

NATALIA WAŚIK¹

DAMIAN WAŚIK²



NIEUDOLNE LECZENIE W DOBIE XX-LECIA MIĘDZYWOJENNEGO W POLSCE - UJĘCIE HISTORYCZNO-PRAWNE

Abstrakt: Państwowa służba zdrowia w Polsce doby dwudziestolecia międzywojennego (1918–1939) stała przed wieloma wyzwaniami, wśród których najważniejszymi były budowanie sprawnych kadr medycznych, weryfikacja posiadanych przez medyków kwalifikacji, organizacja szpitali, przychodni i praktyk lekarskich, czy zapewnienia chorym kontaktu z pracownikami służby medycznej. Zadania te nie mogły być zrealizowane na jednakowym poziomie w wielkich miastach i na prowincji. Różne były stopień rozwoju infrastruktury miast i wsi, zamożność mieszkańców, czy też mentalność obywateli w kwestii podejścia do dbałości o swoje zdrowie. Leczenie pacjentów na prowincji jawiło się jako skomplikowany i długotrwały proces kształtowania prawidłowych postaw i relacji między lekarzami a pacjentami oraz budowania wzajemnego zaufania. Zasadniczym celem publikacji jest próba określenia problemów w realizacji podstawowych zadań ochrony zdrowia w Polsce w latach 1918–1939 przy uwzględnieniu specyfiki funkcjonowania wsi i niewielkich miast oraz obowiązującego wówczas stanu prawnego.

Słowa kluczowe: organizacja ochrony zdrowia, prawo wykonywania zawodu medycznego w XX-leciu międzywojennym w Polsce, odpowiedzialność prawna za błędy medyczne

INEFFECTIVE MEDICAL TREATMENT IN THE INTERWAR PERIOD IN POLAND – A HISTORICAL AND LEGAL PERSPECTIVE

Summary: The Polish public health service during the interwar period (1918–1939) faced numerous challenges, the most important of which included building an efficient medical

¹ Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu, natalia.wasik@wskz.pl, ORCID: 0000-0002-4687-0082

² Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu, damian.wasik@wskz.pl, ORCID: 0000-0002-2781-8641

staff, verifying physicians' qualifications, organizing hospitals, clinics, and medical practices, and ensuring patient contact with medical professionals. These tasks could not be accomplished at the same level in large cities and the countryside. The level of infrastructure development in cities and rural areas, the wealth of residents, and the mentality of citizens regarding their approach to health care varied. Treating patients in the countryside was a complex and lengthy process of shaping appropriate attitudes and relationships between physicians and patients, as well as building mutual trust. The primary goal of this publication is to identify the challenges in implementing basic healthcare tasks in Poland between 1918 and 1939, taking into account the specific functioning of rural areas and small towns, as well as the legal framework in force at the time.

Key words: organization of health care, the right to practice the medical profession in the interwar period in Poland, legal liability for medical errors

WPROWADZENIE

Z procesem leczenia chorych i rozwojem medycyny nierozzerwalnie łączą się takie problemy, jak dostępność do służby zdrowia, świadomość zdrowotna obywateli, profilaktyka zdrowotna, ale i ryzyko występowania zjawisk niweczających skuteczność terapii i diagnostyki medycznej. Dwudziestolecie międzywojenne w Polsce było okresem szczególnym pod każdym względem. Państwowa służba zdrowia stanęła przed wyzwaniem skompletowania kadr medycznych zdolnych zapewnić społeczeństwu bezpieczeństwo w zakresie ochrony zdrowia, weryfikacji posiadania przez pracowników medycznych odpowiednich uprawnień i umiejętności, organizacji szpitali, przychodni i praktyk lekarskich, wreszcie zapewnienia chorym kontaktu z medykami w sytuacjach, w których było to konieczne. Zadania te nie mogły być zrealizowane na jednakowym poziomie w wielkich miastach i na prowincji. Różne były bowiem stopień rozwoju infrastruktury miast i wsi, zamożność mieszkańców, czy też mentalność obywateli w kwestii podejścia do dbałości o swoje zdrowie. Leczenie pacjentów na prowincji jawiło się zatem jako skomplikowany i długotrwały proces kształtowania prawidłowych postaw i relacji między lekarzami a pacjentami oraz budowania wzajemnego zaufania. I tu jednak dawało się zaobserwować swoiste spektrum zagrożeń niweczających podstawowy cel leczenia – jego efektywność. Tym samym zasadnym jest, uwzględniając specyfikę funkcjonowania wsi i niewielkich miast oraz ówczesnie obowiązujący stan prawny, wskazanie rodzajów, przyczyn, a niekiedy i konsekwencji tych problemów.

LECZENIE CHORYCH W OKRESIE MIĘDZYWOJENNYM W POLSCE (1918–1939)

– WYBRANE PROBLEMY SPOŁECZNO-MEDYCZNE

Podnosząc kwestię leczenia na polskiej prowincji w latach 1918–1939 w piśmiennictwie medycznym zwraca uwagę w szczególności podnoszenie postulatu propagowanie zasad higieny wśród mieszkańców wsi, które to stanowiły warunek *sine qua non* racjonalnej budowy nowoczesnego lecznictwa. Zauważano, że na wsi w zasadzie nigdy ono nie istniało, jeśli chodzi o chłopów średnio, mało i bezrolnych (opiekę nad zdrowiem zamożnych włościan pozostawiano ich własnej trosce)¹. Lekarze podejmujący pracę na prowincji jako okoliczności niweczące wdrażanie ówczesnych osiągnięć w dziedzinach higieny i profilaktyki zdrowotnej wskazywali w szczególności:

- nieodpowiednią infrastrukturę drogową i brak szlaków komunikacyjnych między poszczególnymi miejscowościami, utrudniające przemieszczanie się mieszkańców i ograniczające dostęp do szkół i innych obiektów czy instytucji publicznych;
- nieprawidłowe rozmieszczenie obiektów gospodarczych w miejscu zamieszkania i pracy, np. pozbawienie domów światła słonecznego, posadowienie domostw przyległych do zabudowań gospodarczych (stodół) i bezpośrednia bliskość zanieczyszczeń (gnojowica, składowiska śmieci);
- wykorzystywanie zanieczyszczonych materiałów budowlanych przy budowie domostw (np. drewna zajętego przez grzyby, nieosuszonych cegieł), prowadzenie budowy w okresach sprzyjających przemarzaniu ścian i ich zawilgoceniu, ograniczenie liczby pomieszczeń w domostwie do 1 lub 2 izb, w których przebywali wszyscy domownicy (odbywało się tam też pranie czy gotowanie), brak dostępu świeżego powietrza do izb (zabijanie otworów okiennych deskami), niewłaściwie opalanie (ogrzewanie) pomieszczeń, nieprawidłowe oświetlenie pomieszczeń;
- minimalne zużycie wody, brak wystarczającej ilości źródeł pozyskania wody i nieprzestrzeganie czystości osobistej (brak mydła, ręczników etc.), spożywanie wody niewiadomego pochodzenia;
- niedożywienie, w szczególności dzieci, i nieprzestrzeganie podstawowych zasad sanitarnych w szkołach wiejskich, skutkujących występowaniem wad rozwojowych (blade powłoki skórne i błony śluzowe, budowa asteniczna,

¹ J. Rutkiewicz, *Koordinacja wysiłków nad dźwignięciem higieny wsi*, „Sprawy lekarskie. Organ zjednoczenia lekarzy w Warszawie. Czasopismo poświęcone zagadnieniom: lekarskim, naukowym i społeczno-zawodowym”, 1935, Rok I, nr 1, s. 11–12.

- wyraźnie zaznaczone dołki pod- i nadobojczykowe, wiotkie mięśnie, powiększone gruczoły, łęklliwość) i takich chorób, jak anemia, ostre choroby zakaźne, jaglica i gościec stawowy (reumatoidalne zapalenie stawów), przy jednoczesnym utrudnionym dostępie do lekarzy trudniących się ówczesną medycyną szkolną;
- eksploatacja dzieci i kobiet przy ciężkich pracach gospodarczych (w tym polowych), nieadekwatnych do posiadanych przez nich umiejętności czy siły;
 - brak wykwalifikowanej pomocy medycznej w okresie ciąży, porodu i połogu, działalność „babeł wiejskich” nieposiadających podstawowej wiedzy o aseptyce i opieką nad kobietą po porodzie;
 - nieprawidłowa opieka nad noworodkiem, skutkujące na dalszym etapie rozwoju dziecka obniżoną odpornością i zwiększonym ryzykiem zachorowań na choroby zakaźne, takie jak odra, koklusz, błonica, płonica, a wskutek powikłań – zapalenie ucha, wady serca, schorzenia nerek czy zapalenie stawów;
 - brak szczepień ochronnych przed chorobami zakaźnymi, utrudniony dostęp do pomocy lekarskiej i jej koszt, ubożenie społeczeństwa, przerywanie leczenia na skutek braku środków finansowych i zwracanie się o pomoc w kontynuacji terapii do znachorów².

W piśmiennictwie medycznym doby dwudziestolecia międzywojennego podkreślano, że „sprawa pomocy lekarskiej dla wsi i prowincji w ogólności (...) jest tak stara, jak stary jest zawód lekarski, którego szczytnym powołaniem było zawsze – nieść pomoc bliźniemu”, zaś „zapewnienie możliwości leczenia się najszerzym warstwom społeczeństwa było i jest dla lekarza nakazem nie tylko myśli humanitarnej lecz i narodowo-państwowej”³. Przedstawiciele środowiska medycznego wskazywali, że niedoświadczony zawodowo lekarz, wyjeżdżając na prowincję, spotykał się z okolicznościami i uwarunkowaniami dla niego nieznanymi. Jednocześnie spadał na niego cały ciężar odpowiedzialności samodzielnego wykonywania zawodu, nastęrczającego nieraz poważne i nawet niebezpieczne trudności. Wiedza, którą uzyskał podczas studiów były bowiem wyłącznie teoretyczne i nie przygotowywały właściwie do praktyki. Kończyć się to miało nie tylko utratą zaufania publicznego, ale i skazaniem sądowym w przypadku drastycznych

² Zob. J. Węgrzynowska, *Higiena wsi (Obserwacje i wrażenia lekarza z pracy na wsi)*, „Sprawy lekarskie. Organ zjednoczenia lekarzy w Warszawie. Czasopismo poświęcone zagadnieniom: lekarskim, naukowym i społeczno-zawodowym”, 1935, Rok I, nr 3, s. 9-12.

³ Por. T. Kolański, *Na marginesie ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej*, „Biuletyn Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego”, 1939, nr 4, s. 4.

błędów i pomyłek w leczeniu⁴. W środowisku lekarskim podkreślano, że „nikt z początkujących lekarzy nie miał właściwie żadnego instrumentarium, a przecież zwłaszcza położnictwo wymaga go koniecznie”. Istotnym również argumentem w prowadzonych ówczesznie dyskusjach na temat konieczności reformy służby zdrowia było stwierdzenie, że „na prowincji nie może (...) żaden lekarz odmówić wezwaniu do przypadku, który nie leży nawet w jego specjalności, a z chwilą przybycia ponosił on całkowitą odpowiedzialność za przebieg i zejście choroby”⁵. Analogiczne wnioski formułowano w stosunku do dostępności pomocy wykwalifikowanych położonych, podkreślając, że „olbrzymia większość z nich zatrudniona jest w miastach, gdyż nie znajduje dostatecznych zarobków na wsi”. Z tego też względu tylko około 2% porodów na wsi odbywała się przy udziale wykwalifikowanej położnej⁶.

Traktując o specyfice leczenia na prowincji szczególną uwagę poświęcano problemom w komunikacji i współpracy lekarza z chorymi. Zauważano, że ludność wsi „stanowi odrębny typ pacjentów o innej psychice niż mieszkańcy miast”, a zatem „nim lekarz nauczy się ich rozumieć, traktować i leczyć - wiele trzeba będzie czasu, zwłaszcza jeśli sam pochodzi z miasta” - „życie się z ludem i pozyskanie jego zaufania utrudnią mu spotykani wszędzie znachorzy i babki wiejskie”. Podkreślano, że ci „ze względów konkurencyjnych dołożą wszelkich starań, by szkodzić mu w wykonywaniu zawodu i w zbliżeniu się do ludu, wykorzystując każdy niepomysłny skutek leczenia, a tym bardziej każdy błąd lekarza”⁷. Znamienne było powtarzane często przez lekarzy twierdzenie, że „plaga znachorstwa krzewi się bujnie na wsi polskiej i nie łatwo uda ją się wyplenić, a różne „zamawiania” i inne zabobony długo tam jeszcze zamierzają pokutować”⁸. O przejawach i konsekwencjach niezwykle szkodliwego zjawiska zabobonów w lecznictwie na wsi donosiła prasa okresu XX-lecia międzywojennego. Przykładem tego stanu rzeczy jest informacja prasowa o działalności rakażka Jana Mazurka, który na obszarze wsi Wąwół (pow. opoczyński) sprzedawał okolicznej ludności mięso wylapywanych psów. Przekonywał on nabywców, że psi smalec pomaga w leczeniu „chorób piersiowych”, w tym zwłaszcza gruźlicy. Jan Mazurek wykorzystując popularność głoszonych przez siebie tez sprzedał

⁴ Ibidem, s. 4.

⁵ Ibidem, s. 5.

⁶ Zob. J. Surawski, *W sprawie pielęgniarstwa w Polsce*, „Biuletyn Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego”, 1939, rok 2, nr 5, s. 3.

⁷ T. Kolański, *Na marginesie ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej*, s. 5.

⁸ J. Rutkiewicz, *Koordinacja wysiłków nad dźwignięciem higieny wsi*, s. 11-12.

ok. 3 kg mięsa wściekłego psa mieszkańcowi Wąwołu – Aleksandrowi Munkale, który następnie nakarmił ww. mięsem własne dzieci. Jedynie dzięki spostrzegawczości lekarza weterynarii i niezwłocznemu zastosowaniu szczepień ochronnych udało się uratować zdrowie małoletnich⁹.

Młodzi lekarze zwracali uwagę, że „to na ich barki społeczeństwo przerzucało ciężar dźwignięcia stanu sanitarnego i zdrowotnego prowincji, tylko im zadawano trud poprawy lecznictwa społecznego”, wreszcie to od nich – „najmłodszych, niedoświadczonych, pozbawionych środków materialnych i wyposażenia technicznego, rzuconych na nieznany nieraz im teren”. Warunki prowincjonalne nie pozwalały bowiem na stosowanie szpitalnych metod leczenia, zwłaszcza diagnostycznych. Nikt na wsi, a nawet w małych miastach II Rzeczypospolitej Polskiej, nie dysponował na ogół aparatem Roentgena czy laboratorium, sporadycznie znajdowano też środki finansowe na urządzenie gabinetu ordynacyjnego¹⁰.

Wymienione dotychczas wnioski przesądzały o krytycznym podejściu lekarzy do przepisów rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1939 r. o obowiązkowym wykonywaniu praktyki lekarskiej w gminach wiejskich i w niektórych miastach (Dz. U. z 1939 r., nr 35, poz. 224), które miały rozwiązać braki wykwalifikowanych lekarzy w najmniejszych miejscowościach przedwojennej Polski. Rozwiązanie tego problemu gwarantować miało być zobowiązanie adeptów zawodu lekarskiego do odbycia dwuletniego stażu w gminach wiejskich lub w miastach, liczących poniżej 5.000 mieszkańców. Niestety wprowadzenie ww. regulacji nie zmieniło uwarunkowań leczenia na polskiej prowincji.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA ZA BŁĄD W SZTUCE LEKARSKIEJ I INNE NIEPRAWIDŁOŚCI ZWIĄZANE Z LECZENIEM PACJENTÓW

W okresie XX-lecia międzywojennego pojęcia „niepowodzenia w leczeniu” i „błędu w sztuce lekarskiej” postrzegane i interpretowane były w sposób niemalże tożsamy ze współczesnym ich znaczeniem. Według przyjętej koncepcji odpowiedzialność szpitala czy lekarza nie opiera się na zasadzie ryzyka tylko na zasadzie winy. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte również niepowodzenie medyczne (powikłanie). Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Dołożenie

⁹ Zob. *Do czego prowadzi zabobon. Ludzie nabywali psi tłuszcz jako lekarstwo*, „Dzień dobry Ziemi Radomskiej. Gazeta codzienna”, 2 lutego 1939 r., Rok IX, nr 33, s. 5.

¹⁰ Ibidem, s. 5-6.

należytej staranności nie oznacza bowiem, iż do wystąpienia powikłań nie dojdzie, a przestrzeganie wszelkich reguł sztuki lekarskiej odnośnie do zapobiegania wystąpienia powikłaniom oznacza zmniejszenie ryzyka ich pojawienia się, a nie ich całkowitą eliminację. Powikłanie, jakie może pojawić się po przeprowadzeniu określonego zabiegu nie uchybia zatem prawidłowości takiego leczenia. Leczenie zawsze wiąże się z ryzykiem wystąpienia określonych powikłań, a pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku wyrażając zgodę na leczenie, wyraża tym samym zgodę na ewentualne możliwe powikłania i wiążące się z nimi dolegliwości. Niepowodzenie medyczne objęte jest pojęciem dozwolonego ryzyka, a poinformowany o nim pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Niemniej pacjent nie obejmuje zgodą skutków każdej postaci winy lekarza. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony. Z tego względu każdorazowo ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga poczynienia nie budzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały. Omawiany błąd jest zatem obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się przy tym nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania).

W prawie karnym okresu międzywojennego nie obowiązywały przepisy, które wprost odnosiłyby się do odpowiedzialności karnej za popełnienie błędu w sztuce lekarskiej. Niemniej jednak istniały wówczas regulacje prawne, które normowały kwestię karalności niektórych zachowań związanych ze stosowaniem określonych procedur medycznych, tudzież ich wyrządzeniem w ich wyniku niekorzystnych dla pacjentów skutków. W pierwszej kolejności wskazać należy na obowiązujący do 31 sierpnia 1932 r. tzw. Kodeks karny Tagancewa z 1903 r. i art. 193, zgodnie z którym „Nie mający prawa zajmowania się praktyką lekarską lub pozbawiony tego prawa, winny leczenia substancjami trującymi lub gwałtownie działającymi będzie karany: aresztem na czas do miesiący trzech lub grzywną do rubli trzystu. Kary nie stosuje się do osoby, która udzieliła pomocy lekarskiej bezpłatnie”. Przepis ten dotyczył zakazu stosowania sposobu leczenia wysoce niebezpiecznego i ryzykownego dla chorego, tj. z wykorzystaniem substancji uznanych za trujące lub działające gwałtownie, np. psychoaktywnych czy halucynogennych. Warunkiem karalności było w tym

przypadku uzyskanie korzyści finansowej z leczenia, a odpowiedzialność za czyn ponosił sprawca niezależnie od tego, czy posiadał uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej. Przywołać należy również dyspozycję art. 194, zgodnie z którym „Akuszerka, winna niespełnienia, bez zasługującej na uwzględnienie przyczyny, obowiązku wzywiania lekarza do położnicy w przypadkach przez ustawę oznaczonych, będzie karana: aresztem na czas do miesięcy trzech lub grzywną do rubli trzystu. Jeśli wywołany został przez akuszerkę poród przedwczesny, winowajczyni będzie karana: zamknięciem w więzieniu na czas do miesięcy sześciu”. Przepis ten zapobiegać miał pozostawianiu pacjentek bez wykwalifikowanej opieki medycznej podczas porodu i generowaniu stanów bezpośrednio zagrażających życiu kobiet, a także minimalizowaniu powikłań płynących z niewłaściwie prowadzonego porodu – zarówno dla rodzących, jak i noworodków – co było częstym zjawiskiem w omawianym okresie.

Przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1932 r., nr 60, poz. 571), tzw. Kodeksu karnego Makarewicza, ujmowały kwestię odpowiedzialności karnej za zaniedbania w leczeniu w sposób znacznie mniej kazuistyczny i łączyły ją na ogół ze skutkiem, jakie zaniedbania te wywołały. Wśród ważniejszych przepisów dotyczących tej materii wymienić należy z pewnością art. 230 (nieumyślne spowodowanie śmierci), art. 235 (ciężkie uszkodzenie ciała), art. 236 (średnie uszkodzenie ciała), art. 242 (narażenie na niebezpieczeństwo), czy art. 243 (porzucenie w położeniu, grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia osoby).

Przywołać wreszcie należy przepis art. 25 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. z 1932 r., nr 81, poz. 712), zgodnie z którym winni wykonywania praktyki lekarskiej wbrew przepisom art. 2 ust. 2, art. 3, 4 i 5 oraz winni przekroczenia przepisów art. 11, 12 i 17 ust. 1 i rozporządzeń wydanych na podstawie art. 11 ulegną karze aresztu do trzech miesięcy i grzywny do trzech tysięcy złotych lub jednej z tych kar, o ile za czyn ten nie grozi kara surowsza. W ust. 3 cytowanego przepisu przewidziano, że winni przekroczenia przepisów innych artykułów rozporządzenia ulegną karze grzywny do 1.000 zł, o ile za czyn ten nie grozi kara surowsza. W razie niemożności ściągnięcia grzywny, władza orzekająca wymierzyć miała karę aresztu zastępczego, jednak nie wyżej ponad cztery tygodnie, zaś do orzekania powołane są powiatowe władze administracji ogólnej (ust. 4 i 5 cytowanej regulacji prawnej). Na podstawie przywołanych unormowań karze podlegało zatem w szczególności: 1) wykonywanie

praktyki lekarskiej pomimo niespełniania przesłanek uzyskania tego uprawnienia, tj. w okresie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej lub pomimo sądowego pozbawienia praw publicznych i obywatelskich praw honorowych; 2) wykonywanie praktyki lekarskiej pomimo niespełnienia wymagań formalnych warunkujących uzyskanie tego prawa, np. nieposiadanie obywatelstwa polskiego, nieposiadanie dyplomu uznanego przez jeden z polskich uniwersyteckich wydziałów lekarskich, czy też nieodbycie wymaganych praktyk zawodowych; 3) prowadzenie praktyki lekarskiej pomimo braku prawa czasowego wykonywania tej praktyki (nieudokumentowanie w sposób wskazany w ustawie posiadanych uprawnień); 4) nieodbycie jednorocznej, obowiązkowej praktyki szpitalnej; 5) ogłaszanie i reklamowanie środków leczniczych, niedopuszczonych do obrotu w kraju, środków leczniczych dopuszczonych do obrotu w kraju w formie, zawierającej informacje lecznicze, mogące wprowadzić w błąd publiczność, a także preparatów odżywczych i przedmiotów użytku w formie, zawierającej wskazania lecznicze; 6) dokonywanie zabiegów operacyjnych bez uprzedniej zgodą chorego lub jego prawnego zastępcy w sytuacjach, w których życiu pacjenta nie groziło bezpośrednie niebezpieczeństwo, a zabieg operacyjny miał być dokonany w zakładzie leczniczym, jak również przeprowadzenie zabiegu spędzenia płodu poza okolicznościami przewidzianymi w rozporządzeniu i Kodeksie karnym; 7) nieudzielenie pomocy lekarskiej choremu w stanie niebezpieczeństwa utraty życia lub zdrowia.

ZJAWISKA NIEPOŻĄDANE (BEZPRAWNE) WPŁYWAJĄCE NA NIEUDOLNE LECZENIE CHORYCH W DOBIE XX-LECIA MIĘDZYWOJENNEGO

Po przedstawieniu uwarunkowań medycznych, społecznych i środowiskowych leczenia chorych na prowincji i okoliczności, które środowisko lekarskie uznawało w omawianym okresie za najbardziej szkodliwe w budowaniu właściwych relacji pomiędzy medykami a pacjentami w procesie leczenia, zasadnym jest wyszczególnienie i charakterystyka zjawisk, które determinowały nieskuteczność, a nawet szkodliwość podejmowanej terapii. Przyjmując, że zjawiska te wynikały z zawinionego działania lub zaniechania ich sprawców, analizie poddano 40 orzeczeń sądowych wydanych przez Sąd Najwyższy i sądy apelacyjne w tzw. „sprawach medycznych” (związanych ze stosowaniem procedur terapeutycznych i diagnostycznych) w okresie XX-lecia międzywojennego oraz w pierwszych latach powojennych, gdy rozstrzygana sprawa dotyczyła zdarzenia sprzed II wojny światowej. Korzystając z Systemu Informacji Prawnej „LEX” przeanalizowano postępowania zakończone prawomocnym

stwierdzeniem winy sprawców. Badania te uzupełniono przeglądem wybranej przedwojennej literatury medyczno-sądowej. Zestawienie danych i informacji płynących z powyższych czynności pozwoliło na wyodrębnienie następujących niepożądanych zjawisk składających się na nieudolne leczenie chorych w II Rzeczypospolitej Polskiej: 1) błąd w sztuce lekarskiej; 2) leczenie bez uprawnień; 3) leczenie pacjentów przez lekarza nie posiadającego odpowiedniej specjalizacji; 4) błędne przeprowadzanie zabiegu przerywania ciąży i błędy położnicze; 5) ignorowanie praw pacjenta do informacji i wyrażenia zgody na leczenie; 6) bezpodstawna odmowa leczenia i udzielenia pomocy medycznej. Zjawiska te zostaną scharakteryzowane poniżej.

1) BŁĄD W SZTUCE LEKARSKIEJ

Jak zauważał prof. Leon Wachholz błędy lekarskie w dobie XX-lecia międzywojennego miały najczęściej postać:

- a) błędów, polegających na pomyłce w rozpoznaniu, a stąd na niewłaściwym leczeniu;
- b) błędów w leczeniu chorób rozpoznanych należyście;
- c) błędów w dawkowaniu leków i wynikającym stąd zatruciu;
- d) błędów lekceważących możliwość występowania chorób zakaźnych i zwiększaniu ryzyka ich rozprzestrzeniania się;
- e) błędów wynikających z niezastosowania leczenia i zabiegu w danym przypadku koniecznego;
- f) błędów polegających na lekkomyślnym podejmowaniu doświadczeń na chorych¹¹.

Przejawami ww. błędów były nieprawidłowości w rozpoznawaniu i leczeniu złamań i zwichnięć kości, niepoznanie tętniaków rozcinanych z przekonaniem, że to ropień, błędy położnicze, nieoględne stosowanie środków przeciwnilnych pod postacią okładów (powodujących zgorzel lub zatrucie), nieoględne stosowanie naświetlania promieniami Roentgena, zatrucia wynikiem z przepisania leków heroicznych działających w dawkach niedozwolonych, błędy w postępowaniach aseptycznym i antyseptycznym w chirurgii i położnictwie, czy zaniechanie podjęcia leczenia (np. tracheotomia i właściwe tamowanie krwotoków)¹².

¹¹ L. Wachholz, *Medycyna sądowa na podstawie ustaw obowiązujących na ziemiach polskich*, Kraków 1920, s. 506.

¹² *Ibidem*, s. 506-508.

Zgodnie z poglądem prof. Leona Wachholza, aprobowanym przez zdecydowaną większość prawników i lekarzy praktykujących nie tylko w okresie międzywojennym, ale również współcześnie, błąd lekarski nabiera dopiero wówczas znaczenia, gdy staje się powodem naruszenia zdrowia lub śmierci osoby chorej wskutek mylnego rozpoznania i zastosowanego leczenia. Błąd lekarski może być wtedy uznany za karygodny, jeżeli jest widocznym, jeżeli można go było uniknąć przez zastosowanie zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności i jeżeli był on wynikiem należytego namysłu lekarza, nie zaś działania dorywczego, wywołanego nagłością przypadku. Oznacza to, że omyłka w rozpoznaniu trudnego przypadku i wynikające z niej wadliwe leczenie, jeżeli tylko nie mieści znowu w sobie rażącego błędu, nie jest błędem karygodnym¹³.

Przenosząc powyższe na grunt jurydyczny, przywołać można wnioski orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Toruniu z dnia 31 sierpnia 1927 r., sygn. akt T 103/27 (LEX nr 1681400). W sprawie tej pacjent był czterokrotnie prześwietlany przez różnych lekarzy w różnych miejscowościach. Mimo to oskarżony w sprawie lekarz w ciągu kilkunastu godzin 8 do 12 razy prześwietlił aparatem Roentgena pacjenta. Następnego dnia pacjent był jeszcze raz prześwietlony. Dwa dni po ostatnim prześwietleniu wystąpiły na rękach i plecach pacjenta zaczerwienienia skóry, po czym stan jego stale się pogarszał, utworzyły się na plecach pęcherze, wreszcie całe plecy straciły wierzchnią warstwę skóry. Stan chorego był bardzo ciężki, a uszkodzenie organizmu okazało się trwałe. Sąd stwierdzając winę lekarza jednoznacznie wskazał, że niedbalstwa dopuszcza się ten, kto nie przykłada tej staranności i uwagi, do której jest obowiązany i którą wśród danych okoliczności i stosunków oraz osobistych właściwości przyłożyć jest w stanie, wskutek zaś braku tej staranności i uwagi albo nie przewiduje bezprawnego skutku swego działania lub omieszkania (nieostrożność nieświadoma) albo też przewiduje możliwość nastąpienia takiego skutku, mniema jednak lekkomyślnie, że skutek ten we nastąpi lub że skutku tego uda mu się uniknąć (nieostrożność świadoma). Zgodnie z tezą orzeczenia lekarz odpowiada również za błędy popełnione przy leczeniu wbrew ogólnie przyjętym zasadom i prawidłom sztuki lekarskiej, lecz i tu, jak w innych wypadkach, nieostrożności, należy zbadać i rozważyć konkretne okoliczności danego wypadku i osobistość sprawcy, należy rozstrzygnąć pytanie, jakiej staranności i uwagi można wymagać od lekarza w warunkach, w jakich sprawca się znalazł. Za zastosowanie pewnego środka lub zabiegu leczniczego lub rozpoznawczego lekarz odpowiada tylko wówczas, gdy działał wbrew przyjętym wskazówkom medycyny,

¹³ Ibidem, s. 504–505.

lub, gdy przekonawszy się o szkodliwym działaniu zastosowanej metody leczenia lub środka, który stosował, nie zawrócił z błędnej drogi, lecz nadal stosował ów środek lub zabiegi, o których szkodliwości się przekonał. Brak należytych wiadomości naukowych, brak przygotowania czy uzdolnienia nie może być powodem uwolnienia od winy lekarza, gdyż taki lekarz wie i musi wobec wymaganej od niego staranności i rozwagi wiedzieć o swych brakach i jeżeli mimo to przedsięwzięje czynności, do których brak mu uzdolnienia, to popełnia karygodną nieostrożność.

2) LECZENIE CHORYCH BEZ UPRAWNIENI

Wydawać by się mogło, że ze zjawiskiem leczenia chorych bez uprawnień w dobie XX-lecia międzywojennego łączy się działalność znachorów, niemniej jednak – biorąc pod uwagę wnioski płynące z analizy orzecznictwa sądowego – okazuje się, że swoistą plagą w lecznictwie było uzurpowanie sobie tytułu zawodowego lekarza lub prawa do leczenia chorych przez osoby, które takich uprawnień nie posiadały.

Przedwojenna judykatura dostarcza licznych przykładów nieuprawnionego leczenia pacjentów. Tak chociażby Sąd Najwyższy w sprawie sygn. akt II K 361/32 (LEX nr 390721), rozstrzygniętej wyrokiem z dnia 20 maja 1932 r., stwierdził winę oskarżonego, który nie posiadając dyplomu lekarskiego, w kwietniu i maju 1931 r., przyjmował za opłatą chorych (leczących się poprzednio u profesjonalnych lekarzy), badał ich przy pomocy przyrządów optycznych i po przedstawieniu określonej diagnozy zalecał im nabywanie w aptekach stosownych lekarstw homeopatycznych, który przy rzeczywistych schorzeniach pacjentów były nieskuteczne, a nawet szkodliwe. W wyroku z dnia 18 lutego 1949 r., sygn. akt K 1108/48 (LEX nr 161444), Sąd Najwyższy podkreślał, że w przypadku ustalenia, iż oskarżony, świadomie podając się niezgodnie z prawdą za lekarza (wywieszka, ogłoszenie w prasie), a więc za osobę uprawnioną do leczenia ludzi, doprowadzał znane imiennie oraz bliżej nieustalone osoby do płacenia mu honorariów lekarskich, a więc do niekorzystnego rozporządzania swym mieniem na korzyść oskarżonego a ze szkodą pokrzywdzonych, należy bezwzględnie stosować sankcje za nieuprawnione trudnienie się praktyką lekarską lub przekroczenie tych uprawnień. W wyroku natomiast z dnia 26 maja 1930 r., sygn. akt II K 335/30 (LEX nr 1636326) Sąd Najwyższy zajmował się zagadnieniem prowadzenia praktyki dentystrycznej bez uprawnień. W sprawie tej oskarżony dowodził (nieskutecznie), że „uprawnionym technikom dentystrycznym”, do których oskarżony się zaliczał, wolno było wykonywać „wszelkie zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej”. Oskarżony starał

się na tym przykładzie przekonać Sąd, że jako uprawniony technik dentystyczny mógł także leczyć i usuwać zęby. Sąd jednoznacznie wskazywał natomiast, że ekstrakcja zębów nie podpada pod pojęcie „leczenia chorób jamy ustnej”, a skoro oskarżony, jak to sam przyznał, trudnił się usuwaniem zębów zawodowo i za wynagrodzeniem, nie miał do tych zabiegów lekarskich ustawowego upoważnienia. Nie posiadał przy tym wykształcenia lekarza (lekarza – dentysty) i z tego względu poprzez sankcję karną należało przeciwdziałać nieumiejętnemu wykonywaniu wszelkiego rodzaju praktyki lekarskiej.

3) LECZENIE PACJENTÓW PRZEZ LEKARZA NIE POSIADAJĄCEGO ODPOWIEDNIEJ SPECJALIZACJI

W kwestii braku odpowiedniej specjalizacji lub umiejętności przy udzielaniu szeroko pojętych świadczeń zdrowotnych w okresie XX-lecia międzywojennego w judykaturze sformułowano stanowisko, zgodnie z którym przy ocenie okoliczności wykonywania zabiegów leczniczych bez prawnych wymogów nie ma znaczenia to, czy wykonuje je osoba wykwalifikowana, czy bez jakichkolwiek kwalifikacji. Dla skazania za bezprawne leczenie sąd musi wprawdzie ustalić, jakie konkretne zabiegi stosował oskarżony w stosunku do chorych i czy one mogą uchodzić za zabiegi lecznicze¹⁴.

W piśmiennictwie medycznym przywoływano ponadto określenie „pseudospecjalizacja”, polegające na zaniedbywaniu przez studentów medycyny nauki ogólnych, podstawowych dziedzin medycyny na rzecz nauki określonej, wybranej dziedziny szczególnej, co prowadzić miało do rażących braków w umiejętności diagnozowania pacjentów¹⁵.

Odwołując się do przykładów jurydycznych w pierwszej kolejności wskazać należy na orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 9 października 1945 r., sygn. akt C.I. 204/45, (LEX nr 159422) i rozstrzygniętą nim sprawę, w której lekarz okulista, wobec braku w przychodni chirurga ogólnego, skierował pacjentkę do lekarki – ginekologa i powierzył jej obowiązek przecięcia krwiaka, to jest dokonanie zabiegu chirurgicznego wychodzącego poza materię ginekologii. Zabieg został przeprowadzony w miejscowym ambulatorium, a nie w szpitalu, gdzie istniały ku

¹⁴ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 1932 r., sygn. akt II K 931/31, OSN(K) 1932, nr 4, poz. 76; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 1930 r., sygn. akt II K 568/30, OSN(K) 1931, nr 4, poz. 138; orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 1928 r., sygn. akt K 732/28, LEX nr 1627530; orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 23 października 1924 r., sygn. akt KR 1521/24, LEX nr 1630462.

¹⁵ W. Odrzywolski, *W sprawie kryzysu zaufania lekarskiego*, „Sprawy lekarskie. Organ zjednoczenia lekarzy w Warszawie. Czasopismo poświęcone zagadnieniom: lekarskim, naukowym i społeczno-zawodowym”, 1935, Rok I, nr 3, s. 5.

temu odpowiednie warunki aseptyczne. Sąd ocenił, że ww. okoliczności stanowiły błąd wynikający z wadliwej organizacji podmiotu leczniczego. W innej sprawie, rozstrzygniętej orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 1938 r., sygn. akt C.II. 2352/37 (LEX nr 348567), lekarze nieposiadający praktyki w przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych, dokonali nieudanego zabiegu usunięcia nerwu przepony, czym wyrządzili pacjentowi dotkliwą szkodę i doprowadzili do stanu zagrażającego bezpośrednio życiu chorego.

4) BŁĘDNE WYKONANIE ZABIEGU PRZERYWANIA CIĄŻY I BŁĘDY POŁOŻNICZE

W sprawie rozstrzygniętej wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 23 października 1935 r., sygn. akt II K 1064/35, (LEX nr 372899) oskarżony lekarz uznał za konieczne dokonanie zabiegu terminacji ciąży ze względu na zdrowie kobiety, co miało wynikać z przewidywanych konsekwencji ciąży w późniejszych jej okresach i warunkach porodu. Pacjentka zmarła kilka dni po zabiegu na skutek zakażenia. Sąd doszedł do przekonania, że zakażenie wywołał tylko nieprawidłowy sposób wykonania przez oskarżonego zabiegu przerywania ciąży. Zmarła po zabiegu zaczęła zaraz gorączkować, w trzecim dniu wyszedł z niej płód, gorączka nie ustawała, lecz tylko przez 4 dni opadła. Podnoszoną przez oskarżonego lekarza okoliczność, że pacjentka po zabiegu wstawała, zdaniem Sądu, nie dowodziła, że stan jej zdrowia był dobry.

Z błędami w przeprowadzaniu zabiegów aborcyjnych ściśle związane były tzw. błędy położnicze. Prof. Leon Wachholz podkreślał, że błędów tych dopuścić się mogły wszystkie osoby zajmujące się niesieniem pomocy kobietom rodzącym. Najczęściej dopuszczały się tych błędów niewykwalifikowane babki – co było charakterystyczne dla leczenia prowincjonalnego, rzadziej dyplomowane położne (akuszerki), najrzadziej lekarze. Zdaniem uczonego głównym i zasadniczym błędem babek i położnych było zaniechanie wezwania pomocy lekarskiej w sytuacji nieprawidłowego porodu, względnie opóźniona prośba o pomoc lekarską, gdy na skutek samoistny czy niestosownych zabiegów stan rodzącej zagrażał bezpośrednio jej życiu. Często zdarzały się też sytuacje spowodowania zakażenia pępowiny na skutek nie zachowania wskazań aseptyki. Konsekwencją błędów były, np. śmierć płodu, złamanie jego czaszki, złamanie jego kości czy oderwanie członków. Prof. Leon Wachholz opisuje m.in. sytuację, w której lekarz przodującą główkę dziecka uznał za pęcherz płodowy i naciął ją, powodując wymóżdżenie, jak również przypadek, w którym lekarz wezwany do noworodka krwawiącego z pępowiny, zamiast ją podwiązać napisał ergotynę do wewnętrznego stosowania. Rażącym, opisywanym przez ww. błędem było również zachowanie lekarza, który wezwany do rodzącej stwierdził poprzeczne

położenie płodu, starał się go obrócić w taki sposób, że spowodował pęknięcie macicy, po czym uciekł od rodzącej, pozostawiając ją własnemu losowi. Prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski w podręczniku do medycyny sądowej opisuje z kolei przypadek odcięcia fragmentu jelita rodzącej, które lekarz wziął omyłkowo za wypadniętą pępowinę¹⁶.

5) IGNOROWANIE – FUNDAMENTALNYCH WSPÓLCZEŚNIE – PRAW PACJENTA,
TJ. PRAWA DO INFORMACJI I WYRAŻENIA ZGODY NA LECZENIE

W sprawie rozstrzygniętej orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 1934 r., sygn. akt C.II.Rw 3048/33 (LEX nr 379953), wskutek przedsięwzięcia przez lekarza badania cystoskopowego nastąpiło u pacjentki pogorszenie się stanu jej zdrowia, a w szczególności zakażenie dróg moczowych, zapalenie pęcherza i miedniczki nerkowej. Działanie lekarza oceniono jako zawinione. Jednocześnie uzasadniając orzeczenie Sąd podkreślał, że lekarz, dokonywujący zabiegu, chociażby nieoperacyjnego, ale mogącego pociągnąć za sobą skutki szkodliwe dla zdrowia pacjenta, obowiązany jest uprzedzić go o ewentualnej szkodliwości zabiegu, oraz uzyskać jego zgodą na dokonanie tego zabiegu, wyjąwszy przypadki, gdy życiu grozi bezpośrednie niebezpieczeństwo, a zabieg operacyjny dokonywany jest poza obrębem zakładu leczniczego. Sąd uznał, że badanie cystoskopowe nie jest wprawdzie zabiegiem operacyjnym, ale skoro jest zabiegiem dla chorego nieobojętnym, powoduje często szok nerwowy podczas badania, a może także spowodować wprowadzenie bakterii z cewki moczowej do pęcherza. Zatem i w tym przypadku lekarz ordynujący powinien był pouczyć pacjenta o ewentualnej szkodliwości zabiegu i uzyskać zgodę jego na przedsięwzięcie tego zabiegu.

6) BEZPODSTAWNA ODMOWA LECZENIA I UDZIELENIA POMOCY MEDYCZNEJ

W okresie 1918–1939 r. w przypadku leczenia pacjentów na prowincji jedną z najczęstszych przyczyn odmowy leczenia była niemożność pokrycia przez chorego kosztów porady lekarskiej. Zdarzały się jednak i błędne oceny co do rzeczywistego stanu pacjentów i potrzeby natychmiastowej interwencji medycznej. Tak np. w sprawie rozstrzygniętej orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 1927 r., sygn. akt K 2421/26 (LEX nr 1627645) oskarżony lekarz odmówił udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej pokrzywdzonemu pobiciem pacjentowi pomimo, że konieczność udzielenia pomocy była mu zakomunikowana jako okoliczność niebezpieczna dla życia,

¹⁶ Por. L. Wachholz, *Medycyna sądowa na podstawie...*, op. cit., s. 508–511; W. Grzywo-Dąbrowski, *Medycyna sądowa dla prawników*, Warszawa 1957, s. 375.

chory był nieprzytomny, a jego stan wymagał natychmiastowej pomocy lekarskiej. Oskarżony został uznany za winnego, gdyż nie zrzekł się stałego wykonywania praktyki lekarskiej w danej miejscowości, nie zachodziła poważna przeszkoda ku udzieleniu przezeń pomocy choremu i wypadek był nagły, grożący choremu śmiercią.

PODSUMOWANIE

Charakterystyczną rzeczą dla przyczyn zjawiska nieudolnego leczenia w okresie XX-lecia międzywojennego jest okoliczność, że były one tożsame w zarówno dla prowincji, jak i dużych miast II Rzeczypospolitej Polskiej. Należy pamiętać, że podobnie jak współcześnie, postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w omawianych czasach było interdyscyplinarne. Niejednokrotnie uczestniczyli w nich lekarze różnych specjalizacji. Leczenie rozpoczęte na wsi, z uwagi na konieczność wdrożenia określonej farmakoterapii czy wykonanie skomplikowanego zabiegu chirurgicznego, kontynuowane było w dużej miejscowości. Tam pacjent był hospitalizowany, a po zakończeniu leczenia szpitalnego – w zależności od potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowych, wracał na wieś i tam dalej korzystał z pomocy medycznej. Między innymi z tego powodu nie da się jednoznacznie określić, jaki był odsetek, np. błędów medycznych popełnianych przez lekarzy na prowincji w stosunku do największych miast. Kwestią bezsporną jest natomiast niska jakość udzielanych na wsi świadczeń zdrowotnych. Z pewnością duży wpływ na taki stan rzeczy miały uwarunkowania środowiskowe, w tym bytowe i materialne mieszkańców wsi, ale również niedostateczny poziom świadomości o konieczności zachowania elementarnych zasad higieny. Brak prawidłowej infrastruktury utrudniał szybkie dotarcie lekarzy do chorych. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że praktykę zawodową na prowincji prowadzili głównie lekarze niedoświadczeni, nie mający bieżącego wsparcia specjalistów, a także nie posiadający wystarczającej bazy logistycznej – gabinetów wyposażonych w odpowiednie instrumenty, wyroby medyczne, czy leki. Wspomniane problemy w równym stopniu generowały ryzyko popełniania błędów medycznych oraz innego rodzaju zaniedbań i uchybień w leczeniu pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

Do czego prowadzi zabobon. Ludzie nabywali psi tłuszcz jako lekarstwo, „Dzień dobry Ziemi Radomskiej. Gazeta codzienna”, 2 lutego 1939 r., Rok IX, nr 33. <http://mbc.cyfrowemazowsze.pl/Content/15294/PDF/15294.pdf>

Grzywo-Dąbrowski W., *Medycyna sądowa dla prawników*, Warszawa 1957.

- Kolasiński T., *Na marginesie ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej*, „Biuletyn Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego”, 1939, nr 4.
- Odrzywolski W., *W sprawie kryzysu zaufania lekarskiego*, „Sprawy lekarskie. Organ zjednoczenia lekarzy w Warszawie. Czasopismo poświęcone zagadnieniom: lekarskim, naukowym i społeczno-zawodowym”, 1935, Rok I, nr 3.
- Rutkiewicz J., *Koordinacja wysiłków nad dźwignięciem higieny wsi*, „Sprawy lekarskie. Organ zjednoczenia lekarzy w Warszawie. Czasopismo poświęcone zagadnieniom: lekarskim, naukowym i społeczno-zawodowym”, 1935, Rok I, nr 1.
- Surawski J., *W sprawie pielęgniarstwa w Polsce*, „Biuletyn Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego”, 1939, rok 2, nr 5.
- Wachholz L., *Medycyna sądowa na podstawie ustaw obowiązujących na ziemiach polskich*, Kraków 1920.
- Węgrzynowska J., *Higiena wsi (Obserwacje i wrażenia lekarza z pracy na wsi)*, „Sprawy lekarskie. Organ zjednoczenia lekarzy w Warszawie. Czasopismo poświęcone zagadnieniom: lekarskim, naukowym i społeczno-zawodowym”, 1935, Rok I, nr 3.