

DANUTA AUGUSTYNOWICZ  
Wojskowy Instytut Medyczny –  
Państwowy Instytut Badawczy  
ORCID: 0000-0001-6987-0571

# Zwalczanie chorób wenerycznych występujących w pierwszych latach powojennych wśród żołnierzy WP na podstawie publikacji zamieszczonych w „Lekarzu Wojskowym”<sup>1</sup>

**Combating venereal diseases occurring in the first post-war years among Polish Army soldiers on the basis on publications in “Military Physician”**

## **Summary**

The article discusses issues related to combating venereal diseases among Polish Army soldiers in the last months of World War II and in the first post-war years, based on the bibliography of “Military Physician” from the discussed period. In January 1945 publishing of the magazine addressed to military doctors was resumed and aimed to inform about the developments of the military health service, promotion of new medical achievements and theories on their practical use. One of the serious problems discussed in the journal were venereal diseases, which recorded an epidemic increase in incidence, especially syphilis. A systematic, planned action to combat these diseases was already carried out in the 2nd Army of the Polish Army, where venereology ranked second among medical specialties. In the post-war period, the fight against the epidemic was undertaken by the Ministry of Health on a national scale. Legal regulations were introduced, appropriate laboratory, diagnostic and treatment facilities were prepared, effective

---

<sup>1</sup> Serdeczne podziękowania dla Pana prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Korzeniewskiego, specjalisty medycyny morskiej i tropikalnej, epidemiologii, dermatologii i wenereologii, za okazaną pomoc merytoryczną.

drugs were used, including penicillin. One of the forms of infection prevention was the implementation of serological tests among the population, detection of sources of infection and conducting a wide propaganda campaign. The military health service worked closely with state authorities. The actions taken turned out to be beneficial and already in 1948 a clear decrease in the incidence of venereal diseases was observed.

**Słowa kluczowe:** choroby weneryczne, żołnierze, medycyna wojskowa  
**Keywords:** venereal diseases, soldiers, military medicine

## Wstęp

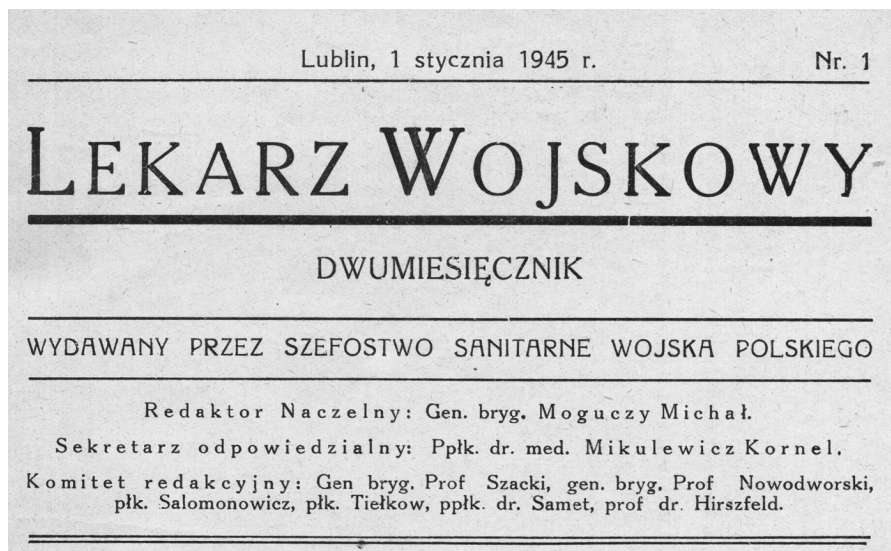
Prezentowana praca jest próbą zaprezentowania problematyki chorób wenerycznych wśród żołnierzy Wojska Polskiego w ostatnich latach II wojny światowej i wczesnych latach powojennych i odpowiedzi na podstawowe pytania o sposoby leczenia i zapobiegania tymże chorobom. Podstawowym źródłem wykorzystywanym w pracy będą artykuły publikowane w czasopiśmie „Lekarza Wojskowego” w latach 1945–1950<sup>2</sup> (Ryc. 1).

W pierwszych latach powojennych bardzo istotnym zagadnieniem było zjawisko rozprzestrzeniania się chorób wenerycznych w środowisku żołnierskim. Ich przyczyną, podobnie jak po I wojnie światowej, były masowe migracje, zniszczenia wojenne, zły stan sanitarno-higieniczny i ekonomiczny ludności, rozluźnienie norm moralnych. W pierwszym okresie wojny do rozprzestrzeniania się epidemii przyczyniły się stacjonujące jednostki Wehrmachtu, natomiast w okresie tzw. wyzwania ziem polskich wzrost zachorowalności na choroby weneryczne wiązał się z wejściem żołnierzy radzieckich i falą masowych gwałtów. Czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się zachorowań były m.in. braki lekarzy specjalistów, przychodni i szpitali wenerologicznych oraz leków<sup>3</sup>. Ówczesne władze państwowe zdawały sobie sprawę z zagrożeń epidemiologicznych, jakie wynikały ze

---

<sup>2</sup> Już w styczniu 1945 r. Szef Departamentu Służby Zdrowia Wojska Polskiego wydał rozkaz zorganizowania lekarskiego czasopisma wojskowego. Zdecydowano wznowić „Lekarza Wojskowego”, wydawanego w okresie międzywojennym. Lekarze wojskowi uzyskali własne czasopismo, które miało propagować zdobyte podczas wojny doświadczenia, szkolić lekarzy i utrzymać ich kwalifikacje na wysokim poziomie oraz przekazywać aktualne zasady działania instytucji wojskowo-medycznych, w tym sanitarnych. Czasopismo miało też promować najnowsze osiągnięcia medycyny oraz poglądy na ich praktyczne stosowanie, mając na uwadze potrzeby lekarzy jednostek wojskowych, którzy nie mieli szerokiego dostępu do czasopism fachowych.

<sup>3</sup> J. Lebioda, *Nasilenie chorób wenerycznych w Polsce*, „Przegląd Lekarski” 1945, nr 3–4, s. 187–188.



**Rycina 1. Strona tytułowa „Lekarza Wojskowego” 1945, nr 1.**

wspomnianych ruchów wojsk oraz migracji ludności. Skala zjawiska była jednak tak wielka, że nie wszystkie zagrożenia chorobami zakaźnymi, w tym przenoszonymi drogą płciową, można było przewidzieć i opanować. W celu skutecznej walki z szerzącą się epidemią podjęto szeroko zakrojone działania, które wspierała zarówno cywilna, jak i wojskowa służba zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia w 1948 r. przeprowadziło planową akcję leczniczo-profilaktyczną, którą nazwano akcją „W”, mającą na celu walkę z chorobami wenerycznymi. Rozpoczęto wówczas systematyczną rejestrację zachorowań na kiłę i rzeżączkę, opracowano program zwalczania chorób. Do walki z chorobami przygotowano odpowiednią sieć poradni, przeszkolono specjalistów<sup>4</sup>. Zostały wprowadzone ściśle określone metody lecznicze polegające na: wykrywaniu źródła zakażeń i kontaktów, ewidencji i okresowej kontroli chorych, badaniach masowych oraz akcji propagandowo-sanitarnej. Otwarto poradnie przeciwweneryczne, które leczyły bezpłatnie, zapewniając chorym zachowanie tajemnicy służbowej<sup>5</sup>. Zakażeni żołnierze objęci byli opieką zdrowotną w macierzystych jednostkach wojskowych.

<sup>4</sup> A. Stapiński, *Powojenna akcja zwalczania chorób wenerycznych – akcja „W”*, „Przegląd Dermatologiczny” 1995, t. 82, nr 5, s. 399–404.

<sup>5</sup> *Dziesięciolecie medycyny w Polsce Ludowej 1944–1954*, Warszawa 1956, s. 7–8.

## Epidemia chorób wenerycznych w Polsce

W pierwszych latach powojennych, z uwagi na brak prowadzonych rejestrów, nie można było podać rzeczywistej liczby zachorowań na choroby weneryczne w polskiej populacji. Dane szacunkowe, przedstawione podczas I Zjazdu Lekarzy Wenerologów, który odbył się w dniach 20–21 lipca 1945 r., wskazywały, że najwięcej chorych wenerycznie było na Dolnym Śląsku i Pomorzu Zachodnim; chorzy ci stanowili od 10 do 20% wszystkich chorych tego regionu<sup>6</sup>. Bardzo wysoki odsetek zachorowań występował „(...) szczególnie wśród kobiet, sięgający 70%, zaś wśród ludności niemieckiej wskaźnik osiąga 30%”<sup>7</sup>.

W 1946 r., według szacunków władz służby zdrowia, liczba chorób wenerycznych wśród ludności Polski za ostatni kwartał wskazywała 95 500 przypadków, w tym 40 595 zachorowań na kiłę, 54 312 na rzeżączkę oraz 592 na wrzód weneryczny, z czego 39 909 przypadków odnotowano na Ziemiach Odzyskanych. Wpływ na zwiększoną liczbę nowych zachorowań miała w dużej mierze repatriacja Niemców<sup>8</sup>. Cytowany już Andrzej Stapiński odniósł się krytycznie do danych za rok 1947, które podawały 100–150 tys. przypadków kiły i ok. 100 tys. przypadków rzeżączki (Tab. 2), uważając, że były zawyżone. Niemniej jednak rzeczywista liczba zachorowań była bardzo wysoka. Statystyki z 1948 r. opierały się już w dużym stopniu na danych pochodzących z rejestru zachorowań i według nich kiłę wczesną rozpoznano u 55 tys. osób, co odpowiadało 230 zachorowaniom na 100 tys. mieszkańców, oraz 43 tys. przypadków rzeżączki, tj. 180 na 100 tys. mieszkańców<sup>9</sup>.

**Tabela 1. Dane szacunkowe występowania kiły i rzeżączki w 1947 i 1948 r.**

Rok	Kiła	Rzeżączka
1947	100 000–150 000	ok. 100 000
1948	55 000	43 000

Źródło: opracowano na podstawie A. Stapiński, *Powojenna akcja zwalczania chorób wenerycznych – akcja „W”*, „Przegląd Dermatologiczny” 1995, t. 82, nr 5, s. 178.

<sup>6</sup> U. Kozłowska, *Analiza występowania chorób wenerycznych na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948. Perspektywa historyczno-socjologiczna*, „Opuscula Socjologica” 2012, t. 1, nr 1, s. 117–126, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-9685cb39-5a8f-4416-8514-c4e0741608a7?q=bwmeta1.element.cejsh-ba2acf22-5e36-48f4-8144-418335d93cec;8&qt=CHILDREN-STATELESS> [dostęp 16.04.2023].

<sup>7</sup> Ibidem, s. 118.

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> A. Stapiński, op. cit., s. 399.

## Zwalczanie chorób wenerycznych

Walka z chorobami wenerycznymi stała się zagadnieniem priorytetowym w powojennej Polsce<sup>10</sup>. Masowe badania w kierunku rozpoznania kiły rozpoczęto jesienią 1945 r. w Instytucie Mikrobiologii Lekarskiej we Wrocławiu pod kierunkiem prof. Ludwika Hirszfelda. Zwiększona liczba zakażeń kiłą po wojnie skłoniła Feliksa Milgroma, ucznia profesora, do zajęcia się badaniami serologicznymi za pomocą metody suchej kropli krwi (Chediaka), rozpowszechnionej później do badań naukowych w całej Polsce. Badania przeprowadzone wspólnie z Laboratorium Okręgowym nr 4 oparte zostały na modyfikacji Meinickiego i Fischera odczynu Chediaka. Po raz pierwszy odczyn ten został wykorzystany do przeprowadzenia badań przesiewowych pierwszego poboru rekrutów w Polsce powojennej. Ogółem przebadano 8266 młodych mężczyzn, wykrywając wśród nich 37 chorych na kiłę: „czyli 4,5%, co pozwoliło usunąć ich na czas z danego środowiska i poddać leczeniu”. Potwierdzono, że przyjęta metoda wyróżnia się stosunkowo niskim kosztem badania, skutecznością i prostotą wykonania<sup>11</sup>.

Konieczność pilnego podjęcia walki z chorobami wenerycznymi widział polski rząd. 16 kwietnia 1946 r. ukazał się Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych<sup>12</sup> podpisany przez prezydenta Krajowej Rady Narodowej Bolesława Bieruta (ryc. 2), który nakładał obowiązki zarówno na chorych, jak i lekarzy oraz związki samorządowe i instytucje państwowe. Artykuł 3.1. dotyczył osób zakażonych i brzmiał: „Zabrania się dotkniętym chorobą weneryczną w okresie zakaźnym choroby dokonywać jakichkolwiek czynności lub przedsięwzięcia działań, które umożliwiają lub mogą spowodować zakażenie innych osób, a w szczególności: a) wstępowania w związki małżeńskie, b) obcowania płciowego, c) wykonywania zajęć, które stwarzają warunki szerzenia się chorób wenerycznych”<sup>13</sup>. Dekret nadał szerokie uprawnienia władzom administracji ogólnej. Zgodnie z art. 10 ust. 2 w dużych skupiskach ludności, gdzie było znaczne nasilenie zakażeń, można

<sup>10</sup> J. Lebioda, *Sprawozdanie z konferencji wenerologów w Warszawie*, „Przegląd Lekarski” 1945, nr 3–4, s. 186–187.

<sup>11</sup> F. Milgrom, T. Wasserstrom, L. Dryl, *O organizacji masowych badań na kiłę*, „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 2, s. 178–183; J. Kostrzewski, S. Śłopek, *Odczyn Chediaka w modyfikacji własnej. Próby zastosowania antygeny M. L. wg St. Ślopka do badań w suchej kropli krwi*, „Przegląd Lekarski” 1947, nr 23, s. 799–802.

<sup>12</sup> Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych, Dz.U. nr 18, poz. 119 wraz z późniejszymi zmianami: Dz.U. z 1947 r. nr 20, poz. 80; Dz.U. z 1949 r. nr 46, poz. 338.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 218.

było przeprowadzać badania masowe (obowiązkowe dla mieszkańców danego regionu). Dekret wprowadził również kary: „Art. 18. 1. Kto, będąc dotknięty chorobą weneryczną, uchyla się od obowiązku zgłoszenia się do lekarza, podlega karze aresztu do miesiąca i grzywny do 10 000 zł albo jednej z tych kar”<sup>14</sup>.

## 119

## DEKRET

z dnia 16 kwietnia 1946 r.

o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Na podstawie ustawy z dnia 3 stycznia 1945 r. o trybie wydawania dekretów z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr 1, poz. 1) — Rada Ministrów postanawia, a Prezydium Krajowej Rady Narodowej zatwierdza, co następuje:

## I. Przepis wstępny.

Art. 1. Chorobami wenerycznymi w rozumieniu dekretu niniejszego są:

- 1) kiła (przymiot, syfilis),
- 2) wiewiór (rzeżączka, tryper),
- 3) wrzód weneryczny (wrzód miękki).

## II. Obowiązki chorego.

Art. 2. Osoby dotknięte chorobą weneryczną powinny zgłosić się osobiście do lekarza

Art. 3. 1. Zabrania się dotkniętym chorobą weneryczną w okresie zakaźnym choroby dokonywania jakichkolwiek czynności lub przedsięwzięcia działań, które umożliwiłyby lub mogły spowodować zakażenie innych osób, a w szczególności: a) wstępowania w związek małżeński, b) obcowania płciowego, c) wykonywania zajęć, która stwarzają warunki szerzenia się chorób wenerycznych.

Art. 4. W razie zmiany lekarza w toku leczenia chorey powinien w ciągu dni 7, licząc od dnia wyznaczonego do ponownego zgłoszenia się, zawiadomić o tej zmianie lekarza u

- 1) przerwał samowolnie leczenie,
- 2) nie zgłasza się do lekarza w czasie przez niego wyznaczonym, nie uczyniłszy zażądania przepisowi art. 5, lub
- 3) nie przestrzega przepisów art. 3, powinien niezwłocznie zgłosić chorego do powiatowej władzy administracji ogólnej (lekarza powiatowego lub miejskiego).

Art. 8. Lekarze powinni prowadzić wykazy pozostających pod ich opieką osób wenerycznie chorych oraz udzielać powiatowym władzom administracji ogólnej (lekarzom powiatowym, miejskim) na ich żądanie danych statystycznych, jak również wiadomości co do źródeł szerzenia się chorób wenerycznych.

Art. 9. Personel pomocniczy jest obowiązany do zachowania tajemnicy na równi z lekarzami.

Uprawnienia i obowiązki władz administracji ogólnej.

Art. 10. 1. Powiatowa władza administracji ogólnej (lekarz powiatowy, miejski) obowiązana jest żądać od osób, co do których powyższe uzasadniona podejrzenie o szerzenie choroby wenerycznej, przedkładania świadectw lekarskich o stanie ich zdrowia. Świadectwo takie może wystawić lekarz z wyboru chorego. W przypadkach wyjątkowych powiatowa władza administracji ogólnej (lekarz powiatowy, miejski) może zażądać złożenia świadectwa lekarza ubiegającego się o pracę w służbie zdrowia, w tym w służbie społecznej lub lekarza urzędowego.

Rycina 2. Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych, 16.04.1946 r.

Źródło: isap.sejm.gov.pl [dostęp 16.04.2023].

W walce z epidemią Ministerstwo Zdrowia wspierał Wydział Zwalczania Chorób Wenerycznych. We wszystkich wojewódzkich wydziałach zdrowia utworzono w 1947 r. referaty do zwalczania chorób wenerycznych, które były odpowiedzialne za przestrzeganie tejże ustawy. Poradnie otrzymały penicylinę do leczenia wczesnej kiły i rzeżączki, która uznawana była w badanym okresie za cudowny lek.

W 1949 r. ogłoszono jednolity tekst Dekretu o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych<sup>15</sup> (Ryc. 3). Wpro-

<sup>14</sup> Ibidem.

<sup>15</sup> Dekret z dnia 27 lipca 1949 r. o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych, Dz.U. nr 46, poz. 337 i 338.

wadzano m.in. zapis dla osób po odbytych leczeniu o obowiązku poddawania się kontrolnym badaniom stanu zdrowia, rozszerzono uprawnienia lekarza, dając mu prawo żądać podania kontaktów do osób, które mogły spowodować zakażenie lub narazić na zakażenie inne osoby. Ponadto zobowiązano lekarzy do prowadzenia rejestru zgłaszających się chorych wenerycznie oraz informowania o tym przedstawicieli powiatowej władzy administracji ogólnej. Zmiany objęły również służby mundurowe, w paragrafie 10 dodano ustęp 4, na mocy którego zasady i sposób przeprowadzania badania żołnierzy w czynnej służbie oraz funkcjonariuszy bezpieczeństwa publicznego miał określić minister obrony narodowej lub minister bezpieczeństwa publicznego, każdy w zakresie swej właściwości<sup>16</sup>. 25 lipca 1950 r. ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia rejestru i przesyłania doniesień dotyczących chorób wenerycznych<sup>17</sup>.

W 1948 r. w kraju zapoczątkowano Akcję „W”, której celem było zwalczanie chorób wenerycznych przez bezpłatny dostęp do leczenia, utworzenie sieci pracowni serologicznych i wprowadzenie oświaty zdrowotnej o szerokim zasięgu. Program został opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i był wprowadzany w życie kolejno w różnych województwach w ciągu pierwszego półrocza i do lipca objął cały kraj<sup>18</sup>. Skutkiem akcji był szybki spadek zachorowań na kiłę, o czym świadczyły dane za 1949 r. Liczba nowych przypadków kiły objawowej wczesnej wyniosła 16 958, a w następnym roku 6205. Najniższą zapadalność – 8 na 100 000 ludności osiągnięto w 1954 r.<sup>19</sup>

Naukowe podwaliny akcji „W” stworzył profesor Kazimierz Lejman<sup>20</sup> z ośrodka krakowskiego, który pracował nad biomorfologią krętka błędnego, wpływem antybiotyków na krętki i odczyn cytologiczny ustroju. Duże znaczenie dla usprawnienia akcji miały badania ośrodka biało-

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 1950 r. w sprawie prowadzenia rejestru i przesyłania doniesień dotyczących chorób wenerycznych, Dz.U. nr 36, poz. 337, 338 i 339.

<sup>18</sup> B. Michałowski, A. Straszynski, *Dermatologia i wenerologia polska w 25-leciu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, „Przegląd Dermatologiczny” 1969, nr 4, s. 437–440.

<sup>19</sup> Za A. Stapiński, op. cit., s. 401–402.

<sup>20</sup> Kazimierz Lejman (1907–1985) – profesor, polski dermatolog. Studiował medycynę na Uniwersytecie Jagiellońskim. Po uzyskaniu dyplomu pracował u prof. F. Waltera, w 1938 r. przeprowadził się do Wilna, gdzie pracował w Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego. W 1944 r. wrócił do Krakowa, w 1950 r., po śmierci prof. Waltera, został Kierownikiem Kliniki Dermatologicznej i był nim do 1977 r. Tytuł profesora dermatologii uzyskał w 1954 r. J. Bogdaszewska-Czabanowska, *Kazimierz Maciej Lejman (1907–1985)*, [w:] J. Grochowski (red.), *Złota Księga Wydziału Lekarskiego*, Kraków 2000, s. 588–593.

## 338

## DEKRET

z dnia 27 lipca 1949 r.

## o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Na podstawie art. 4 Ustawy Konstytucyjnej z dnia 19 lutego 1947 r. o ustroju i zakresie działania najwyższych organów Rzeczypospolitej Polskiej i ustawy z dnia 2 lipca 1949 r. o upoważnieniu Rządu do wydawania dekretów z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr 41, poz. 302) — Rada Ministrów postanawia, a Rada Państwa zatwierdza, co następuje:

**Art. 1.** W dekreście z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz. U. R. P. z 1946 r. Nr 18, poz. 119 i z 1947 r. Nr 20, poz. 30) wprowadza się następujące zmiany:

1) Po art. 4 dodaje się nowe art. 4a i 4b w brzmieniu:

„Art. 4a. Osoby, dotknięte chorobą weneryczną powinny na żądanie lekarza podawać wiadomości niezbędne do ustalenia dróg szerzenia się chorób wenerycznych (kontaktów, które mogły spowodować zakażenie tych osób, bądź które mogą narazić na zakażenie inne osoby.

Art. 4b. Chorzy po odbyciu kuracji zaleconej przez lekarza mają obowiązek poddawania się badaniom kontrolnym stanu zdrowia, na zasadach ustalonych przez Ministra Zdrowia”.

2) Art. 8 otrzymuje brzmienie:

„Art. 8. 1. Lekarze obowiązani są prowadzić rejestr zleżających się do nich osób chorych wenerycznia oraz — z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ust. 2 — przysyłać powiatowej władzy administracji ogólnej (lekarzowi powiatowemu, miejskiemu) doniesienia o stwierdzonych przypadkach chorób wenerycznych, ich źródłach i drogach szerzenia.

2. W przypadkach, gdy doniesienia, o których mowa w ust. 1, dotyczą osób, odbywających czynną służbę wojskową, będących funkcjonariuszami służby bezpieczeństwa bądź powołanych do powszechnej organizacji „Służba Polsce”, lekarze obowiązani są przesyłać te doniesienia właściwym organom służby zdrowia: wojskowej, bezpieczeństwa publicznego bądź powszechnej organizacji „Służba Polsce”.

3. Sposób prowadzenia rejestru oraz tryb przysyłania doniesień (ust. 1 i 2) ustali Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrami: Obrony Narodowej oraz Bezpieczeństwa Publicznego”.

3) W art. 10:

a) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Obywatele mają na żądanie władzy obowiązek poddawania się jednorazowym bądź okresowym badaniom lekarskim.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia wydane w porozumieniu z Ministrem Administracji Publicznej określi zasady i sposób przeprowadzania badań indywidualnych bądź dotyczących pewnych skupień lub grup ludności.”;

b) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Przepis ust. 3 nie stosuje się do żołnierzy w czynnej służbie oraz funkcjonariuszy bezpieczeństwa publicznego; zasady i sposób przeprowadzania badania tych osób określi Minister Obrony Narodowej lub Minister Bezpieczeństwa Publicznego — każdy w zakresie swej właściwości”.

### Rycina 3. Dekret o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych, 27.07.1949 r.

Źródło: isap.sejm.gov.pl [dostęp 16.04.2023].

stockiego w zakresie metod serodiagnostyki kiły i kiły doświadczałnej, zwłaszcza standaryzacja odczynu immunofluorescencji krętków, które stały się osiągnięciem naukowym w skali światowej. Modyfikacja odczynu immunofluorescencji do masowych badań serologicznych przeprowadzona przez prof. Wandę Manikowską-Lesińską<sup>21</sup> pozwoliła na wprowadzenie standaryzacji na terenie całego kraju<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Wanda Manikowska-Lesińska (1917–2007) – profesor, polski dermatolog. Absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego, po II wojnie światowej przez krótki czas pracowała w szpitalach w Warszawie i Wrocławiu, następnie w 1955 r. związała się z Akademią Medyczną w Białymstoku. W latach 1980–1988 była kierownikiem Kliniki Wenerologii. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskała w 1983 r. Wniosła cenny wkład w rozwój polskiej syfilidologii. B. Chodyńska, A. Jakubowski, *Prof. dr hab. n. med. Wanda Manikowska-Lesińska – wybitny dermatolog i wenerolog*, „Przegląd Dermatologiczny” 2008, t. 95, nr 1, s. 7–8.

<sup>22</sup> S. Jabłońska, *Osiągnięcia i kierunki rozwojowe dermatologii i wenerologii polskiej*, „Przegląd Dermatologiczny” 1973, t. 30, nr 3a, s. 116–120; S. Koleta Koronowska, *430 Lat Wenerologii Polskiej*, „Nowiny Lekarskie” 2010, t. 79, nr 6, s. 491–492.



## Epidemia chorób wenerycznych wśród żołnierzy Wojska Polskiego

Występowanie chorób wenerycznych w Wojsku Polskim w dużym stopniu zależało od warunków zewnętrznych, a skala występowania zakażeń wśród osób cywilnych była analogiczna, jak wśród żołnierzy. Podając za szefem II Wydziału Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej płk. Dymitrem Pilipienką, w szpitalach wojskowych w okresie od maja do września 1945 r. przypadki chorób wenerycznych u żołnierzy hospitalizowanych stanowiły zdecydowaną większość (ponad 20%) spośród wszystkich zachorowań (Tab. 1). Dla porównania drugą grupą chorób pod względem liczebnym były schorzenia żołądkowo-jelitowe, których udział wynosił niecałe 10%<sup>23</sup>.

**Tabela 1. Zachorowalność w Wojsku Polskim od maja do września 1945 r.**

Rodzaj schorzenia	Liczba chorych w czasie pokoju w %	Liczba chorych w czasie wojny w %
Schorzenia żołądkowo-jelitowe	9,28	11,49
Choroby dróg oddechowych (oprócz gruźlicy)	6,73	11,39
Choroby układu krążenia	5,23	3,91
Choroby nerek i dróg moczowych	5,39	4,54
Choroby nerwowe i psychiczne	3,85	4,35
Choroby narządu wzroku	2,77	2,62
Choroby narządu słuchu	2,55	2,20
Choroby skóry	5,60	7,68
Gruźlica płuc	5,24	5,76
Zimnica	3,24	5,03
Choroby weneryczne	20,32	11,99
Choroby narządu ruchu	3,37	3,02
Inne choroby	26,43	26,12

Źródło: opracowano na podstawie D. Pilipienko, op. cit., s. 210.

Skalę zachorowań na choroby weneryczne obrazują również dane z archiwum Centralnego Archiwum Wojskowego, opracowane przez płk. doc. dr. med. Kazimierza Adamka. Wyczytał, że w 1946 r. aż 27,27% wszystkich chorych stanowili chorzy wenerycznie, podczas

<sup>23</sup> D. Pilipienko, *Zachorowalność i leczenie wojskowe w czasie pokoju*, „Lekarz Wojskowy” 1945, nr 5/6 i 1946, nr 1–2, s. 210.

gdy pacjenci po przebytych urazach jedynie 15,81%. W kolejnym roku odnotowano wzrost liczby chorych wenerycznie do 18,88%, natomiast już w 1948 r. zaobserwowano wyraźny spadek – 6,9%<sup>24</sup>.

Największe doświadczenie w prowadzeniu walki z epidemią miała wojskowa służba zdrowia, która prowadziła planową akcję, uzyskując dobre wyniki. Walkę z chorobami wenerycznymi rozpoczęto już w 2 Armii Wojska Polskiego<sup>25</sup>, gdzie wenerologia zajmowała jedno z czołowych miejsc wśród specjalności medycznych, tuż za chirurgią polową. Żołnierz chory wenerycznie oceniany był przez dowódców jako niezdolny do walki, przy czym często choroba wpływała bardzo negatywnie na stan psychiki żołnierza. Zwalczanie chorób wenerycznych oparto na następujących wytycznych:

- 1) leczenie chorych,
- 2) uświadamianie,
- 3) profilaktyka osobnicza i społeczna,
- 4) wykrywanie źródeł zakażenia,
- 5) statystyka i rejestracja chorych,
- 6) współpraca z władzami służby zdrowia cywilnej administracji<sup>26</sup>.

W czasie trwania działań bojowych 2. Armii Wojska Polskiego na terenie Polski chorych wenerycznie kierowano na leczenie do szpitali podległych Armii Radzieckiej z powodu braku dostatecznej liczby miejsc w szpitalu wenerycznym w Lublinie. W październiku 1944 r. w 28. szpitalu w Siedlcach utworzono oddział weneryczny dla leko rannych. Przyjęto zasadę, że wszyscy chorzy wenerycznie będą leczeni w trybie szpitalnym, co miało bezpośredni związek z warunkami zakwaterowania żołnierzy, rozlokowanych głównie w ziemiankach. Mimo braku odpowiedniego sprzętu diagnostycznego i systematycznych dostaw leków skuteczność wyleczenia rzeżączki wynosiła 81–87%. Dużo gorsze wyniki uzyskano w leczeniu kiły, na co wpływ miała przede wszystkim niska wykrywalność spowodowana brakiem urządzeń do badań serologicznych. Mimo ciężkich warunków, w jakich przyszło pracować lekarzom w okresie od października 1944 r. do maja 1945 r., wyleczono 1052 chorych na rzeżączkę, u 176 chorych przeprowadzono swoiste leczenie z powodu kiły ob-

<sup>24</sup> K. Adamek, *Wojskowa służba zdrowia w latach 1945–1956*, „Lekarz Wojskowy” 1990, nr 7–8, s. 554.

<sup>25</sup> K. Kaczmarek, *Druga Armia Wojska Polskiego*, Warszawa 1978.

<sup>26</sup> K. Płoński, *Projekt zwalczania chorób wenerycznych w skali państwowej*, „Lekarz Wojskowy” 1948, t. 24, nr 2, s. 141–151.

jawowej pierwszo<sup>27</sup>- lub drugorzędowej<sup>28</sup>. Wśród osób wyleczonych było 37 kobiet ze środowiska cywilnego, które były źródłem zakażenia, u 7 kobiet przeprowadzono pierwsze swoiste leczenie kiły<sup>29</sup>.

Wymarsz 2. Armii WP na Zachód i kontynuacja walk w 1945 r. wymusiły wdrożenie nowych rozwiązań w walce z chorobami wenerycznymi. Wyznaczono głównego wenerologa armii i przydzielono mu nieetatowych wenerologów dywizyjnych i pułkowych spośród lekarzy etatowych jednostek. Lekarzy wenerologów w armii było tylko pięciu i byli oni kierowani do bezpośredniej pracy przy łóżku chorego, a także prowadzenia szkoleń nieetatowych wenerologów dywizyjnych i pułkowych. Przemieszczenie się wojska w głąb kraju, a potem na ziemie niemieckie spowodowało również konieczność rezygnacji z centralizacji leczenia, tym bardziej że liczba chorych wenerycznie drastycznie się zwiększyła. W efekcie zdecydowano o leczeniu w warunkach ambulatoryjnych, do leczenia szpitalnego kwalifikowano przypadki kiły objawowej i rzeżączki z powikłaniami po leczeniu sulfonamidami. Szpitale zostały przygotowane na przyjęcie żołnierzy rannych podczas działań wojennych<sup>30</sup>.

Zebrane doświadczenia wykorzystano do kolejnej zmiany organizacyjnej lecznictwa wenerologicznego. Zlikwidowano wszystkie oddziały wenerologiczne w Wojsku Polskim, przy 29. Szpitalu zorganizowano dla lekko rannych 400-łóżkowy oddział. Efektem tych zmian było znaczne zmniejszenie liczby chorych leczonych w warunkach szpitalnych. Zakończenie wojny, powrót żołnierzy do kraju, kontakty z ludnością cywilną, przemieszczanie się ludności przyczyniły się ponownie do zwiększenia liczby zachorowań na choroby weneryczne, zwłaszcza na rzeżączkę<sup>31</sup>.

W czasie pokoju zmieniło się podejście dowództwa do walki z chorobami wenerycznymi, nie liczyła się już tylko zdolność żołnierza do walki; należało spojrzeć na problem w wymiarze społecznym. Powrócono do centralizacji leczenia, nakazując w szpitalach obowiązek bezwzględnej izolacji wszystkich chorych wenerycznie<sup>32</sup>. Wynikało to przede wszystkim z braku przepisów, które zmuszałyby do bezpłat-

<sup>27</sup> Okres kiły pierwotnej z wytworzeniem objawu pierwotnego. Pierwszym objawem choroby jest pojawienie się niebolesnej zmiany pierwotnej (*affectio primaria*), której często towarzyszy powiększenie okolicznych węzłów chłonnych.

<sup>28</sup> Okres kiły wtórnej z pojawieniem się charakterystycznej osutki kiłowej (skórnej – *exanthema* i błon śluzowych – *enanthema*).

<sup>29</sup> K. Płoński, op. cit., s. 141.

<sup>30</sup> Ibidem.

<sup>31</sup> Ibidem, s. 142.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 143

nego leczenia tych chorych. Aby odciążyć szpitalne oddziały skórno-weneryczne, rozkazem Naczelnego Dowódcy zorganizowano dla nich oddziały ozdowieńców. Cytowany już płk Pilipienko zwrócił uwagę na konieczność powierzenia leczenia wenerologom: „Leczenie chorób nie u specjalistów może tylko przedłużyć okres leczenia (...) leczenie «pokątne» bez konsultacji i obserwacji specjalisty dotyczy w naszych warunkach przeważnie oficerów. Ta szkodliwa i nielegalna praktyka lekarzy jednostek nie może mieć nadal miejsca. Pamiętajcie koledzy, że jesteście odpowiedzialni za zdrowie chorego. Za Waszą złą pracę będziemy Was karać”<sup>33</sup>.

Po zakończeniu działań wojennych szczególnie ważnym zadaniem było opanowanie źródeł zakażenia wśród ludności cywilnej w zachodniej Polsce, przede wszystkim u repatriantów powracających z Zachodu (Francja, Niemcy, Szwajcaria i inne). Na granicznych punktach przejściowych prowadzono kontrolę mającą na celu wykrycie chorób wenerycznych, a zdiagnozowane przypadki leczone były na koszt wojska w placówkach wojskowych. Rozwinięto dodatkowy oddział weneryczny w Poznaniu oraz małe oddziały przy batalionach sanitarnych dywizji. Zwalczanie chorób prowadzone było zgodnie z Instrukcją o zwalczaniu chorób wenerycznych w Wojsku Polskim, opracowaną przez kpt. dr. Kazimierza Płońskiego, kierownika oddziału szpitalnego dla chorych wenerycznie. Nie zapomniano o leczeniu kobiet, wszystkie przypadki rzeżączki należało kierować na oddział ginekologiczny szpitala okręgowego, chore na kiłę miały być leczone na oddziałach skórno-wenerycznych<sup>34</sup>.

Pod koniec 1945 r. na terenie całego kraju zorganizowano szpitale okręgowe i garnizonowe, zapewniając wszystkim chorym wenerycznie leczenie szpitalne. Najważniejszym zadaniem stała się likwidacja źródeł zakażenia. Odpowiednie działania organizacyjne i diagnostyczne spowodowały w krótkim okresie znaczne zmniejszenie liczby osób zakażonych. Od lipca 1945 r. do 30 grudnia 1946 r. wyleczono 15 000 chorych na rzeżączkę i 8300 na kiłę objawową. Największa liczba ogółem zachorowań na kiłę i rzeżączkę przypadła na styczeń 1946 r. – 1900 chorych, natomiast w grudniu odnotowano zmniejszenie tej liczby do 580 chorych, co przypisano przede wszystkim wprowadzeniu penicyliny do leczenia rzeżączki<sup>35</sup>.

<sup>33</sup> D. Pilipienko, op. cit., s. 225.

<sup>34</sup> K. Płoński, op. cit., s. 142.

<sup>35</sup> K. Płoński, op. cit., s. 141–145; S. Kunysz, T. Grys, *Niektóre aspekty zwalczania chorób wenerycznych w 2 Armii Wojska Polskiego*, „Lekarz Wojskowy” 1976, t. 52, nr 1, s. 63–65.

## Leczenie chorób wenerycznych wśród żołnierzy Wojska Polskiego

Pierwszy artykuł na łamach „Lekarza Wojskowego” dotyczący chorób wenerycznych ukazał się w 1946 r. Czytelnicy mieli możliwość zapoznać się z doniesieniem o metodzie stosowania penicyliny w leczeniu chorób wenerycznych przeprowadzonej przez amerykańskich uczonych na żołnierzach zachodnioafrykańskich<sup>36</sup>. Zastosowana w leczeniu kiły pierwszorzędowej wykazała pozytywne działanie, chociaż sami badacze zastrzegali, że nie ma jeszcze wystarczających dowodów na skuteczność leczenia kiły przy jej użyciu<sup>37</sup>.

Stosowanie penicyliny zmieniło w kolejnych latach schemat postępowania terapeutycznego w chorobach wenerycznych. Warto przypomnieć, iż pierwszym lekiem zastosowanym w leczeniu kiły po odkryciu w 1905 r. krętka bladego (czynnika etiologicznego choroby) był salwarsan<sup>38</sup>, który niszczył drobnoustroje, ale jednocześnie powodował bardzo ciężkie objawy uboczne i nie zapobiegał nawrotom choroby. Zastąpiono go wkrótce neosalwarsanem<sup>39</sup>, który również wykazywał objawy uboczne. Redakcja „Lekarza Wojskowego” włączyła się w upowszechnianie wiedzy na temat nowych metod leczniczych stosowanych w wenerologii. Jedną z ważnych prac był artykuł mjr. dr. Stanisława Bibergala z oddziału skórno-wenerycznego Głównego Szpitala Klinicznego Centrum Wyszkozenia Sanitarnego, który w 1947 r. zrealizował badania własne wpływu stosowania neosalwarsanu w leczeniu kiły. Analizę przeprowadził, wykorzystując wyniki badań 284 chorych poddawanych leczeniu w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 1946 r. Bibergal zwrócił uwagę na fakt, że zaburzenia posalwarsanowe występowały zawsze po podaniu drugiej, trzeciej i kolejnej dawki w przypadkach, gdy wcześniej u chorego leczonego salwarsanem wystąpiło uczulenie na ten lek po podaniu pierwszego zastrzyku. W zebranym materiale przypadki te stanowiły 7,7% pacjentów, u 26% osób odnoto-

<sup>36</sup> R.R. Willcox, *Penicillin Treatment in Lymphogranuloma*, „Postgraduate Medicine Journal” 1946, vol. 22, nr 245, s. 97–98.

<sup>37</sup> J.B., *Nowa metoda stosowania penicyliny* (streszczenie), „Lekarz Wojskowy” 1946, nr 3 i 4, s. 68.

<sup>38</sup> Salwarsan – arsenoorganiczny środek chemiczny, będący pierwszym syntetycznym środkiem bakteriobójczym. Pod koniec XIX w. Paul Ehrlich (amerykański biolog) wysunął koncepcję zastosowania środka do zwalczania chorób zakaźnych, w 1909 r. wprowadził do lecznictwa. *Encyklopedia powszechna PWN*, Warszawa 1987, t. 4, s. 104.

<sup>39</sup> Neosalwarsan, tzw. preparat 914 lub acetarsol – znacznie mniej toksyczny od salwarsanu, został odkryty w 1912 r. E. Wrzyszczy, *Wybrane zagadnienia z historii chemioterapii*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2015, t. 78, s. 17.

wano również uszkodzenie nerek. Autor zauważył też, że często występowały zaburzenia nie w jednej, lecz w kilku postaciach<sup>40</sup>.

Kolejną grupą leków stosowanych w chorobach wenerycznych były sulfonamidy<sup>41</sup>, które z biegiem czasu coraz częściej zastępowano penicyliną, co spowodowało rewolucję w leczeniu kiły wczesnej oraz poprawę uzyskiwanych efektów w leczeniu kiły układu nerwowego. Na tej podstawie przystąpiono do dalszych wieloletnich badań nad mechanizmem działania, nie tylko krętkobójczego, ale także nad farmakokinetyką leku i jego przenikaniem przez barierę krew–mózg. Prace nad skutecznością leczenia penicyliną rozszerzono o stosowanie jej w leczeniu rzeżączki. Lekarze z oddziału Szpitala Ministerstwa Obrony Narodowej prowadzili doświadczenia z włączeniem połączonego leczenia rzeżączki penicyliną i sulfonamidami obok leczenia wyłącznie penicyliną. Badania przeprowadzono od końca 1945 r. do marca 1946 r. na 17 chorych z rzeżączką leczonych tylko penicyliną, przy czym wszyscy wcześniej przyjmowali sulfonamidy. Wyniki stosowania połączonego leczenia pozwoliły wysnuć wniosek, że zastosowane leczenie jest skuteczne i powinno być stosowane w leczeniu rzeżączki<sup>42</sup>.

Major dr Józef Towpik<sup>43</sup>, kierownik oddziału dermatologicznego w Szpitalu Okręgowym w Warszawie, w 1947 r. twierdził, że leczenie chorób wenerycznych „przynajmniej z punktu widzenia teoretycznego można uważać za całkowicie rozwiązane. Można spodziewać się jesz-

---

<sup>40</sup> S. Bibergal, *O zaburzeniach posalwarsanowych*, „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 2, s. 195–205.

<sup>41</sup> Sulfonamidy (sulfamidy) to grupa organicznych związków chemicznych będących amidami kwasów organosulfonowych. W 1935 r. Gerhard Domagk użył czerwonego barwnika azowego do leczenia myszy zakażonych bakteriami. Sulfonamidy wykazują niezwykle szerokie zastosowanie, m.in. jako środki antybakteryjne. E. Wrzyszczyk, op. cit., s. 17.

<sup>42</sup> K. Płoński, T. Szymkiewicz, *Uwagi o połączonym leczeniu rzeżączki penicyliną i sulfamidami*, „Lekarz Wojskowy” 1947, t. 23, nr 2, s. 192–194.

<sup>43</sup> Józef Towpik (1908–1992) – profesor, polski dermatolog. Dyplom lekarza uzyskał na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego w 1935 r. Zawodowo był związany najpierw z Instytutem Radowym w Warszawie, następnie Szpitalem św. Łazarza, gdzie rozpoczął karierę dermatologa. W tym samym czasie pracował w Klinice Dermatologicznej UW, również w okresie działań wojennych. Po zakończeniu II wojny światowej zorganizował Oddział Dermatologiczny w ramach Szpitala Okręgowego w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej. Po zwolnieniu z wojska w 1947 r. powrócił do pracy w Klinice Dermatologicznej w Warszawie. W 1970 r. powierzono mu zorganizowanie Instytutu Wenerologii w Akademii Medycznej, funkcję jego dyrektora oraz specjalisty krajowego konsultanta w dziedzinie wenerologii. W 1977 r. uzyskał tytuł profesora zwyczajnego. T.F. Mroczkowski, *Profesor Józef Towpik (1908–1992). Wspomnienie z okazji 101. rocznicy urodzin*, „Przegląd Dermatologiczny” 2009, nr 5, s. 371–376.

cze takich czy innych ulepszeń technicznych, nie spodziewam się jednak leków bardziej skutecznych i mających większe znaczenie w leczeniu masowym i społecznym”<sup>44</sup>. Szczególnie ważnym momentem w leczeniu chorób wenerycznych było przyjęcie penicyliny jako podstawowego leku w leczeniu rzeżączki, niemniej dr Towpik ostrzegał przed zbyt dużym optymizmem: „Zawsze musimy pamiętać o podstawowym prawie biologicznym kierującym każdą walką o byt i pozwalającym na utrzymanie się przy życiu i rozmnażanie osobników odpornych oraz o prawach regulujących powstawanie odporności”<sup>45</sup>.

O wielkich nadziejach związanych z rolą penicyliny w leczeniu chorób wenerycznych mówiono również na XI Międzynarodowym Kongresie Medycyny i Farmacji Wojskowej w Bazylei, który odbył się w dniach od 2 do 7 czerwca w 1947 r. Jeden z prelegentów, przedstawiciel Wydziału Medycyny Zapobiegawczej Departamentu Wojny ze Stanów Zjednoczonych, podobnie jak Towpik, wyraził swoją obawę co do szybkiego wygaszenia epidemii chorób wenerycznych: „Penicylina wyrugowała rzeżączkę i kiłę na niższe pozycje, jako przyczyny wykruszania stanów liczebnych. Ale pomimo to, choroby te zachowały swą siłę jako klęska społeczna i przedwczesny optymizm co do ich zupełnego wytepienia zaczyna przygasać”<sup>46</sup>.

W 1948 r. wciąż brakowało jednoznacznej oceny skuteczności leczenia przewlekłej kiły. W 1948 r. ppłk dr Kazimierz Płoński opublikował pracę dotyczącą metod zwalczania chorób wenerycznych w Marynarce Stanów Zjednoczonych, które skonfrontował z postępowaniem w Wojsku Polskim. Artykuł w części poświęconej armii amerykańskiej powstał na podstawie referatu płk. Jamesa Lade’a, delegata United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) na Polskę do walki z chorobami wenerycznymi, wygłoszonego w Szpitalu Ministerstwa Obrony Narodowej w Warszawie<sup>47</sup>. Praca zawierała krótki zarys postępowania w armii USA od I wojny światowej, przez okres międzywojenny oraz lata od 1940 do 1946. Doktor Płoński do po-

<sup>44</sup> J. Towpik, *Leczenie rzeżączki w wojsku z uwzględnieniem metod starych i nowych*, „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 2, s. 184.

<sup>45</sup> Ibidem.

<sup>46</sup> *Nowe pojęcia zapobiegania chorobom zakaźnym w armiach* [Materiały z XI Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej, Bazylea 2–7 czerwca 1947 r. Wydział Medycyny Zapobiegawczej Departamentu Wojny, Waszyngton], „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 3–4, s. 230.

<sup>47</sup> K. Płoński, *Zagadnienie związane ze zwalczaniem chorób wenerycznych w wojsku polskim i w armii oraz marynarce Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej*, „Lekarz Wojskowy” 1948, t. 24, nr 1, s. 66–77.

równania zasad obowiązujących w WP przyjął ten sam okres, dzieląc ostatni etap na wojenny i powojenny. W armii USA już w latach II wojny światowej zaangażowano specjalistów publicznej służby zdrowia i wprowadzono zreformowany program postępowania, m.in.:

- do badań lekarskich podstawowych przyszłych żołnierzy włączono serologiczne badanie krwi,
- udoskonalano środki zapobiegawcze, w tym wyposażono żołnierzy w Prophylactic Packet mieszczący się w małej kopercie, który zawierał arkusz papieru z ilustrowaną instrukcją postępowania, płatek gazy napojonej mydłem oraz małą składaną tubkę z maścią zawierającą 15% sulfatiazolu i 30% kalomelu. Każdy żołnierz miał możliwość uzyskania właściwej pomocy na miejscu w koszarach. W WP podejmowano próby profilaktyki, zorganizowano całodobowe stacje profilaktyczne, do których mógł się zgłosić żołnierz mający podejrzenie zakażenia. Przygotowany był również plan wyposażenia żołnierzy w indywidualny zestaw lub w prezerwatywy, ale z powodu trudności zarówno budżetowych na sprowadzenie ich z zagranicy, jak i niemożności produkcji w kraju, plan nie został zrealizowany,
- zastosowano metody szybkiego leczenia. Zanim uznano skuteczność leczenia chorób wenerycznych penicyliną, w armii amerykańskiej stosowano metody szybkiego leczenia ambulatoryjnego mafarsenem i subsalicylanem bizmutu w oliwie. W WP nie stosowano takich metod, również nie leczono penicyliną z powodu niedostatecznej ilości penicyliny oraz braku własnych badań, które potwierdziłyby skuteczność tego typu terapii. Żołnierze mogli otrzymywać wyłącznie leki sprawdzone: „Stabilizacja stosunków w kraju jak i międzynarodowych, postępująca odbudowa klinik i szpitali polskich, kontakt nauki polskiej ze światem przyczynią się do wyjaśnienia tych zagadnień, a może nawet do zmiany dotychczasowych metod leczenia kiły”<sup>48</sup>,
- wprowadzenie wykładów i innych metod wychowawczych w jednostkach wojskowych. Obie armie doceniały konieczność prowadzenia akcji uświadamiającej i działały w podobny sposób, wykorzystując te same środki przekazu, w tym kino, które oddziaływało z największym skutkiem,
- badanie żołnierzy oraz leczenie zakażenia przed zwolnieniem z wojska. W armii amerykańskiej przed zwolnieniem ze służby każdy żołnierz miał przeprowadzone badania serologiczne. W przypadku

---

<sup>48</sup> Ibidem, s. 72.



wyników pozytywnych poddawani byli terapii. Osoby, które kiedykolwiek podczas służby wojskowej były leczone wenerycznie, zgłaszano do departamentu zdrowia w miejscu jego zamieszkania, co pozwalało na kontynuację leczenia. Podobny sposób postępowania obowiązywał w polskiej armii<sup>49</sup>.

W Stanach Zjednoczonych od 1944 r. prowadzone były przez Narodową Radę Badawczą systematyczne badania nad terapią chorób wenerycznych. Badania nad stosowaniem penicyliny prowadzono w skali kraju i obejmowały one przypadki leczone w szpitalach Armii i Marynarki Wojennej, klinikach zdrowia publicznego oraz w najlepszych szpitalach ogólnych. W „Lekarzu Wojskowym” zamieszczono w 1948 r. obszernie streszczenie artykułu opublikowanego w „The Lancet” pt. *Penicillin and Syphilis*<sup>50</sup>. Duża część pracy opierała się na badaniach jednego z czołowych amerykańskich ekspertów, dr. Josepha Earle Moore’a z Johns Hopkins, który w 1946 r.: „(...) nawołuje lekarzy kierujących się w swej pracy książkami, ażeby zwracali uwagę na bardziej aktualne informacje. Tymczasem okazuje się, że wbrew oczekiwaniom liczba nawrotów wczesnej kiły leczonej penicyliną nie powiększa się z biegiem czasu, co nasuwa przypuszczenie, że większość tych przypadków może ulec wyleczeniu jedynie dzięki krótkiej kuracji penicylinowej”<sup>51</sup>. W kolejnym roku dr Moore podkreślił, że po 18–24 miesiącach obserwacji przypadków wczesnej kiły leczonej penicyliną zanotowano 25–30% wyników ujemnych. Wskazał, że w prawie 100% penicylina była skuteczna w zapobieganiu i leczeniu kiły wrodzonej, natomiast wciąż potrzebne były badania nad skutecznością penicyliny w przypadkach kiły później i utajonej. Zwrócił też uwagę na konieczność obserwacji ogólnego stanu zdrowia chorego, który powinien być pod kontrolą przez całe życie. W swojej pracy odniósł się również do leczenia rzeżączki penicyliną, które stało się powszechne, niemniej przypomniał, że w przypadku współistnienia kiły leczenie może okazać się niewystarczające. Zalecał 90-dniową kliniczną i serologiczną obserwację chorego<sup>52</sup>.

Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej zwracał szczególną uwagę na pojawiające się nowe metody leczenia, nowe leki. Przez wiele lat wojsko było idealną grupą do przeprowadzania badań klinicznych oceny przydatności nowych technologii: posiadało zorganizowaną sieć ośrodków leczniczych i diagnostycznych,

<sup>49</sup> Ibidem, s. 74–75.

<sup>50</sup> *Penicillin and Syphilis*, „The Lancet” 1948, vol. 251, nr 6503, s. 604.

<sup>51</sup> T.R., *Penicylina a kiła*, „Lekarz Wojskowy” 1948, t. 24, nr 4, s. 517–518.

<sup>52</sup> Ibidem.

dobrze przygotowaną kadre naukową, która miała możliwość prowadzenia obserwacji i kontroli wyników leczenia. Niemniej przeprowadzanie badań na żołnierzach i ich leczenie realizowane było z wielką ostrożnością, przy zachowaniu jak najwyższych standardów i zasad bezpieczeństwa. Na potwierdzenie tych deklaracji ppłk dr med. K. Płoński podał, że tylko w 5,9% przypadków leczenia kiły bezobjawowej wystąpiły powikłania<sup>53</sup>.

W 1950 r. nadal jednym z czołowych problemów, które wciąż czekały na rozwiązanie, było zagadnienie mechanizmu działania leków przeciwikiłowych. W ciągu 40 lat stosowania salwarsanu i jego pochodnych dopiero włączenie penicyliny zrewolucjonizowało terapię. Doświadczenia nad działaniem penicyliny na krętki blade *in vitro*, a szczególnie *in vivo* prowadzono w Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, której kierownikiem był prof. Franciszek Walter. Do badań włączono 98 osób z rozpoznaniem wczesnej kiły objawowej, w tym 18 kobiet i 80 mężczyzn. Przeciętny wiek chorych wynosił 29 lat. Penicyliną leczono 85 chorych, w 8 przypadkach leczenie rozpoczęto podaniem neosalwarsanu, a w 5 dalszych od mafarsenu<sup>54</sup>. Pierwszym sprawdzianem wpływu penicyliny na krętki blade była szybkość znikania krętków białych z wydzieliny wykwitów kiłowych i z punktatów<sup>55</sup> węzłów chłonnych. Wyniki badań uzyskane przez naukowców z UJ wskazały na stosunkowo krótki czas znikania krętków, co było zgodne z doniesieniami niektórych badaczy międzynarodowych. Doświadczenia prof. Waltera oceniające siłę działania krętkobójczego mafarsenu i arsenobenzolu oraz penicyliny pozwoliły na postawienie wniosku, że najszybciej działa penicylina, a kolejno mafarsen i arsenobenzol<sup>56</sup>: „(...) Gwałtowne, atakujące leczenie penicyliną daje największe szanse wyjałowienia ustroju i ma teoretyczne uzasadnienie w spotęgowanym działaniu bakteriostatycznym na młode i wrażliwe środowisko krętków. Porównując działanie penicyliny *in vitro* i *in vivo* – wypada zdecydowanie na korzyść działania *in vivo*. Różnicę tę można wytłumaczyć jedynie istnieniem nieznanych jeszcze współdziałających sił ustrojowych”<sup>57</sup>.

<sup>53</sup> K. Płoński, op. cit., s. 144.

<sup>54</sup> Mafarsen – chlorowodorek tlenku 3-amino-4-hydroksy-fenvloarsenowego (III) – chemioterapeutyk. E. Kociołek-Balawejder, D. Ociński, *Arsen w technice i środowisku*, „Wiadomości chemiczne” 2005, t. 59, z. 34, s. 365, 372.

<sup>55</sup> Punktat (med.) – pobrany płyn tkankowy lub próbka.

<sup>56</sup> F. Walter, K. Lejman, *Działanie penicyliny i związków arsenowych na krętki blade w ustroju ludzkim*, „Lekarz Wojskowy” 1950, t. 26, nr 9, s. 612–628, nr 10, s. 697–717.

<sup>57</sup> Ibidem, s. 717.

Polska była pierwszym krajem w Europie, który wprowadził szybkie metody leczenia wczesnej kiły w skali masowej. W 1950 r. redakcja „Lekarza Wojskowego” opublikowała pracę mjr. dr. Rolanda Weissberga powstałą na podstawie wyników leczenia ambulatoryjnego kiły wczesnej prowadzonej w ramach akcji „W”. Autor zwrócił uwagę, że mimo kilkuletniego stosowania penicyliny nadal niewiele było publikacji podsumowujących wyniki leczenia, szczególnie prowadzonego w ramach leczenia ambulatoryjnego. Własne badania nad skutkami terapii penicyliną woskowo-olejową przeprowadził na 154 chorych leczonych z wykorzystaniem schematu zaleconego w ramach akcji „W”. Do grupy badanej włączył 84 mężczyzn i 70 kobiet. Wyniki badań skonfrontował z wynikami przytoczonymi w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym. Autor przywołał, m.in. obrady kongresu dermatologów i wenerologów francuskich i belgijskich, który odbył się w Brukseli w 1949 r., na którym widoczny był rozłam wśród lekarzy odnośnie do skuteczności leczenia samą penicyliną. Większość opowiadało się za traktowaniem leczenia wyłącznie penicyliną jako leczenia uzupełniającego. Doktor Weissberg, opierając się na wynikach przeprowadzonych badań, uważał, że penicylina skutecznie działa na szybkość znikania krętków białych z owrzodzeń kiłowych oraz na szybsze cofanie się zmiany kiły wczesnej w porównaniu ze starymi metodami leczenia. W podsumowaniu stwierdził, że brak jest obiektywnych przesłanek przemawiających za koniecznością łączenia penicyliny ze związkami chemoterapeutycznymi w leczeniu kiły wczesnej<sup>58</sup>.

Stosowanie penicyliny w leczeniu kiły wczesnej oraz poprawa uzyskiwanych efektów w leczeniu kiły układu nerwowego były bodźcem do dalszych wieloletnich badań nad mechanizmem jej działania. Przystawienie metod leczenia kiły z długotrwałego na ultrakrótkie nie przebiegało bez problemów, na co złożyło się kilka czynników. Pierwszym było przekonanie, że chorobę przewlekłą należy leczyć równie przewlekłe, po drugie, istotniejsze z punktu widzenia chorego, niosła ze sobą ryzyko jako metoda niepotwierdzona wieloletnimi badaniami. Ta sceptyczna postawa wydaje się słuszna, rozpatrując ją na podstawie przebiegu kiły i jej późnych powikłań. Skuteczność penicyliny ostatecznie została potwierdzona dopiero 20 lat później<sup>59</sup>.

Wpływ na rozpowszechnienie leczenia kiły penicyliną mieli autorzy anglosascy oraz Światowa Organizacja Zdrowia, która w ramach

<sup>58</sup> K. Weissberg, *Spostrzeżenia własne o wynikach leczenia ambulatoryjnego kiły wczesnej w ramach akcji „W”*, „Lekarz Wojskowy” 1950, t. 26, nr 9, s. 629–647; nr 10, s. 718–731.

<sup>59</sup> L. Kwazebart, *Lecznictwo dermatologiczne*, Warszawa 1967, s. 46–47.

akcji organizowanych w latach 1948–1957 przeprowadziła leczenie 35 mln osób chorych na kiłę i inne krętkowice<sup>60</sup>.

W 1949 r. gen. bryg. prof. Bolesław Szarecki<sup>61</sup> podsumował wyniki walki z chorobami infekcyjnymi w wojsku: „Służba Zdrowia (...) może się poszczycić wieloma osiągnięciami, jak zredukowanie do minimum przypadków zachorowań na choroby zakaźne, prawie zupełne wyrugowanie z szeregów armii chorób wenerycznych, postawienie na wysokim poziomie stanu higienicznego i sanitarnego jednostek (...)”<sup>62</sup>. Penicylina zaczęła być lekiem powszechnie stosowanym, ale zaledwie 6 lat później, w roku 1954, pojawiły się pierwsze odporne szczepy bakterii<sup>63</sup>.

## Zapobieganie chorobom wenerycznym wśród żołnierzy Wojska Polskiego

W walce z chorobami wenerycznymi ogromną rolę do spełnienia miała profilaktyka. Generał dyw. prof. dr med. B. Szarecki, szef Departamentu MON, w jednym z artykułów napisał: „(...) zadaniem lekarzy wojskowych jest nie tylko leczenie, lecz głównie i przede wszystkim zapobieganie chorobom. Zagadnienie profilaktyki powinno i musi wybić się na czoło wszystkich problemów służby zdrowia”<sup>64</sup>. Takie podejście do zagadnień zapobiegania zakażeniom przyjęło już dowództwo 2. Armii Wojska Polskiego w ostatnich miesiącach trwania wojny. Zapewniono żołnierzom opiekę w punktach profilaktycznych, prowadzono comiesięczne przeglądy prewencyjne wszystkich

<sup>60</sup> D. Staszek, *Rys historyczny rozwoju wenerologii*, „Dermatologia Praktyczna” 2013, nr 5, s. 46.

<sup>61</sup> Bolesław Szarecki (1874–1960) – generał, profesor, chirurg. Dyplom lekarza uzyskał na Wydziale Lekarskim Cesarskiego Uniwersytetu Charkowskiego w 1904 r., tam też doktoryzował się i habilitował. W 1919 r. powrócił do Polski i został powołany do Wojska Polskiego. Pracował w I Szpitalu Okręgowym w Warszawie, następnie w Głównym Szpitalu Wojskowym. Przed przejściem w stan spoczynku w 1933 r. kierował Oddziałem Chirurgicznym Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie. Po wybuchu wojny w 1939 r. na własną prośbę został ponownie powołany do służby wojskowej, żołnierz armii gen. W. Andersa, pełnił funkcje Naczelnego Chirurga i Inspektora Szpitalnictwa. W czasie bitwy o Monte Cassino kierował Głównym Punktem Opatrunkowym, gdzie osobiście operował przez dwie doby bez przerwy. W 1945 r. powrócił do kraju i objął najwyższe stanowisko w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej. W. Lisowski, *Gen. dyw. prof. dr med. Bolesław Szarecki (1874–1960) twórca polskiej szkoły chirurgii wojennej, wzór żołnierza – lekarza – obywatela*, „Lekarz Wojskowy” 1977, t. 53, nr 1, s. 53–60; S. Czaplicki, *Generał Bolesław Szarecki, jakim Go znałem. (Wspomnienie pośmiertne)*, „Lekarz Wojskowy” 1988, t. 64, nr 9–10, s. 554–557.

<sup>62</sup> B. Szarecki, *O nowe oblicze wojskowej służby zdrowia*, „Lekarz Wojskowy” 1949, t. 25, nr 1, s. 5.

<sup>63</sup> D. Staszek, op. cit., s. 47.

<sup>64</sup> B. Szarecki, op. cit.

żołnierzy stacjonujących w danej jednostce, także akcje uświadamiające. Zachętą dla żołnierzy do korzystania z usług punktów było zapewnienie całkowitej dyskrecji. Punkty nie ograniczały się jedynie do działań w jednostce, na zajmowanych przez wojsko terenach nawiązywano kontakty z lekarzami powiatowymi, organizowano stacje profilaktyczne w społecznej służbie zdrowia w szpitalach i ośrodkach zdrowia. Zapobieganiu rozprzestrzeniania się chorób wenerycznych miało również służyć wykrywanie źródeł zakażenia, lekarze wojskowi i cywilni zostali zobowiązani do stałego informowania Szefostwa Służby Zdrowia 2. Armii o nowych przypadkach zakażeń. Szczególne środki podjęto na terenach niemieckich, gdzie lekarze wojskowi przeprowadzali wywiady dotyczące zachorowań wenerycznych w miejscach postoju lub przemarszu wojsk, a także badali ludność cywilną.

W czasie pokoju, poza leczeniem, ważne było uświadomienie społeczeństwu, że najczęstszą przyczyną zakażenia chorobami wenerycznymi są kontakty seksualne. W 1947 r. przeprowadzono ankietę wśród chorych na choroby weneryczne uwzględniające wiek osób ankietowanych (Tab. 2) oraz wykonywany zawód (Tab. 3).

**Tabela 2. Odsetek chorych na choroby weneryczne według wieku**

Lp.	Wiek	Zachorowania w %
1	< 20	2,1
2	20–30	93,3
3	> 30	4,6

Źródło: K. Płoński, *Projekt zwalczania chorób wenerycznych w skali państwowej*, „Lekarz Wojskowy” 1948, z. 2, s. 145.

Największy odsetek chorych stanowili mężczyźni w przedziale wiekowym 20–30 lat, czyli w okresie odbywania służby wojskowej. Była więc to grupa docelowa dla prowadzenia intensywnego uświadamiania młodych ludzi na temat źródeł zakażenia oraz skutków zachorowania na chorobę weneryczną.

**Tabela 3. Odsetek chorych na choroby weneryczne według wykształcenia**

Lp.	Wykształcenie	Zachorowania w %
1	Wykształcenie podstawowe lub niższe – pracownik fizyczny	86,1
2	Wykształcenie średnie ogólne i techniczne	1,3
3	Wykształcenie wyższe i inne	12,6

Źródło: K. Płoński, op. cit., s. 145.

Dane ankiety dotyczące statusu zawodowego respondentów wykazały, że największą grupą chorych byli pracownicy fizyczni, z wykształceniem podstawowym lub niższym, nieświadomi ryzyka, jakie niosą ze sobą przypadkowe kontakty seksualne.

Zachowaniom zdrowotnym służyły również prowadzone na szeroką skalę kampanie uświadamiające wśród żołnierzy. W ramach działań profilaktyki zdrowotnej wykorzystywano broszury, pogadanki, artykuły w czasopismach wojskowych. Zwracano szczególną uwagę na konieczność szybkiego podjęcia leczenia. Nie starano się drobiazgowo opisywać zmian chorobowych, ponieważ przynosiło to odwrotny do zamierzonego skutek, bowiem: „(...) partnerzy seksualni nie widząc odrażających zmian chorobowych obcuja bez obawy zarażenia się”<sup>65</sup>. Uznano zatem, że przekaz informujący o braku widocznych objawów może przynieść zdecydowanie lepszy skutek od zastraszania. W prowadzeniu akcji propagandowej dużą rolę odegrał film, który okazał się najskuteczniejszym środkiem przekazu. Doktor Płoński, opierając się na wynikach akcji przeprowadzonej w wojsku, uważał, że takie działania propagandowe powinny być prowadzone również w szkołach, w zakresie oświaty pozaszkolnej, świątyniach wszystkich wyznań religijnych, w organizacjach młodzieżowych. Podkreślił także zgubny wpływ chorób wenerycznych na rodzinę, państwo, przyszłe pokolenia: „czynnik bowiem patriotyczny i przywiązanie do życia rodzinnego odgrywa w polskiej naturze dużą rolę. Potwierdzają to cyfry: tylko 26,4% przyjęło zakażenie obojętnie, a aż 73,4% chorych zareagowało depresją (...). Widzimy zatem, że naród polski jest łatwy do prowadzenia ku lepszemu i dlatego powszechne uświadamianie o chorobach wenerycznych może odegrać poważną rolę w walce z tą klęską społeczną”<sup>66</sup>.

Głos w sprawie zapobiegania chorobom wenerycznym zabrał również Karol Gebel ze szpitala w Bydgoszczy, którego praca ukazała się w 1949 r. Szerzenie się chorób wenerycznych łączył z nadużywaniem alkoholu będącego następstwem przeżyć wojennych, co miało bezpośredni wpływ na „osłabienie siły woli i zahamowań psychicznych”<sup>67</sup>. Proponował, żeby w każdym przypadku leczenia szpitalnego alkoholika kierować do niezbyt męczącej pracy, co mogłoby odwrócić uwagę chorego od jego stanu zdrowia i podnieść samopoczucie, a jednocześnie spowodować porzucenie dotychczasowych nałogów<sup>68</sup>.

<sup>65</sup> K. Płoński, op. cit., s. 145.

<sup>66</sup> Ibidem, s. 146.

<sup>67</sup> K. Gebel, *Rola czynników somatopsychicznych u neurovegetatywnych w leczeniu kiły*, „Lekarz Wojskowy” 1949, t. 25, nr 3, s. 359.

<sup>68</sup> Ibidem.

## Zakończenie

Zagadnienie chorób wenerycznych występujących wśród żołnierzy Wojska Polskiego w ostatnich miesiącach II wojny światowej oraz w pierwszych latach powojennych było jednym z ważniejszych problemów, które omawiano na łamach czasopisma „Lekarz Wojskowy” w badanym okresie. Systematyczną, planową akcją zwalczania tych chorób prowadziła już służba zdrowia 2. Armii Wojska Polskiego, gdzie wenerologia zajmowała drugie miejsce wśród specjalności medycznych. W omawianych latach opublikowano łącznie 12 artykułów dotyczących niniejszej tematyki, przy czym zdecydowana większość prac omawiała walkę z epidemią oraz stosowanie nowych metod i środków farmaceutycznych. Stosunkowo dużo miejsca poświęcono skuteczności stosowania penicyliny w leczeniu kiły i rzeżączki. Dużą wagę przywiązywano również do zapobiegania powstawaniu chorób, w tym głównie zakaźnych, zarówno wśród wojskowych, jak i ludności cywilnej: „Wszystkie nasze formacje sanitarno-epidemiologiczne – S. E. L.<sup>69</sup>; S. E. K.<sup>70</sup>, D. I. O. F.<sup>71</sup> (...) i inne winny być uruchomione dla okazania pomocy nie tylko jednostkom i formacjom wojskowym, ale także organom sanitariatu cywilnego”<sup>72</sup>.

Działania wojskowej służby zdrowia zbieżne były z polityką zdrowotną kraju również szeroko popularyzowaną w kręgach lekarskich za pośrednictwem prasy medycznej. Jednym z głównych mediów była „Kronika Wenerologiczna” poświęcona zagadnieniom związanym z chorobami wenerycznymi z uwzględnieniem problemów społecznych, lekarskich i naukowych<sup>73</sup>.

Ciekawym przyczynkiem do poznania wielokierunkowego podejścia do problematyki chorób wenerycznych, byłoby porównanie materiału zawartego w „Lekarzu Wojskowym” z innymi czasopismami polskimi i obcojęzycznymi wydawanymi w analogicznym okresie. Jednak ich zakres wykracza znacznie poza ramy niniejszej pracy.

<sup>69</sup> Sanitarno-Epidemiologiczne Laboratorium.

<sup>70</sup> Sanitarno-Epidemiologiczna Kolumna.

<sup>71</sup> Dezynfekcyjno-Instruktorski Oddział Frontowy.

<sup>72</sup> M. Moguczy, *Organizujemy służbę zdrowia godną wojska demokratycznego państwa*, „Lekarz Wojskowy” 1945, nr 3 i 4, s. 8.

<sup>73</sup> A. Stapiński, s. 401.

## Bibliografia

### Źródła drukowane

- Adamek K., *Wojskowa służba zdrowia w latach 1945–1956*, „Lekarz Wojskowy” 1990, nr 7–8.
- Bibergal S., *O zaburzeniach posalwarsanowych*, „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 2.
- Gebel K., *Rola czynników somatopsychicznych u neurowegetatywnych w leczeniu kiły*, „Lekarz Wojskowy” 1949, t. 25, nr 3.
- J.B., *Nowa metoda stosowania penicyliny* (streszczenie), „Lekarz Wojskowy” 1946, nr 3 i 4.
- Kostrzewski J., Ślopek S., *Odczyn Chediaka w modyfikacji własnej. I. Próby zastosowania antygeny M. L. wg St. Ślopka do badań w suchej kropli krwi*, „Przegląd Lekarski” 1947, nr 23.
- Kozłowska U., *Analiza występowania chorób wenerycznych na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948. Perspektywa historyczno-socjologiczna*, „Opuscula Socjologica” 2012, t. 1, nr 1.
- Kunysz S., Grys T., *Niektóre aspekty zwalczania chorób wenerycznych w 2 Armii Wojska Polskiego*, „Lekarz Wojskowy” 1976, t. 52, nr 1.
- Lebioda J., *Nasilenie chorób wenerycznych w Polsce*, „Przegląd Lekarski” 1945, nr 3–4.
- Lebioda J., *Sprawozdanie z konferencji wenerologów w Warszawie*, „Przegląd Lekarski” 1945, nr 3–4.
- Milgrom F., Wasserstrom T., Dryl L., *O organizacji masowych badań na kiłę*, „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 2.
- Penicillin and Syphilis*, “The Lancet” 1948, vol. 251, nr 6503.
- Pilipienko D., *Zachorowalność i leczenie wojskowe w czasie pokoju*, „Lekarz Wojskowy” 1945, nr 5/6 i 1946, nr 1/2.
- Płoński K., *Projekt zwalczania chorób wenerycznych w skali państwowej*, „Lekarz Wojskowy” 1948, t. 24, nr 2.
- Płoński K., *Zagadnienie związane ze zwalczaniem chorób wenerycznych w wojsku polskim i w armii oraz marynarce Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej*, „Lekarz Wojskowy” 1948, t. 24, nr 1.
- Płoński K., Szymkiewicz T., *Uwagi o połączonym leczeniu rzeżączki penicyliną i sulfamidami*, „Lekarz Wojskowy” 1947, t. 23, nr 2.
- Stapiński A., *Powojenna akcja zwalczania chorób wenerycznych – akcja „W”*, „Przegląd Dermatologiczny” 1995, t. 82, nr 5.
- Towpik J., *Leczenie rzeżączki w wojsku z uwzględnieniem metod starych i nowych*, „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 2.
- T.R., *Penicylina a kiła*, „Lekarz Wojskowy” 1948, t. 24, nr 4.



- Walter F., Lejman K., *Działanie penicyliny i związków arsenowych na krętki blade w ustroju ludzkim*, „Lekarz Wojskowy” 1950, t. 26, nr 9 i 10.
- Weissberg K., *Spostrzeżenia własne o wynikach leczenia ambulatoryjnego kiły wczesnej w ramach akcji „W”*, „Lekarz Wojskowy” 1950, t. 26, nr 9 i 10.
- Willcox R.R., *Penicillin Treatment in Lymphogranuloma*, “Postgraduate Medicine Journal” 1946, vol. 22, nr 245.

### Opracowania

- Bogdaszewska-Czabanowska J., *Kazimierz Maciej Lejman (1907–1985)*, [w:] J. Grochowski (red.), *Złota Księga Wydziału Lekarskiego*, Kraków 2000.
- Chodyńska B., Jakubowski A., *Prof. dr hab. n. med. Wanda Manikowska-Lesińska – wybitny dermatolog i wenerolog*, „Przegląd Dermatologiczny” 2008, t. 95, nr 1.
- Czaplicki S., *Generał Bolesław Szarecki, jakim Go znałem (Wspomnienie pośmiertne)*, „Lekarz Wojskowy” 1988, t. 64, nr 9–10.
- Dąbrowski S., *Wenerologia burżuazyjna w ślepych zaułku*, „Lekarz Wojskowy” 1955, t. 31, nr 1.
- Jabłońska S., *Osiągnięcia i kierunki rozwojowe dermatologii i wenerologii polskiej*, „Przegląd Dermatologiczny” 1973, t. 30, nr 3a.
- Kaczmarek K., *Druga Armia Wojska Polskiego*, Warszawa 1978.
- Kociołek-Balawejder E., Ociński D., *Arsen w technice i środowisku*, „Wiadomości chemiczne” 2005, t. 59, z. 3–4.
- Koronowska S.K., *430 Lat Wenerologii Polskiej*, „Nowiny Lekarskie” 2010, t. 79, nr 6.
- Kwazebart L., *Lecznictwo dermatologiczne*, Warszawa 1967.
- Michałowski B., Straszyński A., *Dermatologia i wenerologia polska w 25-leciu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, „Przegląd Dermatologiczny” 1969, nr 4.
- Lisowski W., *Gen. dyw. prof. dr med. Bolesław Szarecki (1874–1960) twórca polskiej szkoły chirurgii wojennej, wzór żołnierza – lekarza – obywatela*, „Lekarz Wojskowy” 1977, t. 53, nr 1.
- Mroczkowski T.F., *Profesor Józef Towpik (1908–1992). Wspomnienie z okazji 101. rocznicy urodzin*, „Przegląd Dermatologiczny” 2009, nr 5.
- Nowe pojęcia zapobiegania chorobom zakaźnym w armiach* [Materiały z XI Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej, Bazylea 2–7 czerwca 1947 r. Wydział Medycyny Zapobie-

gawczej Departamentu Wojny, Waszyngton], „Lekarz Wojskowy” 1947, nr 3–4.

Staszek D., *Rys historyczny rozwoju wenerologii*, „Dermatologia Praktyczna” 2013, nr 5.

Szarecki B., *O nowe oblicze wojskowej służby zdrowia*, „Lekarz Wojskowy” 1949, t. 25, nr 1.

Wrzyszczyk E., *Wybrane zagadnienia z historii chemioterapii*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2015, t. 78.

### **Strony internetowe**

Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych, Dz.U. nr 18, poz. 119, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19460180119>.

Dekret z dnia 27 lipca 1949 r. o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych, Dz.U. nr 46, poz. 337 i 338, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19490460338/O/D19490338.pdf>.

Joseph Earle Moore, <https://prabook.com/web/joseph.moore/3769841>.

<https://encyklopedia.pwn.pl>.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 1950 r. w sprawie prowadzenia rejestru i przesyłania doniesień dotyczących chorób wenerycznych, Dz.U. nr 36 poz. nr 337, 338 i 339, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/prowadzenie-rejestru-i-przesylanie-doniesien-dotyczacych-chorob-16781158>.