

ROMAN LUTYŃSKI

PAŃSTWOWA SZKOŁA HIGIENY W WARSZAWIE – INICJATOR  
PROFILAKTYKI JODOWEJ

NATIONAL SCHOOL OF HYGIENE IN WARSAW – INITIATOR OF IODINE  
PROPHYLAXIS

Zakład Higieny i Ekologii, Collegium Medicum UJ  
31–034 Kraków, ul. Kopernika 7  
Kierownik: prof. dr hab. R. Lutyński

*W opracowaniu przedstawiono przebieg akcji jodowania soli kuchennej jodkiem potasowym w południowej Polsce. Jej zasady zainicjowane zostały w Państwowej Szkole Higieny w 1932 r., a która podjęta była na obszarze województwa krakowskiego w 1935 r. Omówiono aspekty zdrowotne związane z prowadzoną profilaktyką jodową w Krakowskiem (zmniejszenie się liczby klinicznych przypadków niedoboru jodu, zwłaszcza o ciężkim przebiegu), jak również podano zaistniałe niepowodzenia.*

Obserwacje wiążące się z występowaniem wola u ludzi na ziemiach polskich posiadają długą tradycję. Pierwsza dostępna informacja na ten temat znajduje się w tekstach *Stanisława Staszica* z XVIII wieku informująca o występowaniu, jak należy przypuszczać, wola u mieszkańców niektórych obszarów Podkarpacia [4].

Pierwsze lekarskie opracowanie dotyczące wola i matołectwa u rekrutów pochodzących z terenu ówczesnej Galicji Zachodniej opublikowane zostało z końcem XIX wieku [3].

Zdając sobie sprawę z wagi zagadnienia występowania wola i towarzyszącemu jemu skutków zdrowotnych – powołana do życia i otwarta w Warszawie Państwowa Szkoła Higieny w 1926 r. [8], zajęła się również problemem wola.

Prace nad zagadnieniem wola zapoczątkowane zostały w Polsce już w 1931 r. [16], a w utworzonym przy Szkole Higieny w r. 1932 Komitecie do walki z wolem (Komisja Wola) przewodniczącym został przebywający na stałe w Polsce prof. *L. Hirszfeld*. O decyzji wyboru *Hirszfelda* zdecydowały w dużej mierze wyniki jego badań przeprowadzonych podczas pobytu w Zurichu w latach 1911–1915. Dotyczyły one występowania endemicznego wola u tubylczej ludności kantonów w których podjęto badania; zjawisko to tłumaczono wówczas tzw. teorią wodną. Prace epidemiologiczne *Hirszfelda* i jego szwajcarskich współpracowników wykazały że występowanie wola uzależnione było od bardziej ogólnej charakterystyki miejscowości w której zamieszkiwali wołowaci, ale nie koniecznie od wody [10].

Prof. *Hirszfeld*, mimo tego iż był dyrektorem Działu Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej w Szkole Higieny oraz zastępował jej dyrektora (dyrektor Szkoły – dr

L. Rajchman powołany został na stanowisko przewodniczącego Sekcji Higieny Ligi Narodów w Genewie), zaangażował się w działalność Komitetu do walki z wolem. Prace tego Komitetu, subsydiowane przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, zostały ukierunkowane w pierwszym rzędzie celem ustalenia nasilenia występowania wola endemicznego w Polsce, a następnie poszukiwania przyczyn jego powstawania, jak też środków zwalczania [16].

W 1935 r. Komitet po podjęciu uchwały określającej potrzebę zbierania danych statystycznych dotyczących występowania wola (u uczniów szkół podstawowych, w szpitalach od pacjentów oraz w wojsku) opracował instrukcję w sprawie prowadzenia badań nad wolem. W instrukcji tej określono 3 stopnie powiększenia tarczycy, aby nimi posługując się stworzyć rękomię porównywalności uzyskanych wyników [4]. Niezależnie od tego, zwrócono się do Ministerstwa Spraw Wojskowych o udostępnienie danych dotyczących zdrowia rekrutów, którzy stawali do poboru w latach 1930 i 1931 (roczniki 1909 i 1910). Dzięki temu uzyskano wstępne dane i obliczono odsetki poborowych dotkniętych wolem pochodzących z wszystkich powiatów kraju [5, 9, 24]. Dane z województwa krakowskiego przemawiały za istnieniem w południowej Polsce, na obszarze Karpat zachodnich i środkowych – endemicznie występującego wola. Wynosiło ono na tych obszarach u rekrutów w roku 1930 – 15,6%, a w roku 1931 – 17,5% wszystkich poddanych oględzinom lekarskim, gdy w tych samych latach ogółem w Polsce: 2,97% i 2,98% [24, 25].

Szczegółowe i wszechstronne badania na obszarze dotkniętym wolem u ludzi o dużym nasileniu (wynoszącym 60,8% ogółu osób poddanych oględzinom lekarskim) były przeprowadzone w 1933 r. w Krakowskim we wsi Przysietnica w powiecie nowosądeckim [6]. Dokonując tam badań lekarskich mieszkańców jak i chemicznej analizy pobranych próbek wody pitnej, oprócz wielu innych domniemanych czynników przyczyniających się do endemii wola w Przysietnicy, uogólniono że czynnikiem głównym stwierdzonych stanów patologicznych jest mała ilość jodu w środowisku.

Znając również wyniki prowadzonej w Europie zachodniej profilaktyki jodowej, działania takie określono u nas jako celowe pod względem medycznym i mające uzasadnienie społeczne [23]. W rezultacie oceny zaistniałej sytuacji epidemiologicznej w kraju i wyników zorganizowanych badań, Komitet do walki z wolem spowodował wprowadzenie do handlu jodowanej soli kuchennej wydobywanej w Wieliczce. Zadecydowano wzbogacenie soli jodkiem potasowym (KJ) w ilości 5 mg/kg, a akcja ta wprowadzona została w życie z początkiem 1935 roku i dotyczyła obszaru województwa krakowskiego i czterech sąsiadujących powiatów województwa lwowskiego [9, 12].

Już w 1927 r. Państwowa Szkoła Higieny weszła w skład Państwowego Zakładu Higieny (przemianowanego w 1923 r. z istniejącego od 1918 r. Państwowego Centralnego Zakładu Epidemiologicznego), który wraz z filiami stworzył jednolity system kontroli żywności i wody w Polsce [7]. Na filii w Krakowie spoczywał dodatkowo obowiązek nadzorowania zawartości KJ w soli jadalnej będącej w sprzedaży w tamtejszym województwie.

Jak wynika z danych przedstawionych w referacie wygłoszonym w Warszawie w Państwowym Zakładzie Higieny w dniu 16.3.1937 r., odsetki próbek pobranych z obszaru województwa krakowskiego w latach 1935 i 1936 zawierające KJ poniżej wymaganego poziomu wynosiły w soli kuchennej warzonej odpowiednio 10,0% i 9,1%,

natomiast w soli kuchennej mielonej 27,3% i 10,7% [20]. Pozwoliło to na uogólnienie, że zaopatrzenie ludności województwa krakowskiego w sól jodowaną przedstawia braki [20].

Pomimo znacznych wahań zawartości KJ w soli, obecność od 1935 r. na rynku tylko soli jodowanej w Krakowskiem, przyczyniła się do spadku liczby osób dotkniętych wolem. W kolejnych latach od 1935 do 1938 przeciętny odsetek poborowych z wolem z województwa krakowskiego wyrażał się liczbami odpowiednio: 6,4%, 3,6%, 2,9% i 2,0% [4, 9]. Spadek ten obejmował również rekrutów pochodzących z powiatów w największej mierze dotkniętych endemicznie występującym wolem tj.: Limanowa, Myślenice, Nowy Sącz, Nowy Targ i Żywiec [4].

W latach drugiej Wojny Światowej jodowanie soli jadalnej zostało zawieszono. Dlatego też zaraz po wojnie Ministerstwo Zdrowia zleciło prof. *B. Nowakowskiemu* (piastował przed wojną stanowisko kierownika Działu Higieny Pracy w Państwowej Szkole Higieny oraz okresowo zastępował jej dyrektora), ówczesnemu kierownikowi Zakładu Higieny UJ – zorganizowanie badań mających na celu rozeznanie epidemiologicznej sytuacji wola na terenach charakteryzujących się endemicznością jego występowania. Lekarskie badania przeprowadzone zostały w Krakowskiem w 1946 roku i wykazały występowanie wola wśród mieszkańców powiatów Myślenice i Nowy Sącz sięgające 38% [17]. Dodatkowo przeprowadzona ocena wyników oględzin lekarskich wykazała, iż odsetek dzieci wolowatych w rodzinach z występującym wolem u rodziców wynosił średnio 52% [18]. W 1947 r. wszczęto ponownie proces jodowania.

Kolejno przeprowadzone epidemiologiczne badania w Krakowskiem w latach pięćdziesiątych i następnych wykazały dalsze utrzymywanie się niepokojąco wysokiego odsetka osób dotkniętych wolem [11, 19, 21, 22]. Również ocena wyników oględzin lekarskich rekrutów pochodzących z obszaru Polski południowej stających do poboru w 1996 r. wykazała występowanie w wyższym odsetku wola u pochodzących z terenu Podkarpacia (nie publikowane opracowanie).

Utrzymywanie się nadal niezadowalającej sytuacji epidemiologicznej występowania u ludności klinicznych objawów niedoboru jodu wpłynęła na stopniowe podwyższenie wymaganej ilości KJ w soli spożywczej (do 30 mg/kg) będącej w sprzedaży w Polsce [1, 2, 12].

Utworzona w Warszawie Polska Komisja ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu, na pierwszym posiedzeniu w 1991 r. podjęła decyzję mającą na celu – oprócz wprowadzenia obowiązującego modelu profilaktyki jodowej w całym kraju i intensyfikacji działalności oświaty zdrowotnej – ustalenie systemu laboratoryjnej kontroli soli kuchennej [1].

Techniczna ocena procesu jodowania soli spożywczej w Polsce przeprowadzona we wczesnych latach dziewięćdziesiątych przez Państwowy Zakład Higieny nie wypadła korzystnie, wykazując znaczny odsetek pobranych prób o zawartości KJ poniżej wymaganego poziomu [1, 2]. Niezadowalające były również wyniki badań przeprowadzonych w Krakowskiem w latach 1992–94; odsetek prób o zbyt niskiej zawartości KJ wahał się od 17,4% do 28,6% [15].

W czasie badań terenowych przeprowadzonych na Podkarpaciu w 1996 r. zdołano się przekonać, że ludność wiejska terenów endemicznie występującego wola nie zawsze używała w gospodarstwach domowych soli jodowanej [15]. Stwierdzono również, że