobniki, nie dające odczynu tuberkulinowego w chwili opuszczenia szkoły, ażeby wejść w życie w wieku, kiedy gruźlica staje się najbardziej niebezpieczna.

Delegat Holandii, dr van den Berg, przedstawił w swoim sprawozdaniu obecną fazę walki z gruźlicą w Holandii, podkreślając iż problem walki z gruźlicą w tym kraju (który, mówiąc nawiasem, szedł w zwalczaniu gruźlicy i jego znakomitych wynikach na równym poziomie z Danią) od drugiej wojny światowej staje się poważniejszy. Obecnie w rok po uwolnieniu kraju, Holandia jeszcze nie może dojść do zadowalniającego rozwiązania tego zagadnienia. Umieralność z gruźlicy w Holandii na 10.000 mieszkańców:

w r. 1939	— 4,1
„ 1940	— 4,37
„ 1941	— 5,92
„ 1942	— 6,13
„ 1943	— 6,99

Po r. 1943 brakuje liczb wskutek zamieszania i opóźnień w czynnościach rejestracji ludności; w pierwszej połowie 1944 r. odsetek ten wynosił już 8,28.

W Rotterdamie w r. 1944 — 8,5

w r. 1945 — 11,0

Liczby powyższe są raczej zbyt pomyślne.

Od roku 1942 daje się zauważyć rosnący spadek możliwości leczenia szpitalnego, chorzy wyczekują na umieszczenie w sanatoriach po 7 — 8 miesięcy.

Ruch w przychodniach przeciwgruźliczych wzrasta się: od r. 1933 do r. 1939 liczba badań wzrosła z 47,197 do 60,377 (badanych po raz pierwszy), liczba ta wynosiła w r. 1940 — 52,894

„ 1941 — 83,107

„ 1942 — 122,703

„ 1943 — 157,844

Liczba przypadków gruźlicy czynnej wynosiła: w r. 1939 — 8,540
w r. 1944 — 18,571

Gwałtowny wzrost liczby badań spowodował dezorganizację pracy w przychodniach. W ciągu r. 1944, kiedy Holandia znajdowała w stanie straszliwego chaosu, komunikacje zatrzymały się i w niektórych okolicach zjawiał się głód, wszelka praca zorganizowana stała się niemożliwa i ustała wszelka koordynacja pracy.

W prowincji Limburskiej kilka sanatoriów zniszczono. Ewakuacja ludności z prowincji Limburskiej i Geldrji przeniosła na północ wielu chorych na gruźlicę, wśród nich chorych, dotkniętych otwartą gruźlicą. Pomoc, udzielana chorym na gruźlicę, została sparaliżowana przez ogólny brak najkonieczniejszego minimum warunków do życia w czasie uwalniania kraju, który w r. 1945 znalazł się na skraju ostatniej nędzy. Repatrjacja z Niemiec przyniosła nowy kontyngent chorych na gruźlicę. Masowe badania rentgenowskie wykryły 2% gruźlicy czynnej wśród ludności, w październiku 1945 r. stwierdzono w sanatoriach brak 3750 łóżek, podczas gdy od r. 1939 do r. 1943 liczba łóżek wzrosła z 4403 do 5243 łóżek, jednak nie przez rozbudowę sanatoriów, ale przez wyzyskanie do ostatnich granic miejsc, będących do dyspozycji. Na ogólną liczbę mieszkańców Holandii, wynoszącą około 9.000 000 z 270 szpitalami i 40.000 łóżek oraz 43 sanatoriami, mającymi z górami 5 200 łóżek, w końcu 1943 r. do dyspozycji chorych na gruźlicę było łóżek około 7.500; zniszczenie 3 sanatoriów i ewakuacja 5 innych zmniejszyła w r. 1945 średnią jakość zakładów, przeznaczonych do leczenia chorych na gruźlicę. W r. 1943 Inspekcja Generalna Służby Zdrowia drogą konspiracyjną zażądała baraków drewnianych dla 6.000 chorych, ale dopiero w r. 1945 przybył do Holandii, pierwszy ich transport, brakowało również pielęgniarek.

W r. 1946 zamierzona repatrjacja z Indii Holenderskich zapowiada przybycie wielkiej liczby chorych na gruźlicę; wielu chorych znajduje się jeszcze w obozach koncentracyjnych. Co do planu dalszej pracy Dr van den Berg podaje:

1) pod względem finansowym należy wyzyskać wprowadzoną w Holandii instytucję Ubezpieczenia od kosztów leczenia w sanatoriach,

która posiada obecnie 4 miliony członków (jak wiadomo Holandia nie posiada dotąd instytucji ubezpieczeń społecznych od choroby);

2) na szczególną uwagę zasługuje sprawa nadania nowego charakteru sanatoriom przeciwgruźliczym przez wprowadzanie metod chirurgicznych do jej leczenia;

3) rozwinąć należy przychodnie przeciwgruźlicze w celu masowego przebadania ludności.

Przedstawiciel francuskiego Ministerstwa Zdrowia dr Aujaleu łącznie z drem Boulenger przedstawia sprawozdanie ze stanu gruźlicy we Francji od r. 1938. Ze sprawozdania tego wynika, że w Bretanii i Normandii zarówno zapadalność jak i umieralność z gruźlicy zmniejsza się, natomiast w departamentach południowych zwiększa się w związku z ograniczonymi normami żywienia, jakie otrzymywali mieszkańcy tych departamentów podczas okupacji; mieszkańcy Bretanii i Normandii korzystali całkowicie z obfitej produkcji rolnej ich departamentów. Aujaleu i Boulenger podkreślają dużą umieralność z gruźlicy wśród jeńców wojennych francuskich.

W dyskusji Madsen wyraża hołd nauce lekarskiej francuskiej za obdarzenie ludzkości dwoma ważnymi odkryciami: szczepieniem przeciw gruźlicy i szczepieniem przeciw błonicy. Madsen podkreśla w sprawozdaniu dra Aujaleu fakt wirażu odczynu tuberkulinowego, który wzrasta z wiekiem. To samo dzieje się w Danii i Madsen zapytuje, czy jest prawdą, że liczba odczynów tuberkulinowych dodatnich spostrzeganych wśród uczniów we Francji, zmniejsza się.

Delegat Francji, Prof. Lemierre wskazuje, że gruźlica wywołała olbrzymią umieralność wśród ludności francuskiej, jak również wśród jeńców wojennych i osób wywiezionych z Francji przez okupanta niemieckiego. Umieralność wzrosła szczególnie wskutek ograniczeń żywnościowych i braku opału na południu Francji. Sytuacja pozostaje we Francji wciąż bardzo poważna i nawet w chwili obecnej przypadki prosówki są liczne.

Zmniejszanie się ilości dodatnich odczynów tuberkulinowych było we Francji często notowane już przed wojną i jest możliwe, iż sytuacja pozostała taka sama z powodu szczególnej opieki, jaką we Francji otaczano dzieci.

Delegat Włoch, Prof. Canaperia, wskazuje, że te same przyczyny wywołały te same skutki i we Włoszech Umieralność z gruźlicy wynosiła:

w Rzymie — w r. 1938 — 1260 zgonów

w r. 1944 — 2980 zgonów

we Florencji w r. 1938 — 424 zgony

w r. 1944 — 991 zgonów; ten sam wzrost umie-

ralności notowano i w innych miastach włoskich. Masowe badania rentgenowskie, dokonane dzięki pomocy U.N.R.R. stwierdziły średnio 2 chrych na gruźlicę na 100 mieszkańców.

Pomimo pomocy, udzielonej przez Szwajcarię i przez instytucje opiekuńcze amerykańskie zmniejszenie łóżek szpitalnych z powodu zniszczenia Szpitali stwarza sytuację krytyczną, która spotęguje się jeszcze z chwilą powrotu wielkiej liczby chorych z obozów koncentracyjnych.

M a d s e n domaga się wpisania na porządek dzienny następnej sesji Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej spraw następujących: 1. Wyjaśnienie pozornej sprzeczności między zmniejszeniem się liczby dodatnich odczynów tuberkulinowych a wzmaganiem się gruźlicy we Francji.

2. Położenie gruźlicy bydłowej we Francji.

3. Długość trwania odporności, wywoływanej przez szczepionkę C a l m e t t e ' a .

Komitet stały przyjmuje wnioski M a d s e n a .

Delegat Polski dr C h o d ź k o , pragnąłby otrzymać informacje, co do wyników szczepień Calmette'owskich, wykonanych za pomocą skaryfikacji, gdyż Polska rozpoczyna obecnie obszerną kampanię tych szczepień. Gruźlica szerzy się tu bardzo silnie. W bursach studenckich np. odsetek gruźlicy otwartej wynosi od 25 — 30%. Delegat Polski zapytuje, czy jest możliwe jednoczesne szczepienie metodą Calmette'a i szczepienie przeciwośpowe. Istnieje obawa, że włościanie, wracający z obozów koncentracyjnych, mogą rozsiać gruźlicę na wsiach.

Delegat Algerii, dr G r e n o i l l e a u , stwierdza, że Algeria nie uniknęła klęski gruźlicy. Arabscy mieszkańcy Algerii są ciężko nią dotknięci. Zarówno zapadalność jak i umieralność z gruźlicy jest wśród nich 2 — 4 razy większa, niż wśród europejskich mieszkańców Algerii. Algeria posiada niestety, bardzo szczupły arsenał środków do walki z gruźlicą. Po pierwszej próbie, wykonanej przez Instytut Pasteurowski w Algerze na 40 000 osób, ma być dokonane obszerne doświadczenie w Kabylii bardzo gęsto zaludnionej. W tej prowincji wszystkie dzieci w wieku od 0 — 14 lat, których jest tam od 300.000 do 400.000, mają być zaszczepione szczepionką Calmette'a za pomocą skaryfikacji, bez zastosowania uprzednio odczynów tuberkulinowych. Będzie zastosowany ten sposób szczepienia, gdyż jest łatwiejszy niż szczepienia doustne albo podskórne, nie powoduje komplikacji i sprowadza wiraż odczynu tuberkulinowego w wysokim odsetku przypadków. Doświadczenie to da wyniki, decydujące o skuteczności tej metody.

Delegat Indo-Chin francuskich, dr N o e l B e r n a r d , wice-dyrektor paryskiego Instytutu Pasteura, podaje dodatkowe informacje co do techniki szczepień szczepionką Calmette'a za pomocą skaryfikacji. Metoda ta opiera się na podstawie doświadczenia R o s e n t h a l a . Dr B e r n a r d podaje, że skaryfikacja powinna ograniczać się do naskórka i powodować lekką wydzielinę surowiczą. W praktyce kroplę emulsji B. C. G. nalewa się w 3 punktach dość do siebie zbliżonych i na poziomie każ-

dego z nich nacina się naskórek w postaci małego krzyżyka za pomocą skaryfikatora szczepiennego (vaccino — style) ranki pokrywa się sterylizowanym celofanem. Po 4 — 5 tygodniach 70% — 100% osobników okazują odczyn dodatni. Pierwotnie stosowano B. C. G. doustnie, ale wkrótce spostrzeżono, że ażeby szybko otrzymać stan alergii, należało stosować zawiesinę zawierającą do 70 mgr. ciał bakteryjnych na 1 cm³.

Szczepienie drogą doskórną, tak jak się to praktykuje w Danii jest metodą trudną, co do szczepień drogą podskórną, ta metoda często powoduje zapalenie gruczołów, natomiast skaryfikacyjna nie sprowadza komplikacji — jest to metoda prosta i skuteczna.

Na zapytanie delegata Polski, dr Chodźko, czy jest możliwe jednoczesne stosowanie szczepień przeciwgruźliczych i przeciwospowych dr Bernard podkreśla, iż jest wskazane stosowanie szczepień przeciwgruźliczych jaknajwcześniej, dla uniknięcia ewent. zakażenia niemowlęcia gruźlicą.

Delegat Szwecji, prof. Kling, komunikuje, że w chwili obecnej w Szwecji stosuje się metodę skaryfikacji i że szczepi się nie tylko niemowlęta, ale i dzieci starsze oraz młodzież.

VII. Choroby weneryczne.

Delegat Holandi, dr Van den Berg, zdaje sprawę ze stanu chorób wenerycznych w tym kraju. Przed drugą wojną światową szerzenie się tych chorób w Holandii nie dawało powodu do zaniepokojenia. Reglamentacja prostytutki, która stosownie do poglądów obecnie przyjętych, nie może być akceptowana, ani ze względów lekarskich, ani ze względów etycznych, w Holandii nie istniała.

Dopiero w ostatnich latach okupacji niemieckiej, kiedy wprowadziły ją władze wojskowe niemieckie, zaczęła ona wywierać swoje szkodliwe skutki.

Walkę przeciwko chorobom wenerycznym przeprowadzają Komisje Prowincjonalne (odpowiadające u nas Wojewódzkim Radom Narodowym). W każdym powiecie prowincji znajduje się przychodnia przeciwweneryczna, którą prowadzi dyrektor lekarski przy pomocy pielęgniarki, przeszkolonej na odpowiednim kursie. Pielęgniarka nie nosi uniformu.

Zadaniem pielęgniarki jest kontrola i wykrywanie źródeł zakażeń — praca jej ma bardzo wielką doniosłość.

Tego rodzaju organizacja wystarczała w czasach pokojowych, ale w czasie wojny, kiedy należało działać przeciw żywiołom antyspołecznym, okazała się niewystarczającą. W r. 1940 w okresie okupacji władze holenderskie wydały dekret, regulujący sprawę zwalczania chorób wenerycznych, który pozostawił zasadę dobrowolnego poddawania się leczeniu pomimo usiłowań Niemców, aby zasadę tę skasować.

Postanowienia dekretu 1940 r. wprowadziły jednakże niektóre nowe przepisy:

Inspektor Służby Zdrowia jest obowiązany wymagać, ażeby osoby podejrzane o to, że stanowią niebezpieczeństwo dla ogółu ludności poddawały się badaniu lekarskiemu w przychodni; przychodnia obowiązana jest przesłać Inspektorowi raport o wyniku badania; badanie jest bezpłatne.

Każda osoba, która wie lub powinna wiedzieć, że jest dotknięta chorobą weneryczną jest obowiązana poddać się leczeniu i leczyć się dotąd, dopóki lekarz nie orzeknie, iż nie istnieje już niebezpieczeństwo zakażenia dla osób trzecich. Lekarz leczący może być wybrany przez samego chorego, jeżeli chory sam opłaca lekarza, albo wyznaczony przez przychodnię. W pierwszym wypadku chory nie jest obowiązany do rejestrowania się. O ile chory jest niezamożny koszta leczenia ponosi gmina, w której chory jest zarejestrowany.

Inspektor Służby Zdrowia, na wniosek przychodni może nakazać, w razie niebezpieczeństwa dla ogółu ludności, leczenie w szpitalu w którym chory musi pozostawać tak długo, dopóki Inspektor Służby Zdrowia nie zgodzi się na opuszczenie szpitala.

Chory który nie zgadza się na to leczenie, albo który opuszcza szpital z własnej inicjatywy, może być zmuszony przez policję do dalszego pobytu w szpitalu.

Chory ma prawo apelowania od tej decyzji do Generalnego Inspektora Służby Zdrowia, co nie wstrzymuje wysłania go do szpitala; jeżeli jednak chory jest niezamożny, koszta leczenia szpitalnego ponosi gmina miejsca pobytu chorego.

Każdy lekarz, leczący chorego na chorobę weneryczną, jest obowiązany zawiadomić Inspektora Służby Zdrowia, o ile chory usuwa się od leczenia, nie wykonywa przepisów lekarskich albo stanowi niebezpieczeństwo dla ogółu ludności ze względu na możliwość szerzenia chorób wenerycznych.

Kto nie spełnia postanowień dekretu jest karany więzieniem do lat 3 albo karą pieniężną do 3-ch tysięcy guldenów — przekroczenie tych postanowień uważane jest za przestępstwo. Jest karana w ten sam sposób:

1) Każda osoba, która wiedząc, albo mogąc przypuszczać, że jest dotknięta chorobą weneryczną w okresie zaraźliwym, utrzymuje stosunki płciowe z osobą inną; jeżeli osoba ta jest legalnym małżonkiem, dochodzenie karne wytacza się tylko na podstawie skargi współmałżonka.

2) Ktokolwiek proponuje środki albo przedmioty do leczenia osobistego albo przedmioty takie puszcza w obieg albo podaje do wiadomości sposób ich zdobycia (idzie tu o środki lecznicze nie zaś o tak zwane środki zapobiegawcze przeciw zarażeniu się).

Przedstawiony wyżej system holenderski zwalczania chrób jest systemem opartym na zasadach wolności osobistej z ewent. ingerencją władzy państwowej, zapewnia wolny wybór lekarza i chroni tajemnicę

lekarską. Tylko w tym wypadku, o ile chorzy antyspołeczni mogliby świadomie grozić innym niebezpieczeństwem zakażenia ich chorobą weneryczną, Inspektor Służby Zdrowia stosuje pewne środki przymusowe, chroniące ogół ludności.

VIII. Sprawozdania polskie.

Delegat Polski dr W. Chodźko, przedstawił stan chorób zakaźnych w Polsce pod koniec drugiej wojny światowej głównie na podstawie memoriału wice-ministra dra J. Morzyckiego i dra Klingberga i podał nieco informacji o stanie chorób zakaźnych w Polsce, po ukończeniu pierwszej wojny światowej dla porównania.

Przypadki urzędowo zgłoszone wg. lat:

	Dur plamisty	Dur powrotny	Cholera	Zimnica	Czerwonka
r. 1919	219.088	3.276	35	—	15.304
r. 1920	168.098	7.188	205	52.073	31.020
r. 1921	49.547	13 850	12	52 965	32.944
r. 1922	42.724	41.207	125	17.611	14.344
r. 1923	11.185	2.067	—	4.770	5.314
r. 1924	7.706	366	—	1.881	10.492

Ustawa z dnia 14 lipca 1920 r. powołała do życia Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, włączony z końcem 1921 r. do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, które zajęło się likwidacją tych epidemii¹⁾.

Pod koniec drugiej wojny światowej, kiedy terytorium polskie zaczęło się uwalniać z okupacji niemieckiej, 24 listopada 1944 r. z inicjatywy naczelnego wodza wojsk polskich, Marszałka Żymier-

¹⁾ Na osobną wzmiankę zasługuje sprawa ospy w Polsce, uregulowana ustawą z dnia 19 lipca 1919 r. „o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie” — przebieg ospy naturalnej w Polsce był następujący; zgłoszono przypadków ospy:

w r. 1920 — 3 948	w r. 1925 — 77
w r. 1921 — 5 078	w r. 1926 — 69
w r. 1922 — 2 399	w r. 1930 — 21
w r. 1923 — 502	w r. 1933 — 5
w r. 1924 — 861	w r. 1936 — 0

W ten sposób Polska zlikwidowała zupełnie na swoim terenie od wieków trapiącą ją kłeskę.

Od roku 1918 do r. 1923 Polska wydała na zwalczanie epidemii sumę 4.093.394 funtów sterlingów — międzynarodowa subskrypcja dokonana przez 18 państw za pośrednictwem Ligi Narodów dała sumę 187.428 funtów sterlingów, nie licząc w to pomocy Towarzystwa Czerwonego Krzyża rozmaitych krajów.

skiego, utworzony został w Lublinie Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami, którego kierownikiem został wice-minister zdrowia prof. dr J. Morzycki. Włączono go w maju 1945 r. do Ministerstwa Zdrowia, kierowanego przez p. Ministra Fr. Litwina. Komisarzem Nadzwyczajnym został mianowany dr Rudziński. Przebieg chorób zakaźnych ostrych w ciągu r. 1945 był następujący:

Zgłoszono przypadków: dur plamisty—15.802, dur brzuszny—81.657, czerwonka — 6.690, ospa — 0, dur powrotny — 156, zimnica — 1590.

Dur plamisty nie występował w roku 1945 w Polsce w postaci epidemii, ale raczej sporadycznie. Od 1 grudnia 1944 r. do 31 grudnia 1945 r. wydano na zwalczanie tych chorób zakaźnych sumę zł. 179.420 584.

W dyskusji zabrał głos prezes Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, delegat W. Brytanii, dr M. Morgan, który wygłosił podziękowanie delegatowi Polski za cenne informacje o położeniu sanitarnym Polski. Szczególną jego uwagę zwrócił plan prac Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemiami na rok 1946! „Ten program (powiedział dr Morgan) — jest nowym świadectwem ducha inicjatywy i woli odbudowy, które czynią taki zaszczyt Narodowi Polskiemu”.

Delegat Polski dr Chodźko, przedstawił również pracę dr A. Brodniewicz, asystenta Katedry Higieny Uniwersytetu Poznańskiego p. t. „Uwagi o konieczności reformy, tyczącej się lekarzy okrętowych i lekarzy portowych”.

Prezes Komitetu Stałego wyraził żal, że z powodu późnego jej nadesłania doniosła ta praca, nie mogła być rozdana delegatom rządów, ale jest przekonany, że zatrzyma na sobie dłużej ich uwagę, kiedy będzie ogłoszona w organie urzędowym Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej.

IX. Choroby zakaźne w Bułgarii w okresie 1939 — 1945 r.

Delegat Bułgarii, dr Kussitassef, omówił stan zdrowotny Bułgarii w okresie drugiej wojny światowej.

W przebiegu tej wojny *ospa* nie pojawiła się zupełnie na terenie Bułgarii dzięki istnieniu w tym kraju przymusu szczepienia. Oprócz szczepienia ospy Bułgaria stosuje dwukrotnie rewakcyzację — w 7-ym i w 20-ym roku życia. Szczepieniu przymusowemu podlega 90% dzieci.

Dur plamisty wystąpił silniej w r. 1943, 1944 i 1945. Śmiertelność wynosiła w r. 1940 — 5,6%, w r. 1945 — 9,31%, choroba ta występowała w postaci przypadków sporadycznych w 302 miejscowościach Bułgarii, głównymi przenosicielami zarazka byli włóczędzy cygańscy.

Przypadki *duru brzuszego* były mniej liczne, niż w okresie pokoju, śmiertelność wynosiła: w r. 1940 — 7,6%, w r. 1945 — 7,8%; szcze-

piono zapobiegawczo żołnierzy zmobilizowanych i ludność cywilną dwukrotnie, szczepiono w r. 1940—1.027.217 osób w r. 1941—1.090.665 osób.

Płonica — zapadalność na 100.000 mieszkańców wynosiła:

w r. 1940	—	82,0
w r. 1942	—	116,9
w r. 1945	—	93,6 i przebiegała nieregularnie, śmiertelność przebiegała w sposób następujący: (na 100 przypadków choroby):

w r. 1940	—	5, %
w r. 1941	—	8,1%
w r. 1942	—	3,7%
w r. 1943	—	2,6%
w r. 1944	—	1,84%
w r. 1945	—	0,9%

a więc spadała systematycznie!

Błonica — zapadalność na 100.000 mieszkańców wynosiła:

w r. 1940	—	58,0
w r. 1945	—	79,0 i przebiegała nieregularnie.

Śmiertelność na 100 przypadków choroby wynosiła:

w r. 1940	—	9,5%
w r. 1941	—	10,4%
w r. 1942	—	8,8%
w r. 1943	—	8,0%
w r. 1944	—	8,7%
w r. 1945	—	7,6%

szczepienia ochronne wykonywano u nielicznych dzieci w sposób nieregularny.

Czerwonka bakteryjna—zapadło w całym kraju w r. 1940 osób 612, w r. 1945 — osób 670.

Śmiertelność na 100 przypadków choroby wynosiła:

w r. 1940	—	11,6%
w r. 1941	—	12,7%
w r. 1942	—	13,7%
w r. 1943	—	19,4%
w r. 1944	—	9,7%
w r. 1945	—	8,3%

między rokiem 1931 — 1940 średnio 14,5%. Była więc dosyć znaczna. Czerwonka pelzakowa nie występowała.

Zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych, występuje w Bułgarii sporadycznie, w r. 1940 zgłoszono w całym kraju 1241 przypadków, w r. 1945 — 201 przypadków.

Śmiertelność na 100 przypadków choroby wynosiła :

w r. 1940	— 29,5 ⁰ / ₀
w r. 1941	— 24,5 ⁰ / ₀
w r. 1942	— 38,0 ⁰ / ₀
w r. 1943	— 41,4 ⁰ / ₀
w r. 1944	— 24,6 ⁰ / ₀
w r. 1945	— 22,4 ⁰ / ₀

z liczb powyższych wynika, że leczenie sulfamidami albo nie było w Bułgarii wprowadzone, albo też było mało skuteczne.

Choroba Heine - Medina, występuje w Bułgarii sporadycznie: zgłoszono przypadków w r. 1940 — 72, w r. 1945 — 180.

Śmiertelność na 100 przypadków choroby wynosiła :

w r. 1940	— 9,7 ⁰ / ₀
w r. 1941	— 9,5 ⁰ / ₀
w r. 1942	— 14,6 ⁰ / ₀
w r. 1943	— 6,7 ⁰ / ₀
w r. 1944	— 10,0 ⁰ / ₀
w r. 1945	— 6,5 ⁰ / ₀

X. Choroby zakaźne w Turcji w latach ostatnich.

Delegat Turcji, dr Ekrem Tok, podsekretarz stanu w Ministerstwie Higieny i Opieki Społecznej, omówił stan chorób zakaźnych w Turcji w latach ostatnich.

Latem 1942 roku rozpoczęła się na południu Turcji epidemia *ospy naturalnej*, która szybko opanowała cały kraj. Poprzednio trwała tam jeszcze lokalna epidemia ospy.

W okresie od 1942 r. do 1945 zgłoszono 20.668 przypadków ospy naturalnej w głównych miastach Turcji, a mianowicie zgłoszono :

w r. 1942	— 1881 przypadków
w r. 1943	— 12395 „
w r. 1944	— 6093 „
w r. 1945	— 309 „

W Stambule w okresie 1942 — 1945 r. zgłoszono 1608 przypadków ospy i 285 zgonów. (17,7⁰/₀).

Odsetek przypadków ospy krwiotocznej wyniósł 5⁰/₀. Wśród chorych nieszczepionych w dzieciństwie było 40⁰/₀. Śmiertelność wśród nieszczepionych wynosiła na 100 przypadków ospy — 2⁰/₀.

Krowiankę z cieląt wyrabia Centralny Zakład Higieny w Refik Saydam, zjadliwość zarazka szczepionki utrzymuje się za pomocą pasażu na ośłętach. Krowiankę otrzymuje się przez rozcieranie jednej części limfy surowej w 7 częściach gliceryny 75⁰/₀. W r. 1942 zużyto z górą 12 milionów dawek, w r. 1944 — z górą 15 milionów, w r. 1945 z górą 16 milionów dawek krowianki.

Dur płamisty był w Turcji chorobą endemiczną. Zgłoszono:

w r. 1935 — 420 przypadków, śmiertelność — 13,5%

w r. 1939 — 436 „ „ — 11,0%

z chwilą wybuchu drugiej wojny światowej ilość przypadków zgłoszonych bardzo znacznie wzrosła. Zgłoszono:

w r. 1940 — 779 przypadków — śmiertelność — 12,5%

w r. 1941 — 944 „ — „ — 11,6%

w r. 1942 — 877 „ — „ — 14,1%

w r. 1943 — 4142 „ — „ — 7,1%

w r. 1944 — 3251 „ — „ — 9,2%

w r. 1945 — 2618 „ — „ — 5,3%

W drugiej połowie 1945 r. rozpoczęto szczepienie ludności z początku ograniczając je do otoczenia chorych — zaszczepiono przeszło 1 milion osób tej kategorii.

Pracownia Centralnego Zakładu Higieny w Refik Saydam przygotowuje szczepionkę metodą C o x a. Ma ona możliwość otrzymywania do wyrobu szczepionki po 10.000 jaj dziennie. W ciągu 3 lat pracownia ta przygotowała 10 milionów dawek szczepionki C o x a. W mieście Zonguldak na brzegu Morza Czarnego przeszczepiono tą szczepionką 40% ludności z bardzo dobrym wynikiem. Od roku 1946 rozpoczęto stosowanie proszku D. D. T w całym kraju.

Dur brzuszny, endemiczny od r. 1935 do r. 1945 utrzymuje się na jednym prawie poziomie, ilość szczepionki przeciwdurowej, używanej do szczepień wynosi rocznie do 2.000 kilogramów. W roku 1945 wybuchła epidemia duru brzuszego, w Ankarze, w Eskischir i w Ismid. Prawie wszyscy mieszkańcy tych miast zostali przeszczepieni. Epidemii wstrzymano w ciągu 1 — 2 miesięcy, śmiertelność na 100 chorych wynosiła:

w r. 1935 — 12,1%

w r. 1939 — 9,5%

w r. 1940 — 10,7%

w r. 1945 — 6,0%

Błonica — liczba przypadków, zgłoszonych w całej Turcji wynosiła:

w r. 1935 — 1335

w r. 1939 — 1049

w r. 1940 — 979

w r. 1945 — 634

ten spadek zapadalności przypisuje się stosowaniu szczepień przeciwbłoniczych metodą R a m o n a, śmiertelność na 100 chorych wynosiła:

w r. 1935 — 13,6%

w r. 1939 — 10,4%

w r. 1940 — 11,4%

w r. 1941 — 15,3%

w r. 1942 — 13,2%

w r. 1943 — 15,0%

w r. 1945 — 8,2%

Zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych — utrzymuje się w Turcji nieomal stale na jednakowym poziomie. Zgłoszono:

w r. 1935	—	494 przypadki
w r. 1939	—	827 przypadków
w r. 1940	—	664 przypadki
w r. 1945	—	506 przypadków

Śmiertelność na 100 chorych wynosiła:

w r. 1935	—	33,3‰
w r. 1939	—	32,0‰
w r. 1940	—	33,8‰
w r. 1944	—	30,6‰
w r. 1945	—	12,6‰

Tureckie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej posiada lekarza urzędowego w każdym powiecie, zwanym, podobnie jak we Francji, podprefektem; jest ich w Turcji 409; do pomocy mają dodanych sobie po 2 felczerów (officiers de santé).

XI. Choroby zakaźne w koloniach brytyjskich w okresie drugiej wojny światowej.

Sprawy te omawia dr Kauntze, delegat Nowej Zelandii. W marcu 1941 r. Rząd Egipski, pomimo podpisania umowy dodatkowej do Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej 1926 r., ustanawiającej na jego własne żądanie na miejsce od dawna istniejącej Rady Morskiej i Kwarantannowej w Aleksandrii zależne od niego Biuro Sanitarne regionalne w tejże Aleksandrii, zawiesił działalność tego Biura, zaś czynności jego w sprawach informacji o chorobach zakaźnych przekazał swojej Dyrekcji Kwarantannowej w Aleksandrii. Czynności jego obejmowały również Kolonie brytyjskie w Afryce Zachodniej.

W r. 1944 Rząd W. Brytanii przystąpił do Konwencji Sanitarnej, zarówno ogólnej jak i dla żeglugi powietrznej, na mocy której czynności Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej w Paryżu przejęła U.N.R.R.A., centralizując wszystkie wiadomości, tyjące się chorób zakaźnych całego świata.

Utworzona została Rada Kolonialna Badań Lekarskich jako organ doradczy dla brytyjskiego Ministerstwa Kolonii z podkomisjami dla zimnicy i żółtej febry; zajęto się zimnicą w Gujanie Brytyjskiej, gdzie stwierdzono, że jedynym komarem przenoszącym zimnicę, jest tam *Anopheles Darlingi*, stwierdzono również, że stosowanie proszku D.D.T. może rozwiązać zagadnienie zimnicy w tym kraju zarówno jak i sprawę filcrazy, tam panującej.

Ponieważ znaczna liczba marynarzy i podróżnych zarażała się zimnicą w Afryce Zachodniej, a szczególnie w mieście portowym Freetown, rozpoczęto szczegółowe badania i wydano zarządzenia, które znacznie

poprawiły sytuację; w tej chwili prowadzi się tam badania nad działaniem proszku D. D. T. na komary zimnicze i muchy tse — tse, które jak wiadomo przenoszą w Afryce chorobę snu. W r. 1944 rozpoczęto badania nad *durem plamistym dżungli* („scrub—typhus”) na teatrze operacji wojennych Dalekiego Wschodu, który przenoszony jest przez kleszcze: zalecono stosowanie płynu, wypierającego te kleszcze (dibutylphtalat), a zapobiegawczo, dla ochrony przed tą chorobą, stosowanie szczepionki Fullona, otrzymanej od szczura bawełnianego.

W listopadzie 1945 r. wybuchła epidemia duru powrotnego, przeniesionego przez wszy; w Keni (Afryka Wschodnia) zgłoszono 1596 przypadków i 397 zgonów; śmiertelność wynosiła 23,6%. Na szeroką skalę stosowano rozpylanie proszku D.D.T. w celach odwszenia.

Żółta febra: uprzednio prowadzone badania nad żółtą febrą afrykańską naprowadziły już na myśl, że nie tylko Afryka Zachodnia, ale i Afryka Wschodnia, gdzie znajdowano dodatnie odczyny na testy żółtej febrzy, musi być dotknięta żółtą febrą.

Stąd trudności, które powstały w okresie drugiej wojny światowej w stosowaniu Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej dla Żeglugi powietrznej, podpisanej w Hadze w r. 1933. Wszystkie te trudności wystąpiły w chwili wybuchu ciężkiej epidemii żółtej febrzy w Sudanie angloegipskim w r. 1940 — 1941. W okresie drugiej wojny światowej żółta febra wystąpiła sporadycznie w rozmaitych miejscowościach Afryki Zachodniej. Badania, przeprowadzone w Lagos, ujawniły, że w niektórych okolicach tej kolonii do 10% dzieci szkolnych reagowało dodatnio na testy mysie. W okresie drugiej wojny światowej żółta febra zjawiała się po raz pierwszy w Afryce Wschodniej, w Ugandzie i Keni w r. 1941 i 1942.

Przeprowadzono masowe szczepienia ochronne ludności w okolicach przybrzeżnych w Keni i Ugandzie, (gdzie, mówiąc nawiasem, znajdują się liczne rzesze uchodźców polskich, przywiezionych z Persji).

Dżuma: w roku 1941, od maja do września, zanotowano w Ugandzie 168 przypadków dżumy, z tego 164 śmiertelnych — w tym samym czasie w Keni stwierdzono 92 przypadki dżumy i 37 zgonów; w tych miejscowościach nie stwierdzono dżumy wśród gryzoniów; w tymże okresie w sierpniu stwierdzono 7 przypadków dżumy w Palestynie; w tym wypadku znaleziono dżumę u szczurów. W czerwcu 1945 r. zjawiała się dżuma na wyspie Malcie — do grudnia zanotowano 60 przypadków i 19 zgonów; przeprowadzono wielką kampanię odszczurzenia na tej wyspie.

Ospa: od 26 lutego do 21 kwietnia 1944 r. trwała epidemia ospy naturalnej w Gibraltarze, od 20—30 przypadków, zawieczonych z Egiptu. Ospa szerzyła się również w W. Brytanji i na Malcie; wydano specjalne zarządzenia w sprawie szczepień ochronnych. W trzecim kwartale 1945 r. zjawiała się epidemia ospy w Keni — 91 przypadków, 9 zgonów; od

grudnia 1945 r. do końca marca 1946 r. trwała epidemia ospy na wyspie Ceylon — 194 przypadki, 37 zgonów; ospa wystąpiła również w Afryce Zachodniej.

Choroba Heine-Medina: od listopada 1942 r. do lutego 1943 r. na wyspach Malcie i Gozo wystąpiła bardzo poważna epidemia choroby Heine-Medina — 483 przypadki, z których 57 osób należało do wojsk, przybyłych z W. Brytanii. Nowa epidemia tej choroby wystąpiła na Malcie w listopadzie 1945 r. i trwała do marca 1946 r. Zanotowano 80 przypadków. Od grudnia 1945 r. do lutego 1946 r. trwała epidemia na wyspie Św. Heleny — 214 przypadków, 11 zgonów; choroba wystąpiła u osób starszych i w wielu przypadkach przebiegała bez porażenia. Pochodzenie tej epidemii łączoną z wizytą okrętów transportowych wojsk brytyjskich.

Zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych. Zasługuje na uwagę epidemia tej choroby, która wystąpiła w kolonii afrykańskiej Złotego Brzegu i trwała od marca do czerwca 1945 r.: zgłoszono 9.863 przypadki, w tym zgonów 1056 — musiano zamknąć targi i skasować komunikację osobową; na wielką skalę stosowano sulfonamidy.

XII. Warunki zdrowotne Indii Holenderskich podczas okupacji japońskiej.

Delegat Indii Holenderskich, prof. van L o g h e m, z Uniwersytetu w Amsterdamie, omawia sprawę warunków zdrowotnych Indii Holenderskich w okresie drugiej wojny światowej. Dzięki temu, że Japończycy prowadzili dalej zorganizowaną przez Holendrów akcję szczepień ochronnych, co doprowadziło do zupełnego prawie zaniku ospy naturalnej już przed drugą wojną światową, ospa naturalna pod okupacją japońską w Indiach Holenderskich nie wystąpiła.

Akcja szczepień ochronnych przeciwko dżumie, prowadzona obok akcji ulepszania mieszkań, (w bambusach, z których budowano domy wiejskie szczury miały swoje gniazda), z inicjatywy i pod kierownictwem prof. O t t e n a, za pomocą szczepionki z zarazków żywych w postaci szczepień masowych na Jawie, była dalej prowadzona z bardzo dobrym wynikiem w niektórych miejscowościach przez władze powstańcze indonezyjskie. Sytuacja w chwili obecnej pod względem dżumy nie jest niepokojąca.

Cholera nie wystąpiła, natomiast „*enteritis cholericiformis*“ powodowana przez zarazek znany pod nazwą „*wibrjon El-Tor*“ sprowadziła epidemię na wyspie Celebes, w okolicy Macassaru¹⁾. W r. 1944 Japończycy spotkali się z tą chorobą w Macassar i w jego okolicy. Z pośród 13 cho-

¹⁾ Jak wiadomo akcję szczepień ospowych zorganizował pierwszy na Jawie w sposób wzorowy dr Adam Ernest Waszkiewicz, wilnianin emigrant polski z r. 1831. Życiorys jego ogłosił prof. Zembrzusi, a po holendersku dr de Vogel.

rych zmarło 10; badania prowadzone w r. 1940 przez dra M o o r a, w Macassar stwierdziły, że wśród 301 kontaktów zdrowych i 53 przypadków „*enteritis El-Tor*”, 38 było nosicielami tego zarazka, zaś 42% studzien było zakażonych tymi zarazkami.

Instytut Pasteurowski w Bandoeng od października 1943 r., pracował pod kierownictwem japońskim. Wojsko japońskie usiłowało zająć Instytut na koszary, czemu sprzeciwił się dyrektor Instytutu Prof Otten, Latem 1943 r. prof. Otten i jego współpracownicy zostali internowani a następnie prof. Otten aresztowany przez gestapo japońskie (*kempotai*) pod absurdalnym oskarżeniem, że generalny gubernator Indii Holenderskich miał jakoby zamiar zakażenia tego kraju żółtą febrą, a opierało się to na fakcie, iż Instytut Rockefellera przed samą wojną przysłał do Instytutu w Bandoeng pewną ilość szczepionki przeciw żółtej febrze. Prof. Otten spędził 10 miesięcy w celi więziennej. Że ten 60-letni starzec wyszedł żywy z więzienia japońskiego jest prawdziwym cudem. Na 400 więźniów europejskich zmarło tam 200. Ponieważ po kapitulacji japońskiej Instytut w Bandoeng nie był dostatecznie broniony przez wojska alianckie, jego bardzo kosztowne instalacje zostały albo zniszczone albo rozkradzione.

Obozy koncentracyjne dla Europejczyków i dla Jawańczyków miały bardzo złe warunki mieszkaniowe i sanitarne, szczególnie Jawańczycy byli głodzeni i umierali masowo; w obozach dla kobiet obserwowano masową amenorrhoe, spowodowaną przeważnie przez czynniki psychiczne; w niektórych obozach stosowano tortury; kobiety przeznaczano do domów publicznych. W jednym z obozów płacono po guldenie z górą za szczury, które służyły do spożycia; wszystkie psy, wałęsające się w okolicy obozów na Jawie zostały zjedzone; z tego powodu, w okresie wojny nie spostrzeżono wścieklizny. Prof. v a n L o g h e m, wyraża hołd kobietom holenderskim w obozach koncentracyjnych za ich godne zachowanie się i poświęcenie. W dyskusji delegat Polski, dr Chodźko, prosi o informację, czy wobec epidemicznego występowania *enteritis choleraformis „El — Tor”* — stosowano szczepionkę przeciw cholerze i z jakim wynikiem; delegat Polski wyraża radość z powodu ocalenia prof. Ottena, więzionego przez japończyków i składa za pośrednictwem delegata Holandii prof. Ottenowi powinszowania i najlepsze życzenia długich lat zdrowia i pracy dla dobra nauki.

W odpowiedzi prof. L o g h e m stwierdza, że postać chorobowa, nazywana „*enteritis choleraformis*” różni się znacznie od cholery właściwej, chociaż wibrjon *El — Tor* i wibrjon cholery są sobie bliskie. Czyniono jednakże próby stosowania szczepień przeciwcholerycznych i przeciw chorobie „*El — Tor*” na wyspie Celebes, gdzie spostrzeżono tę chorobę po raz pierwszy w r. 1937, ale wyniki szczepień są niewyraźne. Prof. v a n L o g h e m dodaje, że spośród licznych chorób, nale-

zących do odmiany Rickettsi'oz, t. zw. „shop — typhus“ jest odmianą duru plamistego, szerzoną przez szczury i ich pchły, zaś tak zw. „scrub — typhus“, dur plamisty dżungli, przez kleszcze z gatunku Trombidiae.

XIII. N a r k o t y k i

Delegat Belgii, dr T i m b a l podaje, że pismem z dnia 3 października 1941 r. prezes Komitetu Higieny Ligi Narodów zawiadomił prezesa Stałego Komitetu Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, iż Rząd Republiki Ekwadorskiej zażądał zastosowania procedury wyłączenia tabletek „Cortanu“ i „Nealu“, produkowanych przez Laboratorium „Life“ w Quito spod działania prohibicyjnego art. 8-go Międzynarodowej Konwencji Opiumowej 1925 roku. Opinia Komisji rzeczoznawców farmakologów Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej: prof. Smalla z Waszyngtonu, prof. Edera z Zurychu, prof. Tiffeneau z Paryża i prof. Strauba z Monachium, otrzymana w drodze korespondencji z powodu niemożliwości odbycia wspólnego posiedzenia głosi: ponieważ heroina, którą zawierają oba wspomniane specyfiki może być w sposób bardzo prosty wydzielona z nich i stosowana jako taka oraz używana bezpośrednio przez narkomanów, nie można przychylić się do żądania Rządu Republiki Ekwadorskiej.

Poza tym referent, dr T i m b a l, zwraca uwagę Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, że w ciągu roku 1945 do 31 października ogół zapotrzebowań na morfinę w skali światowej wyniósł z górą 70.000 kg. ilość, która bardzo znacznie przekraczała zapotrzebowanie przedwojenne; powoduje to znaczne powiększenie zapasów światowych tego preparatu; przed drugą wojną światową zapas ten nie przekraczał ogólnego zapotrzebowania 6-cio miesięcznego. Podczas działań wojennych często dochodziło do ilości, przekraczających zapotrzebowanie dwuletnie świata; należy, aby na przyszłość poszczególne państwa nie przekraczały zapotrzebowania przedwojennego.

W dyskusji zabrał głos delegat Polski, dr C h o d ź k o, w charakterze członka Komisji Opiumowej Ligi Narodów i Komisji Opiumowej Międzynarodowego Urzędu Higieny i poparł wniosek o odrzucenie żądania Rządu Ekwadorskiego w sprawie wyłączenia „Cortanu“ i „Nealu“ spod działania przepisów Międzynarodowej Konwencji Opiumowej 1925 r.; podkreślił również, że przed drugą wojną światową zapotrzebowanie roczne świata na morfinę nie przekraczało 45 000 kg; obecna nadmierna kumulacja zapasów morfiny stanowi jawne niebezpieczeństwo dla wszystkich narodów; sprawa ta musi być uregulowana jaknajszybciej i zapasy morfiny doprowadzone conajwyżej do normy przedwojennej.

Sprawu utworzenia Organizacji Higieny Narodów Zjednoczonych.
W dniu 30 kwietnia 1946 r. Stały Komitet Międzynarodowego Urzędu

Higieny Publicznej rozważał sprawę powołania do życia Organizacji Higieny Narodów Zjednoczonych na podstawie raportu swojej *Komisji Prawniczej*, powołanej na wniosek delegata Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, dra C u m m i n g a, której przewodnictwo powierzono dr o w i G a u d, dyrektorowi oddziału U. N. R. R. A. na Francję.

Głównym zadaniem tej Komisji było zbadanie sytuacji Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej wobec projektu utworzenia nowej Organizacji Higieny Narodów Zjednoczonych; cała ta akcja wynikała z Konferencji Narodów Zjednoczonych, zwołanej do San Francisco w maju 1945 r. na wniosek Chin i Brazylii. Rada Ekonomiczna i Społeczna Narodów Zjednoczonych przyjęła wniosek ten, dążący do utworzenia nowej Organizacji Higieny, w lutym 1946 r. i zwołała Międzynarodową Konferencję Sanitarną w celu opracowania projektu jednolitej międzynarodowej organizacji higieny do N. Yorku na dz. 19 czerwca 1946 r. Projekt przedwstępny tej organizacji miał opracować Techniczny Komitet Przygotowawczy, złożony z rzeczoznawców, zwołany do Paryża na 18 marca 1946 r. — Komitet Techniczny obradował do 5 kwietnia 1946 r. Raport tego Komitetu proponuje utworzenie jednolitej Międzynarodowej Organizacji Higieny, któraby pochłonęła istniejące międzynarodowe organizacje higieny publicznej, a wśród nich Komitet Higieny Ligi Narodów oraz Międzynarodowy Urząd Higieny Publicznej, mający od r. 1908 swoją siedzibę w Paryżu, a powołany do życia na podstawie Umowy Międzynarodowej, podpisanej w r. 1907 w Rzymie. Komitet Higieny Ligi Narodów został już rozwiązany.

W tej chwili toczy się sprawa istnienia albo przeobrażenia Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej.

Na posiedzeniu Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, członek delegacji Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, p. C a l d e r w o o d, przedstawiciel Ministerstwa Spraw Zagranicznych tego państwa, występując w imieniu delegata Rządu Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej odczytał deklarację następującą:

„Celem niniejszej deklaracji jest poinformowanie Komitetu Stałego co do oficjalnego stanowiska Rządu Stanów Zjednoczonych dotyczącego organizacji międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego a w szczególności dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej.

W dniu 15 lutego 1946 r. Rada Ekonomiczna i Społeczna Narodów Zjednoczonych uchwaliła rezolucję, zmierzającą do szybkiego utworzenia jednolitej międzynarodowej organizacji zdrowia Narodów Zjednoczonych.

Stany Zjednoczone podtrzymują całkowicie to zarządzenie, gdyż zgadza się ono z polityką, którą ten Rząd prowadził na Konferencji Narodów Zjednoczonych w San Francisco i którą następnie na nowo potwierdził przez urzędową wymianę not z innymi Rządami.

Stany Zjednoczone liczą na to, że nowa organizacja, która ma się utworzyć, będzie dostatecznie silna, wydajna i szeroko pomyślana pod względem swoich zadań, ażeby całkowicie objąć zakres zdrowia publicznego międzynarodowego a w szczególności, ażeby poznać zagadnienia, wynikające z szybkości nowoczesnych środków komunikacji i z postępów nowoczesnej nauki. Rząd ten uznaje doniołość pracy epidemiologicznej, dokonanej przez Międzynarodowy Urząd Higieny Publicznej, jak również prowadzonej obecnie przez Administrację Pomocy i Odbudowy Narodów Zjednoczonych, oraz konieczność jej nieprzerwanego kontynuowania. Pracę tę jednak należałoby prowadzić dalej jako część zadań jednolitej organizacji międzynarodowej, mającej rozległe funkcje w zakresie międzynarodowego zdrowia publicznego. Należy liczyć się z tym że czynności Ligi Narodów, które Narody Zjednoczone wzięły właśnie na siebie, będą wykonywane przez nową organizację z chwilą jej utworzenia.

Rząd Stanów Zjednoczonych wypowiada się za podobną ewolucją w stosunku do Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej. Uznano że realizacja tych zadań wymaga zawarcia nowej konwencji międzynarodowej lub przystosowania konwencji istniejących, do współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego. Przewiduje się, że konwencja międzynarodowa w sprawie ustanowienia projektowanej międzynarodowej organizacji zdrowia będzie podpisana na konferencji, która została zwołana przez Radę Ekonomiczną i Społeczną i która zbierze się 19 czerwca roku bieżącego w Nowym Yorku. Istnieje nadzieja, że nowa międzynarodowa organizacja zdrowia będzie funkcjonować wkrótce potem i że istniejące konwencje będą mogły być szybko zrewidowane, ażeby przystosować się do nowej sytuacji.

Rząd Stanów Zjednoczonych wyraża zatem opinię: 1), że Komitet Stały powinien prosić Dyrektora Generalnego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej o kontynuowanie stosowania umowy z U. N. R. R. A. w przedmiocie zbierania i rozsyłania wiadomości epidemiologicznych aż do ustania czynności U. N. R. R. A. albo aż do ich przeniesienia do nowej organizacji zdrowia, 2), że Komitet winienby zalecić Państwom, będącym członkami Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, aby udzieliły swym przedstawicielom pełnomocnictw na sesję październikową 1946 r. Komitetu Stałego, ażeby można było powziąć odpowiednie decyzje co do przeniesienia obowiązków i czynności Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, wynikające z Umowy Rzymskiej 1907 r. i innych Konwencji międzynarodowych, do nowej międzynarodowej organizacji zdrowia jak tylko będzie ona ustanowiona i 3), że członkowie Komitetu Stałego powinny zwrócić uwagę swoich właściwych rządów na warunki wymówienia, wymienione w Umowie Rzymskiej 1907 r. ażeby Międzynarodowy Urząd Higieny Publicznej mógł zostać rozwiązany w sposób prawny przy końcu obecnego okresu siedmioletniego.

Rząd Stanów Zjednoczonych, ze swej strony, uznaje iż wykonuje swoje prawo wymówienia w myśl art. 8 Umowy Rzymskiej 1907 r. i dał instrukcje swemu Przedstawicielowi w Komitecie Stałym co do rozpoczęcia kroków, zmierzających do rozwiązania Urzędu i do przeniesienia jego obowiązków i czynności do projektowanej międzynarodowej organizacji zdrowia z chwilą jej ustanowienia“.

Komitet Stały nie odbył nad powyższą deklaracją żadnej dyskusji. Raport wspomnianej Komisji Prawniczej Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej jako jedno z rozwiązań tej skomplikowanej pod względem prawnym sprawy proponuje przeobrażenie tego Urzędu w nową międzynarodową organizację zdrowia publicznego. Jest to również stanowisko Rządu Francuskiego, który pragnie nową tę organizację utrzymać w Paryżu; zaznaczyć należy, że Rząd Francuski ofiarował na pomieszczenie nowej Organizacji pałac, zwany Hotel de la Vampaliore położony niedaleko pałacu Elizejskiego, rezydencji Prezydenta Republiki Francuskiej, przy Avenue Matignon Nr 25.

Urzędowa delegacja francuska na Konferencję Międzynarodową, zwołaną do Nowego Yorku na czerwiec, otrzymała instrukcję w tym kierunku.

W sprawie tej interes Polski, posiadającej obszerne wybrzeże morskie z 4-ma dużymi portami i ożywionym ruchem handlowym, już obecnie wymaga przede wszystkim, aby siedzibą nowej Międzynarodowej Organizacji Zdrowia była Europa, a w Europie Francja, z którą jesteśmy związani licznymi węzłami interesów gospodarczych. Nie należy zapominać, że istnienie Międzynarodowej Organizacji Higieny, jak dotąd Międzynarodowego Urzędu Higieny w Paryżu jest ściśle związane z kontrolą wykonywania Międzynarodowych Konwencji Sanitarnych (ogólnej 1926 r. w której redagowaniu Polska brała bezpośredni udział i dla żeglugi powietrznej z r. 1933, na której redakcję miała możliwość wpływania), a więc z ruchem handlowym morskim i powietrznym; że konwencje sanitarne były w przeszłości nadużywane do celów politycznych i nadal mogą być nadużywane.

Polska winna mieć zapewnioną możliwość swobodnego oddziaływania zbliska i całkowitej swobody obrony swoich interesów, o co łatwiej na terenie paryskim, niż gdzieindziej. W sprawie tej delegat Rządu Polskiego odbył konferencję w Paryżu z Ambasadorem Rzeczypospolitej przy Rządzie Francuskim ob. Skrzyszewskim, w maju 1946 r. z którym doszło do całkowitego uzgodnienia stanowiska zasadniczego i wspólnych punktów widzenia.

Poza tym delegat Rządu odbył szereg konferencji z Dyrektorem Generalnym Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, d r e m R. P i e r r e t, jaknajzyczliwiej do Polski usposobionym, oraz innymi działaczami sanitarnymi francuskimi, a więc z p. generałem lekarzem

dr Rousselle'm, szefem francuskiej kolonialnej służby zdrowia, z przedstawicielem Ministerstwa Kolonii, p. de Navailles, radcą prawnym francuskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych i członkiem Komitetu Stałego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, p. Gaud, b. dyrektorem Służby zdrowia w Marokku. Panowie ci weszli w skład rządowej delegacji francuskiej na Konferencję Nowojorską; delegat polski zetknął się we francuskim Ministerstwie Zdrowia z p. drem Cavaillon znanym mu z terenu genewskiego, który przewodniczył delegacji francuskiej na konferencję czerwcową w Ameryce, oraz z francuskim Ministrem Zdrowia i Populacji, p. Prigent.

Poza tym na ich zaproszenie, delegat Polski odbył konferencję w siedzibie paryskiej Fundacji Rockefellera z p. drem Bauerem, delegatem Fundacji Rockefellera na Europę i p. drem Leache'm, oddawna mu znanym, wyższym urzędnikiem Amerykańskiej Federalnej Służby Zdrowia, obecnie członkiem służby zdrowia Fundacji Rockefellera; obaj ci panowie interesowali się szczególnie sprawą, czy delegat polski wybiera się na Konferencję Nowojorską.

Delegat Polski wziął udział w wizycie do Instytutu Szczepionkowego Paryskiego, przygotowującego suchą szczepionkę przeciwospową dla kolonii francuskich oraz w przyjęciu u francuskiego Ministra Zdrowia, p. Prigent, w dn. 2 maja 1946 r.; odwiedził również paryski Instytut Pasteura i odbył konferencję z wice-dyrektorem Instytutu p. dr Noelem Bernardem; na życzenie p. kierownika działu wyrobu surowic i szczepionek P.Z.H. dr Saskiego — delegat polski otrzymał z Instytutu Pasteura szczep wścieklizny i przywiózł porcje szczepionek Calmette'a do szczepień metodą skaryfikacji, uprzejmie ofiarowane przez p. dra Bernarda.

S U M M A R Y.

Report of the Polish Delegate on the proceedings of the First post war Spring Session of Comité Permanent de l'Office International d'Hygiène Publique, Held in Paris from April 24 — May 2 1946.

In the spring meeting of the „Comité Permanent“ there were represented 51 countries, among others also Poland which has been a member of the Committee since May 1920.

In the chair was dr Hugh S. Cumming, U.S.A.—representative, and later dr M. Morgan, representative of Great Britain.

The chief of French delegation, prof. Lemierre submitted the report dealing with the problem of typhus fever in France. The epidemic broke out in German P. of W. - camps and in Repatriation camps in September 1945; there were 16 foci of the epidemic all over the country.

According to prof Lemierre the French Government adopted the following plan to fight the typhus fever:

1) The cooperation of Army and Civilian Health authorities, and an exchange of information;

2) The early diagnosis by laboratory examination:

a) haemodiagnostic examination (by Brumpt's method) of all suspected cases;

b) the serological examination (by Weil-Felix's method) of all cases positive in Brumpt's test;

c) the agglutination test for *Rickettsiae* of all cases positive in Weil-Felix reaction.

This threefold examination proved to be a great help in eradication of the disease.

3) The vaccination with Durand-Giroud's vaccine.

4) De-lousing with D. D T., periodically carried out in all camps of German prisoners of war and among French people who were in contact with these camps.

De Navailles spoke about relapsing-fever in Tunisia. The epidemic, caused by *Spirochaeta Obermeierii* and transmitted by lice, has not been noted in that country till the First World War; afterwards it disappeared completely to flare up a new in 1944. The first eight cases were reported in 1943, and till the end of 1945 there were

already 34 698 reported cases. The primary focus of this epidemic was located in Fezzan Souther Tripolitania. The course of the disease was rather severe; generally there were three relapses, 9 to 11 days apart. This North-African epidemic attacked till the present time more than 1.000.000 people and caused about 200 000 death. The losses in agricultural output were tremendous, too.

Prof. Lemierre reported on the small-pox epidemic in France. The disease was brought by a soldier on leave returning home by air from Morocco. In spite of quite distinct symptoms of small pox this soldier was able to reach his home-town of Arras. The epidemic (eight cases) ensued then through lack of appropriate control in the air-ports. This shows the importance of permanent medical control in big air-ports, without which the detection and isolation of suspected cases is impossible.

Prof. Kling, Swedish representative, presented Erickssons' report on the anti-diphtheria vaccination. The mass vaccination, according to Ramon's method was started after the outbreak of war. This was carried out on the basis of Farago's experiences in Hungary. In the first batch 600 Swedish children were vaccinated — after one injection the Schick's reaction was shifted from negative to positive in 98% of cases. The resistance obtained by this method was rather of short duration — therefore it was decided to repeat the vaccination after one year and after six years. In 1944 68% of all children below 16 years of age were vaccinated, and in 1945 40% of these were revaccinated.

By these means Sweden freed itself from the threat of diphtheria—epidemic, which was so acute at the beginning of the war.

Danish representative, dr Madsen, reported on the fight with tuberculosis in his country. The death-rate for tuberculosis in Denmark remained on its normal level during the whole war-period (3,5 per 10 000). The greatest death-rate was in Copenhagen — 4,4 per 10.000, much smaller in little towns—3,6, and smallest in the country—2,7 per 10.000.

There were no food-shortages in Denmark during the war and the death-rate did not rise. Nevertheless the steady decline of tuberculosis-mortality stopped; the causes of this phenomenon are not quite clear it is, may be, due to the immigration of many tuberculous people from Germany.

Dr Van den Berg, Dutch representative, reported on the control of tuberculosis in Holland. The situation was good (like in Denmark) till the beginning of atrocities. From this moment on there was observed steady worsening of the situation. The death-rate for tuberculosis in Holland was slowly rising:

in 1939	—	4,1	per	10.000	of	inhabitants
1940	—	4,37	"	"	"	"
1941	—	5,92	"	"	"	"
1942	—	6,13	"	"	"	"
1943	—	6,99	"	"	"	"

Due to the delay in registration there were no figures for 1944. Polish delegate, dr Chodźko reported on the infectious diseases in Poland in 1945. In this year there were reported:

typhus fever . . .	15 808	of cases
relapsing fever . .	156	"
malaria	1.599	"
typhoid fever . . .	81.657	"
dysentery	6.690	"
small-pox	0	"

Due to the compulsory vaccination the small-pox is unknown in Poland from 1936; even in the war time it did not reappear.

Bulgarian representative, dr Kussitassef reported on the epidemiological situation of Bulgaria during the war. There were no cases of small-pox, undoubtedly due to the compulsory vaccination of the whole population.

The typhus-fever was reported only sporadically. The outbreak of the disease was always connected with camping of Gipsies in nearabouts. Very striking was the diminishing of mortality for scarlet-fever. Numbers of death per 100 cases of disease were:

in 1940 —	5,1
1941 —	8,1
1942 —	3,7
1943 —	2,6
1944 —	1,84
1945 —	0,9

Dr Ekrem Tok, Undersecretary in the Turkish Ministry of Hygiene and Social Welfare, reported on the great small-pox epidemic which appeared in 1942 and lasted till 1945. During this period 20,668 cases of the disease were reported in big towns alone:

in 1942 —	1.871	of cases
1943 —	12.395	"
1944 —	6.093	"
1945 —	309	"

The mortality rate among unvaccinated population reached 21 per 100 cases of disease.

More than 12.000.000 doses of calf-limph were used in 1942, 15.000.000 in 1944 and 16.000 000 in 1945.

The calf-limph was produced by Central Hygiene Institute in Refik Saydam. This Institute produced also 10.000.000 doses of Cox's vaccine against typhus-fever.