

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Aistis  
ŽALNORA

VISUOMENĖS SVEIKATOS MOKSLO RAIDA  
STEPONO BATORO UNIVERSITETO  
MEDICINOS FAKULTETE IR  
VISUOMENĖS SVEIKATOS BŪKLĖ  
VILNIAUS KRAŠTE  
1919–1939 METAIS

DAKTARO DISERTACIJA

BIOMEDICINOS MOKSLAI, VISUOMENĖS SVEIKATA (09 B)

Vilnius, 2015

Disertacija rengta 2010–2014 metais Vilniaus universiteto Visuomenės sveikatos institute

**Mokslinis vadovė** – doc. dr. Vitalija Janina Miežutavičiūtė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06 B)

**Mokslinis konsultantas** – doc. dr. Saulius Kaubrys (Vilniaus universitetas, humanitariniai mokslai, istorija – 05 H)

# TURINYS

PAAIŠKINIMAI IR SANTRUMPOS .....	5
1. ĮVADAS .....	6
1.1. Tiriamoji problema .....	6
1.2. Darbo aktualumas .....	9
1.3. Darbo mokslinis naujumas.....	10
1.4. Ginami teiginiai .....	11
1.5. Darbo tikslas ir uždaviniai .....	11
1.6. Darbo praktinė reikšmė .....	11
2. LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ APŽVALGA .....	12
2.1. Literatūra.....	12
2.2. Nepublikuoti šaltiniai.....	18
2.3. Publikuoti šaltiniai.....	19
3. TYRIMO METODAI .....	22
4. DARBO REZULTATAI .....	24
4.1. Sveikatos apsaugos sistemos organizavimas Lenkijoje 1918–1939 m.....	24
4.1.1. <i>Visuomenės sveikatos samprata Europoje ir teorinis visuomenės sveikatos modelis XX a. pradžios Lenkijoje.</i> ....	24
4.1.2. <i>Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos uždaviniai 1918–1939 m.</i> .....	29
4.1.3. <i>Lenkijos regionų skirtumai kaip visuomenės sveikatos problemų prielaidos 1918–1939 m.</i> ....	34
4.1.4. <i>Vilniaus krašto inkorporavimas ir sveikatos apsaugos sistemos kūrimo darbai 1919–1939 metais</i> .....	37
4.2. Visuomenės sveikatos mokslas Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete 1919–1939 metais .....	43
4.2.1. <i>SBU MF struktūra, mokslinė ir pedagoginė veikla</i> .....	43
4.2.2. <i>SBU MF Higienos katedra ir fakulteto mokslinio darbo kryptys.</i> .....	48
4.2.3. <i>Medicinos studijos ir higienos kursas.</i> .....	54
4.2.4. <i>SBU MF finansinė padėtis ir reorganizavimas.</i> .....	60

4.2.5. SBU MF ryšiai su medicininę-socialinę pagalbą teikusiomis organizacijomis ir higienos mokslo sklaida Vilniuje 1922–1939 m.....	65
4.2.6. Visuomenės sveikatos problemos fakulteto mokslo darbuose 1924–1938 m.....	72
4.2.7. SBU MF Higienos katedros tyrimų kryptys.....	75
4.3. Visuomenės sveikatos problemų įveikos strategijos Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslo darbuose 1922–1939 m.....	79
4.3.1. Vilniaus krašto aplinka ir fizinė higiena .....	79
4.3.2. Socialinės ir užkrečiamosios ligos .....	92
4.3.3. Vilniaus gyventojų mitybos higiena .....	102
4.3.4. Darbo higiena .....	113
4.3.5. Vaikų sveikatos problemų prevencija .....	120
4.3.6. Mokyklų higiena .....	127
4.3.7. Socialinė higiena ir eugenika .....	140
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	154
6. IŠVADOS .....	170
7. REKOMENDACIJOS .....	172
8. PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA .....	173
LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS .....	174
PRIEDAI .....	191

## PAAIŠKINIMAI IR SANTRUMPOS

### **Svarbiausios istorinės sąvokos**

Siekiant neiškraipyti faktų, juos vaizduoti to meto mokslo šviesoje, darbe bus vartojamos tiriamuoju laikotarpiu paplitusios istorinės sąvokos ir terminai, kurie šiandien suvokiami kiek kitaip arba tiesiog nepasiekė šių dienų.

- **Visuomenės sveikata** – mokslas ir menas organizuotomis visuomenės pastangomis išvengti ligų, prailginti gyvenimą bei sustiprinti fizinę ir psichinę sveikatą, rūpinantis aplinkos sauga, kontroliuojant infekcines ligas, mokant individualios higienos, analizuojant medicinos ir slaugos tarnybas, anksti diagnozuojant bei gydant ligas, plečiant, tobulinant socialines tarnybas, garantuojančias, kad kiekvieno individo gyvenimo standartai sudarytų jam galimybes palaikyti sveikatą, taigi, suteiktų teisę į sveikatą ir ilgą gyvenimą (1920, Winslow) [1].
- **Visuomenės higiena** – higienos mokslo šaka, tirianti, kokią įtaką žmogaus sveikatai turi fiziniai ir socialiniai veiksniai. Fizinė higiena tiria fizinių veiksnių poveikį, socialinė higiena – kultūrinių. Socialinės higienos užduotis – kova su socialinėmis ligomis [2].
- **Socialinė higiena** tiria tam tikrų grupių ir visuomenės sluoksnių sveikatos sąlygas, gyvenimo būdą ir sąlygas, mitybą, fizinį sudėjimą (augimą), sergamumą, vaisingumą, mirtingumą ir kt., taip pat tiria, ar yra kokių nors ryšių tarp sveikatos būklės ir socialinių, ekonominių sąlygų, kuriomis šios grupės gyvena, dirba, kuria šeimas; ekonominių ir socialinių veiksnių įtaką šių grupių sveikatai; ar veikia, kaip ir kokie veiksniai veikia, individo sveikatą, kaip šie veiksniai veiks žmogaus ir jo palikuonių sveikatą priklausomai nuo individo amžiaus, lyties, gyvenamosios vietos, specialybės ir priklausomybės tam tikrai socialinei grupei; higiena ne tik palaiko sveikatą, bet ir laipsniškai kelia individo atsparumą ligoms, <...> remdamasi mokslo tyrimais įgyvendina reikalavimus, kurie leistų pasiekti idealias gyvenimo sąlygas, higienos mokslo laikomas norma [3].
- **Socialinės ligos** – tai liaudyje paplitusios ir itin pavojingos ligos, lemiamos kultūrinių veiksnių. Tokios ligos yra tuberkuliozė, trachoma, alkoholizmas, didelis motinų ir vaikų mirštamumas (dėl socialinių veiksnių), vėžys (navikinės ligos), venerinės ligos, psichikos ligos, reumatizmas, darbininkų ligos [2].
- **Eugenika** – mokslas, kuris tiria visus veiksnius, turinčius įtakos rasės paveldimumui, taip pat tuos, kurie gali pagerinti rasės vystymąsi [4].

### **Santrumpos:**

**SBU MF** – Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultetas

**VDU MF** – Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakultetas

**AG** – Apskrities gydytojas

**ATR** – Abiejų Tautų Respublika (Lietuva–Lenkija, 1569–1795)

# 1. ĮVADAS

## 1.1. Tiriamoji problema

Stepono Batoro universiteto istorijos laikotarpis – svarbi mūsų aukštojo mokslo istorijos dalis. Tarpukario Vilniuje subrendo, dirbo visa žymių mokslininkų karta, savo tapatybe tarsi suaugusi su Vilniumi tiek dėl to, jog buvo iš šių žemių kilusi, tiek dėl to, kad jį vėliau pamilo. Daugiakultūrio senojo Vilniaus universiteto istorija mūsų istorikų darbuose prisimenama su pagarba, o Stepono Batoro universiteto istorija – gana atsargiai, lyg jis būtų „svetimas“. Tam yra priežasčių. Ir visgi šio laikotarpio pasiekimai yra verti mūsų tyrimų, siekiant pažinti Lietuvos mokslo istoriją kaip nedalomą visumą. Tarp kitų šiame darbe keliamų aiškiai apibrėžtų tyrimo uždavinių išsikėlėme sau kiek platesnę užduotį – pažvelgti į visuomenės sveikatos mokslą, mediciną Lietuvoje kaip procesą, nenutrūkstantį vyksmą ir tapsmą, kaip mokslo paradigmą, kuri nėra baigtinė ir šiandien.

Tarpukario Vilnius stebina kontrastais. Sunkios gyvenimo sąlygos, retam iš mūsų įsivaizduojama butis ir mokslo žmonių kūrybinės galios, dvasios polėkis sudarė keistą disonansą. Dažnas žino garsų rašytoją Česlovą Milošą (C. Miłosz, 1911–2004), lietuviams neliks nepastebėti gydytojų ir visuomenininkų Jono Basanavičiaus (1851–1927), Danieliaus Alseikos (1881–1936) darbai, tačiau ne kiekvienas vilnietis šiandien gali įsivaizduoti, su kokiomis negandomis to meto miestietis ir gydytojas grūmėsi nuolat. Pats gyvenimas Vilniuje tarp dviejų pasaulinių karų buvo tarsi tylus karas, kova už žmogaus sveikatą ir gyvybę. Kaip vaizdžiai situaciją apibūdino Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros vedėjas Kazimieras Karafa-Korbutas (K. Karaffa-Korbutt, 1878–1935): „Žmonija jau išgyveno vieną baisiausių karų istorijoje, tačiau šiandien laukia naujas karas – reikia viską atstatyti ir kartu išsaugoti darbuotojo sveikatą“ [5].

Ankstesniuose tarpukario Vilniuje veikusio Stepono Batoro universiteto veiklos tyrimuose dominuoja institucinės universiteto raidos analizė. Neretai ją užgožia politinių veiksmų įtakos nagrinėjimas. Tačiau tokiu būdu mokslo istorijai skirtas veikalas nejučia nustoja svarbiausio savo turinio komponento – paties mokslo analizės. Vakarų Europoje mokslo raidos kaip atskiro tyrimo objekto tyrimai pradėti jau 7-ajame dešimtmetyje, mūsų šalyje tokių tyrimų vis dar stinga. Darbų, skirtų išimtinai medicinos mokslo raidai, turime mažai, o tyrimų, skirtų visuomenės sveikatos mokslo raidos analizei, apskritai neturime.

Modernioji visuomenės sveikatos samprata Europoje ėmė formuotis XVIII a. pabaigoje. Neabejotinas vaidmuo šiame procese teko Strasbūro, Heidelbergo ir Vilniaus

universiteto profesoriui Johanui Peteriui Frankui (J. P. Frank, 1745–1821), kuris daugelio ligų pirminėmis priežastimis įvardijo skurdą ir tamsumą. Pagal jo suformuluotą „medicinos policijos“ koncepciją valstybė turėjo imtis atsakomybės už gyventojų sveikatą ir griežtomis policinėmis priemonėmis, įstatymais reguliuoti net pačias intymiausias visuomenės gyvenimo sritis, kad užkirstų kelią ligoms.

Svarbiausios visuomenės sveikatos prielaidos – valstybės garantuotos sveikos gyvenimo sąlygos ir švietimas – buvo išdėstytos Rudolfo Virchovo (R. Virchow, 1821–1902) darbuose: „Demokratinė valstybė, siekianti, kad visi piliečiai džiaugtųsi gerove, pripažįsta, kad visi turi vienodas teises. Nes teisių lygybė veda link savivaldos. Valstybė taip pat turi teisę tikėtis, kad kiekvienas žinos, kaip savo darbu pasiekti gerovę pačių žmonių sukurtų įstatymų ribose. Gerovės sąlygos yra sveikata ir išsilavinimas – tai valstybės tikslas <...> Tačiau to nepakanka – nepakanka užtikrinti, kad kiekvienas gautų minimumą savo egzistencijai <...> valstybė turi garantuoti kiekvienam sąlygas sveikai gyventi“ [6].

Šiandieniam supratimui artimiausia visuomenės sveikatos samprata ėmė formuotis po Pirmojo pasaulinio karo. 1920 m. Jeilio universiteto visuomenės sveikatos profesorius Čarlzas Edvardas Amoris Vinslou (C. E. A. Winslow, 1877–1957) suformulavo pirmąjį visuotinai žinomą visuomenės sveikatos apibrėžimą: „Visuomenės sveikata – tai mokslas ir menas organizuotomis visuomenės pastangomis išvengti ligų, prailginti gyvenimą bei sustiprinti fizinę ir psichinę sveikatą, rūpinantis aplinkos sauga, kontroliuojant infekcines ligas, mokant individualios higienos, analizuojant medicinos ir slaugos tarnybas, anksti diagnozuojant bei gydant ligas, plečiant, tobulinant socialines tarnybas, garantuojančias, kad kiekvieno individo gyvenimo standartai sudarytų jam galimybes palaikyti sveikatą, taigi, suteiktų teisę į sveikatą ir ilgą gyvenimą“ [1].

Tarpukario laikotarpiu Europoje ir pasaulyje sveikatos apsaugos sistema ir visuomenės sveikatos koncepcija patyrė ryškių transformacijų. Dar kartą buvo suvokta, jog daug svarbiau nei gydymas yra ligų prevencija. Nauju medicinos tikslu tapo ne atskiro individo, o visuomenės „gydymas“. Naujo požiūrio šalininkai teigė, kad svarbiausias sveikatos apsaugos sistemos tikslas – individas, kurio nereikia gydyti, kuris kuria pridėtinę vertę visuomenėje. Šiam tikslui tarnavo higienos mokslas. Higiena apėmė daugelį sričių, atsirado darbo higiena, mokyklų higiena, fizinio lavinimo ir sporto higiena bei rasinė higiena. „Negydančių“ gydytojų skaičius nuolat augo [7].

Šiame kontekste formavosi ir visuomenės sveikatos mokslas Vilniuje. 1919 m. Lenkijos kariuomenei užėmus Vilnių, jame buvo įkurtas lenkiškas Stepono Batoro universitetas. Vienas didžiausių ir svarbiausių fakultetų Stepono Batoro universitete buvo Medicinos fakultetas. Vilniuje Lenkijos pavyzdžiu buvo taikomas naujas higienos mokslo modelis. 1922 m. Vilniuje buvo įkurta Higienos katedra. Katedros darbuotojų tyrimai apėmė svarbiausias to meto miesto higienos problemas.

Higienos katedra tyrė Vilniaus gyventojų būstus, aplinką, teatrų, kino teatrų higienos sąlygas, alkoholizmo paplitimą, gyventojų mitybą, darbininkų gyvenimo sąlygas, kitas socialinio medicininio pobūdžio problemas. Vilniuje buvo atlikti novatoriški Aleksandro Safarevičiaus (A. Safarewicz, 1876–1935) tyrimai sprendžiant nuotekų šalinimo problemas.

Tiriamuoju laikotarpiu Vilniaus krašte, kaip ir visoje Lenkijoje, pati visuomenės sveikatos samprata dar tik formavosi. Formavosi centrinės ir vietos valdžios institucijos, atsakingos už visuomenės sveikatos būklę, minėtų institucijų tarpusavio ryšiai. Vilniaus universiteto, kaip ir kitų to meto universitetų, vaidmuo visuomenės sveikatos būklės gerinimo procese dažniausiai buvo grindžiamas kasdienės praktikos padiktuotomis reikiamybėmis, bet ne įstatymu. Vietos savivaldos institucijų parama ligoninėms, kitoms gydymo įstaigoms buvo menka.

Atsižvelgdami į to meto mokslo raidą šiame darbe remsimės C. E. A. Vinslou pasiūlyta Visuomenės sveikatos samprata. Ši samprata apėmė mus dominančius dėmenis – gydytojų bendruomenę, sveikatos priežiūros institucijas ir visuomenę. Drauge savo darbe nagrinėsime tuo metu taikytos visuomenės higienos sampratos variacijas bei visuomenės sveikatos sistemai keliamus tikslus tarpukario Lenkijoje, lyginsime juos su Vinslou samprata. Taigi, Vinslou visuomenės sveikatos samprata lėmė ir kompleksinį mūsų tyrimo pobūdį, apimantį mums svarbų platų kontekstą – teorines visuomenės sveikatos apsaugos mechanizmo prielaidas, to meto centrinės, vietos valdžios institucijų raidą kaip organizuotas visuomenės pastangas bei Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų veiklos analizę minėtame kontekste. Taigi, siekėme atskleisti organizuotas visuomenės pastangas ir mums išskirtinai svarbaus profesionalo – visuomenės sveikatos specialisto – vaidmenį sprendžiant visuomenės sveikatos problemas.

Skirtingai nei šiandien, gydamosios medicinos specialistų ir higienistų darbo laukas nebuvo atskirtas. Todėl visuomenės sveikatos problemų sprendimo paieškų neturėtume ieškoti tik vienos Medicinos fakulteto katedros (instituto) veikloje. Tai, ką šiandien priskirtume visuomenės sveikatos instituto, higienistų darbo barui, tuo metu buvo sprendžiama ir daugelio kitų institucijų veikloje. Visuomenės sveikatos mokslui svarbių nuopelnų galime rasti tiek fundamentalųjį, klinikinį, tiek ir prevencinį medicinos mokslą plėtojusią katedrų, klinikų darbuotojų veikloje.

Vilniaus Stepono Batoro universiteto raida, visuomenės sveikatos mokslo raida tarpukario Vilniuje ankstesniuose tyrimuose dažnai pateikiama pagal Lietuvai būdingus modelius arba pagal XIX a. modelį, pritaikant juos ir Vilniaus kraštui. Tačiau, turint galvoje Vilniaus krašto specifiką, medicinos mokslas ir visa sveikatos priežiūros sistema turėtų būti tiriama atsižvelgiant į to meto visuomenės sveikatos mokslo raidą



Lenkijoje. Lygindami higienos sampratą XX a. pradžioje Lietuvoje ir Europoje galime įžvelgti svarbių skirtumų. XX a. pradžioje vykusį sparti urbanizacija, kiti socialiniai ir ekonominiai veiksniai paskatino daugelį didžiųjų Europos valstybių iš esmės peržiūrėti prevencinės medicinos mechanizmus, didelį dėmesį skirti socialinei prevencijai. Susidomėta iki tol beveik netirtomis sritimis: darbo, mokyklų higiena, moterų ir vaikų sveikatos problemomis.

Anksčiau nei Lietuvoje, Vakarų Europoje ir Lenkijoje higiena imta suvokti kaip savarankiška disciplina, kaip mokslas, padedantis kompleksiskai kovoti ne tik su infekcinėmis ligomis, epidemijomis, bet ir su socialinio ekonominio pobūdžio problemomis, kurios daugeliu atvejų yra pirminė visuomenės sveikatos problemų priežastis. Todėl pagal Lietuvos pavyzdį būtų netikslu higienos sampratą lenkiškajame Vilniuje apriboti beveik išimtinai bakteriologija ir sanitarija, – tai vyrauja daugelyje ankstesnių šį laikotarpį charakterizuojančių tyrimų.

Sovietinei Rusijai okupavus didžiąją dalį buvusios Vilniaus vaivadijos teritorijos, lenkiškojo laikotarpio Medicinos fakulteto mokslinis palikimas ir sveikatos apsaugos sistema buvo išblaškyti, neteko konteksto ir integralumo. Karo metais pražuvo daug tarpukario Medicinos fakulteto mokslo produkcijos, dalį jos išsivežė fakulteto mokslininkai, daug jos taip ir liko dūlėti bibliotekose, ji nebuvo analizuojama. Dėl kadru kaitos ir kitų priežasčių dalis medicinos mokslo šakų pokario metais iš naujo turėjo išgyventi evoliuciją, kuri jau buvo įvykusi tarpukario laikotarpiu. Mokslo potencialą negausiomis pajėgomis teko kurti iš naujo. Tai ne visada pavyko. Kai kurios tarpukario Vilniuje plėtotos medicinos mokslo šakos, pavyzdžiui, farmakologija, pokario metais visiškai nunyko. Šiandien liekamoji Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslinės produkcijos vertė laikytina istorine. Visgi visuomenės sveikatos mokslo raida Vilniuje niekada iki šiol nebuvo nuodugnai ištirta ir įvertinta.

## 1.2. Darbo aktualumas

*Tie, kas neprisimena praeities, yra priversti ją kartoti*  
(G. Santayana)

Visuomenės sveikatos iššūkiai modernioje valstybėje reikalauja organizuotų visuomenės pastangų, mokslo ir praktikos institucijų bendradarbiavimo. Visuomenės sveikatos specialistas turi pasižymėti aukšta erudicija ir giliu tarpdisciplininiu mąstymu. Jis turi telkti valstybines institucijas ir visuomenę kovoje už visuomenės sveikatą. Žalingi įpročiai, netinkama mityba, kitos socialinės ir medicininės problemos reikalauja naujų

visuomenės sveikatos strategijų. Tokios strategijos turėtų būti kuriamos remiantis naujais mokslo tyrimais ir jau sukaupta patirtimi. Keičiantis socialinėms ekonominėms sąlygoms, visuomenės sveikatos mokslas tarpukario Vilniuje išgyveno evoliuciją, kurią tirti svarbu ir šiandien. Nepaisant ekonomikos ir kultūros virsmų, svarbiausios ano meto visuomenės sveikatos problemos – socialinės ligos – išliko. Tarpukario laikotarpiu akcentuotos sveikatos netolygumų problemos išlieka svarbios. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, alkoholis yra trečias pagal mastą mirties ir neįgalumo rizikos veiksnys Europoje ir svarbiausias rizikos veiksnys tarp jaunų žmonių [8]. PSO duomenimis, kasmet nuo vėžio pasaulyje miršta daugiau kaip 6 mln. žmonių, išaiškinama apie 10 mln. naujų vėžio atvejų. Lietuvoje sergamumas piktybiniais navikais taip pat didėja [9]. 2012 m. PSO duomenimis, pasaulyje tuberkuliozė yra antra mirties priežastis po ŽIV/AIDS, 95 % mirčių nuo tuberkuliozės atvejų pasitaikė vidutines arba mažas pajamas turinčiose šalyse [10]. 2007 m. PSO Europos regioninis biuras Lietuvą priskyrė labiausiai TB pažeistoms Europos šalims [11].

### 1.3. Darbo mokslinis naujumas

Ankstesniuose mokslo darbuose buvo apžvelgti atskiri to meto mokslininkų nuopelnai medicinos ir visuomenės sveikatos mokslo raidai Vilniaus universiteto Medicinos fakultete, tačiau to meto visuomenės sveikatos mokslo raidos analizės platesniame kontekste, platesnių apibendrinimų, mokslinės veiklos vertinimų stinga. Dauguma šio laikotarpio vertinimų nejučia tapo deformuoti pervertinant politinių veiksnių įtaką. Ankstesni darbai, skirti šio laikotarpio visuomenės sveikatos problemoms, apsiriboję užkrečiamųjų ligų poveikio tyrimais. Kitos svarbios problemos liko neatskleistos. Mūsų tyrime buvo rekonstruotas tuo metu veikęs sveikatos apsaugos sistemos modelis ir mokslinis jo pagrindas, todėl tyrimas atskleidė iki tol neištirtus tarpukario Vilniuje veikusios prevencinės medicinos politikos prioritetus. Prevencinės medicinos koncepcija buvo kuriama carinės Rusijos sanitarines strategijas keičiant vakarietiškomis socialinės higienos strategijomis. Buvo remiamasi C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos samprata. Tarpukario Vilniuje ir jo apylinkėse susiformavo savita sveikatos apsaugos sistema, orientuota į vadinamųjų socialinių ligų įveikimą. Vilniaus higienistai buvo vieni iš socialinės higienos pradininkų ne tik Vilniaus krašte, bet ir visoje Lenkijoje. Mūsų tyrime buvo atskleistas Medicinos fakulteto mokslo potencialas, išryškintas mokslo ir praktikos institucijų bendradarbiavimas sveikatos klausimais.

#### **1.4. Ginami teiginiai**

1. Vilniaus Stepono Batoro universitete Medicinos fakultete plėtojamas visuomenės higienos mokslas atitiko valstybinę sveikatos apsaugos strategiją ir ją papildė.
2. Medicinos fakulteto mokslininkų darbai apėmė kompleksines visuomenės sveikatos gerinimo priemones, ypač akcentuota socialinės higienos svarba.
3. Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų iškeltos visuomenės sveikatos problemos ir jų sprendimo būdai buvo reikšmingi tuometinės Lenkijos visuomenės sveikatos mokslui.

#### **1.5. Darbo tikslas ir uždaviniai**

Darbe iškėlėme tikslą – ištirti ir įvertinti visuomenės sveikatos mokslo raidą Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete ir sveikatingumo būklės pokyčius Vilniaus krašte 1919–1939 metais.

Tikslui pasiekti buvo formuojami šie uždaviniai:

1. Įvertinti Vilniaus krašto sveikatos apsaugos sistemos raidą 1919–1939 m., atskleidžiant mokslinį šios sistemos pagrindą ir tobulinimo principus, remiantis visuomenės sveikatos samprata Europoje bei tuometinės Lenkijos sveikatos apsaugos sistema;
2. Ištirti ir įvertinti Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto institucinę raidą 1919–1939 m. išryškinant fakulteto mokslininkų potencialą visuomenės sveikatos mokslui ir jų veiklą visuomenės sveikatos srityje
3. Nustatyti Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto indėlį į Vilniaus miesto sveikatos apsaugos sistemos veiklos gerinimą;
4. Įvertinti Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto darbuotojų nuopelnus visuomenės sveikatos mokslo raidai.

#### **1.6. Darbo praktinė reikšmė**

Darbas svarbus didaktine prasme. Gauti rezultatai bus pritaikyti studentų mokymo tikslams, siekiant humanizuoti visuomenės sveikatos studijas, istoriniais pavyzdžiais ugdyti studento tarpdisciplininį ir tarpsektorinį požiūrį, sprendžiant visuomenės sveikatos problemas priartinti būsimą visuomenės sveikatos specialistą prie visuomenės. Medicinos istorijos tyrimai svarbūs rengiant būsimus gydytojus, formuojant jų tarpdisciplininį požiūrį į visuomenės sveikatos problemų sprendimą [12].

## 2. LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ APŽVALGA

### 2.1. Literatūra

Tyrimų, tiesiogiai ir netiesiogiai skirtų visuomenės sveikatos mokslo raidai, Vilniaus krašte yra nedaug. Tai lėmė pora pagrindinių priežasčių. Pirmoji priežastis – istorinė: 1939 m. reorganizavus Vilniaus Stepono Batoro universitetą tarpukario dvidešimtmečio lenkiškojo medicinos mokslo raida nutrūko, dalis mokslininkų išvyko į skirtingus Lenkijos miestus, dalis jau buvo mirę. Dalies Vilniuje plėtotų medicinos mokslų pasiekimai įvertinti Gdansko, Poznanės, Torūnės ir kitų Lenkijos universitetų mokslininkų darbuose, nes šiuose miestuose vėliau dirbo buvusio Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai.

Tačiau mokslininkų, mirusių Vilniuje iki Antrojo pasaulinio karo arba karo metu, veiklos vertinimai daug skurdesni. Šiuo atveju jų plėtotos mokslo krypties perimamumo procesas tiesiog nutrūko 1939 metais. Susiklosčius naujai politinei situacijai, pastarųjų mokslininkų veiklos vertinimų Lenkijos mokslininkai ėmėsi retai. Lietuvos mokslininkų darbuose šio laikotarpio medicinos ir higienos mokslo pasiekimų vertinimų taip pat stinga. Viena iš tokių menkai ištirtų sričių yra higienos mokslas Vilniuje 1919–1939 m. laikotarpiu.

Antroji priežastis, galbūt lėmusi pasirinktos problematikos tyrimų stygių, yra pati visuomenės sveikatos objekto specifika, iki šiol netaikyta nauja teorinė prieiga. Anksčiauose tyrimuose nagrinėjamos atskiros visuomenės sveikatos problemos, tačiau nebuvo bandoma atskleisti visuomenės sveikatos mokslo raidos procesų ir Vilniaus krašte veikusio visuomenės sveikatos mechanizmo kaip visumos.

Visuomenės sveikatos mokslo raida Vakarų Europos šalyse, JAV ir Rytų Europoje reikšmingai skyrėsi. Nors C. E. Vinslou ir kitų mokslininkų idėjos Vakarų mokslo pasaulyje buvo žinomos jau XX a. pradžioje, Rytų Europoje, Lietuvoje kaip visuma jos imtos suvokti kone po pusės amžiaus, subyrėjus Sovietų sąjungai. Iki tol per „geležinę uždangą“ visuomenės sveikatos mokslo teorijos prasiskverbti negalėjo. Dėl šios priežasties mūsų tyrimui Lietuvoje buvo sunku rasti veikalų, objektyviai atskleidžiančių visuomenės sveikatos mokslo raidą. Vienas iš nedaugelio autorių, conceptualiai aprašančių mums rūpimas problemas, buvo D. Rosenas (Rosen). Savo tyrime rėmėmės dviem fundamentaliomis jo studijomis [6, 13]. Atsakymus į dalį mums rūpimų klausimų radome R. Kalėdienės, J. Petrauskienės ir A. Rimpelos (Rimpela) darbe [14].

Iš beveik pusės amžiaus perspektyvos Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos raidą galime nagrinėti remdamiesi H. Bunch-Konopkos (Bunch-Konopka) darbu [15]. Šiame tyrime tarpukario Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos raida pateikiama glaustai ir

kritiškai, deja, kaip ir daugelyje kitų bendrų apžvalgų, trūksta detalesnės informacijos apie skirtingų regionų, mums svarbaus Vilniaus krašto specifiką. Pirmieji bandymai organizuoti kovą su užkrečiamosiomis ligomis įstatymų aktais aptariami Č. Ješmano (Jeśman) studijoje [16]. Kai kuriuos Vilniaus vaivadijos sveikatos apsaugos sistemos vertinimus galime rasti išsamioje J. Meškausko studijoje [17]. Vilniaus krašte veikusios visuomenės sveikatos apsaugos sistemos ir Vilniaus vaivadijoje dirbusių gydytojų santykį savo straipsnyje kritiškai atskleidė K. Brožekas (Brożek) [18].

Bendros to meto sveikatos apsaugos sistemos raidos specifikos negalėtume įsivaizduoti be M. Gavin (Gawin) daktaro disertacijos [19]. Nors darbas orientuotas į eugenikos problematiką XIX–XX a. Lenkijoje, šiame tyrime eugenikos problema apžvelgiama plačiame to meto medicinos mokslo bei valdžios institucijų veiklos kontekste. Sveikatos apsaugos sistema tuo metu buvo stipriai veikiamą eugenikos idėjų. Studija ypač pasitarnavo naudojant lyginamąjį metodą, leido pastebėti kai kurias svarbias tendencijas ir to meto Vilniuje. Kiek populiariau eugenikos klausimus Lenkijoje atskleidė M. Z. Bielavskis (Bielawski) [20]. Eugenikos idėjos raida pasauliniu mastu atskleidžiama E. Bleko (Black) veikale [21].

Kita dalis literatūros, atskleidžiančios bendrą to meto sveikatos apsaugos sistemos, visuomenės sveikatos mokslo raidą, – jau daug mažesnės apimties tyrimai, dažniausiai apsiribojantys atskiromis visuomenės sveikatos problemomis, tokiomis kaip užkrečiamosios ligos [22], sanitarinės-epidemiologinės tarnybos veikla [23], alkoholizmas [24], higienos mokslo raida [25], higienos propaganda [7], neurologijos mokslas ir psichikos sveikatos problemos [26], mokyklų higienos klausimai [27], mokyklų gydytojų problemos [28], stomatologija ir burnos higiena [29] ir kt. Informaciją apie kitas to meto sveikatos problemas atkūrėme remdamiesi pirminiais šaltiniais – to meto sveikatos apsaugos įstatymais.

Iš perspektyvos Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto veikla apžvelgiama Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto keturių šimtų metų jubiliejui skirtame veikale [30]. Deja, mokslo raidos analizės šiame darbe taip pat mažai. Vienas svarbiausių darbų kalbant apie mokslo raidą Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete – M. Lešnievskio (Leśniewski) straipsnis [31]. Tai nedidelės apimties, tačiau gili Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto institucinės ir mokslinės veiklos studija, bene vienintelis darbas, kuriame buvo išryškinta ne tik institucinė fakulteto raida, bet ir svarbiausi fakulteto mokslo pasiekimai. Deja, studija neatskleidė to meto visuomenės sveikatos mokslo pasiekimų.

Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto veikla trumpai išsamiai ir kritiškai apžvelgiama K. Brožeko straipsniuose apie Medicinos fakultetą [32] bei jau minėtame straipsnyje apie žymiausius Šiaurės Rytų Lenkijos gydytojus [18].

Vilniaus universiteto atkūrimo ir uždarymo klausimai mūsų tyrimui yra svarbūs mokslinio potencialo perimamumo problemai analizuoti. Lietuviškoje ir lenkiškoje literatūroje šie klausimai vertinami skirtingai, neretai pateikiami su politiniu atspalviu. Vilniaus universiteto atkūrimo klausimas, jo svarba lenkiškajam identitetui Vilnijoje išsamiai aptariami A. Vžoseko (Wrzosek) straipsnyje [33]. Vilniaus Stepono Batoro universiteto atkūrimo klausimai nagrinėjami E. Tylinskos (Tylińska) straipsnyje [34]. Vilniaus universiteto „uždarymo“ klausimui skirtas atskiras P. Losovskio (Łossowski) dokumentų rinkinys [35]. Autorius surinko didžiulį masyvą dokumentų, susijusių su minėto universiteto uždarymu, visgi darbe, be mokslinių teiginių, juntamas ir subjektyvumo atspalvis. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto perėmimo užkulisai neslepiant kartėlio pateikiami ir Medicinos fakulteto Anatomijos katedros darbuotojo V. Sylvanovičiaus atsiminimuose [36].

To paties universiteto reorganizavimo klausimas iš lietuvių pozicijos ne be savitos politikavimo gaidelės pateikiamas ir I. Končiaus straipsnyje [37]. Laikinojo Vilniaus universiteto valdytojo I. Končiaus atsiminimai bei kai kurie lenkiškojo universiteto vertinimai pateikiami ir populiariojoje spaudoje [38]. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto pertvarka išsamiai aprašoma A. Staneko (Stanek) bei Z. Śledzinskio (Śledziński) straipsnio skyrelyje apie karo metus [39].

Vilniaus universiteto raida apžvelgiama Vilniaus universiteto istorijai skirtuose lietuviškuose vadovėlinio tipo leidiniuose, kurių visų čia neaptarsime. Pirmoji išsamesnė Vilniaus universiteto istorijos apžvalga pasirodė 1994 metais [40], visai neseniai išleistas ir naujusias Vilniaus universiteto istorijai skirtas universiteto istorikų kolektyvinis veikalas [41].

Pirmieji universiteto istorijos tyrimai pasižymi dideliu dėmesiu politinei istorijai, deja, lieka menkai išnagrinėta pati mokslo istorija kaip objektas. Vėlesniame 1994 m. išleistame universiteto istorijos vadovėlyje mokslo produkcijos analizei jau skirtas didesnis dėmesys, tačiau, kaip ir kituose tokio tipo vadovėliuose, išlieka tas pats disbalansas – chronologiškai ankstesnis XIX a. Medicinos fakulteto veiklos laikotarpis aptartas daug išsamiau nei daug artimesnis „lenkiškas“ XX a. pradžios laikotarpis. Naujusias Vilniaus universiteto tyrimas [41], nors ir įspūdingos apimties, deja, kalbant apie medicinos mokslo raidą, nepasižymi moksliniu naujumu. Lygindami su ankstesniais Vilniaus universiteto istorijai skirtais darbais, naujų minčių rasime nedaug – dominuoja institucijų raidos analizė. Iš kitų universiteto istorijai skirtų vadovėlių „keliauja“ senos klaidos. Viena tokių – Vilniaus medicinos draugijos žurnalo „Vilniaus medicinos draugijos metraščio“ leidimo pradžia įvardijami 1927 metai, tačiau pirminiai šaltiniai byloja, jog tai – 1925 metai [42].

Iš lietuviškų tyrimų, atliktų Medicinos fakultete ir skirtų būtent medicinos mokslo raidos problematikai, gana daug informacijos galime rasti A. Andriešio redaguotame

kolektyviniame veikalė „Vilniaus medicinos istorijos almanachas“. Pirmajame tome pateikiama medicinos mokslo raida nuo XVIII a. iki šių dienų. Daugiausia informacijos radome P. Čibiro straipsnyje [43]. Antrasis tomas skirtas moderniosios XX a. medicinos raidos apžvalgai Vilniuje. Čia galime rasti svarbių minčių apie fizinės antropologijos tyrimus, neatsiejamus nuo vaikų higienos raidos [44], trumpai aptariami mitybos higienos pasiekimai Vilniuje. Visgi bendra higienos mokslo raida šiame leidinyje atskleista fragmentiškai.

Kalbant apie tyrimus, skirtus atskirų medicinos mokslo šakų bei bendrai Medicinos fakulteto raidai Vilniuje, vienas išsamiausių darbų neabejotinai yra A. Staneko (Stanek) daktaro disertacija [45]. Čia išsamiai aptariama chirurgijos mokslo raida bei institucinė Medicinos fakulteto raida. Taip pat Gdanske buvo apginta ir dar viena – K. Levickio (Lewicki) daktaro disertacija [46]. Tyrime įvertintas profesoriaus Mychalo Reicherio (Reicher, 1888–1973) įdirbis anatomijos srityje, aptariami bendrieji Medicinos fakulteto raidos klausimai, tačiau neaptarti nuopelnai auksologijos bei mokyklų higienos srityse. Anatomijos katedros pasiekimai trumpai aprašomi ir Lietuvos mokslininkų tyrimuose [47].

Histologijos mokslo pasiekimai, Medicinos fakulteto raida tarpukario Vilniuje ir Gdanske analizuojami J. Dybickio (Dybicki) monografijoje [48]. Visgi darbe trūksta žinių apie organizacinę S. Hilerio veiklą Vilniuje. Kai kurie histologijos mokslo raidos aspektai Vilniuje aptariami R. Venskio (Wenski) daktaro disertacijoje [49]. Vieno garsiausių Lenkijos biochemikų V. Mozolovskio (Mozołowski) veikla aptariama jo gimimo 100-osioms metinėms skirtame veikalė [50]. Vis dėlto Vilniaus laikotarpis šiame darbe išnagrinėtas nepakankamai, liko neįvardyti V. Mozolovskio nuopelnai visuomenės sveikatos mokslo sklaidai.

Medicinos fakulteto klinikų veikla formaliai nebuvo tiesiogiai orientuota į ligų prevenciją, tačiau kai kuriais atvejais klinikų darbuotojai nusipelnė ne tik gydomajai, bet ir prevencinei medicinai. Tarpukario laikotarpio Psichiatrijos klinikų veikla, deja, tik fragmentiškai aptariama lietuvių psichiatrų darbuose [51]. Pediatrijos mokslo ir vaikų sveikatos apsaugos pasiekimai tarpukario Vilniaus krašte apžvelgiami V. Tercijono straipsnyje [52].

XX a. Vilniaus miesto higienos ir sanitarijos problemos ir jų įveikos būdai, praktinės sanitarijos, socialinės medicinos strategijos detalai išanalizuotos A. Andriušio daktaro disertacijoje [53]. Tačiau po Pirmojo pasaulinio karo sveikatos apsaugos mokslas patyrė didelių transformacijų, vėlesnis 1919–1939 m. laikotarpis reikalauja naujo tyrimo. Tiriamuoju laikotarpiu susiduriame su nauju veiksmu – atkurtuoju universitetu ir Medicinos fakultetu Vilniuje. Tai pakeitė tiek visuomenės sveikatos mokslo raidą, tiek praktinių institucijų veiklos modelį mieste. Vilniaus miesto sanitarijos būklė



charakterizuojama V. Bernerio (Berner) straipsnyje [54]. Tačiau šiame straipsnyje lieka neaiškus Medicinos fakulteto mokslininkų vaidmuo.

Higienos katedros veikla fragmentiškai apžvelgta kolektyviniame leidinyje, skirtame higienos mokslo raidai Lietuvoje [55]. Deja, kaip ir kituose tokio pobūdžio leidiniuose, daug dėmesio skiriama ankstyvajam XVIII–XIX amžiaus ir vėlyvajam, sovietiniam laikotarpiams, o Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto nuopelnai higienos mokslui pateikiami prabėgomis, dažniausiai apsiribojant to meto higienos katedros darbuotojų atliktų tyrimų tematika ir išvardijant žinomą bibliografiją. Gana tikslūs SBU MF higienos katedros vertinimai pateikiami B. Bračkovskos (Braczkowska) straipsnyje [56]. Deja, straipsnis labiau apžvalginis nei analitinis. Trūksta išsamesnio higienos katedros mokslo darbų aptarimo.

Šiek tik informacijos galime rasti leidinyje, išleistame Higienos instituto jubiliejaus proga [57], tačiau jame tarpukario Vilniaus higienos instituto, Analitinės stoties veikla aptariama vos keliais sakiniais. Analizuojama beveik išimtinai institucinė raida. Iš prieduose esančios informacijos galima susidaryti vaizdą, jog Vilniaus analitinė stotis veikė tik iki 1924 metų. 1918–1945 m. instituto veiklos laikotarpis įvardijamas kaip „epidemiologija ir mikrobiologija“, tačiau tuometinio Varšuvos higienos instituto (su padaliniu Vilniuje) veikla anaipol neapsiribojo tik šiomis sritimis. Mikrobiologija ir higiena to metu Lenkijoje jau buvo atskirtos sritys.

Kita dalis tyrimų literatūros apie higienos problemas Vilniuje skirstytina pagal atskirų sanitarijos, higienos, visuomenės sveikatos problemų lauką. Išsami studija, galinti daug pagelbėti nagrinėjant Vilniaus miesto sanitarijos būklę – V. Miežutavičiūtės daktaro disertacija [58]. Tačiau minėto tyrimo uždaviniai daugiausiai susiję su Vilniaus medicinos draugijos pastangomis, kovojant su infekcinėmis ligomis, tačiau socialinės higienos problematika darbe liko neištirta. Lieka neaiškus to meto sveikatos sistemos modelis, koncepcija, sveikatos apsaugos sistemos prioritetai. Aptariamuoju laikotarpiu jie anaipol neapsiribojo infekcinių (užkrečiamųjų) ligų įveika, o aiškinant tuberkuliozės etiologiją pirmenybė buvo teikiama socialiniams veiksniams, bet ne sanitarijai.

Išsamiausias darbas, kalbant apie vieną iš svarbiausių to meto Vilniaus sanitarijos problemų, – vandentiekio ir kanalizacijos sistemų raidą, – neabejotinai yra H. Jenšo (Jensz) tyrimas [59]. Darbe nuosekliai aptariama vandentiekio ir kanalizacijos sistemų kūrimo istorija, deja, veikalas apima tik pusę mus dominančio laikotarpio. Vilniaus miesto vandentiekio raida trumpai aptariama hidrogeologo V. Juodkazio straipsnyje [60].

Tarpukario Vilniuje, be kitų disciplinų, suklesti originalios visos Europos kontekste humanitarinės medicinos disciplinos – medicinos istorija ir medicinos filosofija. Medicinos filosofijos raidą pirmasis iš lietuvių mokslininkų nagrinėjo A. Jokubaitis savo



daktaro disertacijoje [61]. Joje atskleista Medicinos filosofijos katedros raida bendrameto meto filosofijos mokslo kontekste. Visgi vienas iš svarbiausių Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Medicinos istorijos ir filosofijos katedros nuopelnų – medicininės antropologijos tyrimai A. Jokubaičio darbe liko neatskleisti. Medicinos istorijos disciplinos raida aptariama V. Miežutavičiūtės straipsnyje [62].

Aptariamąjį laikotarpį mitybos higienos problematikos apžvalga atlikta A. Andriušio ir R. Stuko straipsnyje [63]. Jame aptariama mitybos mokslo raida Vilniuje nuo XVIII a. iki šių dienų, aprašomas tarpukario Vilniuje vykdytų tyrimų pobūdis, tačiau mitybos mokslo pasiekimai įvertinti nepakankamai. Lieka neaišku, kokios mitybos problemos aptariamuoju laikotarpiu buvo aktualiausios, kaip to meto specialistai siūlė jas spręsti. Kitas smulkus trūkumas, atsiradęs ne dėl tyrėjų kaltės, susijęs su bibliografija, kuria buvo remiamasi šiame tyrime. Dalis dar 1936 m. pačių Higienos katedros darbuotojų sudarytos katedros bibliografijos [64], kai kuriais atvejais neatitinka faktinės padėties. Pasitaiko smulkių klaidelių, netikslumų. Kartais nurodytas netikslus leidinio pavadinimas, leidimo metai arba pats straipsnio pavadinimas skamba kiek kitaip. Tų pačių smulkių neatitikimų minėtoje bibliografijoje galima aptikti kalbant ir apie kitus joje pateikiamus straipsnius.

Vienas vertingiausių mūsų tyrimui straipsnių – anksčiau minėtame rinkinyje publikuota A. Urbelio nedidelės apimties, bet pakankamai nuodugni darbo higienos mokslo Vilniuje studija [65]. Vienintelis kiek didesnis šios studijos trūkumas gali būti tai, jog SBU MF Higienos katedros veikla darbo higienos srityje anaipol neapsiribojo vien pedagogika. Daug svarbesniais nuopelnais laikytini Vilniaus higienisto organizaciniai pasiūlymai už darbo higieną atsakingoms institucijoms, bendrosios ir darbo higienos teorijos metodikos formavimas.

Kalbant apie vėlesnius Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto higienos katedros vertinimus (ypač tai ryšku M. ir J. Jaškių (Jaszke) straipsnyje) [25], gana dažnai teigiama, jog katedros darbo laukas, esą, apsiribojo darbo higienos klausimais ir su darbo higiena susijusiomis socialinėmis problemomis. Tačiau toks vertinimas nėra visiškai tikslus. Vilniaus higienistų tyrimo laukas apėmė kur kas daugiau nei darbo higieną. Tuo galima įsitikinti pradedant įdėmiau analizuoti katedros bibliografiją bei pačių tyrimų turinį. Didelė dalis katedros darbų skirta mitybos higienai, sanitarinės inžinerijos problemoms, socialinės higienos problemoms plačiąja prasme bei higienos įstatymų analizei ir jų tobulinimui.

Šiuolaikinių tyrimų, skirtų Vilnijos visuomenės sveikatos problemoms ir jų įveikos būdams atskleisti, yra visai nedaug. Lenkijoje parašyti vos trys mažos apimties straipsniai: apie greitosios pagalbos problemas Vilniaus mieste, [66] akušerijos raidą [67] bei dar vienas straipsnis apie Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete organizuo-

tus miesto gydytojų ir vaistinių mokymus [68]. Pastarasis tyrimas gilus ir kritiškas, deja, studija labai trumpa, trūksta detalumo.

Apibendrinant galima teigti, jog ankstesniuose tyrimuose vyrauja institucijų raidos analizė. Aptariamojo laikotarpio vertinimai lietuviškoje ir lenkiškoje istoriografijoje išsiskiria. Kai kuriais atvejais atlikti pavienių medicinos mokslo, taip pat higienos, sanitarijos, kartais visuomenės sveikatos problemų apžvalga, tačiau labai trūksta apibendrinančių tyrimų, analizės platesniame to meto mokslo ir visuomenės raidos kontekste. Labai trūksta socialinės higienos problematikos tyrimų. Reikia konstatuoti, jog mus dominantis objektas – visuomenės sveikatos mokslo raida tarpukario Vilniuje – ankstesniuose tyrimuose išnagrinėtas nepakankamai.

## 2.2. Nepublikuoti šaltiniai

Mūsų darbo pagrindą sudaro publikuoti šaltiniai, tačiau didelę dalį sudaro ir iki šiol nepublikuoti šaltiniai. Išnagrinėjus literatūrą paaiškėjo, jog uždarius (reorganizavus) Stepono Batoro universitetą, kai kuriais atvejais ir iki tol, dalis šio universiteto veiklos dokumentų buvo išvežta į Lenkiją. Dalis ikonografinės medžiagos atsidūrė Torūnės Mikalojaus Koperniko universiteto archyve. Daug duomenų, susijusių su anatomijos mokslo raida Vilniuje, saugoma Gdansko medicinos universiteto archyve. Statistiniai duomenys buvo renkami to meto statistikos biuro Varšuvoje, šiuo metu jie saugomi Statistikos bibliotekoje Varšuvoje.

Lietuvos centriname valstybės archyve (LCVA) Vilniuje buvo išsaugotas pakankamai didelis Stepono Batoro universiteto veiklos dokumentų rinkinys. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto veiklos bylų daugiausia radome 175 fondo 3IXB apyrašė. Tai dėstytojų, darbuotojų sąrašai [69], reglamentai [70], dekanų ataskaitos [71], statybų reikalai [72], finansiniai klausimai [73], statistiniai duomenys apie fakulteto studentus [74] ir atskirų katedrų veiklos dokumentai [75], darbuotojų bylos [76]. Tyrimui svarbiausios buvo Medicinos fakulteto katedrų, klinikų veiklos bylos bei dekanų ataskaitos. Ypač pravertė bibliografijos sąrašai, iš kurių buvo galima nustatyti, kokią dalį fakulteto publikacijų galima priskirti tarptautinės reikšmės publikacijoms. Daugiausia dokumentų, svarbių visuomenės sveikatos mokslo raidai atskleisti, pavyko aptikti Higienos katedros bylose [77], tačiau tokių duomenų buvo galima rasti ir kitų katedrų veiklos bylose [78]. Svarbiausi Medicinos fakulteto pasiekimai, tarp jų ir visuomeniniai, trumpai charakterizuoti dekanų ataskaitose. Reikšmingas šaltinis atskleidžiant medicinos mokslo sklaidą Vilniuje – Medicinos fakultete miesto gydytojams organizuotų kursų veiklos dokumentai. Tai bylos apie greitosios sanitarijos pagalbos kursus [79], gydytojų tobulinimo (socialinės medicinos) kursus [80], farmaceutikos (farmacijos) kursus [81], slaugių ruošimą [82].

LCVA saugomas Medicinos fakulteto dekanų ataskaitas priskiriame tiek publikuotų, tiek nepublikuotų šaltinių kategorijai, nes iki 1929 m. jos buvo tik Medicinos fakulteto vidaus dokumentas. Nuo 1929 metų imtos sisteminti ir spausdinti atskiru leidiniu bei Vilniaus medicinos draugijos metraštyje<sup>1</sup>.

Tyrimui svarbūs buvo ir LCVA likę, vėlesniais metais iš dalies atkurti Vilniaus vaivadijos [83] bei Vilniaus miesto magistrato [84] fondai. Labiausiai tyrimui pravertė Vilniaus miesto magistrato sveikatos ir socialinės rūpybos skyriaus veiklos dokumentai, priskirtini medicininės statistikos duomenų grupei. Informacijos trūkumą iš dalies pavyko kompensuoti stambesnio administracinio vieneto – Vilniaus vaivadijos – sveikatos apsaugos skyriaus veiklos dokumentais. Lietuvoje išlikę statistiniai duomenys negali būti vertinami kaip viena visuma, todėl reikėjo remtis ir Varšuvos statistikos bibliotekos turimais duomenimis, literatūra.

Informatyvus pirminis šaltinis charakterizuojant sveikatos būklę ir išryškinant svarbiausias medicininio ir socialinio pobūdžio problemas Vilniaus moksleivių imtyje – Vilniuje dirbusių mokyklų gydytojų veiklos ataskaitos [85].

### 2.3. Publikuoti šaltiniai

Pirmasis šaltinis šiame sąrašė – Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto veiklos studija, parengta medicinos istorijos profesoriaus S. Tšebinskio (Trzebiński, 1861–1930) [86]. Deja, veikalas apima tik pusę nagrinėjamo laikotarpio, didžiausias dėmesys skiriamas institucinei raidai, mokslinė veikla nenagrinėjama, apsiribota tik svarbiausių aptariamojo dešimtmečio mokslo darbų bibliografijos sąrašais. Tas pats, pirmasis, Medicinos fakulteto gyvavimo dešimtmetis trumpai aptariamas ir S. Tšebinskio straipsnyje [87]. Šiuo atveju, kaip ir kitais, vyrauja institucinės raidos analizė, trūksta mokslinio darbo aptarimo.

Svarbiausiu šaltiniu, nušviečiančiu bendrą Vilniaus krašto ir Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos raidą 1919–1939 metais, turėtume laikyti Socialinės ir darbo ministerijos išleistą apžvalginį leidinį, skirtą Lenkijos sveikatos apsaugos ministerijos dvidešimtmečio jubiliejui [88]. Čia esminiais bruožais apžvelgiama to meto Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos vizija, visuomenės sveikatos apsaugos prioritetinės kryptys, svarbiausi sveikatos apsaugos sistemos raidos bruožai, medicininės statistikos duomenys, sveikatos apsaugos sistemos pasiekimai ir tobulintinos sveikatos apsaugos sritys. Medicinos ir visuomenės sveikatos mechanizmų raida lyginama su kitomis Europos valstybėmis. Leidinys turi ir trūkumų. Vienas didžiausių – nepakankamas dė-

---

<sup>1</sup> Pamiętnik Wileńskiejo Towarzystwa Lekarskiego 1925–1938. Wilno (toliau – Pam. Wil. Tow. Lek.)

mesys valstybės centro ir periferijos skirtumams. Dėl to kai kurie laimėjimai, bendros sveikatos apsaugos sistemos gairės tik iš dalies gali būti taikomi ir skurdžioms rytinėms vaivadijoms.

Klinikų veikla aptarta dažnai pačių klinikų darbuotojų rašytose ataskaitose. Akušerijos-ginekologijos klinikos pirmojo [89] bei antrojo penkmečių [90] veikla aprašoma šios klinikos vedėjo Vladislavo Jakovickio (W. Jakowicki, 1885–1939) ataskaitose. Dermatologijos klinikos dešimtmečio veiklos laimėjimai charakterizuojami katedros vedėjo M. Mienickio ataskaitoje [91]. Vilniaus valstybinės psichiatrijos ligoninės ir klinikų viziją 1929 metais pateikė Varšuvos universiteto psichiatrijos profesorius ir Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinikos vedėjas Rafalas Radvilovičius (R. Radziwiłłowicz, 1860–1929)[92].

Vienu iš svarbiausių šaltinių, kalbant apie Vilniaus krašto specifiką, higieną, visuomenės sveikatą, turėtume laikyti išsamią Stepono Batoro universiteto II Vidaus ligų klinikos gydytojo bei Vilniaus vaivadijos sveikatos skyriaus vadovo Henriko Rudzinskio (Rudziński, 1887–1966) studiją [93]. Darbe apžvelgiamos aplinkos medicinai priskirtinos problemos: gamtinės sąlygos, jų įtaka gyventojų sveikatai, Vilniaus ir apylinkių sanitarijos būklė, kultūrinės, ekonominės sąlygos. Taip pat aptariama teritorija, populiacijos sudėtis, gyventojų raidos tendencijos. Dalis darbo skirta Vilniaus miesto ir apylinkių sanitarinės administracijos struktūrai apibūdinti. Galiausiai išryškintos svarbiausios aptariamąsios teritorijos visuomenės sveikatos problemos – užkrečiamosios ir socialinės ligos. Vilniaus miesto sanitarijos būklę nušviečia SBU MF Higienos katedros asistento Kasparo Rymaševskio (Rymaszewski, 1892–1940) daktaro disertacija [94]. Kaip ir H. Rudzinskio darbe, aptariami aplinkos medicinos, miesto sanitarijos, gyventojų sudėties, sergamumo klausimai. Deja, minėtas darbas apima tik dalį nagrinėjamo laikotarpio. Buvo būtina remtis kitais šaltiniais.

Pirmoji bendra Vilniaus Stepono Batoro universiteto Higienos katedros veiklos apžvalga buvo atlikta dar 1929 metais katedros vedėjo K. Karafos-Korbuto ir vyr. asistento Aleksandro Safarevičiaus (Safarewicz, 1876–1936) ataskaitoje [95]. Antroji, daug platesnė higienos katedros darbų apžvalga atlikta tik 1936 metais, minint katedros vedėjo K. Karafos-Korbuto mirties metines [96]. Krokuvos medicinos draugijos iškilmingame posėdyje buvo prisiminti šio garbaus mokslininko ir jo ugdytų higienistų darbai. Posėdyje buvo apžvelgta paties profesoriaus biografija, mokslinio darbo kryptys, indėlis į Lenkijos higienos, ypač darbo higienos, raidą, profesoriaus mokslinės krypties tęstinumas jo mokinių darbuose. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros veikla bendrais bruožais apžvelgiama žymiausių katedros darbuotojų K. Karafos-Korbuto [97] ir A. Safarevičiaus [98] nekrologuose. Tačiau minėtoje literatūroje

stinga kitų katedros darbuotojų darbų apžvalgos, įvertinimo, trūksta ir kitų Medicinos fakulteto katedrų indėlio į visuomenės sveikatos mokslą aptarties.

Vilniaus miesto gyventojų maisto ir mitybos klausimus galime rekonstruoti pagal Felikso Kasperovičiaus (F. Kasperowicz) darbą [99]. Mitybos klausimai nagrinėti ir kituose šio autoriaus tyrimuose apie duonos gaminius [100], gazuotą vandenį [101], pieno kokybę [102] Vilniuje ir kt. Minėtas mokslininkas charakterizavo ir Vilniaus miesto maisto tyrimų stoties veiklą [103]. Pieno kokybės klausimai nagrinėti Jano Kievličiaus (Kiewlicz) darbe [104]. K. Rymaševskio straipsnyje buvo nagrinėjama gazuoto vandens gamyklų sanitarija [105]. Edvardo Vyganovskis (Wyganowski) analizavo grietinės kokybę Vilniuje [106]. Mėsos gaminius Vilniuje tyrė A. Novickis (Nowicki) [107]. Pieno kokybės klausimai aptarti A. Safarevičiaus straipsnyje [108]. Aptariamuoju laikotarpiu paskelbti dar keli darbai mitybos higienos klausimais.

Darbo higienos problemos buvo vienas svarbiausių tuometinės higienos katedros tyrimo objektų. Pirmasis K. Karafos-Korbuto darbas šiai problematikai buvo skirtas dulcėtumo profilaktikai pramonės įmonėse [109]. Vėliau buvo paskelbta daug kitų profesoriaus straipsnių, susijusių su darbo higienos problemomis, darbininkų ligomis [110].

Nepamainomas šaltinis mūsų tyrimui buvo „Lenkijos Respublikos įstatymų metraštis“ Pilnas šio metraščio komplektas, apimantis tiriamąjį laikotarpį, saugomas Nacionalinėje bibliotekoje Varšuvoje. Šiame metraštyje buvo paskelbtas pagrindinis sanitarijos įstatymas [111], kovos su užkrečiamosiomis ligomis įstatymas [112], visuomenės sveikatos tarnybos įstatymas [113], kiti su sveikatos apsauga tiesiogiai ir netiesiogiai susiję įstatymai.

Svarbi publikuotų šaltinių grupė – statistiniai duomenys bei jų apžvalgos. Jomis remdamiesi galėjome tiksliau įvertinti pokyčius to meto visuomenėje, ekonomikoje. Tyrime rėmėmės 1931 metų visuotinio Lenkijos gyventojų surašymo duomenimis [114], Lenkijos miestų statistikos duomenimis [115]. Vietos valdžios nutarimai, susiję su vadinamąja Vilniaus žeme, iki 1925 m. buvo leidžiami „Vyriausybės įgaliotinio Vilniuje įstatymų leidinyje“ [116]. Nuo 1925 metų, pasikeitus Vilniaus krašto statusui, t. y. įkūrus Vilniaus vaivadiją, šie nutarimai buvo leidžiami „Vilniaus vaivadijos įstaigos įstatymų metraštyje“ [117].

### 3. TYRIMO METODAI

Atsižvelgiant į darbo tarpdiscipliniškumą pasirinktas metodas – dokumentų analizė [118], taip pat lyginamasis, analogijos metodai. Trūkstamiems statistiniams duomenims atkurti buvo naudojama tiesinė regresija ir kiti statistikos, daugiausia aprašomosios, metodai.

Tyrime remtasi sisteminio vientisumo prielaida, t. y. viskas, kas vyko visuomeniniame gyvenime bei moksle, turėjo atsispindėti to meto mokslinėje, viešojoje spaudoje, teisės aktuose. Tuo atveju, jei Vilniuje išlikę šaltiniai negalėjo paaiškinti mums rūpimų reiškinių vykusių Vilniaus krašte, rėmėmės analogijos principu – ieškojome tokių šaltinių Lenkijoje. Tarpukariu Vilniuje dirbę mokslininkai savo tyrimus spausdino daugelyje svarbiausių to meto Lenkijoje ėjusių medicinos žurnalų. Lyginamasis metodas naudotas tose vietose, kur norėjau palyginti Vilniuje vykusius reiškinius su likusia Lietuva bei Lenkija.

Mūsų tyrimo įgyvendinimui svarbi buvo ir kita prielaida – dėl mokslininkų migracijos dalis šaltinių galėjo būti išvežti iš Vilniaus. Ne visų tyrimų rezultatai buvo publikuoti Lenkijos mokslo žurnaluose. Dalis duomenų, ypač pirminės medžiagos, disertaciniai darbai, užsienio žurnaluose leistų straipsnių atspaudų likdavo asmeninėje mokslininko byloje, kurią jis paprastai gabendavo kartu su savimi, galiausiai mokslininko byla likdavo paskutinėje mokslo institucijoje, kurioje jis dirbo. Dalis Medicinos fakulteto mokslininkų savo mokslo darbus, surinktą medžiagą išsivežė į kitus miestus, kur toliau tęsė mokslinę karjerą. Kitu atveju, pavyzdžiui, mokslininkui mirus Vilniuje, jo darbai tiesiog liko Stepono Batoro universiteto archyve, miesto bibliotekose.

Karo metais susigrąžinus Vilnių visas Stepono Batoro universiteto turtas, taip pat ir tarpukariu išleistos mokslo publikacijos, buvo paskelbtos Lietuvos valstybės nuosavybe. Todėl didelę dalį Stepono Batoro universiteto mokslininkų straipsnių atspaudų pavyko rasti Vilniaus universiteto bibliotekoje. Dalis SBU leidinių buvo išvežta į Kauną. Dalį publikacijų pavyko rasti Kauno apskrities viešojoje, Vilniaus apskrities Adomo Mickevičiaus viešojoje, Lietuvos Nacionalinėje Martyno Mažvydo, Lietuvos medicinos bei Lietuvos mokslų akademijos Vrublevskių bibliotekose. Daug Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto leidinių buvo saugoma Lietuvos medicinos bibliotekoje, deja, vėlesniais metais šie žurnalai buvo nurašyti ir sunaikinti. Tikėtina, kad dalis straipsnių atspaudų, likusių Vilniuje, buvo vienetiniai tuo atveju, jei mokslininkas dar iki Antrojo pasaulinio karo mirė Vilniuje. Tai apsunkino tyrimą, nes tų pačių žurnalų, straipsnių teko ieškoti skirtingų Lenkijos universitetų ir viešosiose bibliotekose.

Kai kurie Stepono Batoro universiteto medicinos fakulteto mokslininkų darbai po Antrojo pasaulinio karo atsidūrė Torūnės universiteto bibliotekoje. Daugiausia vilniečių mokslo darbų pavyko rasti Gdansko medicinos universiteto, Varšuvos medicinos bibliotekos, Varšuvos nacionalinės bibliotekos fonduose, Torūnės Mikalojaus Koperniko universiteto bibliotekoje bei to paties universiteto Medicinos kolegijos bibliotekoje Bydgoščiaus mieste.

**Darbo chronologinės ribos** apima 1919–1939 m. vadinamąjį tarpukario laikotarpį. Visgi siekdami paaiškinti tam tikrus ilgalaikius procesus išeisime iš už apibrėžtų chronologinių ribų. Šiame darbe šaltinių ir literatūros skirtimi laikysime chronologines mus dominančio 1919–1939 m. laikotarpio ribas. Visus tyrimus, charakterizuojančius 1919–1939 m. laikotarpį, paskelbtus po 1939 m., laikysime literatūra, o į minėtas chronologines ribas patenkantys darbai bus laikomi šaltiniais. Darbe bus vartojami tiriamuoju laikotarpiu paplitę terminai. Tuberkuliozė, trachoma ir kitos infekcinės ligos bus vadinamos socialinėmis ligomis.

**Darbo dalys.** Darbą sudaro trys dalys. Pirmoji tyrimo dalis skirta apžvelgti visuomenės sveikatos mokslo raidos pokyčiams tarpukario Europoje, Lenkijoje. Atskleidėme visuomenės prevencinės medicinos modelį (visuomenės higiena), taikytą to meto Lenkijoje, taip pat mokslininkų indėlį formuojant šį modelį ir sveikatos politiką. Svarbu buvo atskleisti ir institucinę visuomenės sveikatos priežiūros mechanizmų raidą, kaip praktinę visuomenės sveikatos idėjų išraišką.

Antroje dalyje apžvelgėme Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto raidą bei universiteto vietą savivaldos, valstybės sveikatos apsaugos politikoje, Medicinos fakulteto mokslinį potencialą. Siekėme rasti sritis, kuriose visuomenės ir gydytojų interesas sutapo, išryškinti organizacinio, didaktinio pobūdžio priemonės, kurios pasitarnavo visuomenės sveikatingumui Vilniaus krašte.

Trečioji mūsų tyrimo dalis skirta išanalizuoti bendrai Vilniaus miesto ir apylinkių visuomenės sveikatos būklei bei atskiroms visuomenės sveikatos problemoms, jų priežastims tarpukario Vilniaus mieste, apylinkėse. Taip pat buvo svarbu atskleisti Medicinos fakulteto mokslininkų modelį, taikytą sprendžiant visuomenės sveikatos problemas. Siekėme nustatyti, kokias strategijas visuomenės sveikatos būklei gerinti pasirinko Medicinos fakulteto mokslininkai, ar jos buvo taikomos praktiškai, ar C. E. Vinslou ir kitų mokslininkų idėjos buvo įgyvendintos.

Rezultatų aptarimo skyrelyje pateikėme platesnius, kartu ir apibendrinančius darbe pateikiamos medžiagos vertinimus, palyginome aptariamojo laikotarpio ir kai kuriuos šiuolaikinius sveikatos apsaugos sistemos iššūkius bei visuomenės sveikatos problemas.



## 4. DARBO REZULTATAI

### 4.1. Sveikatos apsaugos sistemos organizavimas Lenkijoje 1918–1939 m.

#### 4.1.1. *Visuomenės sveikatos samprata Europoje ir teorinis visuomenės sveikatos modelis XX a. pradžios Lenkijoje*

Prieš pradėdami nagrinėti visuomenės sveikatos mokslo raidą Vilniuje turime susipažinti visuotinėmis visuomenės sveikatos mokslo raidos tendencijomis, nauju socialiniu, politiniu, ekonominiu kontekstu Europoje, pasaulyje XX a. pradžioje. Laikome svarbiu uždaviniu paaiškinti to meto visuomenės sveikatos sampratą, atskleisti svarbiausius to meto visuomenės sveikatos mokslo ir praktinių institucijų prioritetus, taip pat nustatyti mokslo institucijų vietą šioje sistemoje.

XX pradžioje Vakarų Europa ir JAV išgyveno ankstyvąją pramoninę erą ir jos diktuojamus iššūkius. Pramonės augimo tempai anaipol nemažėjo, todėl darbininkijos sluoksnis ir toliau plėtėsi. Dėl medicinos ir sanitarijos pažangos smarkiai sumažėjo gyventojų mirštamumas nuo anksčiau siaubą kėlusią užkrečiamųjų ligų. Europos ir viso Vakarų pasaulio gyventojai ėmė gyventi ilgiau, gimdyti daugiau vaikų, tačiau būtent todėl moterų ir vaikų mirtingumas ėmė netgi augti. Lyginant su XIX a. viduriu, paprasto darbininko perkamoji galia augo, tačiau ji vis dar liko menka. Gyventojai su gausiomis šeimomis glaudėsi ankštuose būstuose. Dėl to skurdas išliko svarbiausia tuberkuliozės, moterų ir kūdikių mirtingumo priežastimi [13]. XX a. pradžioje kuriant naujas strategijas imta atsižvelgti į vis didesnę socialinių ligų etiologijai svarbių veiksnių spektrą. Imta skirti lėtines neinfekcines ligas, susirūpinta ankstyva diagnostika [14].

Anksčiau gausiausi visuomenės sluoksniai telkėsi kaimo vietovėse, o po pramonės revoliucijos gyventojai ėmė migruoti į miestus. Iki pramonės revoliucijos vaikų gausumas valstiečio šeimoje buvo pagrindinė darbo jėgos sąlyga, pramoninėje eroje sukles-tėjo vaikų darbas pramonės gamyklose. Valstybės rūpesčiu tapo naujas gausus darbininkijos sluoksnis. Iki tol apleistos darbininkų sveikatos problemos reikalavo naujų spendimų [13]. Tam reikėjo kokybiškai naujos sampratos, naujų institucijų steigimo.

Pirmasis pasaulinis karas atkreipė visuomenės dėmesį į prevencinės medicinos svarbą. Jau pirmaisiais metais po karo daugelis Europos valstybių užsibrėžė tikslą kurti specifines medicinines-administracines institucijas, kurios turėjo užtikrinti kryptingą visuomenės sveikatos būklės gerėjimą. Daugelyje Europos šalių atsiradus visuomenės sveikatos ministerijoms (departamentams), buvo sujungti du iki tol buvę atsieti dalykai – higiena ir valstybės valdymas [3].



Pirmasis iššūkis atkurtoje valstybėje buvo sukurti vieningą sveikatos apsaugos sistemą. Lenkijoje sveikatos apsaugos sistemos priešakyje atsidūrė universitetų mokslininkai. Šiam tikslui siekti buvo pasiūlyti du modeliai. Pirmasis, autoritariškas modelis, lygintinas su J. P. Franko medicinos policijos koncepcija, buvo pasiūlytas T. Janiševskio. Alternatyvus, nuosaikesnis, R. Virchovo idėjoms artimas modelis buvo pasiūlytas Juzefo Poliako (Polak, 1857–1928).

T. Janiševskis (T. Janiszewski, 1867–1939) studijavo mediciną Varšuvoje, Berne, Fribūre, Ciuriche ir Vienoje. Stažavosi Didžiojoje Britanijoje ir Šveicarijoje. 1896 m. Krokuvos Jogailaičių universitete apgynė daktaro disertaciją, po keleto metų habilituotas socialinės higienos srityje [19]. Vėliau dirbo Zakopanės klimato stoties gydytoju, ligoninės vedėju. Aktyvus miesto pilietis, Zakopanės gydytojų draugijos kūrėjas. 1908 m. Lvove įkūrė pirmąją kliniką kovai su tuberkulioze. 1909 m. tapo Krokuvos miesto vyriausiuoju gydytoju, įkūrė Krokuvos gydytojų draugiją, 1915 m. tapo Krokuvos Jogailaičių universiteto socialinės higienos docentu [119].

T. Janiševskis pabrėžė vienodos nacionalinės teisinės ir sveikatos valdymo sistemos svarbą. Jis manė, kad 1918 metais įkurta Sveikatos ministerija turėtų gauti organizacinį savarankiškumą finansų ir sveikatos klausimais [120]. Mokslininko manymu, Sveikatos ministerijai turėtų būti patikėtos ne tik sveikatos apsaugos, bet ir socialinės apsaugos sferos, tokios kaip motinos ir vaiko, našlaičių, nesantuokinių vaikų, invalidų [neįgaliųjų] ir kare nukentėjusiųjų globa. Tokiu būdu gydytojui būtų suteikta galimybė kontroliuoti populiacijos kiekybinę ir kokybinę sudėtį. Sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, esą, turėtų atsidurti išimtinai profesionalų gydytojų rankose [19].

J. Poliakas pasiūlė kitokį decentralizuotos sveikatos apsaugos sistemos valdymo modelį. J. Poliakas buvo Varšuvos universiteto mokslininkas. 1888 m. perskaitė pirmąją savo postulatą apie visuomenės sveikatos sistemos modernizavimą. Buvo vienas iš 1898 m. sukurtos Varšuvos higienos draugijos organizatorių. Pirmojo pasaulinio karo metais parengė visuomenės sveikatos įstatymo projektą, skirtą atkuriamai Lenkijai [121]. Anot jo, sveikatos apsaugai turėjo vadovauti vienas vidaus reikalų ministerijos departamentas ir kitų ministerijų ar vietos valdžios priežiūros įstaigų atstovai. Šiuo atveju didesnės galios turėjo būti suteiktos vietos savivaldos institucijoms, kaip institucijoms, esančioms arčiausiai paprasto žmogaus [120]. J. Poliakas kritiškai vertino T. Janiševskio pastangas sukurti atskirą, nuo kitų nepriklausomą ministeriją, teigdamas, kad bendradarbiavimas su pedagogais, inžinieriais, valdininkais tiesiog neišvengiamas siekiant, kad sveikatos reikalais valstybėje būtų deramai pasirūpinta [19].

Anot dr. Magdalenos Grasman (Grassmann), Lenkijoje buvo įgyvendintas pirmasis, T. Janiševskio, modelis [120]. Išanalizavę sveikatos apsaugos sistemos raidą visu aptariamam laikotarpiu galime teigti, jog Vilniaus krašte buvo įgyvendinti abiejų mo-

delių komponentai. 1919 m. sukurta atskira Visuomenės sveikatos ministerija gyvavo tik iki 1924 m. Vėliau jos funkcijos ir teisės buvo perimtos kitų ministerijų [88]. Nors sveikatos politikos strategija buvo diktuojama centrinės valdžios institucijų, ilgainiui, siekiant gerinti visuomenės sveikatos būklę, vietos savivaldos institucijos ėmė atlikti vis svarbesnes užduotis. Trečiajame dešimtmetyje didelę svarbą įgavo vadinamieji sveikatos centrai. Svarbus vaidmuo teko mokyklų gydytojams, universiteto mokslininkams, socialinio medicininio pobūdžio visuomeninėms institucijoms.

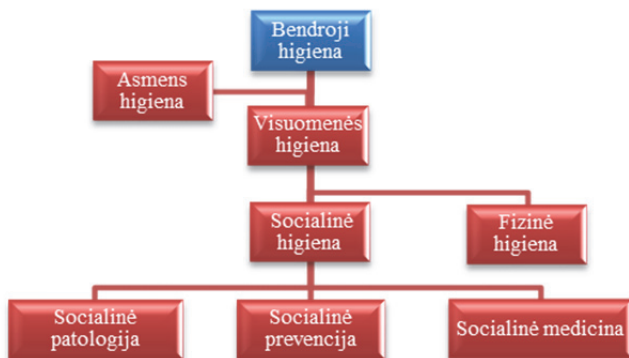
To meto Europos ir pasaulio kontekste Lenkija buvo viena pirmųjų valstybių, iškėlusiu sau uždavinį sukurti sveikatos ministeriją – autonominę instituciją, kuri sujungtų medikų darbą ir valstybės valdymą. Lenkija buvo pirmoji valstybė, kuri tai įvykdė – Lenkijos visuomenės sveikatos, socialinės globos ir darbo saugos ministerija (įkurta 1918 m. balandžio 4 d.) buvo pirmoji tokia pasaulyje [122]. Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos reforma šiek tiek lenkė tokias Vakarų Europos šalis kaip Vokietija ir Didžioji Britanija [19]. Kaip ir Vokietijoje (W. Schallmayer) bei Didžiojoje Britanijoje (H. Ellis), Lenkijoje pagrindinis T. Janiševskio inicijuotos reformos tikslas buvo sveikatos reikalų tvarkymą atiduoti į profesionalų, medikų, rankas [123]. Lenkijos sveikatos priežiūros sistemos strategijoje galime išvelgti C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos idėjų. Visgi esama ir skirtumų.

Tarpukario Lenkijos sveikatos politikos prioritetas buvo socialinė higiena ir socialinių ligų įveika. 1923 m. pateiktas pirmasis T. Janiševskio socialinės higienos apibrėžimas: „Socialinė higiena tiria tam tikrų grupių ir visuomenės sluoksnių sveikatos sąlygas, gyvenimo būdą ir gyvenimo sąlygas, mitybą, fizinį sudėjimą (augimą), sergamumą, vaisingumą, mirtingumą ir kt., taip pat tiria, ar yra kokie nors ryšiai tarp sveikatos būklės ir socialinių, ekonominių sąlygų, kuriomis šios grupės gyvena, dirba, kuria šeimas; ekonominių ir socialinių veiksnių įtaką šių grupių sveikatai, ar veikia: kaip ir kokie veiksniai veikia individo sveikatą, kaip šie veiksniai veiks žmogaus ir jo palikuonių sveikatą priklausomai nuo individo amžiaus, lyties, gyvenamosios vietos, specialybės ir priklausomybės tam tikrai socialinei grupei; higiena ne tik palaiko sveikatą, bet ir laipsniškai kelia individo atsparumą ligoms <...> remdamasi mokslo tyrimais įgyvendina reikalavimus, kurie leistų pasiekti idealias gyvenimo sąlygas, higienos mokslo pripažįstamas norma.“ Socialinės higienos objektas apėmė tokias socialines ligas kaip tuberkuliozė, alkoholizmas, venerinės ligos [3], aukštas motinų ir vaikų mirtingumas, vėžys (navikinės ligos), reumatizmas, hipotirozė, psichinė negalia / ligos, darbininkų ligos. Jų įveika buvo socialinės higienos tikslas [88].

1931 metais T. Janiševskis teigė: „Higiena – tai priemonių visuma užtikrinti, kad visi žmogui kenksmingi veiksniai būtų pašalinti. Higiena bendrąja prasme, arba tiesiog bendroji higiena, – tai mokslas apie asmens ir jo palikuonių sveikatos ir gyvybės išsau-

gojimą. Higiena remiasi mokslo tyrimais ir iš jų plaukiančiais teisiniais reguliavimais, kaip žmogus turi gyventi, kad išsaugotų sveikatą ir kuo ilgiau gyventų. Bendrosios higienos užduotis – tirti visus veiksnius tam tikroje visuomenėje ir aplinkoje. Higienos tikslas – sukurti palankiausias sąlygas žmogaus gyvenimui, pašalinti nepageidaujamus sveikatai veiksnius ir stiprinti veiksnius, palankiai veikiančius sveikatą, fizines ir psichines galias, neleisti žmogui tapti ligotu, prastai išsivysčiusiu, mažo atsparumo, menkos vertės individu“ [2].

Pagal T. Janiševskio higienos sampratą (1 pav.), bendroji higiena buvo skirstoma į asmens ir visuomenės higieną. Asmens higienos tikslas – apsaugoti asmenį, visuomenės higienos – visuomenę. Visuomenės higiena skirstoma į dvi dalis – fizinę ir socialinę higieną. Fizinė higiena tiria gamtinių, fizinių veiksnių (oras, apranga, apšvietimas, maistas) poveikį žmogaus sveikatai, socialinė higiena – kultūrinių veiksnių poveikį žmogaus sveikatai. Socialinė higiena dalijama į tris dalis pagal veikimo lauką: socialinė patologija, socialinė profilaktika, socialinis gydymas (socialinė medicina). Socialinė patologija tiria socialinių veiksnių įtaką ligų kilimui. Socialinė profilaktika stengiasi užkirsti kelią neigiamų kultūrinių veiksnių įtakai žmogaus sveikatai. Socialinis gydymas (socialinė medicina) paremtas tokių medicininių-socialinių įstaigų, kaip ligonių kasos, darbo inspekcija ir kt. bendradarbiavimu [2].



1 pav. T. Janiševskio higienos samprata (1931) [2]

Kalbėdamas apie sveikatos reikšmę, o kartu ir sveikatos priežiūros organizavimą, T. Janiševskis teigė, jog higiena iš kitų medicinos mokslų išsiskiria platesniu požiūriu. Priešingai nei kiti medicinos mokslai, higiena nagrinėja sveikatos problemas plačiame socialiniame kontekste. Žmogaus gydymas tėra paskutinis gydytojo darbas, o iki tol, kol konstatuojama, jog žmogus serga, yra daug būklės stadijų, kurios ne mažiau svarbios [124].

Anot T. Janiševskio, sveikatos reikšmė neabejotina tiek asmeniniame, tiek visuomeniniame, tiek ir ekonominiame bei politiniame lygmenyje. Asmeniniame lygmenyje tai svarbu, nes netekęs sveikatos žmogus netenka neįkainojamos vertybės – gyvenimo džiaugsmo. Tuomet visuomenės lygmenyje jis jau nebegali sukurti pridėtinės vertės – nei dvasinės, nei materialinės. Kiekviena liga, kiekviena mirtis valstybei yra nuostolis – ligonius reikia gydyti, mirusius laidoti, jie nebedirba. Nėra metodo įvertinti tiksliai kiekvieno darbuotojo sveikatos, gyvybės ekonominę vertę, tačiau ji turi būti įvertinta. Valstybės prioritetas – rūpintis darbingais visuomenės nariais. Kiekvienas valstybės pareigūnas, be filosofijos ir ekonomikos mokslų, turėtų suprasti ir biologinių veiksnių svarbą valstybei [124].

Lygindami su C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos samprata, esminiu skirtumu laikome skirtingą visuomenės gerovės supratimą bei ekonominės žmogaus vertės idėją. T. Janiševskio visuomenės higienos sampratoje, skirtingai nei C. E. A. Vinslou, sveikatos reikšmė apibrėžiama pirmiausia kaip visuomenės gerovės siekinys, tik tuomet individo. Šiuo požiūriu T. Janiševskio modelis artimesnis J. P. Franko idėjoms, C. E. A. Vinsloau modelis – R. Virchovo idėjomis. C. E. A. Vinslou sampratoje ekonominė žmogaus sveikatos ir gyvybės nauda nėra akcentuojama, bent jau teoriniu lygmeniu. Paradoksalu, bet minėtoji žmogaus ekonominės vertės idėja paskatino sparčiausią ekonomine nauda paremtos eugenikos plėtrą būtent JAV, o Europoje eugenikos idėja buvo siejama su vokiškomis socialinės higienos, medicinos policijos idėjomis ir suvokiama kaip kompleksiškos priemonės gerinti sveikatą, kovojant su visuomenės skurdu ir tamsumu, šios priemonės ne visais atvejais buvo siejamos su genetika.

1939 m. Socialinės globos ministerijos išleistoje Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos dvidešimtmečio apžvalgoje nagrinėjamos to meto visuomenės sveikatos problemos skirstomos į sanitarines, gydamosios medicinos ir socialines. Be kitų higienos sričiai būdingiausių problemų – tokių kaip užkrečiamos ligos, sanitarija, aplinkos higiena, daug dėmesio buvo skiriama socialinėms ligoms [88].

Taigi, svarbiausiu postūmiu moderniajai Lenkijos visuomenės sveikatos sampratai vystytis reikėtų laikyti socialinių ligų ir visuomeninės bei socialinės higienos, kaip atskiro tyrimo objekto, išskyrimą. Tuo metu socialinė higiena apėmė daug daugiau nei prieštarigai vertinamą, neigiamą atspalvį įgavusią eugenikos idėją. Tarpukario dvidešimtmečiu buvo suvokta gydytojų atliekamo visuomenės švietimo svarba, higieninės ir netgi dvasinės kultūros kėlimas. Be skalpelių, gydytojų įrankiais tapo vadovėliai, brošiūros, viešos paskaitos, demonstracijos kino salėse, visuomeninės akcijos, netgi meno darbai: dokumentiniai kino filmai, teminės parodos, plakatai. Suvokta, jog ne tik pacientas turi rasti kelią į ligoninę, pas gydytoją, bet ir gydytojas turi rasti kelią į mokyklas, fabrikus, parduotuves. Imta steigti sveikatos centrus, kurių užduotis buvo

ne tik gydymas, bet ir visuomenės švietimas, mokymas paprastais pavyzdžiais, siūlant aiškias ir pigias strategijas [7].

Taigi, **apibendrinant** konstatuotina, kad esminiu poslinkiu Lenkijos higienos mokslo raidoje XX a. pradžioje, lyginant su XIX a. sanitarija, reikėtų laikyti kultūrinių, socialinių veiksnių kaip atskiro tyrimo objekto išskyrimą. T. Janiševskio pasiūlyta higienos samprata lygintina su visuotinai žinoma C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos samprata, nes apėmė ne tik fizinius, bet ir socialinius veiksnius bei jų įtaką ligų etiologijai.

#### *4.1.2. Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos uždaviniai 1918–1939 m.*

Šiame poskyryje išryškinsime mokslininkų indėlį į sveikatos apsaugos sistemos kūrimą, mokslininkų ir mokslo vietą sveikatos politikos formavime, svarbiausias institucines sveikatos apsaugos sistemos raidos problemas. Minėtus veiksnius laikome visuomenės sveikatos mokslo tolesnės raidos prielaidomis.

Kryptingai visuomenės sveikatos strategijai įgyvendinti valstybėje buvo būtina taikyti gerai koordinuotas priemones. Tam reikėjo sukurti įstatymus ir specifines užduotis turinčias institucijas – sveikatos apsaugos sistemą. Sveikatos apsaugos sistema šiame darbe vadinsime visuomenės sveikatos apsaugą turėjusias garantuoti institucijas, jų funkcijas ir tarpusavio ryšius. Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos raida skirstytina į du etapus. Pirmuoju etapu iki 1923 m. svarbiausia problema buvo užkrečiamųjų ligų epidemijų įveika. Antrajame etape situacija normalizavosi, imtos kurti nuolatinės sveikatos priežiūros institucijos, susikonuota ties higieninių ir socialinių sąlygų miestuose gerinimu, socialinėmis ligomis.

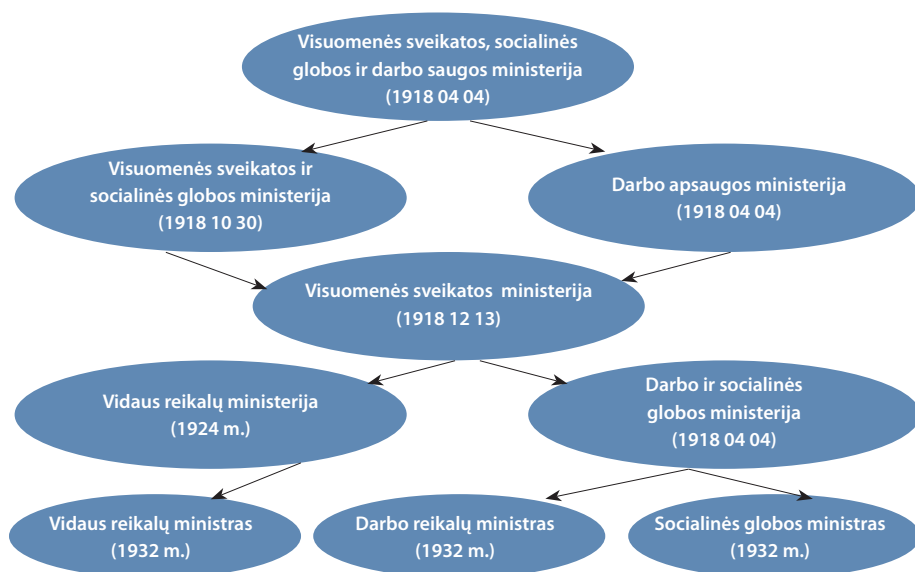
Ankstyvuojų periodu sveikatos apsauga rūpinosi karinė vadovybė. Karo metais sukurtos tarybos, sveikatos priežiūros institucijos buvo išplėtos į Vyriausiąjį nepaprastąjį komisariatą. Komisariatas parengė pirmąjį kovos su užkrečiamosiomis ligomis įstatymą [16]. Parengta kovos su užkrečiamosiomis ligomis strategija [112]. Strategija rėmėsi karinėmis priemonėmis – ligonių izoliacija, migracijos kontrole. Užkrečiamųjų ligų banga užplūdo Lenkiją, ypač rytinę jos dalį, karo ir ankstyvaisiais pokario metais. Į šias žemes grįžo kariškiai, buvę karo belaisviai, platinę dėmėtąją šiltinę, venerines ligas ir tuberkuliozę [125].

Sveikatos apsaugos sistemos raida vėlesniu laikotarpiu nedaug skyrėsi nuo likusios Vidurio ir Vakarų Europos. Lenkija vis dar buvo žemės ūkio kraštas, tačiau kai kuriose dalyse palyginti sparčiai imta plėtoti pramonė, vyko urbanizacija. Pietinėje Lenkijos dalyje – Silezijoje – jau buvo ekonomiškai gerai išvystyti pramoniniai rajonai, paveldėti dar iš Prūsijos imperijos laikų [126]. Tai laikome vienu svarbiausių socialinių-ekonominių

minių skirtumų lyginant su kitomis Rytų Europos valstybėmis, tokiomis kaip Lietuva, Latvija. Ši priežastis paskatino spartesnę darbo ir socialinės higienos plėtrą Lenkijoje.

Trečiojo dešimtmečio viduryje sveikatos sistemos prioritetu tapo socialinių ligų (lėtinių neinfekcinių) ligų įveika. To meto statistikos duomenimis, 1937 m. vien tik tuberkuliozė, kuri buvo priskiriama socialinių ligų kategorijai, nusinešė 1824 Varšuvos gyventojų gyvybes, o visos kitos užkrečiamosios ligos pareikalavo beveik trigubai mažiau – 648 žmonių gyvybių [88]. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Lenkijos miestuose nuo 1928 iki 1937 m. siekė 14,9 atvejo 10 tūkst. gyventojų<sup>2</sup>.

Pirmuoju žingsniu analizuojant sveikatos apsaugos sistemos raidą Lenkijoje ir Vilniaus krašte turėtume aptarti Visuomenės sveikatos ministerijos kūrimo darbus. Visuomenės sveikatos ministerijos raidą iš pirmo žvilgsnio šiandien galėtume pavadinti sudėtinga (2 pav.), gal net kiek chaotiška.



2 pav. Lenkijos visuomenės sveikatos apsaugos ministerijos raida 1918–1932 m. [88]

1918 kovo 4 d. pagal T. Janišeuskio modelį buvo sukurta Visuomenės sveikatos, socialinės globos ir darbo saugos ministerija. Tačiau jau 1918 spalio 30 d. sveikatos apsaugos reikalai buvo patikėti dviem ministerijoms – Visuomenės sveikatos ir socialinės globos ministerijai bei Darbo apsaugos ministerijai. 1918 m. gruodžio 13 d. sveikatos apsaugos reikalai perduoti vienai – Visuomenės sveikatos ministerijai. Nuo 1924 m.

<sup>2</sup> Pirminiai duomenys: Mały Rocznik Statystyczny. (Warszawa) 1930: 142; 1935: 92; 1938: 292.

sveikatos apsaugos reikalai jau niekada nepriklausė vienai institucijai. 1924 m. sveikatos apsauga Lenkijoje ėmė rūpintis Vidaus reikalų ministerija bei Darbo ir socialinės globos ministerija. Vidaus reikalų ministerijos galioje buvo visuomenės sveikatos problemos. Darbo ir socialinės apsaugos ministerijai pavesta tvarkyti motinos ir vaiko, invalidų [neįgaliųjų] priežiūros bei darbo higienos reikalus. Nuo 1932 m. sveikatos apsaugos reikalai atsidūrė net trijų ministerijų žinioje – jais rūpinosi vidaus reikalų, darbo reikalų ir socialinės globos ministrai. Svarbiausi sveikatos apsaugos reikalai patikėti darbo reikalų bei socialinės globos ministrams. Vidaus reikalų ministro kompetencijoje liko tik sanitarinės technikos reikalai [88].

Iš pirmo žvilgsnio chaotišką ministerijos raidą iki 1924 m. galima objektyviai paaiškinti. Vienas iš svarbiausių Visuomenės sveikatos ministerijos tikslų tuo metu buvo siekis kontroliuoti kiekybinę ir kokybinę Lenkijos populiacijos sudėtį, t. y. vykdyti eugeniką. Idėjos šalininkai T. Janiševskis, V. Chodźka (Chodźko) ir kiti sveikatos politiką siejo su socialinėmis priemonėmis. Eugenikos tikslams buvo norima pajungti valstybės aparatą, kuris tuo metu sparčiai augo. Šie reiškiniai sukėlė didelį eugenikos idėjas smerkusių gydytojų pasipriešinimą. Buvo siekiama šių ministerijų suskaldyti (1918 m.). Galiausiai 1924 m. Visuomenės sveikatos ministerija buvo tiesiog likviduota, ministerijos galios išskaidytos [19].

Vėlesnė ministerijos ir visos sveikatos apsaugos sistemos raida buvo artimesnė J. Poliako modeliui. Siekiant spręsti sanitarines-medicinines ir socialines problemas nepakako vienos Sveikatos apsaugos ministerijos pastangų, reikėjo nuolatinio kelių institucijų bendradarbiavimo. Pavyzdžiui, kaip medicininė-socialinė problema, venerinės ligos buvo siejamos su prostitucija. Be policinių-sanitarinių priemonių, tokių kaip prostitučių tikrinimas ir priežiūra, reikėjo imtis ir socialinių priemonių – visuomenės švietimo [127]. Motinos ir vaiko sveikata buvo suvokiama ne tik kaip medicininė, bet ir kaip socialinių-ekonominių veiksnių lemiamą problema. Tik organizuotomis medikų ir visuomenės pastangomis buvo galima kovoti su kūdikių mirtinumu [128].

Prie pagrindinių centrinės valdžios institucijų buvo kuriami ir smulkesni departamentai, specializuotos komisijos, tarybos, institutai. Panaikinus Visuomenės sveikatos ministeriją, 1924 m. buvo įkurtas Sveikatos reikalų departamentas prie Darbo ir socialinės globos ministerijos (1 priedas). Šis departamentas turėjo rūpintis medicinos teisinės bazės kūrimu, jos apdorojimu, sanitarija, gydymo institucijų ir vaistų gamybos, vaistinių priežiūra [88].

Šalia Sveikatos reikalų departamento veikė trys tarybos (2 priedas). 1926 metais buvo įkurta Vyriausioji sveikatos apsaugos taryba (3 pav.). Šios tarybos užduotis buvo analizuoti ir vertinti visus Socialinės globos ministerijos pateiktus siūlymus, projektus



ir teisės aktus. Tarybos veikloje dalyvavo ir universitetai. Viena svarbiausių teisių, suteiktų universitetams sveikatos priežiūros sistemoje, buvo galimybė skirti tris atstovus į Vyriausiąją sveikatos reikalų tarybą prie Socialinės globos ministerijos. Tai leido universitetams daryti įtaką sveikatos priežiūros politikos formavimui [15].

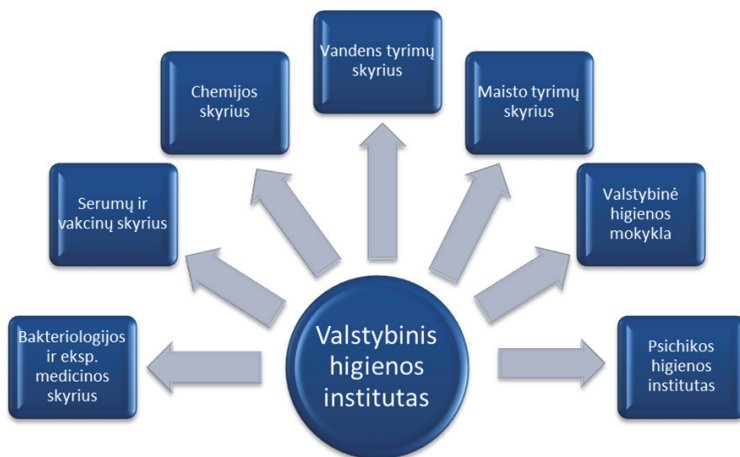


3 pav. Lenkijos Vyriausioji sveikatos reikalų taryba (1926) [88]

Stepono Batoro universiteto gydytojai ir mokslininkai aktyviai dalyvavo formuojant sveikatos politiką ne tik Vilniaus krašte, bet ir visoje Lenkijoje. 1922–1927 m. Lenkijos Seime senatoriaus pareigas ėjo vilnietis pediatras Cemachas Šabadas (Szabad, 1864–1935). Vyriausias Vilniaus mokyklų gydytojas Stefanas Valentas Brokovskis (S. W. Brokowski, 1882–1944) dirbo 1930–1935 m. Seimo kadencijoje. 1935–1940 metų kadencijoje dirbo Viktoras Maleševskis (Maleszewski, 1883–1941), Vilniaus miesto sveikatos sekcijos vadovas, miesto prezidentas. Vyriausiojoje sveikatos reikalų taryboje dirbo Kornelis Micheida (Michejda, 1887–1960), o Marianas Mienickis (Mienicki, 1890–1966) dirbo šios tarybos kovos su venerinėmis ligomis sekcijoje. Brunonas Novakovskis (Nowakowski, 1890–1966) dirbo Socialinės globos taryboje prie Socialinės globos ministerijos (1932) [18].

1918 m. Varšuvoje buvo įkurtas Valstybinis epidemiologijos institutas (4 pav.), nuo 1923 m. jis reorganizuotas į Valstybinį higienos institutą. Institutas turėjo savo filialus Gdynėje, Kelcuose, Krokuvoje, Liubline, Lvove, Lodzėje, Lucke, Poznanėje, Stanislave, Torūnėje ir Vilniuje. Iki 1938 metų instituto padaliniai buvo sukurti kiekvienoje Lenkijos vaivadijoje [88]. Vilniuje šio instituto filialas įkurtas 1935 metais [57].





4 pav. Lenkijos Valstybinio higienos instituto skyriai 1927–1935 m. [15]

Institutas atliko mokslinius tyrimus, rūpinosi tokiomis sritimis kaip: ligų profilaktika ir tyrimai, gydymas; darbo higiena; psichikos higiena; aplinkos higiena; mitybos higiena; sanitarinė inžinerija, savivaldybių sveikatos priežiūros institucijų personalo formavimas; serumų ir vakcinų gamyba, priežiūra; sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų ruošimas, ir kt. [88].

Tačiau viena svarbiausių instituto užduočių buvo edukacinė. Jau trečiame dešimtmetyje Valstybinis higienos institutas ėmė rengti higienos mokymus gydytojams [7]. Valstybinio higienos mokyklos įkūrimas siejosi su tuo metu taip pat svarbia užkrečiamųjų ligų problema. 1918 m. Lenkijoje gyveno apie 27 milijonus gyventojų, iš kurių apie 4 mln., dažniausiai Rytinėse vaivadijose, pokario metais (1919–1921) susirgo viena iš tuo metu dažnų užkrečiamųjų ligų – dėmėtąja šiltine, dizenterija, raupais. Karo metais žuvo apie 4 tūkst. gydytojų, bendras gydytojų deficitas šalyje reikalavo padidinti gydytojų skaičių dvylika kartų. Universitetinės higienos programos buvo orientuotos į socialinę ligų etiologiją, todėl kova su užkrečiamosiomis ligomis labiau priklausė nuo papildomą, podiplominį išsilavinimą gavusių sanitarijos gydytojų. 1926 m. Džono Hopkinso Visuomenės sveikatos mokyklos (Baltimorė, JAV) pavyzdžiu prie Valstybinio higienos instituto buvo įkurta Lenkijos vyriausioji higienos mokykla. Šioje mokykloje buvo mokomi sanitarijos gydytojai, kontrolieriai, higienistės. Vėliau šiuos ir panašius kursus imta rengti ir universitetuose [130].

**Apibendrinant** galima teigti, kad Sveikatos apsaugos sistema Lenkijoje buvo kuriama atsižvelgiant į to meto socialinius ir ekonominius iššūkius. Pirmuoju laikotarpiu svarbiausias uždavinys buvo kova su užkrečiamosiomis ligomis. Vėliau imta kovoti su socialinėmis ligomis. 1918 m. sukurta savarankiška Sveikatos apsaugos ministerija ir

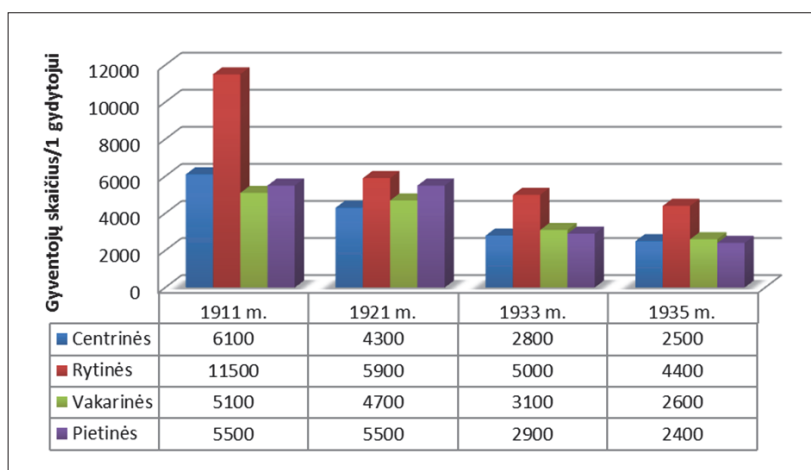
itin centralizuota sveikatos apsaugos sistema, paremta T. Janiševskio modeliu. Vėliau ministerija buvo suskaldyta, greta T. Janiševskio modelio ėmė veikti demokratiškas J. Poliako modelis. Nors ministerija žlugo, T. Janiševskio higienos modelis buvo iš dalies įgyvendintas įstatymų ir institucijų lygmeniu. Atsisakant pasenusių carinės Rusijos sanitarijos įstatymų, Lenkijoje buvo sukurti nauji sveikatos įstatymai, apimantys ne tik sanitariją, bet ir socialinės higienos problemas. Universitetai sveikatos apsaugos sistemoje atliko patariamąjį vaidmenį, tačiau Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai išnaudojo kitas galimybes – aktyviai dalyvavo formuojant sveikatos politiką Vilniaus krašte ir Lenkijoje.

#### *4.1.3. Lenkijos regionų skirtumai kaip visuomenės sveikatos problemų prielaidos 1918–1939 m.*

Sveikatos apsaugos sistemos efektyvumo laipsnis Lenkijoje labai priklausė ir nuo konkrečios teritorijos ekonominio pajėgumo, infrastruktūros išvystymo. Šiuo požiūriu Lenkijos vaivadijos labai skyrėsi. Pagal tuometinį administracinį padalijimą visa Lenkija buvo skirstoma į keturias stambias dalis: šiaurines, pietines, vakarines ir rytines vaivadijas. Didelė dalis šiaurinių ir vakarinių vaivadijų iki tol priklausė Prūsijai, o pietinės – Austrijai (Austrijai-Vengrijai), rytinės vaivadijos iki tol priklausė carinei Rusijai. Rytinėmis vaivadijomis buvo priskiriamos Vilniaus ir Naugarduko vaivadijos. Abiejų vaivadijų teritorija drauge sudarė beveik 52 000 km<sup>2</sup>, šioje teritorijoje 1931 metais gyveno 2,3 mln. gyventojų [131].

Viena didžiausių tuometinės Lenkijos valstybės praktinės politikos įgyvendinimo problemų buvo skirtingos teisės normos, ekonominės ir kultūrinės sąlygos, atsiradusios dėl skirtingų valstybės dalių ankstesnių politinių priklausomybių. 1795 m. po trečiojo ATR padalijimo Lenkijos ir Lietuvos žemės atiteko trims skirtingoms valstybėms – Prūsijai, Rusijai ir Austrijai. Po 123 metų 1918 m. atkūrus Lenkijos nepriklausomybę, teko suvienodinti net penkias skirtingas įstatymų sistemas sanitarijos, sveikatos apsaugos srityse. Net tai pačiai valstybei kadaise atitekusiame Lenkijos žemėse kai kuriais atvejais galiojo pora teisinių sistemų. Taip buvo centrinėje Lenkijos dalyje, nes čia galiojo ir Napoleono kodeksas, ir carinės Rusijos įstatymai. Panaši situacija buvo ir pietinėje Lenkijos dalyje, kuri buvo Austrijos-Vengrijos imperijos sudėtyje, čia galiojo tiek Austrijos, tiek Vengrijos įstatymai [23]. Lyginat su Lenkija, šiuo aspektu Lietuvai sugrįžusios žemės buvo gerokai homogeniškesnės. Iki Pirmojo pasaulinio karo Lietuvos teritoriją sudarė Vilniaus, Kauno ir Suvalkų gubernijos. Sveikatos departamento pagrindu tarpukario Lietuvoje tapo carinės Rusijos įstatymai, šiek tiek pritaikyti Lietuvai [17].

Pagal vienam gydytojui tenkantį gyventojų skaičių šiaurinės, pietinės ir centrinės (vakarinės) vaivadijos visą tarpukario laikotarpį konkuravo tarpusavyje kaip lyderės, o rytinės vaivadijos tik vijosi pažangesniašias (5 pav.). 1911 m. rytinėse vaivadijose situacija buvo labai bloga. Vienam gydytojui tenkantis gyventojų skaičius buvo kone dvigubai didesnis nei kitose vaivadijose. Vėlesniu laikotarpiu nuo 1921 m. iki 1935 m. rytinės vaivadijos pagal vienam gydytojui tenkantį gyventojų skaičių taip pat nuolat smarkiai atsiliko. Siekiant įvertinti aptariamuoju laikotarpiu pasiektą pažangą, verta palyginti rodiklius nuo 1921 iki 1935 metų. Vienam gydytojui tenkantis gyventojų skaičius rytinėse vaivadijose atitinkamai sumažėjo nuo 5900 (1921) iki 4400 (1935) [88]. Taigi gydytojų skaičius, palyginti su gyventojų skaičiumi, padaugėjo beveik 1/3, arba 26 %. 1928 metais Vilniaus mieste vienam gydytojui teko apie 432 gyventojus<sup>3</sup>.



5 pav. Vienam gydytojui tenkantis gyventojų skaičius Lenkijos vaivadijose 1911–1935 m.<sup>4</sup>

1931 metų surašymo duomenimis, Vilniaus vaivadijoje gyveno apie 1 mln. 275 tūkst. gyventojų [131]. Nuo 1911 m. iki 1935 m. rytinėse vaivadijose gyventojų skaičius augo sparčiausiai iš visų Lenkijos dalių [22]. Tikėtina, kad tai galėjo būti papildoma kliūtimi aprūpinti šias teritorijas gydytojais.

Kalbant apie valstybės lėšas, skiriamas gyventojų medicininiam aptarnavimui skirtingose Lenkijos vaivadijose, turtingiausia Lenkijos dalimi laikytina pietinė – Silezija. 1932 m. pagal sumą vienam gyventojui, per metus panaudotą medicininiam aptarna-

<sup>3</sup> Išvestinis skaičius pagal pirminius duomenis iš: Rocznik statystyki miast Polski. (Warszawa) 1930: 2; 22.

<sup>4</sup> Pirminiai duomenys: Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918–1938. 1939. (Warszawa) 1939: 31.

vimui (5 zł/1 gyv.) ji nusileido tik Lenkijos sostinei Varšuvai (8,72 zł/1 gyv.). Varginiausios šiame kontekste atrodė rytinės Lenkijos vaivadijos: čia vieno gyventojų medicininėms reikmėms buvo vidutiniškai skirta vos 0,62 zł. Tai to meto Lenkijoje buvo net mažiau nei lėšos, vidutiniškai skiriamos vienam kaimo gyventojui (0,69 zł). Vienam Lenkijos miesto gyventojui vidutiniškai tekdavo apie 4,19 zł. Svarbu pabrėžti, kad išmokos, skiriamos kaimo ir miesto gyvenvietėms buvo labai netolygios. Miestuose tuo metu gyveno apie 27,2 % visos populiacijos, tačiau miestams tekdavo net 69,3 % visų sveikatos išmokų, o likusiai daliai populiacijos, kaimo gyventojams, sudariusiems net 72,8 %, tekdavo vos 30,7 % visų išmokų [88].

Pirmuoju dokumentu, kuriame numatoma to meto Lenkijos sanitarinės priežiūros, visuomenės sveikatinimo strategija, laikomas Pagrindinis sanitarijos įstatymas, išleistas 1919 m. liepos 19 dieną [111]. Jame buvo numatyta, kad visi sveikatos būklės priežiūros reikalai patikėti Visuomenės sveikatos ministerijai (Ministerstwo Zdrowia Publicznego). Ministerija turėjo rūpintis sveikatos ir higienos reikalais, kurie nepatenka į kitų ministerijų kompetencijos ribas. Centrinė valdžia turėjo bendradarbiauti su vietos valdžia visais sveikatos priežiūros klausimais (3 priedas). Tas pats įstatymas numatė ir vietos valdžios institucijų pareigas (4 priedas).

Lyginant 1919 m. įstatymą su 1939 m. įstatymu [113] konstatuotina, kad iki 1939 m. sveikatos reikalų sistema instituciškai pakito palyginti mažai: išliko tie patys svarbiausi pareigūnai, centrinės valdžios ir savivaldose veikusios sveikatos priežiūros institucijos, tačiau svarbiausios galios vėlyvuju periodu buvo sutelktos socialinės globos ministro rankose. Liko galioti dalis dar XIX a. paskelbtų prūsiskų ir austriškų įstatymų, tačiau rusiški įstatymai buvo pakeisti naujais. Svarbiausias skirtumas – prioritetų tvarka įvardyti socialinės higienos klausimai: motinos ir vaiko sveikata, mokyklų higiena, darbo higiena ir kt., tik vėliau – fizinės higienos klausimai: aprūpinimas vandeniu, pastatų higiena, mitybos higiena.

**Apibendrinat** konstatuotina, kad rytinėse Vilniaus ir Naugarduko vaivadijose, lyginant su likusia Lenkija, sveikatos apsaugos sistema susidūrė su didžiausiais kliuviniais: tai menkai išvystyta sveikatos teisė, gydytojų trūkumas, demobilizuotų kariškių banga, sukėlusį užkrečiamųjų ligų epidemijas. Vykdamas sveikatos politiką būta akivaizdžių netolygumų. Miesto gyvenvietės, kuriose gyveno apie 1/3 visos populiacijos, gaudavo beveik 2/3 visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų, o kaimo vietovėms, kur telkėsi 2/3 visos populiacijos, teko tik 1/3 lėšų. Taigi, labiausiai šie netolygumai galėjo paveikti atsilikusias, neturtingas, menkai urbanizuotas rytines Vilniaus ir Naugarduko vaivadijas. Siekdami išryškinti svarbiausius pasiekimus ir problemas Vilniaus vaivadijoje, toliau darbe nagrinėsime sveikatos apsaugos sistemos ypatumus šioje vaivadijoje.

#### *4.1.4. Vilniaus krašto inkorporavimas ir sveikatos apsaugos sistemos kūrimo darbai 1919–1939 metais*

Dar vykstant kovoms tarp Lietuvos, Lenkijos bei Rusijos, Lenkijos karinė valdžia ėmėsi rytinės Lietuvos teritorijos inkorporavimo darbų. Vilniuje imtos kurti lenkiškos valdymo institucijos, kuriama lenkiška administracija. Visgi pertvarkos Vilniaus krašte vyko labai lėtai, Vilniaus vaivadija, lygiavertė kitoms Lenkijos vaivadijoms, sukurta tik po penkerių metų. Sveikatos priežiūros mechanizmų sukūrimas Vilniaus krašte užtruko ilgiausiai Lenkijoje.

Lenkijos vyriausiojo kariuomenės vado 1919 m. balandžio 15 d. įsakymu buvo paskirtas Rytų žemių generalinis komisaras. Rytų žemių generalinio komisaro 1919 m. liepos 11 d. potvarkiu įsteigtas Rytų žemių generalinis komisariatas. Rytų žemių generalinis komisariatas buvo pavaldus Lenkijos vyriausiajai kariuomenės vadovybei, nuo 1919 m. spalio 10 d. – tiesiogiai Lenkijos vyriausiajam kariuomenės vadui, o nuo 1920 birželio 1 d. – Lenkijos Respublikos vyriausybei [132].

1919 m. birželio 7 d. potvarkiu buvo įsteigta Vilniaus administracinė apygarda. Ją sudarė Vilniaus, Trakų, Ašmenos, Švenčionių, Lydos, Gardino ir Naugarduko apskritys bei Vilniaus miestas. Nuo 1919 m. spalio 10 d. Vilniaus administracinę apygardą valdė Rytų žemių Generaliniam komisariatui pavaldi Vilniaus apygardos viršininko administracija. Lenkijos Vyriausiajam kariuomenės vadui 1920 m. rugsėjo 9 d. likvidavus Generalinį komisariatą, buvo likviduotos ir Rytų žemių civilinio valdymo įstaigos [133].

„Vidurio Lietuvos“ teritoriją prijungus prie Lenkijos, 1922 m. balandžio mėnesį buvo įsteigtas naujas teritorinis-administracinis vienetas – Vilniaus žemė. Vilniaus žemę sudarė Vilniaus, Trakų, Ašmenos, Breslaujos, Dysnos, Danilovičių ir Vileikos apskritys. Valstybės viršininko 1922 m. balandžio 20 d. dekretu buvo paskirtas vyriausybės delegatas Vilniaus žemei valdyti. Vyriausybės delegato Vilniaus žemei įstaiga buvo pavaldi Lenkijos Respublikos vyriausybei [133] (5 priedas).

Stambiausias, bendras visai Lenkijai, administracinis vienetas buvo vaivadija. Vaivadiją sudarė pavietai (apskritys), pavietams buvo pavaldūs miestų magistratai, miestai ir kaimai buvo pavaldūs miestų magistratams. Nuo 1925 m. ankstesnis administracinis vienetas – Vilniaus žemė – buvo pakeistas nauju visai Lenkijai universaliu administraciniu vienetu – vaivadija. Vilniaus vaivadijos centras buvo Vilniaus miestas. Vaivadija apėmė Vilniaus miestą, Vilniaus-Trakų, Breslaujos, Dysnos, Molodečno, Ašmenos, Pastovių, Švenčionių ir Vileikos apskritis [117].

Vilniaus vaivadijoje už sveikatą ir sanitarinę priežiūrą buvo atsakingas Visuomenės sveikatos skyrius (Wydział Zdrowia Publicznego). Jam vadovavo skyriaus viršininkas. Skyriuje dirbo trys gydytojai inspektoriai ir trys farmacininkai, vienas referentas ligoinių reikalams. Šiam skyriui buvo pavaldūs:

- I. Medicinos pagalbos įstaigų ir vaistinių darbuotojai: keturi rajono gydytojai, penki skirtingų sričių specialistai (chirurgas, akušeris-ginekologas, okulistas, otolaringologas ir venerologas), trys stomatologai, trys slaugės, vaistinės vadovas, du vaistininkai, trys jaunesniosios slaugės, vienas vairuotojas bei trylika apskrities gydytojų;
- II. Sanitarijos ir moralinės policijos komisariatas: sanitarinės ir moralinės policijos vadovaujantis gydytojas, venerinių klinikų vadovaujantis gydytojas, mikroskopuotojas, slaugė, tarnaitė, vairuotojas, administracijos pareigūnas, sekretorius, sargas.
- III Valstybinė akušerijos-ginekologijos mokykla. Ją sudarė: direktorius, vyr. asistentas, jaun. asistentas, sekretorė, dvi akušerės-ginekologės [134].

Apskirtyse šalia kitų vietos savivaldos institucijų buvo įkurtos ir nedidelės įstaigos, poliklinikos. Vienos svarbiausių įstaigų buvo vadinamieji sveikatos centrai. Jie ėmė veikti nuo 1925 metų [15]. 1929 m. Vilniaus apskrityje, Vilniuje buvo įkurtas analogiškas sveikatos centras [93]. Lietuvoje panašūs centrai (sveikatos punktai) imti steigti beveik po 10 metų – 1938 metais [17].

Sveikatos centro idėja buvo gana nauja, pirmieji tokie centrai atsirado JAV XX a. pradžioje. Tai buvo specifinės visuomeninės institucijos, skirtos rūpintis imigrantais. Dėl kalbos barjero imigrantai susidurdavo su daugybe socialinio bei medicininio pobūdžio problemų. Specialūs centrai išsiaiškino žmogui reikalingos pagalbos pobūdį, vėliau jį siūsdavo į kitas institucijas pagal problemos specifiką. 1911 m. Milvokyje (Milwaukie) lenkų bendruomenės teritorijoje buvo sukurtas vienas pirmųjų tokių centrų. Mažo miestelio problema buvo didelis kūdikių mirtingumas, todėl Milvokio sveikatos centre buvo tiriamos šio reiškinio priežastys, ruošiamos šios ir kitų problemų sprendimo strategijos. Ilgainiui sveikatos centrai imti stigti visose JAV valstijose, pasaulyje. Tokie centrai buvo svarbus vakarietiškos visuomenės sveikatos idėjų įgyvendinimo įrankis. 1919 m. C. E. A. Vinslou sveikatos centrus įvardijo kaip vienus ryškiausių visuomenės sveikatos pažangos rodiklių [6].

Vilniuje veikusio Sveikatos centro funkcijas tiksliausia būtų galima atspindėti schema (6 priedas). Pagrindinė sveikatos centrų užduotis buvo ligų prevencija. Centrai padėdavo gyventojams rūpintis savo gyvenamąja aplinka teikdami patarimus, siūsdavo į reikiamas institucijas. Kita centrų darbo dalis buvo kova su socialinėmis ligomis. Šioje darbo sferoje svarbiausias sveikatos centro vaidmuo buvo laiku suteikti tinkamą informaciją, gydymą, neretai ir moralinę pagalbą vietos žmonėms [88].

Minėtos centrų funkcijos galėjo skirtis atsižvelgiant į tam tikroje teritorijoje gyvenančios visuomenės specifiką, kuri ir diktavo sveikatos centro tikslus. Jei centre padaugėdavo trachoma, venerinės ligomis, tuberkulioze sergančių pacientų, pirmiausia

užduotimi tapdavo šių ligų prevencija ir gydymas. Jei buvo sprendžiamos kūdikių ir vaikų sveikatos problemos, be gydymo, didelis dėmesys buvo skiriamas pacientų ir visuomenės švietimui [7].

Vyriausiasis pareigūnas, atsakingas už visuomenės sveikatos būklę apskrityje, buvo apskrities gydytojas. Kaip jau buvo minėta, sunkiausia tinkamą sanitarijos, visuomenės sveikatos būklę buvo palaikyti vadinamuosiuose rytiniuose „kresuose“, arba rytiniuose valstybės pakraščiuose, besiribojančiuose su Rusija [15].

Apskrities gydytojo institucijai buvo skirtas ypatingas dėmesys. Tai buvo viena pirminių grandžių, galinčių operatyviai rinkti informaciją ir užkirsti kelią epidemijų plitimui. 1920 m. Visuomenės sveikatos apsaugos ministerija įsteigė Vyriausiojo nepaprastą kovos su epidemijomis komisariato instituciją. Vyriausiasis nepaprastasis kovos su epidemijomis komisaras, siekdamas užkirsti kelią epidemijoms, turėjo teisę skelbti karantiną, rekvizuoti, o prireikus ir uždaryti tam tikras teritorijas, mobilizuoti gydytojus, pagalbinių personalą, kitus specialistus ir paskirti juos prevencinėms akcijoms, rekvizuoti dalį pramonės, ją nukreipiant kovai su epidemija, leisti įsakus ir taisykles, vadovauti civiliams ir net armijai [125]. Pirmuoju nepaprastuoju kovos su epidemijomis komisaru tapo Emilis Godlevskis (Godlewski, 1875–1944) – pirmasis Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto dekanas [135].

1922 m. vadovaujant Tautų Sąjungai, Varšuvoje buvo surengta tarptautinė konferencija, skirta kovai su epidemijomis. Šioje konferencijoje buvo pasirašytos savitarpio pagalbos sutartys su SSRS, Rumunija, Čekoslovakija, Vokietija, Latvija ir Estija. Sudarytų sutarčių tikslas buvo operatyviai sekti kylančias epidemijas ir pranešti apie jas kaimyninėms valstybėms. Kiek vėliau susiformavo sanitarinio kordono koncepcija. Lenkija tapo svarbiausiu atitvaru, stabdančiu epidemijų plitimą iš „rytų“ (Rusijos) į „vakarus“ (Europą) [16].

Rytinių vaivadijų apskrities gydytojui buvo keliami ypač griežti reikalavimai. Apskrities gydytojas privalėjo: tikrinti gyvenvietes; vadovauti kovai su užkrečiamosiomis ligomis; perduoti informaciją apie ligas kitoms institucijoms; vadovauti kovai su prostitucija, venerinėmis ligomis, tikrinti venerines ligas gydančias ir prostitutas tikrinančias institucijas; rūpintis motinų ir vaikų sveikatos problemomis, kovoti su kūdikių mirtingumo problemomis; rūpintis pastatų, gamyklų, mokyklų, kalėjimų higienos problemomis; kontroliuoti maisto kokybę tikrinančias įstaigas, vaistines, vaistų gamyklas; kontroliuoti felčerių, akušerių, dantų gydytojų veiklą; skatinti visuomenės sveikatingumą. Iš žemesnių institucijų pranešimų apie ligas AG turėjo nustatyti epidemijų pobūdį, numatyti būdus, kaip sustabdyti epidemijas. Numačius strategijas, AG turėjo informuoti aukštesnes ir žemesnes institucijas apie pasirinktą strategiją ir jos įgyvendinimo būdus [136].



Kiekviename mieste iš miesto / kaimo gydytojų ir aktyvių miestiečių AG turėjo suformuoti sanitarinę komisiją. Sanitarinė komisija buvo atsakinga už miesto / kaimo švarą, turėjo analizuoti gyventojų sveikatos būklę ir informuoti apie visas ligas ir kitokius sveikatos reikalus apskrities gydytoją arba kitą artimiausią pareigūną. Dukart per metus AG siūsdavo išsamias ataskaitas apie sveikatos būklę, užkrečiamąsias ligas jo kontroliuojamoje apskrityje, pristatydavo savo projektą, kaip gerinti esamą sveikatos būklę jo kontroliuojamoje teritorijoje [136]. Deja, daugiau duomenų apie Vilniaus ir Trakų apskrities gydytojų veiklą neturime.

Vienas svarbiausių J. Poliako sveikatos politikos vizijos elementų buvo sveikatos apsaugos stiprinimas savivaldybės lygmeniu. Šiame lygmenyje svarbiausias vaidmuo teko Vilniaus miesto magistrato sveikatos priežiūros institucijoms. Vilnius buvo Vilniaus (vėliau Vilniaus-Trakų) apskrities centras. Už Vilniaus miesto gyventojų gerovę bei sveikatos būklės stebėjimą ir kontrolę atsakingas Vilniaus miesto magistratas. Nepaisant visų politinių permainų Vilniaus miesto magistratas išsaugojo savo veiklos tęstinumą nuo pat XIX a. [53]. 1876 m. Vilniuje buvo įsteigta miesto taryba, kurios vienas iš uždavinių buvo stebėti miesto sanitarinę būklę. 1881 m. buvo sukviesta sanitarijos komisija, tačiau kaip ir ankstesnėje, joje gydytojų profesionalų nebuvo. 1890 m. Vilniaus miesto taryboje jau dirbo trys gydytojai [137].

Vilniaus miesto magistratas atnaujino veiklą 1919 m. pavasarį Lenkijos kariuomenei užėmus Vilnių. Be kitų funkcijų, magistratas rūpinosi sveikatos priežiūros, sanitarijos, socialinės globos ir kitų įstaigų išlaikymu, mokyklų sanitarine būkle, turgaviečių priežiūra, statinių technine būkle, taip pat rinko ataskaitas apie miesto sanitarinę būklę, atsakingų įstaigų veiklą [138]. 1919 m. sudarytoje Vilniaus miesto magistrato taryboje dirbo devyni sanitarijos gydytojai, tačiau 1923 m. po organizacinių pertvarkų jų skaičius sumažėjo iki šešių [137]. Vėlesniais metais sanitarijos gydytojų etatai, argumentuojant krize, buvo mažinami. 1932 m. Vilniuje jau buvo tik keturi sanitarijos gydytojai, 1934 – trys. Per dešimtmetį vienam gydytojui tekusių gyventojų skaičius nuo 28,4 tūkst. 1924 metais padidėjo iki 69,1 tūkst. 1934 metais. 1938 m. vienam sanitarijos gydytojui teko 69,6 tūkst. gyventojų [54].

Svarbi institucija buvo ir statistikos biuras. Statistiniai duomenys apie Vilniaus miesto gyventojus po Pirmojo pasaulinio karo vėl pradėti rinkti tik 1923 m. Karo metais buvo du Vilniaus gyventojų surašymai – 1916 ir 1919 metais, tačiau jie nebuvo išsamūs. Nuo 1920 iki 1923 metų statistiniai duomenys apie Vilniaus gyventojus nebuvo renkami, nes tuomet tiesiog neveikė statistikos biuras, jis atnaujino veiklą 1923 metais [137].

Statistikos biuro veikla vertintina kaip ne itin sklandi. Statistika apie miesto gyventojus, sergančius tuo metu itin pavojinga liga tuberkulioze, buvo renkama aplaidžiai [139]. Analizuojant Vilniaus miesto magistrato Sveikatos sekcijos duomenis pastebėta



ir kitų problemų. Nuo 1923 iki 1933 m. statistika apie miesto gyventojus rinkta pagal unifikuotą modelį, tačiau kai kuriais metais pasitaikydavo gana nevykusių reformų – buvo taikomos naujos miesto sanitarijos gydytojų ataskaitų formos, pagal kurias pradėtas stebėti sergamumas naujomis ligomis, tačiau drauge nustota rinkti duomenis apie ankstesniais metais fiksuotas ligas, imti keisti ataskaitos laikotarpiai. Kita problema – empirinių duomenų gausa. Iki 1933 m. duomenys apie sergamumą užkrečiamosiomis ligomis buvo susisteminti, vėlesniais metais buvo pateikiamos labai smulkios ir drauge gana chaotiškos ataskaitos [140]. Visgi antroji problema gali būti susijusi su tyrėjo distancija, t. y. tikėtina, kad dalis duomenų dingo, todėl šiandien negalime matyti viso vaizdo. Galiausiai, panašiai kaip ir Lietuvoje [141], didelė dalis ligų buvo netiksliai identifikuojama. Nemaža dalis mirties atvejų buvo priskiriama „senatvei“ [94] arba „įgimtoms ligoms“ [142].

Carinės Rusijos laikotarpiu Vilniuje veikė vadinamoji Sanitarijos komisija. Ji turėjo rinkti informaciją apie miesto gyventojų sveikatos būklę, organizuoti kovą su ligomis, administruoti vietos gydymo įstaigas ir kitaip gerinti Vilniaus miesto gyventojų būklę (7 priedas). Jai buvo pavaldūs jau minėti miesto sanitarijos gydytojai (8 priedas).

1921 m. ankstesnės komisijos pagrindu buvo sukurta Sveikatos sekcija prie miesto magistrato. Sekcijos kompetencijos gerokai prasiplėtė lyginant su ankstesne sanitarijos komisija, sekcija ėmėsi kontroliuoti ir naujas institucijas (6 pav.). Jai buvo pavaldžios šios institucijos:



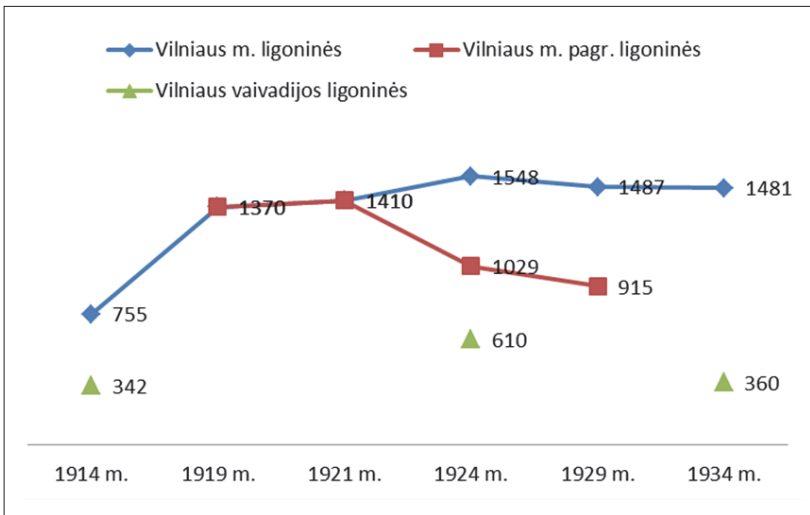
6 pav. Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcijai pavaldžios institucijos 1921 m. [143]

miesto vaistinė, Ligoninių centras, Šv. Jokūbo ligoninė su ambulatorijomis, Savičiaus ligoninė su ambulatorijomis, Žydų ligoninė, Užkrečiamųjų ligų ligoninė, Chirurgijos ambulatorija (Etmonų g.), dvi Vidaus ligų ambulatorijos, dezinfekcijos rūmai, Analitinė laboratorija [143].

1921 m. pagrindinėse miesto ligoninėse buvo 1410 lovų. Daugiausia lovų – 550 – buvo skirta užkrečiamosiomis ligomis sergantiems pacientams, 250 lovų – chirurgijos skyrių pacientams, 150 – vidaus ligomis, 140 – venerinėmis ligomis sergantiems pacientams. Mažiausiai lovų buvo skirta akušerijai (30) ir ginekologijai (20), akių ligoms

(20) bei nervų ligoms (10). Visose miesto ligoninėse dirbo 57 gydytojai ir 76 slaugės [143]. Santykinai daugiausia medicininio personalo teko Šv. Jokūbo ligoninei, blogiausia situacija buvo Vaikų ligoninėje. Vienam statistiniam Vilniaus ligoninės medicinos personalo darbuotojui teko vidutiniškai 10 lovų. Viena lova teko 120 miesto gyventojų (9 priedas).

Lygindami 1921 metų duomenis su 1928 metų K. Rymaševskio duomenimis, gautume išvadą, jog lovų skaičius mieste iki 1928 m. labai sumažėjo. 1921 m. 10 000 miesto gyventojų teko 83,3 lovos, o 1928 m. – tik 48 lovos [94]. Tačiau K. Rymaševskis neatsižvelgė į lovų skaičių privačiose miesto ligoninėse. Taigi, bendras lovų skaičius (įskaitant privacias) aptariamuoju laikotarpiu keitėsi palyginti mažai, netgi didėjo (7 pav.). Visgi 1926–1928 metais miestas augo ypač sparčiai, todėl 1934 m. lovų skaičius, tekęs vienam gyventojui, sumažėjo iki santykio 1/141 gyv. Be to, privacios miesto ligoninės nebuvo specializuotos kovai su užkrečiamosiomis ligomis. Epidemijos atveju aktualiausias buvo lovų skaičius pagrindinėse miesto ligoninėse. Nuo 1924 m. (840) iki 1934 m. (740) jų skaičius sumažėjo šimtu.



7 pav. Lovų skaičius Vilniaus miesto ir vaivadijos ligoninėse 1914–1934 m.<sup>5</sup>

Lyginant su visa Lenkija, Vilniaus vaivadija pagal gyventojams tenkantį lovų skaičių buvo žemiau bendro vidurkio, tačiau daug aukščiau nei kitos rytinės vaivadijos: 1934 m. duomenimis, Vilniaus miestas pagal vienai lovai tenkantį gyventojų skaičių (1/141) lenkė Varšuvą (1/162) [93]. Deja, lovų skaičius, tekęs Vilniaus vaivadijos gy-

<sup>5</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37; 38; 46; 57; 70; 71; 94; 95; 113; 124; 125; 157; Rudziński H. Stan szpitalnictwa na Wileńszczyźnie. (Wilno) 1935: 18–19.

ventojams, buvo daug mažesnis (1/2990). Atsižvelgiant į tai, jog privačios miesto liginės dėl didelių įkainių paprastaiems Vilniaus miestiečiams galėjo būti nepasiekiamos, aktualiausias mums lieka pagrindinėse liginėse turėtų lovų skaičius, kuris labai sumažėjo dėl privačių klinikų steigimo.

**Apibendrinant** pasakytina, kad tarpukario laikotarpiu vietos sveikatos apsaugos tarnyboms Vilniuje buvo skirta daugiau galių nei carinės Rusijos laikotarpiu. Sveikatos apsaugai mieste ėmė vadovauti profesionalūs gydytojai. Vilniaus vaivadijoje ėmė veikti C. E. Vinslou idėjomis pagrįsti sveikatos centrai. Deja, dėl lėšų stygiaus šios sistemos efektyvumas buvo ribotas – miesto sanitarijos gydytojų skaičius buvo mažinamas, mažėjo lovų skaičius pagrindinėse miesto liginėse. Siekdami įvertinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto indėlį į sveikatos apsaugos sistemos plėtrą Vilniaus vaivadijoje, toliau darbe nagrinėsime Medicinos fakulteto raidą, mokslinį ir pedagoginį potencialą, taip pat sąsajas su minėtomis vietos valdžios institucijomis.

## 4.2. Visuomenės sveikatos mokslas Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete 1919–1939 metais

### 4.2.1. SBU MF struktūra, mokslinė ir pedagoginė veikla

Plačiąja prasme prielaidas visuomenės sveikatos mokslo plėtrai lėmė visa Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslinė ir organizacinė veikla. Todėl šiame skyriuje atskleisime pirmąjį mums rūpimą dėmenį Medicinos fakulteto mokslinį potencialo reikšmę medicinos ir visuomenės sveikatos mokslui. Išryškinsime svarbiausias Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto raidos tendencijas, taip pat mokslo ir mokymo pasiekimus. Svarbiausiais kriterijais moksliniam fakulteto potencialui atskleisti pasirinkome: fakulteto mokslininkų kvalifikaciją, fakulteto mokslininkų publikacijų žinomumą užsienyje, publikacijų kryptis ir jų ryšį su to meto visuomenės sveikatos mokslo pažanga.

1918–1919 m. keičiantis geopolitinei situacijai Rytų Europoje Lietuva ir Lenkija išnaudojo palankią progą atgauti valstybingumą. Svarbiu uždaviniu abiem vyriausybėms tapo ir sugriautos švietimo sistemos, ir aukščiausios jos pakopos – universitetų – atkūrimas. Apie Vilniaus universiteto atkūrimą imta galvoti ir aktyviai veikti tiek Lietuvoje, tiek Lenkijoje. Įnirtingos kovos dėl teisės kurti universitetą Vilniuje vyko tarp Lenkijos, Lietuvos bei marionetinės V. Kapsuko, vyriausybių [40].

1919 m. spalio 11 d. Vilniuje buvo sukurtas lenkiškasis Stepono Batoro universitetas. Universiteto vardas kartu reiškė ir koncepciją. Šis universitetas turėjo tęsti 1832 m.

uždarytojo Vilniaus universiteto tradicijas. Todėl profesūra ir kitas personalas Stepono Batoro universitete turėjo būti renkamas iš XVIII a. gyvavusios LDK žemių, taip pat Rusijos universitetų bei kitų teritorijų. Profesūra buvo kviečiama iš Krokuvos, taip pat Peterburgo, Kijevo, Maskvos, Tartu, Kazanės, Charkovo ir kitų universitetų [33]. Visgi, jei kalbame išimtinai apie Medicinos fakultetą, didžiausias indėlis formuojant Medicinos fakulteto veidą priskirtinas ne Rusijos, bet Vakarų universitetus baigusiems mokslininkams.

Stepono Batoro universitetas buvo mažiausias to meto Lenkijoje. 1937–1938 m. jame mokėsi 3110 studentų, Poznanėje – 4749 studentai, Lvove – 5064, Krokuvoje – 5480, Varšuvoje – 8388. Stepono Batoro universitetą sudarė šie fakultetai: Teologijos, Teisės ir socialinių mokslų, Medicinos, Humanitarinis, Matematikos-Gamtos mokslų, Dailių menų, Žemės ūkio. 1939 m. universitete dirbo 84 profesoriai, 39 docentai ir 245 pagalbinio personalo darbuotojai. Mažiausias tarp kitų Lenkijos medicinos fakultetų buvo ir Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultetas [32], tačiau jame dirbo ženkli viso universiteto mokslininkų dalis – 1937–1938 m. čia dirbo 21 profesorius ir 10 docentų [145]. Palyginimui, 1932–1939 metų duomenimis, Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakultete dirbo 13 (12) profesorių ir 3 privatdocentai, 14 vyr. asistentų, 23 jaun. asistentai [17].

Medicinos fakulteto atkūrimą 1919 m. patvirtino Vilniaus universiteto atgaivinimo komitetas Varšuvoje [87]. 1919 m. rugsėjo 1 d. į nuolatines dekanų pareigas paskirtas E. Godlevskis (Godlewski). Fakulteto kūrėjų laukė daug sudėtingų darbų – reikėjo surinkti mokslinį ir pedagoginį personalą, parengti fakulteto biudžetą ir įkurti klinikas, kuriose būtų praktiškai mokomi studentai, semiamasi žinių tolimesniems tyrimams [86].

Pirminė Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto struktūra susiformavo 1919–1924 m. laikotarpiu (10, 11 priedai). 1930 m. fakultetui buvo pavaldūs 27 padaliniai: 13 teorinių katedrų, 12 klinikų ir kiti padaliniai [86]. Vėliau, 3-jo dešimtmečio pabaigoje – 4-ojo dešimtmečio pradžioje, dalis klinikų, katedrų buvo pertvarkytos – uždarytos, sujungtos arba perkeltos į kitas patalpas. Buvo atidaryta ir naujų padalinių.

Įdėmiau panagrinėjus MF katedrų ir klinikų veiklą, būtų sunku sutikti su kai kuriais literatūroje pateikiamais Stepono Batoro universiteto raidos vertinimais. Keletas tokių teiginių: „Vilnius ilgokai buvo pafrontės miestas. Į tokioje neaiškioje situacijoje esantį miestą persikelti visam laikui rimti mokslininkai vengė <...> Universiteto mokslo raidos prioritetai buvo gerokai politizuoti. Užtat didžiausių laimėjimų reikia ieškoti humanitariniuose moksluose bei visuomenės moksluose, į kurių raidą buvo dedamos didesnės viltys, nes jie atitiko vyriausybės siekius šiuose pakraščiuose“ [41]. „Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai labiau rūpinosi mokymo procesu nei mokslo pažanga“ [146]. Kaip jau buvo minėta, praktinės aplinkybės ilgainiui

gerokai pakoregavo pirminius J. Pilsudskio planus, todėl nusprendėme atidžiau patyrinti galimas SBU MF mokslinio potencialo plėtros sąlygas.

Tarp literatūroje minimų prielaidų ir faktinės padėties matome neatitikimų. Anksčiau minėtus teiginius reikėtų patikslinti taip: „Nepaisant politizuotų universiteto tikslų, dažnai mokslo tyrimus, mokymo procesą stabdžiusio lėšų stygiaus, Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai sugebėjo atlikti svarbių darbų medicinos ir visuomenės sveikatos mokslui Vilniuje.“ Fakultete dirbę mokslininkai: M. Reicheris už nuopelnus antropologijai; Stanislovas Hileris (Hiller) ir Stefanas Baginskis (Bagiński, 1892–1969) – histologijai; Maksimilianas Rozė (Rose, 1883–1937) – citoarchitektonikai; J. Hurynovičuvna (Hurynowiczówna) – nervų sistemos elektrofiziologijai; K. Pelčaras (Pelczar), Edvardas Čarneckis (Czarnecki, 1892–1970), Marijanas Eigeris (Eiger, 1873–1939), Kazimieras Opočynskis (Opoczyński, 1887–1963), Janas Šmurla (Szmurło, 1863–1952) – onkologijai; V. Jakovickis – akušerijai-ginekologijai; J. Šimanskis (Szymański) – glaukomos tyrimams; Aleksandaras Januškevičius (Januszkievicz, 1885–1940) – hipertenzijos tyrimams; K. Karafa-Korbutas ir A. Safarevičius – higienai ir darbo medicinai, buvo laikomi pirmaujančiais visoje Lenkijoje, kai kuriais atvejais ir Europoje [31].

Nuo 1924 iki 1939 m. fakultete buvo parengta 13 originalių vadovėlių, 10 iš jų skirtingų sričių: J. Alesandrovičius – histologija; V. Jakovickis – akušerija; V. Jasinskis – pediatrija; Teofilis Gryglevičius (Gryglewicz, 1873–1936) – bakteriologija ir serologija; K. Opočynskis – histologinės patologijos diagnostika; Z. Orlovskis (Orlowski, 1871–1948) – vidaus ligų diagnostika; K. Karafa-Korbutas – higiena ir darbo medicina (3 vadovėliai); S. Šilingas-Siengalevičius (Schilling-Siengalewicz) – toksikologija; J. Šmurla – ausų ligos; J. Šymanskis (Szymanski) ir H. Melanovskis (Melanowski) – akių patologinės anatomijos atlasas; T. Vansovskis (Wąsowski, 1892–1937) – ausų ligų ir viršutinių kvėpavimo takų ligų diagnostika [31].

Svarbus Medicinos fakulteto mokslinės veiklos bruožas – inovatyvumas. Manome, jog šiam bruožui vystytis daug įtakos turėjo ne tiek finansavimas, kiek paties mokslininko kvalifikacija, įgyta mokantis, iki tol dirbant ne Vilniaus krašte, taip pat mokslininko mobilumas bei sugebėjimai pritaikyti mokslo naujoves. Todėl norėdami atskleisti SBU MF mokslininkų potencialą pirmiausia domėsimes, kur buvo įgyta minėtų mokslininkų kvalifikacija.

M. Reicheris mokėsi pas vieną žymiausių to meto antropologų Rudolfą Martiną [46] [Įdomu tai, kad vokiškosios antropologijos mokėsi ir tarpukario Lietuvos antropologijos pradininkas J. Žilinskas [147], tačiau šių antropologų darbai ir pažiūros ilgainiui labai išsiskyrė – A. Ž.]. Vėliau M. Reicheris mokėsi pas anatomus G. Rudigerį (Rudiger) ir O. Šlaginhaufeną (Schlaginhafen). 1912 m. baigė Ciuricho universitetą

*summa cum laude* ir įgijo daktaro laipsnį [148]. 1914 m. išvyko į JAV. Vašingtone Karnegio (Carnegie) institute kaip mokslo darbuotojas metus praktikavosi Embriologijos katedroje pas vieną garsiausių to meto embriologų F. P. Halą (Hall). 1915 m. M. Reicheris grįžo į Lenkiją. Varšuvos universitete dirbo asistentu, vėliau prozektoriumi [46].

S. Hileris (Hiller) nuo 1912 m. studijavo mediciną Jogailaičių universitete Krokuvėje, 1921 m. jam suteiktas medicinos daktaro laipsnis. 1921 m. dirbo asistentu Biologijos-embriologijos skyriuje pas SBU MF pirmąjį dekaną E. Godlevskį [149]. 1927–1928 m. pagal Rokfelerių fondo programą dirbo Prancūzijoje. Vėliau Kornelio (Cornell) universitete Niujorke dirbo ląstelės biologijos skyriuje pas R. Čembersą (Chambers), Jeilio universitete pas R. G. Harisoną (Harrison). 3-iojo dešimtmečio pabaigoje dirbo jūros tyrimų stotyse Wood-Hale (JAV), Roscoff (Prancūzija) [48].

S. Baginskis 1911–1916 m. studijavo mediciną Kijevo universitete, studijos baigtos *cum exima laude* diplomu. 1924 m. Vilniuje gavo daktaro laipsnį [150]. 1926 m. daktaras Baginskis išvyko stažuoti į Prancūziją. Nuo 1927 m. dirbo Lione Polikardo (Policard) institute, vėliau Paryžiuje zoologijos stotyje [86]. S. Baginskio moksliniai straipsniai, beveik prieš dešimtmetį publikuoti Lenkijoje, 1938 m. išspausdinti ir Vokietijoje [151].

M. Rozė, baigęs medicinos studijas Krokuvėje, 1908 m. išvyko specializuotis į Berlyną. Nuo 1925 m. pakviestas dirbti į Imperatoriaus Vilhelmo smegenų tyrimų institutą Berlyne. Nuo 1929 m. atidarė smegenų tyrimų institutą Varšuvoje, nuo 1931 m. – Vilniuje [152].

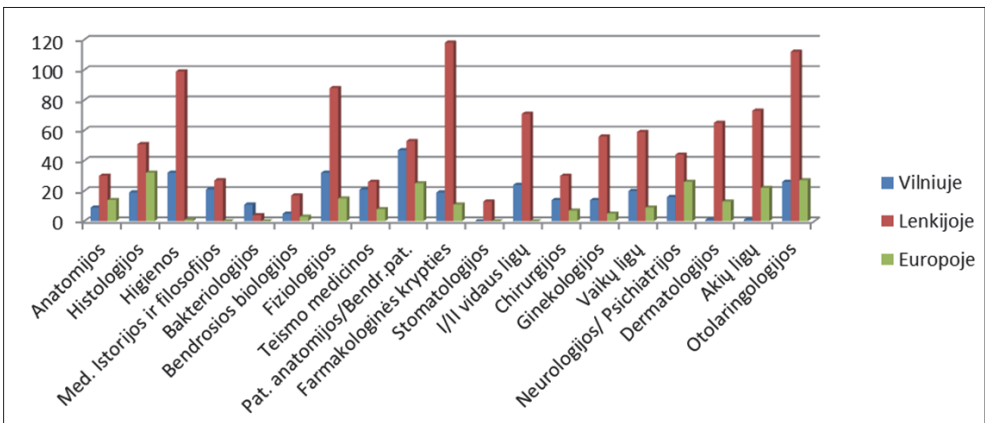
K. Pelčaras 1925 m. Krokuvos Jogailaičių universiteto Medicinos fakultete gavo daktaro laipsnį. 1928 m. studijavo Berlyne, pas prof. Aulerį (Auler), vėliau Pastero stotyje Paryžiuje. 1929 m. grįžęs į Lenkiją nominuotas *veniam legendi* bendrosios ir eksperimentinės patologijos srityse. 1931 m. pakviestas į Vilnių [153].

Manytina, kad Vilniaus, kaip neramaus pafrontės miesto reputacija, kaip veiksnys, neva galėjęs atbaidyti „rimtus“ mokslininkus nuo mokslinės karjeros šiame mieste, tarp Medicinos fakulteto mokslininkų nebuvo lemiamas. Galiausiai nereikėtų pamiršti, kad dalis Medicinos fakulteto mokslininkų nebuvo atvykęliai iš vakarinių ar centrinių Lenkijos vaivadijų. A. Safarevičius, F. Kasperovičius, A. Januškevičius, J. Aleksandrovičius (Alexandrowicz, 1886–1970), J. Bortkevič-Rodzievičova (Bortkiewicz-Rodziewiczowa), S. Šilingas-Siengalevičius, V. Sylvanovičius, H. Rudzinskis, S. Vladyčka ir kiti jau buvo rytinių buvusios Abiejų Tautų Respublikos pakraščių gyventojai, sietini su Lietuvos Didžiąja Kunigaikštyste. Taigi jų pasirinkimas dirbti Stepono Batoro universitete neturėtų stebinti.

Galima būtų sutikti su įvykių liudininko prof. I. Končiaus teiginiu vertinant Stepono Batoro universiteto profesūrą: „[Universiteto kūrėjai] parsitraukė į Vilnių geriausias

universitetų jėgas. Čia tokie darbuotojai yra surinkti, kurie yra gilūs savo specialybės žinovai, kurie moka ir paskaitas skaityti ir laboratorijas vesti, dirba mokslinį darbą ir rašo <...>“ [37].

Siekdami tikslumo nutarėme SBU MF mokslinį potencialą įvertinti ir kiekybiniais bei kokybiniais metodais. Deja, neturime duomenų palyginti su kitais Lenkijos ar Europos universitetais, tačiau verta palyginti SBU MF duomenis su tuo pačiu laikotarpiu Lietuvoje veikusiu Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakulteto (toliau VDU MF) 1922–1938 metų duomenimis. Svarbu išryškinti, kokios tyrimų kryptys dominavo šiuose fakultetuose, kokia buvo mokslininkų kvalifikacijos įtaka mokslinės produkcijos kiekybei ir kokybei. Remsimės statistiniais duomenimis apie SBU MF publikacijų populiarumą užsienio mokslo leidiniuose (8 pav.) ir analogiškais duomenimis apie VDU MF publikacijų populiarumą užsienio mokslinėje spaudoje. Mokslinio produktyvumo rodikliu šiame tyrime laikysime mokslo publikacijų gausumą, publikacijos kokybės rodikliu – jų populiarumą užsienio šalių mokslo žurnaluose. Tarpusavyje lyginsime SBU MF ir VDU MF procentinę tarptautinių publikacijų dalį.



8 pav. SBU MF katedrų ir klinikų publikacijos pagal leidimo vietą 1924–1938 m.<sup>6</sup>

Tarptautinės reikšmės publikacijomis šiame tyrime vadinsime publikacijas, išspausdintas užsienio kalbomis (ne lenkų kalba), išleistas užsienio valstybėse (ne Lenkijoje), analogiškai VDU MF atveju – publikacijas, paskelbtas ne lietuvių kalba, ne Lietuvoje, vadinsime tarptautinėmis. Tačiau svarbiausia mūsų tyrimui užduotimi laikome ištirti, kiek ir kokiai visuomenės sveikatos mokslo tematikai skirtų publikacijų buvo paskelbta SBU MF ir VDU MF (žr. p. 72 „Visuomenės sveikatos problemos fakulteto mokslo darbuose 1924–1938 m.“). Šioms užduotimis pasiekti taip pat remsimės publikacijų

<sup>6</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 175, ap. 31XB, b. 83-93.



statistika, lyginsime minėtų Vilniaus ir Kauno universitetų Medicinos fakultetų publikacijas.

Per produktyviausią Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto gyvavimo laikotarpį nuo 1924 iki 1938 metų Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto katedrose ir klinikose buvo išleistos 1577 mokslinės publikacijos (12 priedas). Iš jų: 218 (13,26 %) publikacijų buvo tarptautinės reikšmės, išleistos užsienyje, 332 (21,1 %) publikacijos pasirodė Vilniuje ir 1036 (65,7 %) publikacijos – įvairiuose Lenkijos miestuose<sup>7</sup>. Pagal tarptautinių publikacijų skaičių pirmavo Histologijos ir embriologijos, Bendrosios patologijos, Fiziologijos katedros. Tarp klinikų daugiausia tarptautinės reikšmės publikacijų paskelbė Otolaringologijos, Neurologijos ir Psichiatrijos klinikų darbuotojai.

Iš viso VDU MF išleido 648 mokslo publikacijas. Iš jų 60 (9,3 %) buvo tarptautinės reikšmės ir 588 (90,7%) buvo valstybinės reikšmės (išspausdintos Kaune).<sup>8</sup> Taigi lyginant SBU MF ir VDU MF pagal užsienyje paskelbtų publikacijų skaičių pirmavo SBU MF. Be abejonės, tam buvo objektyvių priežasčių. VDU MF dirbo mažiau itin kvalifikuotų mokslininkų – profesorių, docentų. Didelę jų dalį sudarė mokslininkai, specializaciją įgiję dažniausiai Rytų Europoje [17], savo atradimus jie dar tik pradėjo tarpukario Kaune. SBU MF mokslininkai dažnu atveju specializaciją dažnai buvo įgiję Vakarų Europos universitetuose, buvo daug pasiekę jau iki atvykdami į Vilnių, dažnai stažavo Vakarų Europos universitetuose bei užsienio valstybėse. Lyginant VDU MF ir SBU MF publikacijas pagal kryptis pastebima bendra tendencija – tarptautinių histologijos, fiziologijos tyrimų krypties publikacijų gausa. Taigi galime teigti, kad šios medicinos mokslų sritys klestėjo tiek Vilniuje, tiek ir Kaune.

Kadangi, kaip jau buvo minėta darbo įvade, tuo metu medicinos ir visuomenės sveikatos mokslo sritys nebuvo griežtai atskirtos tarpusavyje, daugelis SBU MF katedrų bei klinikų darbų gali būti priskirtini tiek gydomosios medicinos, tiek ir visuomenės sveikatos sritims. Atsižvelgdami į publikacijų statistiką ir kitus duomenis, charakterizuojančius bendrą SBU MF mokslinę veiklą, manome, jog tiek eksperimentinės medicinos, tiek preventinės medicinos srityse Vilniuje buvo aktyviai plėtojamas mokslinis darbas.

#### *4.2.2. SBU MF Higienos katedra ir fakulteto mokslinio darbo kryptys*

Svarbiu postūmiu medicinos ir visuomenės sveikatos mokslo raidai Vilniuje galėjo tapti prie Medicinos fakulteto planuotas atidaryti savarankiškas Veterinarijos skyrius. Veterinarijos mokslų tradicijos Vilniaus universiteto Medicinos fakultete siekė

<sup>7</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 3IXB, b. 84-95.

<sup>8</sup> Pirminiai duomenys: Meškauskas J. Lietuvos medicinos istorija. (Chicago) 1987: 730–762.



XIX a. Nuo 1806 m. veterinarija buvo dėstoma profesoriaus L. Bojanaus (Bojanus). Po 1832 m. ji buvo dėstoma atskirame Veterinarijos institute [154].

1919 m. vėl nuspręsta organizuoti veterinarijos studijas. Veterinarijos specialybė buvo reikalinga dėl kelių priežasčių. Vilniaus kraštas vis dar buvo agrarinis. Veterinarija buvo svarbi ne tik tiesiogine prasme – kalbant apie medicininę pagalbą naminiams gyvūnams, bet dar svarbesnė miesto sanitarijos, gyventojų sveikatos būklei gerinti. Buvo siekiama ruošti naujo tipo veterinarijos gydytojus, kurie turėtų ūkininkavimo ir pramonės veterinarijos žinių. Deja, dėl lėšų stygiaus veterinarijos skyrius taip ir nebuvo įkurtas. Tik 1930 m. higienos ir veterinarijos dalyką ėmė dėstyti Higienos katedra III kurso studentams [86]. Šiuo požiūriu Lietuvos universitetui pasisėkė labiau – iki 1928 m. reformos prie Medicinos fakulteto veikė Veterinarijos skyrius [17].

Visuomenės sveikatos mokslas neatsiejamas nuo Higienos katedros. Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedrą su tuo metu pažangiausia Lenkijoje Krokuvos Jogailaičių universiteto Higienos katedra siejo tiesioginiai ryšiai. 1894 m. Jogailaičių universitete įkurta viena pirmųjų Lenkijoje Higienos ir bakteriologijos katedra. Katedros įkūrėjas buvo žymus bakteriologas, Lenkijos mikrobiologijos pionierius, L. Pastero mokinyš profesorius Odonas Buivydas (Bujwid, 1857–1942). Vienas iš O. Buivydo mokinių buvo jau minėtas T. Janiševskis. 1921 m. pagal naują modelį pirmą kartą Lenkijoje buvo įkurtos dvi atskiros Higienos ir Bakteriologijos katedros. Higienos katedrai ėmė vadovauti profesorius K. Karafa-Korbutas, tačiau greitai gavo naują pasiūlymą, 1922 m. jis išvyko į Vilnių. Nuo 1939 m. Jogailaičių universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedrai trumpą laiką vadovavo iš Vilniaus atvykęs B. Novakovskis [155].

1922 m. K. Karafos-Korbuto iniciatyva atskiros higienos ir bakteriologijos katedros įkurtos ir Vilniuje, Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete [86]. Iki Antrojo pasaulinio karo higienos mokslas Lenkijoje vis dar skynėsi sau kelią. Iš penkių to meto medicinos fakultetų atskiras higienos katedras turėjo trys; viena tokių katedrų buvo Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete [156].

1923 m. Higienos katedra veikė Etmonų gatvėje, Analitinėje stotyje, nuo 1925 m. nuolatinei įsikūrė Antakalnio karo ligoninėje. Tai buvo atskiras pastatas, naudingas plotas sudarė 456 m<sup>2</sup>. Katedra turėjo biblioteką, 1928 m. joje buvo 625 tomai mokslinės literatūros, iš jų 98 tomai vokiško leidinio „Archiv für Hygiene“ (Higienos archyvas) – K. Karafos-Korbuto vadovaujama Higienos katedra rėmėsi vokiečių higienos mokslo tradicija [56]. Ryškiausias Vilniaus higienos mokyklos bruožas – ypatingas dėmesys darbo higienai [25]. Didelė dalis – apie trečdalis (19 iš 54) – katedros vedėjo publikacijų aptariamuoju laikotarpiu buvo skirta darbo higienai<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 175, ap. 31XB, b. 83-91.

Higienos katedroms teko svarbus vaidmuo prisidedant prie valstybinės sveikatos apsaugos strategijos Lenkijoje. Keičiantis socialinei-ekonominei padėčiai buvo peržvelgiami visuomenės sveikatos apsaugos mechanizmo ir higienos mokslo pagrindai, higienos katedrų struktūra ir funkcijos. Jau minėtas T. Janiševskis ne kartą akcentavo efektyvaus visuomenės sveikatos priežiūros mechanizmo kūrimo svarbą. Centralizuoto vandentiekio, kanalizacijos sistemos kūrimas, apgalvotas miestų planavimas turėjo užtikrinti miestiečių higieninių poreikių patenkinimą. Žmogiškojo kapitalo gyvenimo sąlygos, socialinė higiena ir socialinė medicina buvo svarbiausi T. Janiševskio sveikatos apsaugos sistemos akcentai [19]. Tai atsispindėjo ir Lenkijos universitetų politikoje, universitetų mokslininkų higienistų darbuose. Palengva ėmė kristalizuotis naujas požiūris į higienos mokslą.

Jau XIX a. medicinoje seną santykį „gydytojas–pacientas“ ėmė keisti naujas – „gydytojas–visuomenė“. Iki XX amžiaus pradžios Europoje higiena buvo suvokiama kaip pagalbinė bakteriologijos disciplina, tačiau toks modelis, remiantis Prancūzijos, Vokietijos pavyzdžiais, XX a. pradžioje Lenkijoje smarkiai sukritikuotas. Anot garsaus lenkų mikrobiologo L. Fleko (Fleck), neįmanoma suprasti socialinių faktorių, veikiančių žmogaus sveikatą, jei jie nėra tiriami kaip atskiras tyrimo objektas. 1919 m. Higienos ir bakteriologijos katedrų jungimą kritikavo garsus lenkų gydytojas ir medicinos istorikas A. Vžosekas (A. Wrzosek): „Higienos ir bakteriologijos mokslai turi skirtingas užduotis, todėl higienos ir bakteriologijos katedros neturėtų būti jungiamos. Jei katedros profesorius turi tirti ir higienos ir bakteriologijos problemas, higienos problemos [dėl laiko stokos] lieka neištirtos.“

Vis dėlto būta ir opozicijos balsų. Vienas įtakingiausių to meto higienos teoretikų M. Kaspazakas (Kacparzak) kritiškai vertino tuo metu susidariusią situaciją. Jis teigė, kad be specifinių medicinos žinių higiena negali būti laikoma atskiru mokslu, o kiekvienas gydytojas pagal savo išsilavinimą, esą, jau yra higienistas. Mokslininkas kritikavo valstybės tarnautojus higienistus dėl siauro jų higienos supratimo, vadino juos tiesiog administratoriais: „Tokie administratoriai, per klaidą tapę gydytojais, klaidingai mano, kad užsiimti higiena yra lengviau nei gydyti.“ Toks diletantiškumas iš dalies diskreditavo higieną kaip mokslą [25].

Neabejotinai svarbiausia SBU MF Higienos katedros asmenybe laikytinas Kazimieras Karafa-Korbutas. Todėl, charakterizuodami Vilniaus higienistų mokyklą, pradėsime būtent nuo jo veiklos. K. Karafa-Korbutas gimė 1878 m. Sibire, augo tremtinio šeimoje. Tėvas buvo 1863 m. sukilimo dalyvis, už tai visa šeima numalšinus sukilimą buvo ištremta į Lepsinską (Sibiras). 1906 m. K. Karafa-Korbutas baigė Sankt Peterburgo Karo medicinos akademiją, 1908 m. apgynė daktaro disertaciją „Šlapimtaklių svarba inkstų ligų etiologijai“. Nuo 1909 m. dirbo Sankt Peterburgo Karo medicinos

akademijos Higienos katedroje. 1913–1914 m. tobulinosi Pastero institute Paryžiuje, Vandens higienos institute Berlyne. 1914 m. gavo docento laipsnį Sankt Peterburgo medicinos akademijoje, nuo 1916 m. vadovavo akademijos Higienos katedrai. 1916–1917 m. mokslininkas dirbo karo fronte. 1919 m. buvo pakviestas į Vilnių. Per visą savo mokslinę karjerą profesorius paskelbė 125 mokslo publikacijas, iš jų 51 lenkų kalba, 7 vokiečių kalba, 2 prancūzų ir 65 rusų kalba [97].

Antra asmenybe pagal svarbą Vilniaus higienistų mokykloje reikėtų laikyti A. Safarevičių. 1896 m. Vilniuje jis baigė vidurinę mokyklą, vėliau išvyko studijuoti medicinos į Kijevą. 1903 m. baigė Kijevo universitetą, kurį laiką dirbo „žemių gydytoju“. 1905 m. Rusijos–Japonijos karo metu pašauktas į Rusijos armiją kaip karo gydytojas, tačiau greitai užsikrėtė dėmėtąja šiltine ir buvo atleistas nuo karo tarnybos. 1905 m. A. Safarevičius grįžo į Vilnių, ėmė dirbti greitosios pagalbos bei Pastero stotyse. Nuo 1908–1909 m. dirbo Sankt Peterburgo eksperimentinės medicinos institute ir Bakteriologijos laboratorijoje Varšuvoje [157].

1909 m. pabaigoje Vilniuje mokslininkas atidarė cheminę-bakteriologinę laboratoriją diagnostiniams medicininiams tyrimams. Čia dirbo iki Pirmojo pasaulinio karo. Be gydytojo veiklos, aktyviai dalyvavo ir visuomeninėje politinėje veikloje: nuo 1909 m. dvi kadencijas buvo Vilniaus miesto tarybos nariu, nuo 1914 m. – revizijos ir sanitarijos komisijų nariu. Prasidėjus karui mokslininkas vėl buvo pašauktas į Rusijos kariuomenę. Į Vilnių A. Safarevičius grįžo tik 1918 m. Toliau darbuotis laboratorijoje, kol 1919 m. pradžioje buvo areštuotas už „antibolševikinę veiklą“ – Vilniaus miesto gynybą. Kolegų pastangomis buvo paleistas. Nuo 1921 m. ėmė dirbti Antakalnio karo ligoninėje [98].

Higienos katedroje taip pat dirbo Janina Bortkevič-Rodzevičova, Kasperas Rymashevskis (Rymaszewski), Feliksas Kasperovičiaus (Kasperowicz), Edvardas Vyganovskis [64], Tadeušas Pavlas (Pawlas), B. Novakovskis [158], Ščepanas Kozlovskis (Kozlowski) [159]. Jų veiklą aptarsime kituose skyriuose.

Aprašomosios anatomijos katedra buvo viena svarbiausių ir stambiausių fakultete. Pirmuoju Aprašomosios anatomijos katedros vadovu dar 1919 metais tapo histologas Dr. Ježis Aleksandrovičius. 1920 metais jį pakeitė M. Reicheris ir vadovavo visą katedros gyvavimo laiką [86]. Pagal mokslo publikacijų skaičių ji priskirtina prie vidutinio produktyvumo katedrų, tačiau joje išleistų mokslinių publikacijų vertė buvo aukšta tiek regiono, tiek Europos kontekste. Aprašomosios anatomijos ir Topografinės anatomijos (nuo 1925 m. katedros sujungtos) katedros darbuotojai kartu išspausdino 53 publikacijas, 14 iš jų buvo tarptautinės reikšmės. Katedros publikacijos skelbtos Vokietijoje, Olandijoje, Prancūzijoje, kitose Europos šalyse vokiečių, prancūzų ir kt. kalbomis. 1925 m. M. Reicherio darbas „Žmogaus galūnių augimas nuo gimimo“

buvo išspausdintas Vokietijoje, Rudolfui Martinui (Martin, 1864–1925) skirtoje monografijoje „Žmonija“ (*Die Menschenkunde*) [160]. Katedroje taip pat dirbo Vitoldas Sylvanovičius (W. Sylwanowicz, 1901–1975). Jam priskirtini evoliuciniu požiūriu itin įdomūs neporinių kraujagyslių, taip pat antropologiniai, auksologiniai tyrimai [36]. Mokslininką siejo tiesioginės sąsajos su Lietuva – motina buvo lietuvė [43].

Per visą gyvavimo laikotarpį katedroje plėtoti antropologiniai, auksologiniai tyrimai. M. Reicherio nuopelnai evoliucinei medicinai svarbūs iki šiol – jo nustatytos embriono raidos stadijos patvirtina teorijas apie žmogaus ir kitų žinduolių embrionų panašumus. Kitas svarbus nuopelnas auksologijai – remiantis didele imtimi nustatytos embriono raidos normos išlieka svarbios kūdikių prenatalinės diagnostikos praktikai.

Viena produktyviausių fakultete laikytina Histologijos ir embriologijos katedra. Savo veiklą katedra pradėjo 1920 lapkričio 2d. Jai vadovavo J. Aleksandrovičius [49]. Nuo 1930 m. katedrai vadovavo S. Hileris. Katedros darbuotojai buvo išspausdintos 102 publikacijos, trečdalis jų – 32 buvo tarptautinės reikšmės. Katedros darbuotojai stažavo Prancūzijoje, JAV. Katedroje taikyti novatoriški metodai buvo nauji ne tik Europoje, bet ir pasaulyje. 1929 m. S. Hilerio darbuose buvo taikomas visai naujas Europoje – mikromanipuliacijos metodas, vos prieš kelerius metus sukurtas JAV [161]. Katedros vyr. asistentas S. Baginskis daug dėmesio skyrė tuberkuliozės prevencijai, taip pat analizavo Medicinos fakulteto ir valstybinių motinos ir vaiko sveikatos organizacijų veiklą Vilniaus mieste.

Šiandieniam visuomenės sveikatos mokslui Vilniuje svarbi ir Medicinos istorijos katedra. Medicinos istorijos ir filosofijos katedrų veikla buvo unikalus reiškinys to meto Europoje, pasaulyje. Tarpukario Lenkija išsiskyrė iš kitų kaip vienintelė valstybė, turinti tokias katedras. Medicinos filosofija buvo laikoma savarankiška disciplina. 1920 m. Krokuvos Jogailaičių universitete pirmuoju Europoje ir pasaulyje Medicinos istorijos profesoriumi tapo V. Šumovskis (Szumowski) [61]. 1922–1930 m. katedrai vadovavo Stanislovas Tšebinskis (Trzebiński). Po Tšebinskio mirties skyriui trumpą laiką dar yra vadovavę S. Vladyčka (Władyczko), J. Šmurla (Szmurło) [62], A. Vžosekas (Wrzosek) [162]. Katedroje nebuvo paskelbta tarptautinės reikšmės publikacijų, tačiau dalį katedros darbų galime laikyti vienais pirmųjų Europoje medicininės antropologijos tyrimų. Medicininės antropologijos klestėjimo laikotarpiu paprastai laikomas gerokai vėlesnis šeštasis dešimtmetis [163]. Šiandien Medicinos istorijos katedros (padaliniai) veikia daugelyje Lenkijos medicinos mokslo centrų, veikia ir Lietuvoje, Vilniuje.

Bendrosios biologijos katedrai vadovavo J. Vilčynskis (Wilczyński). Pagal išleistų publikacijų skaičių ir mastą ji buvo viena iš mažesnės reikšmės katedrų Medicinos fakultete. Katedros darbuotojai tyrė Vilniaus apylinkių vandens telkinių mikrofauną [164], taip pat užsiėmė lyginamosios anatomijos tyrimais [165]. Biologas J. Vilčynskis nevengė ir socialinės higienos, eugenikos tematikos [166].

Bakteriologijos katedrai vadovavo T. Gryglevičius. Priešingai nei VDU Medicinos fakultete SBU MF bakteriologijos katedrai nebuvo būdingi atskirų užkrečiamųjų ligų problemų tyrinėjimai, išskyrus pakankamai retas dizenteriją ir skleromą. Vilniuje buvo plėtojami serologiniai tyrimai, tobulinti užkrečiamųjų ligų diagnostikos metodai [167]. T. Gryglevičius ir otolaringologas J. Šmurla buvo vieni pirmųjų Lenkijoje, tyrę retą rytinėms vaivadijoms ir Rusijai būdingą ligą – skleromą [168].

Fiziologijos bei Fiziologinės chemijos katedros buvo formuojamos Krokuvos Jogailaičių universiteto pavyzdžiu [169]. Fiziologijos katedrai iš pradžių vadovavo iš Krokuvos atvykęs Ernestas Meidelis (E. Maydell), vėliau Marijanas Eigeris (M. Eiger, 1873–1939). Fiziologinės chemijos katedrai vadovavo J. Retingeris, vėliau M. Eigeris [86], M. Senkovskis (Seńkowski) [170], galiausiai V. Mozolovskis (Mozołowski) [50]. Svarbiausiais laikytini katedros nuopelnai tiriant vidaus organų pakitimus (patologijas), vėžio diagnostiką, vidaus organų navikines ligas [31]. Svarbiausi atlikti tyrimai Fiziologijos katedroje priskirtini M. Eigeriui [171], J. Hurynovičuvnai bei F. Grosmanui (Grossman). M. Eigeris Vilniuje tęsė savo mokytojo, pasaulyje pripažinto fiziologo N. Cibulskio darbus. 1895 m. N. Cibulskis kartu su L. Simonovičiumi atrado adrenaliną [43]. F. Grosmano tyrimas apie *pH* (rūgščių ir šarmų pusiausvyros) nustatymą žmogaus organizme fizikiniais metodais paskelbtas Kembriđe [172]. Reikšmingiausi darbai Fiziologinės chemijos katedroje priskirtini V. Mozolovskiui. Profesorius specializavosi tirdamas organizmo detoksikaciją, vėliau karines dujas. Jis laikomas Lenkijos fiziologinės chemijos pionieriumi [50].

Bendrosios patologijos katedrai vadovavo S. Tšebinskis, nuo 1926 m. – S. Šilingas-Siengalevičius [86]. Nuo 1930 m. katedrai vadovavo K. Pelčaras (K. Pelczar) [173]. Katedra buvo viena labiausiai nusipelnusių medicinos mokslams ir visuomenės sveikatai Vilniuje ir Vilniaus krašte. K. Pelčaro ir kitų medicinos fakulteto mokslininkų iniciatyva buvo įkurtas Vilniaus kovos su vėžiu komitetas bei Onkologijos institutas. K. Pelčaras laikomas Vilniaus onkologijos kūrėju [30] bei vienu iš Lenkijos onkologijos pradininkų [31]. Mokslininkas ieškojo natūralių organizmo atsparumo vėžinėms ligoms mechanizmų [30].

Visuomenės sveikatos mokslui buvo svarbus Medicinos fakulteto Farmacijos padalinys. Jame buvo pradėtas vadinamųjų naujo tipo farmaceutų (farmacininkų) rengimas. Vilniuje turėjo būti mokomi ne tik būsimi vaistininkai, bet ir farmacininkai mokslininkai, valstybės tarnautojai, sanitarijos specialistai, inspektorai.

To meto sveikatos apsaugos sistemoje svarbią vietą užėmė psichikos problemos. Socialine liga buvo laikomi psichikos sutrikimai. Todėl mūsų tyrimui svarbus to meto psichiatrijos klinikų darbo modelis. Nepaisant finansinių sunkumų fakulteto vadovybė nuo pirmųjų dienų stengėsi neatsilikti nuo to meto naujovių mokant medicinos. Viena

iš tokių naujovių buvo naujų mokslo disciplinų išskyrimas. 1923 m. Varšuvos universiteto pavyzdžiu Vilniuje buvo atidaryta atskira Psichiatrijos klinika [86].

Šv. Jokūbo ligoninėje buvo įsikūrusios I vidaus ligų ir neurologijos klinikos. Antakalnyje veikė II vidaus ligų, chirurgijos, vaikų ligų, dermatologijos, akių ligų, otolaringologijos, stomatologijos klinikos. Universitetui taip pat priklausė akušerijos ir ginekologijos klinika (Radvilų g.) bei psichiatrijos klinika (Vasaros g.). Klinikose plėtoti eksperimentiniai tyrimai, tačiau nemažoje dalyje tyrimų gvildentos ir visuomenės sveikatos problemos<sup>10</sup>.

Tarpukario Lenkijoje aukštas motinų mirštamumas dėl socialinių priežasčių buvo įvardytas socialine liga, todėl svarbu paminėti ir to meto akušerijos pasiekimus Vilniuje. Nuo 1922 m. akušerijos ir ginekologijos klinikai vadovavo V. Jakovickis. Nepaisant sunkių materialinių sąlygų jo vadovavimo laikotarpiu Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Akušerijos klinika tapo vienu svarbiausių šio mokslo centrų visoje Lenkijoje. Klinikoje buvo paskelbta mažiausiai 85 moksliniai straipsniai įvairiomis akušerijos-ginekologijos temomis. Klinikos vedėjas ir kiti klinikos gydytojai leido metodinę literatūrą, skirtą Vilniaus vaivadijoje dirbusiems bendrosios praktikos gydytojams, akušeriams. Buvo rengiami mokymai gimdyvių namuose gimdymą priimančiams akušeriams. Tai gerokai pakėlė tokios praktikos lygį rytinėse Lenkijos vaivadijose V. Jakovickio vadovėlis „Akušerinės operacijos“, parengtas pagal profesoriaus paskaitas, buvo naudojamas Vilniuje, Lvove, Varšuvoje [67].

#### *4.2.3. Medicinos studijos ir higienos kursas*

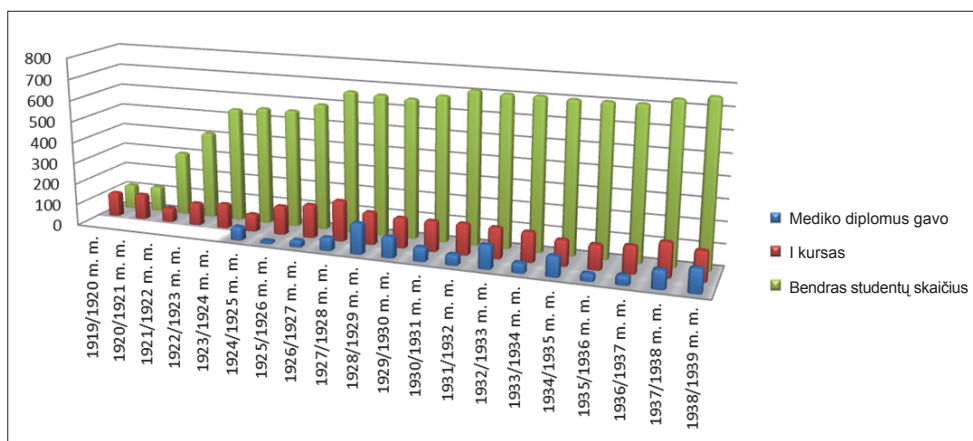
Pasiekimus medicinos ir visuomenės sveikatos mokslui ir praktikai verta panagrinėti didaktiniu aspektu. Medicina buvo laikoma prestižine specialybe Stepono Batoro universitete. Dauguma stojančiųjų neišlaikydavo konkursinių egzaminų. Nors medicinos fakultetas buvo nedidelis ir nuolat susidurdavo su finansiniais sunkumais, tačiau pasižymėjo aukšta studijų kokybe, kvalifikuotais pedagogais ir mokslo personalu [174]. Medicinos fakultetas tapo vienu stipriausių Lenkijoje. Studijos buvo sudėtingos, buvo rengiami plataus profilio gydytojai [43]. Profesoriai, turėję vadovauti katedrai ar klinikai, buvo atrenkami pagal rekomendacijas ir autoreferatus, darbų santraukas. Be dalykinių reikalavimų, asmuo, norintis vadovauti katedrai, turėjo nurodyti savo tautybę bei konfesiją [175]. Į Medicinos fakultetą daugiausia profesorių buvo pakviesta iš Krokuvos, Varšuvos, Lvovo [86].

Pirmaisiais mokslo metais Medicinos fakultete medicinos specialybės pradėjo mo-

<sup>10</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f.175, ap. IXB, b. 84–93.



kytis 115 studentų (9 pav.) [74]. Vėliau medicinos studentų skaičius laipsniškai augo – 1938–1939 mokslo metais fakultete vienu metu studijavo 756 medicinos studentai. Nuo 1919 iki 1939 m. fakultete kasmet vienu metu studijuodavo vidutiniškai 579 medicinos studentai. Kasmet į medicinos studijas buvo priimama vidutiniškai 120 pirmakursių, daugiausia studentų (191) buvo priimta 1927–1928 mokslo metais. Nuo 1924–1925 mokslo metų Medicinos fakultetas ėmė nostrifikuoti užsienyje įgytus diplomus asmenims, siekiantiems užsiimti gydytojo praktika Vilniuje ir jo apylinkėse [176].



9 pav. Studentų skaičiaus augimas SBU Medicinos fakultete 1919–1939 m.<sup>11</sup>

Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto studentų daugumą sudarė Šiaurės Rytų Lenkijos jaunuomenė [32] bei Rytų Lietuvos jaunimas. Nuo 1924 iki 1938 metų mediko diplomus gavo 1048 absolventai [176], kitais duomenimis – 1300 absolventų [32], tikėtina, į bendrą skaičių įskaitant ir nostrifikuotus diplomus.

1938 metais didžioji dauguma studentų buvo lenkų tautybės, 16,6 % sudarė žydų tautybės, 7 % – rusų tautybės, 1 % ukrainiečių tautybės, lietuvių tautybės studentai sudarė 1–3 % [32]. Iš anksto numatytos kvotos ir studentų pasiskirstymas pagal tautybes nebuvo atsitiktinumas. Pagal vadinamąjį *numerus clausus* principą ne lenkų tautybės studentams buvo taikomi apribojimai stoti į universitetą. Minėto pricipo taikymą galima aiškinti keliais aspektais. Viena vertus, toks principas buvo taikomas siekiant optimaliai išnaudoti materialinę bazę Medicinos fakultete, rengti iš anksto numatytą skaičių studentų. Medicinos fakulteto auditorijos buvo pritaikytos tam tikram ribotam skaičiui studentų (apie 100), jį viršijus būtų buvę pažeisti higienos reikalavimai. Kita vertus, studentų skaičius ribotas dar ir dėl to, jog buvo apskaičiuotas būsimų medikų poreikis atskirose vaivadijose; tokiu būdu buvo vengiama potencialios bedarbystės

<sup>11</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 3IXB, b. 254, l. 16.

tuo atveju, jei diplomuotas medikas po studijų tiesiog neturėtų kur įsidarbinti [177]. Galiausiai yra ir dar vienas paaiškinimas. Ketvirtą dešimtmečio pradžioje *numerus clausus* buvo taikomas siekiant „repolonizuoti“ universitetus, sumažinti kitataučių, ypač žydų tautybės, asmenų skaičių universitete [178].

Nuo 1921 m. Lenkijoje paskelbtas įstatymas dėl podiplominių studijų Medicinos fakulteto studentams. Studijų metu arba po studijų baigimo studentai turėjo atlikti metų praktiką ligoninėje. 1930 metais šios praktikos sąlygos sugriežtėjo. Kiekvienas gydytojas, norintis pradėti savo privačią praktiką, privalėjo pateikti dokumentus, įrodančius, jog jis atliko privalomą podiplominę praktiką ligoninėje, turinčioje ne mažiau kaip 200 lovų ir bent tris skyrius. Pastaroji nuostata labai pasunkino galimybes atlikti podiplominę praktiką dėl vienos paprastos priežasties – neturtingose vaivadijose (šiuo atveju ir Vilniaus vaivadijoje) tokių ligoninių buvo mažai. Taigi Medicinos fakulteto absolventai dažnai ilgą laiką likdavo be jokio pragyvenimo šaltinio [179]. Vadinasi, galime įžvelgti tam tikrų problemų siekiant įsidarbinti Vilniaus vaivadijoje, kurioje ligoninės pagal lovų skaičių buvo vienos mažiausių Lenkijoje. Tokia situacija sukūrė prielaidas gydytojų migracijai iš neturtingų Lenkijos vaivadijų į turtingesnes, turėjusias daugiau didesnių ligoninių.

Aptariamuju laikotarpiu Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete apginta 80 daktaro disertacijų ir 20 habilitacinių daktaro disertacijų. SBU MF higienos katedroje apgintos net dvi habilitacinės disertacijos: A. Safarevičiaus, J. Bortkevič-Rodzevičovos. Taip pat šioje katedroje buvo apgintos šešios daktaro disertacijos: A. Safarevičiaus, J. Bortkevič-Rodzevičovos, K. Rymaševskio, F. Kasperovičiaus, E. Vyganovskio, Š. Kozlovskio<sup>12</sup>.

Mūsų tyrimui svarbus klausimas yra Vilniuje dėstytas higienos kursas. Jis tuo metu buvo integruotas į bendrąsias medicinos ir farmacijos studijų programas, šį kursą išklausedavo visi studentai. 1922 m. Vilniuje pradėjus dėstyti higieną, atskiro higienos kursui skirtą vadovėlio Lenkijoje dar nebuvo, todėl mokyti studentus buvo sunku. K. Karafa-Korbutas pirmasis Lenkijoje ėmėsi nelengvos užduoties – sukurti Higienos vadovėlį aukštosioms mokykloms lenkų kalba. 1924 m. pavasarį remdamasis duomenimis, surinktais Anglijoje ir kitose Vakarų valstybėse, profesorius parašė pirmąjį „Higienos užrašų“ tomą, rudenį – antrąjį. 1925 m. dar kartą buvo išleistos abi šio vadovėlio dalys. Iki 1934 m. tai buvo pirmasis ir vienintelis higienos vadovėlis aukštosioms mokykloms Lenkijoje. 1934 m. kiek papildžius ankstesnius duomenis išleistas vadovėlis „Higiena: universitetinis kursas“ [56]. Vienas 1924 metais išleisto vadovėlio „Higienos užrašai“ egzempliorius saugomas Vilniaus universiteto bibliotekoje. Tikėtina, kad jis

<sup>12</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 175, ap. 3IX Cd, b. 208–309.



gali būti vienas iš nedaugelio – visuose bibliografiniuose sąrašuose ir literatūroje rašoma, jog toks vadovėlis imtas leisti 1925 metais.

1925 m. A. Safarevičiaus iniciatyva išleistas pagalbinis vadovėlis studentams „Sanitarijos užduotys“. Tais pačiais metais išleistas ir vidurinėms mokykloms skirtas K. Karafos-Korbuto higienos vadovėlis [56]. Tai buvo pirmieji higienos vadovėliai lenkų kalba, parašyti ne klinacistų, bet higienos specialistų, apėmė fizinės ir socialinės higienos problemas. Palyginimui: pirmasis higienos vadovėlis aukštosioms mokykloms lietuvių kalba, parengtas higienos specialistų, buvo išleistas tik po Antrojo pasaulinio karo – 1966 metais [181].

K. Karafa-Korbutas ne kartą pabrėžė higienos mokslo svarbą tarp kitų mokslų. Anot mokslininko: „Higienos mokslo pagrindas yra medicinos žinios, nes higiena nebūtų įmanoma, jei negalėtume atskirti, kas yra norma, o kas patologija. Todėl visi medicininiai dalykai, laikomi fundamentu klinikinei medicinai, yra pagrindas ir higienai. Nepaisant to, higienisto užduotis – matyti biologines problemas socialiniu aspektu, matyti ne pavienius reiškinius, bet procesus“ [182].

Tuo metu dėstyto kurso analizė leidžia mums tiesiogiai atskleisti to meto higienos mokslo ir jo perteikimo didaktinius pasiekimus. Higienos dalykai imti dėstyti nuo pat katedros įkūrimo (1922). Higienos kurso programoje buvo analizuojamos šios higienos mokslo sritys, objektai:

1. Statistikos pagrindai: statistinių tyrimų metodika, statistika ir gyventojų dinamika, gyventojų sergamumas;
2. Mityba: mitybos teisė ir normos, maisto produktai ir jų ruošimas;
3. Šilumos reguliacija organizme: žmogaus kūno temperatūros ekonomija, oras (jo sudėties ypatybės), fiziniai reiškiniai atmosferoje, klimatas, drabužiai;
4. Būstas ir aplinka: dirvožemis, bendroji statybų higiena, būstų ventiliacija, apšvietimas, šildymas, aprūpinimas vandeniu, nuotekų šalinimas, mirusiųjų laidojimas, miestų planavimas, socialinė higieninė būstų analizė.
5. Darbas ir profesija: ergonomikos pagrindai, mokyklų higiena, pramonės higiena, protinio darbo higiena, karo higiena.
6. Kova su užkrečiamosiomis ligomis: bendrosios profilaktikos pagrindai.
7. Socialinė higiena: higieninė motinos ir vaiko priežiūra, alkoholizmas, venerinės ligos, tuberkuliozė.
8. Eugenika ir rasinė higiena
9. Sveikatos apsaugos organizavimas ir sanitarijos įstatymų leidyba [183].

Greta teorinių užsiėmimų studentai turėjo galimybę praktiškai atlikti įvairias užduotis, tirti kiekvieną iš minėtų objektų: atlikti įvairius statistinius skaičiavimus, fizinius, cheminius matavimus, skaičiuoti tinkamą mitybos racioną konkrečioms atve-

jams, tirti maisto produktų kokybę, taip pat pastatus, orą, vandenį, drabužius, atlikti praktiką dezinfekcijos rūmuose, galiausiai rengti viešas paskaitas (pranešimus) socialinės higienos tematika [183]. Visgi higienos kursui tuo metu buvo skiriama mažai valandų: 80 valandų paskaitoms, 20 valandų pratyboms [130]. Arba savaitinės 4 valandos teorijai visus metus, papildomos 5 savaitinės valandos pratyboms pavasario trimestre [183]. Palyginimui VDU MF higienos kursui buvo skiriama 4 savaitinės valandos, 2 – teorijai, 2 – pratyboms [184]. Taigi higienos kurso programa Vilniuje ir Kaune pagal valandų skaičių tuo metu nedaug skyrėsi, Vilniuje ji buvo truputį platesnė.

Universitetinė higienos kurso programa turėjo ir trūkumų. Tuo metu Vilniuje, kaip ir visoje Lenkijoje, higienos kurso programa nebuvo siejama su bakteriologija. Žinios apie užkrečiamąsias ligas studentams buvo diegiamos kartu su vidaus medicinos kursu. Dėl šios priežasties medicinos fakultetų absolventai realių žinių apie užkrečiamųjų ligų prevenciją įgaudavo jau praktikos metu dirbdami ligoninėse [130].

1924 m. buvo sukurtas atskiras Farmacijos padalinys, kuris gavo savo teises ir patalpas Pilsudskio kolegijoje. Padalinys turėjo rengti net devynių specializacijų farmacininkus, trys iš jų buvo higienos krypties:

1. Diplomotas vaistininkas – jis turėjo dirbti vaistinėje;
2. Farmacininkas chemikas – gaminti vaistus, vadovauti vaistų fabrikams;
3. Botanikas farmakognostas – vadovauti vaistinių augalų auginimu užsiimančioms įstaigoms;
4. **Chemikas sanitarijos specialistas** – specializuotis ne tik farmakologijoje, bet ir higienos mokslo srityje tam, kad galėtų dirbti miestų administracijoje kaip chemikas, padedantis spręsti kanalizacijos, vandentiekio, dezinfekcijos, maisto produktų priežiūros ir kitus klausimus;
5. **Chemikas bakteriologas** – tirti vakcinas ir serumus;
6. Chemikas ekspertas – gaminti sudėtingus vaistus, serumus, vakcinas;
7. Chemikas-teismo medicinos ekspertas – padėti teisėsaugos įstaigoms;
8. **Farmacijos inspektorius** – nepriklausomai nuo medikų turėjo tirti vaistines;
9. Farmakologas – dirbti universitete mokslo tiriamąjį darbą. [86]

Atsižvelgiant į SBU MF parengiamų gydytojų skaičių (kiekvienas gydytojas išklaudavo ir higienos kursą) laikome svarbiu uždaviniu išsiaiškinti, kaip aptariamuoju laikotarpiu Vilniaus vaivadijoje pagerėjo medicinos pagalbos prieinamumas ir higienos žinių sklaida.

Gydytojo V. Tercijono duomenimis, Vilniaus kraštas pagal gyventojams tenkanti gydytojų skaičių užėmė vieną iš pirmųjų vietų Lenkijoje, konkuravo su Krokuvos, Lvo vo vaivadijomis. Tačiau gydytojų pasiskirstymas Vilniaus vaivadijoje buvo labai netolygus. 1931 m. didžioji dalis gydytojų teko Vilniaus miestui: 1 gydytojas 500 gyventojų,

o provincijoje daugiau kaip 1 mln. gyventojų [1,275 mln.] teko vos 117 gydytojų, arba 1 gydytojas 10,8 tūkst. gyventojų [52].

1938 m. Lenkijoje dirbo 12 592 gydytojai. Pietryčių vaivadijose dirbo 1368, Vilniaus vaivadijoje – 570 gydytojų (432 Vilniaus mieste), 205 dantų gydytojai. Dėl spartaus populiacijos augimo gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lenkijoje buvo vienas žemiausių Europoje (3,7/10 tūkst. gyv.). Žemesnis skaičius teko Lietuvai ir Suomijai (3,4/10000 gyv.). Vilniaus vaivadijoje šis skaičius buvo aukštesnis nei bendras Lenkijos vidurkis, siekė 4,6/10 tūkst. gyventojų. Didelė dalis Vilniaus vaivadijoje dirbusių gydytojų buvo SBU MF absolventai. Tačiau absoliuti dauguma – 70 % Pietryčių vaivadijose praktikavusių gydytojų dirbo privačiuose kabinetuose – teikė ambulatorinę pagalbą Vilniaus mieste. Dėl šios priežasties paprastus žmones, ypač kaimo, nuo gydytojų skyrė ekonominė praraja – tokios paslaugos buvo tiesiog per brangios. Kita problema buvo kultūrinė – net 29,1 % (13,7 % miestuose, 33,5 % kaimuose) Vilniaus vaivadijos gyventojų nuo 10 metų amžiaus pripažinti beraščiais, nemokėjo lenkų kalbos, todėl dažniausiai naudojosi liaudies gydytojų paslaugomis [18].

Fakulteto absolventų norą užsiimti išimtinai ambulatorine pagalba mieste iš dalies atskleidžia A. Safarevičius. Anot jo, gydytojai akušeriai, siunčiami dirbti į kaimus, turėtų būti labiau skatinami finansiškai, nes jie retai nori vykti dirbti į provinciją, kur darbas dažnai esti daug sunkesnis [185].

**Apibendrinant reikia** konstatuoti, kad Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto katedrose ir klinikose buvo aktyviai plėtojami medicinos ir visuomenės sveikatos mokslai. Fakultete apginta 100 daktaro disertacijų, iš jų 20 habilitacinių, o dvi habilitacinės ir penkios daktaro disertacijos apgintos Higienos katedroje. Higienos katedra parengė pirmąjį higienos vadovėlį lenkų kalba, vėliau išleisti ir kiti vadovėliai aukštosios ir vidurinės mokykloms. Vilniuje buvo įgyvendinta svarbiausia praktinė higienos mokslo vystymosi sąlyga – higienos ir bakteriologijos katedrų atskyrimas. Fakulteto studentai kartu su medicinos žiniomis lygiagrečiai buvo supažindinami su higienos pagrindais, tačiau jų sukauptas bakteriologijos žinių bagažas buvo nedidelis. Per aptariamąjį laikotarpį SBU MF parengė nemažą visų Vilniaus vaivadijoje dirbusių gydytojų dalį. Deja, dėl finansinių priežasčių fakulteto absolventams patogiau buvo rinktis dirbti privačiuose miesto ambulatorijose. Ambulatorinė pagalba buvo sunkiai prieinama neturtingiems ir neraštingiems, lenkų kalbos nemokantiems kaimo gyventojams. Griežti studentų praktikos reikalavimai sukūrė prielaidas Medicinos fakulteto absolventams migruoti į turtingesnes Lenkijos vaivadijas. Atsižvelgdami į visus šiuos faktus manome, kad neturtingos Vilniaus vaivadijos kontekste higienos žinių reikšmė buvo itin didelė, tačiau sklaida nepakankama.

#### 4.2.4. SBU MF finansinė padėtis ir reorganizavimas

Svarbus fakulteto veiklos aspektas – finansinė fakulteto būklė. Nuo pat Stepono Batoro universiteto susikūrimo dažnas jo veiklos leitmotyvas buvo lėšų stygius. Jau pirmuosius universiteto kūrėjų užmojus dėl finansinių sunkumų teko gerokai apkarpyti – vietoj dešimties planuotų fakultetų buvo sukurti tik šeši. Vyriausiojo universiteto vizijos architekto J. Pilsudskio planuose svarbiausia vieta buvo skirta humanitariniams ir menų fakultetams, kurie turėjo skleisti lenkų kultūrą. Kaip teigė J. Pilsudskis: „Turime elgtis taip, kad kiekvienas norėtų būti lenkas.“ Teisė, gamtos mokslai, medicina maršalo planuose tuo metu buvo mažiau svarbūs [34]. Tačiau praktinės aplinkybės kiek vėliau savaip pakoregavo situaciją.

1929–1933 metai Europoje ir pasaulyje buvo didžiosios ekonominės krizės metai. 1933-ieji buvo sunkūs metai ir Lenkijos universitetams, ekonominės krizės metais buvo įgyvendinta ilgai rengta švietimo reforma. 1933 m. rugsėjo 25 dienos Religijos ir švietimo ministerijos nutarimu nr. 221 visi Lenkijos universitetai buvo priversti uždaryti arba sujungti su kitomis dalį savo katedrų. Nutarimas labiausiai paveikė humanitarinių specialybių katedras, tačiau nukentėjo ir socialiniai bei gamtos mokslai [186]. Stepono Batoro universitete reorganizuotos Bendrosios biologijos katedra, Neurologijos ir Psichiatrijos klinikos: Bendrosios biologijos katedra buvo perduota Matematikos ir gamtos mokslų fakultetui, o Neurologijos ir Psichiatrijos klinikos buvo sujungtos [30].

Reorganizacijos neišvengė ir nuo pat fakulteto sukūrimo puoselėtas savarankiškas Farmacijos padalinys prie Medicinos fakulteto. Viešame Stepono Batoro universiteto Medicinos mokslininkų kreipimesi buvo pareikštas didelis pasipiktinimas tokiais veiksmais, nes tai, esą, menkino fakulteto mokslo lygį. Psichiatrijos ir neurologijos disciplinų atskyrimas buvo svarbus pirmosios iš šių disciplinų vystymuisi, o biologija ilgus metus buvo tarp kertinių medicinos fakulteto disciplinų. Farmacijos padalinys buvo svarbus tiek mokslinė, tiek kultūrinė, netgi ekonomine prasme. Kvalifikuoti Stepono Batoro universiteto farmacininkai Vilniaus vaivadijoje sudarė didelę dalį visų vaistinininkų ir farmaceutų. Aukštas farmakologijos mokslo lygis buvęs pavyzdžiu kitoms Lenkijos vaivadijoms ir kaimyninėms valstybėms. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto farmaceutai kasmet sudarydavo 40 iš 250, t. y. beveik 1/5 visų Lenkijoje parengiamų farmacininkų. Rytinėse vaivadijose tai buvo vienintelis toks padalinys. Galiausiai farmacija tiesiogiai siejosi ir su vietos gyventojų ūkine veikla: neturtingi Vilniaus krašto gyventojai, ypač moterys, nuo seno savo pajamas papildydavo parduodamos surinktas vaistažoles [186].

Didelė žala medicinos mokslo lygiui Vilniaus krašte buvo Pirmųjų vidaus ligų klinikų (Šv. Jokūbo ligoninė) atėmimas (1933 m.) iš Medicinos fakulteto. Šv. Jokūbo ligo-

ininė universitetui buvo perduota dar trečiojo dešimtmečio pradžioje. Joje nuolat dirbo fakulteto specialistai, praktikavosi būsimi gydytojai. Ligoninės pastatai buvo prastos būklės, remontas reikalavo nuolatinių vietos savivaldos institucijų bei Socialinės apsaugos ministerijos dotacijų. Galiausiai, argumentuojant lėšų stygiumi, nuspręsta nebepratęsti seniūnijos ir Stepono Batoro universiteto sutarties. Tai turėjo tiesioginę įtaką mokymo proceso sumenkimui, nes studentai neteko daug praktikos galimybių [186].

Nepakankamas Medicinos fakulteto finansavimas galėjo paskatinti dalį mokslininkų palikti universitetą. 1926 m. pabaigoje Histologijos ir embriologijos katedros vedėjas J. Aleksandrovičius pareiškė, kad „esant dabartinei Histologijos katedros būklei negalima nei vaisingai dirbti, nei mokyti kitų“ [41]. Nežinome kitų galimų motyvų, tačiau jau 1929 m. jis persikėlė į Lvovą, kur pradėjo vadovauti Veterinarijos akademijos Histologijos ir embriologijos katedrai [187]. Tačiau finansavimas anaipol nebuvo vienintelis mokslo lygį lėmęs veiksnys. Bendrosios patologijos katedros inventorius finansine prasme 1929 m. buvo įvertintas trigubai mažiau nei Histologijos ir embriologijos katedros [188], o mokslo lygiu Bendrosios patologijos katedra pastarajai anaipol nenusileido.

Sunkią fakulteto finansinę būklę rodo ir tai, kad daugelis fakulteto katedrų ilgą laiką buvo priverstos kraustyti į senus, ne visada studijoms ir gydymui tinkamus pastatus. 1919 m. bendras Anatomijos katedros patalpų plotas Sniadeckio (Śniadecki) kolegijoje sudarė 1000 m<sup>2</sup>. Kabinetai, mokymo salės buvo išsibarsčiusios pastate pagal turėtas galimybes. Patalpose nebuvo nei centrinio šildymo, nei šilto vandens sistemos. Prozektoriume dažnai dingdavo elektra ir ištisomis valandomis tekdavo dirbti žvakių šviesoje [36]. Pastatas Pilies gatvėje nr. 11, kur buvo įsikūrusi Antropologijos ir priešistorės katedra (kai kurios kitos SBU MF katedros), netiko mokymui ir juo labiau muziejui. Žiemą patalpose buvo šalta, į vieną iš salių patekdavo vanduo [189].

Nepavydėtina padėtis buvo ir klinikose. Chirurgijos klinikose nuo pat įkūrimo iki jų veiklos pabaigos nuolat trūko lėšų mokymo inventoriui, remontui bei medicininiams prietaisams [45]. Ginekologijos ir akušerijos klinikų patalpos ilgainiui tapo tiesiog per ankštos sutalpinti visas pacientes [190]. Ilgą laiką nebuvo dezinfekcijos skyriaus, o tai didino gimdyvių karštinės riziką [89, 90].

Ketvirtojo dešimtmečio antroje pusėje finansinė fakulteto būklė ėmė keistis. Praktinės aplinkybės, nenumatytos universiteto kūrėjų, ilgainiui padiktavo savas realijas. Humanitarinės specialybės tarp to meto jaunimo, ypač vaikinių, nebuvo laikomos perspektyviomis, todėl daugiau nei 80 procentų humanitarinių ir menų specialybių studentų sudarė merginos. Visgi humanitarinių specialybių studentai tarp visų universiteto studentų tebuvo mažuma. Didžioji dalis universiteto studentų karjeros perspektyvas, garantuotą finansinę gerovę siejo su teisės mokslais ir medicina [34]. Laikotarpio pa-

baigoje Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultetas pagal baigusią studentų medikų skaičių nusileido tik Varšuvos ir Poznanės universitetams [18].

Teorinių Medicinos fakulteto katedrų darbo sąlygos pagerėjo 1934 m. atidarius naująjį anatomikumą, į kurį įsikėlė Anatomijos, Histologijos ir embriologijos katedros, patalpas Čartoryskių kolegijoje palikdamos kitoms katedroms [191].

1931 m. įkurta Medicinos fakulteto biblioteka. Tuo metu biblioteką sudarė 10 tūkst. pozicijų. Bibliotekoje imti rinkti SBU MF bei kitų universitetų mokslininkų darbai. Bibliotekai vadovavo S. Hileris [192]. Dalies fakulteto plėtros planų taip ir nespėta įgyvendinti dėl kitų priežasčių. 1938 m. planuota pradėti naujų universiteto klinikų statybas Vingio parko teritorijoje, deja, 1939 kilęs karas sužlugdė visas viltis [32].

Paskutinis šiame skyriuje aptartinas klausimas – lenkiškojo Stepono Batoro universiteto perėmimas 1939 metais. Čia sieksime aptarti tik kai kuriuos svarbesnius iki tol menkai nagrinėtus akcentus, susijusius su universiteto ir Medicinos fakulteto reorganizacija, medicinos ir higienos mokslo žinių perimamumo klausimais.

Nagrinėdami šiandienius Stepono Batoro universiteto vertinimus, galime susidurti su nuomone, esą, lenkų profesorai po 1939 m. nepasiliko universitete dėl išimtinai tautinių motyvų. Prof. I. Končiaus vertinimai skamba taip: „Lenkų profesorai nepanoro dirbti Lietuvos perimtame Vilniaus universitete. Jie pademonstravo gal net daugiau, negu norėjo: parodė savo nepakantumą senai ir garbingai Vilniaus universiteto istorijai <...> Siauras požiūris akivaizdus. Nenoriu taikyti dabar nemandingos sąvokos *nacionalistinis požiūris*. Juk lietuvių paniekinimas šiuo atveju akivaizdus“ [38]. Tačiau sunkoka būtų sutikti, kad šis teiginys taikytinas visiems be išimties. Viena svarbiausių išimčių galėtų būti Medicinos fakulteto dekanas M. Reicheris.

1939 m. rudenį prasidėjo Antrasis pasaulinis karas. Dar vasarą universitetui buvo atsiųsti nesuprantami nurodymai skubiai išvežti visus optinius prietaisus ir kitą inventorių į Varšuvą ir ruošti evakuacijai. Rugsėjo 6 d. M. Reicheris kelioms dienoms turėjo išvykti į Varšuvą. Planus grįžti į Vilnių sujaukė rugsėjo 17 d. nustatyta demarkacinė linija tarp valstybių sąjungininkių ir Vokietijos. Šios linijos kirsti nebuvo galima, nustojo kursuoti traukiniai maršrutu Varšuva–Vilnius. Mokslo metai prasidėjo be profesoriaus. Tačiau neilgai trukus pasklido žinia, kad M. Reicheris su žmona grįžta į Vilnių. Grįžo jie po kelių mėnesių, nes keliavo arklių traukiamu vežimu. Profesorius kaip ir anksčiau skaitė paskaitas, tačiau ramios dienos truko neilgai [36].

1939 m. spalio 10 d. Vilnius gražintas Lietuvai. O gruodžio 15 d. Vilniaus universitetas reorganizuotas, jo turtas, taip pat ir sukauptas Stepono Batoro universiteto laikais, buvo paskelbtas Lietuvos nuosavybe. Kaip rašo Anatomijos katedros adjunktas V. Sylvanovičius, profesoriui M. Reicheriui ir katedros personalui nebuvo leista pasiimti nei universiteto knygų, nei mokslinės medžiagos, net rankraščių. Teko viską atiduoti

naujajai valdžiai [36]. Lietuviškoje istoriografijoje teigiama, kad universiteto turta, esą, buvo galima pasiimti, jei dokumentais bus įrodytos jo nuosavybės teisės. Tam tikros išimtys buvo padarytos Matematikos ir Gamtos mokslų fakultetams [41]. Deja, kokios buvo tos išimtys, minėtoje literatūroje nenurodoma.

Nepaisydamas sunkių sąlygų M. Reicheris liko Vilniuje tęsti savo tyrimų. Kaip rašo V. Sylvanovičius, profesorius tiesiog negalėjo palikti savo ilgamečio darbo, rašė į „stalčių“. Mokslininkas vylėsi kada nors vis tiek paskelbti šiuos darbus spaudoje [36].

Karo metais Vilniuje liko ir vienintelis SBU MF Higienos katedros darbuotojas F. Kasperovičius. Mokslininko dėka tarpukario laikotarpiu sukurtos sanitarinės-epidemiologinės priežiūros institucijos sėkmingai plėtotos Antrojo pasaulinio karo metais. 1941 m. F. Kasperovičius buvo paskirtas Vilniaus miesto sanitarijos ir epidemiologijos stoties vedėju. Iki 1945 m. jis sėkmingai vadovavo stočiai, tuo metu įstaiga plėtėsi, daugėjo darbuotojų. Lyginant su tarpukariu turėtais ištekliais šioje stotyje dirbo maždaug trigubai daugiau darbuotojų, buvo ištobulinta dezinfekcijos ir dezinfekcijos technika [193].

Kalbant apie realias galimybes integruotis į lietuvišką universitetą, akivaizdu, kad pasilikti lenkų mokslininkams galėjo trukdyti kalbos barjeras. Terminologijos problemą medicinoje dalinai išsprendė lotynų kalba, unifikuoti terminai. Visgi to meto lenkų medikų darbuose galima rasti tikrai daug tik lenkų kalbai būdingos terminijos [52]. Kaip ir kiti aspektai, šios situacijos vertinimai Lietuvos ir Lenkijos mokslininkų darbuose išsiskiria kai kuriais niuansais.

Be M. Reicherio, po 1939–1940 m. universiteto pertvarkymų Vilniuje pagrindyje liko dirbti V. Sylvanovičius, S. Hileris bei S. Baginskis. Pastarųjų veikla Lietuvos istorikų vertinama kaip noras atkurti lenkišką universitetą. Konstatuojama, kad buvo vedamos derybos dėl paskaitų skaitymo lietuvių, lenkų, gudų kalbomis naujajame universitete, pastarieji siūlė įvesti skyrius, kuriuose būtų dėstoma lenkiškai [41]. Lenkijos mokslininkų darbuose galime rasti kiek kitokių akcentų. Teigiama, jog lietuvių valdžia nuo pat pradžių buvo neigiamai nusistačiusi lenkiškojo universiteto ir jo darbuotojų atžvilgiu, net neketino vesti jokių derybų [39]. I. Končius savo ruožtu teigia, kad neigiamai lietuvių atžvilgiu buvo nusistatę ir arogantiškai elgėsi lenkų profesoriai [37]. P. Losovskis pateikia itin radikalius susiklosčiusios situacijos vertinimus. Jo nuomone, 1939 m. Vilnių susigrąžinusi Lietuva „griebėsi forsuiotos lituanizacijos politikos“ [35]. Taigi, atsižvelgiant į abi puses tikrai aišku tik viena – universiteto perėmimo procesas buvo komplikotas.

Kita, daug didesne problema reikėtų laikyti sovietų ir nacių okupacijas, kurios dėl objektyvių priežasčių galėjo labai pasunkinti tiek universiteto, tiek viso mokslinio palikimo perėmimą. Sovietams okupavus Vilniaus kraštą, ten veikusi visuomenės sveikatos



sistema buvo sugriauta. Sovietai Lietuvai grąžino tik 1/6 Vilniaus vaivadijos teritorijos. Sveikatos reikalais besirūpinančių institucijų tinklas buvo suardytas. Per trumpą laiką sovietai savo įsakymais spėjo pakeisti iki tol galiojusią tvarką, susijusią su sveikatos priežiūra [17]. Taigi medicinos ir visuomenės sveikatos mokslo raida buvo sustabdyta, o sveikatos apsaugos institucijų raida kuriam laikui nutraukta.

Fakulteto mokslininkų likimas dramatiškas – dalis jų žuvo dar karo metais, kiti – Lenkijos ir Europos universitetuose pasiekė mokslo aukštumų. 1939–1941 m. vyko masiniai susidorojimai su Lenkijos inteligentija. 1939 m. sovietų buvo suimti, mirė nelaisvėje ginekologas V. Jakovickis, Vilniaus miesto prezidentas gydytojas V. Maleševskis. 1943 m. Paneriuose buvo sušaudytas K. Pelčaras [18]. Katynėje buvo nužudytas K. Rymaševskis [194]. Į sovietinius lagerius išvežtas histologas J. Aleksandrovičius. Vėliau buvo paleistas [32].

Po Antrojo pasaulinio karo didelė dalis Stepono Batoro universiteto mokslininkų tapo naujų katedrų, klinikų ar net atskirų medicinos mokslo įstaigų kūrėjais ir vadovais. Škotijoje, Edinburge, buvo sukurtas Lenkų universitetas su Medicinos fakultetu, tarp jo kūrėjų buvo histologas Janas Krušinskis (Krusziński) bei higienistas B. Novakovskis. Grįžęs iš Edinburgo B. Novakovskis tapo pirmuoju Silezijos medicinos universiteto rektoriumi. Histologas Ježis Aleksandrovičius dirbo Jūros biologijos laboratorijoje Plimute, Anglijoje. J. Krušinskis persikėlė į Liverpulio universitetą [31].

Vilniaus neurologė J. Hurynovičuvna Torūnės Mikalojaus Koperniko universitete, Matematikos ir Gamtos mokslų fakultete ėmė vadovauti Neurofiziologijos ir fiziologijos katedrai. Lodzėje, Karo medicinos akademijoje, atskiroms katedroms / klinikoms ėmė vadovauti histologas S. Baginskis, farmakologas Janas Mošynskis (Moszyński), laringologai J. Šmurla, dermatologas M. Mienickis, Benediktas Dylevskis (Dylewski, 1894–1965). Liublino medicinos akademijos prorektoriumi ir Patologinės anatomijos katedros kūrėju tapo Stanislovas Marburgas (Marburg). Balstogės medicinos akademijos Bakteriologijos katedros vedėju tapo Stanislovas Legiežinskis (Legiežiński). Krokuvos Jogailaičių universiteto Pediatrijos katedrai ėmė vadovauti Vladislovas Bujakas (Bujak), o Radiologijos katedrai – A. Januškevičiaus sūnus Stanislovas Januškevičius (Januszkiewicz, 1903–1979). Varšuvoje Medicinos universitete savo katedras sukūrė Ana Kauberš-Marynovska (Kaubersz-Marynowska), ginekologas Vaclavas Zaleskis (Zaleski) ir anatomas V. Sylvanovičius [32].

Daugiausia Stepono Batoro universiteto mokslininkų susitelkė Gdansko medicinos universitete. Naujas katedras sukūrė ir joms vadovavo anatomas M. Reicheris, histologas S. Hileris, dermatologas T. Pavlas, biochemikas V. Mozolovskis, chirurgas K. Micheida. Į Gdanską iš Liublino persikėlė ir naują katedrą sukūrė Ignacas Abramovičius (Abramowicz, 1890–1982) [31].



**Apibendrinant** konstatuotina, kad Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto materialinė bazė ir dėstytojų kolektyvas susiformavo maždaug ketvirtą dešimtmečio pradžioje. Fakultete ir klinikose buvo aktyviai plėtojamas įvairių sričių mokslinis darbas, tarp kitų sričių ir higienos mokslas. Fakulteto finansinė padėtis buvo sunki. Per 1919–1939 m. laikotarpį fakultete buvo parengta per 1000 gydytojų. Vilniaus miestas Lenkijoje pirmavo pagal 10 tūkst. gyventojų tenkantį gydytojų skaičių, deja, provincijoje gydytojų trūko. Sąlygos miesto ir universitetinėse ligoninėse buvo prastos, kai kuriais atvejais antisanitarinės. 1939 m. universitetas buvo reorganizuotas, o iki tol gyvavusi sistema buvo sugriauta sovietų valdžios. Stepono Batoro universiteto mokslininkai ženkliai papildė Lenkijos ir Europos aukštąsias mokyklas ir kitas mokslo įstaigas, tačiau darė reikšmingą įtaką ir vėlesnei Vilniaus sanitarinės-epidemiologinės stoties veiklai.

#### *4.2.5. SBU MF ryšiai su medicininę-socialinę pagalbą teikusiomis organizacijomis ir higienos mokslo sklaida Vilniuje 1922–1939 m.*

Šiame poskyryje atskleisime SBU MF mokslininkų ryšius su vietos valdžios institucijomis kaip prielaidas daryti tiesioginę ir netiesioginę įtaką visuomenės sveikatos būklės gerėjimui Vilniaus krašte.

Lenkijos universitetai buvo autonomiškos mokymo įstaigos, atsakingos už švietimą. Universitetai buvo atskaitingi Religijos ir švietimo ministerijai. Nei laikinajame Stepono Batoro universiteto statute [197], nei vėlesniuose projektuose, nei kitų Lenkijos universitetų statutuose nebuvo numatyti universiteto ir vietos valdžios, centrinės valdžios bendradarbiavimo pagrindai visuomenės sveikatos būklės gerinimo srityje [198]. Vis dėlto Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai prisidėjo prie visuomenės sveikatos būklės gerinimo teoriniais tyrimais bei praktine veikla.

Viena iš svarbiausių institucijų, tiesiogiai atsakingų už miesto gyventojų sveikatos būklę, buvo Mitybos ir maisto produktų tyrimų stotis prie Vilniaus miesto savivaldybės. Pirmą kartą miesto sanitarijos laboratorijos klausimas iškilo dar XIX a. pabaigoje, 1898 m. ėmus reformuoti miesto sanitarijos sistemą. Miesto taryba surinko specialią komisiją, kuri turėjo sukurti instituciją, atsakingą už sanitarijos būklę mieste. 1908 m. Vilniuje buvo įkurta miesto analitinė stotis. Jos funkcijos tuomet apėmė cheminius tyrimus, taip pat pieno ir vandens tyrimus [103].

Miesto analitinė stotis 1925 m. buvo perkelta į Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedrai priklausančias patalpas. Jai ėmė vadovauti K. Karafa-Korbutas. 1928 m. stotis buvo sugrąžinta į savo pirminę vietą – Etmonų gatvę 3, tačiau jau į erdvesnes patalpas. Tai pat buvo pakeistas pavadinimas, praplėstos funkcijos. Nuo 1928 m. stotis pervadinta į Miesto mitybos tyrimų skyrių. Nuo 1930 m.

skyriui ėmė vadovauti kitas Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros mokslininkas – A. Safarevičius. 1931 m. skyrius pavadintas Miesto mitybos ir maisto produktų tyrimų laboratorija. Ji užėmė visą aukštą su devyniais kambariais. Laboratorijai priklausė du skyriai: chemijos ir bakteriologijos. Personala sudarė: vadovas gydytojas higienistas, Stepono Batoro universiteto Higienos katedros asistentas, du magistro diplomus turintys chemikai bei vienas greitosios pagalbos darbuotojas. Laboratorijos inventoriaus sąrašas nuo 1909 m. iki 1933 m. išaugo nuo 85 iki 634 pozicijų. Nuo pirmųjų laboratorijos gyvavimo metų iki 1933 m. atliekamų tyrimų padaugėjo nuo 316 iki 10 476 [103].

1933 m. laboratorijos tyrimų lauką galima buvo skirstyti į dvi pagrindines kryptis: maisto produktų mėginių tyrimai ir techniniai tyrimai pagal atskirų miesto institucijų, fizinių asmenų užsakymus. Pirmoji tyrimų grupė buvo atliekama bendradarbiaujant su miesto sanitarijos bei veterinarijos gydytojais ir sanitarijos auditoriais. Tyrimai apėmė miesto turgaviečių, maisto produktų gamybos cechų, maisto paskirstymo įstaigų, ligoninių kontrolę. Buvo tiriami pieno produktai, kepiniai, mėsa, mėsos gaminiai, šulinių vanduo. Taip pat [chemiškai] buvo tiriamas kuras, akumuliatorių rūgštys, alyvos, dezinfekcijos rūmų įranga, muilas bei prausikliai viešose miesto pirtyse, miesto vaistinėse parduodami vaistai [103].

Stepono Batoro universiteto higienos katedros darbuotojai aktyviai dalyvavo įvairių mokslinių organizacijų, daugiausia higienistų, veikloje, rūpinosi higieniniu visuomenės švietimu. Nuo 1923 iki 1930 m. katedros vedėjas K. Karafa-Korbutas buvo Varšuvos higienos draugijos Vilniaus skyriaus prezidentu, A. Safarevičius – minėtos draugijos sekretoriumi. 1928 m. K. Karafa-Korbutas tapo Valstybinės darbo saugos tarybos bei tarptautinio Darbo higienos biuro nariu, 1931 m. buvo išrinktas Savivaldybių sveikatos komisijos nariu, 1935 m. dirbo Darbo reikalų institute Varšuvoje. Nuo 1933 m. A. Safarevičius tapo Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcijos vertintoju, nuo 1934 m. buvo deleguotas į Vyriausius gydytojų rūmus Varšuvoje, 1935 m. ėjo minėtos organizacijos prezidento pareigas. 1936 m. A. Safarevičius teikė pasiūlymus miesto kanalizacijos sistemos plėtros projektams. 1927 ir 1938 m. Higienos katedros mokslininkai Rokfelerių fondo lėšomis keliavo po Vakarų Europos šalis, siekdami susipažinti su naujausiais higienos mokslo laimėjimais, socialinės higienos idėjomis [199].

1933 m. Lenkijos gydytojų metraštyje pateikiami duomenys leidžia susidaryti išsamų vaizdą apie universiteto mokslininkų dalyvavimą Vilniaus vaivadijos sveikatos priežiūros sistemoje. Vaivadijos sveikatos centrui vadovavo II SBU MF klinikų gydytojas H. Rudzinskis, Vilniaus magistrato sveikatos sekcijai – A. Safarevičius, Miesto maisto tyrimų laboratorijai – taip pat A. Safarevičius, vėliau F. Kasperovičius. Vienas iš trijų miesto sanitarijos gydytojų buvo SBU MF higienistas K. Rymaševskis. Medicinos

istorijos ir filosofijos asistentė Stefanija Dzekevičuvna (Dziekiewiczówna) dirbo prieglaudų gydytoja. Vilniaus-Naugarduko gydytojų rūmams vadovavo fiziologas E. Čarneckis, Žydų ligoninei – psichiatras Abrahamas Viršubskis (Wirszubski, 1871–1943), Navikinių ligų tyrimo ir gydymo poliklinikai – K. Pelčaras. Jau minėta S. Dzekevičuvna dirbo ir kaip viena iš rajono gydytojų ligonių kasose. Antakalnio ligonių kasų poliklinikoje dirbo patologas S. Marburgas. Viename iš miesto sveikatos centrų dirbo vaikų ligų klinikos gydytojas Janas Zienkevičius (J. Zienkiewicz). Tos pačios klinikos gydytoja Persė Lidzka (Lidzka) vadovavo miesto 2-ajai Motinos ir vaiko stočiai [200].

1933 m. Vilniuje, įskaitant miesto ligonines, veikė dvidešimt devynios Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcijai pavaldžios institucijos, tiesiogiai ir netiesiogiai atsakingos už visuomenės sveikatos būklę mieste, septyniolikoje iš jų dirbo SBU MF gydytojai. Likusią institucijų dalį sudarė privačios klinikos bei įvairios ambulatorijos, taip pat veikė Gydytojų rūmai bei ligonių kasos. Taigi daugiau nei pusėje Vilniaus vaidijoje ir mieste veikusių sveikatos priežiūros institucijų dirbo SBU MF specialistai.

Šiandien galime kelti svarbų klausimą, kokią dalį medikų Vilniuje sudarė lietuviai. Anot K. Micheidos, Vilniuje lietuvių gydytojų buvo gana daug, dalis jų dalyvavo Vilniaus medicinos draugijos veikloje, kaip antai gydytojas Vytautas Legeika (Legiejko, 1882–1953). Tarp medicinos studentų lietuvių buvo labai nedaug, mažai lietuvių (bent jau tokių, kurie nemokėjo lenkiškai, rusiškai) buvo ir tarp pacientų [177]. Tarp SBU MF Stomatologijos poliklinikos darbuotojų galime rasti lietuvišką daktaro Stasio Čepulio pavardę [originale Czepulis, Czepulaniec]. Stomatologijos klinikoje dirbęs S. Čepulis atliko osteomieliito, pūlinio dantų uždegimo tyrimus [145]. Lietuvių klinikoje dirbo gydytojai Danielius Alseika (1881–1936) ir V. Legeika [200].

Jau pirmuoju Medicinos fakulteto ir klinikų kūrimosi etapu susiklostė Stepono Batoro universiteto ir vietos valdžios bendradarbiavimas. Pirmuoju svarbiu Stepono Batoro universiteto partneriu tapo karinė vadovybė. 1920 m. buvusi karo ligoninė Antakalnyje buvo perduota Stepono Batoro universiteto globai [86]. SBU MF ir Vilniaus miesto seniūnijos ir magistrato bendradarbiavimas miesto ligoninių klausimais buvo antrasis žingsnis. Vilniaus miesto gyventojai buvo svarbi mokomoji medžiaga fakulteto klinikų gydytojams, o Vilniaus miesto sveikatos sekcija buvo suinteresuota, jog miesto ligoninėse dirbtų kvalifikuoti, universitetinį išsilavinimą turintys gydytojai ir slaugės (slaugės taip pat buvo rengiamos prie SBU MF). 1924 metų vasarą Stepono Batoro universitetui buvo perduota Vilniaus miesto Šv. Jokūbo ligoninė. Materialinė bazė naudojimo teise atiteko vyriausiajam ligoninės gydytojui kartu ir universitetui, tačiau išliko magistrato žinioje. Ligoninės personalo: slaugių, gydytojų rengimo ir priežiūros klausimai patikėti Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultetui. Panašios sutartys buvo sudarytos ir su kitomis miesto ligoninėmis [186].

Svarbus Stepono Batoro universiteto nuopelnas praktinių visuomenės sveikatos institucijų vystymuisi Vilniaus krašte buvo keletas podiplominių kursų miesto bei Vilniaus ir kitų vaivadijų gydytojams, sveikatos priežiūros srities pareigūnams. Medicinos fakultete rengiami kursai suteikė galimybių bendrosios praktikos ir pagalbos stočių gydytojams kelti savo kvalifikaciją prevencinės medicinos srityje. Fakulteto absolventams suteikta žinių, kaip kovoti su svarbiausiomis rytinių Lenkijos vaivadijų problemomis: tuberkulioze, trachoma, dideliu moterų ir vaikų mirštamumu [68]. Higienos katedros ir Vilniaus miesto magistrato Sveikatos sekcijos susitarimu kiekvienas naujai paskirtas miesto sanitarijos gydytojas du metus neapmokamai dirbdavo kaip katedros asistentas [201].

Stepono Batoro universitetas bendradarbiavo su Vilniaus mokyklų gydytojais. 1924 metais prie Vilniaus miesto magistrato buvo sudaryta speciali medicininės-higieninės pagalbos komisija mokyklų reikalams. Komisijai vadovavo vyriausiasis miesto mokyklų gydytojas S. V. Brokovskis, komisijos nariais ir iniciatoriais buvo K. Rymaševskis, J. Šmurla [202]. Kasmet nuo 1925 m. iki 1938 m. komisija rinko medicininės statistikos duomenis apie Vilniaus mokyklų vaikus [203]. Buvo rengiamos socialinės medicinos pagalbos strategijos, siekiant kovoti su Vilniaus moksleivių socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis [204]. Medicinos fakulteto studentės dirbo higienistėmis Vilniaus mokyklose [205]. Nuo 1928 m. Vilniaus miesto magistrato siūlymu Higienos katedros mokslininkai organizavo kursus mokyklų gydytojams. Kursai trukdavo visus metus. Juose dėstė aštuoni Medicinos fakulteto profesoriai [206]. Taip pat rengti kursai moterų ūkio mokykloje Antaviliuose [207].

1927 metais Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete pradėtos rengti podiplominės studijos Vilniaus miesto bendrosios praktikos gydytojams. Kursus organizavo Pirmųjų vidaus ligų klinikų vedėjas A. Januškevičius. 1928 m. kursuose dalyvavo 65 gydytojai iš Vilniaus, Naugarduko ir Balstogės vaivadijų. 1931 m. kursams ėmė vadovauti Chirurgijos klinikos vedėjas K. Micheida. Kursuose dėstė 16 Medicinos fakulteto profesorių, 6 docentai. Daugiausia gydytojų kursus išklausė iki 1936 metų. Vėliau kursai nunyko [68]. Nuo 1930 m. papildomi higienos kursai rengti miesto ligoninių slaugėms [208].

Nuo 1937–1938 m. imti rengti nauji socialinės medicinos kursai. Juos išklausė daugiau kaip 150 bendrosios praktikos gydytojų. Šie kursai turėjo didelę reikšmę Vilnijos medicinos pagalbos lygiui [32]. Kursai Vilniuje buvo organizuojami SBU MF dekanu K. Pelčaro bei vaivadijos sveikatos sekcijos vadovu, SBU MF klinikų gydytoju H. Rudzinskio iniciatyva. Anot dekanu, specifinės Vilniaus krašto sąlygos, prasta komunikacija reikalavo papildomų gydytojų mokymų [80].

Vėlyvuju laikotarpiu Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete dėstyty socialinės medicinos kursų paskaitų tematika atskleidžia platų to meto visuomenės svei-

katos problemų spektrą. Įdomu, jog tematika daugeliu atveju sutapo su svarbiausiomis valstybinėmis sveikatos politikos gairėmis. Tuo metu dėstytos paskaitos ir dėstytojai (paminėti tik SBU MF dėstytojai):

1. Socialinio draudimo principai;
2. Užkrečiamųjų ir socialinių ligų reikšmė, jų prevencijos mechanizmai (H. Rudzinskis);
3. Motinos ir vaiko sveikatos apsauga (V. Jakovickis, V. Bujakas);
4. Profesinės akių ligos (I. Abramovičius);
5. Rasinė higiena (M. Reicheris);
6. Protinio darbo higiena, psichinių ligonių slauga (J. Hurynovičuvna);
7. Mokyklų higiena (S. Brokovskis);
8. Venerinių ligų reikšmė visuomenei, profesinės odos ligos (T. Pavlas);
9. Reumatizmas (K. Pelčaras);
10. Darbo higienos organizacija, samprata ir įstatymai (A. Novakovskis, J. Rodzevičova);
11. Traumų simuliavimas [siekiant kompensacijos];
12. Profesiniai apsinuodijimai (S. Šilingas-Siengalevičius);
13. Civilinė ir baudžiamoji gydytojo atsakomybė. [80]

1932 m. SBU MF Otolaringologijos klinikos vedėjo J. Šmurlos iniciatyva imti rengti „Balso ir kalbos ydų gydymo kursai“, skirti mokyklų gydytojams ir mokytojams. Kursai trukdavo du mėnesius. Mokymą apėmė teorinės paskaitos apie balso higieną bei praktika universiteto klinikose. Pirmuosius kursus išklausė 10 mokyklų gydytojų bei 43 mokytojai. Stinga duomenų apie tolesnę šių kursų veiklą, klausytojų skaičių, programas [28], visgi iš kitų duomenų [209] žinome, jog prevencinio pobūdžio SBU MF mokslininkų veikla šioje srityje buvo tęsiama ir vėlesniais metais.

1938 m. S. Hileriui einant dekaną pareigas, nujaučiant karo grėsmes, iškilo reikiamybė papildomai rengti daugiau slaugių ir gydytojų. Priimamų studentų kvota padidinta iki 150. Buvo sudaryta speciali komisija: V. Bujakas, V. Jakovickis, K. Micheida, T. Pavlas. Varšuvos pavyzdžiu Vilniuje buvo pradėtas organizuoti vadinamosios Slaugių mokyklos filialas. Mokyklos tikslas buvo rengti slauges miesto ir apylinkių ligoninėms: mokyti teorijos, organizuoti praktiką. Mokymas turėjo trukti dvejus metus. Buvo taikomas amžiaus apribojimas kandidatėms – jos turėjo būti ne jaunesnės kaip aštuoniolikos, bet ne vyresnės kaip trisdešimties metų amžiaus. Kandidatės turėjo būti baigusios bent dvi gimnazijos klases. Kandidačių sveikatos būklė turėjo būti gera, o reputacija nepriekaištinga [82]. Programa apėmė daug svarbių aspektų.

Būsimosios slaugės pirmame etape turėjo išklaudyti šiuos kursus: anatomija, fiziologija, slaugos pagrindai, bendroji etika, slaugos istorija, asmeninė higiena, maisto

gaminimas, namų tvarkymas, bakteriologija, patologija, taikomoji chemija, fizika, paprastųjų vaistų gamyba, gimnastika, masažas, vidaus ligos. Antrame etape dėstyti šie kursai: vidaus ligos, užkrečiamosios ligos, vaikų ligos, chirurgija ir ortopedija, ginekologija ir akušerija, greitoji pagalba, dietetika, farmakologija, otolaringologija, akių ligos, odos ir venerinės ligos, sunkiai sergančių ligonių slauga. Trečią etapą sudarė šios paskaitos ir seminarai: ligonio ir vaiko psichologija, nervų ir psichikos ligos, bendroji ir socialinė higiena, socialinės ligos (aukštas kūdikių mirštamumas dėl socialinių priežasčių, alkoholizmas, narkomanija), profesinės ligos, namų ir socialinė slauga, skubi slauga, slauga po pakartotinio gydymo, fizioterapija, [nukentėjusiųjų] gelbėjimas nuo dujų atakų, socialiniai įstatymai, socialinė sauga, valstybinė sveikatos apsauga, ligoninių organizacija, „mokslas apie Lenkiją“. Visuose etapuose buvo dėstomas gimnastikos kursas, iš viso jam skirta 90 valandų. Visą teorinę dalį sudarė 496 valandos paskaitų, 390 valandų pratybų. Praktikos dalį sudarė beveik 2 metų praktika ligoninėse [82].

Besikeičiančios politinės aplinkybės Lenkijoje ir visoje Europoje vertė ieškoti būdų, kaip apsaugoti savo valstybės pakraščius gyventojus potencialių karinių veiksmy atveju. Masinio naikinimo ginklų arsenale atominės bombos tuo metu dar nebuvo, tačiau jau buvo žinomi bakteriologiniai ginklai, karinės dujos. Civilių gelbėjimui galimo karo atveju visos Lenkijos universitetuose buvo organizuojami dviejų tipų specifiniai kursai ne tik medicinos, bet ir kitų specialybių studentams.

Dar 1932 m. pradėti organizuoti pirmieji kursai – sauga nuo dujų atakų. Kursai buvo skirti medicinos ir farmacijos specialybių absolventams. V. Jasinskio iniciatyva buvo suburta pirmoji kurso dėstytojų grupė. Ją sudarė anatomijos katedros darbuotojai: H. Murza-Murzičuvna (Murza-Murziczówna), B. Grabinskis (Grabiński), V. Sylvanovičius, A. Ščerebra (Szczerebro). Kurso pagrindą sudarė farmacijos žinios. Paskaitos vykdavo Farmakologijos katedroje (Čiurlionio g.) [81]. Kiti panašaus pobūdžio mokymai buvo vadinami sanitarinės pagalbos kursais. Lenkijoje jie pradėti organizuoti maždaug trečiojo dešimtmečio viduryje. Kursų paskirtis – rengti sanitarijos gydytojus, kurie gebėtų gelbėti gyventojus galimos aviacinės ir dujų atakos atveju [79]. Kursai buvo organizuojami medicinos fakultetų farmaceutikos katedrose. Dalyvavimas tokiuose kursuose kiekvienam medicinos studentui drauge turėjo būti ir būdas įrodyti savo pilietiškumą. 1930 metais sanitarinės pagalbos kursai imti rengti ir Vilniuje. Kursų organizatoriai buvo Histologijos katedros vedėjas S. Hileris, Farmacinės chemijos katedros vedėjas V. Mozolovskis, Chirurgijos klinikos vedėjas K. Micheida, Odos ir venerinių ligų klinikos vedėjas B. Novakovskis [66].

Sanitarinės pagalbos kursas sudarė 20 valandų paskaitos ir pratybos: Kovinių dujų chemija (8 val.); Kovinių dujų toksikologija (5 val.); Individuali apsauga nuo kovinių dujų, kartu su pratybomis (6 val.); Aktyvioji ir pasyvioji šalies vidaus gynyba (9 val.);



Pirmoji pagalba nukentėjusiems nuo dujų atakų (3 val.); Bakteriologinis karas (2 val.); Šautinių ginklų sukeltų odos nudegimų gydymas (2 val.); Farmacijos ir chemijos pramonė (2 val.); Dujų kamerų demonstracija (1 val.) [66].

Paskutinis šiame skyrelyje aptartinas aspektas yra higienos ir prevencinės medicinos žinių sklaida visuomenėje. Lyginant su šiais laikais to meto technologinių pasiekimų lygis buvo žemas. Dėl to higienos žinių sklaidos galimybės naudojantis masinėmis informacijos priemonėmis buvo gana ribotos. Apie televiziją, ypač Rytų ir Vidurio Europoje, kalbėti per anksti. Didelei daliai visuomenės tai buvo nepasiekiama prabanga. Vizualines priemones iš dalies galėjo kompensuoti higienos muziejai. 1912 m. Dresdene buvo įkurtas vienas pirmųjų tokio tipo muziejų. Tačiau kitur Europoje jie vis dar buvo reti, Vilniuje tokio nebuvo. 1921 m. Niujorko radijo eterijoje buvo perskaityta pirmoji laida sveikatos klausimais. Vėliau tokios programos imtos transliuoti reguliariai [13]. Svarbiausios žiniasklaidos priemonės Vilniuje tuo metu buvo spauda ir radijas.

Duomenų apie Higienos katedros mokslininkų straipsnius populiarioje spaudoje turime palyginti nedaug. Pačių straipsnių aptikti nepavyko, tačiau turime šiek tiek informacijos iš katedros veiklos ataskaitų. 1932 m. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros vyr. asistentė J. Bortkevič-Rodzevičova išspausdino 16 populiarių straipsnių žurnaluose „Mūsų draugas“ (*Nasz Przyjaciół*), „Kelias į sveikatą“ (*Droga do zdrowia*), katedros asistentė Sofija Opočynska (Opoczyńska) paskelbė straipsnį apie tabako žalą žurnale „Mūsų draugas“ [207]. 1933 m. išspausdinti dar du populiariūs katedros vyr. asistentės straipsniai minėtame žurnale [208]. 1935 m. pasirodė dar 20 populiarių J. Bortkevič-Rodzevičovos straipsnių higienos tema tuose pačiuose žurnaluose [211]. 1937 m. išspausdinta 10 šios mokslininkės populiarių straipsnių apie darbo saugą, darbo poveikį sveikatai, skarlatiną, vandens higieną, psichinę higieną, psichinio darbo higieną, širdies darbą ir sportą, vaikų mitybos ydas, mokyklų higieną, vasaros atostogas [212].

Radijo eteris kaip priemonė skleisti higienos žinias Vilniaus krašte pasitelkta ketvirtąjo dešimtmečio pradžioje [210]. 1932–1934 m. katedros asistentė J. Bortkevič-Rodzevičova skaitė viešas paskaitas vietinės radijo stoties eterijoje [211], 1937 m. ji skaitė paskaitą apie darbo higieną valstybinio Lenkijos radijo eterijoje [212].

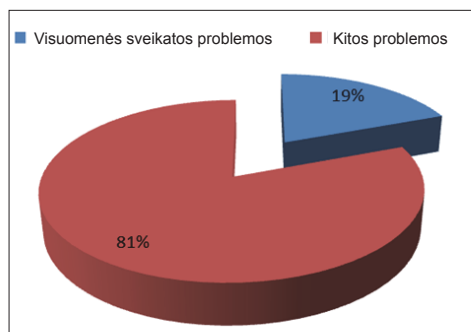
**Apibendrinant** konstatuotina, kad Medicinos fakultetas ir jo klinikos glaudžiai bendradarbiavo su Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcija, Vilniaus vaivadijos sveikatos skyriumi. Universiteto gydytojai dirbo maždaug pusėje su sveikatos apsauga susijusių Vilniaus miesto institucijų. Tuo metu higienistai nebuvo rengiami atskira programa, tačiau higienos žinios buvo pateikiamos papildomuose kursuose. SBU MF buvo papildomai mokomi Vilniaus vaivadijos gydytojai ir sveikatos apsaugos pareigūnai, bendrosios praktikos gydytojai, mokyklų gydytojai. Higienos žinių sklaidimui



pasitelktos ir masinės informacijos priemonės, populiarioji spauda. Manome, jog Medicinos fakulteto įtaka Vilniaus mieste vertintina kaip reikšminga. Toliau darbe sieksime atskleisti higienos, visuomenės sveikatos mokslo prioritetus bei svarbiausias šių mokslo vystymosi sąlygas. Sieksime rasti galimą ryšį tarp to meto sveikatos sistemos pirmenybinių sričių ir Medicinos fakulteto mokslinio darbo prioritetų.

#### 4.2.6. Visuomenės sveikatos problemos fakulteto mokslo darbuose 1924–1938 m.

Šiame poskyryje nagrinėsime, kokie klausimai buvo tiriami Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslo darbuose, kokia dalis mokslo publikacijų buvo skirta visuomenės sveikatos problemoms, kokioms problemoms. Didžioji dalis fakulteto tyrimų – 81 % (1274) – buvo eksperimentinio pobūdžio, tačiau beveik penktadalis, t. y. 19 % (303), fakulteto publikacijų buvo tiesiogiai skirta to meto visuomenės sveikatos problemoms (10 pav.). Likusi dalis nebuvo tiesiogiai susijusi su to meto visuomenės sveikatos problemomis, tačiau



10 pav. SBU MF publikacijos visuomenės sveikatos temomis 1924–1938 m.

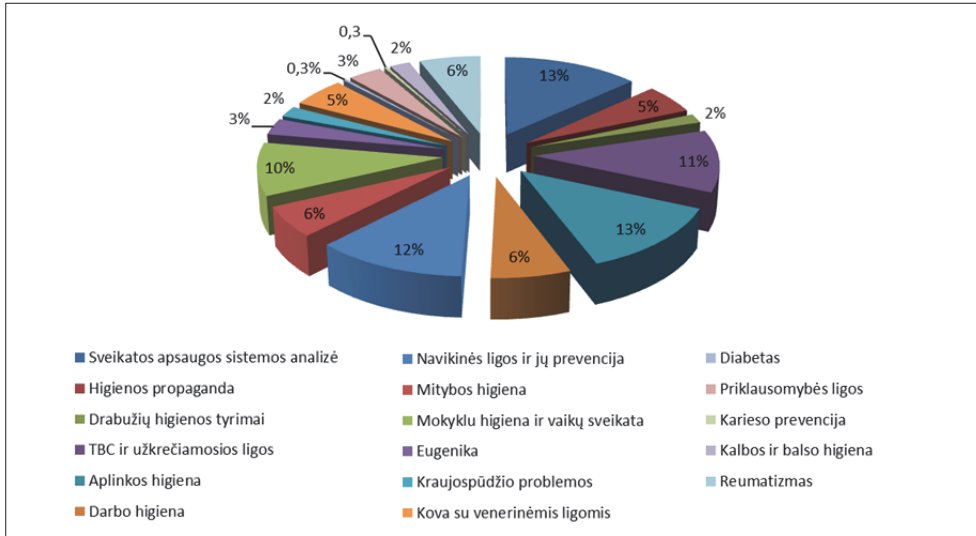
vertinant iš to laikmečio perspektyvos taikyti griežtos skirties taip pat negalima.

Atsižvelgiant į bendrą SBU MF publikacijų skaičių (1577) ši dalis laikytina ženklia, juolab kad kiek mažiau nei pusė (740) visų publikacijų buvo paskelbta klinikose, kurių prioritetai buvo orientuoti į eksperimentinius tyrimus, atskirų atvejų analizę. Apie trečdalis publikacijų (106) visuomenės sveikatos klausimais buvo paskelbta Higienos katedroje. Daugiausia likusių

visuomenės sveikatos problemoms skirtų publikacijų buvo paskelbta Pediatrijos, Otolaringologijos klinikose, Bendrosios patologijos, Fiziologijos, Patologinės anatomijos katedrose.

Skirstant pagal visuomenės sveikatos problemų pobūdį didžiausia fakulteto mokslinių publikacijų dalis (po 13 %) buvo skirta sveikatos politikai ir aplinkos higienos problemoms (vandentiekio, kanalizacijos, pastatų higienai), 12 % – onkologinėms ligoms ir jų prevencijai, po 11 % publikacijų teko tuberkuliozei bei užkrečiamosioms ligoms, 10 % – mokyklų higienos ir vaikų sveikatos problemoms, apylygiai apie 6 % publikacijų – reumatizmo tyrimams, mitybos, darbo higienos problemoms, po 5 % – higienos propagandai ir kovai su venerinėmis ligomis, eugenikos klausimams teko vos 3 % publikacijų. Taigi, SBU MF mokslo darbuose buvo tirtų visuomenės sveikatos problemų

skalė buvo plati, buvo ieškoma socialinio-medicininio pobūdžio strategijų, kovota su vadinamosiomis socialinėmis ligomis. Matome tiesioginę koreliaciją su valstybinės sveikatos politikos strategijos prioritetais [88] (11 pav.).



11 pav. Visuomenės sveikatos problemos pagal pobūdį SBU MF darbuose 1924–1938 m.<sup>13</sup>

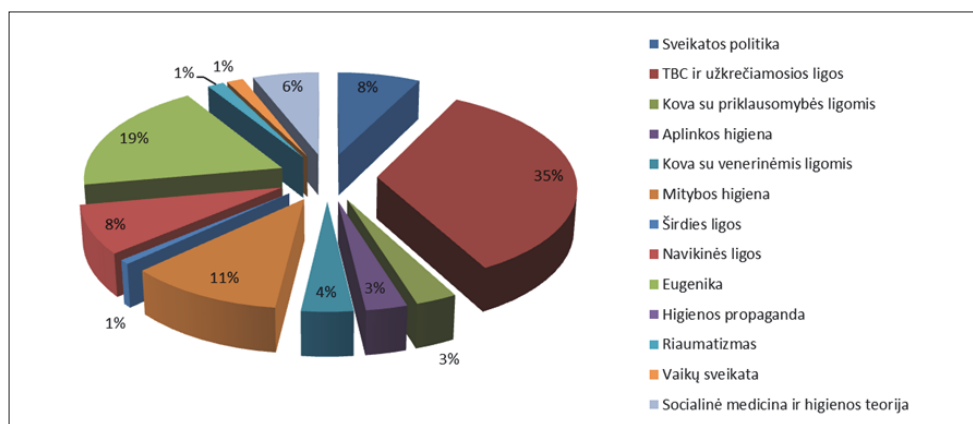
Higienos katedros mokslininkų publikacijos taip pat pasižymėjo plačiu tyrimų spektru. Nagrinėtos aplinkos higienos, sveikatos politikos, darbo higienos, mokyklų higienos, mitybos higienos ir kitos problemos. Kitų katedrų ir klinikų tyrimai dažniausiai koncentravosi ties viena konkrečia problema, susijusia su katedros / klinikos veikla. Vaikų ligų klinikose nagrinėtos kūdikių ir vaikų sveikatos problemos ir jų prevencija. Daugiausia darbų šiomis temomis paskelbė V. Jasinskis. Otolaringologijos klinikoje balso ir kalbos higienos klausimus nagrinėjo B. Dylevskis. Bendrosios patologijos, Patologinės anatomijos, Fiziologijos katedrose nagrinėti navikinių ligų prevencijos klausimai, reumatizmo problema. Patologas Kazimieras Pelčaras paskelbė itin originalių straipsnių navikinių ligų prevencijos klausimais – svarstė atsparumo piktybiniams augliams klausimus [173]. Dermatologijos klinikų darbuotojai nagrinėjo policines-medicinines venerinių ligų sprendimo problemas, deja, šių publikacijų originalų aptikti nepavyko.

Tenka konstatuoti, kad kai kurios tuo metu aktualios visuomenės sveikatos problemos sulaukė nepelnytai mažo Medicinos fakulteto mokslininkų dėmesio. Per visą laikotarpį SBU MF Stomatologijos poliklinikoje (klinikoje) paskelbtas vos vienas darbas apie burnos higieną mokykliniame amžiuje. Katedra buvo pernelyg orientuota į moks-

<sup>13</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 83–91.

linį darbą ir apleido miestiečių reikmes, už tai 1930 m. buvo sukritikuota Religijos ir švietimo ministerijos bei Vidaus reikalų ministerijos rašte [214].

Pagal mokslinių publikacijų kryptis lyginant SBU MF ir VDU MF pastebėtini keli panašumai, tačiau skirtumų daug (12 pav.). Iš 648 VDU MF publikacijų 124 (19,2 %) sietinos su visuomenės sveikatos problemomis. VDU MF Higienos katedra paskelbė 29 publikacijas visuomenės sveikatos klausimais, o likusias 95 publikacijas šiais klausimais paskelbė kitos katedros ir klinikos. Taigi VDU MF, palyginti su SBU MF, gerokai didesnė visuomenės sveikatos problemų dalis buvo išnagrinėta ne Higienos katedroje, bet kituose padaliniuose. VDU MF Higienos ir bakteriologijos katedros tyrimai buvo orientuoti į bakteriologiją. Išskirtinio dėmesio sulaukė užkrečiamosios ligos, joms priskirta ir tuberkuliozė su trachoma. Kovos su šiomis ligomis strategijos vertintinos daugiausia kaip sanitarinės priemonės, gydymas<sup>14</sup>.



12 pav. Visuomenės sveikatos problemos pagal pobūdį VDU (Lietuvos u-to) MF mokslininkų darbuose 1922–1939<sup>15</sup>

Socialinė visuomenės sveikatos problemų kilmė VDU MF nagrinėta rečiau. Pavyzdžiui, darbo higienai skirtų publikacijų VDU MF nebuvo paskelbta. Tai galima paaikškinti institucine VDU MF Higienos ir bakteriologijos katedros raida. Katedrai nuo pat pradžių beveik ir beveik visą aptariamąjį laikotarpį vadovavo Maskvos bakteriologijos instituto pavaduotojas prof. A. Jurgeliūnas [184]. Priešingai nei Vilniuje, Higienos katedra nuo bakteriologijos katedros buvo atskirta tik pačioje tarpukario laikotarpio pabaigoje – 1939 metais [17], naujam vedėjui J. Šopauskui ėmus domėtis iki tol beveik neginėtais socialinės higienos klausimais [184].

<sup>14</sup> Pirminiai duomenys: Meškauskas J. Lietuvos medicinos istorija. (Chicago) 1987: 730–762.

<sup>15</sup> Pirminiai duomenys: Meškauskas J. Lietuvos medicinos istorija. (Chicago) 1987: 730–762.

Vaikų sveikatos problemoms skirta palyginti nedaug dėmesio. Anot VDU MF socialinės higienos pradininko Kazio Oželio, Lietuvoje socialinė medicina nebuvo tinkamai išplėtotą. Po karo Lietuva perėmė carinės Rusijos sanitarijos įstatymus, juos kiek pakeitė, tačiau kai kurios socialinės-medicininės problemos liko neapibrėžtos. Sveikatos departamentas tuo metu turėjo tris skyrius: sanitarijos, medicinos, farmacijos. Socialinės medicinos problemos buvo priskirtos sanitarijai, tačiau toks skirstymas nebuvo tikslus. Nepakankamai buvo išplėtotą ir mokyklų higiena [215].

Nepaisant to, dalis to meto visuomenės sveikatos tyrimams svarbių darbų buvo paskelbta kitose katedrose ir klinikose. Fiziologas Vladas Lašas, chirurgas Vladas Kuzma paskelbė mitybos higienos darbų. Alkoholizmą ir kitas socialinės medicinos problemas nagrinėjo jau minėtas K. Oželis. Tarp Psichiatrijos klinikos publikacijų dominavo eugenikos klausimai, kiek kitokio pobūdžio eugenikos teorijos plėtotos Anatomijos katedroje. Trachomos klausimus išsamiai aptarė P. Avižonis<sup>16</sup>.

Taigi, tiek mokslo tiek ir praktiniu lygmeniu Vilniuje ir Kaune buvo remiamasi skirtingais teoriniais modeliais, dėl to higienos mokslas pasuko skirtingomis kryptimis. Vilniuje labiau plėtotą socialinė higiena, Kaune – bakteriologija, užkrečiamųjų ligų prevencija, gydymas, eugenikos tyrimai. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete plėtotų tyrimų laukas vertintinas kaip platus. Konstatuotina, jog būta ryšio tarp to meto sveikatos apsaugos sistemos prioritetų ir Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslo tyrimų kryptių.

#### *4.2.7. SBU MF Higienos katedros tyrimų kryptys*

Neabejotinai svarbiausiu visuomenės sveikatos mokslo krypties indikatoriumi Stepono Batoro universiteto medicinos fakultete buvo Higienos katedra. Vilniaus higienistų mokyklos veiklą galime įvardyti kaip socialinės prevencijos strategijų paieškas pirminiame, savivaldybės lygmenyje.

K. Karafos-Korbuto vadovyje „Visuomenės higiena“ higiena siaurąja prasme apibrėžiama kaip mokslas apie sveikatos išsaugojimą. Teigiama, kad higiena apima visų potencialiai kenksmingų žmogaus sveikatai veiksnių tyrimus. Anot mokslininko, higienisto išsilavinimas reikalauja plataus gamtos mokslų žinojimo, tačiau tiek pat svarbus yra ir teisės išmanymas, valstybinės sveikatos politikos žinios, įstatymų leidyba sveikatos apsaugai gerinti. Visos šios priemonės padeda kovoti su socialinėmis ligomis veikiant jų socialines ir biologines priežastis [216].

A. Safarevičius savo mokslo darbuose akcentavo organizuotų gydytojų ir visuomenės pastangų svarbą, išskirdamas miestų savivaldybių (magistratų) sveikatos komisijas kaip

---

<sup>16</sup> Pirminiai duomenys: Ten pat.

institucijas, organiškai dalyvaujančias miesto gyvenime. Higieninė propaganda, anot jo, turi būti įgyvendinama planingai, nuosekliai, kuriant valstybinę politiką, įstatymus, nes žmonės yra linkę vadovautis aiškiais nurodymais; antra vertus, daug dėmesio skiriant piliečių sąmoningumo skatinimui, bet ne akiai prievartai: „Visuomenės sveikatinimas turi būti pačios visuomenės giliai suvokta dorovinė pareiga rūpintis savo ir savo artimųjų sveikata.“ Šį pareigos jausmą žmogui, esą, reikėtų įskiepyti jauname amžiuje, nes tada formuojasi pagrindiniai žmogaus įpročiai. Kaip vienus didžiausių visuomenės sąmoningumo kliuvinių A. Safarevičius įvardijo paprastų žmonių skurdą, inertišką mąstymą, abejingumą, kurie dažnai nulemti tiesiog tingumo ir tamsumo [217].

Kitas SBU MF higienistas F. Kasperovičius palaikė jau minėto J. Poliako sveikatos priežiūros sistemos modelį. Kaip ir A. Safarevičius, jis atkreipė dėmesį į organizuotą gydytojų ir vietos savivaldos institucijų bendradarbiavimą sprendžiant visuomenės sveikatos problemas. Svarbiausias tokio bendradarbiavimo iniciatorius ir koordinatorius, esą, pirmiausia turi būti gydytojas (higienistas). Gydytojų (higienistų) vadovaujamos savivaldybės institucijos geriausiai gali įvertinti visuomenės poreikius, todėl savivaldybėms turi būti suteikta daugiau teisių organizuoti sveikatos apsaugą vietos lygmeniu [218].

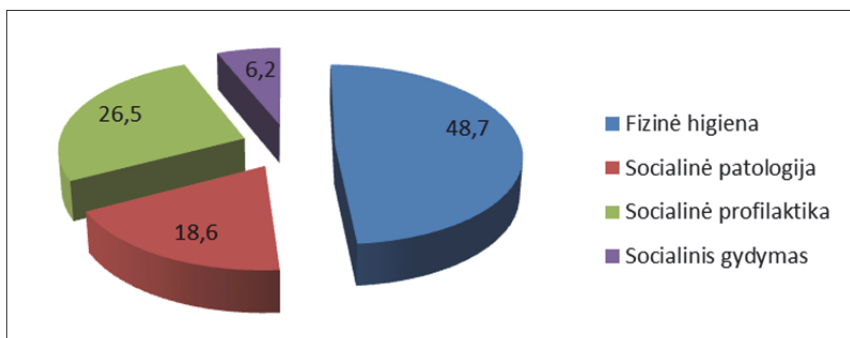
Vilniaus higienistų mokyklos higienos teorijos kūrėjams priskirtinas ir Antrųjų vidaus ligų klinikų gydytojas H. Rudzinskis. Jis akcentavo gydytojo kaip socialinio prevencinio mechanizmo kūrėjo vaidmenį. Anot mokslininko, kiekvienas gydytojas, dirbantis kaime, be tiesioginės savo pareigos gydyti pacientus, turi rūpintis ir žmogaus sveikatos išsaugojimu, laiku imdamasis prevencijos, turi išmanyti prevencinės medicinos pagrindus, juos įgyvendinti. Deja, praktikoje įgyvendinti prevencijos strategijas sunku, nes gydytojais dažnai turi mažai tikslių statistinių duomenų apie visuomenės sveikatos problemas kaime [219].

Manome, jog geriausias būdas atskleisti katedros tyrimų kryptį yra nustatyti tyrimų prioritetus pagal publikacijų pasiskirstymą. Neabejotinai vienas ryškiausių Vilniaus higienos mokyklos bruožų buvo ypatingas dėmesys darbo higienai [25]. K. Karafa-Korbutas laikomas darbo higienos pradininku Lenkijoje [30]. Šiuo aspektu SBU MF Higienos katedra laikoma viena iš pažangiausių tarpukario Lenkijoje [56]. Tačiau darbo higienai skirta tik dalis visų katedroje vykdytų tyrimų [95]. Todėl reikėtų kiek papildyti anksčiau šias problemas nagrinėjusių autorių išvadas, atkreipti dėmesį į kai kurias iki tol nepastebėtas tendencijas. Viena svarbiausių mūsų tyrime nustatytų tendencijų – bakteriologija ir užkrečiamosios (infekcinės) ligos kaip atskiras tyrimo objektas niekada nebuvo SBU MF Higienos katedros prioritetu, per visą laikotarpį katedra paskelbė vos vieną darbą, tiesiogiai skirtą vidurių šiltinės problemai. Užkrečiamųjų ligų problemos nagrinėtos kitose katedrose ir klinikose arba integraliai socialinių problemų kontekste.

Skirstant 113 svarbiausių higienos katedros mokslinių publikacijų (išskyrus populiarinimo straipsnius) pagal tam tikrai higienos sričiai skirtų publikacijų skaičiaus gausumą, visos publikacijos sąlygiškai (nes griežtai jų atskirti tiesiog neįmanoma) pagal T. Janiševskio pasiūlytą klasifikaciją [2] gali būti priskirtos keturioms pagrindinėms kryptims (13 pav.):

1. Fizinė higiena (55 tyrimai – 48,7 %);
2. Socialinė profilaktika (30 tyrimų – 26,5 %);
3. Socialinė patologija (21 tyrimai – 18,6 %);
4. Socialinis gydymas (7 tyrimai – 6,2 %).

Fizinės higienos klausimai sudarė beveik pusę visų tyrimų. Buvo paskelbta 16 tyrimų, susijusių su vandentiekio ir kanalizacijos problemomis, taip pat beveik 17 straipsnių, skirtų mitybos higienos problematikai, vienas darbas tiesiogiai skirtas vidurių šiltnės problemai, penkios publikacijos – darbužių higienai ir 16 tyrimų – kitoms aplinkos higienos problemoms<sup>17</sup>.



13 pav. SBU MF higienos katedros tyrimų kryptys pagal publikacijas (procentais) 1922–1939 m.<sup>18</sup>

Socialinei profilaktikai skirti darbai sudarė apie 26,5 % visų katedros tyrimų. Didžioji dalis jų buvo skirta visuomenės bei gydytojų higieniniam švietimui, taip pat vadovėliai studentams, septynios publikacijos buvo skirtos medicininei statistikai, du tyrimai – eugenikos tematikai. Beveik penktadalis Higienos katedros publikacijų buvo skirta socialinei patologijai. Šiuose tyrimuose nagrinėjamos darbo higienos problemos bei organizuota higienistų ir valstybės institucijų veikla darbo higienos problemoms spręsti. Todėl šie tyrimai iš dalies gali būti priskirtini ir prie socialinės patologijos, ir prie socialinio gydymo kategorijos. Socialinis gydymas arba organizuota medikų ir

<sup>17</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 83–91.

<sup>18</sup> Pirminiai duomenys ten pat.

valstybės kovos su sveikatos problemomis strategija išimtinai aptariama septyniose katedros publikacijose, neskirtose darbo higienos problemoms.

Beveik kiekvienoje higienos katedros darbuotojų publikacijoje vyrauja bendras bruožas – rekomendacijos, pastabos, skirtos vietos, centrinei valdžiai, akcentuojama socialinė visuomenės sveikatos problemų kilmė. Todėl galime konstatuoti, kad katedros mokslininkams buvo būdinga mąstyti socialinėmis kategorijomis, neapleidžiant ir fizinės higienos klausimų, tačiau juos matant plačiame socialiniame kontekste.

Katedros tyrimuose buvo charakterizuotos visos svarbiausios fizinės ir socialinės higienos problemos Vilniaus mieste. Visgi reikia pripažinti, jog Higienos katedros tyrimuose mažai dėmesio buvo skiriama sveikatos būklės analizei kaimo vietovėse. Daugumoje darbų buvo nagrinėjamos higienos problemos Vilniaus mieste, o kaimo vietovės tarsi liko už katedros tyrimų lauko.

Svarbus katedros nuopelnas – tyrimai skirti socialinės higienos metodologijai. Vienas iš reikšmingiausių darbų, priskirtinų metodologinio pobūdžio kryptčiai – „Sanitarinė statistika kaip socialinės higienos mokymo pagrindas“ (1930). Anot K. Karafos-Korbuto, iki šiol socialinė higiena skirtingų autorių darbuose yra apibrėžiama nevienodai. Socialinės higienos ištakomis autorius linkęs laikyti pirmąsias socialinės medicinos idėjas paskelbtas J. P. Franko veikalė „Visuotinė medicinos policijos sistema“ (*System einer vollständigen medicinischen Polizey*, 1778–1789). Šis veikalas, esą, turėjo daug įtakos vėlesniam supratimui apie socialinės medicinos, socialinės higienos bei visuomenės sveikatos apsaugos mechanizmus [182].

Terminą „socialinė medicina“ pirmąkart pavartojo M. G. Ichokas (Ichock, 1925). Ji apibrėžta kaip mokslas, išnaudojantis medicinos ir kitų mokslų pasiekimus kovojant su žmogaus sveikatai kenksmingais ir potencialiai ligas sukeliančiais veiksniais, kolektyviai rūpinantis socialiai pažeidžiamų asmenų sveikata bei gerinant „rasinę sudėtį“. Jo objektas: šeimos, moterų, vaikų sveikata, aplinka, maistas, epidemijos, endemijos, psichinės ligos, masinė narkomanija, polinkis nuodytis ir kt. Anot K. Karafos-Korbuto, higienos tikslas – užkirsti kelią masiniam sergamumui, todėl sanitarinė statistika yra vienas svarbiausių higienisto įrankių – ji parodo ne tik sanitarijos trūkumą visuomenėje, bet kartu yra geriausias higienistų prevencinių akcijų sėkmingumo rodiklis. Profesorius teigė, jog statistikos mokslo reikšmė ateityje tikrai augs, statistiką turi išmanyti ne tik dėstytojas higienistas, bet ir studentai, todėl ji turėtų būti dėstoma Medicinos fakultete kartu su socialine higiena [182].

Higienisto darbas, esą, susideda iš statistinių duomenų analizės, jų interpretacijos skirtingų mokslų šviesoje, įstatymų analizės ir rekomendacijų, atsižvelgiant į iškilusias reikiamybes. Tačiau higienistas niekada neturi siekti būti profesionalas technologijų, sanitarinės inžinerijos srityse, teisėje. Higienistui techninės žinios reikalingos tik kaip įrankis objektyviai suprasti ir analizuoti problemą [183].



Socialinę kryptį Higienos katedra išlaikė ir vėlyvuoju veiklos laikotarpiu. 1937 metais B. Novakovskis akcentavo klinikinės ir prevencinės medicinos šakų bendradarbiavimo būtinybę. Anot mokslininko, gydomoji medicina ir higiena koegzistavo visais laikais, pakito tik forma. Profesorius rašė: „Nėra griežtos ribos tarp sveiko ir sergančio žmogaus, visi žmonės yra sąlygiškai sergantys, sąlygiškai sveiki, todėl kiekvienas žmogus yra ir gydytojo klinicisto, ir gydytojo higienisto darbo lauko objektas. Vis dažniau medicina susiduria su ligomis, kurių gydymas įveikti negali, tačiau jos yra įveikiamos, jei rūpinamasi prevencija. Visos klinicisto pastangos gali nueiti perniek, jei nebus imtasi prevencijos toje terpėje, kurioje gyvena pacientas (pvz., tuberkuliozė). Nors daugelis studijuojančių mediciną savo karjerą norės sieti su darbu klinikose, gerais gydytojais jie taps tik tada, kai supras abipusio gydomosios medicinos ir higienos ryšio svarbą.“ [220]

**Taigi atsižvelgdami** į turimus faktus konstatuojame, kad Vilniaus Stepono Batoro universiteto tyrimuose nagrinėtas platus visuomenės sveikatos problemų spektras. Tuo metu SBU MF nagrinėtos visuomenės sveikatos problemos buvo aktualios valstybiniu mastu. Naujas teorinis modelis leido interpretuoti ligų etiologiją net tik vadovaujantis bakteriologine teorija, bet ir plačiame socialiniame kontekste. Vilniuje imti plėtoti atskiri darbo, vaikų, mokyklų higienos, mitybos higienos, lėtinių neinfekcinių ligų tyrimai. Toliau savo tyrime nagrinėsime, ar higienos katedros pasirinktas socialinės prevencijos modelis buvo pagrįstas praktikos reikiamybėmis Vilniaus mieste ir apylinkėse.

### **4.3. Visuomenės sveikatos problemų įveikos strategijos Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslo darbuose 1922–1939 m.**

#### *4.3.1. Vilniaus krašto aplinka ir fizinė higiena*

Šiame poskyryje atskleisime miesto sanitarinės inžinerijos plėtrą, miesto planavimą, kitas miesto aplinkos ypatybes, kaip užkrečiamųjų ir socialinių ligų prevencijos prielaidas. Sieksime atskleisti, kokias visuomenės sveikatos problemas tuo metu tyrė Stepono Batoro universiteto mokslininkai.

Tarpukario Lenkijoje fizinė higiena [šiandieniniu supratimu – aplinkos higiena] buvo siejama su higienišku teritorijos planavimu. T. Janiševskio darbuose miesto planavimas atsižvelgiant į higienos reikalavimus buvo suvokiamas kaip itin svarbus uždavinys. 1916 m. mokslininkas suformulavo svarbiausius sanitarinės inžinerijos, higieniško miesto planavimo reikalavimus [tiksliau būtų sakyti siektinybes] atkuriamajai Lenkijai. Pirmiausias reikalavimas buvo miesto skirstymas į sferas, atsižvelgiant į gyventojų ūkinę veiklą: gyvenamieji rajonai, rekreacinė teritorija, pramoninė dalis,

paslaugų sfera. Kiekvienoje sferoje turėjo būti taikomi skirtingi namų aukščio, bendro teritorijos užstatymo, gatvių ir takelių pločio reikalavimai. Tokiu būdu turėjo būti garantuotas tinkamas oro masių judėjimas ir saulės šviesos kiekis mieste [19].

Kitas ne mažiau svarbus uždavinys buvo vandentiekio ir kanalizacijos sistemų plėtra, racionalus gyvenamojo ploto išnaudojimas gyventojų būstuose. T. Janiševskis deklaravo siekiamybę, kad kiekviename gyventojų būste turėtų būti bent vienas kambarys su vonia ir tualetu. Kritiškai vertino per mažą gyvenamąjį plotą: „<...> Teisiškai turi būti uždrausta įrengti mažesnio nei 12 m<sup>2</sup> ploto kambarius“ [19].

Deja, realybė, ypač Lenkijos provincijoje atsidūrusiame Vilniuje, buvo toli nuo deklaruojamų siekių. Itin apleista Vilniaus miesto aplinka buvo aštriai kritikuojama net vietos dienraščiuose. Antai 1925 m. „Vilniaus kurjeryje“ (*Kurjer Wileński*) buvo rašoma jog „miestiečiai skęsta nuotekų balose <...> ir visa tai vyksta mieste, vokiečių kadaise vadintame Lenkijos karūnos perlu.“ O štai estų delegacija vertindama savo įspūdžius Vilniuje teigė: „siekdami išsaugoti gerus atsiminimus apie jūsų miestą į ekskursiją vykome uždarytais automobiliais, kad nejaustumė kvapų, sklindančių nuo žemės, iš parduotuvių ir turgaviečių“ [221].

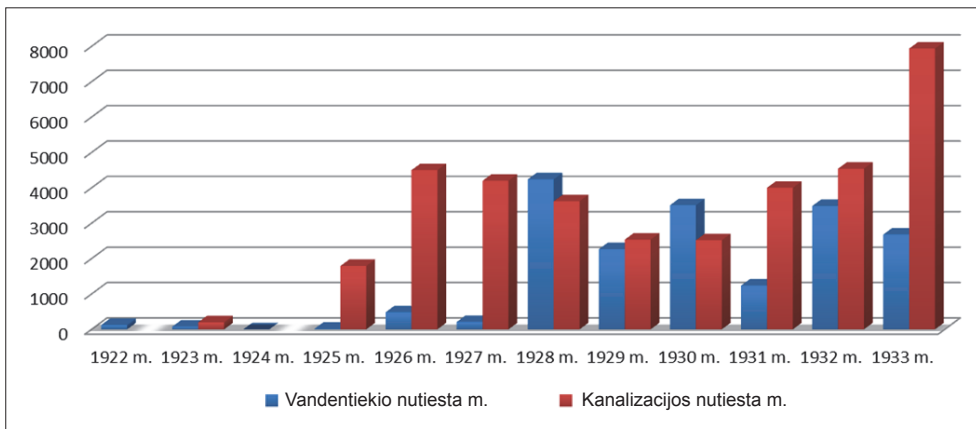
Iš tuo metu rinktų statistinių duomenų galime išskirti keletą gana stabilių parametrų, leidžiančių kokybiškai tirti fizinei higienai svarbių veiksnių dinamiką Vilniuje. Tai kanalizacijos, vandentiekio tinklo plėtra, naujai pastatytų namų skaičiaus ir vandentiekio bei kanalizacijos tinklo santykis. Be statistikos apie miesto pastatų higieną, bendrą miesto sanitarinę būklę atskleidžia pirminiai Higienos katedros mokslininkų surinkti duomenys.

Vilniaus miesto sanitarijos būklę pradėsime nagrinėti nuo vandentiekio, kanalizacijos tinklų dinamikos analizės. Vandentiekio ir kanalizacijos sistemų plėtra buvo tarp sveikatos apsaugos sistemos prioritetų, drauge tai viena svarbiausių priemonių užkirsti kelią užkrečiamosioms ligoms, taip pat valstybės higieninės kultūros rodiklis, todėl šių sistemų analizei skirsime daugiau dėmesio. Siekdami paaiškinti šių sistemų raidos specifiką Vilniaus mieste bei SBU MF mokslininkų pasiūlytas problemų sprendimo strategijas, savo tyrimą pradėsime nuo chronologiškai senesnio laikotarpio. Taip pat palyginsime šių sistemų plėtrą Vilniuje ir laikinojoje Lietuvos sostinėje Kaune. Tokiu būdu galėsime objektyviai įvertinti šiuose miestuose susiklosčiusias praktines miesto sanitarijos realijas, kaip to meto higienistų kurtų prevencinių strategijų išeities tašką.

Jau XIX a. antroje pusėje buvo svarstoma, kaip Vilniaus miestą aprūpinti kokybišku vandentiekio vandeniu. Anksčiau tam tikslui pakako keliose miesto vietose trykštančių versmių ir šulinių tinklo. Tačiau augant miestui reikėjo ieškoti naujų alternatyvų. 1902 m. Vilniaus aprūpinimo vandeniu projektą ėmė rengti inž. E. Šimanskis (Szymański). Projekte buvo numatyta vandens tiekimui panaudoti Neries upės vandenį. Tačiau tuomet

buvo suabejota tokio sprendimo racionalumu, nes Neries vanduo buvo daug kur teršiamas. Nutarta dar pratęsti artezinio vandens tyrimus. Tyrimams vadovauti buvo pakviestas žinomas vokiečių inžinierius Oskaras Smrekieris (Smrekier) [59].

1912 m. Vilniuje pagal O. Smrekierio projektą Bernardinų sode buvo planuoti įrengti arteziniai vandentiekio įrenginiai, galintys aprūpinti maždaug 350 tūkst. gyventojų 31 000 m<sup>3</sup> vandens per dieną. Deja, buvo įgyvendinta tik maždaug dešimtoji planuojamo darbo dalis [222]. Remiantis 1923 m. statistiniais duomenimis, Vilniuje per dieną buvo išpumpuojama 2350 m<sup>3</sup> vandens [223]. 1929 m. per dieną buvo išgaujama jau apie 3000 m<sup>3</sup> vandens. Teoriškai, jeigu būtų buvę norima iki galo įgyvendinti O. Smrekierio projektą, būtų reikėję pastatyti Bernardinų sode dar devynis analogiškus artezinius šulinius su visa pumpavimo įranga [222]. Tačiau tokios minties, kai Vilniaus kraštas atiteko Lenkijai, taupumo sumetimais buvo atsisakyta [60].



14 pav. Vandentiekio ir kanalizacijos sistemų raidos dinamika Vilniuje 1923–1933 m.<sup>19</sup>

Iš turimų duomenų (14 pav.) galima konstatuoti, kad tiek vandentiekio, tiek kanalizacijos tinklas gana sparčiai ėmė plėstis maždaug 1926–1928 metais, vėliau nuo 1931 metų. Kita tendencija – ganėtinai netolygi kanalizacijos ir vandentiekio tinklo plėtra pamečiui, ryškūs pakilimai ir statybų „štilio“ laikotarpiai: tai rodo ne itin planingus tinklų plėtimo darbus. Taip pat galima įžvelgti spartesnę kanalizacijos sistemos raidą 1925–1933 metais, kuri sietina su didesniu miestiečių poreikiu. Kanalizacijos sistema Vilniuje po Pirmojo pasaulinio karo buvo mažiau išplėtotą nei vandentiekio sistema [59].

<sup>19</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97; Jenz H. Wodociągi i kanalizacja miasta Wilna. (Wilno) 1932: 50–60.

Santykiškai lėtesnė vandentiekio tinklo plėtra sietina ir su kitu veiksmu – pigesne centralizuoto vandentiekio alternatyva – šuliniais. Miestiečiai nuo šulinių prie vandentiekio perėjo lėtai. 1927 m. Vilniuje gyveno apie 170 tūkst. gyventojų, tačiau bendras vandentiekio abonentų skaičius siekė vos 742, o pat metu geriamasis vanduo buvo imamas iš 1839 šulinių [224]. Mieste iš viso buvo naudojamosi 2121 šuliniu, iš jų 1598 buvo betoniniai ir 523 mediniai [224]. 1933 m. iš miesto šulinių buvo paimti 538 vandens mėginiai, iš kurių net 162 buvo „abejotinos kokybės“ [225]. 1934 m. mieste vis dar buvo naudojamosi 2080 betoniniais ir 656 mediniais šuliniais [226]. Tai leidžia teigti, kad net ir ketvirtojo dešimtmečio pradžioje išliko tendencija plačiau masti naudoti šuliniais, bet ne vandentiekio sistema. A. Safarevičiaus duomenimis, 1934 m. tik 15 % Vilniaus gyventojų pasiekdavo vandentiekio vanduo [227].

Šulinių populiarumą netiesiogiai patvirtina ir kiti statistiniai duomenys. Miestas plėtėsi, o vandens išgavimo mastai išliko maži. 1923 m. statistikos duomenimis, Vilniuje gyveno apie 167 tūkst. gyventojų, kasdien buvo sunaudojama apie 2350 m<sup>3</sup> vandentiekio vandens [223]. 1929 m. Bernardinų sode esančiais įrenginiais buvo išgaunama vos 3000 m<sup>3</sup> per parą [228]. 1931 m. vandentiekio vandens gavyba tesudarė apie 4600 m<sup>3</sup> per parą. Šiais laikais (2002 m.) apie 600 tūkst. Vilniaus gyventojų vandens suvartoja net 120 000 m<sup>3</sup> vandens per parą [60].

Skirtinga valstybinė politika Vilniaus krašte ir Lietuvoje lėmė sanitarinės inžinerijos plėtros skirtumus Vilniuje ir Kaune. Kaip ir Vilniuje, Kaune nuo pat pirmųjų projektų buvo diskutuojama, kuriuo keliu eiti – vandentiekio tinklams naudoti paviršinių vandenį ar artezinių gręžinių. Tačiau Kaune jau nuo pat pradžių buvo svarstomas antrasis kelias – įrengti artezinius gręžinius. Sėkmingas vandentiekio tinklų kūrimo projektas Kaune pradėtas vykdyti tik 1924 m. pradžioje. 1929 m. gruodžio 15 d. Eigučiuose paleistas pirmasis vandens stoties agregatas. Buvo nutiesta 14392 m vandentiekio tinklų. 1929 m. Kaune pradėjusio veikti siurblio našumas siekė 130 m<sup>3</sup> per valandą [232], taigi – 3120 m<sup>3</sup> per parą. 1929 m. vienam Kauno miesto gyventojui per parą vidutiniškai teko apie 0,032 m<sup>3</sup> vandentiekio vandens (3120/96533<sup>20</sup>), o štai 1923 m. vienam vilniečiui tekdavo tik 0,014 m<sup>3</sup> (2350/167500), 1931 m. 0,023 m<sup>3</sup> vandentiekio vandens (4600/195000) per parą.

Taigi, remdamiesi statistiniais duomenimis ir literatūra, galime įžvelgti vieną iš svarbiausių sanitarijos problemų Vilniaus mieste – nepakankamas kiekis švaraus vandens ir iš to kylančios kitos sanitarijos problemos.

Nagrinėjamu laikotarpiu (1919–1939) Vilniaus aprūpinimo vandeniu problemas išsamiausiai nagrinėjo SBU MF higienos katedros darbuotojai K. Karafa-Korbutas,

<sup>20</sup> Apskaičiuota pagal duomenis iš: Oželis K. Natūralus ir mechaninis gyventojų keitimasis Lietuvoje 1919–1933. VDU Medicinos fakulteto darbai. (Kaunas) 1934; II: 73.

A. Safarevičius, K. Rymaševskis. Išsamiausiai šios katedros darbai vandens higienos klausimais aptarti ir apibendrinti M. Spis (Spiss) straipsnyje [233]. Tačiau kai kurie Vilniaus higienistų tyrimų aspektai pastarajame straipsnyje visgi liko neaptarti: dėl istorinės perspektyvos trūkumo SBU MF higienistų idėjų reikšmė atskleista nepakankamai.

Pirmuoju Stepono Batoro universiteto mokslininkų darbu, skirtu vandentiekio problemoms nagrinėti Vilniuje, reikėtų laikyti 1927 m. atliktą K. Karafos-Korbuto Vilniaus vietovės vandens tyrimą. Profesorius atkreipė dėmesį į centralizuoto vandentiekio sistemos būtinybę tokiuose miestuose kaip Vilnius. Darbe analizuoti paviršinio ir gruntinio vandens išteklių Vilniaus miesto teritorijoje. Išvadose pažymima, kad Vilniaus miesto hidrologija kol kas yra ištirta nepakankamai. Mokslininkas teigė, kad paviršinio vandens išteklių Vilniuje yra pakankami ir pagal cheminę sudėtį tinkami vandentiekui. Kalbant apie gruntinius vandenis teigiama, jog maždaug 30 m gylyje jie yra geros sudėties ir tinka vandentiekui, tačiau dar reikia ištirti gruntinio vandens debitą Vilniaus teritorijoje [234].

Kitas Higienos katedros mokslininkas, K. Rymaševskis vandentiekio ir kanalizacijos tinklą Vilniuje vertino kaip menkai išplėtotą. Priešingai nei kiti tyrėjai šiuo laikotarpiu, jis akcentavo artezinio vandens išgavimo svarbą. Anot mokslininko, Vilniaus vandentiekio inžinierius O. Smrekieris net neįsivaizdavo, kokie vandens išteklių telkiasi po žeme, jų, esą, Vilniui turėtų užtekti dar ilgam. Visgi higienistas abejojo, ar su tuometėmis technologijomis būtų įmanoma aprūpinti Vilniaus miesto gyventojus arteziniu vandeniu [94].

1928 m. SBU MF Higienos katedra Vilniaus miesto magistrato buvo įpareigota iš-tirti Vilniaus vandentiekio vandens kietumą. Atlikus tyrimus paaiškėjo, kad giluminių vandens šaltinių vanduo buvo labai kietas. Anot A. Safarevičius, Vilniaus miesto vandentiekio sistemą projektavęs inžinierius O. Smrekieris rengdamas projektą neatliko vandens geležingumo tyrimų ir todėl tinkamai neįvertino savo projekto sėkmingumo. Taigi, atsižvelgiant į vandens pumpavimo įrangos amortizacijos išlaidas, vertėtų pagalvoti apie kitas centralizuotos vandentiekio sistemos alternatyvas [235].

1929 m. A. Safarevičius Vilniaus vaivadijos gydytojų suvažiavime skaitė pranešimą „Apie vandens analizės reikšmę“. Mokslininkas pristatė naujausius to meto vandens analizės metodus. Tarp svarbiausių metodų jis išskyrė *coli* indekso nustatymą, kaip bakteriologinių vandens tyrimų pagrindą, siūlė tirti cheminę vandens sudėtį. Mokslininkas išryškino svarbią to meto sanitarijos problemą – įstatymuose nebuvo apibrėžta, kokios cheminės sudėties vanduo yra tinkamas gerti. Tokias normas sukurti Lenkijoje, esą, sunku dėl regionų dirvožemio ir kitų specifinių skirtumų, kuriuos visus ištirti reikia daug laiko, darbuotojų ir lėšų. K. Karafa-Korbutas siūlė Lenkijai taikyti Rytų Vokietijoje priimtas normas [236]. Turime konstatuoti, jog aiškiai apibrėžtos vandens

higieninės normos ir vandens tyrimų mechanizmas Lenkijoje atsirado tik ketvirtajame dešimtmetyje. 1933 m. buvo nustatytos bakterijų (*coli*) bei kai kurių cheminių elementų leistinos normos geriamajame vandenyje [239]. 1936 m. buvo visiškai sunormintos vandens tyrimų taisyklės, numatytos institucijos, atsakingos už vandens tyrimus [22].

A. Safarevičius taip pat tyrė mažų gyvenviečių aprūpinimo vandeniu problemas. Jis teigė, jog tokiose gyvenvietėse centralizuotos vandentiekio sistemos kurti tiesiog neįmanoma ir netikslinga, nėra galimybės įrengti ir artezinių šulinių. Dėl to gyventojai gali naudotis savo iškastais šuliniais. Tačiau tokių šulinių vandens kokybė dažnai būna bloga, ypač kalbant apie bakterijų (*coli*) skaičių vandenyje. Kaip svarbiausią priemonę gerinti vandens kokybei mažose gyvenvietėse A. Safarevičius pabrėžė vandens chloravimą [237].

1929 m. Vilniaus miesto magistratas įpareigojo Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros mokslininkus atlikti Neries vandens tyrimus siekiant išspręsti vandentiekio sistemos problemą Vilniuje. Anksčiau kelti klausimai apie vandentiekio sistemos tobulinimą vėl buvo svarstomi. Buvo svarstomos dvi alternatyvos: pirma – senos sistemos pagrindu tobulinti centrinius artezinius šulinius, kurių vandeniui būtų aprūpinamas visas miestas; kita, pigesnė alternatyva – kurti [paviršinių] šulinių kompleksą pagal poreikį. Tačiau nebuvo aišku, ar Vilniaus mieste būtų užtekę vietos dideliui skaičiui šulinių [222]. Remiantis statistiniais duomenimis ir literatūra, šiandien galima teigti, kad ir iki šios strategijos planavimo, ir vėliau dalinai buvo įgyvendinamos abi strategijos – buvo statomi nauji lokaliai reikšmės šuliniai ir tobulinami seni arteziniai šuliniai [60].

A. Safarevičius svarstė ir tokias alternatyvas kaip miesto aprūpinimas Žaliųjų ežerų, Vilnelės, Neries vandeniu. Mokslininkas, argumentuodamas mažesne vandens išgavimo kaina bei tokių šalių kaip Vokietija, JAV, Indija patirtimi, pasiūlė grįžti prie E. Šimanskio idėjos, tik ją šiek tiek patobulinti. Jo nuomone, pigiausias centralizuoto vandentiekio sistemos sprendimas – filtruoti paviršinių telkinių, šiuo atveju Neries vandenį ir pumpuoti jį miesto reikmėms; toks vanduo, esą, būtų tinkamas vandentiekiiui [222]. Reikia pasakyti, jog ši rekomendacija tarp kitų katedros rekomendacijų vertinti na kaip ne itin profesionali.

1930 m. birželio, liepos ir rugsėjo mėnesiais buvo paimti vandens mėginiai iš 10 skirtingų vietų upės vagoje pasroviui, pradedant 8 km į šiaurę nuo Vilniaus miesto, baigiant Žaliuoju tiltu, Lukiškėmis (1 lentelė). Siekiant nustatyti maksimalų galimą vandens užterštumą, buvo specialiai pasirinkti vasaros mėnesiai, kai sustiprėja vegetaciniai procesai, vandenyje padaugėja vienląsčių, bakterijų ir kitų potencialiai kenksmingų organizmų [228].

1 lentelė. Bakterijų (mikroorganizmų) kiekis Neries vandenyje  $\text{cm}^3$   
( $1 \text{ cm}^3 = 1 \text{ ml}$ , 1–10 skirtingos Neries vietos, VI.18–IX.11 vandens paėmimo datos) [228]

Data	1 punktas	2 punktas	3 punktas	4 punktas	5 punktas	6 punktas	7 punktas	8 punktas	9 punktas	10 punktas
VI.18	11 700	12 750	9 400	5 960	17 200	6 460	3 640	3 600	7 500	80 800
VIII.11	190	165	230	270	450	300	280	230	2 110	2 300
IX.04	175	115	110	95	140	130	200	210	190	470
IX.11	120	94	98	78	180	148	202	220	176	290

Neries vanduo pagal užterštumą bakterijomis, cheminėmis medžiagomis (nitrais, nitritais, amoniaku) buvo pripažintas tinkamu naudoti kaip vandentiekio vanduo. Visgi drauge buvo siūloma atlikti daugiau tyrimų vandens kokybei nustatyti. Pagal šiandienius higienos reikalavimus vandentiekio vandeniui maksimalus leistinas mikroorganizmų skaičius 1 ml vandens yra 100 [238]. Kaip matome, beveik visi mėginiai paimti 1930.VI.18, smarkai viršytų tokias normas, kas leistų teigti, kad to meto Higienos katedros mokslininko rekomendacija, šių laikų supratimu, būtų netinkama. Tačiau, kaip jau buvo minėta, leistinos bakteriologinės vandens normos (*coli*) visoje Lenkijoje buvo nustatytos tik po trejų metų – 1933 m. Taigi įstatymų apibrėžtų normų A. Safarevičiui atliekant Neries vandens tyrimus tiesiog nebuvo. 1933 m. nustatytos normos buvo artimos šiuolaikinėms – geriamojo vandens užterštumas bakterijomis (mikroorganizmais)  $1 \text{ cm}^3$  neturėjo viršyti 100 [239].

1938 m. buvo apginta Š. Kozlovskio daktaro disertacija apie gruntinius vandenis Šnipiškėse. Darbas leidžia įvertinti vandentiekio sistemos pokyčius Vilniuje. Anot mokslininko, Šnipiškėse užkrečiamųjų ligų rizika itin didelė, nes rajonas vis dar neprijungtas prie centralizuoto vandentiekio ir kanalizacijos sistemos. Atsižvelgdamas į ankstesnius Vilniaus šulinių tyrimus [243] bei tyrimus, atliktus Šnipiškėse, higienistas padarė išvadą, jog šulinių vanduo šioje miesto dalyje netinkamas gerti, maža to, kyla didelė epidemijų grėsmė, nes šulinių vandenį naudoja vietinės pieninės, gazuoto vandens fabrikėliai, kepyklos. Rekomenduota kuo skubiau spręsti vandentiekio ir kanalizacijos problemas Šnipiškėse. Mokslininko nuomone, tam pakaktų bent jau keleto kokybiškų artezinių šulinių [159].

Taigi, galime konstatuoti, jog esminių vandentiekio ir kanalizacijos sistemų plėtos pokyčių neįvyko. 1935 m., be ankstesnių vandens pumpavimo įrenginių Bernardinų sode, dar ėmė veikti Tuskulėnų vandenvietė [240]. 1936 m. vis dar buvo diskutuojama apie galimybę vandentiekio sistemai panaudoti Neries upės vandenį, nes esamų artezinių šulinių vandens gyventojų reikmėms nepakako [233]. Neries vanduo netapo alternatyva ankstesniems vandens išgavimo būdams Vilniuje. Ar toks vandens išgavimo būdas būtų buvęs geriausias sprendimas, vienareikšmiškai atsakyti sunku. Be abejonės, geriausias sprendimas – artezinių šulinių vanduo, tačiau turint omenyje to meto Vil-



niaus ekonominius pajėgumus tai buvo neįgyvendinama. Atsižvelgiant į miesto šulinių kokybę [243] manytina, jog esami šuliniai tikrai nebuvo gera išeitis. Tačiau vandentiekiiui tiekti Neries vandenį – taip pat prasta alternatyva. Juolab kad dar tais pačiais 1930 metais buvo pateikta A. Safarevičiaus rekomendacija sutvarkyti miesto nuotekų šalinimo sistemą. Miesto nuotekos vis dar buvo leidžiamos tiesiai į Neries vandenį [59].

Kalbant apie Vilniaus gyventojų vartojamo vandens kokybę susiduriama su kita problema – vandens kaina, išaugusia dėl didelių centralizuoto vandentiekio įrengimų technikos priežiūros išlaidų [235]. Tai taip pat buvo viena iš priežasčių, lėmusių lėtą Vilniaus miesto vandentiekio sistemos modernizaciją – Vilniuje populiarią praktiką naudoti asmeninius šulinius kaip pigesnę alternatyvą.

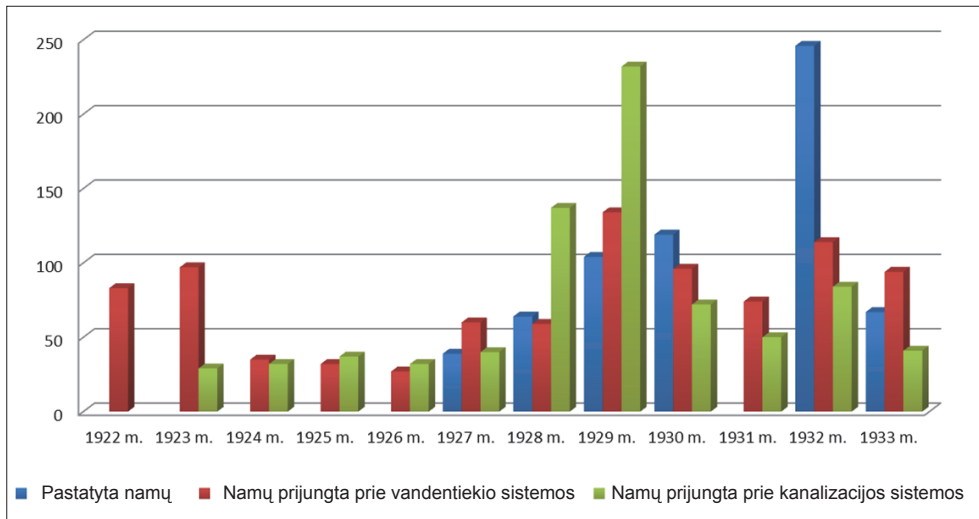
Pirmieji įstatymai, apibrėžiantys šulinių sanitarinius reikalavimus Lenkijoje, pasirodė 1920 metais [241]. Vilniaus vaivadijoje šie nurodymai įsigaliojo tik 1926 metais [242]. Vyriausiojo Komisarų kovai su epidemijomis E. Godlevskio rašte buvo nustatyti griežti naujų šulinių statybos reikalavimai. Visų rūšių naujų šulinių statybos darbai privalėjo būti derinami su vietos valdžios institucijomis. Šuliniai turėjo būti statomi kuo arčiau sodybos, kurioje vanduo bus naudojamas, tačiau ne arčiau kaip 20 metrų nuo nuolatinės taršos šaltinio, nuotekoms nelaidžios dirvos ir 30 metrų nuotekoms laidžios dirvos atveju. Esant nuotekoms nelaidžiai dirvai, šuliniai negalėjo būti seklesni nei 3 metrai, esant nuotekoms laidžiai dirvai – ne seklesni nei 6 metrai. Kasant naujus šulinius prioritetą buvo teikiamas žiediniams šuliniams, tačiau ten, kur galimybės statyti žiedinius šulinius nėra, leista įrengti kastinius šulinius, tačiau tokių šulinių sienos turėjo būti tik betoninės, jie turėjo atitikti visus pirmiau minėtus reikalavimus [241].

Vilniaus šulinių būklę atskleidžia 1931 m. išsamus F. Kasperovičiaus atliktas tyrimas. Mokslininkas pabrėžė, kad nepaisant centralizuoto vandentiekio sistemos plėtros planų, vis dar aktualiu Vilniaus sanitarijos klausimu išlieka iškastinių šulinių vandens kokybė. Vyriausiojo Vilniaus gydytojo iniciatyva 1931 metų vasarą buvo organizuojama miesto šulinių registracija. Paaiškėjo, kad 195 tūkstančiams Vilniaus gyventojų teko vidutiniškai po 1 šulinį 3 gyvenamosioms valdoms, t. y. maždaug 1 šulinys 72 Vilniaus miesto gyventojams. Miesto šuliniai buvo suskirstyti į tris kategorijas: betoniniai šuliniai 1321 – 49 %, betoniniai-mediniai 415 – 15,3 %, mediniai 916 – 35,7 %. Betoniniai-mediniai šuliniai – tai šuliniai, kurių dalis medinių konstrukcijų būdavo po žeme. Daugiau nei pusė šulinių Vilniaus mieste buvo technologiškai blogo lygio. Pagal šulinių gilumą Vilniaus šuliniai skirstytini į penkias kategorijas [243] (13 priedas).

Maždaug trečdalis Vilniaus šulinių gylis siekė vos 5 metrus, jie buvo priskirti labai seklių šulinių kategorijai (nekalbant apie šulinius, kurių gylis nesiekė nei metro!). Atsižvelgiant į specifines sąlygas (smėlingą, nuotekoms pralaidų dirvožemį), į seklių šulinių kategoriją buvo įtraukti ir 5–10 metrų gylis šuliniai. Daugiau nei 3/4 Vilniaus

šulinių priskirti seklių šulinių kategorijai. Anot F. Kasperovičiaus, nesunku numanyti, jog pagal Vilniaus dirvožemio užterštumo lygį vanduo turėtų būti užterštas nitratais ir nitritais, chloru, fosfatais, *coli* gali siekti 10/cm<sup>3</sup>. Konstatuota, kad Vilniaus šulinių būklė yra labai bloga, o tokios sanitarinės sąlygos visiškai netinkamos 170 000 gyventojų [195 000] turinčiam miestui, siūlyta kuo greičiau įrengti centralizuotą vandentiekį, likviduoti visus gyventojų iškastus šulinius [243].

1934 m. Vilniaus miesto dirvos užterštumą tyrė Vilniaus higienistas J. Šlipikovskis. Autorius konstatavo, jog mieste būtina įrengti racionalią nuotekų drenavimo sistemą, priešingu atveju miesto požeminiai vandenys bus smarkiai teršiami. Mokslininkas apgailestavo, jog Vilniuje labai užsitęsę sanitarinės inžinerijos kūrimo darbai. Kanalizacijos sistema imta kurti dar prieš karą, tačiau vis dar nėra sutvarkyta. To priežastis – finansiniai sunkumai [244].



15 pav. Naujai pastatyti prie vandentiekio ir kanalizacijos sistemų prijungti namai Vilniuje 1925–1933 m.<sup>21</sup>

Kiti mūsų tyrimui svarbūs klausimai – nuotekų valymas ir šiukšlių šalinimas. Kanalizacijos ir vandentiekio sistemų plėtra Vilniuje buvo glaudžiai susijusios tarpusavyje. Abu projektus – tiek vandentiekio, tiek ir kanalizacijos – buvo patikėta įgyvendinti minėtajam O. Smrekieriui. Nuo 1912 iki 1931 m. buvo nutiesta beveik 60 km vandentiekio ir 50 km kanalizacijos tinklų, prie kanalizacijos prijungti 752 namai [59]. [Manytina,

<sup>21</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97; Jenz H. Wodociągi i kanalizacija miasta Wilna. (Wilno) 1932: 60–61.

kad O. Jenšo pateikiami skaičiai kiek padidinti, Vilniaus miesto magistrato ataskaitose pateikiami skaičiai gerokai mažesni]. Kaip ir centralizuoto vandens tiekimo, taip ir kanalizacijos paslaugomis Vilniuje 3-iojo dešimtmečio pabaigoje–4-ojo dešimtmečio pradžioje naudojosi tik mažuma gyventojų.

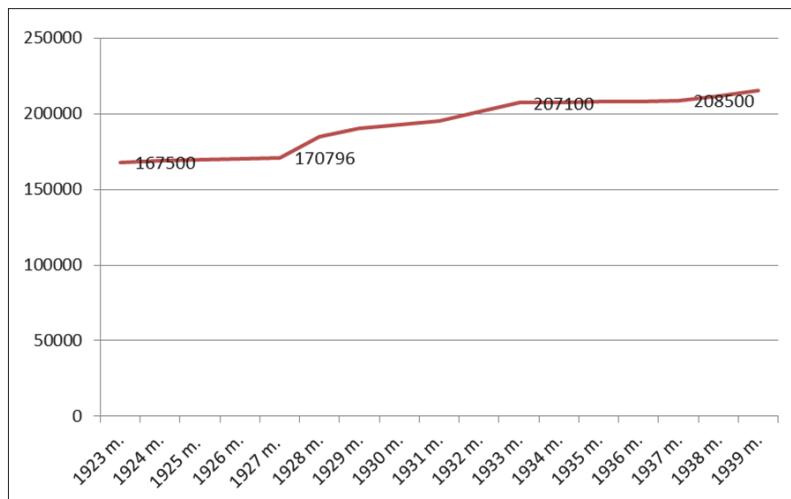
1929 m. prie centralizuoto vandens tiekimo bei kanalizacijos sistemų prijungta ypač daug naujų abonentų (15 pav.). Tokia tendencija sietina su Lenkijos vyriausiosios sveikatos reikalų tarybos prie Vidaus reikalų ministerijos strategija sprendžiant vidurių šiltinės problemą Lenkijoje. Taryba numatė vykdyti sistemingus vandentiekio sistemos vandens tyrimus [22]. Tai galbūt paskatino Vilniaus miesto magistratą pagerinti ir bendrą vandentiekio, kanalizacijos sistemų būklę.

Nuotekų valymo klausimas nagrinėtas A. Safarevičiaus darbuose. Svarbiausiu šiai problemai skirtu tyrimu reikėtų laikyti studiją „Apie naujausias nuotekų valymo technologijas“ (1926) [245]. Deja, teksto aptikti nepavyko. Visgi šiame darbe tirtas problema ir mokslininko teiktus pasiūlymus galime nuspėti iš vėlesnių mokslininko darbų.

1929 m. pasirodė šio mokslininko tyrimas apie valymą aktyviuoju dumblu [246]. 1930 m. darbas buvo nominuotas Maršalo J. Pilsudskio apdovanojimu [247], tyrimas buvo inicijuotas Vilniaus miesto sveikatos sekcijos. Aktyviojo dumblo metodas 1913 m. buvo atrastas anglų chemikų E. Arderno (Arden) ir V. T. Loketo (Lockett). Pirmąkart metodas išbandytas Mančesteryje. Lenkijoje šis metodas nagrinėtas A. Šniolio ir K. Karafos-Korbuto darbuose. Metodo esmė – mikroorganizmų gebėjimas skaidyti organines medžiagas. Metodas taikomas buitiniams, biologinės kilmės atliekoms, tačiau netinkamas pramoniniu būdu užterštiems vandenims. Iš pradžių nutekamieji vandenys surenkami į tam tikrus rezervuarus, vėliau medžiagos absorbuojamos aktyviuoju dumblu. Galiausiai vyksta oksidacija, po kurios dauguma mikroorganizmų žūva. Organinės medžiagos, turinčios anglies, skyla iki pirminių gamtinių elementų CO<sub>2</sub> bei H<sub>2</sub>O, sieros ir azoto junginiai virsta sulfatais ir nitratais. Vėliau vanduo filtruojamas ir tokiu būdu biologiškai išvalomas nuo organinės kilmės teršalų [246].

A. Safarevičius teigė, kad šis pažangus metodas galėtų būti taikomas ir Vilniuje. Tiesa, tam reikia papildomų tyrimų ir skaičiavimų. Vilniaus miestas yra slėnyje, o aplinkui kalnuotas reljefas, dėl to savaiminis nuotekų judėjimas iš vienos miesto dalies į kitą sudėtingas, reikėtų papildomo mechaninio pumpavimo. Taip pat sunku lokalizuoti vietą, kur turėtų stovėti nuotekų valymo stotis, nes šiuo metodu galima valyti tik nedideles teritorijas. Taigi tokia valymo stotis turėtų būti už miesto, bet netoli tankiausiai gyvenamos miesto dalies. Tokią stotį Vilniuje esą reikėtų pastatyti kuo greičiau [246]. A. Safarevičiaus rekomendacija lenkė savo laikmetį. Praktiškai ji buvo įgyvendinta daugiau nei po pusės amžiaus. Vilniuje biologinė nuotekų valymo stotis buvo atidaryta 1996 metais [248].

Atsižvelgdami į vėlesnes miesto plėtros tendencijas (16 pav.) galima teigti, jog A. Safarevičiaus rekomendacija buvo teisinga. Nuo 1927 iki 1933 m. gyventojų skaičius labai sparčiai augo. Maždaug nuo 1932 m. pastebimos suaktyvėjusios naujų namų statybos tendencijos (15 pav.), drauge ir kita tendencija – nauji namai ne iš karto prijungiami prie vandentiekio ir kanalizacijos sistemų. Dėl to sanitarinės sąlygos mieste blogėjo.



16 pav. Vilniaus gyventojų skaičiaus augimas 1923–1939 m.<sup>22</sup>

Nuo 1932 iki 1935 metų Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedroje buvo paskelbta dar keletas tyrimų šia tematika. 1932 m. su Vilniaus magistrato parama ir paskatinimu A. Safarevičius nagrinėjo dumblo fermentavimo metodą ir jo taikymo galimybes [249]. 1933 m. pristatytas šio mokslininko darbas apie nuotekų valymo standartus [250]. 1935 m. Lenkijos higienistų suvažiavime Katovicuose paskelbtas panašaus pobūdžio tyrimas apie pramonines atliekas [251]. Apibendrinant galima teigti, kad A. Safarevičiaus indėlis į vandentiekio ir kanalizacijos sistemų tyrimus Vilniuje buvo išties didelis. Šis mokslininkas laikomas vienu iš visos Lenkijos sanitarijos inžinerijos tyrimų pradininkų [233].

Mūsų tyrimui svarbus paprasto miesto gyventojų gyvenimo sąlygų klausimas. 1928 m. Vilniaus miestiečių gyvenimo sąlygų problematiką nagrinėjo K. Rymaševskis. Anot mokslininko, turtingieji miesto gyventojai gyveno prabangiai, o paprasti miestiečiai dažnai neturėjo net minimalių higieninių sąlygų. Dėl skurdo miesto gyventojai įpratę statyti kuo pigesnius būstus, neatsižvelgdami į jokių higienos reikalavimus. Ku-

<sup>22</sup> Pirminiai duomenys: Rocznik statystyki miast Polski. (Warszawa) 1930: 2; Vilniaus miesto ekonomika ir kultūra: Statistinių duomenų rinkinys. Vilnius; 1976: 12–13.

kliomis sąlygomis, esą, gyvena ir miesto inteligentai. Miesto gyventojų nusiteikimas savo gyvenamosios aplinkos atžvilgiu pasyvus – užuot gerinę savo gyvenimo sąlygas ir sveikatą, daugelis tiesiog pasineria į „narkomaniją“, t. y. vartoja alkoholį, tabaką. Didžiausiu absurdu higienos požiūriu mokslininkas įvardijo butus rūsiuose. Higienistas stebėjosi, kaip gali būti, jog miestas taip tankiai gyvenamas ir kartu jame beveik nėra aukštų pastatų. Miesto gyventojai papildomus butus rūsiuose, esą, sugeba įsirengti ne tik po vieno aukšto namais, bet net po medinėmis lūšnelėmis. Tokiuose butuose net neverta tikėtis ventilacijos ar dienos šviesos [94].

Vilniečių kiemai purvini, nesutvarkyti, šuliniai apaugę žolėmis. Gyventojai miesto centre šiukšles nerūšiuodami meta į medines dėžes-šiukšliadėžes su kiaurais dugnais, dalis atliekų lieka dėžėje, kita – skysta atliekų dalis, teka ant žemės ir kanalais arba natūralia tėkme srūva iki Neries arba Vilnelės. Dalis šiukšlių kraunama į betonuotas duobes „katuchas“, kartą per kelias savaites [!] šiukšlės iš duobių išvežamos už miesto [94].

K. Rymaševskis teigė, jog sutvarkyti miesto aplinką tiesiog būtina. Pirmiausia reikia uždrausti medines dėžes ir „katuchas“, vietoj jų pastatyti higieninius reikalavimus atitinkančias šiukšliadėžes. Šiukšles reikia rūšiuoti į organines ir neorganines. Organinės kilmės atliekas reikia dėti į hermetiškas talpas, vėliau kasdien išvežti. O neorganinės atliekos – popierius, medienos šiukšlės, stiklas, metalas – gali būti puikus energijos šaltinis, todėl mieste reikia įrengti šiukšlių deginimo punktą. Deginamų šiukšlių energija gali būti naudojama apšvietimui, motorams. Pelenai ir kitos atliekos, sudegus šiukšlėms, gali būti žaliava vadinamajam „brukui“, arba grindinio plytelėms, gaminti. Kanalizacijos sistema taip pat turi būti sutvarkyta, kad nepageidaujami kvapai negadintų miesto reputacijos. Anot mokslininko, reikia tinkamai suprojektuoti patį miestą. Pagal J. Poliako ir T. Janiševskio nustatytas normas pastatus reikėtų suplanuoti tokiais nuotoliais (ne mažiau kaip 10 m), kad būtų užtikrintas tinkamas saulės šviesos kiekis ir laisvas oro masių judėjimas mieste. Ištisi medinių lūšnų kvartalai turi būti nugriauti, pradedant nuo Šnipiškių. Tokie kvartalai turi būti pakeisti pigiais, tačiau higieninius reikalavimus atitinkančiais būstais [94].

Kaimo gyventojų butis Vilniaus krašte taip pat bylojo apie skurdą, sunkias gyvenimo sąlygas. Pramonė buvo menkai išvystyta, todėl dauguma gyventojų dirbo žemės ūkyje arba smulkiose įmonėse (iki 20 darbuotojų). Kaimuose vyravo mediniai namai, dengti šiaudais, dažnai net be kamino – vadinamosios dūminės pirkios. Nameliuose būdavo tik vienas kambarys, kuriame glausdavosi visa šeima, tame pačiame kambaryje gyvendavo ir gyvuliukai: kiaulės, avys, veršeliai. Higieninės sąlygos tokiuose būstuose buvo blogos. Kaimai ir miesteliai neturėjo iš anksto numatyto plano, buvo statomi stichiskai, nepaisant nei estetikos, nei higienos normų [93].

Gana išsamiai Vilniaus krašto ūkio sanklodą apibūdino jau minėtas gydytojas D. Alseika. Vilniaus krašto ekonominis silpnumas ir atsilikimas, esą, buvo lemiamas keleto veiksnių. Viena vertus, šiame krašte niekada nebuvo įgyvendinta žemės reforma [priešingai nei likusioje Lietuvoje], dėl to vietos ūkininkai negavo pakankamo kiekio žemės tinkamai ūkininkauti, galėjo tenkintis nebent smulkiais ūkiais. Netgi tuo atveju, jei ūkininkas turėdavo iki 100 ha žemės, Pietryčių Lietuvoje, kur gyveno daugiausia lietuviai, vyravo nederlingas, smėlingas dirvožemis. Antra vertus, daugiau nei pusė žemės Vilniaus krašte vis dar buvo valdoma lenkų bajorų, kurie dėl skolų bankams patys žemės dirbti jau nebepajėgė. Mieste lietuviai laimės ieškodavo retai, dauguma miestiečių buvo nelietuviai. Miestuose valdžią išlaikė žydų tautybės prekeiviai ir bankininkai. 1930 m. prasidėjus ekonominei krizei, kaimo gyventojų padėtis dar labiau pablogėjo, kritus maisto produktų kainoms, kilo net badas [252].

Tenka konstatuoti, kad laikotarpio pabaigoje gyvenimo sąlygos Vilniuje nepagerėjo. 1939 metų duomenimis, Vilnius pagal gyventojų skaičių buvo šeštoje vietoje po Varšuvos, Lodzės, Lvovo, Poznanės ir Krokuvos, o pagal užimamą teritoriją tarp kitų Lenkijos miestų Vilnius nusileido tik Varšuvai. Tai rodo, kad miestas vis dar buvo menkai urbanizuotas. Vieno kambario butai Vilniuje sudarė 31,6 % visų būstų, 22,9 % būstų sudarė dviejų kambarių butai, juose gyveno 22–26 % visų miesto gyventojų. Palyginimui, Varšuvoje ir Lodzėje vieno kambario butai sudarė 63,1 % ir 42,7 % visų būstų. Dauguma Vilniaus gyventojų gyveno didelėmis grupėmis [šeimomis], atskiruose namuose nuomodami du namo aukštus. Rūsiose arba pastogėse gyveno miesto proletariatas, kuris tuo metu sudarė apie 13 % miesto gyventojų (1932 m.). Kai kuriais atvejais 20 m<sup>2</sup> gyvenamojo plotas teko iki 8–14 gyventojų. Kartais per mažas gyvenamųjų patalpų plotas ribojo net galimybes pastatyti pakankamą skaičių lovų visiems buto gyventojams, todėl pastarieji kartais miegodavo tiesiog ant grindų ar gultų, pritvirtintų prie sienos [54].

1938 m. prie centralizuoto vandentiekio buvo prijungta tik mažuma Vilniaus namų. Tai lėmė didelė namo prijungimo prie vandentiekio sistemos kaina. Iš maždaug 3113 namų, kuriuos jau pasiekė vandentiekio sistema, tik 1700 namų prie jos buvo prijungti. Dauguma miesto šulinių (2940 iš 3002) vis dar buvo priskirtini seklių kategorijai ir vos 62 šuliniai buvo gilūs, žiedinio tipo. Kaip teigia V. Berneris, mieste vykdytos sanitarinės akcijos didesnės įtakos padėties gerėjimui neturėjo, nes miesto sanitarinė inžinerija buvo plėtojama vangiai, trūko sanitarijos gydytojų [54].

Viešieji Vilniaus miesto pastatai taip pat verti mūsų dėmesio. Vienintelis informatyvus šaltinis, kuriame galime rasti šiek tiek informacijos apie visuomeninės paskirties pastatus Vilniaus mieste yra M. Gansovskio (Gąssowski) ir D. Kosakovskio (Kossakowski) tyrimas. Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcijos užsakymu buvo ištirtas

aštuonių Vilniaus kino teatrų ir teatrų oras. Nustatyta, kad esant pilnai salei visuose kino teatruose CO<sub>2</sub> kiekis ore svyravo apytikriai nuo 3 iki 6 ‰. Kaip ir reikėjo tikėtis, didžiausias CO<sub>2</sub> kiekis teko mažiausią salę turinčiam kino teatrui. Salės plotas siekė vos 104 m<sup>2</sup>, ji buvo skirta 400 žiūrovų, čia CO<sub>2</sub> kiekis ore siekė net 6,85 ‰. Teatruose CO<sub>2</sub> kiekio svyravimo amplitudė taip pat buvo panaši – apytikriai nuo 3 iki 6 ‰. Išvadose konstatuota, jog anglies dvideginio kiekis kino teatruose smarkiai per didelis. To priežastis – ventiliacijos stoka, nes įrengti elektriniai ventiliatoriai tiesiog per silpni. Daugelyje salių net nebuvo numatytos galimybės įrengti ventiliaciją, todėl salės būdavo išvėdinamos atidarant langą prieš seansą [253].

Kalbant apie miesto liginines, vienos blogiausių sąlygų buvo miesto ligininėje Savičiaus gatvėje. Sename, daug kartų perstatytame name tilpo apie 200–250 lovų. Pastatas buvo tamsus, su mažais langais, be ventiliacijos, kūrenamas krosnimis, galima sakyti, iš esmės buvo netinkamas ligininei. 1919 m. magistratas planavo ligininę perduoti Medicinos fakultetui ir iškelti į naujas patalpas, tačiau 1929 metais šis projektas vis dar buvo neįgyvendintas [86].

**Apibendrinant** galima teigti, kad Vilniaus miestas ir aplinka higieniniu požiūriu buvo labai apleisti. Higienos katedros tyrimų tikslas buvo iš pagrindų keisti sanitarijos situaciją Vilniaus mieste ir apylinkėse. Deja, nepaisant Vilniaus higienistų perspėjimų nebuvo įgyvendinta jokių esminių reformų.

#### 4.3.2. Socialinės ir užkrečiamosios ligos

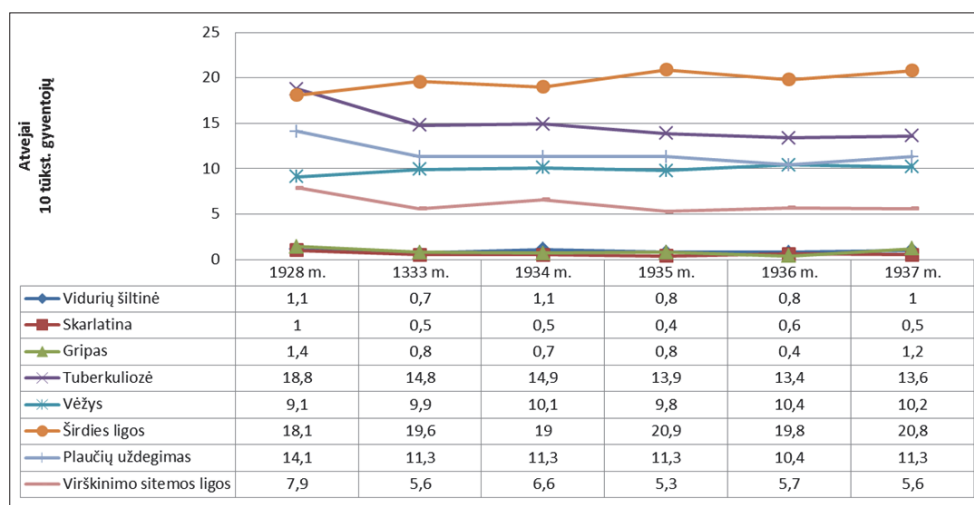
Atsižvelgiant į fizinės higienos sąlygas Vilniaus mieste ir apylinkėse logiška būtų kelti užkrečiamųjų ir socialinių ligų klausimą. Ligų skirstymas į užkrečiamąsias ir socialines yra gana sąlygiškas, priklausomai nuo to, ar pirmenybė aiškinant jų etiologiją skiriama biologiniams, ar socialiniams veiksniams. Šiuo atveju, kalbant apie sergamumą socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis, galima įžvelgti didelę socialinių-ekonominių veiksnių įtaką miesto gyventojų sergamumui, todėl šiame darbe laikysimės tarpukario laikotarpiu taikytos skirties, t. y. tuberkuliozė ir trachomą priskirsime socialinėms ligoms, tymus, skarlatiną ir vidurių šiltinę – užkrečiamosioms ligoms.

Pirmuoju tik sukurtos Lenkijos valstybės uždaviniu tapo kova su užkrečiamosiomis ligomis. Varšuvos medicinos universitete buvo sukurtas Epidemiologijos institutas. Po Pirmojo pasaulinio karo valstybę, ypač rytinius jos pakraščius, užplūdo demobilizuoti kariai. Karo metu žuvo daug gydytojų, miestuose susidarė antisanitarinės sąlygos. 1920–1923 m. laikotarpiu prioritetas buvo kova su dėmėtąja šiltine, vidurių šiltine, dizenterija, difterija, skarlatina, raupais. Įveikus dėmėtosios šiltinės epidemiją, kovota su



vidurių šiltine, salmonelioze, dizenterija ir difterija [23]. Apie 1923–1925 m. užkrečiamųjų ligų banga nulsūgo, iki tol taikytas policines priemones pakeitė reguliarūs sveikatos prevencijos darbai [125]. Svarbiausiu sveikatos sistemos uždaviniu tapo socialinių (lėtinių, neinfekcinių) ligų įveika [88]. Būtent lėtinės neinfekcinės ligos nusinešdavo daugiausia gyventojų gyvybių (17 pav.).

Duomenų apie 1920–1925 m. laikotarpį Vilniuje turime nedaug, tačiau matomos tos pačios tendencijos, kaip ir visoje Lenkijoje. 1921 m. mieste buvo kovojama su choleros, vidurių šiltinės, dėmėtosis šiltinės epidemijomis, sukeltomis didelės reemigrantų, karių iš Rusijos bangos. Buvo sutelktos turimos gydytojų pajėgos, sprendžiamos miesto sanitarijos problemos [254]. Apie 1923–1925 m. padėtis mieste stabilizavosi: sergamumas dėmėtąja šiltine sumažėjo, užfiksuoti vos keturi nauji choleros atvejai [255].

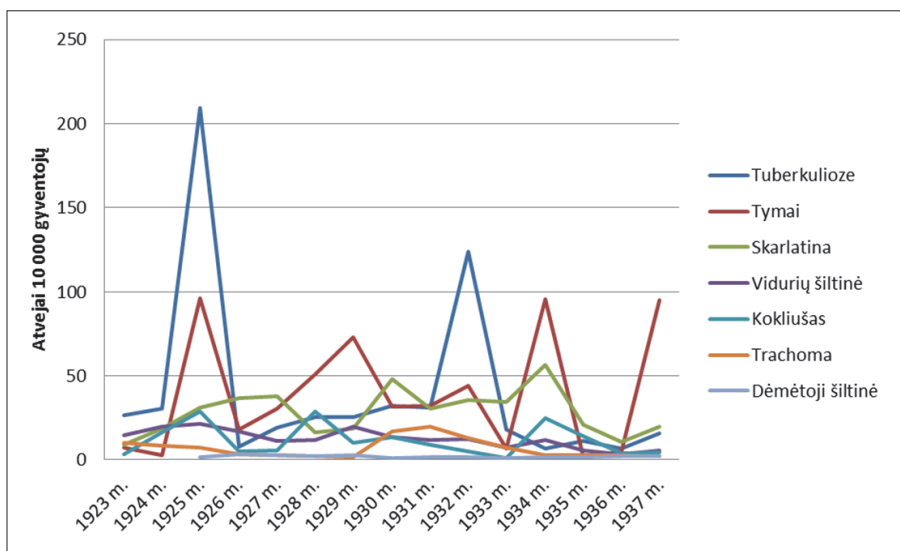


17 pav. Mirštamumas 10 tūkst. gyventojų pagal priežastį Lenkijos miestuose 1928–1937 m.<sup>23</sup>

Viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų Lenkijoje tuo metu neabejotinai buvo socialinė liga – tuberkuliozė. Didžiausias sergamumas tuberkulioze Lodžėje. Čia mirštamumas nuo tuberkuliozės siekė 40 atvejų 10 tūkst. gyventojų [256]. Vilniuje tuberkulioze kasmet nuo 1923 iki 1937 susirgdavo vidutiniškai 544 gyventojai (neskaitant 1925 ir 1932 m. epidemijų). 1925 metais užregistruotas rekordiškai didelis naujų susirgimų tuberkulioze skaičius siekė 3548 atvejus, 1932 m. užregistruota 2952 nauji tuberkuliozės atvejai. 1923–1939 m. laikotarpiu mirštamumas vidutiniškai sudarė 16 atvejų 10 tūkst. gyventojų (19 pav.). Sergančiųjų tymais tuo pačiu laikotarpiu

<sup>23</sup> Pirminiai duomenys: Mały Rocznik Statystyczny. (Warszawa) 1930: 142; 1935: 92; 1938: 292.

būdavo maždaug 763 atvejai (įskaitant didžiausią bangą 1925 m.). 1923–1937 m. per metus buvo įregistruojama vidutiniškai 547 skarlatinos atvejai, 130 trachomos atvejų, 233 nauji vidurių šiltinės atvejai (18 pav.)<sup>24</sup> (14 priedas).



18 pav. Sergamumas socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis Vilniuje 1923–1937 m.<sup>25</sup>

Lyginant su ankstesniu carinės Rusijos laikotarpiu galima konstatuoti, jog užkrečiamosios ligos – cholera, dėmėtoji šiltinė, difterija, tymai savo reikšme tarpukario Vilniuje gerokai nusileido socialinėms ligoms. 1901–1912 m. laikotarpiu sergamumas skarlatina vidutiniškai siekė apie 30,8 atvejo 10 tūkst. gyventojų kasmet. Skarlatina sudarė 41 % visų užkrečiamųjų ligų atvejų, difterija – 14 % [53]. 1923–1937 m. laikotarpiu užkrečiamųjų ligų problemą užgožė didelis sergamumas daug pavojingesnėmis socialinėmis ligomis – tuberkulioze ir trachoma. Duomenys apie Vilniaus gyventojų mirštamumą fragmentiškai, tačiau matomos aiškios tendencijos. 1923–1938 m. Vilniuje nuo vidurių šiltinės kasmet mirdavo vidutiniškai 21,8 gyventojai, nuo difterijos – apie 15, dizenterijos – apie 8, o nuo tuberkuliozės vien tik 1923–1933 m. mirdavo kone dešimtkart daugiau – vidutiniškai 303 miesto gyventojai<sup>26</sup>. 1938 metais tuberkuliozė

<sup>24</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97; dalis duomenų rekonstruota naudojant statistinius metodus; Berner W. Działalność dozatorów sanitarnych w Wilnie w okresie II Rzeczypospolitej. Przgl. Epidemiol. (Warszawa) 2009; 63: 467.

<sup>25</sup> Pirminiai duomenys ten pat.

<sup>26</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97.

sudarė 74 % visų mirties nuo socialinių ir užkrečiamųjų ligų priežasčių<sup>27</sup>. Trachomos komplikacijos dažnai lemdavo net aklumą.

Duomenų apie gyventojų sergamumą Vilniaus vaivadijoje itin mažai, skiriasi statistikos rinkimo būdai, nes nebuvo bendros sistemos, tai patvirtina ir literatūra bei pirminiai šaltiniai. Tam tikra gilesnė problema buvo susijusi su ne tik Vilniaus vaivadijoje, bet ir visoje Lenkijoje veikusiu sveikatos apsaugos mechanizmu. Jis buvo orientuotas į akivaizdžiai svarbią socialinių ligų problemą ir jos sprendimą. Tai buvo aktualiausia kalbant apie miestus. Tačiau drauge buvo apeista kita problema – užkrečiamosios ligos. Miesto gyventojų sveikatos būklė buvo stebima atidžiau nei kaimo gyventojų. Atskirai buvo fiksuojamos mirtys pagal priežastį Lenkijos miestuose 10 tūkst. gyventojų, tačiau apie kaimo vietas, kuriose vis dar telkėsi dauguma populiacijos, tokie statistiniai duomenys nebuvo sistemingai renkami [257].

Nepaisant to, matoma aiški tendencija – socialinė epidemijų kilmė. Lyginant miesto ir kaimo gyventojų sergamumą tokios tendencijos vyravo ir Vilniaus vaivadijoje. Užkrečiamosios ligos savo mastu neprilygo socialinėms – tuberkuliozei bei trachomai. 1928–1931 m. Vilniaus vaivadijoje užfiksuotų vidurių šiltinės atvejų skaičius svyravo apie 462 naujus atvejus kasmet. 1930–1937 m. užfiksuotų tuberkuliozės atvejų skaičius vaivadijoje vidutiniškai siekdavo 3118 atvejų per metus, o trachomos akcijos metu 1931 m. naujų atvejų nustatyta net 14 536 (15 priedas).<sup>28</sup>

Dideliam sergamumui Vilniaus mieste ir vaivadijoje įtakos turėjo įvairūs veiksniai. Pirmoji veiksnų grupė – ekonominiai, gamtiniai. Didelė gyventojų dalis gyveno skurdžiai, higieniniu požiūriu netinkamomis sąlygomis, tankiai apgyvendintuose pastatuose. Kilusi epidemija plisdavo iškart. Padėtį dar labiau blogino bendras ekonomikos nestabilumas, ypač 3-iojo dešimtmečio pabaigoje–4-ojo dešimtmečio pradžioje. 1929–1933 metai visoje Europoje ir pasaulyje buvo ekonominės krizės metai. 1929–1930 m. Vilniaus kraštą apėmė badas, kilęs dėl prasto derliaus [58]. 1930 m. smuko maisto produktų supirkimo kainos, tai pablogino kaimo gyventojų būklę [252]. 1931 m. sąlygas mieste dar pablogino didžiulis potvynis [43].

Svarbus užkrečiamųjų ligų plitimo veiksnys buvo menkos hospitalizavimo galimybės. Nepaisant sanitarijos gydytojų pastangų, sanitarinių akcijų efektyvumas tokiomis sąlygomis buvo labai ribotas. Iki 1929 m. Vilniuje nebuvo sergančių gyventojų izoliavimui skirtų patalpų [54]. Taigi galime įžvelgti ir dar vieną veiksnį – vietos valdžios institucijų neveiklumą. Valstybės sveikatos apsaugos politikos gairės, suformuluotos dar aptariamojo laikotarpio pradžioje, Vilniuje įgyvendintos buvo labai lėtai. Numatant

<sup>27</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 190, l. 23.

<sup>28</sup> Pirminiai duomenys: Rudziński H. Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1932; 8 (2-3): 217–280, 341–350; Miežutavičiūtė V. Vilniaus medicinos draugija ir jos kova su infekcinėmis ligomis 1805–1939: Daktaro disertacija. (Vilnius) 1998: 117–134.

skarlatinos epidemiją, 1921 m. Vilniaus miesto prezidento rašte Vilniaus vaivadijos sveikatos sekcijai buvo prašoma skirti lėšų vakcinacijai nuo skarlatinos [258]. Nepaisant medikų pastangų, epidemijos išvengti nepavyko.

Duomenų apie hospitalizavimo problemas galime rasti ir kituose šaltiniuose. 1923 m. pavasarį ligonių kasų komisaro laiške Vilniaus miesto magistratui apie sergamumą tuberkulioze Vilniuje padėtis apibūdinta kaip itin bloga. Teigiama, kad pacientai tiesiog nepriimami gydyti į miesto ligonines, todėl gydosis namie. Tačiau tai higienos požiūriu, esą, visiškai neefektyvu dėl gyventojų būstuose tvyrančios netvarkos, asmens higienos stokos. Komisaras rekomendavo kuo skubiau miesto Šv. Jokūbo ligoninėje įkurti specialų skyrių gydyti tuberkulioze sergančius asmenis [259].

Tais pačiais 1923 metais Vilniaus miesto magistratas kritikos sulaukė ir iš Lenkijos kovos su tuberkulioze draugijos. Draugijos narys Sviešynskis (Swieszynski) piktinosi, jog sergamumas tuberkulioze Vilniuje yra labai didelis, o statistika apie miesto gyventojus, sergančius tuberkulioze, renkama aplaidžiai, miesto ligoninės visiškai negydo sergančiųjų. Anot jo, Varšuvoje, Lodzėje vien tik tuberkulioze sergantiems pacientams pastatytos 200–300 lovų turinčios ligoninės, tam tikslui skirtas ligonines turi ir mažesni miestai – Lvovas, Čenstakava, Polockas. Vilniuje, esą, iki šiol nėra nė vienos lovos gydyti sergančius tuberkulioze. Draugijos vardu Sviešynskis paragino kuo greičiau Vilniuje atidaryti atskirą 100 lovų tuberkuliozės skyrių [259].

1923 m. gegužės 17 d. savo laiške vyriausiasis Vilniaus miesto gydytojas Draugijos kovai su tuberkulioze ligoninių sekcijos vadovui atsakė, kad magistratas neranda atskiros vietos tuberkuliozės skyriui. Tokia galimybė atsirastų, jei miesto taryba iškeltų 40 psichikos ligomis sergančių ligonių lovų iš Šv. Jokūbo ligoninės į kitas patalpas [259].

1925 m. Vilniaus miesto magistratui kritikos negailėjo Vilniaus kovos su tuberkulioze prezidentas SBU MF neurologas S. Vladyčka. Jis teigė, kad tuberkuliozės pavojus Vilniaus krašte didesnis nei bet kur kitur Lenkijoje. Būtina organizuoti plataus masto socialinę kovos su tuberkulioze akciją, nukreiptą į prevenciją ir gydymą. Vilniuje veikia tik viena ambulatorija šiai ligai gydyti ir ta pati įsteigta Vilniaus kovos su tuberkulioze draugijos pastangomis, tačiau to, esą, nepakanka. Ambulatorija bent iš dalies galėtų sušvelninti situaciją, jei būtų atleista nuo visų mokesčių, įdarbinta daugiau personalo ir turėtų būtiną įrangą – rentgeno aparatą [260].

Vietos valdžios neapdairumo pasekmės buvo akivaizdžios. 1925 m. kilo didžiulė tuberkuliozės epidemija – susirgimų skaičius siekė 209 atvejus 10 tūkst. gyventojų, mažesnio masto epidemija pasikartojė ir 1932 m. Iš turimų duomenų galime spręsti, jog Sviešynskio rekomendacija buvo įgyvendinta tik apie ketvirtojo dešimtmečio pradžią. 1931 m. Vilniuje tuberkuliozės ligoniams jau buvo skiriama 100 lovų [58].

Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai pradėjo kovą su šia liga kitomis organizuotomis priemonėmis. Svarbiausia priemonė buvo vakcinacija BCG.

1926 m. Vilniuje Šv. Jokūbo ligoninėje šiuo metodu imti skiepyti naujagimiai. Svarbiausi nuopelnai įgyvendinant šias priemones skirtini Vaikų ligų klinikos vedėjui V. Jasinskiui bei Histologijos ir embriologijos katedros mokslininkui S. Baginskiui [58]. 1929 m. pastarasis mokslininkas pateikė instrukciją tolesnėms prevencinėms priemonėms vykdyti ir koordinuoti kūdikių skiepimą ligoninėse ir vaikų priežiūros įstaigose [261]. Dr. S. Baginskio ir kitų pasiūlytos priemonės buvo labai efektyvios: 1932 m. aptariant vakcinacijos nuo tuberkuliozės Vilniuje rezultatus, konstatuota, kad profilaktinių skiepimų vykdymas sumažino naujagimių mirštamumą nuo tuberkuliozės penkis kartus [262].

Vilniaus miesto magistrato duomenys rodo, jog 1923–1926 metais mirtys nuo tuberkuliozės sudarė apie 24 atvejus 10 tūkst. gyventojų. Nuo 1926–1933 m. mirtingumas nuo tuberkuliozės Vilniaus mieste krito nuo 24 atvejų/10 tūkst. gyventojų (1926) iki 5,4 atvejų /10 tūkst. gyventojų (1933)<sup>29</sup>. Taigi galime konstatuoti, jog iki 1933 m. Vilniaus gyventojų mirčių nuo tuberkuliozės sumažėjo maždaug keturis kartus. Visgi vėlesnių metų duomenys apie gyventojų mirštamumą pagal priežastį<sup>30</sup> rodo, jog šių priemonių nepakako (19 pav.). Kiek kitaip kova su šia liga vyko Lietuvoje. Pirmieji siūlymai vykdyti BCG vakcinaciją Kaune pasirodė tik 1936 metais [263].

Vilniaus vaivadijoje tuberkuliozė lenkė trachoma. SBU MF katedros ir klinikos kovojo su šia liga sanitarinio-socialinio pobūdžio akcijomis. Nuo 1925 metų Vilniaus mieste Akių ligų klinikos vedėjo I. Abramovičiaus iniciatyva pradėta kovos su trachoma akcija. Akcijos tikslas buvo išgydyti sergančius trachoma vaikus užkertant kelią šios ligos plitimui. Deja, pagalba buvo mokama, dėl to šia akcija galėjo pasinaudoti tik dalis visų vaikų. Dėl šios priežasties akcija nepasinaudojo lietuvių ir žydų komitetų vaikai [galbūt buvo ir kitos priežastys]. Sumos už pagalbą buvo per didelės ir provincijos gyventojams. 1926 m. Vilniaus vaivadijos Sveikatos skyriaus iniciatyva Akių ligų klinikoje buvo pradėtas dėstyti ir atskiras trachomos kursas apskrities ir rajonų gydytojams, tokiu būdu akciją didesnėmis pajėgomis buvo galima praplėsti ir rajonuose. Daugiausia trachomos atvejų užfiksuota provincijose, lietuvių bendruomenėje Vilniaus mieste, mažiausiai – žydų bendruomenėje [264].

Kita dažna liga Vilniuje buvo vidurių šiltinė. 1929 m. Lenkijos vyriausioji sveikatos reikalų taryba prie Vidaus reikalų ministerijos buvo įpareigota spręsti vidurių šiltinės problemą kaip vieną svarbiausių to meto valstybės sveikatos problemų. Tam buvo numatytos šios priemonės:

- Pagerinti vidurių šiltinės atvejų registraciją;
- Kiekvienu atveju, jei tai įmanoma, atlikti bakteriologinius tyrimus, nustatyti ligos nešiotojus ir juos stebėti;

<sup>29</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97.

<sup>30</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97.

- Populiarinti skiepus nuo vidurių šiltinės;
- Vykdyti sistemingus vandentiekio sistemos vandens tyrimus, tose vietose, kur vanduo gali būti užterštas vidurių šiltinės sukėlėjais, atlikti vandens chloravimą;
- Sustiprinti maisto produktų kontrolę, ypač duonos, mėsos gaminių, pieno produktų [22].

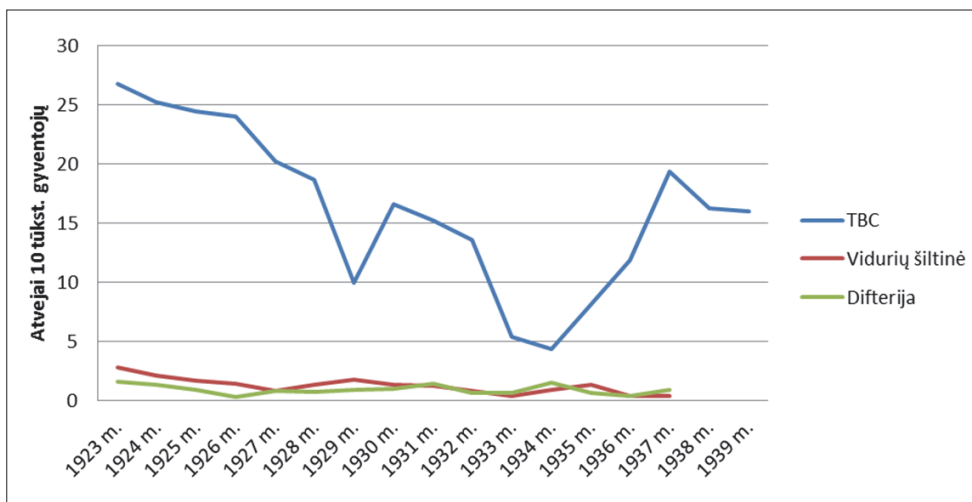
Šios strategijos taikymas atsispindėjo ir A. Safarevičiaus darbuose. 1934 m. mokslininkas atliko platų tyrimą dėl Vilniuje kilusios vidurių šiltinės epidemijos. Svarbios higienisto įžvalgos susijusios su socialine epidemijos kilme. Anot A. Safarevičiaus, miesto magistrato sveikatos sekcijos pastangomis Šv. Stepono gatvėje buvo įrengtas naujas viešas centralizuoto vandentiekio vandens čiaupas, tačiau gyventojai ir toliau naudojo si užterštais šuliniais, dėl ko, esą, ir kilo minėta vidurių šiltinės epidemija [227].

Lygindamas susirgimų vidurių šiltine skaičių tarp skirtingų konfesijų ir absoliučiais skaičiais, autorius teigė: „Iš pirmo žvilgsnio atrodo, jog didesnis šios ligos paplitimas buvo tarp ne krikščionių – žydų“. Tačiau A. Safarevičius tokia prielaida suabejojo: anot jo, žydų higieninė kultūra, bendra medicininė pagalba, sveikatos prevencija buvo net labiau išvystyta nei kitų konfesinių grupių. Šioje grupėje dažnesnis rankų plovimas prieš valgį, čia retesnis piktnaudžiavimas alkoholiu, kas ne taip sekina organizmą. Todėl mokslininkas buvo linkęs sieti didesnę sergamumą vidurių šiltine tarp žydų su išoriniais veiksniais, t. y. tuo, jog žydai miesto centre gyveno tiesiog tankiau nei krikščionys miesto pakraščiuose, kas didino žydų šansus užsikrėsti [227].

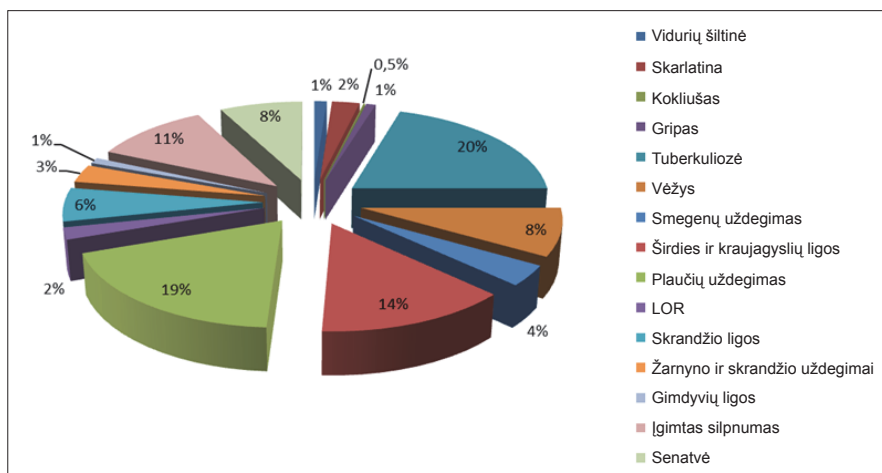
A. Safarevičius taip pat akcentavo blogą maisto kokybę kaip priežastį, lemiančią sergamumą vidurių šiltine net labiau nei vandens kokybė. Higienos nepaisymas ruošiant maistą, ypač pieną ir jo produktus, esą, turėjo lemiamos reikšmės. F. Kasperovičiaus duomenimis, iš 1931 metais paimtų 356 pieno mėginių tik 34 buvo laikytini gerais, o 85 buvo užteršti, 128 – purvini, net 108 – labai purvini. Be kitų rekomendacijų, A. Safarevičiaus siūlė griežtinti maisto produktų gamybos ir prekybos priežiūrą [227].

Siekdami nustatyti, kokios visuomenės sveikatos problemos mūsų aptariamam laikotarpiu Vilniuje buvo reikšmingiausios, remsimės duomenimis apie gyventojų mirties priežastis. Nors sergamumas užkrečiamosiomis ligomis aptariamuoju laikotarpiu buvo didelis, tačiau kaip ir visoje Lenkijoje daug didesnio mirčių skaičiaus priežastis buvo socialinės (lėtinės neinfekcinės) ligos (17 pav.). 1926 m. duomenimis apie mirties priežastis Vilniuje (20 pav.), antrą vietą po tuberkuliozės (20 %) užėmė plaučių uždegimas (19%), trečią – širdies ir kraujagyslių ligos (14 %), ketvirtą – vėžys (8%), penktą – skrandžio ligos (6 %) <sup>31</sup> (neskaitant objektyviai neišmatuojamo „įgimto silpnumo“ ar „senatvės“). Mirtys nuo vidurių šiltinės (1 %) buvo itin retos.

<sup>31</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Wilno) 1928: 137.



19 pav. Mirštamumas nuo tuberkuliozės ir užkrečiamųjų ligų 10 tūkst. gyventojų Vilniuje 1923–1939 m.<sup>32,33</sup>



20 pav. Vilniaus gyventojų mirtys pagal priežastį % 1926 m.<sup>34</sup>

<sup>32</sup> LCVA f. 64 ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97.

<sup>33</sup> Pirminiai duomenys: Rudziński H. Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1932; 8 (2–3): 217–280; 341–350; Miežutavičiūtė V. Vilniaus medicinos draugija ir jos kova su infekcinėmis ligomis 1805–1939: Daktaro disertacija. (Vilnius) 1998: 117–134.

<sup>34</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Wilno) 1928: 137.



Panašios tendencijos vyravo ir kitais metais. 1923–1928 m. plaučių tuberkuliozė ir plaučių uždegimas buvo dažniausios mirties priežastys. 1923 m. širdies ir kraujagyslių ligos, inkstų, virškinimo sistemos ir kitos neinfekcinės ligos sudarė didelę dalį visų mirties priežasčių (1914 iš 2624), tačiau tuberkuliozės neužgožė (16 priedas). 1938 metais dažniausia mirties priežastis tarp socialinių ir užkrečiamųjų ligų vis dar buvo tuberkuliozė – 74 % visų mirčių (344 atvejai)<sup>35</sup> (17 priedas). Lyginant su kitų Lenkijos miestų duomenimis galima teigti, kad Vilniuje mažiau mirčių teko širdies ir kraujagyslių ligoms, vėžiui. Iki 1934 m. sergamumas tuberkulioze Vilniuje smuko gerokai žemiau bendro Lenkijos miestų vidurkio, deja, vėliau liga sugrįžo. Antroji susirgimų banga sietina su suaugusiųjų grupe ir ekonominės krizės metais. 1932 m. galime pastebėti didžiulę tuberkuliozės epidemiją, o 1937 m. epidemijos pasekmes – vėl išaugusį mirštamumą nuo šios ligos.

Analizuojant gyventojų mirštamumo duomenis pagal priežastį, amžiaus grupes ir lytį 1926 m. (18, 19 priedai), didžiausias dėmesys taip pat skirtinas tuberkuliozei. To meto statistikos trūkumai neleidžia tiksliai įvertinti galimos tuberkulioze sirgusių asmenų darbo pobūdžio įtakos šios ligos plitimui, tačiau iš turimų duomenų galima teigti, kad mirštamumas nuo šios ligos galėjo būti susijęs su kultūriniais veiksniais – galbūt darbo pobūdžiu, darbo aplinka, pokario negandomis, žalingais įpročiais, nes didžiausią nuo tuberkuliozės mirusių asmenų dalį (238) sudarė darbingo amžiaus vyrai ir moterys nuo 20 iki 49 metų amžiaus, o jaunesnius ir vyresnius asmenis ši liga pakirsdavo rečiau. Tokia tendencija vyrauja ir ankstesniais metais Prie šios priežasties prisideda ir jau minėtos gyvenimo sąlygos – ankšti nehygieniški gyventojų butai, kuriuose glaudėsi gausios šeimos, tad didėjo rizika užsikrėsti nuo kitų šeimos narių. Būtent tokią tuberkuliozės etiologiją patvirtina ir duomenys apie kitus Lenkijos miestus, pavyzdžiui, Lodzę [256].

Lyginant vyrus ir moteris pagal amžiaus grupes matoma didesnio vyrų mirtingumo tendencija. Visgi, lyginant pagal priežastį ir lytį, moterų mirčių nuo onkologinių ligų pasitaikė dažniau (1926 m. 79 vyrai ir 96 moterys). Taip pat daugiau moterų nei vyrų sulaukdavo senatvės ir mirdavo nuo senatvinėms priskirtinų ligų. Tokios pat tendencijos būdingos ir 1927 metams.

Antra dažniausia mirties priežastis po tuberkuliozės, 1926 m. duomenimis, buvo plaučių uždegimas – 209 atvejai. Tai taip pat buvo kultūrinių veiksnių nulemta problema, nes nuo šios ligos dažniausiai mirdavo vaikai nuo 1 iki 4 metų amžiaus. Literatūroje toks didelis vaikų mirštamumas nuo plaučių uždegimo aiškinamas jaunų motinų patirties stoka [128]. Didelis mirčių nuo plaučių uždegimo skaičius (121) tenka ir vy-

<sup>35</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Wilno) 1928: 137; LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 111; LCVA f. 64, ap. 19, b. 190, l. 23.

riausiai – nuo 50 iki 70 metų asmenų grupei. Kūdikių ir vaikų nuo 1 iki 4 metų amžiaus grupėje didelis mirčių skaičius (73) teko skrandžio ligoms, tai aiškintina bloga maisto kokybe arba netinkamu maitinimu. Vaikų nuo 1 iki 9 metų amžiaus grupėje 49 atvejai teko skarlatinai, didelis susirgimų skaičius skarlatina būdingas ir ankstesniems metams. Vyresnėje darbingo amžiaus asmenų grupėje nuo 30 iki 60 metų amžiaus ryški tendencija – onkologinės ligos, kuriomis dažniau sirgo moterys (96 iš 175). Asmenims nuo 40 iki 70 metų buvo būdingas didelis mirčių nuo širdies ligų skaičius (244). Daug mirčių buvo neidentifikuojama priskiriant mirties atvejus arba „įgimtam kūdikių silpnumui“, arba „senatvei“<sup>36</sup>.

2 lentelė. Smurtinės Vilniaus gyventojų mirtys ir savižudybės 1924–1926 m.<sup>37</sup>

	1924 m.	1925 m.	1926 m.
Smurtinės mirtys	55	43	57
Savižudybės	52	28	35

1926 m. Smurtinėms mirtims (lenk. *śmierć gwałtowa*) ir savižudybėms teko 92 atvejai. Smurtinei mirčiai priskirtos 19 vaikų nuo 1 metų ir jaunuolių iki 19 metų amžiaus mirčių. Savižudybėms priskirta 13 atvejų, iš jų 12 vyrų nuo 20 iki 29 metų amžiaus<sup>38</sup> (2 lentelė). Galima būtų laikyti tai tik tiems metams būdingu reiškiniu, tačiau 1924 m., 1925 m. smurtinės mirties ir savižudybių atvejų skaičius buvo panašus. Tokie duomenys sunkiai pasiduoda platesnei interpretacijai, visgi rodo tam tikras kriminogenines miesto problemas, galbūt patvirtina literatūroje minimus teiginius apie bendrą moralinį nuosmukį mieste. D. Alseika didelį savižudybių skaičių Europoje buvo linkęs sieti su karo pasekmėmis – alkoholizmu, psichikos ligomis, dideliu psichinių ligonių skaičiumi [265], tačiau iš turimų duomenų, atsižvelgiant į galimą eugenikos idėjų propagandos įtaką, šį teiginį būtų sunku patvirtinti arba paneigti.

**Apibendrinant** galima teigti, kad Vilniuje, kaip ir visoje Lenkijoje, gerokai didesnis mirčių skaičius priskirtinas socialinėms (lėtinėms neinfekcinėms) ligoms nei užkrečiamosioms. Iki 1925 m. užkrečiamųjų ligų banga Vilniaus mieste tiesiog atslūgo, imta kovoti su socialinėmis ligomis. Jau 1926 m. naujagimiai pradėti skiepyti nuo tuberkuliozės, gauti puikūs rezultatai. Iki 1934 m. naujagimių mirštamumas nuo tuberkuliozės sumažėjo penkis kartus, visų gyventojų – daugiau nei keturis. Tai laikome vienu iš svarbiausių organizuotų SBU MF mokslininkų ir visuomenės pastangų rezultatų.

<sup>36</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Wilno) 1928: 19–21; 39–40.

<sup>37</sup> Ten pat.

<sup>38</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Wilno) 1928: 19–21; 39–40.

### 4.3.3. *Vilniaus gyventojų mitybos higiena*

Nuo bendros sveikatos būklės neatsiejami ir mitybos klausimai. Mitybos higiena XX a. pr. Lenkijoje buvo priskiriama fizinės higienos sričiai. Tačiau, kalbėdami apie Vilniaus higienistų mokyklą, mitybos klausimus norime išskirti atskiru poskyriu, nes dažnai Vilniaus higienistų išryškintos problemos bei pateiktos rekomendacijos buvo ne tik sanitarinio, bet ir socialinio pobūdžio. Visgi mitybos problemas priskirti socialinės higienos sričiai būtų taip pat kiek per drąsu.

Pirmasis pasaulinis karas ir vėlesnis laikotarpis buvo svarbių pokyčių metas daugelyje visuomenės sričių, taip pat ir mitybos mokslė. Iki karo mitybos problemos buvo suvokiamos gana paprastai. Medikų keliami uždaviniai daugiausia buvo susiję su aprūpinimu pakankamu maisto kiekiu, ligonių dietetika apsiribojo paprastomis schemomis. Karo metais kilusi būtynė išmaitinti plačiąsias mases lėmė daugybę eksperimentų, pastūmėjo mitybos mokslą į kokybinį lygmenį. Didelę reikšmę turėjo ir medicinos mokslo, ypač fiziologinės chemijos, pažanga. Buvo atrasti vitaminai, nustatyta baltymų reikšmė žmogaus organizmui, baltymų kiekis, reikalingas organizmui normaliai funkcionuoti [266].

Įstatymai, numatantys maisto priežiūros mechanizmus Lenkijoje, susiformavo palaipsniui. Nors 1919 m. pagrindiniame sanitarijos įstatyme tarp kitų Visuomenės sveikatos ministerijos kompetencijų įtraukiamas ir punktas: „sanitarinė maisto šaltinių ir kasdienio vartojimo produktų priežiūra, bendradarbiavimas sprendžiant gyventojų maitinimosi problemas su maisto produktų tyrimų centrais (maisto tyrimo stotimis)“ [111], tačiau ankstesnius vokiškus ir austriškus įstatymus lenkiškas mitybos priežiūros įstatymas pakeitė tik 1928 m. [267]. Praktikoje permainos vyko dar lėčiau.

1928 m. įstatyme buvo numatyta, jog aukščiausias organas, leidžiantis įstatymus, numatančius maisto produktų ir jų žaliavų priežiūrą, yra Maisto produktų priežiūros taryba prie Vidaus reikalų ministerijos. Jai pavaldžios buvo visos kitos vaivadijų ir apskričių institucijos, atsakingos už maisto produktų priežiūrą. Miestai, turintys daugiau nei 50 tūkst. gyventojų, buvo įpareigoti sukurti savo maisto produktų ir maisto žaliavų tyrimo laboratorijas, pavaldžias aukštesnėms vaivadijos įstaigoms [267]. Šias užduotis Vilniuje vykdė Analitinė stotis, veikusi nuo 1921 metų [103].

Pirmieji Vilniaus mieste gaminamų ir parduodamų maisto produktų tikrinimo rezultatai miesto gydytojų ataskaitose imti fiksuoti tik 1925 metais. Tai rodo, jog reguliarių ir sistemingų maisto tyrimų iki tol nebuvo. Nuo 1925 iki 1933 m. maisto produktų tyrimų mastai ėmė sparčiai didėti. Maisto, ypač mėsos gaminių, tikrinimo akcijos nuo 1932 metų vis dažnėjo, imtos rengti nebe metų, bet atskirų mėnesių ataskaitos [268]. Taigi, tokie radikalūs pokyčiai turėtų būti sietini būtent su Higienos katedros darbuotojų veikla.

3 lentelė. Nekokybiškų maisto produktų dalis 1926–1937 m. [54]

	Metai											
	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Ištirta maisto produktų, vnt.	249	152	1179	3194	1704	3045	8026	9023	9178	8096	7452	6888
Blogų maisto produktų %	38,5	46	24,4	21	12,3	16,6	10,8	11,7	11,2	11,2	14,4	12,9

Analizuodami Vilniaus miesto Maisto tyrimų laboratorijos duomenis matome keletą tendencijų (3 lentelė). Nuo 1926 iki 1937 m. maisto produktų tyrimų padaugėjo keliasdešimt kartų: nuo 249 mėginių iki 6888 mėginių. Nuo 1931 m. kasmet vidutiniškai buvo ištiriama per 7300 maisto produktų bandinių. Nekokybiškų maisto produktų procentas, lyginant pirmuosius stoties veiklos metus su laikotarpio pabaiga, sumažėjo maždaug tris kartus: nuo 38–46 % iki 14–12 %. Taigi galime teigti, jog maisto patikra buvo efektyvi, nekokybiškų maisto produktų dalis laipsniškai mažėjo.

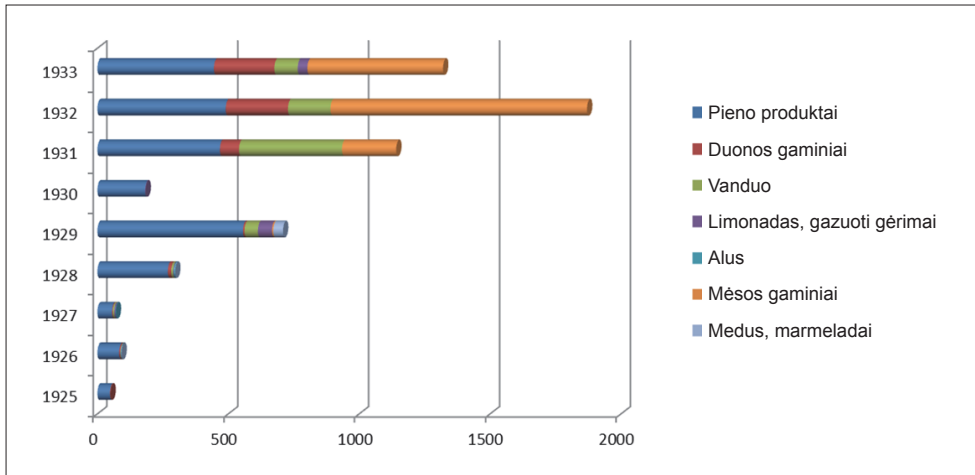
Tikrinamų maisto produktų skalė buvo labai plati – buvo tikrinami pieno produktai, pienas, konditerijos gaminiai, alkoholiniai gėrimai, žuvis, gaivieji gėrimai, geriamais vandeniu, sirupai, marmeladai, medus, miltai, kruopos, taukai. 1925 metais buvo tikrinti net 36 moters pieno mėginiai, tačiau nė vieno nekokybiško mėginio nerasta. Kūdikių maitinimas kitos moters pienu tuo metu buvo paplitęs reiškinys.

Iš svarbiausių maisto produktų daugiausia blogos kokybės mėginių sudarė (21 pav.):

1. Pienas ir jo gaminiai (vid. 288 mėginiai kasmet nuo 1925 m.);
2. Mėsa ir mėsos gaminiai (vid. 427 mėginiai kasmet nuo 1931 m.);
3. Vanduo (vid. 101 mėginys kasmet nuo 1927 m.);
4. Duona, duonos gaminiai (vid. 71 mėginys kasmet nuo 1931 m.).

Tikėtina, kad šių keturių grupių maisto produktų tyrimai buvo pasirinkti prioritetiniais kaip kasdieniai maisto produktai. Didžiausią blogos kokybės maisto produktų dalį ilgiausią laiką tarpą sudarė pienas ir jo gaminiai. Kasmet nuo 1925 iki 1933 metų buvo nustatomi vidutiniškai 192 mėginiai nekokybiško pieno, 45,8 – sviesto ir 22,2 – grietinės.

Nuo 1926 iki 1936 metų Higienos katedroje buvo paskelbta 17 mitybos tyrimų. Daugiausia jų paskelbė F. Kasperovičius [266]. Išsamiausiai, plačiausiu pjūviu Vilniaus gyventojų mitybą nušviečia jo daktaro disertacija „Vilniaus gyventojų mitybos klausimu“ (1931). Tyrimas atliktas Vilniaus miesto magistrato užsakymu [99]. Šis tyrimas (kaip ir kiti Higienos katedros mitybos tyrimai) minimas ir ankstesnių autorių darbuose [63]. Visgi kai kurie šio darbo niuansai verti platesnės analizės.

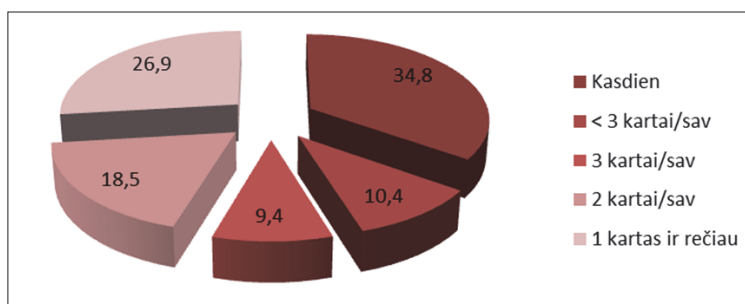


21 pav. Nekokybiškų maisto produktų mėginių skaičius 1925–1933 m.<sup>39</sup>

Higienisto sudarytos anketos (20 priedas) leido charakterizuoti maisto racioną, įvairių socialinių grupių šeimų mitybos įpročius, nustatyti pažeidžiamiausias miesto gyventojų grupes. Taigi, darbas iš dalies priskirtinas ne tik fizinės, bet ir socialinės higienos tyrimams. Pateikiamos rekomendacijos apima socialinės patologijos ir socialinės profilaktikos bei socialinio gydymo sritis.

Mokslininko surinkti duomenys atskleidė mitybos higienos problemas mieste. Tik kiek daugiau nei trečdalis (356 iš 1023) tiriamų šeimų galėjo bent kartą per dieną valgyti mėsos (22 pav.). Beveik pusė pasirinktų šeimų mėsą ir jos produktus vartojo tik 1–2 kartus per savaitę, kai kuriais atvejais – per 2 savaites. Tik 37 šeimos iš 1023 skirdavo 250 g mėsos asmeniui per dieną. Tokios dietos priežastis paprasta – mėsa buvo brangus maisto produktas. Dar blogesnė situacija buvo kalbant apie sviesto suvartojimą (21 priedas). Beveik pusė (47 %) respondentų teigė, jog sviesto jų maisto racione visiškai nėra. Kartą per savaitę sviestą vartojo 25 % respondentų. Tik 5,2% respondentų atsakė, jog sviestą valgo kasdien. Mažą sviesto suvartojimo kiekį Vilniuje lėmė didelė šio produkto kaina. Todėl beveik pusė respondentų sviesto trūkumą bandė kompensuoti pigesniais, tačiau mitybos požiūriu menkesnės vertės produktais – kiaulienos riebalais, taukais, aliejais ir margarinais. Miesto gyventojai retai vartojo ir kiaušinius, 27,6 % respondentų kiaušinius valgė rečiau nei kartą per savaitę, o 11,1 % respondentų jų apskritai nevartojo [99].

<sup>39</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97.



22 pav. Mėsos vartojimas Vilniaus miesto gyventojų šeimose 1929 m.<sup>40</sup>

Pagal turimus duomenis matome aiškią tendenciją – Vilniaus miestiečių racione ypač trūko gyvulinės kilmės riebalų ir baltymų. Mažas sviesto suvartojimas galėjo lemti vitamino D trūkumą, o tai vaikų sveikatai ir normaliai jų raidai galėjo smarkiai pakenkti, ypač atsižvelgiant į didelį saulės trūkumą Vilniaus krašte. Anot H. Rudzinskio, Vilnius buvo labiausiai debesuotas visos Lenkijos miestas [93] (22 priedas). Visi išvardyti veiksniai galėjo turėti įtakos prastesniam fiziniam gyventojų išsivystymui. Tai iš dalies patvirtina ir I. Končius savo straipsnyje teigdamas, jog Vilniaus krašto jaunuomenė dažnai buvo „smulki, neaugalota“ [37]. Tą pačią mitybos, o kartu ir sveikatos problemą atskleidžia ir H. Rudzinskio duomenys. Anot mokslininko, dėl atsilikusios neracionalios žemės dirbimo technikos (trilaukė žemdirbystė) Vilniaus krašto žmonės gyveno skurdžiai, dėl mėsos ir riebalų trūkumo jie prastai fiziškai išsivystę, lėto, švelnaus, apatiško charakterio, stokojantys energijos [93].

Pagal energijos poreikius šeimos tyrime buvo suskirstytos į dvi kategorijas: inteligentų, tarnautojų – mažo energijos poreikio asmeniui (2115 asmenys) bei fizinį darbą dirbančių asmenų – didelio energijos poreikio asmeniui (3063 asmenys). Buvo nustatyta, kad: didelė miesto gyventojų dalis negauna net minimalaus būtino kalorijų kiekio per dieną, ypač daugiavaikėse šeimose; energijos trūkumas kai kuriais atvejais siekė iki 700 kalorijų; geriausiai maitinasi laisvųjų profesijų šeimų nariai (pvz., teisininkai, prekeiviai), blogiausiai – valstybės tarnautojai ir darbininkai; darbininkų ir tarnautojų racione labai trūko baltymų, ypač gyvulinės kilmės; vyravo dviejų patiekalų per dieną racionas [99].

Vilniaus miesto gyventojų mityba, lyginant su prieškario metais, labai pablogėjo (4 lentelė), radikaliai pakito miestiečių racionas. Iki Pirmojo pasaulinio karo miesto gyventojų racione buvo maždaug dvigubai daugiau gyvulinės kilmės baltymų ir riebalų, o tarpukario laikotarpiu šiek tiek išaugo pieno suvartojimas, cukraus suvartojimas padidėjo maždaug trečdaliu [99].

<sup>40</sup> Pirminiai duomenys: Kasperowicz F. W sprawie odżywiania ludności miasta Wilna. Archiwum Hygieny. (Wilno) 1931; 3(3): 8.

4 lentelė. Vilniečių maisto raciono pokyčiai, lyginant 1913 ir 1929 metus [99]

Produkto grupė	Po Pirmojo pasaulinio karo sumažėjo suvartojimas, %	Po Pirmojo pasaulinio karo padidėjo suvartojimas, %
Mėsa	48	–
Sviestas	63	–
Pienas	–	14,4
Cukrus	–	33,2

Autoriaus pateikė ir medicininio-socialinio pobūdžio rekomendacijas: šviesti miestiečius racionalios mitybos klausimais; formuoti mitybos įpročius mergaičių mokyklose mokant mergaites maisto ruošimo; prie sveikatos centrų steigti ambulatorijas, kuriose mitybos klausimais būtų konsultuojami miesto gyventojai; su valdžios pagalba sveikatos centruose sudaryti galimybes miesto gyventojams pigiau įsigyti būtiniausių maisto produktų [99].

Kalbant apie atskirus maisto produktus didžiausia mitybos problema Vilniuje, Vilniaus krašte turėtų būti laikyti pieno ir jo produktų higienos problema. Pienas buvo vienas plačiausiai vartojamų maisto produktų Vilniuje (23 priedas). Didžiausia Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros atliktų tyrimų dalis skirta būtent pieno ir jo produktų higienos tyrimams.

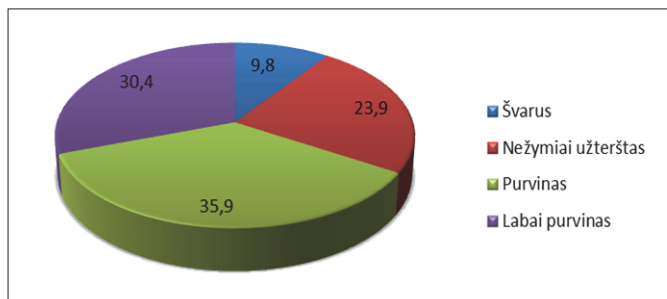
1926 m. paskelbtas pirmasis katedros mokslininko J. Kievličiaus (Kiewlicz) darbas, skirtas pieno [normų] standartizacijos problemai. Pirmos higieninės pieno normos Vilniuje buvo numatytos dar 1911 m., to metu nustatyta pieno norma buvo 3,3 % riebumo. J. Kievličiaus duomenimis, 1926 m. surinkti pieno mėginiai buvo nuo 3,6 iki 4,9 % riebumo. Taigi, anot mokslininko, galima teigti, jog nors dar nebuvo naujų normų, pieno mėginiai Vilniuje pakankamai geri. Visgi būtina nustatyti tikslias riebumo normas pienui [104].

Pieno riebumo problema aptariama ir kitame Higienos katedros atliktame tyrime. Autorių duomenimis, Visuomenės sveikatos ministerijos (1924 m.) aplinkraštyje nurodoma, kad mažiausia leidžiamo pieno riebumo norma Lenkijoje yra 2,8 %, Vilniaus vaivadijoje 3 %. Tačiau, esą, tokia riebumo norma yra per maža. Vilniaus mieste parduodamo pieno riebumo vidurkis yra apie 3,2 % +0,29, taigi apvalinant pieno riebumas Vilniuje gali siekti iki 3,5 procentų. Visos Lenkijos norma (2,8 %) visiškai netinkama, nes beveik 1 % skirtumas nuo bendro vidurkio sudaro galimybes be didesnio vargo smarkiai skiesti pieną nepažeidžiant numatytų riebumo normų. Anot autorių, reikia nustatyti tam tikras normas, atsižvelgiant į regionų specifiką. Tam reikia statistškai įvertinti pieno riebumo svyravimo ribas pagal bendrą tame regione gautų duomenų imtį. Siūlyta minimalią leistiną pieno riebumo normą Vilniaus krašte padidinti iki 3,3 % [108]. Čia svarbu akcentuoti tai, jog neabejotinai pienas buvo skiedžiamas



vandeniu, kuris, atsižvelgiant į katedros atliktus miesto šulinių vandens tyrimus, buvo „abejotinos kokybės“. Taigi toks mišinys buvo potencialiai labai pavojingas, ypač turint omenyje tai, kad juo dažniausiai buvo maitinami kūdikiai ir vaikai.

Didele problema ir grėsme visuomenės sveikatai Vilniuje ir apylinkėse turėtume įvardyti higieną pažeidžiančias pieno ir jo produktų gavimo, laikymo ir pardavimo sąlygas. 1931 m. atlikto F. Kasperovičiaus tyrimo duomenimis, didžioji dalis pieno mėginių, paimtų iš dešimties Vilniaus turgaviečių, buvo užteršti (23 pav.). Iš 356 mėginių tik 35 buvo visiškai švarūs. Vien tik mechanškai pro didinamąjį stiklą buvo galima pastebėti, jog didelė dalis pieno pavyzdžių buvo užteršti plaukais, siūlais, šieniu ir kt. 1928–1929 m. buvo tikrintos fermos, iš kurių pienas buvo tiekiamas miestui. Net 94 iš 117 karvių buvo laikomos labai blogomis sąlygomis. Taip pat buvo tikrintos ir melžėjų rankos – iš 224 melžėjų net 169 melžėjų rankos buvo purvinos, dažnai net labai purvinos. Galiausiai buvo tikrinami ir ąsočiai, kuriuose buvo laikomas pienas, – daugiau nei pusė (171 iš 305) iš jų buvo seni ir purvini. Dalyje ąsočių (27) po pieno pardavimo buvo laikomi įvairūs pašaliniai daiktai, pavyzdžiui, bulvės, silkės, purvini skudurai, kurie buvo naudojami vietoj kamščių tiems patiems ąsočiams užkimšti laikant juose pieną arba vietoj skarelių ant galvos. Viename ąsotyje buvo rasti nunešioti vaiko batukai [102].



23 pav. Vilniaus turgavietėse 1931 m. surinkti mėginiai pagal švarumą (procentais)<sup>41</sup>

Higienistai pateikė savo rekomendacijas: jau esamų institucijų pagrindu reikia sukurti institucijas, atsakingas už karvių ūkių sanitarinę-veterinarinę priežiūrą; ten, kur tokių institucijų nėra, formuoti jas iš vietos ūkininkų bendrijų; atkreipti dėmesį į asmeninę žmonių, užsiimančių pienininkyste, higieną; įspėti visuomenę apie galimus pavojus (ligos), kylančius geriant neapdorotą pieną, įsigytą iš nepatikimo ūkininko; sukurti lengvą technologiją, kaip bent dalinai išvalyti pieną, kol jis bus parduodamas; nustatyti

<sup>41</sup> Pirminiai duomenys: Kasperowicz F. Badanie na zanieczyszczenia mleka rynkowego w Wilnie. Zdrowie (Warszawa) 1931; 1: 109.

pieno, parduodamo Lenkijoje, švarumo normas; sukurti savivaldybės valdomus pieno centrus, surenkančius pieną iš ūkininkų; iš centrų miesto gyventojai galėtų pirkti jau patikrintą pieną [102].

Savotiškas pieno problemos tyrimų apibendrinimas buvo paskelbtas 1932 metais. A. Safarevičius konstatavo, jog Vilniuje suvartojama ypač mažai pieno (0,16 litro gyventojui per dieną). Mažą pieno suvartojimą lemia neproporcingai didelė pieno kaina Vilniuje, lyginant su kitais Lenkijos miestais. Vilniaus gyventojai nepajėgia pieno įpirkti [272].

Taigi galime teigti, kad miestiečiai Vilniuje, lyginant su kitais Lenkijos miestais, nedideliais kiekiais vartojo neproporcingai brangų ir dar nehygienišką pieną. Tiesa, turint omenyje to paties mokslininko (1934) pastebėtą priklausomybę tarp vidurių šiltinės atvejų ir pieno bei kitų užterštų maisto produktų vartojimo [227], galima numanyti, jog padidėjus tokios pat kokybės pieno suvartojimui vidurių šiltinės atvejų Vilniuje galėjo dar padaugėti. Paradoksalu, bet ekonominės priežastys šiuo atveju galėjo daryti net teigiamą įtaką Vilniaus gyventojų sveikatingumui.

Šiuo laikotarpiu visoje Europoje ir JAV pieno vartojimas akcentuotas kaip svarbi prevencijos priemonė stiprinant gyventojų, ypač vaikų, sveikatą. Siekiant, kad pienas būtų kokybiškas, daugelyje Vakarų Europos šalių buvo kuriama kompleksiška jo gamybos priežiūros sistema [13]. Tai atsispindi ir Vilniaus higienistų rekomendacijose. A. Safarevičius teigė, kad valstybė turėtų sudaryti sąlygas nepasiturintiems gyventojams pigiau nusipirkti pieno. Turi būti atkreiptas dėmesys į pienininkystės problemas valstybės mastu, išleistas pienininkystės įstatymas. Pienas turėtų būti tikrinamas bakteriologiškai, tačiau techniškai kiekvieno mėginio iširti neįmanoma. Būtina šviesti visuomenę, pieno prekeivius apie galimus pavojus. Pieno pasterizavimas yra efektyvus būdas kokybei užtikrinti, tačiau tai didina pieno savikainą. Mokslininkas siūlė pienininkystės problemą spręsti kompleksiskai, t. y. didinti melioracijos apimtį, tokiu būdu sukurti daugiau dirbamos žemės ir ganyklų; taigi, sudaryti sąlygas plėtoti įvairias žemės ūkio šakas, iš jų ir pienininkystę. Tokiu atveju pieno kaip žaliavos būtų daugiau, sutaupyta lėšas būtų galima skirti jo pasterizavimui [272].

1934 m. buvo apginta E. Vyganovskio daktaro disertacija apie Vilniuje parduodamos grietinės kokybę. Pastebėtos panašios tendencijos, kaip ir tiriant pieną: beveik 42 % (150 iš 360) mėginių buvo užteršti, 22,2 % (80 iš 360) – labai užteršti. Grietinės riebumas atitiko Socialinės apsaugos ministerijos nustatytas minimalaus 22 % riebumo normas. Buvo nustatyta, jog grietinės kaina yra labai didelė, ji buvo brangesnė net už sviestą, todėl paprasti žmonės jos vartoja mažai. Grietinės falsifikavimo atvejų pasitaikė labai retai [106].

Vienas iš svarbiausių maisto produktų tiriant iš esmės bet kurios populiacijos mitybą, be abejonės, yra duona ir miltiniai produktai. Remdamiesi miesto analitinės stoties duomenimis galime teigti, jog duona buvo mažai tiriamas maisto produktas, tai galėjo lemti palyginti mažas duonos kokybės kvestionavimo precedentų skaičius. SBU MF Higienos katedra šiai problemai skyrė palygint nedaug dėmesio – vieną tyrimą. F. Kasperovičiaus duomenimis, populiariausia tuo metu buvo juoda nesijotų miltų duona (5 lentelė).

5 lentelė. Duonos suvartojimas procentais pagal rūšį Vilniaus gyventojų šeimose (1929) [99]

Duonos rūšis	Suvaltojama, %
Balta duona	38,5
Pilka stambiai sijotų miltų duona	24,2
Juoda nesijotų miltų duona	37,3

1927 m. higienistas paskelbė Vilniuje kepamos duonos kokybės tyrimą. Anot autoriaus, Vilniuje duona kepama mažose kepyklėlėse, kurių mieste buvo daug. Atsižvelgiant į mažas kontrolierių pajėgas, tai gerokai sunkino sistemingą duonos ir kitų kepinių kontrolę. Buvo tiriami miltai bei pati duona. Paimti 66 miltų mėginiai. Miltai Vilniuje buvo malami rupiai. Miltų sudėtis beveik visais atvejais neatitiko tuo metu taikomų normų. Visuose mėginiuose buvo per didelis sėlenų kiekis (kai kuriais atvejais jos siekė net 43 %), daugiau, nei leidžiama, smėlio, drėgnumas buvo dvigubai didesnis, nei leidžiama. Devyni miltų mėginiai buvo nešvieži ir net papeliję. 19-oje (28,8 %) mėginių pastebėta dirvinės raugės (nuodingos piktžolės) pėdsakų, o 13-a (19,6 %) mėginių buvo su žirnių priemaisomis. Viename pavyzdyje buvo rasti skalsės pėdsakų [100]. Skalsė, rugiuose parazituojanantis grybas, yra ypač nuodingas.

Autorius konstatavo, jog miltai neatitinka net kukliausių higienos normų. Rupų grūdų malimą ir didelį smėlio kiekį miltuose F. Kasperovičius aiškino atsilikusiomis technologijomis, tebenaudojamomis miesto malūnuose, o didelėje dalyje mėginių rastas sėlenų ir žirnių priemaišas siejo su sąmoningu miltų falsifikavimu. Dėl prastos miltų kokybės, esą, duona tiesiog negali būti gera. Daugelis kepyklų pastatų ir duonkepių krosnių neatitiko joms keliamų techninių reikalavimų. Tokios kepyklėlės veikiau priminė lūšneles, jose dirbo žemos kvalifikacijos darbininkai. Duona dažnai būdavo sukritusi (susmegusi), per rūgšti. Apibendrinamas autorius teigė, jog vienas iš efektyvių būdų galėtų būti griežtos baudos kepykloms, kepančioms prastą duoną, net masinis tokių kepyklų uždarymas. Tačiau tai, esą, gali baigtis dar blogesnėmis pasekmėmis – miestas tokiu atveju gali likti be duonos. Todėl šią problemą radikaliam ir be didesnių socialinių pasekmių būtų galima išspręsti įrengus bent vieną modernų duonos fabriką – kepyklą [100]. Rekomendacija įgyvendinta tik 1944 metais [273].

Su Vilniaus miesto sanitarija ir prasta ekonomine gyventojų padėtimi buvo glaudžiai susijęs ir įvairių gaiviųjų gėrimų, vaisvandenių klausimas. Neturime tikslių duomenų apie gaiviųjų gėrimų vartojimo kiekius Vilniaus mieste. Tačiau atsižvelgiant į tai, jog gaivieji gėrimai dėl techniškai pigaus gamybos proceso ir pigių žaliavų buvo sąlyginai pigūs, galima teigti, kad jų suvartojimas galėjo būti gana didelis. Su gaiviųjų gėrimų vartojimu siejosi net kelių grupių – higienistų, įstatymų leidėjų ir klestinčių komersantų – interesų sankirtoje kylanti priešprieša.

1929 m. paskelbtas F. Kasperovičiaus tyrimas apie gazuotą vandenį, gaiviuosius gėrimus Vilniuje. Iš 23 miesto gamyklų tyrimui buvo paimta 61 vaisvandenių, 17 geros, 5 vaisių sirupo ir 11 sintetinės vaisių esencijos mėginiai. Buvo tiriama cheminė jų sudėtis. Kaip vaizdžiai apibūdino mokslininkas: „Vilniuje gaminami vaisvandeniai su tikrais vaisiais neturi nieko bendro, išskyrus pavadinimą“. Vaisvandenių sudėtyje buvo galima rasti daug dažiklių, dirbtinių skonių esencijų, dirbtinių saldiklių. Iš visų 61 vaisvandenių pavydžių 43 buvo saldinti cukrumi, 4 – bulvių sirupu ir 14 – sacharinu. Iš 17 geros mėginių 12-oje buvo rasta vyno rūgšties, 4 – citrinų rūgšties ir 1 – oksalo rūgšties [101]. Didelis oksalo rūgšties kiekis virškinimo sistemai ir visam organizmui gali būti kenksmingas.

F. Kasperovičius konstatavo, jog sacharinas mitybos požiūriu yra bevertis, o kartais, jam esant blogos kokybės dėl kai kurių priemaišų, gali būti net nuodingas produktas. Bulvių sirupas jokio pašalinio poveikio neturi, o jo naudojimas tik atskleidžia faktą, jog taip buvo bandoma dirbtinai sutirštinti sirupus iki reikiamos konsistencijos. Mokslininkas pastebėjo oksalo rūgšties žalą. Kaip ir vietiniai duonos fabrikai, gaiviųjų gėrimų fabrikai techniniu požiūriu įvardyti kaip primityvūs. Sirupus maišant su vandeniu, nesilaikoma jokių proporcijų, naudojamas iš esmės neapdorotas, nefiltruotas, todėl galbūt nešvarus vanduo. Tačiau blogiausia tai, jog angliarūgštė buvo ruošiama netinkamai, todėl ji tiesiog nuodinga. Tokia ydinga gaiviųjų gėrimų gamybos praktika, esą, tiesiogiai siejasi su tinkamų teisės aktų stoka. Tebegaliojančiuose carinės Rusijos įstatymuose nenumatytos vaisvandenių ir jų sudedamųjų dalių higienos normos, nenumatytas juos gaminančių įmonių kontrolės mechanizmas [101].

1931 m. paskelbtas kitas panašus K. Rymaševskio darbas apie Vilniuje parduodamus gaiviuosius gėrimus. Mokslininkas teigė, kad gazuoto vandens fabrikėlių sanitariinė patikra sudėtinga dėl tebeveikiančių netikslių carinės Rusijos įstatymų, kuriuos būtina keisti. Šios įmonės dirba su pasenusiais įrenginiais. Vanduo gazuotam vandeniui gaminti išgaunamas keletu būdų: naudojant centralizuoto vandentiekio vandenį arba miesto versmes – Vingrių, Misionierių – ir miesto šulinių vandenį. Vanduo gamybos procese būdavo filtruojamas, tačiau tai tik pablogindavo jo sudėtį. Vanduo Vingrių ir Misionierių versmėse dėl intensyvios ūkinės veiklos buvo užterštas [105].

Panašios problemos pateikiamos ir kitų Vilniaus gydytojų darbuose. Anot J. Kaplano (Kaplan), nesant vaisvandenių gamybą tinkamai apibrėžiančių įstatymų, į juos galima įmaišyti net nuodingų medžiagų [274]. Taigi apibendrinant galima teigti, kad gaivieji gėrimai Vilniuje buvo gaminami neatsižvelgiant į higienos normas, nes jų sudėtis nebuvo reglamentuojama to meto įstatymuose.

Vienas paskutinių mūsų tyrime, tačiau ne mažiau svarbus klausimas yra mieste gamintų mėsos produktų kokybė. Miesto analitinėje stotyje šie produktai pradėti tirti 1926 m. [94], tačiau iki 1931 m. Vilniaus miesto gydytojų ataskaitose beveik nėra duomenų apie nekokybiškus mėsos gaminius. Tai verčia manyti, jog sistemingos mėsos gaminių kontrolės iki ketvirtojo dešimtmečio pradžios tiesiog nebuvo. Tai patvirtina ir literatūroje pateikiami duomenys [107]. Mėsos produktų sanitarinės priežiūros mechanizmas buvo sukurtas 1928 metų įstatyme [275]. Taigi, kaip ir kitais atvejais, galime įžvelgti vėlavimo tendencijas lyginant su kitomis Lenkijos dalimis.

Pirmąkart mėsos kokybės klausimas buvo analizuojamas K. Rymaševskio tyrimuose. 1926 m. iš Vilniaus turgų buvo paimta 69 780 mėsos mėginių, iš kurių 919 (1,3 %) buvo su gyvulių ligų žymėmis, 0,35 % – visiškai netinkami valgyti ir buvo iškart sunaikinti [94]. Kiek anksčiau 1925 m. buvo atlikta Vilniuje veikiančios miesto skerdyklos sanitarinė patikra. Nustatyta, kad higieniniu požiūriu ji buvo netinkamai įrengta: pastatas medinis, neapsaugotas nuo šalčio, žiemą vandeniu tiesiog užšaldavo, todėl skerdykla buvo nepakankamai aprūpinama vandeniu [276].

1934 m. paskelbtas higienos katedros mokslininko A. Novickio tyrimas apie mėsos gaminius Vilniaus turgavietėse. Autoriaus duomenimis, atskiras veterinarijos ir bakteriologijos skyrius, turėjęs tirti mėsą Vilniaus mieste, pradėjo veikti tik 1931 m. žiemą. Nuo 1931 iki 1933 m. šiame skyriuje buvo ištirti 5003 mėsos ir jos gaminių mėginiai (6 lentelė) [107].

6 lentelė. Mėsos, mėsos gaminių mėginiai, tirti 1931–1933 metais<sup>42</sup>

Metai	Ištirta	Blogos kokybės	Blogos kokybės, %	Netinkami maistui, %
1931	841	207	24,6	19
1932	2083	980	47,5	20,3
1933	2079	518	24,9	10,4

A. Novickis visus prastos kokybės gaminius suskirstė į tris kategorijas: netinkami maistui – kuriuose rasta puvimo bakterijų, galinčių sukelti apsinuodijimą; iš dalies tin-

<sup>42</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 97, l. 477; b. 95, l. 525; b. 113, l. 9; b. 124, l. 48; b. 125, l. 97; Nowicki A. Badanie sanitarne wileńskich przetworów mięsnych. Medycyna 1934; 18: 628–630.

kami – nedidelis puvimo bakterijų kiekis, tikėtina, nesukelsiantis apsinuodijimo, nes vėliau bus termiškai apdorojami; tinkami maistui – labai mažas kiekis arba jokių puvi-  
mo bakterijų. Didelė dalis mėsos produktų pripažinti sugedusias dėl prastų jų laikymo  
sąlygų – nepakankamo sušaldymo arba konservavimo. Todėl iš dalies maistui tinkami  
mėsos gaminiai oficialiai buvo įvardyti kaip netinkami, tai buvo pranešta ir pardavėjui.  
Mėsos gaminiai tyrimui taip pat buvo skirstomi į legaliai ir nelegaliai pagamintus. Iš  
miesto skerdyklų mėsos pagaminti gaminiai buvo vadinami legaliais, tačiau dalis ga-  
minių buvo pagaminta ir nelegaliai, t. y. mėsa buvo imama iš neaiškių šaltinių. Deja,  
statistikos, kokia dalis mėsos buvo gaunama iš neaiškių šaltinių, autorius nepateikė.  
Išvados mokslininkas konstatavo, kad mėsa Vilniaus parduotuvėse ne visada yra tin-  
kama valgyti, t. y. apie 10 % atvejų ji valgyti netinka [107]. Lyginant su kitais katedros  
mokslininkų darbais, šiuo atveju stinga rekomendacinio pobūdžio pastebėjimų, tokios  
situacijos įveikos strategijų paieškos, galimos prevencijos žingsnių.

Mūsų tyrimui svarbus SBU MF Vaikų klinikos asistento bei Vilniaus sveikatos cen-  
tro Motinos ir vaiko pagalbos skyriaus vadovo Eugenijaus Išoros (Iszora, 1889–1955)  
1936 m. tyrimas „Darželinukų ir moksleivių nuo 2 iki 14 metų mityba“. Autorius teigė,  
kad svarbiausia prielaida, kalbant apie taisyklingą vaikų mitybą, yra kiekvieno vaiko  
individualumas: skirtingas vaiko temperamentas, sudėjimas, amžius, aktyvumas, lytis,  
ūgis, svoris. Visa tai lemia skirtingą vaiko energetinį poreikį, fizinį vystymąsi. Todėl  
energijos normos gali būti nustatomos tik atsižvelgiant į minėtus veiksnius. Autorius  
taip pat aptarė baltymų, riebalų ir angliavandenių reikšmę vaiko mityboje [277].

Kalbant apie baltymus, svarbiausia, esą, yra tai, kokių būtent aminorūgščių maisto  
produktas turi. Kai kurie suaugusiems tinkami baltymai pagal maistingumą gali būti  
nepakankami vaiko organizmui: pavyzdžiui, sojos šiuo požiūriu yra skurdus baltymų  
šaltinis, jos beveik neturi augančiam organizmui reikalingų tokių aminorūgščių kaip  
cistinas, tirozinas, lizinas, triptofanas. Gyvulinės kilmės baltymai, esą, daug maistin-  
gesni nei augalinės, todėl pirmųjų vaiko racione turi būti daugiau. Daugiausia baltymų  
santykiyje su kūno svoriu reikia vaikui iki 3 metų amžiaus, vėliau baltymų poreikis  
santykinai mažėja. Visgi baltymų kiekis dietoje taip pat neturėtų būti per didelis, nes  
tuomet jie tiesiog neįsisavinami, organizmas be reikalo rūgštinamas [277].

Riebalų reikšmė, esą, taip pat didelė, nes jie svarbūs vaiko nervų sistemos vystymui-  
si. Riebalai skirstytini į vertingus ir nevisaverčius. Vertingi riebalai: grietinė, taukai,  
dengiantys gyvūnų inkstus ir kitus organus, žuvų taukai. Nevisaverčiai riebalai, esą, yra  
kiaulių taukai, lajus ir visi augaliniai riebalai. Riebalų norma tiek darželinukams, tiek  
vėlesniame amžiuje turėtų išlikti panaši, santykis su baltymais turėtų būti 1:1, vėliau  
1:1,5 [277].

Taip pat buvo aptarta angliavandenių, mineralinių medžiagų ir vitaminų reikšmė, dozavimas ir kt. Svarbus darbo akcentas – praktinės vaikų mitybos rekomendacijos. Rekomendacijos apėmė maitinimų dažnumą per dieną, maisto produktų (patiekalų) sudėtį, kieki ir santykį atsižvelgiant į vaiko ūgį, svorį, amžių, sudėjimą ir kitus anksčiau aptartus veiksnius [277]. Manytina, kad tyrimas net ir šiandienio mokslo šviesoje išlieka gana aktualus.

**Apibendrinant** konstatuotina, jog Higienos katedroje buvo atlikta svarbių darbų mitybos srityje. Higienos katedros mokslininkai nustatė socialinių-ekonominių veiksnių įtaką gyventojų mitybai. Panašiai kaip ir miesto sanitarijos problemas, blogą maisto kokybę lėmė vietos institucijų neveiklumas, prastas organizuotumas, iš dalies ir bejėgiškumas. Mieste klestėjo įstatymų neapribota smulkiųjų ūkininkų, pramoninkų ir prekyvių savivalė. Maistas nebuvo gaminamas ir tiekiamas centralizuotai. Dėl skurdo dalis miesto gyventojų stokojo gyvulinės kilmės baltymų ir riebalų. Dauguma higienos katedros rekomendacijų buvo socialinio, organizacinio pobūdžio: sukurti efektyvų maisto priežiūros mechanizmą, maistą gaminti centralizuotai, sureguliuoti maisto produktų kainą. Manytina, jog tokios priemonės būtų iš esmės išsprendusios minėtas problemas.

Svarbūs ir organizaciniai nuopelnai – Higienos katedros darbuotojai pradėjo pirmuosius sistemingus maisto produktų tyrimus Vilniuje. Netinkamos kokybės maisto produktų kiekis mieste nuo 1925 iki 1938 m. laipsniškai sumažėjo apie tris kartus.

#### *4.3.4. Darbo higiena*

Vienas iš svarbiausių Lenkijos socialinės higienos uždavinių buvo darbininkų sveikatos apsauga [20]. Su darbo higienos problemomis glaudžiai susijusi ir darbo teisės raida, todėl šį skyrelį pradėsime trumpai apžvelgdami to meto įstatymus, skirtus darbo problemoms.

Tarpukario Lenkijos darbo teisės raida skirstytina į du periodus: ankstyvasis 1918–1929 m. periodas ir vėlyvasis 1929–1939 m. periodas. Ankstyvajam periodui nuo 1918 iki 1929 m. buvo būdinga darbininkų teisių kūrimas ir išplėtimas. 1919 m. išleistas 8 valandų darbo dienos įstatymas: savaitę turėjo sudaryti 46 darbo valandos, 6 darbo dienos, tačiau šeštadienį darbo diena truko dvi valandas trumpiau. Taip pat paskelbti du dekretai, skirti darbo inspekcijos ir socialinio draudimo klausimams. Juose buvo numatyta 60 % kompensacija ligos atveju ir 100 % kompensacija gimdymo laikotarpiu. 1922 m. paskelbtas įstatymas dėl darbininkų ir valstybės tarnautojų atostogų. Darbininkams pirmaisiais metais buvo numatytos 8 dienų, trečiaisiais metais – 15 dienų atostogos. Valstybės tarnautojams numatytos 30 dienų atostogos. 1924 m. išėjo įstatymas,



numatęs moterų ir jaunuolių (vaikų) darbo uždraudimą kai kuriose šakose, jaunuolių (vaikų) darbo laiko apribojimą, viršvalandžių uždraudimą bei motinystės garantijas. 1928 m. paskalbtas dekretas dėl [socialinio] draudimo ir darbo higienos. Jame apibrėžtos svarbiausios darbininkų teisės [278].

Vėlyvajam periodui nuo 1929 m. buvo būdinga darbo teisės stagnacija, net darbininkų teisių suvaržymai. 1930 m. lapkričio 28 d. savivaldybių draudimo organai buvo likviduoti, vietoj jų įsteigtos miesto tarybų komisijos. 1932 m. uždraustos profesinės sąjungos, o 1933 m. darbo savaitė vėl pailginta iki 48 valandų, sutrumpintos darbininkų atostogos. 1933 m. išleisti įstatymai, pagal kuriuos buvo galima lengviau atleisti darbuotoją. 1938 m. uždrausti bet kokie darbininkų streikai [278]. Taigi galime teigti, kad darbininkų darbo bei gyvenimo sąlygos aptariamuoju laikotarpiu buvo sunkios, o darbo teisė dar palyginti menkai išplėtota, todėl darbo higienos įstatymų kūrimo reikšmė darbininkų sveikatai tarpukario įstatymų kontekste buvo itin svarbi.

Tarpukario Lenkijoje darbininkų teisių apsauga deklaruota kaip politinės linijos prioritetas. Lenkijos socialistų partijos programoje vienu iš punktų buvo įrašyta darbininkų sveikatos apsauga. 1925 m. vyriausiojo darbo inspektoriaus įsakymu Valstybinėje higienos mokykloje imta mokyti fabričių vadovus darbo higienos pagrindų: bendrosios higienos, profesinių ligų, apsinuodijimų, nelaimingų atsitikimų prevencijos, darbo įstatymų. 1931 m. buvo įkurta Darbo inspekcija – pirmoji profesinių ligų profilaktikos institucija. Tais pačiais metais įkurtas ir Socialinių reikalų institutas. Jo mokslinė veikla apėmė: darbo sąlygų vertinimą skirtingose pramonės šakose, darbininkų ligų nustatymą, naujų metodų kūrimą siekiant išvengti profesinių ligų [279].

Stepono Batoro universiteto Higienos katedroje darbo medicinos klausimai buvo nagrinėjami nuo pat katedros veiklos pradžios. 1923 m. Vilniuje pasirodė pirmasis K. Karafos-Korbuto darbas „Kova su dulkėmis pramonėje“. Lenkijoje tai buvo pirmasis tyrimas darbo higienos klausimais [65]. Mokslininkas teigė, kad fabrikuose beveik visada yra įvairios sudėties dulkių, kurios kenkia darbininkų sveikatai. Su dulkėmis į darbininko organizmą patenka ir daugelis patogenų, dažnu atveju tai būna tuberkuliozės sukėlėjai. Tarp „dulkėtose“ įmonėse dirbančių žmonių dažniau pasitaiko „nusilipimo“ ir mirties atvejų dėl tuberkuliozės. Tačiau, anot autoriaus, šios problemos gali būti išsprendžiamos taikant technologines naujoves [109].

K. Karafa-Korbutas pristatė naujausias ventiliacijos sistemas (24 pav.) kaip svarbiausią priemonę, skirtą dulkėms fabrikuose išvengti. Taip pat siūlė dėvėti respiratorius, specialią aprangą, galiausiai racionaliai organizuoti darbininkų krūvį fabrike. Profesoriaus nuomone, vengiant profesinių ligų turi būti ieškoma alternatyvų ir pačiame gamybos procese – tiesiog atsisakoma kenksmingas dulkes sukeliančių medžiagų pramonėje [109].

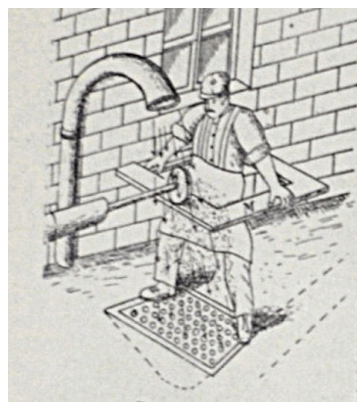
1926 metais paskelbtame darbe „Pramonė ir sveikata“ K. Karafa-Korbutas akcentavo organizuotų visuomenės pastangų svarbą kovojant su profesinėmis ligomis. Žmogaus sveikatai kenksmingus veiksnius pramonėje K. Karafa-Korbutas skirstė į šiuos:

1. Mechaniniai (traumos).
2. Darbo pobūdis arba darbo patalpų specifika.
3. Cheminiai, pvz., nuodai.
4. Per ilgos darbo valandos [5].

Darbo poveikis, esą, susijęs su atskiromis žmogaus savybėmis ir darbo pobūdžiu. Tam tikras darbas veikia tam tikrus raumenis – rašytojai, telegrafininkai dažniausiai skundžiasi pirštų skausmais, dirbantiems stovimą darbą pasireiškia mazginis kojų venų išsiplėtimas, moterims – dar ir mėnesinių sutrikimai. Labiausiai darbas kenkia vaikams – blogai vystosi kaulai, stuburas. Pramonės gamyklose yra daug kenksmingų veiksnių: triukšmas, dulkės, netinkamas apšvietimas ir kt. Netinkamas apšvietimas kenkia akims, dar blogiau tai, jog dažnai jis būna ir nelaimingų atsitikimų priežastis. Nuodingos cheminės medžiagos dažniausiai atsiranda gamybos proceso metu. Todėl visos naujos medžiagos turi būti tiriamos kaip potencialiai kenksmingos. Kai kurios medžiagos, pvz., alkaloidai kenkia net tiems, kurie tiesiogiai jų nevarato, pvz., nikotinas neigiamai veikia tabako pramonės darbininkų sveikatą, ypač kenkia moterims, nes jos jautresnės nikotinui [5].

Pastebėta jog specifinis darbas gali lemti tam tikrų užkrečiamųjų profesinių ligų plitimą. Jis sukelia bakterijos arba grybai, atsirandantys tik tam tikroje specifinėje aplinkoje. Išskirtos tokios užkrečiamosios profesinės ligos kaip juodligė ir įnosės. K. Karafa-Korbutas taip pat skyrė ir neužkrečiamąsias profesines ligas į: darbo metu atsirandančias ligas; ligas, pasireiškiančias ir darbo metu, ir po darbo, susijusias su žmonėmis, aplinka ir t. t. Antrajai kategorijai priskirtas barmenų alkoholizmas. Jis susijęs su tuo, jog padavėjai, kiti barų, kavinių darbuotojai nuolat būna toje aplinkoje, kur nesunkiai gali gauti alkoholio ir kur alkoholis nuolat vartojamas. Apibendrinamas mokslininkas teigė, kad plėtojantis darbo higienos mokslui tokių sąsajų tarp žmogaus ir aplinkos, kurioje jis dirba, galima rasti vis daugiau. Taigi, ir tuberkuliozė taip pat turėtų būti priskirta darbininkų ligoms [5].

Profesorius siūlė apibrėžti darbo dienos trukmę skirtingose pramonės šakose, iš viso uždrausti moterų ir vaikų darbą, nuodingų medžiagų naudojimą pramonėje. Darbo higieną turi užtikrinti darbo inspektoriai, kurie būtų ne tik pramonės specialistai, bet kartu ir gydytojai. Ligoninių kasos turi rūpintis ne tik gydymu, bet ir darbininkų ligų prevencija [5].



24 pav. Ventiliacijos sistema metalo ir medienos dulksėms pašalinti [109]

Viena iš svarbiausių K. Karafos-Korbuto nuopelnų darbo higienai buvo pasiūlymai, kaip optimizuoti esamų institucijų darbą bei sukurti naujas institucijas, kurios turėtų padėti rūpintis darbininkų ir visuomenės sveikata. Viena tokių institucijų – mokslinis Darbo higienos institutas. Darbo higienos klausimai Lenkijos gydytojų bendruomenėje imti nagrinėti prieš Pirmąjį pasaulinį karą. 1922 m. buvo surengtas pirmasis pramonės higienos specialistų suvažiavimas. Vėliau panašūs suvažiavimai vyko kasmet. 1927 m. Lodzėje buvo surengtas vienas svarbiausių suvažiavimų, jame pirmąkart iškelta Centrinio darbo instituto idėja [279].

Tais pačiais 1927 metais Varšuvos higienos draugijos padalinys Vilniuje pateikė savo Darbo instituto projektą. Vienas iš šio projekto autorių buvo ir K. Karafa-Korbutas. Profesorius teigė, kad vis labiau vystantis darbo higienai daugelyje Europos šalių: Prancūzijoje, Anglijoje, Belgijoje, Vokietijoje, net Rusijoje jau sukurti tokie institutai, todėl būtina sukurti ir Lenkijoje [280].

Pasak K. Karafos-Korbuto, Darbo institutas turėtų turėti šiuos skyrius:

1. Ergonomikos, t. y. normalios ir patologinės darbo fiziologijos ir psichologijos;
2. Darbo saugos skyrių, kuris būtų sujungtas su darbininkų ligų padaliniu;
3. Darbo organizacijos skyrių, kuris turėtų rūpintis ir profesiniu orientavimu;
4. Darbo sanitarinės higienos skyrių, kuris tirtų ir traumas;
5. Darbo higienos propagandos skyrius su muziejumi;
6. Teisinės darbo higienos ir darbo statistikos.

Instituto kūrimo darbų turėjo imtis Varšuvos higienos draugija, bendradarbiaudama su vietos savivaldos institucijomis. Vilniuje parengtas instituto projektas turėjo būti patvirtintas Varšuvos higienos draugijos tarybos centrinio komiteto posėdyje [280].

1931 m. profesorius apgailestavo, kad instituto projektas vis dar neįgyvendintas, nors ir sulaukė kitų Lenkijos higienistų palaikymo. Sėkmės atveju institutui turėjo vadovauti pats K. Karafa-Korbutas. Sulaukta ir opozicijos balsų, esą, prie Valstybinės higienos mokyklos jau yra Darbo higienos skyrius, todėl reikiamybės kurti atskirą institutą nėra. Savo ruožtu profesorius teigė, kad minėto skyriaus veikla neapima ergonomikos ir daugelio kitų sričių, į kurias jau atkreiptas dėmesys Vakarų Europoje, JAV. Profesorius pabrėžė, jog būtina darbo higieną tirti kaip atskirą sritį, todėl nepriklausomas institutas turėtų užsiimti tik moksline tiriamąja veikla, institute turėtų dirbti specialistai tyrėjai (ne pedagogai) [281]. Deja, Vilniaus higienistas savo planų įgyvendinti nespėjo. Darbo medicinos institutas Lenkijoje buvo įkurtas tik po Antrojo pasaulinio karo 1954 metais Lodzėje [282].

1931 metais išspausdintas dar vienas panašios tematikos profesoriaus straipsnis apie statistinius darbo higienos metodus. K. Karafa-Korbutas pateikė svarbiausias metodologines prielaidas remiantis statistiniais metodais nustatyti profesines ligas.

Esą, pakanka palyginti kontrolinę grupę – visus tam tikro amžiaus, lyties gyventojus, su specifine grupe – to paties amžiaus, lyties darbininkais. Tokiu atveju, esant tiems patiems išoriniams veiksniams, tokiems kaip klimatas, gyvenimo sąlygos, aiškiai matomas darbo, kaip nepriklausomo veiksnio, poveikis sveikatai. Profesorius siūlė duomenis apie gyventojų sergamumą ir mirtingumą rinkti ne tik pagal mirties priežastį, amžių, lytį, bet ir pagal profesiją [283].

Likusi mūsų tyrime aptariamų publikacijų dalis buvo skirta specifinėms kiek siauresnėms darbo higienos problemoms. 1929 m. Varšuvoje išspausdintas K. Karafos-Korbuto straipsnis „Apie darbo kenksmingumo klasifikaciją“. Mokslininkas teigė, jog kol nėra vienos darbo kenksmingumo klasifikavimo sistemos. Tokią darbo veiksmų kenksmingumo klasifikacijos sistemą, esą, reikėtų kurti atsižvelgiant į konkretaus darbo poveikį žmogaus organizmui Darbo kenksmingumą jis siūlė skirstyti pagal ta pačią funkciją organizme vykdančias organų sistemas: motorika ir koordinacija, organizmo karščio reguliacija, virškinimo sistema, pojūčiai, kvėpavimas, kraujo apytaka. Taip pat turėtų būti skiriami kiti veiksniai, turintys įtakos viso organizmo sveikatai, pvz.: apsiuodijimas; veiksniai, neturintys įtakos konkrečiai vienai organų sistemai, pvz., nelaimingi atsitikimai [284]. Toks skirstymas aptariamuoju laikotarpiu buvo originalus ir logiškas, nes kitų autorių tuo metu pateikiami skirstymai buvo siejami su keletu skirtingų veiksmų: darbo specifika, žmogaus fiziologija, todėl ji buvo tiesiog paini.

1928 m. darbo higienos vadovėlyje K. Karafa-Korbutas išsamiai aprašė nuovargio poveikį, išryškino jo svarbą, atskleidė lėtinio pervargimo žalą, aptarė nuovargio matavimo metodus. Profesoriaus darbai laikytini vieni pirmųjų ergonomikos problemoms skirtų tyrimų Lenkijoje. Mokslininko nuomone, didžiausia problema, susijusi su nuovargiu, yra ta, jog darbininkas savo pojūčiais negali objektyviai nustatyti savo paties nuovargio laipsnio. Kaip vienintelę realią nuovargio prevencijos priemonę autorius nurodė nuovargio matavimą tam skirtais prietaisais. Laiku nustatant pervargimą, būtų galima ne tik padidinti darbo našumą, bet ir išvengti daug nelaimingų atsitikimų darbe. Specialiais prietaisais ergografais galima matuoti raumenų nuovargį. Psichinį nuovargį geriausia matuoti tikrinant odos jautrumą prisilietimui, dar geriau – klausos, regos jautrumą, akies akomodaciją, reakcijos greitį bei kitus fiziologinius parametrus. Tačiau, kaip pastebi autorius, visi šie metodai turi ir trūkumų. Minėti prietaisai yra sudėtingi, reikalauja nemažų investicijų, ne visais atvejais jais galima nustatyti nuovargį [285].

Nuovargio problemai buvo skirta Higienos katedros vyr. asistentės J. Bortkevič-Rodzevičovos daktaro disertacija (1928). Darbe aptariamas taškų metodas nuovargiui tirti [286]. Metodo esmė: per tam tikrą trumpą laiko tarpą (30 sek.) asmuo pieštuku turi sudėlioti kuo didesnį skaičių taškų (paprastai apie 60) paeiliui šešiuose apibrėžtuose kvadratėliuose. Kai taškų skaičius ima smarkiai mažėti (krenta iki 45), tai rodo,

jog asmuo yra pavargęs, kartojant tyrimą prieš ir po tam tikros trukmės darbo galima nustatyti nuovargio laipsnį. Kuo greičiau taškų skaičius ima mažėti, tuo labiau žmogus yra pavargęs. Esminis metodo privalumas tas, kad jis paprastas ir juo galima iškart tirti didelį skaičių žmonių [287].

Nuovargio problema aptariama ir kitame K. Karafos-Korbuto darbe (1929). Per ilgą darbo dieną, esą, žalinga tiek darbininkui, tiek valstybei. Verčiant darbininką pervargti, kenkiama jo sveikatai, jis tampa neatsparus ligoms, didėja mirtingumas. Kita problema – iš darbininko atimamas laikas, kuris galėtų būti skiriamas jo savišvietai. Jaunas žmogus netenka galimybės mokytis, žlugdomas jo intelektinis potencialas, kartu smukdomas ir visuomenės kultūros lygis, darbininkai degraduoja, pasineria į girtuoklystę. Tai gi, aštuonių valandų darbo diena yra ne tik darbo, bet ir socialinės higienos siekiamybė. Geriausias būdas pasiekti aukštesnį darbo našumą ir nekenkti darbininkų sveikatai – sutrumpinti darbo dieną. Anot mokslininko, kuo ilgiau darbininkas yra priverstas dirbti, tuo daugiau jo darbo laiko tenka pertraukoms, darbininkas daugiau laiko iššvaisto būdamas nepunktualus, nenoromis grįždamas prie darbo [288].

Profesorius siūlė apriboti nebūtiną naktinį darbą, pavyzdžiui, kepyklose, ten, kur toks darbas būtinas, sudaryti sąlygas darbininkui dirbti slankiais grafikais. Anot mokslininko, esant šešių dienų darbo savaitei darbingiausia diena yra trečiadienis. Nuovargis nuo pirmadienio iki savaitės pabaigos sumuojasi, todėl maždaug antroje ketvirtadienio pusėje darbo našumas ima smukti. Dėl susikaupusio nuovargio savaitės pabaigoje didėja ir nelaimingų atsitikimų tikimybė. Menkas darbingumas būna ir pirmadienį, nes besilsint prarandama šiek tiek miklumo, be to, šeštadienio vakarą darbininkai dažnai išgeria alkoholio [288].

7 lentelė. Statistinio Lenkijos darbininko dienotvarkė pagal laiko sąnaudas 3 deš. [288]

	Vyrai	Moterys
Darbas fabrike	8 val. 30 min. (36 %)	8 val. 9 min. (34 %)
Darbas ne fabrike	4 val. 30 min. (17 %)	6 val. 46 min. (28 %)
Miegas	7 val. 59 min. (33 %)	6 val. 44 min. (28 %)
Poilsis	3 val. 27 min. (14 %)	2 val. 21 min. (10 %)

Kai kurios profesoriaus socialinės įžvalgos ir šiandien stebina požiūriu platumu. Nors tai, ką darbininkai veikia ne darbo vietoje, formaliai nėra darbo higienos objektas, visgi ir šiais klausimais siekta imtis prevencijos. K. Karafos-Korbuto duomenimis, iš kasdienės savo ruošos 44 % (vyrai) ir 47 % (moterys) laiko skirta maisto gaminimui (7 lentelė). To būtų galima išvengti, jei prie fabrikų veiktų valgyklos, lopšeliai, vaikų dienos centrai. Darbininkų butai turėtų būti kuo arčiau fabrikų, kad mažiau laiko tektų sugaišti kelionėje. Elektriniai traukiniai galėtų būti gera pigi komunikacijos alternaty-

va. Be abejonės, daug darbininko laiko sutaupyti vandentiekis, kanalizacija, elektrinis apšvietimas bei dujinė viryklė [288]. Viena iš anksčiau minėtų tyrimų profesorius pabrėžė socialinės prevencijos svarbą siekiant apsaugoti darbininką. K. Karafa-Korbutas teigė, kad svarbu tinkamai orientuoti darbininką pagal darbo pobūdį. Jei jaunuolis, sergantis tuberkulioze, dirbs dulkėtame fabrike, jo liga tik pablogės, tačiau jei tas pats jaunuolis taps miškininku, jis gali visai pasveikti [285].

1930 m. pasirodė dar vienas originalus K. Karafos-Korbuto darbas. Profesorius kritikavo trimestrų sistemą aukštosiose mokyklose. Jis siūlė pereiti prie mokymo semestrais, taip būtų sutaupoma daug studento laiko. Esant trimestrų sistemai 2 dienas trimestro pabaigoje studentas priverstas švaistyti laiką formalių dokumentų pildymui, o esant semestrinei sistemai, tai daryti tektų tik du kartus per metus. Esant trimestrų sistemai per visas studijas studentas iššvaisto 32 dienas formalių dokumentų pildymui, o semestrų sistemoje tam reikėtų sugaišti apie 20 dienų. Trimestrų sistema žalinga dar ir todėl, kad po kiekvieno įtempto trimestro pabaigos periodo eina poilsio periodas, kai studentas nori psichologiškai pailsėti. Toks periodas paprastai esti menkai produktyvus. Taigi daug racionaliau būtų daryti mažiau tokių „sustojimų“ po darbų ir „užsiavedimų“ naujam darbui [289].

K. Karafa-Korbuto darbe galime rasti ir šiandienei edukologijai vis dar aktualių idėjų. Studentų egzaminavimas, esą, turėtų būti pagrįstas ne tik teorija, bet ir praktiniu mokymu. Nuo to laiko, kai galima spausdinti dėstytojo užrašus, dėstytojo žodis, išstartas paskaitoje, nebėra vienintelis mokymo metodas. Komentariumai, vadovėliai, kuriuose būtų sukonzentruotos svarbiausios mokomos disciplinos žinios, galėtų kokybiškai pagerinti kursą. Papildomos žinios gali būti diegiamos per seminarus, pratybas. Taip pat turėtų būti sudarytos galimybės studentams daugiau mokytis klinikose. Klinikinės katedros galėtų būti tiesiog dubliuojamos, t. y. katedroje dirbtų du profesoriai, įdarbinama daugiau personalo. Jei visas krūvis netektų tik vienam profesoriui, jis galėtų daugiau laiko skirti mokslui. Baigdamas higienistas teigė, kad neracionalus medicinos dalyko mokymas gali užgesinti studento užsidegimą atlikti savarankiškus tyrimus, pakenkti būsimiems mokslininkams, kurie iš savo mokytojų tikisi metodiškumo [289].

**Apibendrinant** konstatuotina, jog K. Karafą-Kobutą galime laikyti vienu iš darbo higienos pradininkų visoje Lenkijoje. Svarbiausias nuopelnas, be abejonės, yra pačios darbo higienos kaip tyrimų krypties išskyrimas iš kitų higienos sričių. Profesorius sukūrė darbo higienos teorijos pagrindus, numatė svarbiausias darbo higienos tyrimams skirtas mokslines institucijas. Taip pat sukūrė savitus metodus, vienas pirmųjų Lenkijoje tyrė ergonomikos problemas. Originalios idėjos buvo darbo kenksmingumą skirstyti atsižvelgiant į žmogaus fiziologines ypatybes. Profesoriaus apimtų darbo higienos problemų laukas buvo itin platus. Darbo higienos problemoms profesorius priskyrė



net su darbu tiesiogiai nesusijusius veiksnius, pavyzdžiui, darbininko laisvalaikį. Nepamirštos liko ir protinio darbo higienos problemos. Profesoriaus pateiktos studijų organizavimo rekomendacijos, tokios kaip praktinis mokymas, racionalus mokymo organizavimas, gali būti puikiai pritaikytos net ir šiais laikais.

#### *4.3.5. Vaikų sveikatos problemų prevencija*

Tarpukario Lenkijos ir Vilniaus krašto sveikatos apsaugos sistemoje svarbi vieta teko vaikų sveikatos problemoms. Vaikų ir jaunimo sveikata tuo metu buvo suprantama kaip sveikos visuomenės garantas. Lenkijos pediatrių draugija, turėjusi padalinį Vilniuje, nuo pat laikotarpio pradžios analizavo svarbiausias vaikų sveikatos problemų priežastis, rūpinosi vaikų sergamumo prevencija. Šiame darbo lauke ryškiai atsiskleidė J. Poliako sveikatos apsaugos modelis: strategijas kuria gydytojas specialistas, atsižvelgdamas į gyventojų poreikius, bendradarbiaudamas su vietos savivaldos institucijomis. Gydytojai pediatrai, susibūrę į draugiją, ėmė kurti plataus masto strategijas vaikų, o kartu ir visuomenės sveikatos būklei gerinti, savo pasiūlymus siuntė Vyriausiajai sveikatos tarybai. Šiame darbe neabejotinas ir Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikos vadovo V. Jasinskio indėlis.

Bendros sveikatingumo situacijos Vilniaus vaivadijoje analizė problemiška dėl medicininės statistikos apie kaimo vietoves trūkumo. Padėtį iš dalies atskleidžia profesionalūs SBU MF mokslininkų vertinimai. Vaikų sveikatos problemas mūsų tyrime pasirinkome kaip objektyvų socialinių problemų indikatorių. Vaikų mirtingumas ir kitos problemos, be medicinos pagalbos lygio, atspindi ir bendrą visuomenės brandos būklę, ekonomikos padėtį.

Bene geriausiai to meto sveikatos politikos gaires ir pažangiausias to meto idėjas atspindi 1927 m. Vilniuje vykusiame Lenkijos pediatrių suvažiavime skaitytas V. Jansinskio pranešimas. Anot mokslininko, svarbiausi vaiko, o kartu ir sveikos visuomenės principai buvo suvokti dar A. Sniadeckio (Śniadecki, 1768–1838) darbuose. Svarbiausios vaiko sveikos raidos sąlygos yra tėvų sąmoningumas ir tinkama globa. Vaiko sveikata formuojasi dar jam negimus, todėl labai daug kas priklauso nuo vaiko motinos, vėliau auklės. Net esant tam tikroms fizinėms vaikelio ydoms ar net neįgalumui, ankstyvame amžiuje lengva jas taisyti, jei tik vaiku rūpinamasi. Santuoka negali būti kuriama iš išskaičiavimo, dėl padėties ir pinigų. Tai būtų neatsakinga būsimų palikuonių atžvilgiu. Renkantis vyrą ar žmoną pirmiausia reikia sužinoti, ar būsimo sutuoktinio šeimoje nebuvo paveldimų ligų. Vaiką maitinti reikia motinos pienu: „Kaip ir kiekvienas gyvūnas turi savo kraują, taip ir pienas yra skirtingas, tik tam tikrai rūšiai sukurtas“ [290].

Anot V. Jasinskio, jau XIX a. buvo pastebėtas daug didesnis vaikų mirtingumas kūdikių prieglaudose – tai buvo susiję su netinkamu maitinimu ir prasta priežiūra. A. Sni-



deckio žodžiais tariant: „Tokie namai, sukurti rūpintis nelaimingais vaikeliais, kurių atsisakė negeri, nežmoniški tėvai, laikomi meilės ir geranoriško rūpesčio prieglaudomis; iš tiesų tai skerdyklos, žmonijos mėsinės.“ Panašiai kaip V. Jasinskis, vaikų ligonines kritiko L. Rostkovskis. Jo nuomone, esminė sąlyga, kurios šios įstaigos negali įvykdyti, yra tinkama priežiūra – vaikas arba būna gydomas, arba miršta, tačiau ilgiau išgyventi be motinos čia jam sunku [264]. Taigi iš esmės V. Jasinskis ir L. Rostkovskis pirmiausia pabrėžė sveikos šeimos, natūralios motinos teikiamos globos, o tik tada valstybės, medikų vaidmenį vaiko sveikatai. Manytina, kad šios idėjos aktualumo nepraranda ir šiandien – nepaisant gerai išplėtotos vaikų sveikatos priežiūros sistemos, tėvų sąmoningumas, psichologinė branda išlieka vieni svarbiausių vaiko sveikatos garantų.

1928 m. SBU MF histologijos katedros vyr. asistentas S. Baginskis (Bagiński) apibūdino Medicinos fakulteto bei miesto magistrato veiklą gerinant medicininę-socialinę pagalbą Vilniaus moterims ir vaikams per penkerius praėjusius metus. Anot jo, 1925 metais laikytini lūžiu, kai universiteto pediatrai prie klinikų Antakalnyje atidarė pirmąją naują pagalbą moterims ir vaikams stotį. Vėliau klinikų gydytojo Vaclovo Šunevičiaus (Szuniewicz, 1892–1963) iniciatyva 1926 m. atidarytos dar keturios tokios stotys. Iki 1928 m. Vilniuje jau veikė 12 panašaus pobūdžio stočių bei 4 ambulatorijos. Dalis tokių stočių buvo specializuotos pagal veiklos pobūdį: kūdikių, sifilio, tuberkuliozės, nėščiosioms. Nuo 1925 m. ėmė veikti gydytojos M. Pševlockos (Przewłocka) vadovaujami „Vaikų slaugymo kursai“, iki 1928 m. kursuose buvo paruošta 120 profesionalių slaugių [291].

Neilgai trukus organizuotos medikų pastangos davė rezultatų. Buvo nustatytos svarbiausios sergamumo tendencijos, susijusios su metų laikais – žiemą vyraudavo kvėpavimo sistemos ligos, vasarą – virškinimo sistemos ligos. Vis daugiau miesto vaikų galėjo gauti nemokamą pagalbą. Stotys tapo ir higieninio švietimo centrais miesto gyventojams, dėl malonaus bendravimo, esą, buvo pamėgtos vaikų. 1923 m. vienas vaikas stotyje vidutiniškai buvo apžiūrimas 3 kartus per metus, o 1927 m. vienam vaikui jau tekdavo iki 5 apžiūrų per metus (8 lentelė). Nuo 1923 iki 1927 kūdikių / vaikų, kurie buvo užrašyti į šias pagalbos stotis, mirtingumo rodikliai sumažėjo nuo 1,9 % iki 0,54 % [291].

8 lentelė. **Vaikų apsilankymai pagalbos stotyse** [291]

	1923 m.	1924 m.	1925 m.	1926 m.	1927 m.	1928 m.
Apsilankė vaikų	3513	2 694	2 690	3 558	4 634	7 596
Apžiūrų skaičius	11 737	8 184	10 626	9 921	17 062	24 204
Po apžiūros išrašyta namo	3 994	5 491	5 987	5 201	9 122	13 043

Viena populiariausių tuo metu taikytų priemonių kovai su vaikų ir suaugusiųjų ligomis buvo vadinamosios sanitarinės akcijos [58]. Tačiau tokio tipo akcijos turėjo tam

tikrų spragų. Esminiu sanitarinių akcijų veiksmingumo kliuviniu L. Rostkovskis įvardijo socialinį kai kurių ligų, pavyzdžiui, trachomos, aspektą. Jis teigė, kad nuo šios ligos reikia gydyti ne tik vaikus, bet ir suaugusiuosius. Nepaisant gydytojų pastangų gyventojai, ypač kaimo, dažnai vengdavo gydytis, slėpdavo ligą, todėl vadinamieji „išvažiuojamieji būriai“ tiesiog negalėjo išivaizduoti vienos ar kitos ligos paplitimo mastų [264].

Papildoma priemonė sanitarinėms akcijoms buvo naujų planingai veikiančių institucijų kūrimas, pareigūnų rengimas. Vienas tokių pareigūnų, minimų ir C. E. A. Vinslou darbuose, buvo socialinės slaugės. Jau nuo 1859 m. Niujorke veikė vadinamosios lankančios sanitarės. Jų darbas buvo lankyti neturtingas šeimas ir teikti patarimus, kaip saugoti vaikų ir šeimos sveikatą. Vėliau tokia praktika paplito ir kitose šalyse. Slaugių funkcijos praplėtė [13].

Socialinės slaugės institucija sukurta ir Lenkijoje. 1928 m. Lenkijos pediatrų taryba, kurioje dirbo ir V. Jasinskis, paruošė memorandumą Vyriausiajai sveikatos reikalų tarybai dėl socialinių slaugių rengimo. Socialinių slaugių poreikis kilo siekiant įveikti vieną svarbiausių to meto problemų – prarają tarp gydytojo ir paciento. Dalis moterų vengdavo vykti į ligonines, slėpdavo vaikų ligas (sifilį, trachomą) iš gėdos. Socialinių slaugių užduotys buvo: apylinkės moterų ir vaikų lankymas, pirminės informacijos apie apylinkės vaikus rinkimas, jų ligos istorijų analizavimas. Slaugės taip pat turėjo prižiūrėti, ar laikomasi vaikams paskirto gydymo, ar paciento namuose yra tinkamos gyvenimo ir higienos sąlygos, ar pacientas laiku atvyksta, ar atvyksta pas gydytoją, ar visi su gydymu susiję formalumai yra sutvarkyti ir tai netaps kliūtimi tolesniam gydimui siųsti pacientą į gydymo kolonijas ir kitas įstaigas [292].

Analitinė šios slaugės darbo dalis buvo sergamumo prevencija. Slaugė turėjo nustatyti, kokie būtent socialiniai, ekonominiai, moraliniai, profesiniai veiksniai turi įtakos vaiko sveikatai kiekvienu atveju ir atsižvelgdama į tai imtis įgyvendinti pasirinktą strategiją pradedant nuo sanitarijos, baigiant švietimu [292].

1929 m. paskelbtas vaikų ligų klinikos gydytojos Hanos Kaulberš-Marynovskos (Kaulbersz-Marynowska, 1895–1962) straipsnis apie kūdikių mažakraujystę. Mokslininkė konstatavo, kad ilgai (iki 6 mėn.) trunkantis kūdikių maitinimas tik motinos ir karvės pienu, trumpą laiką trunkantis maitinimas išskirtinai ožkos pienu yra kenksmingas kūdikiui. Tai lemia keletas susijusių veiksnių – vitaminų trūkumas, blogas geležies įsisavinimas, blogas kitų maisto medžiagų įsisavinimas. Aptardama Vilniaus ligoninių duomenis, autorė teigė, jog Vilniaus krašte tokio pobūdžio mažakraujystės atvejų nėra daug. Tai gali būti motinos ir vaiko pagalbos stočių nuopelnas, esą, motinos ėmė suprasti visaverčio kūdikių maitinimo principus [293].

1930 m. F. Kasperovičius nagrinėjo kūdikių mirtingumą Vilniuje. Bendras kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusių kūdikių 1927 metais siekė 15,8 atvejo, 1928 m. – 14,9

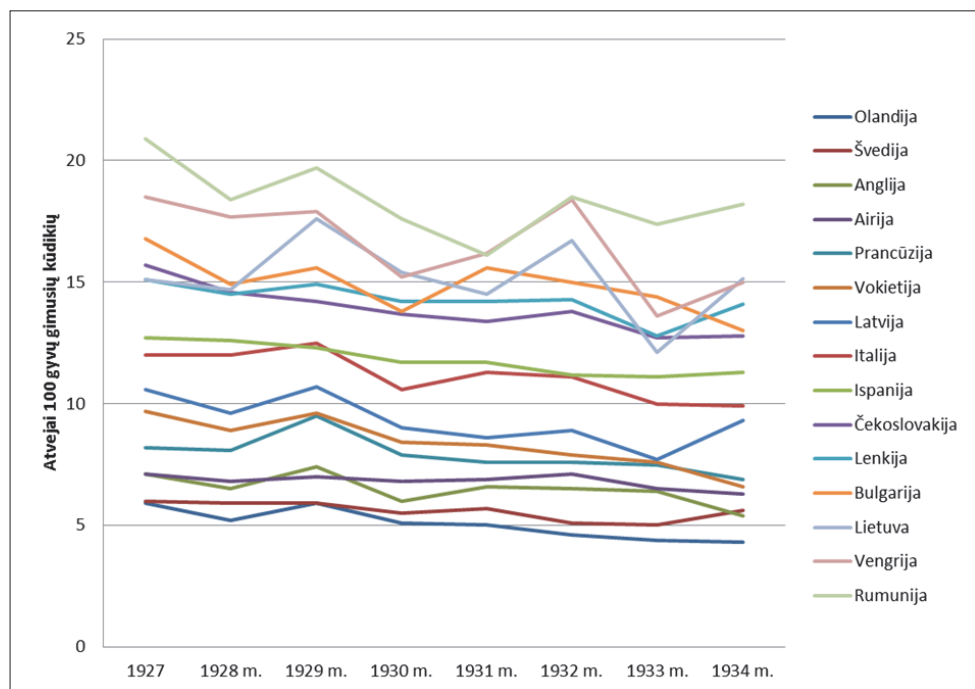
atvejo. Jis pastebėjo, kad mažesni kūdikių mirtingumo rodikliai buvo žydų tautybės asmenų grupėje, tai siejo su aukštesne higienine kultūra šioje grupėje. Taip pat buvo nustatytos mirtingumo sezoniškumo tendencijos – pagal minėtus duomenis daugiausiai mirusių kūdikių teko vasaros pabaigai–rugpjūčio mėnesiui. Buvo konstatuotos ir dažniausios kūdikių mirštamumo priežastys (neskaitant įgimto silpnumo, kas sudarė 30 %): plaučių uždegimas (21 %), skrandžio ir žarnyno uždegimas (18 %). Kitoms ligoms, tokioms kaip tuberkuliozė, teko palyginti menkas procentas mirusių kūdikių [128]. Čia galime išvelgti ir anksčiau minėtos BCG skiepavimo akcijos rezultatus.

F. Kasperovičiaus nuomone, didelis kūdikių mirtingumas susijęs su prastomis higienos sąlygomis, kuriose gyvena kūdikiai, tačiau didelis jų mirštamumas nuo plaučių uždegimo rodo socialinę šios problemos prigimtį. Kaip parodė tyrimas, 2/3 atvejų higienos sąlygos, kuriomis augo kūdikis, buvo arba blogos arba nepatenkinamos. Dėl antrosios priežasties mokslininkas teigė, kad jaunos motinos menkai supranta, kaip tinkamai prižiūrėti kūdikį, nesupranta motinos ir vaiko centrų reikšmės, laiku į juos nesikreipia. Svarbu, kad būsimos motinos kuo anksčiau gautų susistemintų žinių vaiko priežiūros klausimais – ne tik gelbstint kūdikį motinos ir vaiko stotyse, bet jau moterų (mergaičių) mokyklose. Tokias žinias turėtų diegti profesionalai, gydytojai pediatrai. Be abejonės, visos šitos priemonės negali būti įgyvendintos be valstybės, savivaldybės pagalbos [128].

Taip pat 1930 m. paskelbtas panašus Jadvygos Muraško (Muraszko, 1889–?) tyrimas. Gydytoja atkreipė dėmesį į tai, kad žydų tautybės motinos dažniau yra sąmoningesnės ir laiku atneša kūdikius į specialias pagalbos stotis, todėl žydų kūdikių mirtingumas yra daug mažesnis: 1927–1928 krikščionių kūdikių iki 1 metų mirtingumas siekė 5–6 %, o žydų dvigubai mažiau – 2–3 %. Taip pat buvo pastebėta, jog nesantuokiniai kūdikiai buvo rizikos grupė: maždaug 1/5 mirusių kūdikių buvo nesantuokiniai, jie nebuvo laiku atvežami į pagalbos stotis. Kita priklausomybė – kūdikiai iki 3 mėnesių, kurie buvo maitinami natūraliai, mirdavo daug rečiau nei maitinami sintetiniais mišinėliais. Mokslininkė atkreipė dėmesį ir į tai, jog per didelis mirčių skaičius tenka „įgimtosioms ydoms“. Ji teigė, kad tai rodo kūdikių priežiūros sistemą esant netobulą, netinkamai renkama statistika. Pateiktos rekomendacijos tolesniems darbams: sutvarkyti pagalbos stočių materialinę bazę; atidaryti naujas pagalbos stotis; atidaryti vaikų lopšelius; steigti ambulatorijas į stotis atvedamiems sergantiems vaikams; sureguliuoti pieno, kuriuo maitinami kūdikiai, kontrolę; suvienodinti statistikos apie vaikus rinkimo metodikas [142].

1936 m. kūdikių mirtingumo klausimas iš keleto metų perspektyvos buvo aptartas A. Safarevičiaus tyrime. Mokslininkas nagrinėjo kūdikių mirtingumą Europoje, pasaulyje. Buvo konstatuota, kad situacija Lenkijoje yra bloga (25 pav.). Blogiau, esą, tik Lietuvoje ir Rumunijoje [bei Vengrijoje]. Lygindamas vakarines, šiaurines, pietines ir

rytines vaivadijas jis teigė, kad skaičiai rytinėse vaivadijose galimai neatitinka realybės. Čia kūdikių mirtingumas greičiausiai yra daug didesnis nei kitose Lenkijos vaivadijose, tik tai tinkamai nesuregistruojama [185]. Kiek plačiau nei autorius interpretuojant turimus duomenis galime aiškiai matyti itin padidėjusių kūdikių mirtingumą Didžiosios ekonominės krizės metais: labiau išsivysčiusioje Vakarų Europoje 1929 metais, Rytų Europoje 1929 ir 1933 metais. Taigi galime teigti, kad Rytų Europos šalys krizės pasekmėms buvo jautresnės, po pirmosios ekonominės krizės bangos sekė dar stipresnė antroji banga.



25 pav. Kūdikių mirtingumas šimtui gyvų gimusių kūdikių Europos šalyse 1927–1934 m.<sup>43</sup>

A. Safarevičius teigė, jog duomenys apie žydų tautybės asmenis taip pat iškreipia statistiką, nes žydai retai išvis registruoja mergaites, todėl vėliau negalima tiksliai nustatyti, kiek jų miršta. Visgi žydai, esą, labiau rūpinasi savo ir vaikų sveikata. Tačiau tam yra ir realios priežastys – dažniausiai jie gyvena miestuose, todėl turi geresnes galimybes gauti medicinos pagalbą, o krikščionys dažniau gyvena kaimuose, kur medicinos pagalbą gauti sunkiau. Kitos priežastys – pačių kaimiečių kaltė – labai dažnai jie tiesiog

<sup>43</sup> Pirminiai duomenys: Safarewicz A. O umieralności niemowląt w Polsce. Odbitka z Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1936; 12(3): 7

nekreipia dėmesio į higienos reikalavimus, vaikų ligas. Paprastai gydos namie, pas kaimynus, galiausiai, niekam nepadėjus, kreipiasi profesionalios medicinos pagalbos, deja, dažniausiai pavėluotai. Dėl šių priežasčių kūdikių mirtingumas kaimuose esti didesnis nei miestuose. Kaip ir J. Muraško, autorius pabrėžė, kad nesantuokinių kūdikių mirtingumo rodikliai paprastai yra didesni [185].

Anot higienisto, valstybinė strategija vaikų mirtingumo klausimu pirmiausia turi būti orientuota būtent į kaimus, kur labiausiai reikia profesionalios akušerių ir pediatrų pagalbos. Kova su kūdikių mirtingumu kaime, esą, sunki dėl prastos komunikacijos, organizacijos, racionalios akušerių pagalbos stokos, motinų tamsumo [185].

1936 m. apžvelgdamas medicinos pagalbos Vilniaus vaivadijoje galimybes H. Rudzinskis akcentavo iš anksto gerai apgalvotų socialinių strategijų svarbą. Svarbiausia problema, tiesiogiai veikiančia kaimo gyventojų sveikatingumą, jis nurodė skurdą. „Kaimo gyventojas stokodamas pinigų mažame ūkelyje primityviai dirba nederlingą žemę: plūgą keičia į žagrę, žibalą keičia į balaną, degtukus į žarijas, gydytoją į žiniuonį, druskos ir muilo nenaudoja, prastai maitinasi, užsėja kiek galėdamas didesnius plotus [sunkiai dirba]“ [294].

H. Rudzinskio nuomone, kaimuose siautusias užkrečiamosios ir socialinės ligos turėjo dvejopą prigimtį – viena vertus jos buvo lemiamos nepakankamai išplėtos ir netinkamai prižiūrimos sveikatos sistemos, antra vertus, buvo susijusios ir su kaimo gyventojų tamsumu, inertiškumu. Sanitarinės akcijos kaime buvo trumpalaikio poveikio, neretai buvo vykdomos formaliai, deklaratyviai, kaimo gyventojų sąmoningumo jos nepasiekdavo dėl akivaizdaus išsilavinimo, mentaliteto skirtumų. Dažnai pamokslaujantis miestietis gydytojas, sanitarijos inspektorius kaimiečiui nekeldavo simpatijos, todėl kaimo gyventojai buvo linkę labiau pasitikėti ir naudojosi žiniuonių, bobučių [gimdvyių padėjėjų] paslaugomis. Netgi tuo atveju, jei kaimietis norėdavo profesionalios medicininės pagalbos, tai anaip tol nereiškė, kad tokia pagalba jam būtinai bus suteikta. Daugelį atbaidydavo didžiulės vaistų ir gydymo kainos net ir kaimo gydyklose – net skiepai kaimiečiui buvo tiesiog per brangūs, todėl kaimo gyventojai mieliau rinkdavosi pigias žiniuonių paslaugas. Galiausiai kaimietis tiesiog nepajėgė suvokti priežastinio ryšio tarp higienos trūkumo ir dėl to kylančių ligų [294].

Sunkios gyvenimo sąlygos, higienos nepaisymas, tamsumas lėmė sergamumą tuberkulioze, trachoma (4–5 % populiacijos), įgimtu sifiliu. Šioms ligoms įveikti reikėjo didelių lėšų, tačiau iš statistinei kaimo bendrijai kasmet skiriamų lėšų sveikatos apsaugai buvo skiriama mažiau nei 10 %. Kaimo gyventojų mityba vargana. Vyravo augalinės kilmės produktai – bulvės, duona, kopūstai, burokai. Provincijos gyventojai vartojo šiek tiek pieno, mėsą valgė geriausiu atveju kartą per savaitę, tačiau dažnas kaimietis jos išvis nevalgė. Todėl kaimo mokyklose, esą, būtina papildomai pamaitinti vaikus [294].

Anot mokslininko, reikia imtis iniciatyvos organizuoti sveikatos prevencijos priemonės „iš apačios“. Didelė atspirtis gali būti pirmiausia kaimietės moterys, jos visada labiau stengiasi pagerinti savo buitį nei „apkiautę“ vyrai. Gali būti rengiami „gražios sodybos“ ar „gražiausio rašinio“ [higienine tematika] konkursai. Bent jau simboliški apdovanojimai didina ir vaiko, ir suaugusiojo motyvaciją. Taip pat reikia statyti naujus higieniškus šulinius, įrengti higieniškas kiaulides ir sodus, mokyti higieniškos pienininkystės, į procesą būtina įtraukti gyventojus, kad jie pasijustų viso to dalimi. Kai kurios gyvenvietės pritaikius tokią strategiją, esą, neatpažįstamai pasikeitė. Dar viena didelė problema Vilniaus krašte – našlaičių ir psichiškai nesveikų asmenų globa. Globėjai dažnai nepaiso higieninių reikalavimų, todėl būtina tikrinti, ar jie laikosi minėtų nurodymų [294].

Kalbėdamas apie institucines priemones mokslininkas teigė, kad reikia remtis Sveikatos centrais, svarbu dažniau tikrinti mokyklas, greičiau sustabdyti trachomos plitimą, laiku izoliuojant sergančius moksleivius. Esamas gydymo įstaigų tinklas kaimo vietovėse, esą, yra pakankamas (viena gydymo įstaiga nuo kitos buvo nutolusi maždaug 18–20 km), tačiau vis dar trūksta socialinės slaugės etatų [294].

1938 metais skaitytas H. Rudzinskio pranešimas leidžia įvertinti, kaip SBU MF ir visuomenininkų idėjos buvo įgyvendinamos praktikoje. Mokslininko nuomone, nepaisant gydytojų ir visuomeninių organizacijų pastangų, vaikų sveikatos priežiūros sistema Vilniaus krašte nėra tinkama. Didžiausia problema ta, kad nėra vieno bendro plano visoms vaivadijoje vykstančioms akcijoms ir kitoms priemonėms, tokių organizacijų veikla yra stichiška. Kai kada trūksta bendro sutarimo tarp skirtingų apskričių – vienos apskritys organizuoja stovyklas tik mokyklinio amžiaus vaikams, kitos – tik darželinukams, o miesto savivaldybė neorganizuoja jokių. Kartais kaimuose būna tik prevencijai skirtas centras, tačiau, greta nesant gydymo padalinio, centro veikla būna nenaudinga. Nors savivaldybėms ir seniūnijoms skiriamos slaugės-akušerės, joms nesukuriamos darbo vietos. Taigi pinigai, skirti sveikatos apsaugai tobulinti, tiesiog iššvaistomi, o rezultatas būna menkas [295].

Mokslininko nuomone, nėra sureguliuota sistema, pagal kurią būtų sumokama vaikų priežiūros centrų darbuotojams. Algos yra mažos, dalyje centrų darbuotojams atsiųgina tėvai, dalyje – ne. Kartais suteikta pagalba būna nepakankama, vaikai išgydomi ne iki galo. Todėl vėliau sunkiai suserga tokiomis ligomis, kaip kaulų tuberkuliozė, tampa neįgalūs. H. Rudzinskis siūlė įvesti daugiau tvarkos, sistemiškumo, nuoseklumo ir kontrolės visų su vaiko, jaunuolio ir motinos sveikata susijusių organizacijų veikloje. Taip pat, esą, reikia tinkamai parinkti personalą pagalbos centrams: „<...> bloga vedėja, neatliekanti savo darbo, nemylinti vaikų, ne tik nepagerins situacijos, bet tik sužlugdys visuomenės pasitikėjimą gydytojais. Jei centras neturi gero vadovavimo, geriau bus jei jis neveiks iš viso“ [295].

1940 m. apžvelgdamas vaikų gydymo ir globos pasiekimus Vilniuje ir Vilniaus krašte dr. V. Tercijonas pažymėjo, jog lyginant su Kaunu vaikų gydymas buvo „neapleistas“. Vilniaus vaivadijai teko palyginti didelis gydytojų skaičius. Tiesa, miesto ir provincijos gydytojai skyrėsi kvalifikacija – miesto gydytojai dažniausiai būdavo tinkamai pasirengę, provincijos – pasirengę prastai. Vaikams tenkančių lovų skaičius, atsižvelgiant į Lenkijos gyventojų skaičių, buvo nepakankamas. Šį trūkumą bandyta kompensuoti privačia iniciatyva. Buvo steigiamos ligoninės, sveikatos punktai. Deja, dažnai privatiems entuziastams trūkdavo savivaldybių paramos ir medicinos žinių. Todėl ligoninės buvo steigiamos tam nepritaikytuose pastatuose, vaikai buvo netinkamai maitinami, dažnai susirgdavo ir mirdavo jau pačioje ligoninėje [52].

Kaip organizuotos profilaktinės medicinos pavyzdį V. Tercijonas įvardijo sveikatos punktus (toliau – sveikatos centrus) [ośrodki zdrowia], Vilniaus krašte pradėjusius veikti nuo 1929 metų. Šiuose centruose buvo rūpinamasi visuomenės sveikata. Iš šių centrų autorius išskyrė du pažangiausius. Didžiojoje gatvėje veikiantis Rokfelerių fondo lėšomis remiamas centras, be įprastų funkcijų, dar atliko papildomas. Čia buvo sifilio, alkoholizmo, eugenikos skyriai, švitinimo kabinetai bei pieno virtuvė. Panašus gerai įrengtas centras veikė Kijevo (dab. Kauno) gatvėje. Jame, be anksčiau minėtų padalinių, veikė ir pirtis. V. Tercijono duomenimis, vienas tokio tipo centras paprastai aptarnaudavo apie 50 tūkst. Vilniaus gyventojų [52].

**Apibendrinant** manytina, kad vaikų sveikatos priežiūra Vilniaus krašte buvo viena geriausiai išplėtotų SBU MF gydytojų veiklos sričių. Pagrindai organizuotai veiklai šioje srityje mieste ir apylinkėse buvo padėti atidarius Pediatrijos kliniką. Klinikos iniciatyva atidarytų vaikų (kūdikių) priežiūros stočių pastangomis kūdikių mirtingumas nuo 1923 m. iki 1927 m. sumažėjo keturis kartus. Vis dėlto dalis Medicinos fakulteto mokslininkų vaikų sveikatos prevenciją siejo ne tik su gydytojų, bet ir pačių tėvų pastangomis, stipria šeimos institucija. Tarpininko vaidmenį tarp gydytojo ir paciento atliko vadinamosios socialinės slaugės, sveikatos centrai. Šiandien šias funkcijas iš dalies atlieka vadinamieji socialiniai darbuotojai. Vilniaus krašte organizuotos visuomenės pastangos, paremtos iniciatyva „iš apačios“, ne visada buvo sėkmingos, trūko veiklos planingumo, koordinacijos.

#### *4.3.6. Mokyklų higiena*

Nuo vaikų sveikatos klausimų neatsiejamos ir mokyklų higienos problemos. Ši higienos mokslo sritis Lenkijos žemėse pradėjo formuotis XX a. pradžioje. Todėl išeidami iš chronologinių darbo rėmų plačiau paaškinsime mokyklų higienos mokslo atsiradimą Lenkijoje. 1905 m. buvo įsteigta specialiai mokinių sveikata turėjusi rūpin-



tis organizacija – Lenkijos mokyklų taryba. Mokyklų higienos pradininku laikomas S. Kopčynskis (Kopczyński). 1917 m. S. Kopčynskiui buvo pavesta formuoti mokyklų higienos politiką, parengti specialias instrukcijas apskrities gydytojams mokyklų higienos klausimais [28].

Savo darbuose pirmenybę šis mokslininkas teikė higienai, teigdamas: „Gydymas nėra mokyklų gydytojo pareiga, tačiau jis turi būti inspektoriumi ir tikrinti viską, kas susiję su mokyklos pastatu, jo planavimu, šildymu, apšvietimu, švara ir moksleivių skaičiumi mokyklose ar pensionatuose [spec. tipo mokyklos]. Mokyklos gydytojas turi rūpintis mokymo planais, pamokų ir pertraukų trukme, profilaktiškai patikrinti naujus mokinius ir visus mokinius per mokslo metus, stebėti situaciją mokykloje, mokinių judėjimą, net ir tuo atveju, jei mokinys neateina į mokyklą. Gydytojui privalu iškart pastebėti sergančius mokinius ir užkirsti kelią epidemijai. Mokyklų gydytojas turi rengti specialius mokymus mokyklos mokytojams ir mokiniams. Mokykloje jis turi būti kasdien, dukart per metus organizuoti atskirus išsamius mokinių tyrimus ir analizuoti jų rezultatus.“ [28] Lietuvoje panašios gairės suformuluotos 1939 metais švietimo ministro išleistose pradžios mokyklų ir mokinių sveikatos reikalų tvarkymo taisyklėse [17].

S. Kopčynskio pasiūlytomis gairėmis rėmėsi ir Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai. Medicinos fakulteto mokslininkai bendradarbiavo su Vilniaus mokyklų gydytojais, buvo analizuojamos svarbiausios miesto mokyklų higienos problemos. Mokyklų gydytojais Vilniuje dirbo otolaringologas J. Šmurla, higienistas K. Rymaševskis [296].

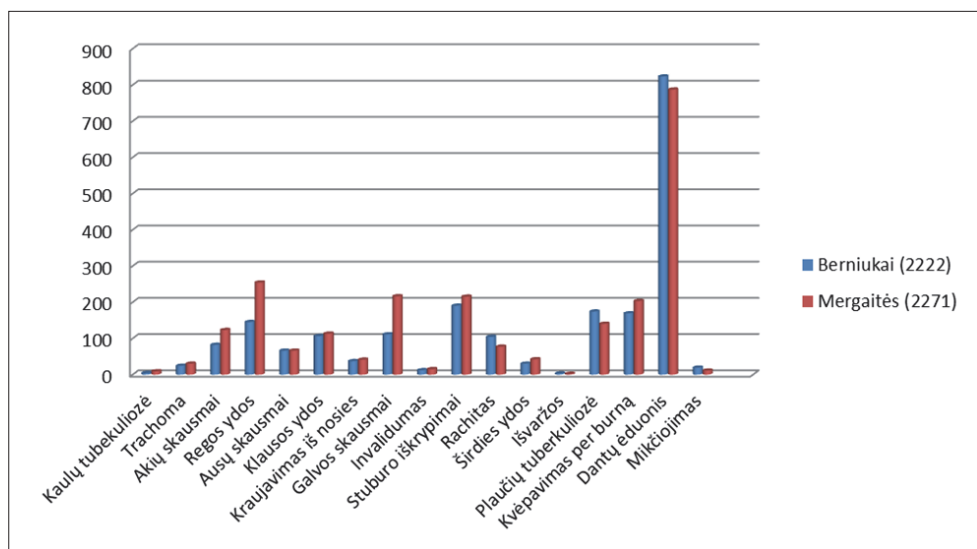
1924 m. SBU MF higienos katedros siūlymu prie Vilniaus miesto magistrato sudaryta komisija, kurios tikslas – tirti higienines sąlygas mokykloje. Pirmajame posėdyje buvo nutarta periodiškai organizuoti mokyklų gydytojų konferencijas [toliau posėdžius]. Posėdyje buvo nustatytos prioritetinės mokyklų higienos tyrimų sritys: fizinis [moksleivių] išsvystymas; moksleivių alkoholizmas; tuberkuliozės ir plaučių ligų tyrimai; socialinė globa mokykloje; psichologiniai vaikų tyrimai; kova su užkrečiamosiomis ligomis mokykloje; mokyklos gydytojų vaidmuo moraliniam vaikų auklėjimui. Taip pat buvo aptartos ir praktinės užduotys: moksleivių suolų konstravimas, geriamojo vandens surinktuvų [talpyklų] sukūrimas. Buvo skaitomi referatai tokiomis temomis: mokyklos gydytojo vaidmuo ir užduotys, mokinių fizinis vystymasis, vaikų alkoholizmas [296].

1924 m. Vilniuje veikė 52 mokyklos, jose mokėsi 10 475 mokiniai. Sąlygos mokyklose buvo labai blogos. Anot S. Brokovskio, nė vienas iš jo tirtų 46 pastatų netinka mokymo tikslams. Didelė dalis – net 38 pastatai – priklausė privatiems savininkams, mokyklos jais naudojami tik nuomos teisėmis. Likę pastatai – tai arba apleisti vienuolynai, arba kiti miestui priklausantys statiniai; 27 pastatai mūriniai, likę – mediniai.

Net 23 mokyklos neturi kiemų, kuriais galėtų naudotis moksleiviai, 18 mokyklų nepakankamai aprūpinamos vandeniu. Išvardytose mokyklose buvo 261 mokymui skirtos salės [toliau klasės], beveik pusėje (123) klasių moksleiviui teko mažiau nei tuo metu minimaliai leistina 3,5 m<sup>3</sup> erdvė, 180 klasių apšvietimas neatitiko normų (langų paviršiaus ir kambario paviršiaus ploto santykio 1:5). Patalpose buvo per didelė anglies dvideginio koncentracija, trūko dienos šviesos [296].

Tais pačiais metais buvo imtasi bent dalies tuo metu įmanomų veiksmų mokyklų higienos būklei pagerinti. Buvo pastatytos spjaudyklės [tuberkulioze sergantiems vaikams], šiukšliadėžės, įrengtos prausyklos. Seni moksleivių ūgiui netinkami suolai buvo pakeisti naujais, atitinkančiais higienos normas. Buvo tiriamos ir moksleivių gyvenimo sąlygos namuose. Jos, deja, buvo dar blogesnės: alkis, tėvų bedarbystė, skurdas ir žema kultūra. Buvo nustatytos svarbiausios tirtų Vilniaus moksleivių sveikatos būklės charakteristikos [296].

Iš turimų duomenų galime spręsti, kad tarp Vilniaus moksleivių dažniausiai pasitaikanti problema buvo dantų ėduonis (26 pav.). Tai reikėtų sieti su labai padidėjusiu cukraus suvartojimu ir asmens higienos stoka, kitais veiksniais. Net 37 % apklaustų berniukų ir 35 % mergaičių turėjo ėduonį. Palyginus su bendrais duomenimis apie Lenkijos moksleivių dantų būklę [27] matomos panašios tendencijos. Miesteliuose ir kaimo vietovėse moksleivių dantų būklė dėl mažo stomatologijos kabinetų skaičiaus [297], burnos higienos stokos buvo bloga – iki 90 % Lenkijos moksleivių turėjo dantų ligų.



26 pav. I–III klasių Vilniaus moksleivių sveikatos sutrikimai ir nusiskundimai 1924 m. [296]

Tačiau daug didesne problema reikėtų laikyti įvairaus pobūdžio regos ir klausos sutrikimus bei tuberkuliozę. Regos ir klausos sutrikimai pasitaikė net 19,05 % apklaustų berniukų ir 25,6 % mergaičių; berniukams trachomos atvejų teko 1,05 %, mergaitėms – 1,3 %. Kaip ir suaugusiųjų populiacijoje, aptikta tuberkuliozės atvejų: 7,8 % berniukų ir 6,16 % mergaičių sirgo plaučių tuberkulioze, 0,18 % berniukų ir 0,4 % mergaičių – kaulų tuberkulioze. Taip pat buvo nustatyta, kad 58,4 % berniukų ir 42,1 % mergaičių buvo padidėję limfmazgiai, ir, anot gydytojo, tai rodė didelę riziką susirgti plaučių tuberkulioze [296].

Apklaustiems vaikams buvo būdingi kaulų vystymosi sutrikimai. Rachitas pasitaikė 4,7 % berniukų ir 3,4 % mergaičių, o stuburo iškrypimai – 8,5 % berniukų ir 9,4 % mergaičių. Apie 0,5 % berniukų ir 0,66 % mergaičių pripažinti invalidais [neįgaliais].

Apibendrinant gautus duomenis galima teigti, kad dauguma išvardytų nusiskundimų galėjo būti nulemti socialinių veiksnių – skurdo, prastos mitybos, higienos stokos. Tai pastebėjo ir S. Brokovskis teigdamas, kad didžioji dauguma vaikų nusiskundimų yra ne tik tėvų skurdo, bet apsilaidimo, tingumo pasekmė. Tiesa, tas pats gydytojas kiek anksčiau savo ataskaitoje teigė, kad didelę moksleivių dalį sudarė ir visiškai našlaičiai [296].

Higienos katedros tyrimai mokyklų higienos srityje apėmė vadovėlių tyrimus, mokyklų aplinkos analizę, higienos mokymo mokyklose metodiką ir socialinių veiksnių įtaką moksleivių sveikatai. Galbūt katedros mokslininkams būtų galima prikišti tai, jog ankstyvuojau laikotarpiu jie netyrė, mūsų manymu, svarbiausių moksleivių sveikatos problemų – tuberkuliozės, regos ydų, kaulų deformacijų ir kt., tačiau manytina, kad SBU MF higienistai tiesiog vengė dubliuoti savo tyrimus su anksčiau minėtais S. Brokovskio darbais, galiausiai ir su pačios katedros inicijuotos mokyklų higienos komisijos veikla.

1924 m. A. Safarevičius apgynė daktaro disertaciją „Mokyklinių vadovėlių tyrimas higienos aspektu“. Tai buvo antras tokio pobūdžio darbas Lenkijoje. 1923 m. pirmąjį tyrimą, skirtą mokyklinių vadovėlių analizei, Krokuvos Jogailaičių universitete atliko V. Gondzikevičius (Gądzikiewicz) [298].

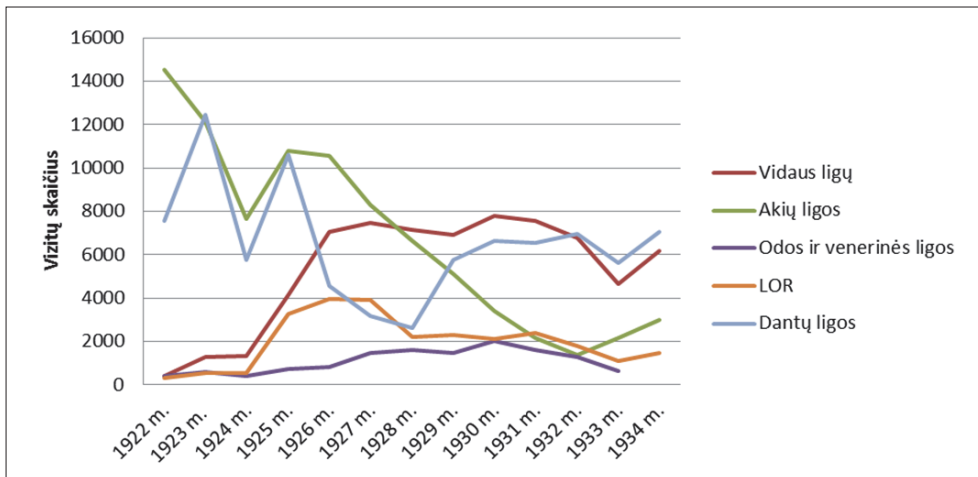
A. Safarevičius siūlė patikslinti 1920 m. numatytas normas vadovėliams, atsižvelgiant į moksleivio kaip jauno žmogaus biologines savybes. Mokykliniai vadovėliai turėtų būti spausdinami didesniu šriftu, su didesniais tarpais tarp raidžių ir žodžių, turi būti tiksliai numatytos išimtytys – kada kokį šriftą galima naudoti. Vadovėliai neturi būti per didelio formato (norma 140×150×220 mm), ne per stori (iki 100–125 psl.) ar pernelyg sunkūs (pradinukams iki 400 g svorio, vyresnių klasių moksleiviams iki 500 g). Visus tirtus Vilniuje išspausdintus vadovėlius A. Safarevičius charakterizavo kaip higieniniu požiūriu netinkamus. Rekomendavo sistemingai tikrinti senus ir naujai leidžiamus mokyklinius vadovėlius higieniniu požiūriu, netinkamais pripažintus vadovėlius tiesiog šalinti iš apyvartos. Tokios kontrolės, esą, turėtų imtis ne mokytojai, bet kvalifikuoti universitetinį išsilavinimą turintys higienistai [299].

Mokyklinių vadovėlių tyrimų tematika buvo plėtojama ir po A. Safarevičiaus mirties. 1937 m. pasirodė higienos katedros asistentės J. Kozlovskos (Kozłowska) straipsnis. Autorė akcentavo mokyklinių vadovėlių svarbą trumparegystės, stuburo iškrypimų prevencijai. Netinkami vadovėliai, esą, tiesiogiai lemia minėtus moksleivių sveikatos sutrikimus. Konstatuota, jog nepaisant Lenkijos higienistų pastangų vis dar pasitaiko daug blogai parengtų vadovėlių, mokyklinių vadovėlių leidyba ir priežiūra nuo pirmųjų vadovėlių tyrimų iki esamo momento nepagerėjo, pavyzdžiui, nors kursyvas vadovėliuose gali būti vartojamas tik išimtiniais atvejais, autorei teko užtikti šeštos klasės vadovėlį, kurio net pusė teksto buvo išspausdinta kursyvu. Vadovėliams naudotas prastos kokybės – per storas, peršviečiamas, nelygus popierius. Netinkamo popieriaus ir formato knygos buvo sunkios, dėl to moksleiviui, nešančiam kelias tokias knygas, buvo sunku net judėti [300].

Praėjus daugiau nei 70 metų mokyklinių vadovėlių higienos normų problema Lietuvoje vėl tapo aktuali [301, 302]. Iš esmės grįžtama prie tų pačių klausimų. Lyginant A. Safarevičiaus pateiktas normas su šiuolaikinėmis galima pastebėti, jog šiuolaikinės normos kai kuriais atžvilgiais (pvz., vadovėlio aukštis, puslapių skaičius, vadovėlio svoris) kiek liberalesnės.

1933 m. SBU MF Higienos katedros mokslininkė J. Bortkevič-Rodzevičova katatermometru tyrė higienos sąlygas Vilniaus pradinėse mokyklose. Tirta patalpų temperatūra, oro judėjimas, drėgnumas. Buvo nustatyta, kad tik maža dalis Vilniaus mokyklų atitiko komforto sąlygas. Mokyklos pripažintos per šaltomis net normaliai moksleivių organizmo veiklai. Taip pat nustatyta, kad patalpos prastai ventiliuojamos, vasarą – per karštos. Tai neigiamai veikė moksleivių darbingumą ir sveikatą vasaros mėnesiais. Dėl tokių sąlygų ir kitų priežasčių daugeliui tirtų moksleivių išsivystė pervargimas, o vėliau mažakraujystė, nervingumas [303].

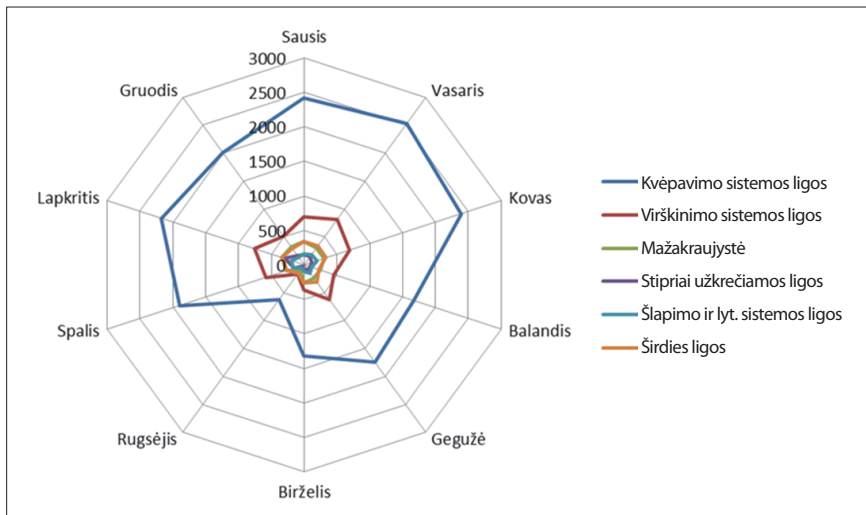
1935 m. paskelbtas J. Bortkevič-Rodzevičovos darbas apie mokyklų ambulatorijas. Mokslininkė analizavo šių įstaigų veiklą, jos rezultatus, kartu svarbiausius Vilniaus miesto moksleivių sveikatos sutrikimus. 1921 metais „Vidurio Lietuvos“ teritorijoje gydytojo M. Mošynskio (Moszyński) įkurta moksleivių ambulatorija tapo svarbia atsipirtimi gerinant Vilniaus miesto moksleivių sveikatos būklę. Gydymas buvo nemokamas, dėl to mokyklų gydytojai nesivaržydami galėjo siųsti gydyti bet kurį vaiką. Kiek įmanoma pigesni vaistai buvo skiriami tą pačią dieną po apžiūros. Ambulatorija dirbdavo nuo pietų iki vakaro – tuo laiku, kai į ją gali ateiti moksleiviai. Tuo atveju, jei ambulatorijos specialistai negalėdavo padėti pacientui, jis buvo siunčiamas į kitas gydymo įstaigas. Ambulatorija atliko ir socialinę, globėjįšką funkciją – moksleiviai, esą, nevengdavo čia lankytis dėl malonaus, nuoširdaus bendravimo, jiems teikiamos psichologinės paramos. Moksleiviai turėjo galimybę vieni be tėvų atvykti į ambulatoriją, jei tėvai tuo metu kartu būti negalėdavo [304].



27 pav. Vilniaus moksleivių apsilankymai miesto mokyklų ambulatorijose pagal priežastis 1922–1934 m. [304]

Ambulatorijoje veikė akių, chirurgijos, vidaus ligų, stomatologijos, vėliau – odos ligų, neurologijos (nervų), otolaringologijos bei balso ir kalbos skyriai. Interpretuojant ambulatorijos veiklos rezultatus pagal apsilankymų skaičių jose darytina keletas prielaidų (27 pav.). Nuo 1922 iki 1934 m. gerokai sumažėjo apsilankymų skaičius dėl akių ligų (1922 m. – 14 tūkst., 1932 m. – 1800) ir dantų ligų (1923 m. – 12 tūkst., 1928 m. – 2500, 1932 m. – 7000). Tai leistų manyti, jog sergamumas šiomis ligomis mažėjo, jos galbūt buvo išgydytos. Kita tendencija – didėjo apsilankymų dėl otolaringologinių ligų, kas sietina su sėkmingesne šių ligų diagnostika – 1924 m. data sutampa su didelės sanitarinės akcijos Vilniaus mokyklose pradžia [296]. Nuo 1924 iki 1928 m. labai padaugėjo apsilankymų dėl LOR ligų, vėliau matomas santykinai ženklaus mažėjimas; tai leidžia manyti, jog didelė dalis pacientų buvo išgydyta.

Nuo 1924 iki 1931 m. matoma apsilankymų dėl odos ir venerinių ligų didėjimo tendencija, sietina su suaugusiųjų sergamumu šiomis ligomis. Galime pastebėti moksleivių sergamumui būdingą sezoniškumą (28 pav.). Bendra tendencija yra visų ligų padažnėjimas šaltuoju sezonu. Mažiausiai susirgimų tekdavo gegužės, birželio ir rugsėjo mėnesiams, o tai sietina su šiltesne oro temperatūra, švelnesniais orais, geresne moksleivių mityba. Daugiausia apsilankymų dėl kvėpavimo sistemos ligų tekdavo šaltajam metų laikui – nuo spalio iki kovo mėnesio. Ta pati tendencija pastebima ir kalbant apie virškinimo sistemos ligas, visgi tikėtina, kad trūkstantį liepos ir rugpjūčio mėnesių duomenys gerokai padidintų bendrą virškinimo sistemos ligų skaičių, nes vasaros metu ypač suaktyvėdavo termiškai neapdorotų maisto produktų vartojimas. Tai patvirtina ir A. Safarevičiaus duomenys [227].



28 pav. Vilniaus moksleivių sveikatos sutrikimų sezoniškumas 1923–1934 m. [304]

Naujų mažakraujystės atvejų nuo rudens iki pavasario buvo nustatoma vidutiniškai 270 kas mėnesį, tik rugsėjo mėnesį jų skaičius labai sumažėdavo; tai leidžia teigti, jog vasarą moksleiviai visais požiūriais sustiprindavo savo sveikatą, deja, vėl ėmę lankyti mokyklą jie nusilpdavo ir sirgdavo. Tai patvirtina ir anksčiau minėtas J. Bortkevič-Rodzėvičovos tyrimas [303].

Moksleivių gyvenimo sąlygos laikotarpio pabaigoje vis dar buvo sunkios, o sveikatos būklė nepatenkinama. 1938 m. duomenimis iš 1503 vaivadijoje veikusių mokyklų 781 (56,6 %) higieniniu požiūriu buvo netinkamos. Vilniaus mieste buvo įrengta 19 vaikų žaidimų (sporto) aikštelių [greta 52 mokyklų]. Vaikų mityba buvo skurdi: daugiausia apsiribojo duona, bulvėmis, kopūstais ir burokais. Dėl to provincijoje buvo didelis skaičius vaikų, turinčių rachitą, kreivas kojas, anemiją, „bendrai nusilpusių“. Vis dar buvo daug trachomos atvejų – kai kuriose apskričių mokyklose (Švenčionių, Pastovių) nuo 20 % iki 50 % vaikų [295].

Moksleivio vystymuisi ir sveikatos būklei tirti svarbus fizinių vystymosi normų klausimas. 1931 m. pasirodė šiam klausimui nagrinėti skirtas V. Jasinskio darbas „Fizinės raidos normų vaikams būtynybė Lenkijoje ir jų nustatymo būdai“. Anot pediatro, sunku įsivaizduoti vaiko sveikatos būklės stebėseną, ligos istoriją be tam tikrų fizinės raidos normų, kuriomis būtų galima remtis ir nustatyti, ar vaiko vystymasis yra taisyklingas, tačiau specifinių normų Lenkijai nėra. Mokslininkas fizinėms vystymosi normoms sukurti siūlė racionaliai pasitelkti jau veikiančias organizacijas: universitetines klinikas, miesto ligonines, akušerines klinikas, vaiko ir motinos pagalbos stotis, sveikatos centrus. Vėliau detalai aptarė konkretų planą, 1931 m. pristatytą IV Lenkijos pediatrų suvažiavime Lvove [305].

Planą turėjo įgyvendinti Lenkijos pediatrių taryba, Lenkijos pediatrių draugija bei kitos pediatrių ir antropologų organizacijos. Svarbus vaidmuo buvo patikėtas universitetų klinikoms, tarp jų ir SBU MF Vaikų ligų klinikai, kuri turėjo vykdyti akciją rytinėse Vilniaus, Naugarduko ir Polesės vaivadijose. Nurodymus turėjo gauti sveikatos centrai, motinos ir vaiko pagalbos stotys. Į miestelius ir kaimus, kuriuose nebuvo minėtų organizacijų, turėjo būti siunčiamos specialios matuotojų brigados, kurias sudarė gydytojai pediatrai, higienistės ir techniniai darbuotojai. Su brigadomis turėjo bendradarbiauti vietos mokytojai, suteikdami pastatus ir kitą reikalingą pagalbą. Akcija turėjo būti finansuojama vietos savivaldos – vaivadijų lėšomis. Gautus duomenis turėjo apdoroti Lenkijos statistikos biuras Varšuvoje [305]. Deja, vaikų fizinių normų nustatymo problema 1936 metais Lenkijoje vis dar buvo neišspręsta [306]. Lietuvoje vaikų fizinės raidos normų klausimas imtas nagrinėti po Antrojo pasaulinio karo, 6-ajame dešimtmetyje [44].

1936 m. SBU MF Anatomijos katedros vyr. asistentas V. Sylvanovičius paskelbė darbą apie svarbiausius tuo metu žinomus vaikų antropometrijos tyrimus. Mokslininkas pabrėžė antropometrijos svarbą pediatrijai. Jis pristatė tuo metu naudojamus antropometrinius prietaisus: antropometrą, didelį linijinį skriestuvą, matavimo juostą, svartkyklę, taip pat techniką vaikų klubų pločiui, liemens ilgiui, rankų, kojų matmenims, plaštakai, pirštams, galvos apimčiai matuoti [307].

Pažangiu reiškiniu laikome Vilniuje veikusios mokyklų ambulatorijos balso ir kalbos skyriaus veiklą. Europoje atskiros balso ir kalbos katedros tuo metu veikė Vienoje (Austrija), Berlyne (Vokietija) ir Prahoje (Čekoslovakijoje), veikė fonologijos institutai [209]. Šiame kontekste kalbos higienos problemos buvo gana naujas reiškinys Lenkijoje, o B. Dylevskio tyrimai – vieni pirmųjų tarpukario Lenkijoje.

1929 metais Vilniuje, Vokietijos pavyzdžiu, specialioje fonologijos laboratorijoje imti kaupti duomenys apie miesto moksleivius ir jų kalbos raidą. Ambulatorijai padėjo specialiai apmokyti mokytojai (higienistai), lančę mokyklas. Vilniuje buvo atidaryta 16 fonologinės ambulatorijos filialų, turėjusių fiksuoti duomenis apie vaikus, turinčius kalbos defektą. Ambulatorijoje buvo gydomi pačius sunkiausius kalbos defektus turintys vaikai, o kiti buvo prižiūrimi mokyklose. Paaiškėjo, kad tarp pradinėjų klasių moksleivių esama daug vaikų su kalbos ir klausos ydomis. Svarbiausias ambulatorijų veiklos tikslas buvo vaikų kalbos raidos sutrikimų prevencija pradinėse klasėse. Buvo nurodyta, jog tokie vaikai gali susidurti su mokymosi sunkumais. Baimintasi, kad prastai girdintys moksleiviai tiesiog negalės mokytis vienodai gerai su bendraamžiais ir tai trikdydys bendrą jų vystymąsi [308].

1930 m. pasirodė SBU MF Otolaringologijos klinikų gydytojo B. Dylevskio straipsnis „Ką gydytojas turi žinoti apie vaiko kalbos raidą“. Mokslininkas teigė, kad gydyto-



jas turi rūpintis ne tik ligų gydymu, bet ir prevencija, tirti visus veiksnius, kurie gali lemti ligą arba padėti jos išvengti, ją susilpninti. Vienas ligą rodančių veiksnių, esą, yra nenormali balso ir kalbos raida. Ji neatsiejama nuo bendros fizinės ir protinės vaiko raidos. Gydytojo nuomone, kalba visiškai susiformuoja tik apie 5–6 gyvenimo metus, todėl tikra kalbos yda laikytinas reiškinys, kai tokio amžiaus vaikas vis dar negali sklandžiai kalbėti, ištarti tam tikrų garsų. Tokiu atveju vaiką jau reikia gydyti [309].

B. Dylevskis teigė, kad padėti vaiko kalbai taisyklingai vystytis galima jau nuo pirmųjų ištartų garsų, išvengiant kalbos ydų. Motina turi stengtis kuo daugiau kalbėti su vaiku, žaisti, tokiu būdu išbudinti ir jo kalbą: „Pora mamos žodžių vaikui skamba kaip ištisas naujų garsų upelis.“ Vėliau vaikas nesąmoningai ir sąmoningai ima mėgdžioti ne tik žodžio garsus, bet ir mimiką, manieras, todėl kalbos raidai labai kenksmingas netinkamas suaugusiųjų pavyzdys. Ankstyvuojant vaiko kalbos formavimosi periodu visi nerišliai kalbantys, be reikalo gestikuliuojantys, mirksintys ar grimasas darantys asmenys neturėtų bendrauti su vaiku. Vėlesniame etape vaiko kalbos suvokimas gerokai lenkia sugebėjimą išreikšti savo mintis žodžiais, todėl reikia padėti jam reikšti mintis kuo paprastesniais sakiniais, padrašinti, skatinti logišką minčių dėliojimą. Jei, nepaisant visų pastangų, vaikas nekalba, galima įtarti ausų ligą, galbūt kvėpavimo takų ligų komplikacijas [309].

Anot B. Dylevskio, kalbos, balso ir klausos surikimai gali būti priskirti profesinės higienos tyrimams, tačiau šie sutrikimai formuojasi vaikystėje, todėl būtina juos tirti ir gydyti dar ankstyvame amžiuje. B. Dylevskio duomenimis, 1931 metais 7013 miesto vaikų turėjo kalbos sutrikimų. Po kelerių metų darbo kiek mažiau nei pusės jų kalbos sutrikimai buvo ištaisyti, tolesniam gydymui liko 4000 vaikų. Likę vaikai buvo išgydyti dar po 2 metų. Vėliau buvo priimtas nutarimas kalbos ydas taisyti jau vos pastebėjus jas pirmoje klasėje. Tuo tikslu mokyklų fonologinės ambulatorijos darbuotojai ir mokytojai specialistai kasmet organizuodavo akcijas, kurių metu buvo tikrinama moksleivių kalba, pagal pirmuosius charakteringus bruožus moksleiviai buvo siunčiami į gydymo įstaigas [308].

1934 metų duomenimis, Vilniuje iš 2505 apklaustų vaikų 1849 vaikai turėjo kalbos ydų. Kalbos ydos pradinėse klasėse buvo būdingos tiek berniukams, tiek mergaitėms. Pradinėse klasėse berniukai ir mergaitės kalbos ydų turėjo vienodai – po 73 %. Tačiau vėlesnėse klasėse šis santykis pasikeitė – santykinai daugiau kalbos ydų teko berniukams, ką reikėtų aiškinti geresniais mergaičių sugebėjimais lavinti savo kalbą ir pačioms „išsigydyti“ kalbos defektus. Pastebėtina ir kita socialinio pobūdžio tendencija – inteligentų šeimų vaikai, kurie turėjo galimybę praktikuotis taisyklingai tarti žodžius, muzikuoti, turėjo muzikinę klausą, dažnai patys ištaisydavo kalbos ydas [308].

Dažniausiai pasitaikiusios kalbos ydos buvo: mikčiojimas, blogas „l“ raidės tarimas, skardžiųjų priebalsių supaprastinimas, kalbėjimas pro nosį ir prastas raidės „r“ tari-

mas. Mikčiojimą autorius siejo pirmiausia su psichologinėmis moksleivių problemomis – baime viešai kalbėti, nepasitikėjimu savo jėgomis. To, esą, būtų galima išvengti, jei mokykloje, per pamokas moksleiviams dažniau būtų suteikiama galimybė skaityti garsiai. Prastą skardžiųjų priebalsių, garsų „sz“, „cz“, „dz“, „dź“, „ż“ tarimą, paplitusį net ir tarp suaugusiųjų, mokslininkas aiškino neišvystytu artikuliacijos aparatu. Ta pati išvada buvo taikoma ir kalbant apie raidės „r“ tarimą. Autorius atkreipė dėmesį ir į galimą kitų kalbų – rusų, baltarusių, jidiš įtaką. Šių tautinių bendrijų vaikai, esą, turėjo daug bendrų kalbos ydų [308]. Visgi keista tai, kad autorius niekaip nesiejo minėtų kalbos „ydų“ su lietuvių kalbos įtaka. Daugelis minėtų garsų lietuvių kalboje pasitaiko retai arba visai nevartojami. Taigi būtų visai logiška nuspėti, jog lietuvių vaikai vargiai galėjo mokėti taisyklingai tarti šiuos garsus.

Išvadose B. Dylevskis konstatavo, jog minėtų ydų gausumą Vilniuje lemia menkas dėmesys balso ir kalbos higienai. Kalbos ugdymo procese vaikai paliekami vieni, be tinkamos tėvų, mokytojų pagalbos. Pastarieji dažnai patys neturi elementarių žinių, kaip rūpintis balso ir kalbos higiena, nežino, kaip tiksliai ištarti reikiamus garsus. Todėl, esą, formuojasi savitas rytų Lenkijos akcentas. Kalbos ydas galėjo lemti ir didelis sergamumas kvėpavimo takų ligomis ikimokykliniame amžiuje (iki 5 metų), kai kalba be pastangų vystosi savaime. Mokslininkas teigė, jog menkas pediatrų dėmesys balso ir kalbos ligoms sukuria balso ir kalbos raidos problemą visuomenėje. Todėl pediatrų atliekama vaiko apžiūra, esą, nebus išsami, jei nebus atkreipiamas dėmesys į vaiko kalbos raidą. Kalba atspindi ir bendrą vaiko fizinę-psichinę raidą. Būtina kuo anksčiau pastebėti kalbos defektus ir siųsti vaiką tirti specialistams. Kalbos raidos defektų mažinimas priklauso ir nuo mokytojų bei tėvų pastangų [308].

1932 m. B. Dylevskis apgynė habilituoto daktaro disertaciją apie gerklų refleksus [310]. Mokslininkas buvo vienas iš foniatrijos pradininkų Lenkijoje. Dauguma jo darbų buvo skirti balso ir kalbos tyrimams. 1935 m. išvyko į Liubliną, ėmė dirbti vietinėje Vaikų ligų klinikoje. Prisidėjo kuriant atskirą Otolaringologijos padalinį. Tuo metu tai buvo ne tik pirmasis toks padalinys Liubline, bet ir visoje Lenkijoje. 1944 m. buvo sukurta atskira Otolaringologijos klinika. Jai vadovavo taip pat vilniečio J. Šmurlos mokinyz Juzefas Švitekas (Świtek). 1949 m. B. Dylevskis kaip profesorius perėmė vadovavimą klinikai, sėkmingai ėjo šias pareigas iki 1965 metų [311].

Be kitų moksleivių higienos problemų, reikia aptarti ir alkoholizmą. Alkoholizmo problema tarpukario Lenkijoje buvo nulemta keleto tarpusavyje susijusių veiksnių. XVIII a. didikų girtuoklystė ir valstiečių girdymas niekuo nesiskyrė nuo kitų Europos šalių. Jau XIX a. pradžioje ėmė steigtis pirmosios blaivininkų draugijos. 1818 m. Vilniuje buvo išspausdintas gydytojo J. Šimkevičiaus (Szymkiewicz, 1775–1818) „Darbas apie girtuoklystę“. Tai buvo pirmasis veikalas, skirtas alkoholizmo problemai, parašytas

buvusios Abiejų Tautų Respublikos (ATR) teritorijoje. Rusijai atitekusioje ATR dalyje alkoholizmo problema ilgainiui tapo opiausia, čia blaivybės judėjimas buvo visiškai numarintas po 1863 m. sukilimo valdžiai uždraudus bet kokias draugijas [24].

1907 m. Varšuvoje buvo surengta pirmoji konferencija alkoholizmo problemai Lenkijoje aptarti. Visuomenės veikėjai ir gydytojai ėmėsi ieškoti naujų kovos su alkoholizmu strategijų. 1920 m. parengtas pirmasis įstatymas „Apie alkoholio pardavimo ir vartojimo ribojimus“, patobulintas jis paskelbtas 1922 metais [24]. Įstatymas apėmė alkoholinių gėrimų, turinčių ne mažiau kaip 2,5 % alkoholio, vartojimo apribojimus. Buvo uždrausta buitiniam vartojimui parduoti gėrimus, turinčius daugiau nei 45 % alkoholio. Taip pat uždrausta parduoti alkoholį asmenims, jaunesniems nei 21 metų, savaitgaliais, švenčių dienomis ir kitomis dienomis, atsižvelgiant į atskiras aplinkybes. Numatyta galimybė bendru gyventojų sutarimu, referendumo būdu surinkus ne mažiau 1/2 apskrities gyventojų balsų, iš viso uždrausti prekybą alkoholiu tam tikrose teritorijose. Viešoje vietoje pastebėtiems neblaiviems asmenims numatytos piniginės baudos [312]. Čia galime išvelgti JAV taikyto vadinamojo sauso įstatymo įtaką. Buvo akcentuojama socialinė alkoholizmo žala.

1931–1934 m. anksčiau minėti apribojimai gerokai sušvelninti. Alkoholinais gėrimais pripažinti gėrimai, turintys ne mažiau kaip 4,5 % alkoholio. Taip pat buvo sušvelnintas sprendimas parduoti alkoholį savaitgaliais, švenčių dienomis, panaikintas straipsnis, numatantis galimybę neparduoti alkoholio tam tikrose teritorijose. Tokiam sprendimui įtakos turėjo ekonominiai motyvai. Valstybės mastu problema iš esmės negalėjo būti efektyviai sprendžiama. Iš vienos pusės, tarsi buvo siekiama apriboti prekybą alkoholiu, iš kitos – valstybei turint alkoholio monopolį, buvo siekiama išlaikyti didelius alkoholio pardavimo mastus. Jau greitai buvo matomos akivaizdžios liberalių įstatymų pasekmės. 1931 m. alkoholio buvo visiškai neparduodama 270 seniūnijų, 1932 m. – jau tik 24, 1933 – 14. Nuo 1932 m. iki 1938 m. suvartoto alkoholio kiekis, tenkantis vienam gyventojui, išaugo beveik dvigubai – nuo 0,7 iki 1,3 litro [24].

Blaivybės draugijos tęsė kovą, toliau buvo rengiamos konferencijos, įstatymai, skirti kovai su alkoholiu. Daug dėmesio buvo kreipiama į jaunimo švietimą, blaivybės propagandą, buvo steigiamos ambulatorijos alkoholikams gydyti. 1909 m. pirmoji tokia ambulatorija įkurta Poznanėje, 1927 m. – Varšuvoje, iki 1935 m. Lenkijoje veikė jau 13 tokių ambulatorijų. Tarp aktyvistų buvo ir Stepono Batoro universiteto gydytojų. 1928 m. R. Radvilovičius inicijavo vieną iš konferencijų kovai su alkoholizmu [24]. Blaivybės draugijai „Mens“ priklausė Neurologijos klinikų direktorius S. Vladyčka [188], jis buvo šios draugijos prezidentas [192].

1925 m. „Higienos archyve“ buvo paskelbtas vyriausiojo Vilniaus mokyklų gydytojo S. Brokovskio tyrimas „Alkoholizmas tarp Vilniaus pradinėjų mokyklų moksleivių“.

Vilniaus mokyklų mokytojams buvo išdalintos, o vėliau surinktos 309 anketos apie pradinį klasių moksleivius. Apdorojus anketas buvo gauti duomenys apie 9949 Vilniaus pradinį klasių moksleivius (9 lentelė). Nustatyta, kad net 63,7 % moksleivių vienokiu ar kitokiu mastu vartoja alkoholį, dažniausiai – degtinę. Tik 13,7 % pradinukų niekada nėra ragavę alkoholio, 36,2 % moksleivių teigė nevirtojantys alkoholio nuolat, bet jo jau yra ragavę [313].

9 lentelė. Alkoholio vartojimas tarp Vilniaus moksleivių (1925)<sup>44</sup>

Yra ragavę alkoholio	Buvo apsvaigę nuo alkoholio	Išgeria alkoholio kasdien	Išgeria kartą per savaitę	Išgeria kartais	Patys nusiperka degtinės	Gauna degtinės iš tėvų	Trūksta duomenų
8 578	2 338	239	919	5 187	140	5 643	1 661
82,5 %	23,5 %	2,4 %	9,2 %	52,1 %	2,2 %	52,1 %	16,6 %

Aplinkybės, kuriomis moksleiviai gaudavo alkoholio, buvo įvairios. Daugiau nei pusė respondentų teigė, kad alkoholio ragaudavo didžiųjų, šeimos švenčių metu. Tarp reguliariai vartojančių alkoholį daug vaikų buvo iš proletariato, tačiau, anot S. Brokovskio, paradoksalu, dar daugiau iš inteligentų šeimų. Net 2,2 %, t. y. 218, apklaustų moksleivių vartojo naminę degtinę. Jie pateko ir į nuolat išgeriančių – alkoholikų kategoriją (2,4 %). Tokiems vaikams alkoholis, esą, jau buvo kasdiene būtinybe, kuriai nuolat reikėjo prasimanyti pinigų, jų „amatu“ dažnai tapdavo vagystės, vogtų daiktų perpardavimas ir kt. Panašios tendencijos pastebėtos ir kituose Lenkijos miestuose – Varšuvoje, Lodzėje. Tik šiuose miestuose vaikų alkoholikų procentas buvo dar didesnis. Analizuojant statistinius duomenis, pastebėta ir dar viena tendencija – kuo jaunesnei amžiaus grupei vaikas priklauso, tuo dažniau, reguliariau jis vartoja alkoholį [313].

Vaikų alkoholizmas įvardytas ne tik kaip sveikatos, bet ir kaip dorovės, visuomenės problema. Apibendrinamas duomenis autorius iškėlė svarbiausias šio reiškimo priežastis. Alkoholizmas dažnai buvo giminės „tradicija“. Alkoholikų tėvų pavyzdžiu pasekė ir vaikai. Maža to, tėvai to, jog vaikas išgeria, nelaikė problema, nes patys kadaise buvo taip pat auklėjami. Pokario kartos alkoholizmas paaiškintinas ir tuo, jog daugelis žmonių labai nuskurdo, nuolat patyrė stresą priversti rūpintis nesaugiu rytojumi. Tačiau blogiausia tai, jog tokia situacija nesibodėjo pasinaudoti prekybininkai – jie pasirūpino, kad alkoholio reklama užpildytų viešąją spaudą, o degtinės žmonės nepritrūktų net ir tolimiausiuose šalies pakraščiuose: „Iš didelių alkoholio pardavimų pasipelno ir valstybė, todėl alkoholio reklamai, kaip retai kitai prekei, tenka ypač daug vietos“ [313].

<sup>44</sup> Pirminiai duomenys: Brokowski S. Alkoholizm wśród dziatwy szkół powszechnych w Wilnie. Archiwum higieny. (Wilno) 1925; 1(2): 149–163.

Vietoj darbo rekomendacijų autorius pateikė 1925 m. Vilniuje vykusios lenkų gydytojų konferencijos rezoliuciją. Rezoliucijoje siūlyta nuo menkai veiksmingo alkoholikų persekiojimo pereiti prie bendro kultūros lygio kėlimo – didinti alkoholio pardavimo kainą, o pajamas, surenkamas iš prekybos alkoholiu ir baudų alkoholikams, skirti kovai su alkoholizmu. Taip pat rekomenduota statyti naujus stadionus, sporto parkus, viešas valgyklas. Tokiu būdu kurti naują kultūrą – be alkoholio [313].

S. Brokovskio darbas neapsiribojo vien tik rekomendacijomis. Artėjant 1925 metų vasaros atostogoms mokyklų gydytojai, vadovaujami S. Brokovskio, kreipėsi į Vilniaus mokyklų viršininko instituciją su savo pasiūlymais, kaip kovoti su alkoholizmu ir bendru moksleivių moraliniu nuosmikiu. Pagal šį planą mokytojų ir tėvų tarybos deleguoti asmenys turėjo prižiūrėti, kad kavinėse ir restoranuose moksleiviams nebūtų parduodamas alkoholis. Kavinės ar restorano savininkas, toleruojantis moksleivių girdymą, turėjo būti paviešintas, jam taikomos didelės piniginės baudos. Kontroliuoti šio plano įgyvendinimą turėjo būti sudaryta visuomeninė tėvų, mokytojų, gydytojų ir universiteto profesorių taryba [314]. Deja, duomenų apie minėtos strategijos taikymą praktikoje neturime.

Alkoholizmo kaip kompleksinės socialinio-medicininio pobūdžio problemos specifika akcentavo ir otolaringologas J. Šmurla. 1931 m. jis paskelbė straipsnį, kuriame nagrinėjo alkoholizmo ir tuberkuliozės tarpusavio ryšius. Mokslininkas teigė, kad alkoholizmo žala visuomenei neabejotina. Alkoholis naikina ir asmenį, ir šeimą, galiausiai – visuomenę. Alkoholis, ypač stiprusis, neigiamai veikia visą organizmą, mažina atsparumą ligoms. Komentuodamas ankstesnius tyrimus, akcentavo, jog apie 15–30 % tuberkulioze sergančių pacientų pasitaikiusių jo kaip gydytojo praktikoje buvo išgeriantys asmenys arba alkoholikai. Ta pati tendencija, esą, matoma ir iš literatūroje pateiktųjų duomenų. Mokslininkas nesiryžo tiesiogiai sieti alkoholizmo su tuberkulioze, visgi teigė, kad tarp Vilniaus ir kitų Lenkijos miestų moksleivių alkoholizmas buvo gana paplitęs. Tai, esą, jau galima suvokti kaip dar vienos socialinės nelaimės – tuberkuliozės riziką, todėl ateityje būtina atlikti daugiau tyrimų siekiant nustatyti galimą alkoholizmo ir tuberkuliozės ryšį [315]. Alkoholizmas ir rūkymas kaip tuberkuliozės rizikos veiksnys buvo akcentuojamas ir visuomenei skirtuose informaciniuose biuleteniuose: „Negerk degtinės ir nerūkyk – tai griaua sveikatą“ [316]. (24 priedas).

**Apibendrinant** galima teigti, kad moksleivių sveikatos problemos Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų darbuose sulaukė daug dėmesio. Svarbiausios moksleivių sveikatos problemos buvo susijusios su skurdu, menku gyventojų išsilavinimu ir higienos kultūros stoka. Būta ir išimčių: teigiama, kad tarp inteligentijos buvo paplitęs alkoholizmas. Kovojant su alkoholizmu siūlyta imtis griežtų priemonių – didinti alkoholio pardavimo kainą, bausti vaikų girdytojus. Drauge siūlyta kelti bendrą

visuomenės sąmoningumo lygį, spręsti moksleivių užimtumo problemas. Moksleivių sergamumas kvėpavimo takų, ausų, dantų ligomis ir trachoma nuo 1928 m. Vilniaus mieste ėmė ženkliai mažėti. Daugiau nei penkis kartus sumažėjo apsilankymų dėl trachomos ir maždaug perpus – dėl dantų ligų. Šiuos rezultatus galime sieti su organizuotomis gydytojų pastangomis. Mokyklinių vadovėlių, vaikų kalbos ir balso higienos tyrimai, plėtoti Vilniuje, buvo nauji visos Lenkijos kontekste.

#### 4.3.7. Socialinė higiena ir eugenika

Šiame skyrelyje trumpai aptarsime vieną iš prieštaringiausių socialinei higienai priskirtinų aspektų – eugeniką. Nors eugenikų ir higienistų tikslai sunkiai gali būti lyginami tarpusavyje pagal veikimo būdą, būtina pažymėti, kad pagal veiklos motyvą abi šios interesų grupės buvo panašios netgi bendradarbiavo tarpusavyje. Eugenikos idėjas iš medicininių paskatų (tariamų ar realių, to patikrinti negalime) tuo metu svarstė ir medikų bendruomenė.

Vienas geriausių pavyzdžių šiai problemai paaiškinti yra vaikų darbo problema XX a. pradžioje Anglijoje. Kaip ir visoje Europoje, vaikų darbas Anglijoje vis dar buvo dažnas reiškinys, tačiau po K. Pirsono (Pearson) reformų jis pagaliau buvo uždraustas. Iš vienos pusės, tarsi būtų galima manyti, jog motyvai šiam poelgiui buvo humanistiniai. Tačiau būta ir pragmatinių paskatų. Tuo metu prastuomenėje buvo įprasta gimdyti kuo daugiau vaikų, vėliau juos įdarbinti gamyklose, tokiu būdu vėliau gauti ekonominę grąžą už jų auginimą. Visgi tokios daugiavaikės šeimos dažniausiai būdavo asocialios ir reikalaujavo valstybės paramos. Siekiant išvengti tolesnio proletariato skaičiaus augimo, nutarta panaikinti vaikų darbą kaip esminę priežastį, skatinusią neturtingus visuomenės sluoksnius gimdyti daugiau vaikų [13].

Be anksčiau minėto argumento, šiame darbe eugeniką kaip socialinės higienos instrumentą priskiriame visuomenės sveikatos sričiai, remdamiesi K. Karafos-Korbuto „Higienos apybraiža“ [3]. Vartosime dvi sąvokas: negatyvioji ir pozityvioji eugenika. Tokie terminai gana sąlygiški, atsižvelgiant į tam tikrame kontekste siūlomų eugeninių priemonių poveikį individui ir visuomenės sveikatai. Atsižvelgsime ir į etinius aspektus. Negatyviaja eugenika, arba antieugenika, vadinsime neetiškus veiksmus, kenkiančius individo interesui, kai kuriais atvejais ir visuomenei. Pozityviaja eugenika vadinsime pronatalistinės politikos elementus, tokius kaip visuomenės sveikatingumo skatinimas, šeimos instituto stiprinimas, žalingų įpročių įveikos strategijos ir kt.

Tarpukariu Europoje ir kone visame pasaulyje suklestėjo nauji psichikos higienos ir eugenikos mokslai [21]. Modernusis psichiatrijos mokslas XX a. pradžioje išgyveno formavimosi stadiją. 1925 m. Prancūzijoje E. Tulūzas (Toulouse) įsteigė pirmąją

atviro tipo psichiatrijos ambulatoriją [20]. Nors psichikos ligoniai jau nebebuvo laikomi nusikaltėliais, jų gydymas vis dar buvo komplikuotas, dažnai net eksperimentinis. 3–4 dešimtmečiais psichiatrija tapo vis labiau veikiamą socialinių ekonominių veiksnių. Lenkijoje ir Vilniaus krašte psichikos sveikata, psichikos ligos buvo priskiriamos socialinių ligų kategorijai.

Dėl besikeičiančių socialinių ekonominių sąlygų Lenkijoje XX a. pradžioje susirūpinta psichinėmis ligomis kaip visuomenės sveikatos problema. Ieškodami darbo gamyklose į didžiuosius miestus ėmė plūsti provincijos gyventojai. Naujų miestiečių – darbininkų – darbo ir gyvenimo sąlygos buvo itin sunkios, o darbininkų sveikatos apsaugos našta užgulė miestus. Todėl valstybinės sveikatos politikos prioritetu pasirinkta spręsti psichikos higienos problemą miestuose, o tik vėliau kaimuose. Tuo metu svarbiausia psichikos higienos užduotis buvo apsaugoti vaikus ir jaunimą nuo biologinių ir socialinių veiksnių, galinčių lemti psichikos sveikatos sutrikimus. Svarbus vaidmuo sprendžiant psichikos higienos klausimus teko Lenkijos eugenikos draugijai [19].

Lenkijai atgavus nepriklausomybę iki tol tik patariamąjį balsą turėjusi visuomeninė Lenkijos socialinės medicinos draugija (vėliau Eugenikos draugija) patyrė metamorfozę – valstybės institucijoms padedant socialinė inžinerija tapo įmanoma. 1918 m. buvo sukurtos Visuomenės sveikatos ministerijos architektais tapo eugenikos idėjos pradininkai V. Chodźka (Chodźko), T. Janiševskis ir L. Vernikas (Wernik). Be kitų anksčiau minėtų šios ministerijos prioritetų, buvo siekis optimizuoti valstybės išlaidas, skiriamas atskiram individui gydyti: „Svarbiausia administracijos užduotis – saugoti žmogišką kapitalą. Tai galima pasiekti tik tada, kai kiekvienas žmogus sukuria daugiau, nei kainavo jo ugdymas, kai žmogaus galios bus tinkamai išnaudotos, tinkamai saugomos ir globojamos, o jų sunaudojimas bus tinkamai amortizuojamas“ [19].

T. Janiševskio racionalumui ribų nebuvo – ketvirtojo dešimtmečio pradžioje žurnale „Karo gydytojas“ buvo išdėstytas jo planas, kaip reformuoti karo tarnybą. Jo nuomone, esama sistema yra žalinga, nes į karo tarnybą imami sveiki jauni vyrai, kurie kare dažniausiai žūsta, dėl to valstybė netenka daug darbo jėgos. Taigi daug racionaliau į karo tarnybą būtų imti daugiau „invalidų, senių ir sunkiai sergančių“, juos rikiuoti pirmose eilėse [20].

Iki 1924 m. Visuomenės sveikatos ministerijoje veikė specialus skyrius, kurio užduotis buvo organizuoti prevencines akcijas kovojant su psichikos ligomis. Skyrius buvo panaikintas kartu su ministerija, tačiau 1933 m. jis vėl buvo atkurtas Socialinės apsaugos ministerijoje. Tais pačiais metais suorganizuota Lenkijos psichinės higienos lyga, kurios tikslas buvo tirti psichikos sveikatos problemas ir kovoti su jomis propagandinėmis akcijomis. 1935 m. Varšuvoje buvo atidarytas Psichinės higienos institutas, kaip naujas Valstybinio higienos instituto padalinys. Psichinės higienos instituto inici-



atyva per keletą metų buvo įkurtos šešios specialios poliklinikos vaikams, jaunimui ir suaugusiesiems. Institutas taip pat rūpinosi psichinės higienos idėjų diegimu mokyklų gydytojams, psichologams ir kitiems asmenims, dirbantiems su vaikais [88].

Psichikos sveikatos problemoms spręsti buvo įkurtas ir Valstybinis socialinės pedagogikos institutas, kuriame buvo rengiami mokytojai specialioms mokykloms, kuriose buvo mokomi ir gydomi „psichiškai ir morališkai apleisti vaikai“. Didžiuosiuose Lenkijos miestuose Varšuvoje, Krokuvoje, Lvoje, Lodzėje ir Vilniuje prie savivaldybių buvo steigiamos universitetinės klinikos, poliklinikos, kurios užsiėmė gydomąja ir auklėjamąja veikla, kuria siekta gerinti „nervingų, neuropatiškų, psychopatiškų, psichiškai sutrikusių ir morališkai apleistų“ vaikų padėtį [88].

1931 m. Varšuvoje buvo įkurta liūdnei pagarsėjusi Sąmoningos motinystės klinika. Klinikos tikslas buvo vadinamoji sąmoninga motinystė, t. y. moteris savo iščiose, esą, turi nešioti naują gyvybę suprasdama savo biologinį pašaukimą; motinystė moteriai turi būti laimė, kurios ji nori, bet ne jos našta, vargas ir prakeikimas; tėvai turi reguliuoti savo palikuonių skaičių moters sveikatai nepavojingomis priemonėmis, todėl visuotinis sąmoningumas ir prevencija turėtų būti svarbiausia priemonė. Deja, varšuvietės moterys šios institucijos veiklą suprato daug paprasčiau. 1932–1933 metais klinikoje apsilankė 6621 moterys, kiekviena jų atliko mažiausiai po vieną abortą, buvo ir tokių, kurioms atlikta penki ar net dvylika abortų. Po keleto metų panaši klinika atidaryta ir Krokuvoje. Daugiau nei pusė klinikos pacienčių čia atvykdavo atlikti abortus ir tik 6 % moterų kreipėsi dėl nevaisingumo [20].

Stebėdami šį ir kitus reiškinius sumanesni mokslininkai įžvelgė, kad, nepaisant eugenikos šalininkų tikslų, tokia jų atliekama veikla visuomenės atžvilgiu buvo ne eugenika, bet antieugenika, nes į minėtas klinikas dažniausiai atvykdavo pasiturinčios vidurinėsios klasės moterys; o „žemesnis visuomenės sluoksniu – idiotai ir alkoholikai – nematė jokio reikalo saugotis nėštumo ir nuolat gimdė“ [20].

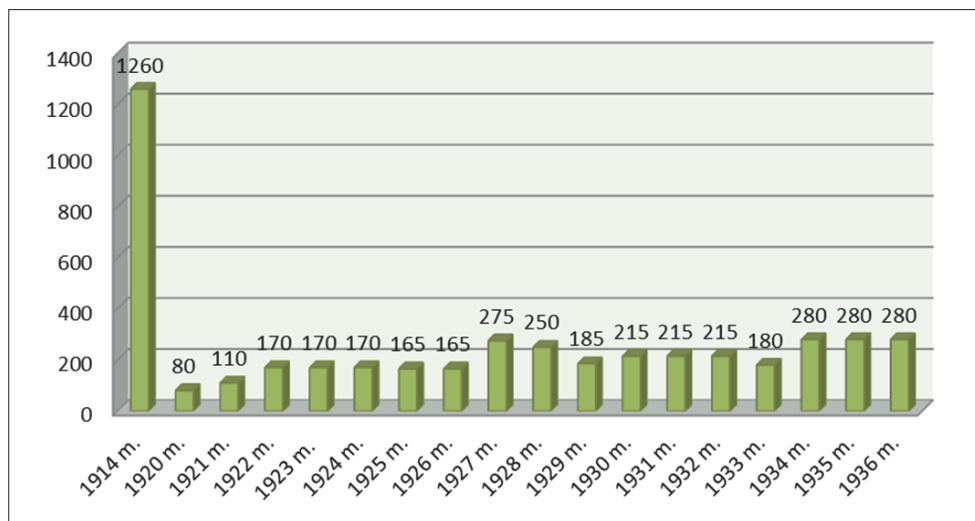
Kaip jau buvo minėta, eugenikos idėjos to meto Europoje buvo siejamos pirmiausia su psichikos ligomis, todėl svarbu ištirti galimas eugenikos idėjų apraiškas Vilniaus krašte. Čia psichikos ligonių situacija buvo sunki. Nuo pat Stepono Batoro universiteto įkūrimo psichikos ligonių buvo užregistruojama vis daugiau, gyventojų skaičius Vilniaus vaivadijoje tik didėjo, o vietų tokiems ligoniams gydyti, nepaisant vis naujai atidaromų skyrių, miesto ligoninėse nepakako. Tik 1927 m. buvo atidaryta atskira Valstybinė ligoninė psichikos ligoniams. [317].

Psichikos ligonio slauga namie buvo neefektyvi, todėl gydytojai vykdavo į kaimus ieškoti [bent jau formaliai] psichiškai sergančių asmenų. Deja, apskrities gydytojai ne visada buvo pajėgūs rasti naujų ligonių, nes gyventojai slėpdavo turį psichikos ligonį. Neretai ir patys gydytojai nenorėdavo rasti naujų ligonių dėl daugelio paskesnių admi-

nistracinių rūpesčių, kurie juo užguldavo radus tokį ligonį. Radę ligonį gydytojai nurodydavo šeimai jį hospitalizuoti ir skirti finansinę paramą šeimos ir kaimo bendruomenės lėšomis. Šeimos nariai, vengdami atsakomybės mokėti už ligonio išlaikymą, kai kada tiesiog atveždavo jį į Vilnių ir palikdavo turgaus aikštėje, kur nelaimėlių rasdavo miesto gydytojai [317].

Lovų skaičius psichikos ligoniams Vilniaus vaivadijoje smarkiai svyravo. XX a. pradžioje, dar carinės Rusijos laikais, pastatyta Naujosios Vilnios psichiatrijos ligoninė galėjo gydyti 1100 psichikos ligomis sergančių pacientų. Iki 1914 m. Vilniuje buvo 1260 lovų, skirtų penkių rytinių gubernijų (turinčių apie 5 mln. gyventojų, tarp jų ir Vilniaus) psichikos ligoniams. Kilus karui ligoninė buvo uždaryta ir paversta barakais [92].

Po Pirmojo pasaulinio karo Vilniaus miesto ligoninėse imti kurti nauji skyriai psichikos ligoniams gydyti, tačiau net geriausiais laikais psichikos ligoniams skirtų lovų skaičius siekė vos 280 (29 pav.) Situaciją iš dalies sušvelnino „šeimų globos“ kolonijos, jose 1936 m. buvo prižiūrima 530 ligonių. Humaniškiausia įstaiga psichikos ligoniams buvo Kairėnų kolonija (80 lovų). Čia buvo ketinta atidaryti naują skyrių su 800 lovų, de ja, projektas nebuvo įgyvendintas. Pagal to meto normas trūko dar kone devynis kartus daugiau – 2000 lovų, viena lova būtų tekusi 1000 gyventojų (2300 lovų 6 milijonams gyventojų). Taigi, lyginant su carinės Rusijos laikais, kai veikė Naujosios Vilnios ligoninė, psichikos ligoniams skirtų vietų katastrofiškai sumažėjo [317].



29 pav. Psichikos ligoniams skirtų lovų skaičius Vilniuje 1914–1936 m. [317]

XIX a. pabaigoje Vilniaus-Trakų apskrityje susiformavo vadinamoji šeimų globos praktika, su pertraukomis gyvavusi iki pat Antrojo pasaulinio karo. Žydų bendruomenėje Degsnių kaime buvo įkurta kolonija psichikos ligoniams globoti. Juos čia atsiųsdavo jų artimieji, dažniausiai žydų tautybės, ne tik iš gretimų vaivadijų, bet ir iš įvairių kitų Lenkijos kampelių. Tiesa, medicininės globos ir gydymo čia buvo palyginti nedaug – kolonijos tikslas buvo įdarbinti psichiškai nesveikus žmones žemės ūkio darbams. Kiekviena kaimo šeima globodavo tam tikrą skaičių psichikos ligonių, kurie dirbdavo šeiminių ūkiuose. Degsnių kolonijoje iš viso dirbo apie 200 psichikos ligonių. Ilgainiui Degsnių pavyzdžiu pasekė ir gretimi kaimai: Lieponys, Rūdiškės, Paluknys ir kt. [318].

Psichikos ligonių globos darbo kolonijose praktika buvo originalus sprendimas visos Europos kontekste. Be Vilniaus krašto, tai buvo sėkmingai įgyvendinta tik Belgijoje. Panašūs projektai apie 4-ojo dešimtmečio pradžią pradėti Latvijoje. Čia psichiatrijos situacija buvo nepalyginti geresnė nei Lenkijoje ar Lietuvoje. Nepaisant to, psichikos ligoniams skirtų vietų trūko. Buvo nuspręsta lengvesnių psichikos sutrikimų turinčius ligonius atiduoti globoti jų šeimų nariams arba kitoms šeimoms. Ligoniai galėjo būti įdarbinami nesudėtingiems ūkio darbams. Tokiu būdu nuo valstybės būtų nukraunama finansinė jų išlaikymo našta, be to, lengvus sutrikimus turintys ligoniai tiesiog atlaisvintų vietas sunkesnėmis formomis sergantiems ligoniams. Deja, tokių kolonijų kūrimas Latvijoje užtruko, vėliau šią veiklą sutrukdė Antrasis pasaulinis karas [319].

Visgi įgyvendinant šeimų globos praktiką Vilniuje būta ir sunkumų. 1929 m. atlikus pirmuosius sanitarinius patikrinimus kolonijoje, paaiškėjo, kad higieniniu požiūriu kolonija buvo labai apleista: netvarkingi šuliniai, purvas ir ventiliacijos stoka pastatuose ligoniams skirtose lūšnelėse „katuchose“ [žodis, skirtas apibūdinti įvairios paskirties prastos būklės statiniams, – aut. past.]. Ligonių darbas dar buvo ir gerai apmokamas. Deja, ilgainiui tarp samdinių atsirado konkurencija, o šeimnininkai, priglaukę ligonius, ėmė piktnaudžiauti savo padėtimi, siekdami didesnio pelno įdarbindavo vis daugiau ligonių, kuriais nebepajėgė tinkamai pasirūpinti. Vienas šeimnininkas neretai įdarbindavo iki dvylikos ligonių. Nepaklusnūs ligoniai buvo rišami tramdomaisiais marškiniais, izoliuojami atskiruose kambariuose [318]. Nekontroliuojamos tokio tipo ligoninės ne visada buvo gera išeitis dėl pačių ligonių ir jų prižiūrėtojų saugumo: vieno nelaimingo atsitikimo metu oligofrenija sergantis pacientas kastuvu sunkiai sužalojo kitus ligonius ir prižiūrėtoją [317].

Tokia situacija negalėjo ilgai trukti – į kolonijos veiklą įsikišo Vilniaus vaivadijos Sveikatos skyrius ir SBU MF psichiatras A. Viršubskis. Buvo išleisti privalomi reikalavimai kolonijai: vienas šeimnininkas galėjo globoti ne daugiau kaip aštuonis psichikos ligonius; kolonijoje turėjo nuolat dirbti gydytojas psichiatras ir slaugė; kolonijos veikla

vykdoma remiantis reglamentais, kuriuos tvirtino vaivadijos sveikatos skyrius; turėjo būti išrinkta kolonijos vadovybė; kolonijoje reikėjo pildyti specialų žurnalą, įrodantį, jog laikomasi higienos reikalavimų; vyrai ir moterys kolonijoje turėjo būti atskirti [318]. Šeimų globos praktika ir A. Viršubskio reformos ilgainiui davė neblogų rezultatų. Ši alternatyva buvo gera atspirtis kaimo vietovėse, kur beveik nebuvo valstybinių ligoninių, dalis ligonių kolonijose pasveikdavo [320].

1922 m. pirmuoju Stepono Batoro universiteto psichiatrijos katedros vedėju tapo prof. A. Mikulskis. 1923 m. pagal naują modelį Vilniuje buvo sukurtos dvi atskiros Neurologijos ir Psichiatrijos klinikos. Tokiu būdu siekta daugiau dėmesio skirti socialiniams veiksniams, veikiantiems žmogaus psichiką, jos raidą [321]. [Deja, praktikoje tai menkai gelbėjo.] Po profesoriaus mirties vadovavimą perėmė R. Radvilovičius. 1929 m. Psichiatrijos ir Neurologijos katedros [klinikos] buvo sujungtos, joms ėmė vadovauti S. Vladyčka, vėliau M. Rozė [51].

Remiantis analogijos su kitomis Europos šalimis principu, atsižvelgiant į problemišką Vilniaus krašto kontekstą, t. y. didelį nehospitalizuotų psichikos ligonių skaičių, būtų galima tikėtis eugenikos idėjų populiarumo ir Vilniaus gydytojų darbuose. Tačiau Vilniaus Stepono Batoro universitete šis principas nepasiteisino. A. Mikulskio, R. Radvilovičiaus, S. Vladyčkos, A. Falkovskio ir M. Rozės darbuose eugenikos idėjos nesulaukė didesnio dėmesio [26], netgi buvo kritikuojamos.

1929 m. SBU MF Neurologijos klinikos gydytojas Adolfas Falkovskis (Falkowski, 1886–1965) straipsnyje pasmerkė bet kokią prievartą prieš psichiškai sergantį žmogų. Mokslininkas savo darbe priminė humaniškus Filipo Pinelio (Pinel, 1745–1826), Džono Konolio (Conolly, 1794–1866) ir kitų suformuluotus gydymo principus, kaip moderniosios psichiatrijos pamatus. Gydytojo nuomone, pacientas pirmiausia yra žmogus, asmenybė, kuria reikia sąžiningai rūpintis, nes jis, nors ir sirgdamas, jaučia ir supranta. Ligonis turi šeimą, reikia sudaryti jam sąlygas bent pagerėjimų metu matyti savo šeimos narius, taip bent iš dalies palengvinti jo dalią. Anot A. Falkovskio, psichikos liga sergančio ligonio gydymas negali būti keičiamas vaikantis naujų socialinių aplinkybių padiktuotų madų [322]. Čia galime išvelgti aliuziją į Europoje ir Lenkijoje sklindančią eugenikos idėją.

Ne daugiau dėmesio eugenikos idėjai galime rasti ir M. Rozės darbuose. Įspūdingai ilguose šio mokslininko bibliografijos sąrašuose žodžio eugenika ar kitokių mokslinių tyrimų, susijusių su šia problematika, neradome.

Tačiau Vilniuje eugenikų visgi buvo. Pirmieji duomenys apie Vilniuje veikusią Eugenikos draugiją Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto dekanų ataskaitose pasirodo 1931 metais. Iki minėtų 1931 metų nėra jokių duomenų apie šios draugijos veiklą, taigi galima manyti, jog ji turėjo būti sukurta apie 4-ojo dešimtmečio pradžią.

Šios draugijos nariu tuomet įvardytas Neurologijos klinikų direktorius S. Vladyčka [323]. Visgi minėto neurologo mokslo darbuose tiesiogiai eugenikos problematikai skirtų tyrimų aptikti nepavyko.

Iš turimų duomenų sunku pasakyti, ar Vilniuje įsikūrusi Eugenikos draugija veikė kaip universiteto draugija, ar veikia buvo atskira visuomeninė draugija. Gausiuose Medicinos fakulteto mokslininkų bibliografijos sąrašuose galima rasti vos keletą darbų, susijusių su eugenikos problematika. Tai leidžia manyti, kad eugenikos tematika Vilniuje nesulaukė didelio pasisekimo tarp profesionalių medikų. Vis dėlto Eugenikos draugijos sąrašuose galima rasti keletą Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų pavardžių. Draugijos nariais buvo: H. Rudzinskis, S. Brokovskis, J. Vilčynskis ( Bendrosios biologijos katedra), J. Genzelis (J. Genzel, Neurologijos klinika), K. Pelčaras, C. Ryl-Nardzevskis (C. Ryll-Nardzewski, Dermatologijos klinika), E. Savickis (E. Sawicki, Dermatologijos klinika), K. Kosinskis (Aprašomosios anatomijos katedra) [324].

Vilniaus miesto magistrato bylose galima rasti pranešimų apie 1932–1933 ir 1933–1934 metų Vilniaus eugenikos draugijos ir Eugenikos klinikos veiklą. Neatmestina galimybė, jog ankstesnių pranešimų tiesiog neišliko. Vilniaus eugenikos draugijai vadovavo H. Rudzinskis, draugijos viceprezidentai buvo K. Pelčaras, S. Brokovskis. 1933 m. savo iškilmingoje kalboje H. Rudzinskis akcentavo eugeniką, kaip socialinės higienos instrumentą, socialinių ligų prevencijos įrankį. Draugijos posėdyje skaityti J. Vilčynskio, S. Šilingo-Siengalevičiaus (Teismo medicinos katedra) ir kitų autorių pranešimai. Posėdyje apsilankė visos Lenkijos mastu žinomas eugenikos šalininkas L. Vernikas. Draugija neapsiribojo uždara veikla, Vilniuje veikusioje Eugenikos klinikoje buvo skaitomi vieši pranešimai miesto gyventojams. Pranešimuose buvo kalbama apie alkoholio žalą, darbo higieną, venerines ligas, žmonijos rasės pagerinimą, „nusikalstamą“ [pa-laidą] seksualinį gyvenimą, santuokų klinikas, tuberkuliozę ir šeimos kūrimą, moters fiziologiją [325].

Eugenikos klinikos veikla apėmė socialines ir medicinines priemones: klinikoje dirbo universiteto gydytojai, buvo atliekami sveikatos patikrinimai prieš vestuves, odos ligų, gonorėjos, sifilio gydymas. Klinikoje užregistruota 130 asmenų, kurie dėl gonorėjos į kliniką atvyko 973 kartus ir 78 kartus dėl sifilio. Dėl gonorėjos klinikoje moterys lankėsi 66 kartus, dėl sifilio – 33 kartus, užregistruoti 42 apsilankymai dėl „lytinio ir bendro pobūdžio“ neurozių. Iš turimų duomenų tenka konstatuoti, jog moterys čia atvykdavo ir daryti abortų – įvardijami 27 apsilankymai siekiant nutraukti nėštumą [325]. Dokumente nedetalizuojama, ar pacientai į šią įstaigą atvykdavo savo noru; tačiau atsižvelgiant į faktą, jog įstatymų, vertusių juos kreiptis į šią įstaigą ne savo noru, nei tuo metu, nei vėliau nebuvo paskelbta, todėl darome išvadą, jog pacientai čia ateidavo savanoriškai.

Du straipsniai, minimi Vilniaus eugenikos draugijos pranešime 1932 metais, buvo išspausdinti svarbiausiame Lenkijos eugenikos draugijos žurnale „Rasės problemos“. Pirmasis – K. Pelčaro straipsnis apie žmogaus paveldimumo problemas. Apibendrinami ilgą straipsnį pateiksime tik svarbiausias jame atskleistas idėjas. Anot mokslininko, egzistuoja įvairūs žmogaus paveldimų genetinių ligų mechanizmai. Kai kurios ligos, pavyzdžiui, hemofilija, daltonizmas, yra paveldimos per lytines ląsteles iš tėvo dukteriai, iš motinos sūnui. Kitos paveldimos ligos gali pasireikšti susijungus dviem recesyviesiems genams, kai porą sukuria du recesyviojo geno nešiotojai, tačiau abu fenotipiškai visiškai sveiki žmonės. Aplinkos veiksniai žmogaus paveldimumą taip pat veikia įvairiai. Genų mutacijas galima paaiškinti, sukelti, tačiau kartais jos vyksta be jokios mokslui suprantamos priežasties [326].

Kalbėdamas apie „rasių tarpusavio kryžminimąsi“ mokslininkas teigė, kad yra du rizikos veiksniai – labai tolima ir labai artima giminystė. Labai tolimų genotipų kryžminimasis gali būti pavojingas dėl to, jog individo fenotipą, o vėliau ir genotipą iš dalies formuoja aplinka. Taigi, gimęs naujo mišraus genotipo savininkas gali būti tiesiog prasčiau prisitaikęs prie tam tikros aplinkos, negu vienas iš jo tėvų [326]. Skirtingai nuo daugelio to meto eugenikų darbų, K. Pelčaro straipsnyje nerasime jokių dogminių nuostatų, kuriomis neva reikėtų vadovautis.

Tame pačiame „Rasės problemos“ numeryje (1932) buvo išspausdintas ir J. Vilčynskio straipsnis „Mendelizmas ir žmonijos ateitis“. J. Vilčynskis teigė, jog paveldimumo mechanizmai yra priklausomi nuo daugelio veiksnių. G. Mendelio dėsniai, esą, tik teoriškai lengvai taikytini žmonijai, o praktikoje susiduriama su daugeliu variacijų. Net vadovaujantis G. Mendelio dėsniais, jų pakanka tik nagrinėjant paveldimumą penkiose kartose, įskaitant mus dominančią kartą. Bandant rasti tendencijas remiantis duomenimis apie tėvus ir senelius, susiduriama su kita problema – dažnai duomenys apie ankstesnes kartas yra neišsamūs, trūksta duomenų apie gausias vienos ar kitos giminės atšakos atžalas, ir tai neleidžia susidaryti viso vaizdo [166].

Bandydamas nuspėti, kokia bus žmonijos ateitis, mokslininkas teigė, kad ateityje genetika ir eugenika turėtų atlikti svarbų vaidmenį, bus išsiaiškinta daug daugiau paveldimumo mechanizmų. Nepaisant to, eugenikos kaip praktinės priemonės tikslas „pagerinti rasę“ turėtų būti grindžiamas ne prievarta, bet piliečių švietimu [166].

1933–1934 m. Vilniaus eugenikos draugijos veikloje dominavo venerinių ligų, psichikos sveikatos problemų sprendimo paieškos. Eugenikos klinikoje ir Vilniaus sveikatos centre buvo skaitomi pranešimai savižudybių, moters ir vyro psichologijos skirtumų, jaunimo eugenikos, vaisingumo, venerinių ligų, alkoholizmo, tuberkuliozės temomis. Eugenikos klinika išlaikė tą patį veiklos pobūdį, tačiau padaugėjo vyrų, turinčių nusiskundimų dėl lytiškai plintančių ligų – įsisenėjusios gonorėjos. Klinikoje

užregistruota 180 vyrų, iš kurių 128 diagnozuota gonorėja. Klinikoje jie apsilankė 1540 kartų. Sifiliu sergančių užregistruota 19, jie klinikoje apsilankė 175 kartus [324].

Tikslinga palyginti duomenis su SBU MF Dermatologijos klinikos ataskaita, Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcijos duomenimis. Tokiu būdu galime susidaryti vaizdą apie venerinių ligų paplitimą Vilniaus mieste. Klinikos vadovas M. Mienickis teigė, jog didžiausią Dermatologijos klinikų pacientų dalį sudarė pacientai, besiskundžiantys įvairiomis kitomis odos, bet ne venerinėmis ligomis [91]. Tokie duomenys tarsi leistų manyti, jog venerinės ligos nebuvo didelė problema to meto Vilniuje, tačiau miesto sanitarijos institucijų surinkti duomenys leidžia teigti, kad venerinėmis ligomis sergančių asmenų buvo daug (25 priedas). Tiesiog jie buvo siunčiami į kitą gydymo įstaigą – Savičiaus ligoninę.

Tiek odos, tiek venerinių ligų daugiausia buvo gydoma 1925–1930 metais. Tai sietina su jau anksčiau minėtu veiksniu – iš Rusijos armijos grįžo demobilizuoti rytinių vaivadijų gyventojai ir karo belaisviai [22]. Tačiau tokie duomenys paaiškintų tik pirmąją venerinių ir odos ligų bangą iki 1926 metų. Visgi didelis susirgimų minėtomis ligomis skaičius vėlesniais metais (1930 m. sifiliu sirgo 1222, gonorėja – 1652 Vilniaus gyventojai) [93] jau turėtų būti siejamas su vidiniais veiksniais, tokiais kaip Vilniaus gyventojų, ypač vyrų, higieninė kultūra, naudojimas prostitucijos paslaugomis (10 lentelė). Prostitucija dar nuo XIX a. Vilniuje garsėjo Subačiaus, Užupio, Paplaujos, Aukštaičių ir Šv. Stepono gatvės. 1919–1930 m. didelis viešnamis veikė netoli Pilies gatvės. Prostitucijos „verslui“ dažniausiai vadovavo žydų moterys [327].

10 lentelė. Duomenys apie Vilniaus vaivadijoje užregistruotas prostitutas, sergančias venerinėmis ligomis [93]

	Užregistruotos prostitutės	Prostitutės, sergančios sifiliu	Prostitutės, sergančios gonorėja
Vilnius	300	23	31
Vilniaus vaivadija	137	13	50

Eugenikos klausimas susijęs ir su JAV įkurto Rokfelerių fondo veikla Vilniuje. Rokfelerių fondo pagalba, teikta Europos šalims, vertintina dvejopai. Fondas rėmė įvairias medicininę, socialinę pagalbą teikiančias organizacijas, būtent jo veikla turėjo reikšmingą įtaką higienos mokslo pažangai daugelyje Europos valstybių, taip pat ir Lenkijoje. Kita vertus, tokiu būdu siekta ir savų tikslų – fondo lėšomis remiami Europos mokslininkai buvo skatinami prisidėti prie eugenikos idėjų sklaidos Europoje bei eugenikų veiklos [21]. Šiek tiek nukrypdami į gretimo Kauno Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakulteto (VDU MF) veiklą, plačiau aptarsime šį Rokfelerių fondo veiklos aspektą.



1930 m. VDU MF psichiatras J. Blažys buvo pakviestas į proto higienos kongresą Vašingtone. Jis pastebėjo, kad amerikiečiai buvo labai suinteresuoti populiarinti proto higienos klausimus pasauliniu mastu. Į kongresą buvo pakviesti daugelio Europos šalių atstovai, kelionė ir nakvynė, net vietinio transporto išlaidos buvo apmokėtos organizatorių lėšomis. Amerikiečiai, esą, buvo labai suinteresuoti, jog į JAV kartu su potencialiais darbininkais neatvyktų ir daugybė psichiškai nesveikų imigrantų: „Su imigracija amerikiečiai gavo iš senojo pasaulio daug turto, bet kartu ir daug nevykėlių.“ Todėl, siekiant sumažinti psichikos ligoniams išlaikyti JAV skiriamas išlaidas, norėta šias problemas išspręsti dar Europoje [328]. Taigi eugenikos propaganda Europoje turėjo aiškų tikslą.

Tuos pačius tikslus – eugenikos propagandą – galime išvelgti ir Rokfelerių fondo teiktoje pagalboje Vilniaus Stepono Batoro universitetui. Kiek anksčiau nei J. Blažys, 1927 m. Rokfelerių fondo lėšomis K. Karafa-Korbutas ir A. Safarevičius per vasaros atostogas buvo pakviesti į pažintinę-mokslinę kelionę po Angliją, Prancūziją, Šveicariją susipažinti su darbo higienos pasiekimais [329]. Rokfelerių paramą gavo ir anatomas K. Kosinskis [330], kurio pavardę galime rasti minėtos Vilniaus eugenikos draugijos sąrašuose. Po K. Karafa-Korbuto ir A. Safarevičiaus mirties, 1938 m. to paties fondo lėšomis į panašią kelionę buvo pakviestas ir B. Novakovskis [331].

Nepaisant Rokfelerių fondo pastangų, Vilniaus higienistai eugenikos idėjomis nešizavėjo. 1926 m. K. Karafa-Korbutas paskelbė straipsnį „Eugenika ir karo tarnyba“. Mokslininkas teigė, kad į kariuomenę imant sveikus, „geresnio genotipo“ vyrus, jiems žuvus reprodukuoti didesnes galimybes automatiškai gauna „prastesnio genotipo“ vyrai. Maža to, dėl to, jog vyrai žūsta kare, vyrų ir moterų balansas populiacijoje neišvengiamai sutrinka, tampa sunkiau sukurti šeimas. Dėl to gimsta ir mažiau vaikų. Dėl vyrų žūties moterys tampa priverstos dirbti daugiau fiziškai sunkių vyriškų darbų, todėl jų vaisingumas taip pat mažėja. Karas sunaikina ir ekonominius išteklius, maisto atsargas, todėl pokario kartos vaikai būna prasčiau fiziškai išsivystę; jautresni neigiamoms aplinkos sąlygoms, dažniau serga [332]. Lyginant su vėliau paskelbtomis T. Janiševskio idėjomis apie eugeniką ir karo tarnybą, galime pastebėti vieną esminį skirtumą – nepaisant akivaizdžios karo žalos, K. Karafos-Korbuto veikale mes nerasime „lengvų sprendimų“, rekomendacijos į karą siųsti „mažiau vertingus visuomenės elementus“.

Ketvirtojo dešimtmečio pradžioje eugenikos propaganda Lenkijoje ėmė įgauti vis agresyvesnę toną. Ji jau mažai ką bendro turėjo su medicina. Atkakliausi jos propaguotojai buvo populistai politikai. Eugenika, turėjusi padėti visuomenei „apsivalyti“ nuo „nepageidaujamų individų“, ilgainiui tapo grėsme pačiai visuomenei, nes „nepageidaujamo individo“ kriterijus buvo neaiškus ir nuolat plėtėsi [19]. Visgi dalis profesionalų nepasidavė ir viešojoje, ir mokslinėje spaudoje kritiškai vertino eugenikų idėjas ir už-

mojus. Vienas tokių buvo ir A. Safarevičius. 1935 m. jis parašė komentarus L. Verniko pateiktam eugenikos įstatymo projektui (1934). Projektas buvo svarstomas Vyriausiojoje sveikatos reikalų taryboje, taip pat pateiktas mokslo institucijoms [333].

Pirmoje projekto dalyje buvo numatyta miestuose ir kaimuose kurti specialias klinikas. Klinikų tikslas buvo sveikatos patikrinimas prieš vestuves. Būsimi jaunavedžiai privalėjo apsilankyti šiose klinikose ir pasitikrinti sveikatą. Per penkerius metus nuo įstatymo įsigaliojimo miestų ir kaimų gyventojai, norintys kurti šeimą, galėjo nemokamai apsilankyti klinikose, po šio termino pabaigos pareigūnai iš tokių asmenų turėjo teisę pareikalauti sveikatos pažymėjimų. Pažymėjimų neturintys asmenys šeimos kurti negali. Buvo teigiama, kad šeimos išvis negali kurti asmenys, turintys įgimtą silpną protystę, aklumą, kurčrebylystę, epilepsiją, taip pat sergantys šizofrenija, maniakine depresija, turintys sunkių raidos ydų, neišgydomą alkoholizmą. Klinikose turėjo dirbti gydytojai, „išmokyti eugenikos mokslo“. Asmenys, pripažinti visiškai netinkamais turėti palikuonį, turėjo būti izoliuojami ir sterilizuojami [19].

Toje pačioje dalyje buvo deklaruojamas noras skatinti „vertingų asmenų“ vedybas remiant jas beprocente paskola dešimčiai metų. Šeimoje gimus trečiam vaikui likusios paskolos dalies gražinti nebereikėjo. Lėšos tokioms paskoloms bendruomenėje turėjo būti renkamos iš mokesčių, skirtų viengungiams (netekėjęs / nevedęs asmuo, vyresnis kaip 27 metų amžiaus); mokestis turėjo atitikti 10 % viengungio pajamų. Ši idėja plėtojama ir antrajame dalyje. Buvo teigiama, kad netekėjusioms merginoms turėtų būti skiriamas valstybinis kraitis, renkamas iš mokesčių, skirtų viengungiams ir bevaikėms šeimoms. Asmenys, negalintys kurti šeimos dėl eugeninių priežasčių, nuo tokių baudų buvo atleidžiami. Taip pat buvo skatinamas moters, kaip namų šeimininkės, vaidmuo šeimoje. Viena iš tokio kraičio skyrimo priežasčių buvo noras sulaikyti moteris, o kartu ir šeimas, kaime ir tokiu būdu išvengti chaotiškos gyventojų migracijos iš kaimo į miestą [19].

A. Safarevičius kritikavo projekto autoriaus neatidumą kai kuriems niuansams, projekto nebaigtumą. „Kai kuriais atvejais toks privalomas sveikatos patikrinimas prieš vestuves gali tiesiog sugriauti būsimą šeimą be objektyvių priežasčių. Patikrinimas gali sumažinti jaunųjų interesą vedyboms arba būti gera proga išvengti vestuvinių išpareigojimų.“ Kita, daug didesne problema higienistas įvardijo tai, jog projekte siekiama rimtai apriboti žmogaus laisvę, šiuo atveju – vedybų. Be to, nenumatyta, kokiais būdais visuomenė bus šviečiama eugenikos klausimais iki minėto penkerių metų termino pabaigos. A. Safarevičius teigė, kad eugenikos propaganda turėtų būti žmonėms pateikiama tik gydytojų specialistų, metodiškai, bendram tikslui sutelkiant visuomenę. Profesorius suabejojo, ar visi gydytojai, dirbsiantys eugenikos klinikose, ypač kaimo vietovėse, bus pakankamai kvalifikuoti priimti tokius atsakingus sprendimus, kaip kad uždrausti vedybas arba jas leisti. Projekte nebuvo numatyta, kaip bus rengiami tokie gydytojai [333].

Argumentuotos kritikos tuo metu populiarioms eugenikų idėjoms galime rasti ir kituose A. Safarevičiaus darbuose. Viena tokių idėjų eugenikų buvo noras sustabdyti kaimo gyventojų migraciją į miestus. „Miestuose vaikų mirtingumo klausimai sprendžiami efektyviau nei kaime. Autoritetingi balsai teigia, kad kaimas kenčia nuo per didelio „bur- nų“ skaičiaus, susidaro darbo rankų perteklius ir dėl to kaimas yra perpildytas. Taigi, paliekant viską „natūraliai tėkmei“, per didelis gimstamumas kaime tiesiog kompensuo- jamas ir viskas savaime stoja į vietas.“ Mokslininkas tokį požiūrį laikė cinišku, amoraliu ir trumparegišku, nes 70 % Lenkijos gyventojų gyvena kaimuose, bet ne miestuose [185].

Be neigiamų, būtina paminėti ir kai kurias tuo metu propaguotas pozityvias eu- genikų skleistas idėjas. Tiek pozityvios, tiek ir radikalios eugenikos idėjų galime rasti ir D. Alseikos darbe apie tuberkuliozę. Anot gydytojo, žmonijos pažanga medicinoje akivaizdi – žinomos beveik visos ligos. Deja, žmonijos rykštė yra socialinės ligos – al- koholizmas, venerinės ligos ir tuberkuliozė, kurios, esą, lemia žmonijos degradaciją, išsigimimus, psichikos ligonių skaičiaus didėjimą, savižudybes. Daugiausia psichikos ligonių, esą, yra ne varginguose, bet turtinguose visuomenės sluoksniuose, kur klesti didelis alkoholizmas, paleistuvystė. [Dėl pastarojo teiginio mokslinio pagrįstumo ga- lime suabejoti, išvelgiame galimus eugenikos propagandos įtakos lemiamus iškraipy- mus, moralizavimą.] Mažiau apsigimimų, esą, neturtingose šeimose, visgi dėl higienos nepaisymo jos taip pat kenčia [265].

Kovoti su šiomis negandomis, esą, reikėtų pirmiausia keliant visuomenės dvasinę kultūrą. Veiksmingiausia kovos su prostitucija priemonė yra tinkamas lytinis švietimas. Kuo labiau nuo jaunimo slepiama informacija apie lytinius santykius, tuo greičiau jau- nuoliai apie juos sužino, deja, dažnai jau iškreiptai, kenksmingomis sąlygomis. Svarbu nuo pat mažumės kreipti jaunimą tinkama linkme. Prevenciją šiais klausimais padės įgyvendinti švietimas, dorovinis ir fizinis lavinimas, „skautizmas“ ir sportas: „Sporti- ninkai lengvai apsieina be erotinių romanų skaitymo, erotinių šokių, girtuokliavimo ir paleistuvavimo“ [265].

Mokslininkas pabrėžė higienos mokslo svarbą, drauge konstatavo, jog valstybės ly- gmeniu prevencijai skiriama mažai dėmesio. Dažnai, esą, kalti ir patys gydytojai, kurie turėtų imtis iniciatyvos; deja, jie yra „užsiėmę vien tik ligonių gydymu, lyg kokiū ama- tu, į visuomenės sveikatos reikalus mažai kreipia dėmesio arba visai nesikiša. Higie- nistams nesugebant išspręsti šių problemų, jas gali išspręsti neseniai atsiradusi nauja mokslo šaka – eugenika. Šveicarijoje, Vokietijoje, Danijoje, Norvegijoje, JAV eugenikai jau įvedė įstatymus, kuriais draudžiama silpnapročiams, sifiliu, tuberkulioze sergan- tiems asmenims tuoktis be gydytojų sutikimo.“ Žmonijos istorijoje didelį vaidmenį, esą, atliko alkoholis, narkotikai, bakterijos, išsigimimai, todėl, norint žengti kokybinį žingsnį pirmyn, reikia visa tai įveikti [265].

1936 m. D. Alseika išreiškė kiek nuosaikesnę poziciją eugenikos klausimais – jis teigė, kad tuberkuliozė nėra paveldima, bet tik užkrečiama. Gydytojo rekomenduotos prevencinės priemonės daugiausia priskirtinos sanitarinėms, tačiau paminėtos ir tokios priemonės kaip sportas, saulės vonios, geras maistas, žalingų įpročių atsikratymas [335].

D. Alseikos pozicija vertintina kaip gana originali eugenikų retorika to meto kontekste. Pagrindinės eugenikos idėjos – žmonijos degradacijos priežastys – D. Alseikos darbuose įvardijamos kaip „aukštuomenės alkoholizmas, paleistuvystė“ ir kt. Paprastai tokio tipo retorikoje visuomenės degradacija buvo siejama su „prastuomene“.

Neatmetant politinės propagandos galimybės ir prielaidų apie tam tikrų mitų kūrimą, įdomių minčių, sąlygiškai priskirtinų socialinei higienai, pronatalistinėms idėjoms iš dalies ir eugenikai, galime rasti J. Pilsudskio retorikoje. 1929 m. jis skaitė pranešimą „Apie fizinio lavinimo postulatus“. Jame teigė, kad skirtingoms moksleivių amžiaus grupėms reikia sudaryti atskiras fizinio lavinimo programas, sukurti sistemą, kaip vertinti moksleivių fizinį pajėgumą. Fizinis lavinimas turi būti paremtas individualiomis moksleivio savybėmis, nustatant aiškias normas ir tikslus. Lavinami turi būti ir mergaitės, ir berniukai, tačiau atsižvelgiant į individualias fizines ir psichines savybes. Tokiu būdu fizinis lavinimas netaps nuobodžia prievole, bet tarnaus aukštesniam tikslui – fizinės ir dvasinės sveikatos gerinimui [336].

Fizinio lavinimo propagavimui, pronatalistiniams tikslams tuo metu tarnavo ir sporto draugijos. Vilniuje veikusi gimnastikos draugija „Sakalas“ viešame atsišaukime propagavo sveiką gyvenimą. Gimnastika akcentuota kaip priemonė siekti idealių kūno formų, sustiprinti sveikatą, taisyti kūnui netinkamo gyvenimo būdo ydas: „<...> Siaura plokščia krūtinė, išgaubti pečiai, susikūprinimas, plonos rankos ir kojos – visa tai liūdno ilgo sėdėjimo prie knygų pasekmės <...> griaučių ir raumenų harmoningas vystymasis viena svarbiausių moters grožio sąlygų.“ Miestietiškas gyvenimo būdas nesudaro sąlygų kūnui gauti reikiamų fizinių apkrovų. Dėl to miestiečio kvėpavimas yra paviršinis, o kraujo apytaka bloga. Reguliari gimnastika nurodyta kaip priemonė, galinti padėti tuberkuliozės prevencijai: „Vokiečiai kovoja su tuberkulioze sanatoriniu gydymu, anglai – fiziniu lavinimu ir kepsniais.“ Gimnastika, esą, netinkama tik invalidumą [neįgalumą] ar širdies ydas turintiems vaikams, visiems kitiems ji tik padės, silpnas vaikas taps tik stipresnis ir sveikesnis, tinkamo sudėjimo, geras šaltinis „rasei atnaujinti“ [337].

Lenkiją ir Vilniaus kraštą eugenikos idėjos pasiekė kaip ir daugumą Europos šalių, tačiau neigiamoms eugenikos idėjoms nebuvo lemta tapti praktika. Eugenikos įstatymai Lenkijoje niekada nebuvo priimti. Taip nutiko dėl keleto priežasčių. Svarbus vaidmuo teko Katalikų bažnyčiai, kuri smerkė eugeniką kaip amoralių reiškinį. Kiek kitokia situacija buvo protestantiškose Skandinavijos šalyse, kur bažnyčios įtaka šiuo klausimu buvo nepalyginti mažesnė: pavyzdžiui, Švedijoje „menkaverčių“ individų sterilizacija buvo įtvirtinta įstatymuose, galiojusiuose net ir po Antrojo pasaulinio karo [19].

Lenkijoje eugenikos idėja sulaukė ne tik Katalikų bažnyčios, bet ir kitų visuomenės sluoksnių pasipriešinimo. Tai lėmė įsitikinimas, jog eugenika – „svetimas amerikiečių, vokiečių mokslas, importuotas į likusią Europą“. Dar labiau pasipriešinimas sustiprėjo Antrojo pasaulinio karo metais, pamačius nacių eugenikos „vaisius“ – rasizmą ir masinius susidorojimus. Gana greitai paaiškėjo, jog „menkaverčiais“ individualais, be žydų, naciai laikė ir daugelį kitų tautų, taip pat ir slavus. Po Antrojo pasaulinio karo eugenika daugelyje Europos šalių buvo diskredituota, rasinė, socialinė higiena tapo gėdinga praitimi, apie kurią nenorėta kalbėti dar daugelį metų [20].

Sovietinės okupacijos metais medicinos ir higienos mokslai Vilniuje ir Kaune ėmė keistis pagal sovietinį modelį. Higienos mokslas atgautame Vilniaus universitete pertvarkytas pagal Kauno VDU patirtį. Sovietmečiu Vilniuje iki tol plėtota socialinės higienos sritis patyrė stagnaciją. Socialinė higiena Sovietų sąjungoje buvo itin politizuota, ji galėjo būti aiškinama tik sovietiniais modeliais. Sovietų sąjungoje sukurta sveikatos apsaugos sistema buvo įvardijama kaip geriausia pasaulyje. Medicininės statistikos duomenys buvo slepiami nuo visuomenės, nes logiška jų interpretacija galėjo atskleisti socialines ligų priežastis ir esamos sistemos trūkumus [195]. Buvo teigiama, kad socialinės ligų priežastys egzistuoja tik buržuazinėje visuomenėje. Atsisakyta net pačios „socialinės higienos“ ir „socialinės medicinos“ pavadinimų. Tokia situacija truko iki 1966 metų, tačiau ir vėliau padėtis pagerėjo mažai. Duomenys apie gyventojų sveikatą buvo įslaptinti, sunkiai prieinami sveikatos specialistams [196]. Savarankiška socialinės higienos katedra Vilniaus universitete įkurta 1980 metais [338].

**Apibendrinami** konstatuojame, jog Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkai socialinę higieną suprato kaip pozityvias priemones gerinti visuomenės sveikatos būklę. Neigiamos eugenikos idėjos Vilniaus medikų palaikymo nesulaukė.

Vilniaus krašte veikusių kolonijų darbą vienareikšmiškai įvertinti būtų sunku. Viena vertus, atsižvelgdami į minėtus duomenis matome, jog sąlygos tokiose kolonijose ne visais atvejais buvo tinkamos psichikos ligoniams gydyti. Antra vertus, tokia praktika iš dalies nukrovė finansinę psichikos ligonių gydymo našta, todėl, tikėtina, sumažino įtampą, kuri galėjo paskatinti eugenikos idėjų plitimą Vilniaus krašte.

Pokario metais socialinės higienos mokslo raida Lietuvoje buvo sustabdyta. Ligų etiologija negalėjo būti siejama su socialiniais veiksniais, todėl sieta tik su biologiniais veiksniais, bakterilogija. Manome, kad šios ir kitos galimos priežastys atliko svarbų vaidmenį, lėmusį lėtesnę modernaus vakarietiško visuomenės sveikatos mokslo raidą Lietuvoje. Lyginant su Vakarų Europa, visuomenės sveikata kaip organizacinių ir socialinių priemonių visuma Lietuvoje imta suvokti vėliau. Vakarietiška visuomenės sveikatos teorija instituciškai įtvirtinti tik po Sovietų sąjungos žlugimo.

## 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Nors aptariamasis laikmetis atitolęs nuo dabartino daugiau nei 70 metų, šis nuotolis gana sąlygiškas. Dalis tuo metu vykusią socialinių reiškinių savo esme išliko nedaug pakitę, todėl kaip didžiausią mūsų tyrimo naudą reikėtų nurodyti galimybę remiantis tyrimo duomenimis pastebėti universalius socialinius reiškinius, darančius įtaką gyventojų sveikatingumui. Taip pat turime galimybę analizuoti tuo metu taikytas visuomenės sveikatinimo strategijas. Atsižvelgiant į tarpukario patirtį šiandien galima kelti naujas hipotezes naujiems moksliniams tyrimams. Tokiu būdu galima ne tik geriau suvokti dabartines, bet ir numatyti būsimas socialines grėsmes visuomenės sveikatai.

Atsižvelgdami į tyrimo rezultatus trumpai aptarsime svarbiausius Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto pasiekimus, susijusius su visuomenės sveikatos mokslu. Tyrimo metu nustatėme, kad XX a. pradžioje naujos socialinės-ekonominės sąlygos – urbanizacija ir pramonės augimas – moderniojoje Lenkijoje pastūmėjo visuomenės sveikatos mokslą link naujų strategijų ir naujo higienos modelio. Po trečiojo Abiejų Tautų Respublikos padalijimo Lenkijai ir Lietuvai priklausiusios žemės atiteko trims skirtingoms valstybėms. Ekonomiškai pajėgiausia ir labiausiai pažengusi iš jų buvo Prūsija, kiek silpnesnė – Austrija (Austrija–Vengrija), silpniausia ir labai atsilikusi buvo feodalinė carinė Rusija. 1918 m. Lenkijai atkūrus valstybingumą teko reformuoti iki tol veikusią teisinę sistemą. Skirtingi ekonominiai pajėgumai ir ūkio sandara, skirtingas kultūrinis palikimas reikalavo unifikuoti teises normas. Dėl ūkio modernėjimo kilo poreikis sukurti naujo tipo sveikatos apsaugos sistemą, saugančią naujo sluoksnio – darbininkų – interesus. Pavyzdžiu tapo gerai išvystyto iki tol Prūsijos valdyto pramoninio regiono – Silezijos teisinė sistema.

Carinės Rusijos sanitarijos įstatymų trūkumai buvo nulemti ūkinės sandaros atsilikimo. Baudžiava šioje šalyje panaikinta vėliausiai visoje Europoje – XIX a. antroje pusėje, 1861 metais, todėl pramonė šalyje vystėsi lėtai. Taigi carinės Rusijos sanitarijos įstatymai darbo higienos problemų, socialinės higienos strategijų neapėmė, netinkami jie buvo ir maisto produktų priežiūrai įgyvendinti, todėl nuspręsta juos pakeisti. Atsižvelgiant į Rytų ir Vidurio Europos regiono specifiką tikėtina, kad su panašiomis maisto produktų patikros problemomis higienos mokslas ir praktinės institucijos galėjo susidurti ir Lietuvoje. Skirtingai nei Lenkijoje, Lietuvoje iki pat aptariamojo laikotarpio pabaigos liko galioti šiek tiek modifikuoti carinės Rusijos sanitarijos įstatymai. Manytina, jog tai galėjo būti vienas iš svarbiausių veiksnių, lėmusių vėlesnius higienos mokslo ir praktikos institucijų veiklos skirtumus Lietuvoje ir Lenkijoje. Vis dėlto atsižvelgiant į carinės Rusijos įstatymų, būta svarbių išlygų. Nors oficialioje Lenkijos visuome-

nės sveikatos ministerijos retorikoje buvo deklaruojama, jog carinės Rusijos sanitarijos įstatymų buvo visiškai atsisakyta, iš kitų turimų istorinių šaltinių galime spręsti, jog šis procesas įvyko ne iškart, bet palaipsniui.

Atsižvelgiant į carinės Rusijos sanitarijos įstatymų ydas Lenkijoje imta kurti naujus sveikatos apsaugos įstatymus. Buvo remiamasi vakarietiškomis visuomenės sveikatos idėjomis. Svarbiausias indėlis kuriant Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos koncepciją priskirtinas Krokuvos Jogailaičių universiteto mokslininkui T. Janiševskiui bei Varšuvos universiteto mokslininkui J. Poliakui. Teigti, jog Lenkijoje buvo tiesiogiai įgyvendintos vakarietiškos C. E. A. Vinslou idėjos, būtų gal kiek per drąsu, tačiau iš turimų duomenų akivaizdu, jog šiomis idėjomis buvo remiamasi konstruojant Lenkijos sveikatos apsaugos sistemos viziją, galiausiai pačią Visuomenės sveikatos ministeriją. T. Janiševskio pasiūlyta visuomenės higienos samprata buvo artima C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos sampratai. Praktinės institucijos, pavyzdžiui, sveikatos centrai, buvo kuriamos pagal JAV ir kitų Vakarų valstybių pavyzdį.

Esminiu poslinkiu Lenkijos higienos mokslo raidoje XX a. pradžioje, lyginant su XIX a. sanitarija, laikome socialinių veiksnių kaip atskiro mokslinio tyrimo objekto išskyrimą. Plėtojama socialinės higienos idėja padėjo pamatus savarankiškam higienos mokslo formavimuisi Lenkijoje ir Vilniaus krašte. Buvo sukurtas naujas fizinės ir socialinės higienos problemas apimantis teorinis higienos modelis. Esminis praktinis žingsnis šiam modeliui įgyvendinti buvo Higienos ir Bakteriologijos katedrų atskyrimas, tokiu būdu higienistas galėjo visą dėmesį skirti socialinei visuomenės sveikatos problemų kilmei tirti.

Svarbu pažymėti, jog socialinis higienos mokslo modelis Lenkijos medikų bendruomenėje sulaukė ir kritikos. Iš pradžių nenorėta higienos laikyti atskira mokslo disciplina. Be kitų priežasčių, tai buvo susiję su tuo, jog praktikos institucijos tuo metu dar nebuvo pasirėngusios įgyvendinti socialinės higienos postulatų. Visgi moksle šis modelis jau buvo taikomas. 1921 m. K. Karafa-Korbutas Krokuvoje įkūrė pirmą savarankišką Higienos katedrą. Po metų tokią katedrą profesorius įkūrė ir Vilniuje. Lenkijos universitetuose veikė trys savarankiškos higienos katedros.

Lietuvoje Higienos ir Bakteriologijos katedros iki aptariamojo laikotarpio pabaigos nebuvo atskirtos. Tai rodo, jog esamas modelis bent jau iš dalies tenkino gydytojus ir higienos specialistus. Visgi dalies medikų (pvz., K. Oželio) darbuose galima rasti esamų sveikatos apsaugos įstatymų kritikos. Tikėtina, kad tokia praktinė situacija, kai socialinė higiena tarsi liko paktinių institucijų veiklos „užribyje“, iš dalies galėjo paskatinti eugenikos, kaip „alternatyvaus“ socialinės higienos mokslo, idėjų populiarumą Lietuvoje. Tai patvirtina ir D. Alseikos mintys apie eugenikos svarbą sprendžiant visuomenės sveikatos problemas. Nepaisant to, ketvirtajame dešimtmetyje K. Oželio, J. Šo-



pausko iniciatyva VDU MF norėta praplėsti higienos suvokimą. Faktas, jog Higienos ir Bakteriologijos katedros pačioje aptariamojo laikotarpio pabaigoje buvo atskirtos, rodo, jog galiausiai buvo nuspręsta pereiti prie pažangesnio modelio.

Ankstyvuojų sovietiniu laikotarpiu Lietuvoje higienisto darbo laukas vėl buvo glaudžiai susietas beveik vien su bakteriologija. Mokslo raidos ir instituciniu aspektu tai vertintina kaip žingsnis atgal. Praktiniu aspektu manytina, jog tokį sprendimą iš dalies padiktavo to meto reikiamybės – pokario metais šalis buvo nuniokota, o iki tol veikusi sveikatos priežiūros sistema suardyta. Kaip ir po Pirmojo pasaulinio karo, prioritetu vėl tapo kova su užkrečiamosiomis ligomis. Socialinės higienos modelis buvo sukritikuotas dar kartą, tačiau dėl visai kitų priežasčių nei anksčiau. Šiuo atveju toks modelis buvo nenaudingas politiniam Sovietų sąjungos elitui: objektyvūs medicininės statistikos duomenys ir nuosekli jų analizė būtų parodžiusi sveikatos politikos ydas.

Nors Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto finansinė padėtis aptariamuoju laikotarpiu buvo sunki, tačiau apie 3-iojo dešimtmečio vidurį–4-ojo dešimtmečio pradžią susiklostė palankios sąlygos plėtoti medicinos ir visuomenės sveikatos mokslui. Jas lėmė nuo finansavimo nedaug priklausantys veiksniai. Esminiais šiuo atveju laikytini vakarietiškas daugumos Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų išsilavinimas, dažnos stažuotės Vakarų universitetuose, bendradarbiavimas su Rokfelerių fondu. Fakultete dirbo garsūs histologai S. Hileris, J. Aleksandrovičius bei anatoms M. Reicheris, Europos mastu žinomi neurologas M. Rozė, patologas K. Pelčaras. Pastarojo darbai onkologijos srityje išlaikė savo mokslinę vertę mažiausiai 50 metų. Jau nuo 1924 metų, gavę Rokfelerių fondo paramą, Medicinos fakulteto mokslininkai stažavo Prancūzijoje, Vokietijoje, JAV. Pažymėtina, jog didelę dalį tarptautinės reikšmės publikacijų fakultete išleido mokslininkai, dalyvavę Rokfelerių fondo programose.

Tarpukario laikotarpio prevencinė medicina Rytų Europoje labiau sietina su infekcinių ligų prevencija, tačiau Vilniuje lygia greta buvo plėtojami ir lėtinių neinfekcinių ligų tyrimai. Duomenys apie valstybinę sveikatos politiką onkologinių ir kitų lėtinių neinfekcinių ligų atžvilgiu rodo, jog tai taip pat buvo suvokiama kaip socialinė visuomenės sveikatos problema. To meto sveikatos apsaugos prioritetas buvo vadinamosios socialinės ligos. Socialinėmis buvo laikomos nuo kultūrinių veiksnių priklausomos ligos, kurios nusinėsdavo daugiausia gyvybių arba reikšmingai sutrikdydavo individo ir visuomenės raidą. Tokioms ligoms buvo priskiriamos: tuberkuliozė, vėžys (navikinės ligos), alkoholizmas, venerinės ligos, didelis motinų ir vaikų mirtingumas, psichinė negalia ar ligos ir kt.

Galima kelti klausimą, kiek tokie sveikatos apsaugos sistemos prioritetai buvo pagrįsti. Atsižvelgiant į medicininės statistikos duomenis galima teigti, jog socialinės ligos

aptariamuoju laikotarpiu ištis buvo itin opi problema. Didžiausi gyventojų mirtingumo rodikliai sietini su tuberkulioze, širdies ir kraujagyslių ligomis, plaučių uždegimu, vėžiu. Atsižvelgiant į faktą, kad venerinės ligos sėkmingai imtos gydyti tik po Antrojo pasaulinio karo, galima sutikti, jog tai galėjo būti ištis didelė problema.

Psichikos ligų klausimas Europoje XIX pabaigoje–XX pradžioje buvo vienas iš sudėtingiausių. Nors aptariamuoju laikotarpiu psichiatrija kaip mokslas išgyveno spartų pažangos periodą, tačiau būtent dėl šios priežasties psichikos negalia tapo nauja iki tol nekelta visuomenės sveikatos problema. Ankstesniu laikotarpiu psichikos ligomis sergantys asmenys nebuvo kruopščiai registruojami, todėl, įvedus tikslią registraciją, tokiomis ligomis sergančių asmenų imta fiksuoti itin daug. Vadinasi, psichikos ligų problema galėjo būti kiek demonizuota, kas paskatino ir eugenikos idėjų plitimą Europoje, JAV. Galiausiai, psichikos negalia ir kitos socialinės ligos tapo atspirtimi populistinei eugenikos politikai.

Išanalizavę SBU MF publikacijas, archyvinę medžiagą darome išvadą, kad šiame fakultete atliekami tyrimai apėmė platų visuomenės sveikatos problemų spektrą, artimą šiuolaikiniam visuomenės sveikatos mokslui. Be tuo metu aktualios užkrečiamųjų ligų problemos, tirtos ir kitos svarbios grėsmės: tuberkuliozė, alkoholizmas, didelis vaikų mirtingumas, reumatizmas, vėžys, venerinės ir psichikos ligos. Atsižvelgdami į Vilniaus miesto gyventojų mirtingumo rodiklius, manome, kad SBU MF prioritetai buvo nukreipti spręsti svarbiausias to meto sveikatos problemas. SBU MF tyrimai nebuvo stichiški, jie rėmėsi valstybine strategija, objektyviomis to meto Vilniaus krašto duotybėmis.

SBU MF Higienos katedros tyrimai taip pat buvo orientuoti į valstybinę sveikatos prevencijos strategiją. Būtų galima teigti, kad darbo higienos tyrimai, aktyviai plėtoti šioje katedroje, Vilniaus vaivadijos mastu buvo mažiausiai aktualūs, tačiau tai būtų paviršutiniškas vertinimas. Nors Vilniuje ir jo apylinkėse darbo higienos reikšmė nebuvo didelė, tokie tyrimai buvo svarbūs visos Lenkijos mastu. Tą patį galima pasakyti ir apie eugenikos, kūdikių mirtingumo, maisto priežiūros ir kitas problemas, nagrinėtas Vilniuje. Manome, kad tokie tyrimai laikytini ne trūkumu, bet dideliu SBU MF Higienos katedros privalumu. Katedros tyrimai buvo orientuoti ne tik į lokalių, bet ir į valstybinio masto visuomenės sveikatos problemų sprendimą.

Charakterizuojant SBU MF tyrimams būdingas tendencijas reikia pasakyti, kad ryškios takoskyros tarp ankstyvųjų ir vėlyvųjų SBU MF tyrimų kryptčių nebuvo. Daugumoje SBU MF katedrų ir klinikų išsikristalizavusios tyrimų kryptys tolygiai plėtotos nuo trečiojo dešimtmečio pradžios iki pat Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto uždarymo. Ketvirtojo dešimtmečio pradžioje kiek aktyviau imti nagrinėti socialinės higienos klausimai, susiję su vaikų sveikata, psichikos sveikata, visuomenės švietimu, onkologinėmis ligomis. Viena vertus, tokias tendencijas galėjo paskatinti didžioji

ekonominė krizė ir eugenikos idėjų sklaida mokslo pasaulyje, antra vertus, tam buvo ir kitų priežasčių: ankstesniu periodu katedros, klinikos ir praktinės institucijos dar tik formavosi, duomenys apie Vilniaus miesto ir apylinkių gyventojus buvo renkami, tik vėliau juos buvo galima plačiau interpretuoti, o tuomet jau kurti strategijas. Galiausiai, iki tol Vilniuje dar nedirbo tokie specialistai kaip M. Rozė, K. Pelčaras, kurie darė reikšmingą įtaką neurologijos ir psichiatrijos bei onkologijos disciplinų raidai Vilniuje.

Higienos katedros veiklai buvo būdingos panašios tendencijos. Nuo pat katedros įkūrimo iki profesoriaus K. Karafos-Korbuto mirties aktyviausiai nagrinėtos darbo higienos problemos. Apie ketvirtojo dešimtmečio pradžią išsiskyrė naujos tyrimų kryptys: sanitarijos inžinerija, drabužių tyrimai, vaikų sveikatos problemos, kūdikių mirtingumas, mokyklų higienos problemos, visuomenės švietimas, mitybos higiena. Tai sietina su nauja SBU MF Higienos katedros išugdyta higienistų karta. Vyr. asistentas A. Safarevičius, asistentai K. Rymaševskis, F. Kasperovičius, J. Bortkevič-Rodzevičova ėmė nagrinėti naujas problemas, remdamiesi medžiaga, iki tol surinkta bendradarbiaujant su praktikos institucijomis.

1922–1939 m. K. Karafos-Korbuto, A. Safarevičiaus, K. Rymaševskio, F. Kasperovičiaus, B. Novakovskio ir kitų Vilniaus higienistų pastangomis Stepono Batoro universitete susikūrė stipri nuosaikios socialinės higienos mokykla, kai kuriais sprendimais lenkusi savo laikmetį. Du iš SBU MF katedros vedėjų – K. Karafa-Korbutas ir B. Novakovskis – į Vilnių atvyko iš tuo metu Lenkijoje pažangiausios Krokuvos Jogailaičių universiteto Medicinos fakulteto Higienos katedros. Vilniaus higienistai siūlė socialines reformas. Kai kurias iš jų, pavyzdžiui, lūšnynų kvartalų griovimą, šiandien galime pavadinti gana radikaliomis, tačiau to meto kontekste jos buvo palyginti nuosaikios – Vilniaus higienistai nepritarė daug radikalesnėms eugenikos idėjoms.

SBU MF higienistams ir higienos problemas nagrinėjusiems klinicistams priskirtinas platus spektras Lenkijos mastu svarbių tyrimų, nenagrinėtų ir Lietuvoje. Plačiąja prasme visi Higienos katedros ir kitų padalinių tyrimai, atlikti Vilniuje, lyginant su daugiausiai sanitarinio pobūdžio darbais, atliktais Lietuvoje, buvo novatoriški dėl savo socialinio pobūdžio. Siaurąja prasme išskirtinos penkios svarbiausios kryptys: darbo higiena, drabužių tyrimai, aplinkos higiena ir sanitarinė inžinerija, maisto produktų patikros problemos, mokyklų higiena ir moksleivių, vaikų sveikatos problemos.

Svarbiausiu K. Karafos-Korbuto nuopelnu laikytinas Lenkijos darbo higienos instituto projektas (1927). Profesoriaus nuomone, šalyje turėjo būti sukurtas toks institutas, kuris tyrinėtų vien darbo higienos problemas. Atsižvelgiant į augančią Lenkijos pramonę, manytina, jog darbo higienos tyrimai buvo išties svarbūs. K. Karafos-Korbuto idėjos žengė koja kojon su praktiniais darbo higienos laimėjimais Lenkijoje, kai kuriais atvejais juos lenkė. Darbo higienos institucijos tuo metu dar tik imtos kurti, buvo ku-

riami darbo saugą, darbo santykius, darbo laiką reglamentuojantys įstatymai. Darbo higienos mokslas Vakarų Europoje ėmė formuotis XIX a. pabaigoje, o JAV – tik XX a. 3-iajame dešimtmetyje. Tarpukario Lenkijoje iš penkių to meto universitetų tik trys turėjo atskiras higienos katedras. Darbo higienos tematika Lenkijoje tuo metu išsamiausiai plėtota Krokuvoje ir Vilniuje. Taigi, vilniečių mokslininkų atliekami socialinės ir darbo higienos tyrimai buvo svarbūs visai Lenkijos higienos mokslo raidai.

K. Karafai-Korbutui priskirtinos novatoriškos idėjos darbo higienos srityje buvo nukreiptos į darbininkų socialinių sąlygų gerinimą. Profesoriaus idėjos yra universalios – aštuonių valandų darbo diena, pietų pertrauka yra socialinė darbininko, darbuotojo sveikatos reikiamybė. Tebėra svarbu sudaryti sąlygas darbininkui / darbuotojui bent dalį savo laiko skirti savišvietai.

Dauguma darbo higienos idėjų, tokių kaip racionalus pamaininis darbas, keturiasdešimties valandų darbo savaitė, šiais laikais jau įgyvendintos ir netgi lenkia ano meto suvokimą. Tačiau kai kurie originalūs K. Karafos-Korbuto pasiūlymai liko neįgyvendinti. Vienas tokių – keisti trimestrų sistemą semestrais. Semestrų sistema jau įvesta universitetuose, tačiau dalyje vidurinių mokyklų vis dar išliko ne itin racionali trimestrų sistema. Įgyvendinus tokią reformą, per metus smarkiai sumažėtų su trimestro pabaiga susijusių darbų, būtų mažiau sugaištama moksleivio ir mokytojo laiko.

Stepono Batoro universiteto higienistai ir bendrosios praktikos gydytojai daug dėmesio skyrė mokyklų ir darbo higienos reikalams, bendradarbiavo su mokyklų gydytojais. A. Safarevičiaus, J. Bortkevič-Rodzevičovos, J. Kozlovskos darbuose buvo išryškintos svarbiausios Vilniaus mokyklų higienos problemos. Rekomendacijos mokyklų vadovėliams buvo naujos to meto higienos mokslo kontekste. A. Safarevičiaus daktaro disertacija (1924) buvo skirta mokyklų vadovėlių tyrimams. Tai buvo antroji šiai problemai skirta studija Lenkijoje. J. Kozlovskos tyrime buvo nustatyta, kad nehygieniški vadovėliai buvo moksleivių stuburo iškrypimų priežastis. Dėl neįžiūrimo šrifto vaikai buvo priversti kūprintis.

Habilitacinis A. Safarevičiaus darbas (1926) apie drabužių higieną buvo pirmasis toks darbas Lenkijoje. Profesorius taip pat laikomas vienu iš sanitarijos inžinerijos tyrimų pradininkų Lenkijoje. 1929 m. jis nagrinėjo vieną naujausių tuo metu metodų – nuotekų valymą aktyviuoju dumbliu. Vilniuje šis metodas pritaikytas daugiau nei po pusės amžiaus.

Vilniaus miesto sanitarinės inžinerijos tyrimų raidai svarbi K. Rymaševskio daktaro disertacija „Sanitarinis Vilniaus miesto aprašymas“ (1928). Šiame darbe mokslininkas, priešingai nei A. Safarevičius ir kiti Vilniaus higienistai, teigė, kad geriausias vandentiekio problemos sprendimas būtų aprūpinti miestą artezinių šulinių vandeniu. Deja, to meto ekonominiai Vilniaus miesto pajėgumai neleido šios rekomendacijos įgyven-

dinti praktiškai. Kaip paaikškėjo vėliau, jau po Antrojo pasaulinio karo, arteziniai gręžiniai išties buvo geriausias sprendimas.

Savo disertaciniame darbe K. Rymaševskis siūlė planuoti miestą pagal T. Janiševskio sudarytus higienos reikalavimus, numatant oro masių judėjimą, saulės šviesą mieste, tiesiant kanalizacijos ir vandentiekio tinklus, taikant skirtingus reikalavimus miesto zonoms pagal jose plėtojamą ūkinę veiklą ir kt. Higienistas kritikavo higieniniu požiūriu netinkamus butus rūsiuose kaip pernelyg drėgnus, stokojančius ventiliacijos ir saulės šviesos, siūlė likviduoti šiukšlių duobes, šiukšles rūšiuoti į organines ir neorganines. Neorganines šiukšles siūlyta deginti. Šiais laikais rekomendacija deginti šiukšles būtų nepriimtina, tačiau rūšiavimo idėja buvo novatoriška ne tik to meto kontekste – ji lieka aktuali ir šiandien. Tuo metu tokios strategijos plačiausiai buvo taikomos Didžiojoje Britanijoje [339]. Taip pat rekomenduota naikinti lūšnynų kvartalus kaip antihigieniškų sąlygų židinius, pradedant nuo Šnipiškių. Rekomendacijos nebuvo įgyvendintos, sanitarinė šios miesto dalies būklė iš esmės nepakito iki pat aptariamojo laikotarpio pabaigos. Paradoksalu, tačiau būtent šis rajonas iki šiol tik iš dalies prijungtas prie vandentiekio ir kanalizacijos tinklų. Lietuvos Respublikos statybos techninio reglamento STR 2.02.01:2004 „Gyvenamieji pastatai“ devynioliktas punktas bei Higieninės normos HN-42:2009 „Gyvenamųjų ir visuomeninių pastatų patalpų mikroklimatas“ sudaro prielaidas butų rūsyje įsirengti net ir šiais laikais.

Iš esmės visi SBU MF higienos katedros mokslininkai vieningai sutiko, kad mitybos problemos Vilniaus mieste ir apylinkėse turėtų būti sprendžiamos kompleksiskai, taikant inžinerines naujoves, ekonomines priemones, netgi reformuojant ūkį. Kad pagerėtų duonos kokybė, F. Kasperovičius siūlė kepti duoną centralizuotai, t. y. įsteigti Vilniuje atskirą, visuomenės reikmėms skirtą duonos kepyklą. A. Safarevičius teigė, kad pieno kainų ir kokybės problemas gali išspręsti ūkinė reforma, didinant melioracijos mastus: didėjant dirbamos žemės plotams, ūkininkas galėtų daugiau pagaminti, o transportavimo ir kitos išlaidos santykinai sumažėtų, tuomet nekeliant pardavimo kainos būtų galima apdoroti pieną pasterizuojant. Deja, sąlygos įgyvendinti minėtas rekomendacijos atsirado tik po Antrojo pasaulinio karo.

Pieno ir grietinės kokybės tyrimai, atlikti J. Kievličiaus, F. Kasperovičiaus, E. Vyganovskio ir A. Safarevičiaus, buvo vieni pirmųjų šiai problemai skirtų tyrimų Vilniuje. Su pieno, grietinės skiedimu, galima produkto tarša siūlyta kovoti nustatant statistiškai pagrįstas pieno, grietinės riebumo normas. Taip pat buvo tirti pienininkystės ūkiai, melžėjų higiena. Lietuvoje pieno gamybos ir supirkimo taisyklės buvo nustatytos mūsų aptariamojo laikotarpio pabaigoje, t. y. 1938 metais [340].

SBU MF Higienos katedros mokslininkai atskleidė aukštų maisto produktų kainų ir nekontroliuojamo smulkaus verslo žalos mastus. Higienos reikalavimų nepaisantys

ūkininkai neretai sukeldavo pavojų miestiečių sveikatai skiesdami, pašaliniais daiktais užteršdami pieną, o duonai naudodami nehigieniškus miltus, galvijus skersdami nelegaliose skerdyklose. Maisto produktų kaina vertė nepasiturinčius miesto gyventojus vartoti mitybos požiūriu menkaverčius maisto produktus, kai kuriais atvejais iš viso atsisakyti sveikatai naudingų maisto produktų. Pastarosios SBU MF mokslininkų įžvalgos universalios, todėl aktualumo nepraranda ir šiandien. Nekontroliuojami prekeiviai linkę falsifikuoti maisto produktų galiojimo datas, gamybos procese maistingesnes medžiagas keisti pigesnėmis menkavertėmis, maskuoti sugedusių maisto produktų skonį ir kvapą stipriais prieskoniais, pagardais. Neturtingi gyventojai dėl mažesnės kainos renkasi produktus, pagamintus iš mitybos požiūriu prastesnių žaliavų.

Svarbu pabrėžti tai, jog socialinės higienos strategijas kūrė ne tik Higienos katedros mokslininkai, bet ir kiti Vilniaus miesto magistrato sveikatos sekcijoje dirbę gydytojai. Vyriausiasis Vilniaus mokyklų gydytojas S. Brokovskis vienas pirmųjų Lenkijoje tyrė moksleivių alkoholizmo problemą. Jo tyrime (1925) išryškinta socialinė alkoholizmo kilmė verta pagyrimo. Jo nuomone, alkoholizmo problema itin glaudžiai susijusi su kitomis socialinėmis problemomis: netinkamu auklėjimu, sunkiomis gyvenimo sąlygomis; galiausiai problemą sukuria ir alkoholio vartojimo skatinimas.

Neretai būtent socialinės problemos: prarastas darbas, stresas, nelaimės šeimoje, sukuria prielaidas žmogui tapti alkoholiku. Kartu galimas ir atvirkštinis priežastingumas – lengvai prieinamas, pigus alkoholis gali tapti pirmine asmeninės tragedijos ir visuomenės problemos priežastimi. Deja, tenka konstatuoti, jog praktiškai tokiomis įžvalgomis paremtos strategijos imtos įgyvendinti tik visai neseniai. Alkoholizmo prevencija didinant alkoholio pardavimo kainą, akcentuota S. Brokovskio tyrime (1925), šiandien sėkmingai įgyvendinama Vakarų šalyse – Prancūzijoje (1997) ir Vokietijoje (2004). Alkoholio reklama sėkmingai apribota Prancūzijoje (2004) [8]. Lietuvoje šios rekomendacijos vis dar nėra iki galo įgyvendintos.

Šiandien posovietinėje Lietuvoje susiduriame su tam tikromis jaunimo užimtumo problemomis. Ne visi anksčiau sėkmingai veikę sporto kompleksai, muzikos mokyklos, mokyklų orkestrai, kitos kultūrą puoselėjančios įstaigos tęsė savo darbą. O štai alkoholio pramonės rinkodara remiasi iki šiol menkai pakitusiais principais. Ji vis dar orientuota į tikslinę rinką, t. y. į konkrečias visuomenės grupes, pavyzdžiui, jaunimą. Taigi, jaunimo laisvalaikį ima užpildyti alkoholio vartojimo kultūra.

SBU MF vaikų klinikos asistentas E. Išora 1936 m. teigė, kad mitybos normos ikimokyklinio amžiaus vaikams negali būti universalios, tačiau turi būti nustatomos atsižvelgiant į vaiko amžiaus grupę, kūno sudėjimą, fizinį aktyvumą. Šiais principais bent iš dalies remiamasi ir šiuolaikinėse ikimokyklinio ugdymo įstaigose. Deja, praktikoje tokias ir panašias rekomendacijas tuo metu įgyvendinti buvo sunku. Maisto produktų

kainos Vilniuje nebuvo reguliuojamos atsižvelgiant į jų poreikį gyventojų sveikatai, todėl dauguma būtiniausių maisto produktų buvo brangūs. Remiantis turimais duomenimis reikia konstatuoti, kad nepaisant mitybos mokslo pažangos įgyvendinti sveikos mitybos principus trukdė pačios valstybės institucijos. Geras pavyzdys – vadinamieji vitamininiai vaisiai. Lenkijoje centrinės valdžios institucijos nesuprato egzotinių vaisių naudos sveikatai [341]. Lietuvoje egzotinių vaisių importas buvo net ribojamas [342].

Tarpukario Vilniuje pradėti ir šiandien puikiai žinomų socialinės kilmės ligų tyrimai. Kiek aplenkdamas savo laiką, klinicistas A. Januškevičiaus pirmasis į Lenkijos medicinos terminiją įtraukė padidėjusio kraujospūdžio sąvoką. Jis buvo šiais laikais itin opios socialinės ligos – hipertenzijos – vienas iš pirmųjų tyrėjų. Ši liga itin susijusi su socialinėmis priežastimis. Judėjimo stoka, žalingi įpročiai, netaisyklinga mityba, antsvoris, stresas ir kitos priežastys gali nulemti šios ligos atsiradimą net ir jauname amžiuje. Kiek išplėtojant A. Safarevičiaus mintį apie tai, jog „rūpinimasis savo ir artimųjų sveikata yra dorovinė kiekvieno žmogaus pareiga“, reikėtų pridurti, jog tokia nuostata turėtų būti diegiama visuomenėje ir šiandien, ypač kalbant apie lėtines širdies ir kraujagyslių ligas. Padidėjusio kraujospūdžio galimų pasekmių (infarktas, insultas) prevencija asmeniui, šeimai, valstybei kainuotų nepalyginti mažiau nei gydymas.

Stepono Batoro universitete buvo atliekami ir kai kurie kiti socialinei higienai svarbūs tyrimai. J. Šmurla ir jo mokinys B. Dylevskis Medicinos fakulteto Otolaringologijos klinikoje ir miesto mokyklose tyrė Vilniaus moksleivių balso ir kalbos higienos problemas. Šio ir kitų Vilniaus mokslininkų iniciatyva 1935 m. Liubline atidarytas atskiras Vaikų klinikos Otolaringologijos skyrius buvo pirmasis Lenkijoje. Kaip svarbiausią Vilniaus otolaringologų nuopelną to meto mokslui norėtume išskirti SBU MF atliktus vienus pirmųjų Lenkijoje balso ir kalbos higienos tyrimus. Minėti tyrimai ir mokslininkų pateiktos rekomendacijos ne mažiaus svarbūs ir šiandien. Mažas dėmesys ikimokyklinio amžiaus vaikų kalbos raidai lemia kalbos ydų įsisenėjimą. 2012 m. duomenimis, 7–9 % Lietuvos vaikų turi kalbos sutrikimų, dauguma sutrikimų priežasčių yra socialinės. Tai mažas tėvų dėmesys vaiko kalbos raidai, modernių technologijų įtaka ir kt. Nepakankamas dėmesys šiai problemai skiriamas ir valstybiniu mastu – daželiuose stinga logopedų, todėl kalbos raidos ydos ne visada ištaisomos laiku. Dėl šios priežasties moksleiviui vėliau būna sunkiau mokytis, sutrinka jo fizinė ir emocinė raida [343].

Viena opiausių tarpukario Europos visuomenės sveikatos problemų buvo tuberkuliozė. Ši liga siautėjo ir Vilniuje. Jos riziką mieste labai didino menkos hospitalizavimo galimybės. Tačiau Medicinos fakulteto mokslininkų V. Jasinskio ir S. Baginskio pastangomis imta vykdyti kova su šia liga iš dalies kompensavo vietos valdžios institucijų aplaidumą. Jau nuo 1926 m., kai buvo įdiegta BCG vakcinacija, iki 1932 m. kūdikių mirštamumas nuo tuberkuliozės sumažėjo 5 kartus, o suaugusiųjų – 4 kartus. Deja,



vėliau sergamumas šia liga išliko didelis. Lietuvoje pirmieji siūlymai naudoti šį metodą pasirodė tik 1936 metais. Laikome tai savotišku paradoksu, nes VDU MF Higienos ir bakteriologijos katedra visą savo dėmesį skyrė būtent bakteriologijai. Tačiau ne mažesnis paradoksas yra ir tai, jog Vilniuje šią idėją įgyvendinti pasiūlė pediatras V. Jasinskis ir histologas S. Baginskis, tačiau apie tai net neužsimenama K. Karafos-Korbuto darbuose, nors pastarasis atvyko iš Krokuvos, kurioje L. Pastero ir R. Kocho darbai buvo gerai žinomi.

SBU MF veikloje būta svarbių to meto situacijos neatitikimų. Kaip antai miesto vaikų dantų būklė buvo bloga. Nors beveik pusės Vilniuje tirtų vaikų dantys buvo pažeisti ėduonies, SBU MF stomatologijos poliklinikos veikla stokojo prevencinio darbo burnos higienos srityje. Buvo paskelbtas vos vienas darbas apie vaikų burnos higieną. Taip nutiko todėl, kad poliklinikos vedėjas E. Mancevičius visą dėmesį skyrė moksliniam darbui, o klinikos veiklą kreipė tik fakulteto reikmėms, taip visai apleisdamas miestiečių poreikius. Visgi bendrame to meto Lenkijos ir Europos kontekste tai neturėtų stebinti, nes tuo metu suvokimas apie burnos higieną dar tik formavosi. Dantų gydytojų skaičius visoje Lenkijoje buvo mažas, palyginti su bendrosios praktikos gydytojais [297].

Priekaištų būtų galima kelti ir Bakteriologijos katedrai. Šiame padalinyje buvo plėtojami serologiniai tyrimai, siekiant pagerinti užkrečiamųjų ligų diagnostiką. Visgi dauguma katedroje atliekamų tyrimų buvo daugiau mokslinio, bet ne taikomojo pobūdžio galbūt dėl to, kad bakteriologinius uždavinius iš dalies perėmė kiti Medicinos fakulteto padaliniai ir visuomeninės organizacijos. Tačiau toje pačioje Bakteriologijos katedroje būta ir svarbių pasiekimų: katedros vedėjas T. Gryglevičius bei Otolaringologijos klinikos vedėjas J. Šmurla vieni pirmųjų Lenkijoje tyrė retą, tuo metu tik rytinėms vaivadijoms būdingą iš Rusijos atkeliavusią ligą – skleromą.

Svarbus SBU MF Higienos katedros darbuotojų nuopelnas – pedagoginio darbo plėtojimas, higienos mokslo žinių sklaida visuomenėje ir kita susijusi veikla. K. Karafos-Korbuto higienos vadovėlis (1925) aukštosioms mokykloms buvo pirmasis ir vienintelis visoje Lenkijoje iki pat Antrojo pasaulinio karo. Dar svarbiau tai, kad jį sukūrė higienos mokslo specialistas. Lietuviškas vadovėlis, apėmęs visas to meto higienai žinomas problemas, pasirodė tik po Antrojo pasaulinio karo. Socialinės krypties higienos kurso programa leido Medicinos fakulteto studentams susipažindinti su higienos mokslo laimėjimais ir taikyti juos praktikoje. Deja, tuo metu Lenkijos universitetuose higienos disciplinai buvo skiriamas palyginti mažas valandų skaičius – tik 100 valandų. Profesorius K. Karafa-Korbutas kritikavo tokią padėtį. Kita problema buvo ta, kad bakteriologinės žinios apie užkrečiamąsias ligas buvo diegiamos siejant jas su vidaus ligų kursu, todėl praktiškai šios žinios buvo įgyjamos jau po studijų. Šią problemą iš dalies kompensavo kitos priemonės. Medicinos fakultete ir Higienos katedroje buvo moko-

mi Vilniaus vaivadijos gydytojai, higienistai, mokyklų gydytojai. Visoje Lenkijoje tokia praktika padėjo kelti specialistų kvalifikaciją ir kovoti su užkrečiamosiomis ligomis.

Higienos mokslo sklaidai labai svarbi tuo metu buvo periodinė spauda. Vilniaus higienistams taip pat galime priskirti su ja susijusių svarbių nuopelnų. Jau nuo 1925 m. Vilniuje imtas spausdinti pirmasis Lenkijoje periodinis leidinys, skirtas higienos tematikai, – „Higienos archyvas“. Higienos žinių sklaidai visuomenėje neabejotinai svarbios buvo populiarios katedros darbuotojų publikacijos. Jų Higienos katedroje laikotarpio pabaigoje paskelbta apie pusšimtį. Manome, kad tai daug turint omenyje, kad didžiąją jų dalį parašė vienas autorius – Higienos katedros vyr. asistentė J. Bortkevič-Rodzevičova. Nuo 1933 m. ši higienistė skaitė radijo pranešimus higienos tematika. Atsižvelgdami į to meto viešųjų informacijos priemonių pasiūlą (radijas, laikraščiai, žurnalai) manome, jog buvo išnaudota dauguma to meto galimybių. Analizuojant Higienos katedros veiklą akivaizdu, kad dauguma publikacijų buvo mokslinės, taigi konstatuojame, jog higienos žinių populiarinimas viešojoje spaudoje, bent jau ankstyvuojau laikotarpiu, nebuvo katedros prioritetas. Tačiau galima teigti, kad tokią strategiją iš dalies kompensavo gydytojams rengiami kursai. Taigi, elementarios higienos žinias visuomenei skleidė ne Higienos katedra, bet jos parengti gydytojai.

Savo reikšmės iki šiol neprarado ir kitų Vilniaus mokslininkų idėjos. Lietuvių ambulatorijos direktorius D. Alseika tuberkuliozę įvertino kaip vieną seniausių žmonijos ligų, sietinų su bendru organizmo nusilpimu. Jo rekomenduotos priemonės daugiausia priskirtinos sanitarinėms, tačiau įvardytos ir socialinės-terapinės priemonės: sportas, saulės vonios, geras maistas, žalingų įpročių atsikratymas. Tai geras pavyzdys ir šiaandien. Greta biologinės tuberkuliozės kilmės tyrimų, sanitarinių priemonių, nevertėtų pamiršti ir socialinių šios ligos priežasčių.

Atlikę lyginamąją literatūros ir šaltinių analizę konstatuojame, kad Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslo darbuose plėtotos higieninio visuomenės švietimo strategijos buvo perimtos iš JAV, Prancūzijos, Vokietijos. K. Karafos-Korbuto darbuose pateikiama visuomenės higienos samprata gali būti sugretinta su C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos samprata. Vilniuje veikė JAV pavyzdžiu sukurti sveikatos centrai. Vilniaus pediatrų memorandume iškelta socialinės slaugės idėja kiek anksčiau buvo įgyvendinta JAV, Prancūzijoje. Darbo higienos srityje K. Karafa-Korbutas rėmėsi Vokietijos patirtimi, JAV pavyzdžiu iškėlė ergonomikos tyrimų problemą darbo higienoje.

Vilniaus krašte įgyvendintos vakarietiškos institucinės mokslo naujovės Lietuvoje įgyvendintos kiek vėliau arba išvis nebuvo įgyvendintos. Vadinamieji sveikatos centrai Vilniuje veikė nuo 1929 m., Lietuvoje – tik nuo 1938 m. Socialinių slaugių veikla nebuvo būdinga likusiai Lietuvai. Šių ir kitų visuomeninių institucijų veikla Vilniuje vertintina kaip geras J. Poliako koncepcijos įgyvendinamumo pavyzdys. Nepaisant sunkių

ekonominių sąlygų ir menkos valstybės paramos, Vilniuje šias organizacines spragas bent iš dalies kompensavo visuomeninė iniciatyva ir institucijų tarpusavio bendradarbiavimas. Be abejonės, tokio tipo socialinė-medicalinė pagalba dažniausiai būna stichiška, stokoja bendro plano. Vis dėlto būtent visuomenės aktyvumas buvo pirmasis žingsnis, kuris paskatino tolesnį profesionalių visuomenės sveikatos institucijų organizavimą JAV ir kitose Vakarų šalyse. Tikėtina, jog su valstybės parama ilgainiui tokia iniciatyva galėjo išaugti į pakankamai gerai koordinuotą tinklą.

Manome, kad vakarietiški modeliai nebuvo perimti aklai – Europoje itin paplitusios eugenikos idėjos Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų bendruomenėje vertintos atsargiai. Galimybės gydyti psichikos ligonius buvo ribotos. Itin trūko lovų psichikos ligoniams, todėl kvalifikuotą gydymą aptariamuoju laikotarpiu galėjo gauti tik mažuma psichikos ligonių. Šią problemą iš dalies kompensavo vadinamoji šeimų globos praktika. Manytina, kad tokia praktika galėjo sušvelninti neigiamas visuomenės nuostatas psichikos ligonių atžvilgiu.

Radikalūs eugenikos šalininkų užmojai Vilniaus medikų darbuose buvo kritikuojami kaip nepamatuoti, nehumaniški ir trumparegiški. Vilniuje veikė Eugenikos draugija, tačiau tarp jos narių SBU MF gydytojų buvo nedaug. Iš turimų duomenų sprendžiame, kad SBU MF mokslininkų siūlytos strategijos buvo demokratiškos. Toks brandus požiūris buvo gana retas reiškinys to meto mokslo pasaulyje.

Iš organizacinių Higienos katedros pasiekimų bene sėkmingiausiu reikia laikyti vadovavimą Maisto tyrimų stočiai. Nuo 1925 iki 1938 m. mieste labai sumažėjo nekokybiškų maisto produktų, o tiriamų produktų kiekiai, spektras gerokai praplėstas. Iki tol maisto tyrimų stotyje (laboratorijoje) nebuvo vykdomi sistemingi tyrimai. Svarbus katedros nuopelnas buvo nuolatinis bendradarbiavimas su praktinėmis vietos savivaldos institucijomis. Dauguma Higienos katedros tyrimų buvo inicijuoti ne tik pačių mokslininkų, bet ir praktinių institucijų. Tai rodo, jog ši katedra visuomenėje buvo laikoma autoritetingu vedliu.

Visgi reikia pripažinti, kad Vilniaus mokslininkų keliami miesto aplinkos ir sveikatos sistemos, socialinės sistemos reikalavimai nebuvo įgyvendinti. Manome, kad vienas svarbiausių kliuvinių įgyvendinti higienos reikalavimus visu laikotarpiu buvo sunki ekonominė Vilniaus krašto padėtis ir praktinių institucijų aplaidumas. Vilniaus kraštas, lyginant su kitomis Lenkijos dalimis, buvo itin atsilikęs ir apleistas. Tokias sąlygas Vilnius „paveldėjo“ iš higieniniu požiūriu labai atsilikusios carinės Rusijos, bet, kita vertus, aptariamuoju laikotarpiu nebuvo imtasi esminių reformų. Lenkijos centrinės valdžios institucijos rytines vaivadijas ir Vilnių, galima sakyti, paliko likimo valiai, tiesiog neskirdamos reikiamo finansavimo ūkio plėtrai ir sveikatos apsaugos sistemai. Ūkio sankloda nebuvo modernizuota, Vilniaus miestas išliko menkai urbanizuotas. Daugumoje miesto mokyklų higieninės sąlygos buvo netinkamos mokymui.

Nepatenkinamos higieninės sąlygos buvo ir gyventojų asmeninėje erdvėje. Miesto gyventojai didelėmis šeimomis glaudėsi ankštuose būstuose arba nuomodavo dalį namo, kai kada nepaisydami jokių higienos reikalavimų butus įsirengdavo net rūsiuose. Tai rodo, jog valdžios iniciatyva nebuvo statomi daugiaaukščiai namai miesto gyventojams. Kaimo gyventojai dažnai vis dar gyveno su naminiiais gyvuliais dūminėse pirkiose, nes išlaikyti didesnius namus neturėjo pakankamai lėšų. Mieste tuo metu neturėta nei duonos, nei pieno fabrikų, nei tinkamos maisto kontrolės sistemos.

Kitos, jau išvestinės problemos, susijusios su anksčiau minėtais veiksniais, buvo higienos žinių sklaida ir menkos prevencinių veiksmų įgyvendinimo galimybės. Statistiniai duomenys apie miesto gyventojus rinkti ne visada sistemingai, o apie vaivadijos gyventojus žinių itin stinga. Nors miesto municipalinės medicinos sistema, palyginti su ankstesniu carinės Rusijos periodu, buvo labiau išplėtotą, jos efektyvumas buvo nepakankamas. Maža to, laikotarpio pabaigoje jos efektyvumas dar susilpnintas – taupant lėšas miesto sanitarijos gydytojų skaičius imtas mažinti. Miesto ligoninės ir universitetinės klinikos buvo įkurtos gydymo ir mokymo tikslams nepritaikytuose pastatuose.

Kai kuriais atvejais vietos valdžios aplaidumas buvo lemtingas. Nesprendžiama tuberkuliozės problema sukėlė tuberkuliozės epidemijų. K. Rymaševskio nuomone, dėl hospitalizacijos problemų mieste per visą laikotarpį išliko didelis sergamumas skarlatina. Tiesa, tuo metu jis buvo būdingas ir visai Lenkijai, taigi galėjo būti ir kitų priežasčių.

Iš turimų duomenų galime spręsti, kad sanitarinė inžinerija Vilniuje nebuvo nuosekliai plėtojama. Vandentiekio ir kanalizacijos tinklas kurtas lėtai ir netolygiai, mieste nebuvo efektyvios atliekų šalinimo sistemos. Šiuo ir kitais aspektais to meto Vilnius labiau priminė didelį kaimą nei modernų miestą. Dėl vietos valdžios aplaidumo, gyventojų skurdo Vilniaus miesto ir apylinkių gyventojai ieškodavo pigesnių alternatyvų – naudodavo higieną pažeidžiančių savadarbių šulinių vandenį, gydytis eidavo pas šundaktarius, vartojo pigesnius, prastesnius maisto produktus. Mityba buvo skurdi, ūkininkai buvo priversti daug ir sunkiai dirbti, o tai taip pat blogino jų sveikatos būklę. Dėl šių bei kitų galimų priežasčių Vilniaus krašto gyventojai buvo silpnai fiziškai išsivystę.

Gauti medicinos pagalbą vietos gyventojams kai kada trukdė ir kalbos bei turto barjeras – Vilniaus vaivadijos gyventojai, ypač kaimuose, kur gyveno daugiausia lietuviai ir gudai (baltarusiai), nemokėjo lenkų kalbos, buvo neturtingi. Visgi kai kuriais atvejais būta ir pačių gyventojų kaltės. Vidurių šiltinės epidemija Vilniaus mieste (1929) kilo dėl klaidingo gyventojų sprendimo toliau naudotis nehigieniškais šuliniais, nors jau buvo sudarytos galimybės naudotis vandentiekio vandeniu. Didelį kūdikių mirtingumą lėmė motinų išsilavinimo stoka ir netinkama priežiūra. Vilniuje, kaip ir kituose to meto Lenkijos miestuose, tarp dažniausių mirties priežasčių buvo plaučių uždegimas, ypač būdingas kūdikiams. Tai sietina su netinkama priežiūra, aplaidumu. Į gydytojus

motinos dažnai kreipdavosi pavėluotai. Kai kuriais atvejais jos gėdydavosi savo vaikų ligų, tokių kaip sifilis, trachoma, todėl nevykdavo pas gydytojus. Trachoma šiandien mažai žinoma liga, tačiau venerinių ligų problema vis dar aktuali.

Analizuodami pateiktus duomenis apie ano meto sveikatos problemas galime teigti, kad ne paskutinę vietą tarp kitų priežasčių užėmė ir mentaliteto stygius. Reikia pasakyti, kad mentalitetas, kaip tam tikrai žmonių grupei būdingų įsitikinimų visuma, visuomenėje kinta lėčiau nei objektyviai pamatuojamos ekonominės, socialinės visuomenės formavimosi stadijos. Mūsų tyrimas atskleidė tiesioginį ryšį tarp mažiau išsilavinusių gyventojų elgsenos ir jų sveikatos problemų įsisenėjimo ar net tragiškos tokių asmenų gyvenimo baigties. Tam yra objektyvių priežasčių – medicininės paslaugos tuo metu buvo itin brangios, teikiamos beveik išimtinai mieste, dėl to sunkiai pasiekiamos kaimo gyventojams. Visgi tikėtina, kad ankstyva prevencija galėjo padėti išvengti skaudžių padarinių. Surinkti duomenys dar kartą patvirtina visuomenės švietimo svarbą. Ne mažiau svarbu ir tai, kad visuomenės švietimas būtų ne formalus, bet kryptingas, atsižvelgiant į konkretų adresatą – higienos žinių mokomą paprastą žmogų.

Vilniaus higienistas F. Kasperovičius (1930) nedetalizavo, kas būtent vadinama „netinkama“ vaikų priežiūra, tačiau didelio vaikų mirtingumo priežastis galime atkurti lygindami duomenis su kitais žemdirbystės kraštais, tarkime, Lietuva. Kūdikių mirtingumo statistika Vilniuje rodo, jog kūdikiai dažnai mirdavo ankstyvą rudenį nuo plaučių uždegimo. Ruduo, kaip žinoma, yra derliaus nuėmimo metas. Moterys tuo metu negalėdavo kūdikių saugiai palikti namuose, todėl turėdavo juos neštis su savimi į laukus. Dirbant kūdikėliai buvo paliekami ant žemės ar šieno glėbelio, todėl galimybė vaikelių peršaldyti buvo didelė. Šis paprastas pavyzdys atskleidžia, kaip tam tikrų socialinių sąlygų stygius tiesiogiai lemia sveikatos problemas.

Būtų galima teigti, jog miesto gyventojai nedirbdavo ūkio darbų, tačiau šį loginį neatitikimą paaiškina faktas, kad provincijoje stingant ligoninių kaimo gyventojų vaikai buvo vežami į miesto ligonines. Panašaus pobūdžio darbininkų problemas K. Karafa-Korbutas siūlė spręsti greta gamyklų steigiant vaikų darželius-lopšelius. Kiek modifikuota pastaroji K. Karafos-Korbuto rekomendacija bent iš dalies galėjo padėti spręsti kūdikių mirtingumo problemą.

Taigi, analizuodami to meto duomenis matome akivaizdų SBU MF mokslininkų deklaruojamų siekių ir praktinės padėties neatitikimą. Viena vertus, galime teigti, kad mokslininkai pateikė profesionalias rekomendacijas, antra vertus, tik menka jų dalis buvo įgyvendinta praktiškai. Atsižvelgiant į mokslo institucijų galias, esminis klausimas, ar mokslo institucija galėjo išspręsti šias problemas be organizuotų visuomenės pastangų, išlieka retorinis. Juo labiau kad kitos sveikatos sistemos grandys aptariamuoju laikotarpiu dar tik formavosi.

Kitas klausimas, ar Vilniaus higienistai galėjo sąmoningai kelti neįgyvendinamus reikalavimus, taip yra pat retorinis. Visgi manome, jog reikalavimai buvo profesionalūs, rėmėsi pažangių Vakarų valstybių pavyzdžiu, buvo pagrįstai aukšti ir atitiko mokslo institucijai keliamus reikalavimus bei situacijos padiktuotus iššūkius.

Galiausiai keltinas klausimas, ar aukšti miesto higienos reikalavimai galėjo būti sumažinami, stengiantis prisitaikyti prie neveiklių vietos valdžios institucijų. Galbūt buvo galima kelti deklaratyvius ir lengviau pamatuojamus siekius, pavyzdžiui, vykdyti sanitarines akcijas. Tai kai kuriais atvejais buvo būdinga Vilniaus medicinos draugijos ir kitų organizacijų veiklai [54]. Kaip aukštų reikalavimų sumažinimą galbūt būtų galima vertinti A. Safarevičiaus rekomendaciją vandentiekui naudoti Neries upės vandenį.

Vienas didesnių priekaištų SBU MF Higienos katedros veiklai galėtų būti menkas dėmesys kaimo vietovių sveikatos problemoms. Iš dalies tai gali būti siejama su to meto statistikos trūkumais. Kaimo vietovėse epidemiologinės statistikos duomenys buvo renkami aplaidžiai. Taigi, galimas daiktas, jog SBU MF Higienos katedra, remdamasi Vilniaus statistikos biuro turima informacija, tiesiog nežinojo galimų problemų mastų. Iš dalies juos atskleidė Vilniaus medicinos draugijos vykdytos sanitarinės akcijos, tačiau jos, kaip ir Higienos katedros tyrimai, buvo tik periodiškos. Kodėl šių problemų mokslininkai nesiėmė gvildinti, lieka neaišku.

**Apibendrinami** teigiame, kad Vilniaus krašte buvo taikoma pirmoji C. E. A. Vinslou sampratai artima visuomenės higienos teorija, kompleksiskai apėmusi platų visuomenės sveikatos problemų spektrą ir jų įveikos būdus, t. y. biologinės ir kultūrinės/socialinės kilmės sveikatos problemas, jų įveikos strategijas kaip kovą su socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis, sveikatos įstaigų veiklos analizę, jų plėtrą, žinių apie sveikatą sklaidą, sveikos gyvensenos propagandą, higienos reikalavimų įgyvendinimą. SBU MF, kaip ir visoje Lenkijoje, buvo plėtojama vadinamoji visuomenės higiena, apimanti kovą su socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis. Vilniaus higienistai nustatė priežastinius ryšius tarp netinkamos valstybės sveikatos politikos ir iš to kylančių pasekmių – socialinių ligų.

Tuo pat metu svarbiausia to meto sveikatos politikos yda reikėtų laikyti bendros, efektyvios strategijos nebuvimą praktiniu lygmeniu. Nors to meto mokslas jau skyrė ir biologinę, ir socialinę ligų kilmę, o svarbiausios visuomenės sveikatos problemos buvo suvokiamos valstybiniu lygmeniu, praktikoje valstybės institucijos tiesiog nevykdė pozityvių socialinio pobūdžio strategijų, visas problemas kompleksiskai apimančios socialinės visuomenės sveikatos politikos. Maža to, neretai vietos valdžios institucijos Vilniuje savo pareigas vykdė aplaidžiai ir taip net sukeldavo pavojų valstybės gyventojų sveikatai. Valstybiniu mastu rūpinimasis gyventojų sveikata neretai apsiribojo deklaratyviais šūkiiais, tačiau reali parama plėtojant sveikatos apsaugos sistemą, ypač kaimo vietovėse, buvo menka. Dalis pažangių idėjų buvo įgyvendinamos visuomenine iniciatyva, tačiau norint iš esmės pakeisti situaciją to buvo per mažai.

Kai kuriais atvejais socialinė sveikatos politika buvo suprantama paviršutiniškai ir net nehumaniškai: vadinamųjų menkaverčių individų egzistencija dėl ekonominių priežasčių buvo supriešinama su visuomenės interesais. Neturtingi, asocialūs, psichikos ir kitą negalią turintys asmenys tapo populistinės politikos taikiniu. Tokiu būdu buvo tiesiog nusikratoma atsakomybės už šios problemos sprendimą, tuo pat metu telkiant visuomenę prieš tariamus jos priešus. Visgi Lenkijoje ir Vilniuje tokia praktika, priešingai nei daugelyje Europos valstybių, nebuvo įgyvendinta valstybės mastu.

Lenkijoje ir Viliuje taikyto vakarietiško sveikatos priežiūros modelio silpnybė buvo kova su užkrečiamosiomis ligomis. Miestuose naujas modelis buvo tinkamas, tačiau kaimo vietovėse, kuriose vis dar siautė užkrečiamosios ligos, ne mažiau svarbus buvo senesnis sanitarijos modelis. Visgi manytina, kad tai turėtų būti siejama ne tiek su pačiu modeliu, kiek su ribotais ištekliais ir netinkamais akcentais, t. y. atsiradus reikiamybei rinktis kaimo vietovės tiesiog buvo paliekamos likimo valiai, kad būtų pasirūpinta miesto gyventojais.

Taikant tuo metu pažangias visuomenės sveikatos mokslo teorijas Vilniuje buvo padėti darbo higienos, mokyklų higienos, mitybos higienos ir aplinkos higienos tolesnės raidos pamatai. Tačiau visas modelis nebuvo sėkmingai įgyvendintas, nes ekonominės sąlygos nebuvo palankios Vilniaus krašte sukurtai visuomenės sveikatos teorijai įgyvendinti. Kai kurie šios teorijos principai, susiję su fizinės higienos problemomis, galėjo būti įgyvendinti tik vėlesniu laikotarpiu, įveikus ankstesnės sveikatos teorijos – sanitarijos – iššūkius. Todėl pirmasis kokybinis lūžis, t. y. antisanitarinės miesto būklės įveika praktiniu lygmeniu, pasiektas jau vėlesniu sovietiniu Lietuvos laikotarpiu. Antrasis kokybinis lūžis – socialinių ligų įveika – tebevyksta ir šiandien.

Taigi, atsižvelgdami į XX a. Vilniuje plėtotos sveikatos teorijos ir praktikos virsmus, darome paskutinę išvadą, jog tolygiai visuomenės sveikatos mokslo raidai būtinas nuoseklus tęstinumas. SBU MF atveju viena pakopa buvo tiesiog peršokta. Naujas teorinis visuomenės sveikatos modelis buvo taikomas neįveikus ankstesnių iššūkių. Vilniaus krašto aneksija ir dvidešimt metų trukęs naujo modelio kūrimas tam tikra prasme sudarė prielaidas vėliau jį sugriauti sovietiniais metais. Ankstyvuojau sovietiniu laikotarpiu moderni, vakarietišku sveikatos apsaugos modeliu paremta visuomenės sveikatos samprata buvo atmesta. Labiau susitelkta ties ankstesne visuomenės sveikatos teorijos pakopa, t. y. kova su užkrečiamosiomis (infekcinėmis) ligomis, o socialinė medicina smarkiai politizuota, apribota sovietiniais modeliais. Dėl to visuomenės sveikatos mokslas Lietuvoje patyrė stagnaciją, o abi galimas etiologijas (socialinę ir biologinę) apėmusi vakarietiška visuomenės sveikatos samprata Lietuvoje imta suvokti gerokai vėliau nei Vakarų Europoje.



## 6. IŠVADOS

1. Vilniaus kraštas, lyginant su kitomis tuo metu Lenkijai atitekusiomis teritorijomis, buvo itin atsilikęs, apleistas ir nuniokotas. Svarbiausios to priežastys: anksčiau politinė priklausomybė carinei Rusijai, ūkio stagnacija, silpna ekonomika, Pirmasis pasaulinis karas, nevienodas miesto ir kaimo finansavimas ir kiti veiksniai. Vilniaus krašte ir Lenkijoje, kaip ir daugumoje Vakarų Europos valstybių, svarbiausias sveikatos sistemos iššūkis buvo vadinamosios socialinės ligos: tuberkuliozė, didelis kūdikių mirštamumas (dėl socialinių veiksnių), plaučių uždegimas, širdies ligos, vėžys (navikinės ligos), alkoholizmas, psichikos ligos ir užkrečiamosios ligos.
2. Kuriant sveikatos apsaugos sistemą Lenkijoje buvo remiamasi C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos samprata (1920 m.): buvo sukurti T. Janiševskio ir J. Poliaško modeliai, Vilniaus krašte sveikatos apsaugos sistema veikė kaip šių modelių simbiozė, tačiau C. E. A. Vinslou visuomenės sveikatos idėjos Vilniaus krašte įgyvendintos tik iš dalies.
3. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto reikšmė išaugo ketvirtajame dešimtmetyje: trečiojo dešimtmečio pabaigoje susiformavo katedrų ir klinikų struktūra, išsikristalizavo svarbiausios mokslinio darbo kryptys, orientuotos į valstybinės sveikatos apsaugos strategijos prioritetus, fakultete imta rengti vis daugiau studentų, su higienos mokslo pagrindais studentai buvo supažindinami per medicinos ir farmacijos studijas.
4. Medicinos fakulteto mokslininkų potencialas buvo reikšmingas. Paskelbtos 1577 publikacijos, iš kurių 13,26 % – tarptautiniuose mokslo žurnaluose. Apginta 100 daktaro disertacijų, iš kurių 20 habilitacinių. Apie 20 % fakulteto publikacijų buvo tiesiogiai skirtos visuomenės sveikatos problemoms. Higienos katedroje apgintos aštuonios daktaro disertacijos, iš jų dvi habilitacinės. Fakulteto mokslininkai aktyviai dalyvavo Lenkijos ir Europos universitetų mokslinėje veikloje, po SBU uždarymo įkūrė atskirus mokslo centrus Lenkijoje. SBU MF veikė viena iš trijų savarankiškų higienos katedrų visoje Lenkijoje, susikūrė viena įtakingiausių šalyje socialinės ir darbo higienos mokykla.
5. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto indėlis į sveikatos apsaugos sistemos gerinimą Vilniuje buvo svarbus: fakultete papildomai mokomi Vilniaus vaivadijos gydytojai, slaugės ir sveikatos apsaugos sistemos pareigūnai, fakulte-

to mokslininkai dirbo maždaug pusėje su sveikatos apsauga susijusių Vilniaus miesto institucijų. Universiteto mokslininkai siūlė strategijas, kuriomis siekta tobulinti miesto sanitarinę inžineriją, maisto produktų gamybos ir pardavimo kontrolę, higienines sąlygas mokyklose, gyventojų namuose, rašė populiariojoje spaudoje.

6. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų iniciatyva Vilniaus krašte buvo plėtojamas institucijų tarpusavio bendradarbiavimas, kuris sudarė prielaidas C. E. A. Vinslou ir J. Poliako visuomenės sveikatos idėjoms įgyvendinti: šioje teritorijoje veikė sveikatos centrai, gyventojams pagalbą namuose teikė socialinės slaugės, mokslo, visuomeninės ir vietos valdžios institucijos iš dalies kompensavo sveikatos priežiūros organizavimo sunkumus valstybės periferijoje.
7. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslininkų rekomendacijose, skirtose vietos valdžios institucijoms, buvo suformuluotos plataus masto socialinio pobūdžio strategijos: tarpinstitucinis bendradarbiavimas vykdant visuomenės švietimą ir sveiko gyvenimo būdo propagandą, rūpinantis jaunimo užimtumo problemomis, gerinant sanitarines sąlygas buityje ir plečiant socialines garantijas, kovojant su skurdu ir tamsumu, skatinant visuomenės sąmoningumą; reformuojant ūkio sanklodą, reguliuojant maisto produktų kainas bei tobulinant gydymo ir socialinių įstaigų veiklą, kitomis priemonėmis įveikiant pirmines socialinių ir užkrečiamųjų ligų priežastis.
8. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslo modelis buvo pagrįstas higienos ir bakteriologijos katedrų bei tyrimo lauko atskyrimu. Vilniuje sukurta savarankiška Higienos katedra. Vilniečių mokslo darbuose dominavo lokalaus ir valstybinio masto socialinės higienos strategijos, plėtoti darbo, mokyklų higienos moksliniai tyrimai, buvo paskelbtos vienos pirmųjų visoje Lenkijoje studijų darbo, mokyklų higienos, drabužių, kalbos ir balso higienos klausimais. K. Karafos-Korbuto higienos vadovėlis „Higienos apybraiža“ buvo pirmasis ir vienintelis tarpukario Lenkijoje. „Higienos archyvas“ buvo pirmasis Lenkijoje higienos problemoms skirtas periodinis leidinys.

## 7. REKOMENDACIJOS

Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto mokslinė veikla svarbi ne tik kaip istorinis paminklas, bet ir lyginamuoju aspektu, todėl verta tolesnių tyrimų. Manome, kad ilgalaikiai visuomenės sveikatos mokslo raidos procesai yra aktualus tarpdisciplininių tyrimų objektas. Ankstesniais laikotarpiais sukurtos materialios ir nematerialios struktūros gali būti universalios, todėl jos pritaikomos vėlesniais laikotarpiais. Atsižvelgdami į tai rekomenduojame:

1. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos instituto Medicinos istorijos ir etikos skyriui toliau plėtoti Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto veiklos tyrimus ir jų rezultatus skelbti mokslinėje spaudoje.
2. Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto veiklos tyrimų medžiagą integruoti į Vilniaus universiteto Medicinos fakultete dėstomus visuomenės sveikatos, medicinos istorijos kursus, praplečiant esamus kursus naujais visuomenės sveikatos mokslo raidą atspindinčiais faktais bei nauja Vakarų Europos ir pasaulio mokslo pasiekimais grindžiama interpretacija.
3. Mūsų manymu šiuo metu dėstomi visuomenės sveikatos, medicinos istorijos kursai turėtų apimti chronologiškai platesnį laikotarpį, įskaitant ir labai svarbų 1919–1939 metų laikotarpį, tolygiai išdėstant žinomus faktus apie visuomenės sveikatos ir medicinos raidą Lietuvoje nuo seniausių laikų iki Antrojo pasaulinio karo. Todėl greta Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto raidos tyrimų būtina plėtoti Kauno Vytauto Didžiojo (Lietuvos) universiteto Medicinos fakulteto (1922–1939) raidos tyrimus, tyrimų medžiagą integruoti į jau turimus visuomenės sveikatos, medicinos istorijos kursus.
4. Remdamiesi ankstesnių tyrimų duomenimis, šios disertacijos bei būsimų tyrimų medžiaga, rekomenduojame parengti vientisą, Lietuvos medicinos istoriją nuo seniausių laikų iki 1939 metų apimančią vadovėlį, nušviečiantį visuomenės sveikatos mokslo raidą Vakarų Europos mokslo kontekste.

## 8. PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA

1. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. The Development of Public Health in early XX-th Century in Vilnius. *Acta Medica Lituanica* (Vilnius) 2014; 21(3): 124-128
2. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. Vilniaus Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Medicinos istorijos ir filosofijos skyriaus veikla 1922–1939 metais. *Sveikatos mokslai*. (Vilnius) 2013; 23(2): 151–154.
3. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. Michalas Reicheris ir anatomija Vilniuje 1919–1939. *Medicinos teorija ir praktika*. (Vilnius) 2011; 17(1): 132–138.

### Skaityti pranešimai

1. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. The development of public health: how the war against bacteria became the war against the weak. – Tarptautinė konferencija „Evoliucinė medicina: sveikatos sampratos ir ligų suvokimo perspektyvos“. 2014 m. gegužės 27–30 d., Vilnius.
2. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. Occupational Medicine in Vilnius Stephen Bathory University's Medical Faculty in 1922–1939. – XXVI International Baltic Conference of the History of Science: *Historiae Scientiarum Baltica*. 2014, August 21–22, Helsinki.
3. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. The eugenics – the evolution of race, social hygiene from ancient times to the XX century. – Konferencija: *Czystość i brud. Hygiene w starożytności*. 2013, rugsėjo 12–13 d. Bydgoszcz, Lenkija.
4. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. The activities of the Department of Hygiene at the Stephen Bathory University in Vilnius, 1919-1939. *Historiae Scientiarum Baltica*, 2012, October 4-6, Vilnius, Lithuania
5. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. The activities of the Department of Histology and Embryology in Medical Faculty Stephen Bathory University. – International Conference: *Baltic Morphology VI*. 2011, September 22–23, Tartu.
6. Žalnora A., Miežutavičiūtė V. Anthropology, anatomy and histology studies at the Stephen Bathory University in Vilnius, 1919–1939. – XXIV International Baltic Conference of the History of Science: *Historiae Scientiarum Baltica*. 2010, October 8–9, Tallinn.

## LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

1. Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. Prieiga per internetą: <http://www.czytelniamedyczna.pl/3111,zdrowie-publiczne-w-polsce-a-polityka-zdrowotna-w-swietle-dokumentow-swiatowej-o.html> [žiūrėta 2012.02.03]
2. Janiszewski T. Określenia higieny i jej działań. *Zdrowie*. (Warszawa) 1931; XLVI(1-2-3): 71-79
3. Karaffa-Korbitt K. *Zarys higieny*. (Wilno) 1925: 676-677; 683-696; 704
4. F. Galton. Eugenics, it's definition, scope, and aims. *The American Journal of Sociology*. 1904; 10: 1-7
5. Karaffa-Korbitt K. *Przemysł a zdrowie*. (Kraków) 1926: 1-10
6. Rosen G. *From Medical Police to Social Medicine. Essays on History of Health Care*. (New York) 1974: 64; 304-317; 349-360
7. Mart G. *Metody i narzędzia propagandy higieny międzywojnia. Zawód Lekarza na Ziemiach Polskich w XIX- XX wieku*. (Warszawa) 2009: 212-223
8. Ulstein E. Does Europe has an alcohol policy? Nordic and Baltic countries against drugs. Vilnius, Lithuania. 3-4 November; 2006
9. Valuckas K. P., Didžiapetrienė J., Atkočius V., Characiejus D. Onkologijos mokslų plėtra Vilniaus universiteto Onkologijos institute. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(12): 1231
10. Tuberculosis: Key facts. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> [žiūrėta 2014.07.23]
11. Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011-2014 metų programa. Prieiga per internetą: <http://www.chest.lt/naujienos/tuberkuliozes-profilaktikos-ir-kontroles> [žiūrėta 2014.07.01]
12. Wałęska-Siempnińska M. Przekaz Historii Medycyny jako przesłanie dla medycyny. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*. (Poznań) 2000; 63(3-4): 97
13. Rosen G. *A history of Public Health*. (New York) 1976: 344-345; 349-360; 399-414
14. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslų teorija ir praktika. (Kaunas) 1999: 10-18
15. Bunch-Konopka H. *Historia Ochrony Zdrowia w Polsce*. (Warszawa) 1980: 23-55
16. Jeśman C. Akty prawne dotyczące zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, wydane przez wojskową radę sanitarną w latach 1919-1921. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*. (Poznań) 1996; 59 (1): 115-126
17. Meškauskas J. *Lietuvos medicinos istorija*. (Chicago) 1987: 157-190;183; 464; 474; 673; 730-762

18. Brożek K. Lekarze na północno-wschodnich ziemiach Drugiej Rzeczypospolitej. *Medycyna nowożytna*. (Warszawa) 2000; 7 (1): 87-107
19. Gawin M. 2003. Rasa i nowoczesność: Historia polskiego ruchu eugenicznego (1880-1952). (Warszawa) 2003: 97-103; 112-116; 182; 251; 345-347
20. Bielawski M. Z. Higienisci. Z dziejów eugeniki. (Wołowiec) 2011: 13-20; 71; 328; 336; 343-348; 358-360; 372
21. Black J. Wojna przeciw słabym. Eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów. (Warszawa) 2004: 19-20; 161; 428-429
22. Sztuka-Polińska U. Sytuacja epidemiologiczna niektórych ostrych chorób zakaźnych w Polsce w okresie Międzywojennym XX wieku. *Przegląd Epidemiologiczny*. (Warszawa) 2002; 56: 137-149
23. Magdzik W. 2004 Osiągnięcia w okresie 85 lat działalności i perspektywy działania służby sanitarno-epidemiologicznej w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*. (Warszawa) 2004; 58: 569-581
24. Brzeziński T. Społeczne problemy alkoholizmu w Polsce w latach 1918-1939. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*. (Szczecin) 1997; 60(4): 345-360
25. Jaszke M., Jaszke J. Problematyka higieniczna w polskich ośrodkach akademickich okresu międzywojennego (1919-1939) *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*. (Szczecin) 1997; 60(4): 327-329
26. Herman E. J. *Historia Neurologii Polskiej*. (Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk) 1997: 69-78
27. Majczyk-Mikuła J., Felcher A. Higienistki szkolne w profilaktycznej opiece zdrowotnej w latach 1918-1939. Zawód pielęgniarstwa na ziemiach polskich w XIX-XX wieku. (Warszawa) 2008: 276-296
28. Majczyk-Mikuła J. Lekarze szkolni w Polsce w latach 1918-1939. Zawód Lekarza na Ziemiach Polskich w XIX- XX wiek. (Warszawa) 2009: 225-244
29. Paciorek M. Działalność społeczna i organizatorska lekarzy dentyków pierwszej połowy XX wieku. Zawód Dentysty na Ziemiach Polskich w XIX-XX wieku. (Warszawa) 2007: 156-167
30. Ginko T. Zarys dziejów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego. Z dziejów Almae Matris Vilmensis: Księga pamiątkowa ku czci 400-lecia założenia i 75-lecie wzkrzeszania Uniwersyteu Wileńskiego. (Kraków) 1994: 188-191
31. Leśniewski M. Akademickie środowisko Wilna II połowy XX wieku. Zawód lekarza na Ziemiach Polskich w XIX i XX wieku. (Warszawa) 2009: 115-129
32. Brożek K. Wydział Lekarski uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. *Ann. Acad. Med. Siles.* (Katowice) 1999; 38-39: 115-126
33. Wrzosek A. Wskrzeszenie Uniwersytetu Wileńskiego w r. 1919. (Wilno) 1929: 1-5
34. Tylińska E. The revival of the Vilnius University in 1919: Historical conditions and importance for Polish science. The global and the Local: The history of Science and

- the Cultural Integration of Europe. Proceedings of the 2th ICESHS. (Crakow), September 6-9, p. 898-899
35. Łossowski P. Likwidacja Uniwersytetu Stefana Batorego przez Władze Litewskie w grudniu 1939 roku. (Warszawa) 1991: 11-12
  36. Sylwanowicz W. Ćwierć wieku działalności naukowej prof. Michała Reichera w Uniwersytecie Stefana Batorego. Acta Biologica et Medica. (Gdańsk) 1968; 13(2): 153-159
  37. Končius I. Stepono Batoro universitetas: Vilniaus universitetas Vilniuje. Tautos praeitis. (Chicago) 1965; 2 (2): 143-159
  38. Zemlickas G. Profesorius Ignas Končius – fizikas, etnologas, žemaitis. Priega per internetą: <http://www.lms.lt/ML/200315/20031512.htm> [žiūrėta 2010.02.26]
  39. Stanek A., Śledziński Z. Dzieje nauczania medycyny w Wilnie: Uniwersytet Stefana Batorego po wybuchu II Wojny Światowej. Dzieje nauczania medycyny na Ziemiach Polskich. (Kraków) 2001: 212-218
  40. Vilniaus universiteto istorija. [Ižanga R. Povilionio]. (Vilnius) 1994: 187-192
  41. Boruta J., Bumblauskas A., Jučas M., Juodka B., Kaunas D., Krivienė I. 2009. Alma Mater Vilnensis: Vilniaus universiteto istorijos bruožai. (Vilnius) 2009: 670; 688; 698; 776-777
  42. Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. (Wilno) 1925; 1(1)
  43. Čibiras P. Mano kelias į mokslą ir Medicinos praktiką. Vilniaus medicinos istorijos almanachas [red. A. Andriušis]. (Vilnius) 1997; 1: 273-308
  44. Česnys G., Tutkuvienė J., Jankauskas R., Rizgelienė R. Vilniaus universiteto Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedra nepriklausomybės metais. Vilniaus medicinos istorijos almanachas [red. A. Andriušis]. (Vilnius) 2004; 2: 43-59
  45. Stanek A. Historia chirurgii w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie w latach 1919-1939. (Gdańsk) 1995: 33-35
  46. Lewicki K. Michał Reicher – jego wpływ na rozwój polskiej anatomii. Doktorat. (Gdańsk) 2010: 8
  47. Pavilionis S. Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedra. Vilniaus medicinos istorijos almanachas. (Vilnius) 1997: 121-128
  48. Dybicki J. Śladami życia Stanisława Hillera. (Gdańsk) 2008: 111-163
  49. Wenski R. Życie i działalność prof. Jerzego Stanisława Aleksandrowicza. Doktorat. (Poznań) 2005: 41-42
  50. Włodzimierz Mozołowski 1895-1975 w 100-lecie urodzin [red. W. Makarewicz]. (Gdańsk) 1995: 72
  51. Dembinskas A. Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinikos istorinės ištakos ir dabartis. Vilniaus psichiatrijos klinikos istorija ir gydytojų mokslinė veikla. Psichiatrių mokslinės konferencijos, įvykusios 1993 m. gruodžio 17 d. medžiaga (Vilnius) 1993: 14-15



52. Tercijonas V. Lenkų pediatrijos apžvalga ir Vilniaus vaikų gydymas. *Medicina* (Kau-  
nas) 1940 (11): 894-903
53. Andriušis. A. Municipalinės medicinos raida Vilniuje 1876-1915 metais: Daktaro  
disertacija. (Vilnius) 2009: 16-17; 50-59; 250-251
54. Berner W. Działalność dozorów sanitarnych w Wilnie w okresie II Rzeczypospoli-  
tej. *Przgl. Epidemiol.* (Warszawa) 2009; 63: 463-469
55. Higienos mokslui Lietuvoje – 190 metų. Straipsnių rinkinys [sudarė A. Andriušis].  
(Vilnius) 1997
56. Brackowska B. Zakład Higieny Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie. *Ar-  
chiwum Historji i Filozofji Medycyny.* (Szecin) 1998; 61(1): 65-68
57. Jankauskas R., Jurkuvėnas V., Genienė Š. Higienos institutui 200 metų (Vilnius)  
2008: 11
58. Miežutavičiūtė V. Vilniaus medicinos draugija ir jos kova su infekcinėmis ligomis  
1805-1939: Daktaro disertacija. (Vilnius) 1998: 116-145
59. Jenz H. Wodociągi i kanalizacja miasta Wilna. (Wilno) 1932: 15-23; 50-67; 80-81
60. Juodkazis V. Penki šimtai Vilniaus vandentiekio metų. Prieiga per: [http://ausis.  
gf.vu.lt/mg/nr/2002/02/02van.html](http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/02/02van.html) [žiūrėta 2012.09.20]
61. Jokubaitis A. Filosofijos mokslas Vilniaus S. Batoro universitete 1919-1939 metais.  
Filosofijos mokslo kandidatinė disertacija. (Vilnius) 1991: 54-56
62. Miežutavičiūtė V. Medicinos istorijos dėstymas Vilniaus universitete Higienos mo-  
kslui Lietuvoje – 190 metų. Straipsnių rinkinys [sudarė A. Andriušis]. (Vilnius)  
1997: 27-39; 14-19; 53-57; 62-65
63. Andriušis A., R. Stukas. Mitybos istorijos Vilniuje bruožai. Higienos mokslui Lie-  
tuvoje – 190 metų. Straipsnių rinkinys [sudarė A. Andriušis]. (Vilnius) 1997: 27-39
64. Uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci prof. dra. Kazimierza Karaffy-Korbut-  
ta. *Archiwum Higieny.* (Wilno) 1936; 4 (1): LXII-LXVII
65. Urbelis A. Darbo higiena Vilniaus universitete. Higienos mokslui Lietuvoje – 190  
metų. Straipsnių rinkinys [sudarė A. Andriušis]. (Vilnius) 1997: 14-19
66. Urbanek B. Wileńskie kursy ratownictwa sanitarnego PCK w pierwszej połowie XX  
wieku. *Zawód ratownika na Ziemiach Polskich w XIX-XX wieku.* (Warszawa) 2012:  
241-252
67. Leśniewski M. Wkład wileńskiego ośrodka akademickiego w rozwój położnictwa  
domowego. *Zawód Położnej na Ziemiach Polskich w XIX-XX wieku.* (Katowicie)  
2004: 115-129
68. Tylińska E. Popularyzacja wiedzy medycznej w dwudziestoleciu międzywojennym -  
Uniwersytet Stefana Batorego w Wilnie. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny.*  
(Poznań) 2004; 67 (2-4): 151-154
69. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b.1

70. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 99
71. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 83-97
72. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 148, 223
73. LCVA f. 175, ap. 3 IXB, b. 22, 23, 28-38, 253
74. LCVA f. 175, ap. 3 IXB, b. 254 ; ap. 3IXCa, b.149-171
75. LCVA f. 175, ap. 3 IXB, b. 50-81; 102-111
76. LCVA f. 175, ap. 3 IXB, b. 169-178
77. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 65, 65 a,
78. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 50, 53, 56, 64, 66, 67, 69, 75, 76, 77, 79, 80
79. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 212, l. 12-23
80. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b.10, l. 5; b. 213, l. 2-8
81. LCVA f. 175, ap 3IXB, b. 211, l. 2-14; 25-26
82. LCVA f. 175, ap 3IXB, b. 149, l. 9; 17-20
83. LCVA f. 51, ap. 14
84. LCVA f. 64, ap. 19
85. LCVA f. 64 ap. 17, b. 108; 175; 245; 424
86. Trzebiński S. Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego w latach 1919-1929. (Wilno) 1931: 1-12; 30-87; 93
87. Trzebiński S. Pierwsze dziesięciolecie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Archiwum. Historii. Filozofii. Medycyny. (Poznań) 1931: 265-266
88. Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938. (Warszawa) 1939: 15-17; 24-27; 43-95
89. Jakowicki W. Pierwsze pięciolecie Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1929; 5(4): 321-344
90. Jakowicki W. Drugie pięciolecie Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1933; 9 (3-4): 341-359
91. Mienicki M. Pierwsze dziesięciolecie istnienia Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1934; 10(1-2): 176-191
92. Radziwiłłowicz R. Projekt rozbudowy Państwowego Szpitala Psychiatrycznego i Kliniki Psychiatr. U.S.B. w Wilnie. Rocznik Psychiatryczny. (Warszawa) 1929; 11: 111-116
93. Rudziński H. Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1932; 8 (2-3): 217-280; 341-350; 400-417
94. Rymaszewski K. Sanitarne opisanie m. Wilna. (Wilno) 1928: 19-29; 39-40; 43-73; 137-151
95. Karaffa-Korbitt K., Safarewicz A. Pierwsze dziesięciolecie działalności Zakładu Higieny U.S.B. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1933; 9(5): 488-507

96. Uroczyste podjedzenie ku uczczeniu pamięci prof. dra. Kazimierza Karaffy-Korbutta. *Archiwum Higieny*. (Wilno) 1936; 4(1): 1-72
97. Safarewicz A. Ś. P. Profesor Dr. Med. Kazimierz-Wacław Karaffa-Korbutt. *Pam. Wil. Tow. Lek.* (Wilno) 1934; 10(2-3): 8-11
98. Bortkiewicz-Rodziewiczowa J. Pamięci Prof. Dra. Aleksandra Safarewicza. *Pam. Wil. Tow. Lek.* (Wilno) 1936; 12(3-4): 16-19
99. Kasperowicz F. W sprawie odżywiania ludności miasta Wilna. *Archiwum Higieny*. (Wilno) 1931; 3(3): 4-13, 58
100. Kasperowicz F. Badanie chleba w Wilnie pod względem jakości wypieku i domieszek. *Archiwum Higieny*. (Wilno) 1927; 2(2): 89-96
101. Kasperowicz F. Badanie chemiczne wód gazowanych, wyrabianych w Wilnie. *Lekarz Wojskowy*. (Warszawa) 1929; 14: 288-293
102. Kasperowicz F. Badanie na zanieczyszczenia mleka rynkowego w Wilnie. *Zdrowie*. (Warszawa) 1931; 1: 105-114
103. Kasperowicz F. XXV-lecie Miejskiej Pracowni Badania Żywności i Przedm. Użytku w Wilnie. *Pam. Wil. Tow. Lek.* (Wilno) 1933; 9(5): 561-563
104. Kiewlicz J. Materiały do standaryzacji mleka w Wilnie. *Archiwum Higieny*. (Wilna) 1926; 1: 193-196
105. Rymaszewski K. Stan sanitarny wileńskich zakładów dla fabrykacji wód gazowych. *Odbytka z Zdrowie*. (Warszawa) 1931; 1-2-3: 1-3
106. Wyganowski E. Higieniczna wartość śmietany wileńskiej. *Pam. Wil. Tow. Lek.* (Wilno) 1934; 10 (1-2): 13-26
107. Nowicki A. Badanie sanitarne wileńskich przetworów mięsnych. *Medycyna*, (Warszawa) 1934; 18: 628-630
108. Safarewicz A., Rymkiewiczowa H Zawartość tłuszczu a ciężar właściwy mleka rynku Wileńskiego. *Medycyna*. (Warszawa) 1931; 15-16: 565-570
109. Karaffa-Korbutt K. Walka z kurzem w przemyśle. (Wilno) 1924
110. Karaffa-Korbutt K. O chorobach zawodowych robotników zajętych w fabrykach materiałów wybuchowych. *Lekarz Wojskowy*. (Warszawa) 1928; 3-4: 236-244
111. Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej* 1919 nr. 63 poz. 371
112. Ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*. 1919 nr. 67 poz 402
113. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*. 1939 nr. 54 poz 342
114. Drugi Powszechny Spis Ludności z dn. 9 XII. 1931: Mieszkania i gospodarstwa domowe w Polska. Główny Urząd Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. 1938. *Statystyka Polski*, C (94 a), Warszawa

115. Rocznik statystyki miast Polski. (Warszawa) 1931; 2: 10-22
116. Dziennik Urzędowy Delegata Rządu w Wilnie. 1922-1925
117. Ustawa z dnia 22 Grudnia 1925 r. w sprawie utworzenia województwa Wileńskiego. 1926. Dziennik urzędowy Województwa Wileńskiego. (Wilno) 1925; 1(1): 1
118. Luobikienė I. Sociologijos tyrimų metodika. (Kaunas) 2011: 79-84
119. Janiszewski Tomasz Wiktor. Prieiga per internetą: [http://zne.pl/t,haslo,1916,janiszewski\\_tomasz\\_wiktor.html](http://zne.pl/t,haslo,1916,janiszewski_tomasz_wiktor.html) [žiūrėta 2013.10.20]
120. Grassmann M., Zemke-Górecka A, Kędra B. Szpitalnictwo cywilne w Województwie Białostockim w II Rzeczypospolitej. *Miscellanea Historico-Iuridica*. (Białystok) 2009; 8: 128
121. Józef Polak. Prieiga per internetą: <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n1999/n199911/n19991124> [žiūrėta 2012.06.23]
122. Janiszewski T. W sprawie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego. *Zdrowie*. (Warszawa) 1923; 38( 2-3): 35
123. Janiszewski T. Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego. (Kraków) 1917: 19-20
124. Janiszewski T. O znaczeniu zdrowia. *Zdrowie*. (Warszawa) 1924; 39 (9): 319-336
125. Więckowska E. Udział naczelnego nadzwyczajnego komisariatu do walki z epidemiami w zwalczaniu chorób zakaźnych (1920-1923). *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*. (Poznań) 1996; 59 (1): 123-129
126. Historia przemysłu w województwie śląskim. Prieiga per internetą: <[http://www.scdk.pl/new/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20:historia-przemyslu-w-wojewodztwie-lskim&catid=6:przemys-i-technika&Itemid=11](http://www.scdk.pl/new/index.php?option=com_content&view=article&id=20:historia-przemyslu-w-wojewodztwie-lskim&catid=6:przemys-i-technika&Itemid=11)> [žiūrėta 2014-07-18]
127. Pietrzak K. Walka z prostytutką jako element zwalczania i zapobiegania chorobom wenerycznym w Polsce i na świecie (do roku 1939). *Zdrowie i choroba jako problem polityczny i społeczny. Medycyna w kontekście działań Państwa*. (Wrocław) 2005: 89-105
128. Kasperowicz F. Śmiertelność niemowląt w m. Wilna. *Pam. Wil. Tow. Lek.* (Wilno) 1933; 6(1): 27-33
129. Narodowy instytut zdrowia publicznego: Państwowy zakład higieny . Rys historyczny. Prieiga per internetą: <http://www.pzh.gov.pl/page/index.php?id=18%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0%3FL%3D0&L=0> [žiūrėta 2013.08.22]
130. Sztuka-Polińska U. Kadry i ich szkolenie na potrzeby zwalczania chorób zakaźnych w okresie międzywojennym w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*. (Warszawa) 2000; 54: 427-434
131. Drugi powszechny spis ludności. Główny Urząd Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. *Statystyka Polski*. (Warszawa) 1931; C(94) a:1
132. LCVA f. 13 pażyma

133. LCVA f. 51 pażyma
134. LCVA f. 51, b. 177, l. 107-110
135. Perkowska U. Działalność Społeczna profesora Emila Godlewskiego Juniora. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny. (Kraków) 2002; 65(1): 1
136. LCVA f. 13, ap. 1, b. 92, l. 29; 74
137. LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 105-112
138. LCVA f. 64, ap. 19, pażyma
139. LCVA f. 64, ap. 19, b. 24, l. 40
140. LCVA f. 64, ap. 19, b. 37-157
141. Šopauskas J. Ligtumas Lietuvoje mirties priežasčių ir apkrečiamųjų ligų registracijos duomenimis. Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakulteto darbai. (Kau-nas) 1939; 5: 469-483
142. Muraszko J. Śmiertelność niemowląt w świetle liczb Stacyj Opieki nad Matką i Dzieckiem w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1930; 6(2): 244-250
143. LCVA f. 64, ap. 19, b. 20, l. 90-93
144. LCVA f. 64, ap. 19, b. 37; 38; 46; 57; 70; 71; 94; 95; 113; 124; 125; 157; Rudziński H. Stan szpitalnictwa na Wileńszczyźnie. (Wilno) 1935: 18-19
145. Pelczar K. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie w roku akademickim 1937/1938. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1938; 14(4): 317; 408
146. A short history of Vilnius University. (Vilnius) 1979 : 138
147. Iš interviu su KMU anatomu Hab. dr. Rimvydu Stropumi 2010 balandžio 29 d.
148. Gładkowska Judita. Profesor Michał Reicher (1888-1973). Przegląd antropo-logiczny. (Warszawa–Poznań) 1979; 45: 33
149. LCVA f. 175 ap. 3IXB b. 66 l. 3-4
150. Baginski S. Badanie doświadczalne nad ciałami tłuszczowatemi w nadnerczach ssaków. Univeritas Vilmensis Batorina, Facultas Medica Dissertationes inaugurales. (Wilno) 1924.
151. Baginski I S. Mikroveraschung: Einige praktisze Hinweise. Sonderbruck aus Ze-itschrift fur Zellfoerschung und mikroskopische Anatomie. (Leipzig) 1938; 28(3)
152. Zandowa N. Maksymilian Rose: Wpomnienie pośmiertne. Warszawskie Czasopis-mo Lekarskie. (Warszawa) 1938; 15(2): 21-22
153. Rotkievič, K. Vilniaus medicinos draugijos narys, jos vicepirmininkas prof. Kazi-mieras Pelčaras 1894 VIII 2 – 1943 IX 17. Medicinos teorija ir praktika. (Vilnius) 2005; 4: 211-213
154. Bieliński J. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medico-Chirurgicznej Wileń-skiej. (Warszawa) 1899: 390-420

155. Gryglewski R. Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum. Historia. Higiena i medycyna społeczna. Priiega per internetą: [http://www.wl.uj.edu.pl/wydzial/historia-higiena/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_KVhJyt3cd06w/41663/44473826](http://www.wl.uj.edu.pl/wydzial/historia-higiena/-/journal_content/56_INSTANCE_KVhJyt3cd06w/41663/44473826) [žiūrėta 2014.07.24]
156. Dziesięciolecie Medycyny w Polsce Ludowej 1944-1954. (Warszawa) 1954: 176
157. Bortkiewicz-Rodzewiczowa. Prof. Aleksander Safarewicz. Wspomnienie pośmiertne. Medycyna. (Warszawa) 1936; 2-3: 666-668
158. Šurkienė G. Vaikų higiena Vilniaus universitete. Higienos mokslui Lietuvoje – 190 metų. (Vilnius) 1997: 21-25
159. Kozłowski S. Badanie bakteriologiczno-sanitarne wody gruntowej terenu Śnipiszek w Wilnie. Universitas Vilmensis Batoreana. Facultas Medica. Disertatione Inauguralis. (Wilno) 1938: 45-46
160. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 50, l. 20
161. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 66, l. 3-4
162. Maćkowiak Z., Sieklucka-Maćkowiak A. Adam Wrzosek i jego wkład do rozwoju nauki polskiej. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny. (Poznań) 2000; 63(3-4): 58
163. Holt H. Medical anthropology. Encyclopedia of Cultural Anthropology. (New York) 1996: 230
164. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 84, l. 66-69
165. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 85, l. 72; 10
166. Wilczyński J. Mendelizm a przyszłość ludzkości. Zagadnienia rasy. (Warszawa) 1932: 165-176
167. Michejda K. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 1935/1936. Obbitka z Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1936; 12(4-5): 586
168. Otolaryngologia kliniczna. Red. Aleksander Zakrzewski. (Warszawa) 1972: 107-108.
169. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 85, l. 56
170. Jasiński W. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie w roku akademickim 1931-1932. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1932; 8(4-5): 300
171. Eiger M., Grossman F., Klemeńczyński. L'examen interférométrique du sang dans le grossesse et le cancer. Le Bulletin Médicale. (Paris) 1927: 1279-1281
172. Grossman F. The use of the hydroquinhydrone electrode for ph determination in the fluids of the organism. (Cambridge) 1926
173. Bieloszabski Wł., Bieloszabska F. W. Wspomnienie pośmiertnie: Kazimierz Pelczar. Polski Tygodnik Lekarski. (Warszawa) 1955; 10(4): 119
174. Andriušis A. Lietuvos medicinos istorijos apybraiža. (Vilnius) 2006: 38
175. LCVA f.175, ap. IXB, b.14, l. 10

176. LCVA f. 3IXB, b. 84, l. 3
177. Michejda K. Wspomnienia chirurga. (Gdańsk) 1968: 261-268
178. Protesty studenckie w Wilnie. Śmierć S. Waclawskiego (1931). Prieiga per internetą: <http://nick.salon24.pl/465820,protesty-studenckie-w-wilnie-smierc-s-waclawskiego-1931> [žiūrėta 2013.02.03]
179. Kordek A. Dokształcanie poddyplomowe lekarzy w Polsce w okresie międzywojennym (1918-1939). *Achiwum Historii i Filozofii Medycyny*. (Kraków) 2001; 64(4): 265-271
180. LCVA f. 175, ap. 3IX Cd, b. 208-309
181. Šopauskas J., Kviklys V., Lazutka P., Rauba J., Vitkus V. *Higiena*. (Vilnius) 1966
182. Korbutt- Karaffa K. Statystyka sanitarna jako podstawa nauczania higieny społecznej. *Lekarz Wojskowy*. (Warszawa) 1930; 1: 1-15
183. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 83a, l. 44-50
184. Obelenis V. Higienos raida Kauno Aukštojoje Medicinos mokykloje. *Higienos mokslui Lietuvoje 190 metų*. (Vilnius) 1997: 58-61
185. Safarewicz A. O umieralności niemowląt w Polsce. *Odbitka z Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno)* 1936; 12(3): 3-12
186. LCVA f. 175 ap. 3IXB, b. 101, l. 20-40; 44-47; 64-69
187. *Słownik biologów polskich*. (Warszawa) 1987: 46-48
188. Jakowicki W. 1930. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 1929/1930. *Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno)* 1930; 6(4-5): 377-391
189. Talko-Hryniewicz J. Wiadomości o zakładzie Antropologii i Prehistorii uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. (Wilno) 1920: 1-5
190. LCVA f. 175, ap. IXB, b. 76(1), l. 33
191. Reicher M. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie w roku akademickim 1934-1935. *Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno)* 1935; 11(4-5): 222-235
192. Schilling-Siengalewicz S. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 1931/1932. *Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno)* 1933; 9(5): 586-591
193. Razmienė A., Lingienė L., Montrimienė L. Visuomenės sveikatos priežiūra Vilniaus krašte vakar ir šiandien. Prieiga per internetą: <http://vilniausvsc.sam.lt/vilniaus-visuomenes/> [žiūrėta 2014.09.04]
194. Nekropole. Kasper Rymaszewski. Prieiga per internetą <<http://nekropole.info/ru/person/view?id=3080805> [žiūrėta 2014.07.26]
195. Gurevičius R. Socialinės medicinos disciplinos evoliucija Vilniaus universitete. *Higienos mokslui Lietuvoje – 190 metų*. (Vilnius) 1997: 53-57
196. Petrauskienė J. Kindziulis S. Socialinės medicinos studijų raida Kauno Aukštojoje Medicinos mokykloje. *Higienos mokslui Lietuvoje – 190 metų*. (Vilnius), 1997: 62-65



197. Statut Tymczasowy Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. (Wilno) 1919
198. LCVA f. 175, ap. Ia, b. 483, l. 1-296
199. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 84, l. 65 ; b. 84, l. 47 b. 87, l. 72 ; b. 88, l. 39 ; b. 89, l. 86 ; b. 90 l. 73; b. 91, l. 123-124; b. 92, l.74 ap; b. 93, l. 131-132; b. 94, l. 191-193; b. 95, l. 87-88; b. 97, l. 92
200. Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1933/34 rok. 1933 [oprac. dr. Stanisław Konopka]. Warszawa: 1003-1014
201. Andriušis A., Stukas R. Higiena Vilniaus Stepono Batoro universitete 1919-1939 metais. Medicina (Vilniaus) 1998; 34: 493-500
202. LCVA f. 64, ap. 17, b. 39, l. 103; 115
203. LCVA f. 64, ap. 17, b. 108, 109, 175, 245, 425
204. LCVA f. 64, ap. 17, b. 108, l. 145-146; 523
205. LCVA f. 64, ap. 17, b. 175, l. 8
206. LCVA f. 175, ap. 3IXb, b. 88, l. 39 ap
207. LCVA f.175, ap. 3IXb, b. 91, l. 123-124
208. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 89, l. 86 ap
209. Dylewski B. Wady mowy i głosu w wieku szkolnym. Odbitka z Polska Gazeta Lekarska. (Warszawa) 1930; 9(32): 1-2
210. LCVA f.175, ap. 3IXb, b. 91, l. 123-124
211. LCVA f.175, ap. 3IXb, b 94, l. 189-192
212. LCVA f.175, ap. 3IXb, b. 97 a, l. 92
213. LCVA f.175, ap. 3IXb, b. 93, l.131-132
214. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 71 a, l. 23
215. Oželis K. Sveikatos reikalų rūpinimas Lietuvoje. Medicina. (Kaunas) 1939; 6: 438-457
216. Karaffa-Korbutt K. Higiena publiczna. (Wilno) 1926: 2-3
217. Safarewicz A. O propagandzie higienicznej. Odbitka z Samorządu Miejskiego (Warszawa) 1932; 7: 3-8
218. Kasperowicz F. Medycyna społeczna a samorząd. Zdrowie. (Warszawa) 1931; 1-2-3: 20-22
219. Rudziński H. Organizacja medycyny zapobiegawczej na terenie Wojewódstwa Wileńskiego. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1931; 7(1): 64-66
220. Nowakowski B. Społeczna rola higieny. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1937; 13(1): 234-245
221. LCVA f. 51, b. 126, l. 528-529
222. Safarewicz A. W sprawie zaopatrywania w wodę m. Wilna. (Wilno) 1929: 3
223. LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 111-112
224. LCVA f. 64, ap. 19, b. 70, l. 612-613

225. LCVA f. 64, ap. 19, b. 125, l. 98
226. LCVA f. 64, ap. 19, b. 157, l. 29
227. Safarewicz A. Zapadalność na tyfus brzuszny w Wilnie w latach 1929-1933. *Medycyna*. (Warszawa) 1934; 18: 11
228. Safarewicz A. Sanitarne badanie wody w Wiliji w lecie 1930 r. (Warszawa) 1931: 1
229. LCVA f. 64, ap. 19, b. 70, l. 612
230. LCVA f. 64, ap. 19, b. 125, l. 98
231. LCVA f. 64, ap. 19, b. 157, l. 29
232. Kauno vandentvarkos ūkio istorija. Prieiga per internetą: [http://www.kaunovandenys.lt/lt/vandenys/bendroves\\_istorija/index.php](http://www.kaunovandenys.lt/lt/vandenys/bendroves_istorija/index.php) [žiūrėta 2012.08.20]
233. Spiss M. 1936. Prace Prof. Karaffa-Korbuty i jego szkoły w dziedzinie higieny wody. *Archiwum Higieny*. (Wilno) 1936; 4(1): XLII-XVII
234. Karaffa-Korbutt K. Przyczynek do hydrologii terenu Wilńskiego. *Archiwum Higieny*. (Wilno) 1927; 2(2): 1-2; 66
235. Safarewicz A. W sprawie odżeleziania wody wodociągu m. Wilna. (Warszawa) 1928: 1-10
236. Safarewicz A. O znaczeniu sanitarnej analizy wody. (Warszawa) 1929
237. Safarewicz A. Okazania wody w osiedlach małych. (Warszawa) 1932: 1-3
238. Ašmenskas J., Baubinas A., Obelinis V., Šimkūnienė B. *Aplinkos medicina*. (Vilnius) 1997: 96
239. O wodzie do picia i potrzeby gospodarcze. 1933, Dz. U.R.P nr. 79, poz 562
240. Vilniaus Sereikiškių vandenvietei – 100 metų. Respublika, 2012 liepos 16 d.
241. Rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych w przedmiocie budowy i utrzymania studni. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*. 1920 nr. 102, poz 677
242. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami, grożącymi Państwu klęską powszechną z dnia 14 grudnia 1926 r. o rozciągnięciu mocy rozporządzenia z dnia 25 października 1920 r. w przedmiocie budowy i utrzymania studni na obszar województw: Wołyńskiego, Poleskiego, Nowogródzkiego, Wileńskiego i części województwa Białostockiego. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*. 1926 nr. 128 poz. 773
243. Kasperowicz F. O studniach kopanych na terenie m Wilna. *Medycyna*. (Warszawa) 1931; 15-16: 540-541
244. Ślipikowski J. Zanieczyszczenia gleby m. Wilna *Pam. Wil. Tow. Lek.* (Wilno) 1934; 10(2): 291-311
245. LCVA ap. 31XB b. 85 l. 10
246. Safarewicz A. Oczyszczanie ścieków za pomocą mułu czynnego. (Wilno) 1929: 7; 20-26; 164-166

247. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 89, l. 86
248. Nuotekų valymas Priega per internetą: <http://www.vv.lt/lt/nuotekos/valymas.php> [žiūrėta 2014.07.25]
249. Safarewicz A. Przeróbka mułu za pomocą gnilnej fermentacji. (Wilno) 1932
250. Safarewicz A. O normach oczyszczania ścieków. Odbitka z dwut. Zdrowie. (Warszawa) 1933; 19-20
251. Safarewicz A. Zagadnienie ścieków przemysłowych. Odbitka z Pamiętnika zjazdu Higienistów Polskich w Katowicach. (Katowice) 1935
252. Alseika D. Vilniaus krašto lietuvių gyvenimas. (Vilnius) 1935: 8-11
253. Gąssowski M., Kossakowski D. Antrakometryczne badania powiatra w kinematografach i teatrach w Wilnie, Archiwum Higieny. (Wilno) 1928; 3(1): 48-57
254. LCVA f. 64, ap. 19, b. 20, l. 49-51
255. LCVA f. 64, ap. 19, b. 46, l. 137
256. Fijałek A. Początki badań epidemiologicznych nad gruźlicą w Łodzi w latach 1918-1939. Arch. Hist. Filoz. Med. (Kraków) 2000; 63(2): 145-154
257. Mały Rocznik Statystyczny. (Warszawa) 1938: 285-295
258. LCVA f. 64, ap. 19, b. 46, l. 234
259. LCVA f. 64, ap. 19, b. 24, l. 30-41
260. LCVA f. 64, ap. 19, b. 57, l. 190
261. Baginski S. Szepienia ochrone przeciwgruzlicze. Otbodytka z czasopisma Gruźlica. 1931; 3(6): 15
262. Baginski S. Trois annees de vaccinations preventives de la tuberculose par le BCG a Wilno (Pologne). Extrait Rewew de Physiologie. (Paris) 1932; 12(4):12
263. Kesiūnaitė D. BCG kaip preventyvinė tbc profilaktika. Medicina. (Kaunas) 1936; 10: 726-732
264. Rostkowski L. Walka z jaglicą u dzieci w Wileńszczyźnie. Pedjatrja Polska, (Warszawa) 1927; 7: 399-402
265. Alseika D. Mokslo pasiekimai ir žmonių sveikata. (Vilnius) 1932
266. Działalność prof. Kazimierza Karaffy-Korbutta w Dziedzine higieny żywienia. Uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci prof. dra. Kazimierza Karaffy-Korbutta. Archiwum Higieny. (Wilno) 1936; 4(1): 39
267. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. 1928 nr. 36 poz 343
268. LCVA f. 64 ap. 19, b. 125-191
269. LCVA f. 64 ap. 19, b. 37-191
270. LCVA f. 64 ap. 19, b. 46, l. 137

271. Prace Ś. P. Profesora K. Karaffy-Korbutta i jego szkoły w Polsce. Uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci prof. dra. Kazimierza Karaffy-Korbutta. 1936. Archiwum Hygieny. (Wilno) 1936; 4(1): LXII-LVI
272. Safarewicz A. Problem mleczny w świetle higieny. Odbitka z Samorządu miejskiego. (Warszawa) 1932; 16-17: 3-7
273. „Vilniaus duonos“ istorija. Prieiga per internetą: <http://www.vilniausduona.lt/lt/istorija> [žiūrėta 2014.08.10]
274. Kaplan J. Barwniki a dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku. Medycyna. (Warszawa) 1931; 15-16: 536-539
275. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o badaniu zwierząt rzeźnych i mięsa. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. 1928 nr 38 poz 361
276. LCVA f. 64, ap. 19, b. 38, l. 172
277. Iszor E. Żywienie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym od 2 do 14 lat. Choroby dzieci. (Wilno) 1936; 1: 306-336
278. Zabieliński K., Łabaziewicz Z. Polskie Prawo Pracy w okresie międzywojennym. Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. (Gdynia) 2009; 1: 239-250
279. Supady J. Medycyna pracy w Polsce Międzywojennej. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny. (Szczecin) 1997; 60(4): 317-320
280. Karaffa-Korbutt K. Projekt utworzenia w Polsce Instytutu Pracy. Zdrowie. (Warszawa) 1927; 1: 259-263
281. Karaffa-Korbutt K. O Polskim Instytucie Pracy. Zdrowie. (Warszawa) 1931; 1-2-3: 93-99
282. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. Historia Instytutu. Prieiga per internetą: [http://www.imp.lodz.pl/home\\_pl/o\\_instytucie/history/](http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_instytucie/history/) [2014.07.15]
283. Karaffa-Korbutt K. Rola metody statystycznej w sprawie określenia i badanie chorób zawodowych. Zdrowie. (Warszawa) 1931; 1-2-3: 81-92
284. Karaffa-Korbutt K. O klasyfikacji szkodliwości pracy zawodowej Przegl. Organ. (Warszawa) 1929; 8: 1-23
285. Karaffa-Korbutt K. Higiena pracy. (Warszawa) 1928: 145-170
286. LCVA f. 175, ap. 3IXD, b. 1588, l. 1-9
287. Bortkiewiczówna J. Zastosowanie punktowania, jako metody badania zmęczenia. Universitas Vilnensis Batoreana, Facultas Medica. Dissertationes inaugurales. (Wilno) 1928: 1-15
288. Karaffa-Korbutt K. Praca i odpoczynek. (Kraków) 1929: 34-46
289. Karaffa-Korbutt K. Nauczanie medycyny na naszych uniwersytetach z punktu wydzienia naukowej organizacji pracy. Medycyna Warszawska. (Warszawa) 1930; 20: 632-637

290. Pamiętnik III Zjazdu Pedjatrów Polskich. Pedjatrja Polska. (Warszawa) 1927; 7: 370-377
291. Bagiński S. Pięć lat opieki otwartej nad matką i dzieckiem w Wilnie. Odbitka z Opieka nad Dzieckiem. (Warszawa) 1928; 4(5): 1-8
292. Memorial do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Pedjatrja Polska. (Warszawa) 1928; 8: 151-152
293. Kaulbersz-Marynovska H. O niedokrwistości pochodzenia pokarmowego u niemowląt. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1929; 5(4): 386-397
294. Rudziński H. Próby realizacji zagadnień zdrowotnych na wsi wileńskiej. Odbitka z miesięcznika Zdrowie Publiczne. (Warszawa) 1936; 5:1-11
295. Rudziński H. Program opieki społecznej i zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą na Wileńszczyźnie. (Referat wygłoszony na Zjeździe Lekarzy Powiatowych Województwa Wileńskiego 23.X. 1937 roku). (Wilno) 1938
296. LCVA f. 64, ap. 19, b. 39, l. 103-105
297. Zuchora J. Uprawnienia dentystów polskich w okresie międzywojennym. Zawód Dentysty na Ziemiach Polskich w XIX-XX wieku. (Warszawa) 2007: 167-175
298. LCVA f. 175, ap. 3IXD, b. 1488, l. 5-7
299. Safarewicz A. Badanie książek szkolnych pod względem higienicznym. Universitas Vilnensis Batoriana Facultas Medica: Dissertationes inaugurales. (Wilno) 1924: 1-89
300. Kozłowska J. Badanie książek szkolnych pod względem higienicznym. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1937; 13(1): 21-37
301. Įsakymas dėl Lietuvos higienos normos HN 22:2003 „Mokykliniai vadovėliai” patvirtinimo, 2003-06-11 Prieiga per internetą: [http://sena.sam.lt/lt/main/teisine\\_informacija/higienos\\_normos?id=24997](http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=24997) [žiūrėta 2014.07.15]
302. Pradinuko vadovėlis turi sverti ne ką daugiau nei sviesto pakelis. Prieiga per internetą: [http://www.alfa.lt/straipsnis/43742/?Pradinuko.vadovelis.turi.sverti.ne.ką.daugiau.nei.sviesto.pakelis=2006-08-29\\_15-11](http://www.alfa.lt/straipsnis/43742/?Pradinuko.vadovelis.turi.sverti.ne.ką.daugiau.nei.sviesto.pakelis=2006-08-29_15-11) [žiūrėta 2014.09.30]
303. Bortkiewicz-Rodziewiczowa J. Badanie katatermometryczne szkół powszechnych w Wilnie. Odbitka z Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1933; 8(1-2): 1-60
304. Bortkiewicz-Rodziewiczowa J. Przychodnia Szkolna w Wilnie. Odbitka z Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1935; 1: 1-25
305. Jasiński W. Konieczność i sposób ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1931; 7(5): 350-355
306. Jasiński W. Przebieg i prawa rozwoju fizycznego dzieci. Choroby dzieci. (Wilno) 1936; 1:111
307. Sylwanowicz W. Zarys techniki antropometrycznej. Choroby dzieci. (Wilno) 1936; 1: 102-110

308. Dylewski B. Rozwój mowy u dzieci w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1935; 11(4): 27-40
309. Dylewski. B. Co lekarz o rozwoju mowy u dziecka wiedzieć powinien. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1930; 6(2): 239-243
310. LCVA f. 175, ap. 3IXD, b. 1577, l. 1
311. Katedra i klinika Otolaryngologii i Onkologii laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: O klinice. Prieiga per internetą: <http://www.otolaryngologia.umlub.pl/oklinice.html> [žiūrėta 2014.07.10]
312. O ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych. Dziennik Ustaw 1922 nr 35 poz. 299
313. Brokowski S. Alkoholizm wśród dziatwy szkół powszechnych w Wilnie. Archiwum Higieny. (Wilno) 1925; 1(2): 149-163
314. LCVA f. 64, ap. 17, b. 108, l. 522-524
315. Szmurło J. Alkoholizm a gruźlica. Odbytka z czasopisma „Gruźlica”. (Warszawa) 1931; 1(6): 1-6
316. Przekazania przeciwgruźliczne. VU biblioteka rekataloguotas rinkinys 27341-27690 (27443)
317. Marzyński M. Opieka nad umysłowo chorymi w wojewódstwach wschodnich. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1936; 12(4): 390-396
318. Fekecz S. Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi na terenie powiatu Wileńskiego-Trockiego. Zdrowie Publiczne. (Warszawa) 1934; XLIX(1): 9-15
319. Libiete I. Development of psychiatry in Latvia between 1918 and 1940. Summary of the Doctoral Thesis for obtaining the degree of Doctor of Medicine. (Riga) 2014: 12-17
320. Arbamowicz H. Profiles of a Lost World– Memoirs of East European Jewish Life before World War II. (New York) 1999: 111-113
321. Neuropsychologia: mózg zaburzony. Prieiga per internetą: <http://www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Kog1/17-Neuopsycho.htm> [žiūrėta 2013.03.22]
322. Falkowski A. Czynniki wychowawcze w lecznictwie psychiatrycznym. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1929; 5(4): 501-511
323. Opoczyński K. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 1930/1931. (Wilno) 1931: 121
324. LCVA f. 64, ap. 19, b. 157, l. 21-22
325. LCVA f. 64, ap. 12, b. 125, l. 33-34
326. Pelczar K. Zagadnienie dziedziczności w patologii człowieka. Zagadnienia Rasy. (Warszawa) 1932; 6(2-3): 148-164

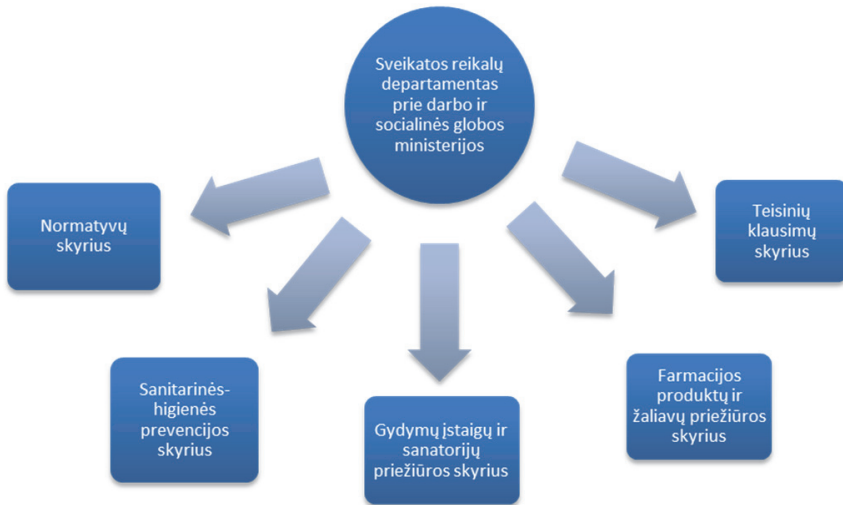
327. Daškevičiūtė D. Nuodėmių miestas: kelionė po buvusį Vilniaus raudonųjų žibintų kvartalą [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.15min.lt/naujiena/ziniosgyvai/istorija/vilniuje-veikes-raudonuju-zibintu-kvartalas-kaitino-ai-stras-582-268047>[žiūrėta 2013.02.03]
328. Blažys J.Įspūdžiai iš I Tarptautinio Proto Higienos Kongreso Vašingtone. Atspausdinta iš Medicina. (Kaunas) 1930; 10-11: 1-10
329. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 87, l. 72
330. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 178, l. 110
331. LCVA f. 175, ap. 3IXB, b. 97, l. 92
332. Karaffa-Korbutt K. Eugenika, służba wojskowa a wojna. Lekarz Wojskowy. (Warszawa) 1926; 2: 105-113
333. Safarewicz, A. Uwagi do projektu ustawy eugenycznej. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1935; 11(6): 332-338
334. Borowski A. O gruźlicy. (Wilno) 1927: 6-9
335. Alseika D. Džiova: kaip jos išsisaugoti ir kovoti su ja. (Vilnius) 1936: 8-13
336. Szenajch W. Przemówienie ku czci Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego na Posiedzeniu Polskiego T-wa Pedjatrycznego w dniu 29 maja 1935 r. Pedjatria Polska. (Warszawa) 1936; 15(3): VI-VII
337. Odezwa „Sokoła“ w sprawie wychowania fizycznego. (Wilno) 1927
338. Visuomenės sveikatos instituto istorija. Prieiga per internetą: <http://www.vsi.mf.vu.lt/instituto-istorija> [žiūrėta 2014.10.15]
339. Herbert L. Centenary history of waste and managers in London and South England. Prieiga per internetą: [http://www.ciwm.co.uk/web/FILES/About\\_CIWM/100\\_yrs\\_London\\_and\\_SE\\_centre.pdf](http://www.ciwm.co.uk/web/FILES/About_CIWM/100_yrs_London_and_SE_centre.pdf) [žiūrėta 2014.09.03]
340. Petkevičiūtė J. Pieno gavybos kokybės kontrolės raida Lietuvoje. Magistro darbas. (Kaunas) 2007: 27
341. Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 25 października 1934 r. w porozumieniu z Ministrami: Przemysłu i Handlu oraz Rolnictwa i Reform Rolnych o zniżkach celnych na owoce południowe, towary kolonialne i oleje Dziennik Ustaw Rzeczpospolitej Polskiej 1934 nr 96 poz 879; Ustawa z dnia 31 lipca 1924 r. w przedmiocie uregulowania stosunków celnych Dziennik Ustaw Rzeszpospolitej Polskiej nr. 80 poz 777
342. Kulikauskas G. Apelsinų kontrabanda ir kiti pasakojimai apie smetoninę Lietuvą. (Vilnius) 2013 : 155-157
343. Lietuvos vaikų kalba kasmet vis prastėja. Prieiga per internetą: <http://www.veidas.lt/lietuvos-vaiku-kalba-kasmet-vis-prasteja> [žiūrėta 2014.08.20]



# PRIEDAI

## 1 priedas

Lenkijos Sveikatos reikalų departamento struktūra (1924 m.)<sup>45</sup>



## 2 priedas

Lenkijos Sveikatos reikalų tarybos prie darbo ir socialinės globos ministerijos (1926 m.)<sup>46</sup>



<sup>45</sup> Šaltinis: Dważdzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938. 1939. Warszawa: 17

<sup>46</sup> Šaltinis: Dważdzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938. 1939. Warszawa: 17

### 3 priedas

#### Pagrindinis sanitarijos įstatymas. Centrinės valdžios bendradarbiavimas su savivaldybėmis sanitarijos srityje (1919 m.)<sup>47</sup>

Centrinė valdžia bendradarbiauja su vietos valdžia sveikatos priežiūros klausimais. Visuomenės Sveikatos ministerijai pagal jos kompetenciją buvo patikėta spręsti šias problemas:

- I. Ligų kontrolė apskritai ir ypač užkrečiamų ligų, esant ūminėms ir lėtinėms ligoms (dezinfekcija, dezinsėkcija, izoliatorių, viešų pirtų, serumų gaminimo ir skiepijimo stočių veikla, bakteriologinius tyrimus atliekančių institucijų, kapinių, laidojimo namų, ir lavonų pervežimo įstaigų priežiūra)
- II. Ligoninių, slaugos įstaigų, greitosios pagalbos, viešų ir privačių gydymo įstaigų priežiūra.
- III. Sanitarinė-medicininė vaikų ir motinystės priežiūra; eugenika.
- IV. Medicininė pagalba sergantiems psichinėmis ligomis; dalyvavimas kovoje su alkoholizmu
- V. Bendradarbiavimas rūpinantis invalidais [neįgaliaisiais]; bendradarbiavimas su kitom institucijomis, nagrinėjant žmonių (e) migracijos problemas.
- VI. Vandens sveikatingumo centrų ir kurortų priežiūra.
- VII. Kova su prostitucija.
- VIII. Vandentiekio sistemų, nuotekų šalinimo sistemų kūrimo klausimai, oro, vandens, dirvožemio sanitarinė apsauga.
- IX. Sanitarinė maisto gaminimo ir maitinimo įstaigų priežiūra; bendradarbiavimas gyventojų mitybos klausimais, maisto produktų tyrimai.
- X. Gyvenamųjų būstų higienos inspekcija.
- XI. Kalėjimų sanitarinė patikra, bendradarbiavimas su Teisingumo ministerija.
- XII. Darbo higiena, pramonės darbininkų higiena, amatininkų, žemės ir vandens susiėkimo priemonių darbuotojų higiena, bendradarbiavimas darbo saugos srityje.
- XIII. Vaistų, skiepijimų ir serumų, priimamų į Lenkijos rinką kontrolė (priežiūra), taip pat jų gamybos ir pardavimo reguliavimas, kosmetikos priemonių gamybos ir pardavimo reguliavimas, vaistinių licencijavimas, vaistų sudedamųjų dalių gamintojų ir kitų susijusių įstaigų kontrolė; vaistų gamybos ir pardavimo įstaigų kontrolė, vaistinių mokestis, gydymui skirtų augalų auginimo ir pardavimo klausimai.

<sup>47</sup> Šaltinis: Zasadnicza Ustawa Sanitarna.. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1919 poz 371

- XIV. Medicininės praktikos, gydytojų rūmų priežiūra, bendradarbiavimas medicinos studijų reikaluose.
- XV. Pagalbinio medicinos personalo, akušerių, felčerių, dezinfektorių, masažistų, slaugytojų, sanitarų priežiūra, kirpyklų priežiūra.
- XVI. Mediko profesijos, žemesniųjų ir vidurinių mokyklų reikalai.
- XVII. Farmacininkų, vaistininkų asociacijų personalo priežiūra, bendradarbiavimas farmacijos studijų reikaluose.
- XVIII. Stomatologų, dantų technikų reikalai.
- XIX. Bendradarbiavimas su veterinarinėmis institucijomis.
- XX. Teismo medikų problemos, mirusiųjų laidojimas.
- XXI. Gydytojų draugijų problemos, Raudonojo Kryžiaus ir kitų susijusių institucijų reikalai; medicininė spauda, higienos pranešimų/rekomendacijų populiarinimas, skelbimų apie gydymą ir gydomuosius augalus cenzūra.
- XXII. Visuomeninių sveikatinimo organizacijų, skyrių, fondacijų steigimo skatinimas visose visuomenės sveikatos srityse.
- XXIII. Medicininės statistikos rinkimas.
- XXIV. Visi kiti reikalai susiję su medicinine policija, sanitarine policija, socialine higiena ir teismo medicina; klausimai, kurie nepatenka į kitų ministerijų arba savivaldos institucijų kompetencijos ribas.

#### 4 priedas

##### Lenkijos savivaldybių pareigos sanitarijos srityje (1919 m.)<sup>48</sup>

Pagrindinis Sanitarijos įstatymas higienos ir visuomenės sveikatinimo reikalais įpareigojo bendradarbiauti ir savivaldos institucijas. Jos turėjo ministerijai teikti žinias ir aktyviai dirbti šiais klausimais:

- I. Rūpintis oro, vandens ir dirvožemio švarumu, žmonių aprūpinimu geriamuoju vandeniu ir kitoms namų ūkio reikmėms, nuotekų vandens šalinimu;
- II. Prižiūrėti, kaip laikomasi higienos nurodymų statant ir perstatant namus, visuose nuosavuose ir viešuose namuose;
- III. Rūpintis tinkama nuosavų namų ir sveikatos paslaugas teikiančių pastatų priežiūra;
- IV. Rūpintis gyventojų asmens ir būsto higienine priežiūra;
- V. Bendradarbiauti su centrine valdžia (valdžios institucijomis) kovoje su užkrečiamomis ligomis ir jų prevencijos klausimais;
- VI. Rūpintis ligoniais, kurie turi gauti medicininę pagalbą; pagalba motinoms, psichikos ligoniams, kova su alkoholizmu;
- VII. Organizuoti prevencinį skiepimą nuo raupų;
- VIII. Bendradarbiauti su centrine valdžia kovoje su prostitucija ir venerinėmis ligomis;
- IX. Rūpintis savivaldybių lavoninių, kapinių sukūrimu ir jų priežiūra, sąvartynų įrengimu ir priežiūra;
- X. Bendradarbiauti su centrine valdžia maisto produktų priežiūros srityje, jų saugojimo ir ruošimo būdo ir jų pardavimo priežiūra;
- XI. Rūpintis skerdyklų įrengimu ir priežiūra;
- XII. Kontroliuoti, kaip laikomasi visų įstatymų, sanitarijos reglamento nuostatų;
- XIII. Pagal nustatytus modelius teikti ataskaitas valstybės sveikatos priežiūros institucijoms apie visuomenės sveikatos būklę.

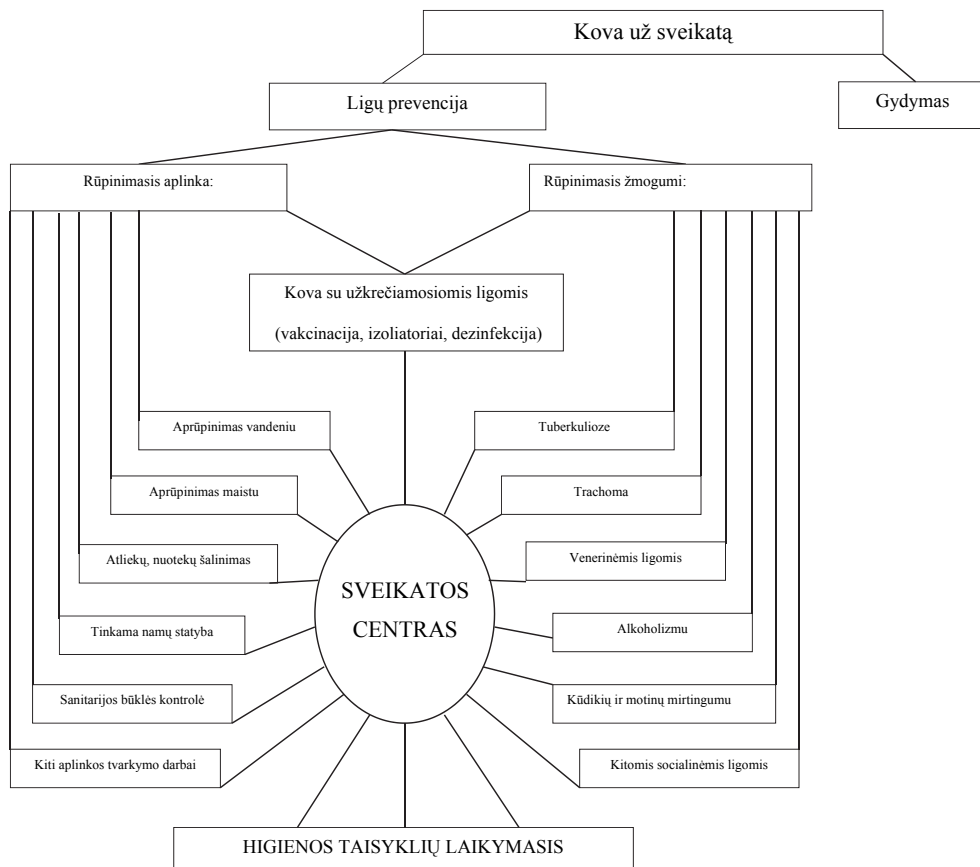
---

<sup>48</sup> Šaltinis: Zasadnicza Ustawa Sanitarna. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1919 poz 371.



6 priedas

Vilniaus sveikatos centro funkcijos (1929 m.)<sup>50</sup>



<sup>50</sup> Šaltinis: VU biblioteka rekataloguotas rinkinys dokumentas nr. 43312.

## 7 priedas

### **Vilniaus miesto magistrato sanitarijos komisijos funkcijos (1881–1921 m.)<sup>51</sup>**

Magistrato sanitarijos komisija turėjo spręsti šiuos klausimus:

- I. Rinkti ir apdoroti sanitarinius statistinius duomenis apie Vilnių;
- II. Rūpintis miesto sveikatinimu, plėtoti jau galiojančias taisykles, susijusias su sanitarija, jas papildyti;
- III. Kurti ir įgyvendinti visus nurodymus, nukreiptus kovoti su užkrečiamosiomis ligomis;
- IV. Pagal galiojančias taisykles prižiūrėti su miesto sveikatinimu susijusius asmenis ir institucijas;
- V. Rūpintis medicininės pagalbos neturtingiems miesto gyventojams teikimu;
- VI. Skirti kandidatus į vadovaujančius sanitarijos ir ligoninių postus;
- VII. Svarstyti atvejus, kuriuos įregistravo miesto tarybos komitetas;
- VIII. Išduoti instrukcijas ir nuostatus asmenims ir institucijoms, kurie pavaldūs (sanitarijos) komisijai pagal kompetencijos ribas;
- IX. Valdyti miesto ligonines ir klinikas

## 8 priedas

### **Vilniaus sanitarijos gydytojų funkcijos (1923)<sup>52</sup>**

Sanitarijos gydytojai turėjo:

- I. Tikrinti švarą gatvėse, asmeninėje gyventojų nuosavybėje, tikrinti maisto gaminius;
- II. Gerinti miesto sanitarijos sąlygas turguose, parduotuvėse, viešbučiuose, valgyklose, pramonės įmonėse, plaukiojimo priemonėse;
- III. Vykdyti kovą su užkrečiamosiomis ligomis, registruoti užkrečiamąsias ir kitas ligas;
- IV. Teikti nemokamą pagalbą (konsultacijas) neturtingiems miesto gyventojams;
- V. Pildyti sanitarijos dienyną, registruoti jame miesto sanitarijos būklę; dienynai turėjo būti pateikti vyriausiajam miesto gydytojui.

<sup>51</sup> Šaltinis: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 106.

<sup>52</sup> Šaltinis: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 106.



## 9 priedas

### Lovų skaičius Vilniaus miesto ligoninėse (1921 m.)<sup>53</sup>

Ligoninė	Šv. Jokūbo	Savičiaus	Žydų	Užkrečiamųjų ligų	Vaikų ligų	Iš viso Vilniuje
Buvo įsikūrusi	Vasario 16 g.	Bokšto g.	Pylimo g.	Savičiaus g.	Antakalnio g.	–
Skyriai	Šeši	Trys	Keturi	–	–	–
Vaikų ligų	–	–	–	–	100	100
Vidaus ligų	70	–	80	–	–	150
Chirurg. ligų	130	–	120	–	–	250
Ginek. ligų	10	–	10	–	–	20
Akuš. ligų	20	–	10	–	–	30
Nervų ligų	10	–	–	–	–	10
Psich. ligų	80	–	–	–	–	80
Užkr. ligų	–	–	–	550	–	550
Odos ligų	–	60	–	–	–	60
Vener. ligų	–	140	–	–	–	140
Akių ligų	–	20	–	–	–	20
<i>Iš viso ligoninėje</i>	320	220	220	550	100	1410

## 10 priedas

### SBU MF katedrų įkūrimas ir reorganizacija (1919–1933 m.)<sup>54</sup>

Metai	Katedra / skyrius
1919	Farmaceutikos (reorganizuota 1920 m.)
1919	Veterinarijos (reorganizuota iki 1920 m.)
1919	Aprašomosios anatomijos katedra (nuo 1937 m. – Bendrosios anatomijos k.)
1921	Histologijos ir embriologijos katedra
1921	Bakteriologijos katedra
1921	Fiziologijos, fiziologinės chemijos katedros
1921	Bendrosios biologijos katedra (reorganizuota 1933 m.)
1922	Medicinos istorijos ir filosofijos katedra
1922	Higienos katedra
1922	Farmakologijos katedra
1922	Bendrosios patologijos katedra
1922	Patologinės anatomijos katedra
1922	Teismo medicinos katedra
1924	Farmacinės chemijos, farmakognozijos padalinys (iki 1933 m.)

<sup>53</sup> Šaltinis: LCVA f. 64, ap. 19, b. 20, l. 90–93.

<sup>54</sup> Šaltinis: Brożek K. 1999. Wydział Lekarski uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Ann. Acad. Med. Siles. Katowice, 38-39 : 115–126.

11 priedas

**SBU MF klinikų įkūrimas ir reorganizacija (1919–1933 m.)<sup>55</sup>**

Metai	Klinika (-os)	Metai	Klinika (-os)
1919	Vingio parko (fakulteto reikmėms)	1922	Neurologijos
1920	Vilkpėdės	1923	Psichiatrijos (1933 m. sujungta su neurologijos klinika)
1922	I Vidaus ligų	1922	Dermatologijos
1923	II Vidaus ligų	1923	Akių ligų
1922	Chirurgijos	1923	Otolaringologijos
1922	Ginekologijos	1924	Stomatologijos poliklinika
1922	Vaikų ligų		

12 priedas

**Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto darbuotojų mokslo publikacijos pagal leidimo vietą (1922–1939 m.)<sup>56</sup>**

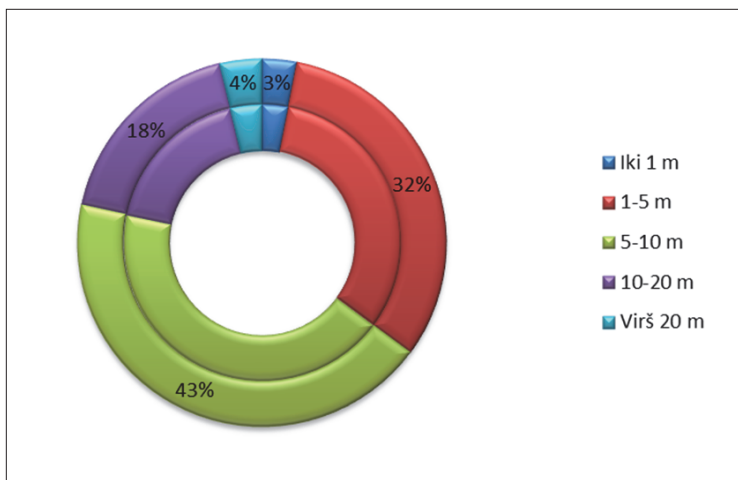
SBU MF katedros ir klinikos	Publikacijos Vilniuje	Publikacijos Lenkijoje	Publikacijos Europoje	Iš viso
Aprašomosios anatomijos, Topografinės anatomijos katedros	9	30	15	53
Histologijos ir embriologijos katedra	19	51	32	102
Higienos katedra	32	99	1	131
Medicinos istorijos ir filosofijos katedra	21	27	0	48
Bakteriologijos katedra	11	4	0	15
Bendrosios biologijos katedra	5	17	3	25
Fiziologijos, Fiziologinės chemijos katedros	32	88	15	135
Teismo medicinos katedra	21	26	8	55
Patologinės anatomijos, Bendrosios patologijos katedros	47	53	25	125
Farmakologinės krypties katedros	19	118	11	148
Stomatologijos klinika	0	13	0	13
I/II Vidaus ligų klinikos	24	71	0	95
Chirurgijos klinika	14	30	7	51
Ginekologijos klinika	14	56	5	75
Vaikų ligų klinika	20	59	9	80
Neurologijos, Psichiatrijos klinikos	16	44	26	86
Dermatologijos klinikos	1	65	13	79
Akių ligų klinika	1	73	22	96
Otolaringologijos klinika	26	112	27	165
<b>Iš viso</b>	<b>332</b>	<b>1036</b>	<b>218</b>	<b>1577</b>
<b>Procentais</b>	<b>21,05 %</b>	<b>65,69 %</b>	<b>13,26%</b>	<b>100 %</b>

<sup>55</sup> Šaltinis: Brożek K. 1999. Wydział Lekarski uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Ann. Acad. Med. Siles. Katowice, 38–39 : 115–126.

<sup>56</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 175, ap. 31XB, b. 83–93.

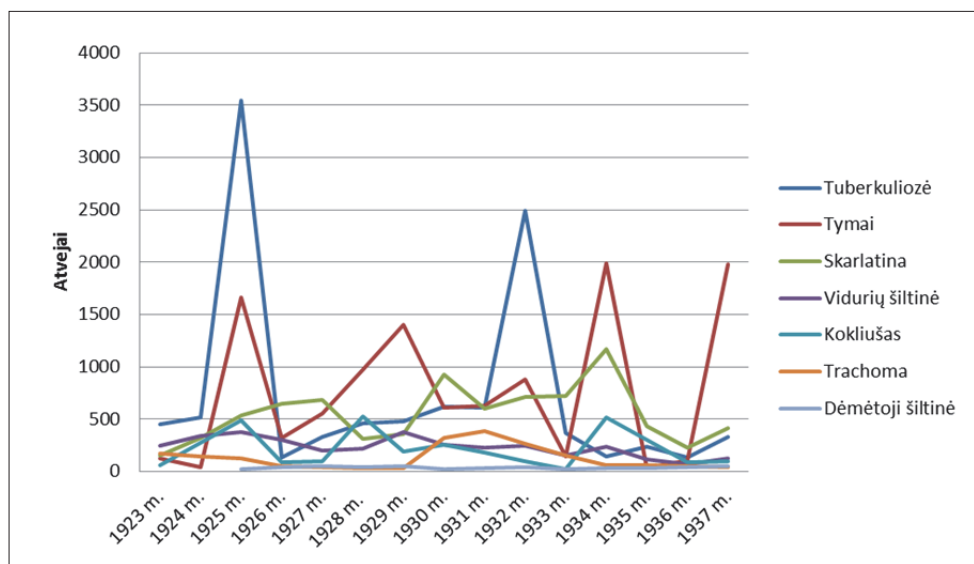
13 priedas

Vilniaus miesto šulinių gylis (1931 m.)<sup>57</sup>



14 priedas

Sergamumas socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis Vilniuje (1923–1937 m.)<sup>58</sup>

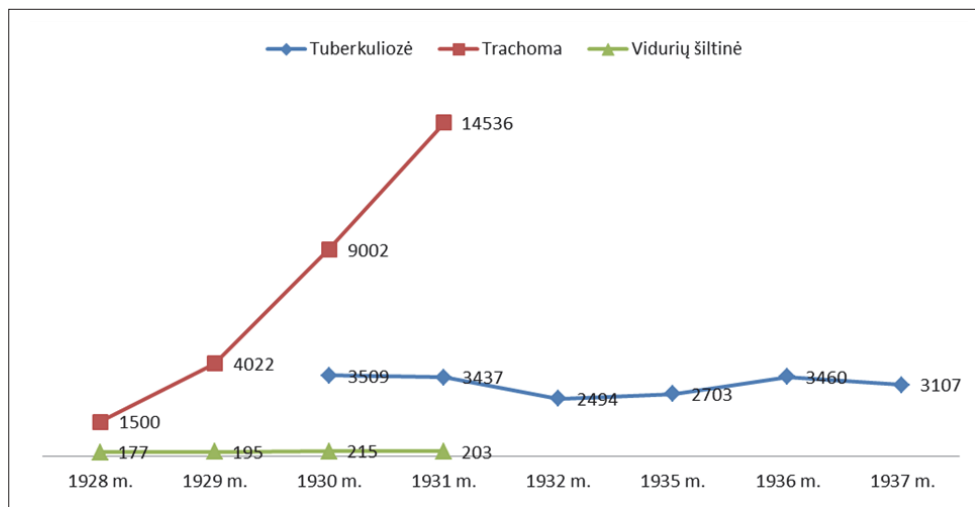


<sup>57</sup> Pirminiai duomenys: Kasperowicz F. 1931. O studniach kopanych na terenie m Wilna. Medycyna, Warszawa: 15–16: 540–541. Duomenys apie šulinius, kurių gylis nežinomas, neįtraukti.

<sup>58</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37; 38; 46; 57; 70; 71; 94; 95; 113; 124; 125; 157, dalis duomenų rekonstruota naudojant statistinius metodus; Berner W. 2009. Działalność dozatorów sanitarnych w Wilnie w okresie II Rzeczypospolitej. Przgl. Epidemiol, Warszawa, 63: 467.

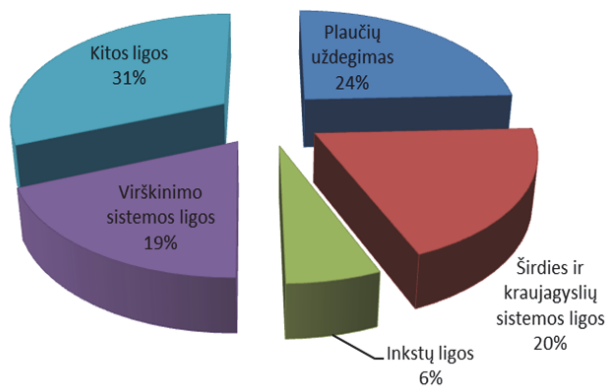
## 15 priedas

Sergamumas socialinėmis ir užkrečiamosiomis ligomis Vilniaus vaivadijoje (1928–1937 m.)<sup>59</sup>



## 16 priedas

Vilniaus gyventojų mirtys nuo neužkrečiamų ligų (1923 m.)<sup>60</sup>

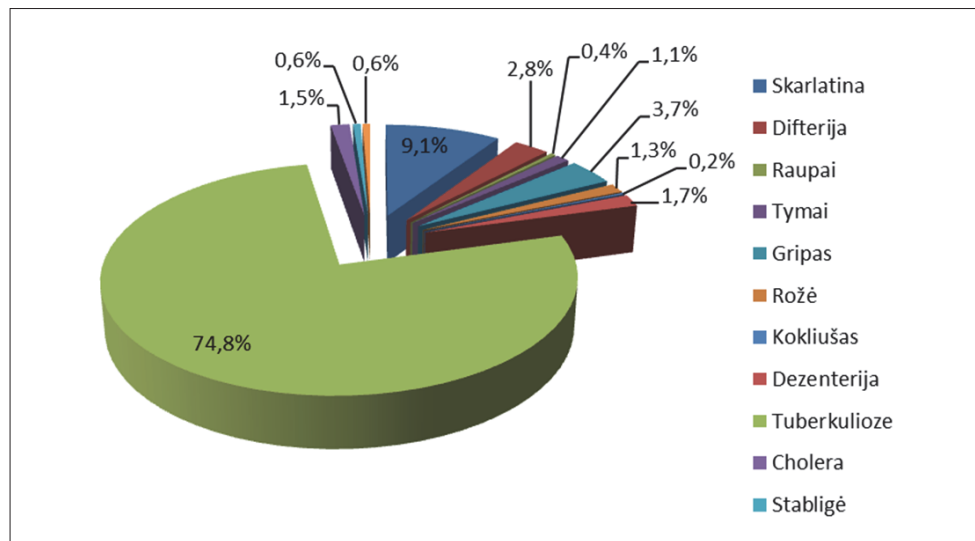


<sup>59</sup> Pirminiai duomenys: Rudziński H. Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1932; 8 (2–3): 217–280; 341–350; Miežutavičiūtė V. Vilniaus medicinos draugija ir jos kova su infekcinėmis ligomis 1805–1939. Daktaro disertacija. (Vilnius) 1998: 117–134.

<sup>60</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 111.

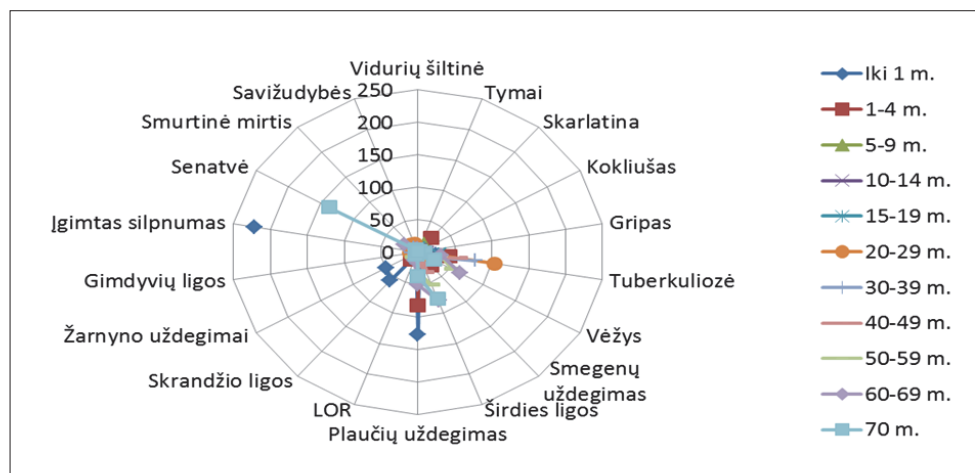
17 priedas

Vilniaus gyventojų mirtys nuo tuberkuliozės ir užkrečiamųjų ligų (1938 m.)<sup>61</sup>



18 priedas

Vilniaus gyventojų mirtys pagal priežastį ir amžiaus grupes (1926 m.)<sup>62</sup>

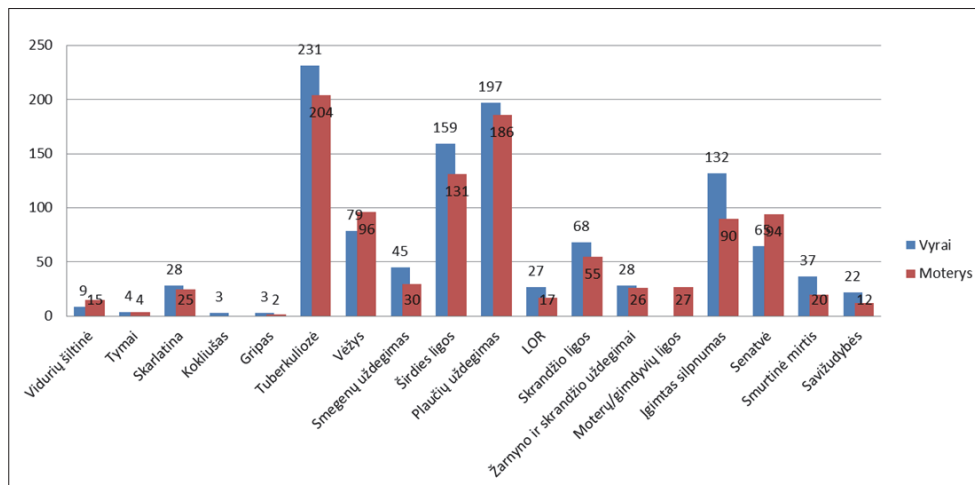


<sup>61</sup> Pirminiai duomenys: LCVA f. 64, ap. 19, b. 190, l. 23.

<sup>62</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. 1928. Sanitarne opisanie miasta Wilna, Wilno: lentelė nr. XXI.

19 priedas

Vilniaus gyventojų mirtys pagal priežastį ir lytį (1926 m.)<sup>63</sup>



<sup>63</sup> Ten pat.

**ANKETA. Vilniaus miesto gyventojų mitybos klausimu (1925 m.)<sup>64</sup>**

1. Kiek asmenų sudaro šeimą ..... Suaugusiųjų ..... Vaikų .....
2. Vaikai iki 1 m. amžiaus: 1–2 m.: ..... 2–6 m.: ..... 6–15 m.: .....
3. Tėvo amžius ..... Profesija .....
4. Motinos amžius..... Profesija .....
5. Kiti šeimos nariai, jų amžius, giminystės ryšiai, profesijos.....
6. Kiek vaikų eina į mokyklą ... Berniukai .... Mergaitės ... Ar vaikai gauna antrus pusryčius mokykloje, kokius pusryčius gauna mokykloje:.....
7. Šeimos mėnesio išlaidos .... ..zl ..... gr.....
8. Kokia dalis išlaidų tenka vienam šeimos nariui .....
9. Ar kasdien (pietums) ruošiama mėsa ?..... Jei ne, kiek kartų per savaitę valgoma mėsa?.....
10. Ar kasdien valgoma sviesto?..... Pieno? .....Kiaušinių? .....
- Jei ne, kaip dažnai? .....
11. Pabraukti, kokią duoną valgo šeima (sijotų miltų, pilką, rupiai maltų miltų)
12. Ar valgoma balta duona, kada, ar kasdien? .....
13. Patiekalų skaičius per dieną ..... Ar be pusryčių, pietų, vakarienės dar valgomi antri pusryčiai, pavakariai? .....
14. Kas valgoma pusryčiams (Detalizuoti maisto produktus, patiekalus) .....
15. Pietums? .....
16. Vakarienei? .....
17. Ar šiuo metu lyginant su laikais iki karo [I pasaulinio karo] šeimoje valgoma daugiau mėsos?..... kiaušinių?..... pieno?..... sviesto?..... cukraus?.....
18. Kas iki karo būdavo valgoma pusryčiams? .....
19. Pietums? .....

<sup>64</sup> Šaltinis: Kasperowicz F. 1933. W Sprawie odżywiania ludności miasta Wilna, Wilno: 4–6.

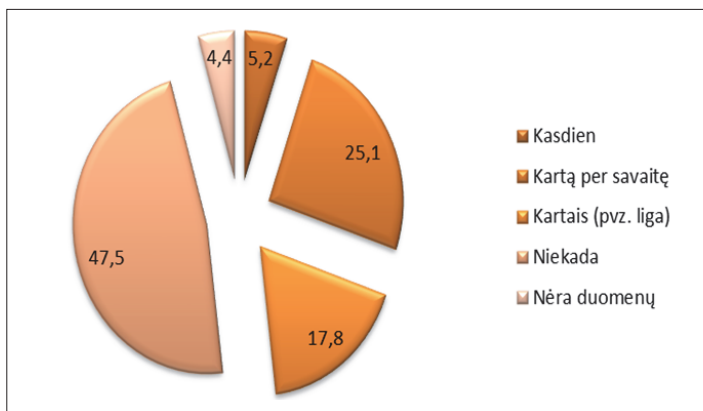
Pirminė anketos forma nežymiai pakeista įtraukiant numeraciją ir papildomus paaiškinimus laužtiniuose skliaustuose



20. Vakarienei? .....
21. Ar pusryčiams ir vakarienei būna tik kava, arbata ir kepiniai [bandelės, sausainiai] ar specialiai paruošti atskiri patiekalai, jei taip, kokie? .....
22. Kokios daržovės dažniausiai valgomos šeimoje? (bulvės, kopūstai, burokai, morkos – detalizuoti) .....
23. Kokie riebalai naudojami maistui (sviestas, taukai, margarinas, alyvuogių aliejus, aliejus) .....
24. Ar valgomi švieži vaisiai, jei taip, kaip dažnai? .....
25. Ar vaikai, į mokyklą nusineša šviežių vaisių ir saldumynų? .....
26. Suskaičiuokite, kiek kainavo maisto produktai, kuriuos šeima vakar suvartojo pusryčiams, pietums, vakarienei .....
27. Suskaičiuokite, kiek gramų, kilogramų ir kokio produkto teko vienam šeimos nariui  
Pusryčiams? .....
- Pietums? .....
- Vakarienei? .....
28. Nurodykite kiekvieno vakar suvartoto produkto kainą zlotais už 1 kg. ....
29. Ar vaikai mokykloje gauna papildomą maitinimą [papildomus pusryčius]? .....  
Ką gauna mokykloje per šiuos pusryčius (pienas, balta/juoda duona, kakava, kava, arbata, sriuba) .....
30. Ar šeimos kūdikiai gauna maisto iš „Pieno lašo“, ar valgo tą patį, ką suaugusieji? .....
31. Ar maistas, kurį gauna kiekvienas šeimos narys, visiškai numalšina jo alkį? .....

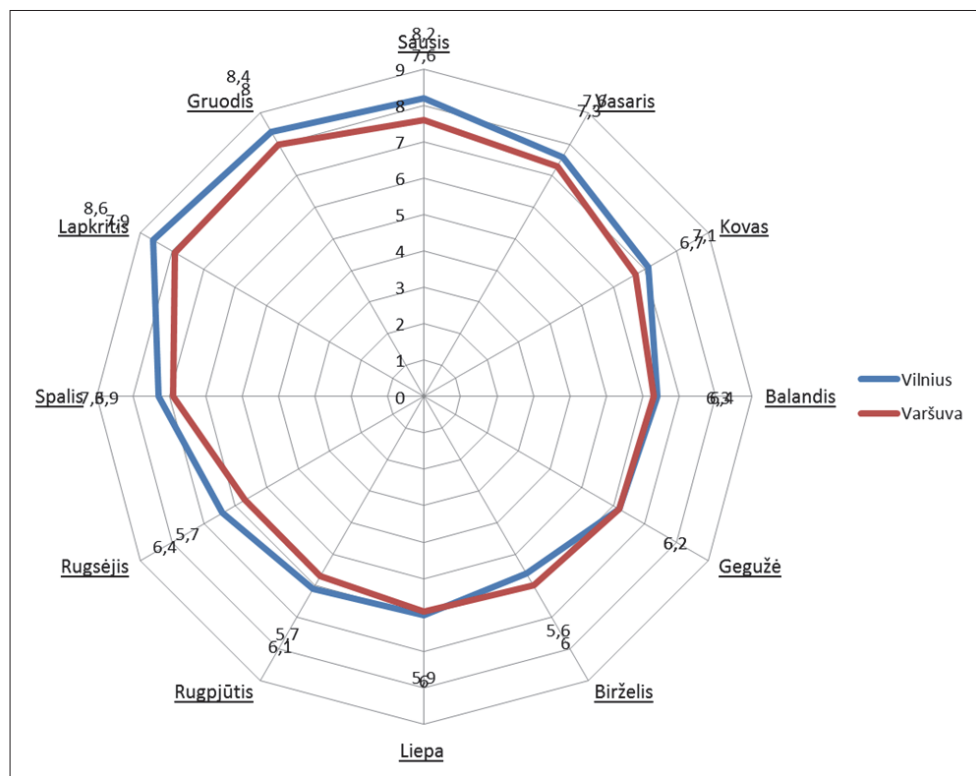
21 priedas

Sviesto suvartojimas Vilniaus miesto gyventojų šeimose (1931 m.)<sup>65</sup>



22 priedas

Debesuotumas Vilniuje ir Varšuvoje (1890–1909 m.)<sup>66</sup>

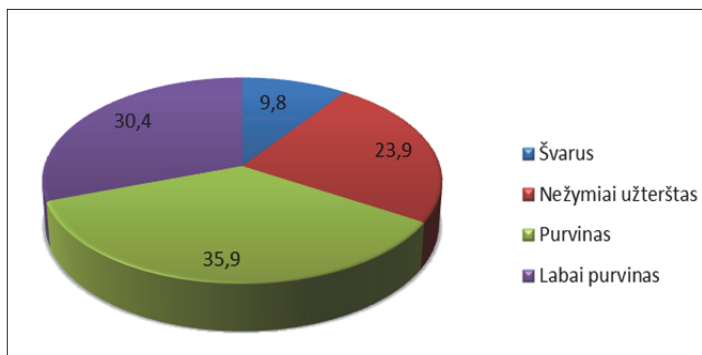


<sup>65</sup> Pirminiai duomenys: Kasperowicz F. W sprawie odżywiania ludności miasta Wilna. (Wilno) 1930: 10.

<sup>66</sup> Pirminiai duomenys: Rymaszewski K. Sanitarne opisanie miasta Wilna. (Wilno) 1928: 29.

## 23 priedas

### Pieno suvartojimas Vilniaus miesto gyventojų šeimose (1929 m.)<sup>67</sup>



## 24 priedas

### Rekomendaciniai tuberkuliozės prevencijos nurodymai (1925 m.)<sup>68</sup>

1. Atsimink, kad nuo tuberkuliozės galima apsisaugoti.
2. Venk kosinčių ir čiaudinčių, iš pažiūros išsekusių ir sulysusių žmonių.
3. Atsimink, kad kvėpuoti reikia tik pro nosį.
4. Plauk rankas prieš kiekvieną valgį, neimk į burną abejotino švarumo maisto, skatink burną po kiekvieno valgymo.
5. Rinkis gerą, šviežią maistą, valgyk lėtai.
6. Savo būstą laikyk švaroje, kasdien jį vėdink.
7. Neužtamsink langų užuolaidomis ir gėlėmis, leisk saulei nušviesti patalpas.
8. Negalima miegoti su kitu žmogumi, ypač sergančiu tuberkulioze.
9. Negerk degtinės ir nerūkyk – tai griaua sveikatą.
10. Kuo dažniau būk gryname ore, kasdien mankštinkis, daug vaikščiok, keliauk gamtoje, praktikuok savo mėgstamą sporto šaką.
11. Jei pradėjai kosėti, kosulys nepraėjo per dvi dienas, eik pas gydytoją. Atsimink, kad ankstyva tuberkuliozė išgydoma.

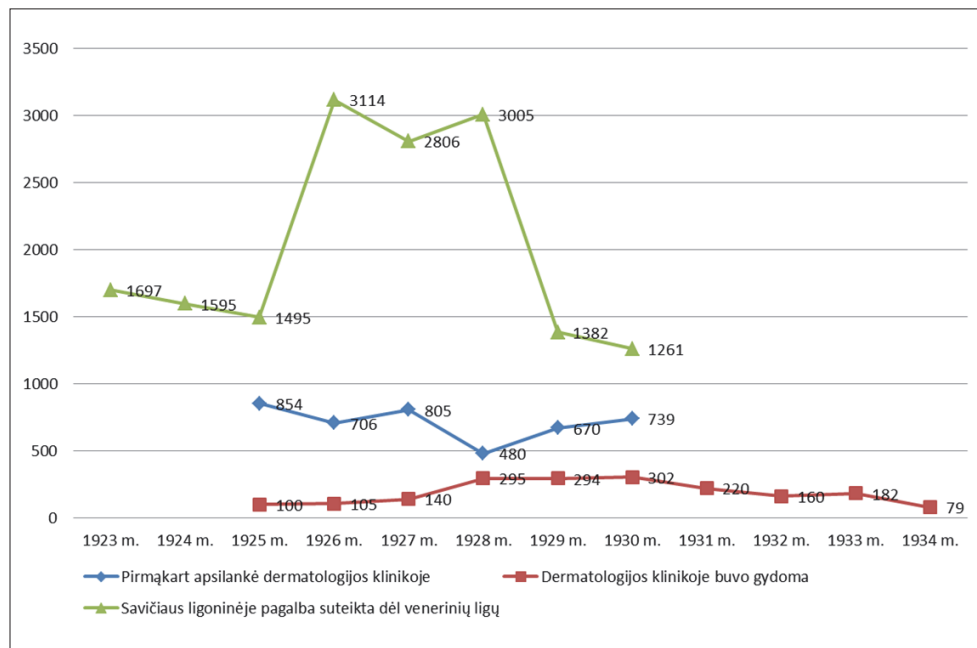
*Perskaitęs neužlaiyk, perduok kitam*

<sup>67</sup> Pirminiai duomenys: Kiewlicz J. Materjały do standaryzacji mleka w Wilnie. Archiwum Hygieny. (Wilno) 1926; 1: 192.

<sup>68</sup> Šaltinis: Przekazania przeciwgruźliczne. VU biblioteka rekataloguotas rinkinys, dokumentas nr. 27443

## 25 priedas

### Dermatologijos klinikų ir Savičiaus ligoninės pacientų dinamika (1923–1934 m.)<sup>69</sup>



<sup>69</sup> Pirminiai duomenys: Mienicki M. Pierwsza dziesięciolecie istnieniu Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek. (Wilno) 1934; 10(1-2) :181; LCVA f. 64, ap. 19, b. 37, l. 112; b. 46, l. 137; b. 57, l. 227, ap; b. 70, l. 612; b. 94, l. 432; b. 95, l. 477; b. 95, l. 525; b.113, l. 9; b. 94, l. 432.