

Popularyzacja wiedzy medycznej w świetle czasopisma „Lekarz Wojskowy” (1920–1939)¹

Medical knowledge popularization in the view of „Lekarz Wojskowy” journal (1920–1939)

Summary

„Lekarz Wojskowy” journal was established in the year of 1920. Its main purpose was the popularization of actual standards of medical knowledge among military physicians who graduated from universities of Russia, Prussia and Austro-Hungarian Empire before the First World War. This standard should be used by them in practice and popularized among conscripts. The main goal of the paper is to describe a history of the journal and showing examples of medical knowledge popularization especially that considered social diseases (STD and tuberculosis), infections which caused digestive system diseases and rational dietetical rules at both quantitative and qualitative aspect. These matters were very important for health care of the army and Polish civilians also because infectious diseases risks and unhealthy diet applied also for them. Medical knowledge popularization among soldiers and conscripts was aimed at improving health condition of whole Polish population.

Słowa kluczowe: popularyzacja wiedzy medycznej, czasopismo „Lekarz Wojskowy”

Keywords: popularization of medical knowledge, the journal “Military Doctor”

¹ Prezentowane wyniki badań, zrealizowane w ramach tematu według ewidencji w systemie SIMPLE o numerze ST.D210.18.010, zostały sfinansowane z dotacji statutowej i subwencji przyznanej przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Wprowadzenie

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, po 123 latach zaborów² stan zdrowia społeczeństwa i ogólna sytuacja epidemiologiczna w kraju³ były bardzo niekorzystne⁴. Złożyło się na to wiele czynników, z których najważniejszy był niski stopień rozwoju systemu medycyny publicznej na ziemiach polskich⁵ (w porównaniu do rozwiniętych gospodarczo krajów Europy Zachodniej⁶) oraz skutki I wojny światowej⁷,

² Por. W. Roszkowski, *Najnowsza historia Polski 1914–1945*, Warszawa 2003, s. 621–625.

³ Por. A. Wysocki, *Sytuacja epidemiologiczna w okresie wojny polsko-sowieckiej 1919–1920*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” 1997, nr 2; U. Sztuka-Polińska, *Sytuacja epidemiologiczna niektórych ostrych chorób zakaźnych w Polsce w okresie międzywojennym w XX w.*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, t. 56, s. 137–140.

⁴ Por. *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1923*, Warszawa 1925.

⁵ Por. P. Franaszek, *Publiczna ochrona zdrowia w Galicji w dobie autonomii*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 8, Wrocław 2004, s. 133–157; K. Meus, *Profilaktyka przeciwepidemiczna w Galicji na przełomie XIX i XX wieku*, [w:] K. Polek, T. Sroka (red.), *Epidemie w dziejach Europy. Konsekwencje społeczne, gospodarcze i kulturowe*, Kraków 2016, s. 305–315; B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r.*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość brud: higiena w XIX wieku – wokół przełomu bakteriologicznego*, Bydgoszcz 2016, s. 279–315; U. Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Untersichten in Preussen zwischen medizinischer Polizey und statlicher Sozialversicherung*. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, t. 69, Göttingen 1984; E. Więckowska, *Początki opieki zdrowotnej nad ludnością Królestwa Polskiego na przełomie XIX/XX wieku w świetle czasopisma „Zdrowie” (1895–1914)*, „Zdrowie Publiczne” 1985, nr 5–6, s. 227–237; też, *Opieka sanitarna i lekarsko-zdrowotna w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny...*, dz. cyt., s. 158–166; B. Płonka-Syroka, *Spoleczny ruch higieniczny w Królestwie Polskim (1863–1914) i jego rola w zapobieganiu i zwalczaniu chorób społecznych*, [w:] M. Sztandara (red.), *Brud: idee – dylematy – sprawy*, *Stomata Anthropologica*, t. 8, Opole 2012, s. 299–316.

⁶ Por. A. Kuźmińska, *Walka z epidemiami chorób zakaźnych w Europie w XIX w. ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 287–314.

⁷ Działania wojenne w trakcie I wojny światowej miały miejsce na większości ziem, które weszły po zakończeniu tej wojny w skład późniejszego terytorium II RP. Wystąpiły na 80% tych ziem. Skutkiem działań wojennych było zniszczenie 30% zlokalizowanego tu majątku. Straty w ludziach objęły 15% populacji. W wyniku wojny nastąpiło powszechne zubożenie ludności, a problemy z aprowizacją doprowadziły do załamania się odporności na choroby zakaźne. Przewyciężenie zaistniałej sytuacji po odzyskaniu niepodległości Polski było bardzo trudne. W 1919 r. poziom uzyskiwanego w Polsce produktu krajowego brutto (PKB) sięgał zaledwie 30% PKB z ostatniego roku sprzed wybuchu wojny (1913 r.), uzyskiwanego na tym samym obszarze. Szerzej na ten temat por.:

która przyniosła Polsce poważne zniszczenia i przyczyniła się do masowego rozpowszechnienia się chorób zakaźnych⁸, w tym cechującej się bardzo wysokim poziomem śmiertelności epidemii grypy⁹. Organizujące się na nowo polskie państwo musiało podjąć się wielu zadań związanych ze stworzeniem systemu administracji państwowej i samorządowej, organizacją armii i koordynowaniem jej działań w walce o granice. Należało zorganizować system polskiego szkolnictwa wszystkich szczebli, zapewnić społeczeństwu aprowizację, stworzyć warunki dla odbudowy przemysłu i zapewnić ludności źródła zarobkowania. Konieczne było podjęcie również innych działań umożliwiających normalne funkcjonowanie Polski jako niezależnego państwa, zdolnego zapewnić swoim obywatelom możliwość bezpiecznego życia, ukierunkowanego na przyszłość i rozwijanie potencjalnych możliwości gospodarczych wynikających z położenia geograficznego i znajdujących się w granicach państwowych zasobów naturalnych.

Skuteczne działania związane z odbudową polskiej niezależnej państwowości i umożliwienie sprawnego funkcjonowania państwa we wszystkich obszarach jego działalności nie byłyby jednak możliwe bez zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego¹⁰, przede wszystkim przez opanowanie licznych epidemii chorób zakaźnych¹¹. Należało

M. Eckert, *Historia Polski 1914–1939*, Warszawa 1990. Por. też: E. Więckowska, *Migracje ludności w Polsce po zakończeniu I wojny światowej w świetle międzynarodowych konwencji zapobiegania chorobom zakaźnym*, [w:] B. Płonka-Syroka, T. Srogosz (red.), *Zdrowie i choroba jako problem polityczny i społeczny. Medycyna w kontekście działań państwa*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 9, Wrocław 2005, s. 115–121.

⁸ Por. E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w pierwszym roku istnienia Polski niepodległej 1918–1919*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 1–2, s. 211–220.

⁹ Por. J. Puterman, *Epidemia influenzy w r. 1918*, „Gazeta Lekarska” 1918, nr 12–13, s. 139–157; T. Janiszewski, *Epidemia influenzy czyli t. z. choroby hiszpańskiej w Krakowie*, „Przegląd Lekarski” 1918, nr 40, s. 270–271; J. Bednarski, *Spostrzeżenia z przebiegu tegorocznej epidemii tzw. grypy hiszpańskiej*, „Przegląd Lekarski” 1919, nr 2, s. 2; K. Rozenfeld, *Walka z epidemią grypy, jej najważniejsze zadania i środki*, „Gazeta Lekarska” 1920, nr 12–13, s. 122–136.

¹⁰ Por. J. Górny, *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego Rzeczypospolitej Polskiej 1919–1923*, „Zdrowie Publiczne” 1976, nr 6, s. 489–492; E. Więckowska, *Państwowy Urząd do spraw powrotu Jeńców, Uchodźców i Robotników (grudzień 1918 – połowa roku 1924)*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Lekarze czasów wojny. Medycyna polska w pierwszych latach II Rzeczypospolitej i w okresie II wojny światowej*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 3, Wrocław 2000, s. 7–14.

¹¹ Por. E. Więckowska, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918–1926*, Wrocław 1992; *Wpływ epidemii na politykę zdrowotną państwa w pierwszych latach II Rzeczypospolitej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 4, Wrocław 2001, s. 241–258; A. Fijałek, J. Supady, *Gruźlica płuc w Łodzi w okresie międzywojennym (1918–1939). Z dziejów walki z chorobą*, Łódź 2003.

stworzyć polski system prawa medycznego¹², zorganizować system medycyny publicznej funkcjonujący na całym terytorium kraju¹³, a także wprowadzić powszechnie obowiązujące normy sanitarno-higieniczne, których praktyczne stosowanie po wprowadzeniu do medycyny klinicznej standardu bakteriologii uznano w Europie jeszcze przed wybuchem I wojny światowej za podstawę skutecznej profilaktyki¹⁴. Szybkie opanowanie związanych z chorobami zakaźnymi zagrożeń wymagało zarazem prowadzenia intensywnych działań edukacyjnych, koordynowanych i finansowanych z budżetu państwa. Jedną z dróg popularyzacji wiedzy o chorobach zakaźnych, metodach ich zwalczania i zapobiegania była medycyna wojskowa¹⁵. Lekarze wojskowi mieli bowiem możliwość osobistego kontaktu z setkami tysięcy poborowych, wśród których mogli upowszechniać podstawy oświaty zdrowotnej i wdrażać ich do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Ważnym kanałem popularyzacji wiedzy medycznej było czasopismo „Lekarz Wojskowy”.

Charakterystyka czasopisma „Lekarz Wojskowy”

Czasopismo „Lekarz Wojskowy” zostało założone w 1920 r.¹⁶ Było ono przeznaczone przede wszystkim dla lekarzy wojskowych, w tym pracujących w garnizonach odległych od większych ośrodków miejskich. Przekazywało informacje dotyczące aktualnego stanu wiedzy medycznej, w tym dotyczącej chorób zakaźnych i higieny. Czyniło to w przystępnej i zrozumiałej formie. Umożliwiało to wykorzystywanie

¹² Por. A. Jurecka-Piekarz, *Prawo lekarskie w II Rzeczypospolitej Polskiej*, Bydgoszcz 2015. Praca doktorska napisana na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (promotor: prof. Walentyna Korpalska).

¹³ Por. *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918–1939*, Warszawa 1939; J. Fijałek, J. Machalski, *Publiczna opieka zdrowotna u początków Polski Niepodległej*, „Archiwum Historii Medycyny” 1978, nr 4, s. 394–404; J. Sadowska, *Tendencje rozwojowe publicznej służby zdrowia na ziemiach polskich przed i po 1918 r.*, „Przegląd Lekarski” 1994, nr 5, s. 276; też, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Łódź 2002; też, *Świadczenia lecznicze w ubezpieczalniach społecznych w Polsce (1933–1951)*, Łódź 2006; B. Urbanek, *Medycyna w II RP*, [w:] *Medycyna polska. Złota księga medycyny polskiej*, Bydgoszcz 2018, s. 136–155.

¹⁴ Por. A. Kuźmińska, *Koncepcja profilaktyki chorób zakaźnych i jej realizacja do końca XIX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura...*, dz. cyt., s. 269–286.

¹⁵ Por. Cz. Marmura, *Medyczna myśl wojskowa II Rzeczypospolitej*, Łódź–Pruszków 1998; A. Felchner, *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, Oświęcim 2016, s. 361.

¹⁶ Por. G. Wrona, *Naukowe czasopisma medyczne i farmaceutyczne w Polsce w latach 1918–1939*, Kraków 2001, s. 29–62; D. Połec, *90 lat „Lekarza Wojskowego”*, „Lekarz Wojskowy” 2010, t. 88, nr 4, s. 321.

przez lekarzy publikowanych na jego łamach treści do upowszechnienia podstaw wiedzy medycznej wśród żołnierzy zawodowych oraz poborowych. Powołanie czasopisma było związane z zakresem działań Ministerstwa Spraw Wojskowych. Na wniosek Naczelnego Lekarza Wojsk Polskich Ministerstwo to powołało Wojskową Radę Sanitarną jako organ doradczy przy Departamencie Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wojskowych. Zadania Rady były związane z zabezpieczeniem sanitarno-zdrowotnym ludności Polski. Jednym z kierunków realizacji tych zadań była popularyzacja aktualnego stanu wiedzy medycznej wśród lekarzy. Było to zadanie bardzo istotne, m.in. ze względu na to, że lekarze praktykujący w II RP kształcili się przed wybuchem I wojny światowej na uniwersytetach trzech krajów zaborczych i w różnych uczelniach Europy Zachodniej. Swoje wykształcenie lekarskie uzyskiwali w kilku kolejnych dekadach, nie zawsze po ukończeniu studiów, nadążając za postępem wiedzy medycznej. Dotyczyło to szczególnie lekarzy praktykujących przed 1914 r. w małych ośrodkach w zaborze rosyjskim, niepodejmujących po ukończeniu studiów systematycznego doksztalcania ze względu na dużą odległość od miast uniwersyteckich, brak lokalnych oddziałów towarzystw naukowych, ograniczony dostęp do specjalistycznej prasy lekarskiej itp. Władze II RP zamierzały przeprowadzić ujednolicone pod względem programowym doksztalcanie lekarzy praktykujących wcześniej we wszystkich zaborach, uwzględniające nowości z zakresu diagnostyki i terapii. Bezpośrednim adresatem programu doksztalcania lekarzy organizowanego przez Ministerstwo Spraw Wojskowych byli lekarze wojskowi, jednakże zakładano, że za ich pośrednictwem nowy standard wiedzy medycznej upowszechni się także wśród lekarzy cywilnych praktykujących w położonych w pobliżu garnizonów ośrodkach miejskich, a także wśród ich pacjentów.

Pierwszy numer czasopisma „Lekarz Wojskowy” ukazał się w styczniu 1920 r. Redakcja czasopisma mieściła się w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. W 1925 r. siedzibę redakcji przeniesiono na ulicę Piękną 1. Uzyskanie nowej siedziby umożliwiło powiększenie liczby członków redakcji. Powołano także radę konsultantów, działającą przy Komitecie redakcyjnym. W latach 30. XX w. redakcja czasopisma „Lekarz Wojskowy” przeniosła się do kolejnej siedziby, zlokalizowanej przy ulicy Górnośląskiej 45, którą zajmowała do września 1939 r. Pierwszym redaktorem naczelnym czasopisma „Lekarz Wojskowy” został jego twórca Jan Koelichen¹⁷. Czasopismo ukazywało

¹⁷ Por. S. Pieńkowski, *Jan Koelichen*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 4, s. 6.

się wówczas jako tygodnik. Po dwóch latach jego wydawania nastąpiła zmiana na stanowisku redaktora naczelnego. Jana Koelichena zastąpił Władysław Osmolski¹⁸. Za czasów jego redakcji (1922–1929) uległ zmianie charakter czasopisma. Z tygodnika „Lekarz Wojskowy” stał się miesięcznikiem, a w jego treści znalazły więcej miejsca spostrzeżenia kliniczne i porady praktyczne. Ostatnim redaktorem naczelnym czasopisma „Lekarz Wojskowy” w okresie II RP był Stanisław Konopka (1929–1939)¹⁹. Za jego redakcji czasopismo ukazywało się jako dwutygodnik, a w jego treści jeszcze większe odbicie znajdowała problematyka profilaktyczna.

Cele powołania czasopisma odzwierciedlała struktura jego treści. „Lekarz Wojskowy” składał się z wielu działów, których liczba i treść ulegały zmianom wraz ze zmianami redaktorów naczelnych. Stała pozostała przez cały okres wydawania czasopisma w II RP główna idea uzasadniająca jego powołanie: popularyzacja aktualnego standardu wiedzy medycznej. W latach 1920–1939 czasopismo zwiększyło swoją objętość, co umożliwiała publikację większej liczby artykułów, a zarazem sprzyjało większej szczegółowości publikowanych treści. Miało to istotny walor praktyczny.

W ogólnej strukturze czasopisma „Lekarz Wojskowy” możemy wyróżnić w latach 1920–1939 następujące działy: 1) Dział poświęcony wybranym zagadnieniom medycznym, 2) Dział urzędowy, 3) Dział sprawozdawczy, 4) Sprawozdania z posiedzeń naukowych, 5) Bibliografię wojskowo-lekarską, 6) Wiadomości bieżące, 7) Myśli i aforyzmy wybitnych lekarzy polskich, 7) Dział ofiar obowiązku, 8) Spostrzeżenia kliniczne i praktyczne, 9) Korespondencję, pytania i odpowiedzi. Obok wyżej wymienionych działów, występujących w strukturze czasopisma systematycznie, pojawiały się także inne, które jednak nie utrzymały się dłużej. Były to np. artykuły dotyczące historii Polski, historii wojskowości, informacje o zmarłych żołnierzach, a także wiadomości poświęcone zagranicznym czasopismom lekarskim. Z biegiem czasu profil czasopisma ustabilizował się, przybierając ukierunkowanie praktyczne, co odpowiadało głównym zainteresowaniom zarówno autorów, jak i czytelników. Autorami publikowanych na łamach czasopisma „Lekarz Wojskowy” artykułów byli lekarze polscy, piszący zarówno o własnych spostrzeżeniach klinicznych, obserwowanych zagrożeniach zdrowia publicznego i zaleceniach profilaktycznych, jak

¹⁸ Por. K. Zuchora, *Wkład Władysława Osmolskiego w rozwój polskiej teorii wychowania fizycznego i sportu*, „Kultura Fizyczna” 2005, nr 2, s. 12.

¹⁹ Por. J. Kapuścik, *Twórca Głównej Biblioteki Lekarskiej i bibliograf – Stanisław Konopka*, [w:] E. Widderszalowa (red.), *Z warsztatu bibliografa*, Warszawa 1991, s. 51.

i referujący wybrane zagadnienia z zakresu aktualnego stanu nauk medycznych za granicą. Szczególne znaczenie miał w tym zakresie dział bibliografii wojskowo-lekarskiej, w którym wymieniano ważniejsze publikacje polskie i zagraniczne, głównie angielskie i francuskie. O praktycznym charakterze czasopisma decydowały publikowane na łamach „Lekarza Wojskowego” artykuły kliniczne, kazuistyczne i pogładowe. Określano w nich przyczyny chorób, opisywano ich objawy, jak również sposoby ich leczenia. Czasopismo publikowało także dyskusje kliniczne odnoszące się do nowych metod diagnostyki i terapii.

W dalszej części artykułu przedstawię wybrane przykłady popularyzacji wiedzy medycznej na łamach czasopisma „Lekarz Wojskowy”.

Analiza treści czasopisma „Lekarz Wojskowy” z lat 1920–1939

1. Zadania lekarzy wojskowych w zakresie popularyzowania wiedzy medycznej w ujęciu czasopisma „Lekarz Wojskowy”

Na łamach czasopisma ukazywały się liczne publikacje poświęcone tej problematyce. Jednym z tematów diskutowanych przez autorów artykułów publikowanych na łamach czasopisma była kwestia określenia statusu lekarza wojskowego: czy ma być żołnierzem wykonującym zawód lekarza, czy też lekarzem, który wstąpił do armii, aby zapewnić opiekę lekarską żołnierzom. W dyskusjach na ten temat zwyciężyło to drugie stanowisko. Redakcja postulowała profesjonalizację statusu lekarzy wojskowych. Opowiedziała się za stworzeniem korpusu lekarzy wojskowych, odrębnego od lekarzy cywilnych, czego uzasadnieniem miał być odrębny dla obu tych grup zakres zadań²⁰. Do najważniejszych zadań korpusu lekarzy wojskowych w czasie pokoju należało stworzenie skutecznego systemu ochrony przeciwepidemicznej. Mieli obowiązek prowadzenia statystyk zachorowań, co umożliwiałoby szybkie reagowanie na wybuch epidemii. W celu wykształcenia specjalistycznej kadry medycznej w tym zakresie powołano Wojskową Szkołę Sanitarną²¹. Absolwenci tej szkoły, jak również lekarze kończący studia medyczne jeszcze przed jej powołaniem, ale zatrudnieni na etatach wojskowych, mieli zajmować się nie tylko leczeniem chorych żołnierzy, lecz także popularyzowaniem wiedzy medycznej, zarówno wśród wojskowych, jak i wśród cywilów, co zostało uznane za podsta-

²⁰ B. Nowakowski, *Lekarz w wojsku*, „Lekarz Wojskowy” 1926, nr 6, s. 59.

²¹ W. Szymczak, *Historia medycyny*, „Lekarz Wojskowy” 1927, nr 3, s. 42.

wę skutecznej profilaktyki²². Lekarze wojskowi mieli upowszechniać wiedzę na temat przyczyn chorób związanych ze stylem życia, nieprzestrzeganiem zasad higieny, nieodpowiednim odżywianiem itp.²³ Zadaniem lekarzy wojskowych w czasie pokoju było również przygotowanie schematów działań, które należy podejmować w przypadku wybuchu epidemii. Ważnym elementem w kształtowaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa były tworzone przez lekarzy wojskowych regulaminy normujące zakres przepisów sanitarnych obowiązujących w armii. Regulaminy te dotyczyły kwestii zachowywania higieny osobistej, higienicznego stanu pomieszczeń mieszkalnych, właściwego pod względem sanitarnym przygotowania pożywienia, przechowywania zapasów żywności²⁴. Wdrożeni do przestrzegania reżimu higienicznego żołnierze zawodowi i poborowi mogli – dzięki pracy lekarzy wojskowych – przenieść ten standard do swoich domów. Było to szczególnie pożądane wśród poborowych wywodzących się z ludności wiejskiej i małomiasteczkowej, wśród której standardy higieniczne często nie były przestrzegane, m.in. z powodu braku kanalizacji, braku dostępu do bieżącej wody pitnej, korzystania z zanieczyszczonych studni, braku w domach łazienek i toalet itp.

Lekarze wojskowi mieli oddziaływać na otaczającą garnizony ludność cywilną także w inny sposób: przekazując swoje doświadczenia zamieszkującym w pobliżu lekarzom cywilnym. W ten sposób tworzyć się mogła lokalna społeczność lekarska, praktykująca w tym samym standardzie naukowym i kształtująca zgodnie z nim świadomość pacjentów, cywilnych i wojskowych²⁵. Z punktu widzenia władz państwowych był to stan bardzo pożądany. Stan zdrowia wojska pozostawał bowiem zależny od stanu zdrowia otaczającej garnizony cywilnej populacji. Wystąpienie wśród ludności cywilnej masowych epidemii chorób zakaźnych mogło doprowadzić do ich przeniesienia na wojsko. Współpraca lekarzy wojskowych i cywilnych mogła się także przyczynić do szybkiego wychwytywania przypadków chorób zakaźnych wśród cywilów, zawleczonych na dany teren przez żołnierzy.

Redaktorzy i autorzy artykułów „Lekarza Wojskowego” podkreślali, że lekarz praktykujący w wojsku i zatrudniony na wojskowym etacie nie powinien być wyłącznie urzędnikiem, w czasie pokoju ograniczającym swoją działalność do opracowywania regulaminów sanitarnych i nadzorowania ich przestrzegania, do leczenia poborowych

²² Tamże, s. 42.

²³ K. Leszkowski, *Żołnierz i służba*, „Lekarz Wojskowy” 1932, nr 5, s. 34.

²⁴ B. Nowakowski, dz. cyt., s. 61.

²⁵ L. Wierzecki, *Rada Sanitarna*, „Lekarz Wojskowy” 1922, nr 4, s. 21.

i prowadzenia statystyk. Wielu autorów artykułów poświęconych tej tematyce podkreślało, że lekarze powinni aktywnie spożytkować swój czas pracy na działalność edukacyjną, skierowaną do poborowych, lekarzy cywilnych i mieszkańców lokalnej społeczności²⁶. Szczególne znaczenie miała działalność edukacyjna w zakresie profilaktyki i zwalczania chorób zakaźnych, zaliczanych ze względu na masowe ich występowanie do grupy tzw. chorób społecznych, tj. chorób wenerycznych i gruźlicy, a także powszechnie występujących schorzeń układu pokarmowego i urazów.

2. Popularyzacja wiedzy dotyczącej chorób wenerycznych w ujęciu czasopisma „Lekarz Wojskowy”

Po zakończeniu I wojny światowej epidemia chorób wenerycznych wśród ludności cywilnej wielu krajów europejskich, w tym Polski, stała się poważnym problemem medycznym i społecznym. Wojenna nędza była jedną z podstawowych przyczyn prostytucji, upowszechnionej zarówno wśród ludności miejskiej, jak i wiejskiej, której skutkiem były zachorowania na rzeżączkę i kiłę, a także inne choroby zakaźne przenoszone drogą płciową. Drugim źródłem zachorowań były dokonywane przez wrogie armie gwałty, natomiast trzecim – rozluźnienie obyczajów związane z osłabieniem nadzoru społecznego w warunkach wojny. Po zakończeniu I wojny światowej i po powstaniu II RP skoszarowani w związku z odbywaniem służby wojskowej poborowi często korzystali z usług prostytutek (z których wiele chorowało na choroby weneryczne), nawiązywali także kontakty intymne z mieszkankami miejscowości zlokalizowanych w pobliżu garnizonów (zarażając się chorobami wenerycznymi, jak i stając się źródłem zarażenia), polskie władze wojskowe uznały za konieczne upowszechnienie wśród żołnierzy podstaw wiedzy z zakresu epidemiologii chorób wenerycznych. W latach 1920–1921 poważny wzrost liczby przypadków chorób wenerycznych w Polsce miał także miejsce w związku z powrotem do domu zmobilizowanych wcześniej żołnierzy, jak również napływem do Polski setek tysięcy uchodźców z terenów ZSRR. Lekarze wojskowi, stwierdzając masowe występowanie epidemii chorób wenerycznych w Polsce, szczególnie na wschodzie kraju, podjęli działania organizacyjne i ochronne, opisane na łamach „Lekarza Wojskowego”.

²⁶ Por. np.: Z. Dmochowski, *Od Redakcji*, „Lekarz Wojskowy” 1920, nr 1, s. 1–3; L. Wierzecki, dz. cyt., s. 27; O. Łyszczak, *Wojsko i lekarz*, „Lekarz Wojskowy” 1928, nr 12, s. 26–27.

W 1921 r. Okręgowy Urząd Zdrowia we Lwowie zwołał konferencję, na której opracowano zasady współdziałania władz wojskowych i cywilnych w zakresie przeciwdziałania epidemii chorób wenerycznych²⁷. Konferencja ta odbyła się na prośbę dowódców armii polskiej. Na konferencji określono zasady dotyczące obowiązkowych badań lekarskich, którym muszą zostać poddani wszyscy żołnierze, zarówno czynni, jak i demobilizowani. Badania te miały na celu ustalenie, czy nie są zarażeni chorobą weneryczną. Żołnierze, u których w wyniku badań rozpoznano chorobę weneryczną i wywołane przez nią ostre objawy zapalenia, mieli być przymusowo kierowani na leczenie do szpitali wojskowych, a w przypadku braku miejsc – także do szpitali cywilnych²⁸. W wyniku wspomnianej konferencji Okręgowy Urząd Zdrowia wprowadził regulacje dotyczące postępowania mającego na celu zapobieżenie masowemu rozprzestrzenieniu się chorób wenerycznych. Postanowiono utworzyć komisje cywilno-wojskowe do walki z tymi chorobami²⁹. Komisje te miały prowadzić działalność w miejscu stacjonowania jednostek wojskowych. Na czele komisji działających w miastach powiatowych miał stać – jako przewodniczący – lokalny lekarz powiatowy. Działalności komisji funkcjonujących w innych miastach oraz na wsi miał przewodniczyć lekarz wojskowy (naczelnym lekarzem załogi danej jednostki wojskowej). Komisje miały zbierać się regularnie raz na dwa tygodnie i sprawować kontrolę nad prawidłowym wykonywaniem czynności przez policję sanitarno-obyczajową. Miały opracowywać i wydawać zarządzenia dotyczące schematów walki z chorobami wenerycznymi na danym terenie, przygotowywać sprawozdania dotyczące przebiegu podejmowanych w tym zakresie działań oraz prowadzić statystykę dotyczącą rozpowszechnienia chorób wenerycznych wśród wojska i ludności cywilnej. Do zadań komisji należało także monitorowanie prostytucji na swoim terenie, zarówno jawnej, jak i tajnej, w celu określenia potencjalnego zagrożenia epidemiologicznego. Zalecono systematyczną kontrolę domów publicznych oraz podjęcie działań prowadzących do ograniczenia prostytucji tajnej. Czasopismo „Lekarz Wojskowy” zalecało podejmowanie przez lekarzy otwartych rozmów z żołnierzami dotyczących problematyki chorób wenerycznych. W rozmowach tych miano uświadamiać żołnierzom konsekwencje tych chorób oraz informować o ich przyczynach.

²⁷ R. Mierzecki, *Walka z chorobami wenerycznymi na terenie VI armii*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 11, s. 40–43.

²⁸ Tamże.

²⁹ Tamże.

Ze względu na niedostateczną liczbę łóżek przeznaczonych dla pacjentów chorych wenerycznie, szczególnie na obszarze wschodnich województw Polski, czasopismo „Lekarz Wojskowy” postulowało pilne utworzenie szpitali o tym profilu lub oddziałów dla chorych wenerycznie w szpitalach ogólnych. Szacowano, że tylko w województwach wschodnich brakuje przynajmniej tysiąc łóżek dla pacjentów z przewlekłymi postaciami chorób wenerycznych, które powinny zostać pilnie utworzone³⁰. Tylko ścisła ewidencja nowych zachorowań i stworzenie możliwości leczenia szpitalnego dla przypadków przewlekłych i zaniedbanych mogły uchronić społeczeństwo od masowego zagrożenia epidemiologicznego ze strony armii. Przypominano, że do obowiązków lekarzy wojskowych należy nie tylko udzielenie pomocy osobie chorej, lecz także ustalenie w wywiadzie źródeł zakażenia. Informacje te lekarze byli zobowiązani przekazać władzom cywilnym, które miały prowadzić dokładną ewidencję.

„Lekarz Wojskowy” popularyzował także informacje dotyczące objęcia opieką lekarską prostytutek świadczących swoje usługi w miastach garnizonowych. Przykładem może być artykuł na temat powołania szpitala wojskowego dla prostytutek w Brześciu³¹. W mieście tym, po jego obsadzeniu przez wojsko polskie, stwierdzono bardzo duży odsetek chorych wenerycznie. Choroby występowały zarówno wśród żołnierzy, jak i wśród cywilów. Źródłem zakażenia żołnierzy polskich stały się prostytutki uprawiające w Brześciu swój zawód jeszcze przed wybuchem I wojny światowej i w jej trakcie. Wiele z nich było chorych wenerycznie, nie podejmowały jednak terapii. Najczęściej występującą wśród prostytutek chorobą była rzeżączka, zdarzały się jednak także liczne przypadki kiły. Polskie władze wojskowe podjęły w celu ograniczenia zagrożenia epidemiologicznego konkretne działania. Wydano zarządzenie zobowiązujące prostytutki do zgłaszania się dwa razy w tygodniu na badania lekarskie, które przeprowadzał tzw. lekarz obyczajowy. W przypadku stwierdzenia choroby wenerycznej kobietę kierowano do szpitala na przymusowe leczenie. Ze względu na szybko rosnącą liczbę pacjentek w Brześciu zabrakło jednak dla nich łóżek. Odsyłano więc chore do szpitali położonych w pobliskich miastach, a nawet w Warszawie. Szpitale, ze względu na brak dostatecznej liczby łóżek dla chorych wenerycznie, odmówiły jednak dalszego przyjmowania chorych prostytutek. W tej sytuacji w 1920 r. utworzono

³⁰ L. Krzesicki, *Zwalczanie chorób wenerycznych w armii*, „Lekarz Wojskowy” 1915, nr 9, s. 24.

³¹ J. Geisler, *Działalność szpitala wojskowego dla prostytutek w Brześciu*, „Lekarz Wojskowy” 1923, nr 6, s. 3–32.

dla nich w Brześciu szpital wojskowy, który objął opieką 124 kobiety. Przyjęcia prostytutek do szpitala w celu leczenia chorób wenerycznych były rezultatem wywiadów przeprowadzanych przez lokalnych lekarzy wojskowych. Na podstawie rozmów z chorymi żołnierzami ustalano źródła ich zakażenia. Zdarzało się dość często, że jedna prostytutka była źródłem zakażenia całej grupy żołnierzy. Szpital wojskowy w Brześciu przyjmował jednak nie tylko prostytutki, lecz także kobiety ze wschodnich województw Polski, które uległy zarażeniu w wyniku gwałtu dokonanego przez żołnierzy³². Kobiety te zgłaszały się do szpitala same. Na podstawie uzyskanych od nich informacji, że w ich miejscach zamieszkania znajduje się wiele innych chorych, wysłano do nich z Brześcia jednostki sanitarne. Omówione tu działania lekarzy wojskowych miały na celu stworzenie sprawnie działającej struktury leczniczej, umożliwiającej ograniczenie zagrożenia epidemiologicznego. Informujące o tych działaniach artykuły, publikowane na łamach „Lekarza Wojskowego”, mogą być także oceniane pod kątem ich roli profilaktycznej. Prowadzący działalność edukacyjną skierowaną do poborowych mogli na ich podstawie uzmysłwić im skalę zagrożenia epidemiologicznego związanego z korzystaniem z usług prostitutek, a także dostarczać argumentów na rzecz ujawnienia przez żołnierzy źródeł ich zakażenia, odwołując się np. do solidarności koleżeńskiej i troski o zdrowie ich rodzin, aktualnie lub w przyszłości.

„Lekarz Wojskowy” podejmował także – w związku z chorobami wenerycznymi – kwestie ich właściwej diagnostyki. Czasopismo stwierdzało, że lekarz może spotykać się zarówno z przypadkami ich symulacji, jak i dysymulacji (tj. ukrywania faktu choroby). Przykładem tych pierwszych może być deklarowanie choroby wenerycznej przez poborowego w celu odroczenia jego przyjęcia do wojska lub przez żołnierza w celu odwleczenia jego powrotu do służby, np. po urlopie³³. Przykładem dysymulacji jest praktyka często spotykana wśród prostitutek, które za pomocą zabiegów kosmetycznych lub środków chemicznych ukrywają charakterystyczne dla chorób wenerycznych objawy. Redakcja zalecała, aby diagnostyka kiły opierała się

³² Gwałty, których następstwem były choroby weneryczne, miały miejsce nie tylko w trakcie I wojny światowej, lecz także po jej zakończeniu, w trakcie wojny polsko-radzieckiej 1920 r. Były przeprowadzane jednak nie tylko przez obcych żołnierzy, lecz także przez żołnierzy walczących po stronie polskiej ochotniczych oddziałów Białej Armii, dowodzonych przez generała Stanisława Bułaka-Bałachowicza. Polski szpital wojskowy w Brześciu przyjmował zgwałcone kobiety na leczenie finansowane przez państwo polskie. J. Geisler, dz. cyt.

³³ Tamże.

zawsze na badaniach laboratoryjnych. Pozwoliłyby one na wykrycie przypadków tzw. kiły utajonej lub chorób wenerycznych o niespecyficznych objawach.

Czasopismo „Lekarz Wojskowy” poświęcało uwagę problematyce chorób wenerycznych w sposób systematyczny, ponieważ związane z nimi zagrożenie epidemiologiczne miało charakter masowy. Przykładowo, w 1920 r. do jednego tylko szpitala we Lwowie zgłaszało się z ich powodu ok. 1300 żołnierzy miesięcznie, w skali roku ich liczba przekraczała kilkanaście tysięcy³⁴. W całym kraju liczba ta była wielokrotnie wyższa. Redakcja „Lekarza Wojskowego” zamieszczała w związku z tym artykuły informujące o potencjalnej skali zagrożeń. Skutki chorób wenerycznych dotyczyły bowiem nie tylko niezonatych poborowych, lecz także żołnierzy zawodowych i ich rodzin. Zarażeniom ulegały żony chorych, czego skutkiem mogła być bezpłodność lub urodzenie chorych dzieci. Czasopismo informowało, że skutkiem kiły wrodzonej mogą być na przykład poważne deformacje kości³⁵. Z publikowanych na łamach czasopisma artykułów żołnierze mogli się wiele dowiedzieć (za pośrednictwem lekarzy wojskowych, którzy udostępnili stosowne materiały) o pierwszych objawach i dalszym przebiegu kiły, a także o perspektywach leczenia. Rozmowy na ten temat mogły odbywać się m.in. w trakcie obowiązkowych badań diagnostycznych żołnierzy prowadzonych w celu wykrycia nowych zachorowań na choroby weneryczne. Od początku lat 20. każdy żołnierz polski musiał co dwa tygodnie stawiać się na badania diagnostyczne w kierunku chorób wenerycznych. Jeżeli z jakichś względów służbowych badanie było niemożliwe w wyznaczonym przez lekarza terminie, żołnierz musiał mieć ustalony termin dodatkowy. Badanie miało odbywać się na terenie jednostki, w jasno oświetlonym pomieszczeniu. Nie ograniczało się do części intymnych, lecz obejmowało całą skórę. W przypadku podejrzenia kiły pacjent miał być kierowany na dalsze badania laboratoryjne w celu potwierdzenia rozpoznania. Tak zaprojektowany system masowej diagnostyki żołnierzy nie funkcjonował jednak sprawnie w praktyce. Wielu chorych nie było świadomych tego, że obserwowane objawy należy łączyć z zakażeniem chorobą weneryczną, natomiast inni – mimo świadomości istnienia choroby – usiłowali ukrywać zakażenie ze względu na spodziewane tego konsekwencje (np. ujawnienie zdrady małżeńskiej, obawa kompromitacji itp.).

³⁴ R. Mierzwiecki, *Choroby weneryczne a armia*, „Lekarz Wojskowy” 1926, nr 3, s. 16–19.

³⁵ Tamże.

Próbowali leczyć się sami, co nie tylko nie hamowało rozwoju choroby, ale także prowadziło do powikłań³⁶. Skutkiem nieumiejętnego samoleczenia było zazwyczaj opóźnienie wdrożenia terapii klinicznej. Lekarze musieli się w takich przypadkach często mierzyć z koniecznością leczenia pacjentów ze skutków stosowanej przez nich autoterapii (w której korzystali np. ze środków wysoce toksycznych, wywołujących silne skutki uboczne). Pacjenci ukrywający choroby weneryczne i próbujący je leczyć sami zgłaszali się na leczenie do szpitali wojskowych zlokalizowanych w większych miastach w tak już w zaawansowanych stadiach choroby, że lekarze nie mogli wielu z nich już pomóc. Istotnym problemem terapeutycznym były także powikłania wynikające z samoleczenia, do którego żołnierze stosowali np. silne środki odkażające.

„Lekarz Wojskowy” postulował także prostowanie przez lekarzy w ich kontaktach z poborowymi błędnych mniemań na temat chorób wenerycznych. Należały do nich na przykład poglądy dotyczące możliwości skutecznego leczenia tych chorób za pomocą wzmożonej aktywności seksualnej z osobami zdrowymi. Czasopismo stwierdzało, że tego rodzaju poglądy często występowały wśród poborowych o niskim poziomie wykształcenia. Wielu z nich za skuteczny sposób pozbycia się rzeżączki uważało podejmowanie jak najczęstszych kontaktów seksualnych ze zdrowymi kobietami lub pięciodniowy post, po którym należy odbywać jak najwięcej stosunków seksualnych³⁷. Zadaniem lekarzy wojskowych było sprostowanie tych mniemań, a przede wszystkim przekazanie żołnierzom wiedzy dotyczącej zakaźnego charakteru chorób wenerycznych, skutków pozostawienia ich pierwszych objawów bez leczenia i osobistej odpowiedzialności osób chorych za zarażenie innych, w tym członków rodziny.

W związku z wysokim poziomem zagrożenia chorobami wenerycznymi Departament Sanitarny nałożył w latach 20. XX w. na lekarzy wojskowych obowiązek wygłaszania pogadek dla żołnierzy poświęconych chorobom wenerycznym. Pogadanki te miały być wygłaszane we wszystkich garnizonach, z wykorzystaniem przezroczy umożliwiających dokładne przedstawienie objawów tych chorób³⁸. Spotykały się jednak z negatywnym odbiorem wśród słuchaczy, jak można sądzić – zaniepokojonych ich treścią lub nieprzyzwyczajonych do rozmawiania o sprawach seksualnych w sposób tak otwarty. Lekarze mieli też pro-

³⁶ K. Jermułowicz, *O chorobach wstydlivych*, „Lekarz Wojskowy” 1931, nr 18, s. 33–34.

³⁷ W. Osmolski, *Czynniki walki z chorobami wenerycznymi*, „Lekarz Wojskowy” 1924, nr 4, s. 33–36.

³⁸ Tamże.

blemy z dostosowywaniem sposobu przekazu treści medycznych do możliwości ich przyswojenia przez odbiorców. Wielu lekarzy stwierdziło, że poborowi nie są w stanie przyjąć do wiadomości przekazywanych im treści dotyczących problematyki seksualnej i wenerycznej, jeżeli zapoznają się z nimi w trakcie pogadank prowadzonych w większym gronie, w którym występuje wielu żołnierzy o bardzo niskim poziomie wykształcenia lub analfabetów. Lekarze natrafiali na trudności w nawiązaniu kontaktu ze słuchaczami pogadank o tematyce seksualnej i związanej z profilaktyką chorób wenerycznych, co przypisywali głównie ignorancji i niskiemu poziomowi intelektualnemu odbiorców. W takich przypadkach przełamaniu wśród słuchaczy bariery wstydu oraz ignorancji służyć miała profilaktyka indywidualna, prowadzona przez lekarzy wojskowych przy okazji obowiązkowych badań lekarskich³⁹. W indywidualnych rozmowach z żołnierzami prowadzonymi w gabinecie lekarz wojskowy powinien był przede wszystkim przestrzegać pacjentów przed stosunkami seksualnymi poza małżeństwem i uświadamiać ich konsekwencje zdrowotne. Jeżeli jednak stosunki takie byłyby realizowane, lekarze mieli zachęcać żołnierzy do używania prezerwatyw oraz do zgłaszania się po odbyciu stosunku do izby przyjęć, w celu otrzymania środków zapobiegających zarażeniu się chorobą weneryczną. „Lekarz Wojskowy” informował, że aby umożliwić praktyczną realizację tych zaleceń, Departament Zdrowia zalecił utworzenie przy każdej izbie chorych znajdującej się na terenie jednostki wojskowej tak zwanej stacji zapobiegawczej. Żołnierze mogli w niej zakupić prezerwatywy, jak również poddać się działaniom profilaktycznym. Stworzony w jednostkach wojskowych system ochrony przeciwwenerycznej nie działał jednak dostatecznie sprawnie. Czasopismo „Lekarz Wojskowy” donosiło, że wspomniane wyżej stacje zapobiegawcze, które w założeniu miały być prowadzone przez lekarzy, w rzeczywistości często były obsługiwane przez sanitariuszy. Zdarzało się, że stosowali niewłaściwe środki dezynfekujące lub podawali je pacjentom w zbyt dużych dawkach, narażając ich zdrowie⁴⁰.

Na podstawie przedstawionych wyżej przykładów możemy postawić pewne wnioski dotyczące kierunków profilaktyki przeciwwenerycznej obecnej w publikacjach „Lekarza Wojskowego” z lat 20. i 30. XX w. 1. Profilaktyka przeciwweneryczna opierała się na aktualnym standardzie medycyny klinicznej. Czasopismo przedstawiało przy-

³⁹ Tamże.

⁴⁰ Tamże.

czynny, objawy, metody diagnostyczne, przebieg chorób wenerycznych oraz metody ich leczenia. Umożliwiło to lekarzom przygotowywanie na podstawie publikowanych w „Lekarzu Wojskowym” artykułów popularnych pogadarek dla żołnierzy. 2. W treści tych artykułów uwzględniano zarówno argumenty medyczne, jak i moralne, odwołując się do emocji odbiorców i ich relacji z innymi podmiotami społecznymi (rodzina, koledzy z jednostki). 3. Głównym kierunkiem argumentacji medycznej było przekonanie słuchaczy o zakaźnym charakterze chorób wenerycznych i o ich długoterminowych skutkach, zarówno dla pacjenta, jak i dla innych osób, z którymi utrzymywał relacje intymne. Pacjentom uświadamiano, że choroby weneryczne nie są możliwe do wyleczenia domowymi sposobami ani same nie ustępują. Prostowano też błędne mniemania związane z tymi chorobami. 4. Popularyzowano używanie prezerwatyw jako skuteczną formę ochrony przed zakażeniem za najskuteczniejszą metodę profilaktyki przeciwwenerycznej, uznając jednak wierność małżeńską i wstrzemięźliwość. Argumenty moralne nie blokowały jednak upowszechnienia wiedzy dotyczącej stosowania prezerwatyw. 5. Popularyzowano także różnego rodzaju zarządzenia władz wojskowych i rozwiązania instytucjonalne tworzone w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób wenerycznych. Czasopismo zamieszczało zarazem uwagi lekarzy wojskowych dotyczące wprowadzania tych zarządzeń w życie. Praktyka często różniła się bowiem w II RP od formalnych regulacji prawnych, na których realizację brakowało środków. Podstawowymi ograniczeniami skuteczności akcji przeciwwenerycznej były niedostateczna liczba łóżek szpitalnych i oddziałów dla chorych wenerycznie, a przede wszystkim zbyt mała liczba lekarzy. Planowanych dla lekarzy działań profilaktycznych nie mogli równie skutecznie wykonywać sanitariusze, nie posiadając ku temu stosownych kompetencji. 6. Należy jednak podkreślić, że w II RP medycyna wojskowa była jedynym obszarem otwartej popularyzacji elementów wiedzy dotyczącej ludzkiej seksualności i jej skutków. Ani w prasie, ani w szkole edukacja seksualno-zdrowotna młodzieży nie była bowiem prowadzona. Realizowane przez lekarzy obowiązkowe pogadanki dotyczące profilaktyki chorób wenerycznych spotykały się z tego powodu z utrudnionym odbiorem wśród poborowych. Nie tylko ze względu na analfabetyzm wielu spośród nich, lecz także ze względu na brak tradycji rozmawiania z młodzieżą na temat seksualności oraz chorób z nią związanych.

3. Popularyzacja wiedzy dotyczącej gruźlicy

Gruźlica była w II RP zjawiskiem masowym, zarówno wśród cywilów, jak i wśród żołnierzy. W związku z tym zaangażowanie redakcji czasopisma „Lekarz Wojskowy” w popularyzację wiedzy dotyczącej tej choroby było całkowicie uzasadnione. W latach 1920–1939, tj. w okresie ukazywania się tego czasopisma, przyczyny gruźlicy były już dobrze znane lekarzom. Poświęcone tej problematyce publikacje „Lekarza Wojskowego” mogły stanowić podstawę dla opracowywanych przez lekarzy wojskowych pogadań, których obowiązkowe organizowanie wśród poborowych zalecały wojskowe władze. Przykładem takiej publikacji jest artykuł z 1927 r.⁴¹, którego autor zwracał uwagę na rolę złych warunków socjalnych w etiopatogenezie gruźlicy. Będące skutkiem biedy niedostateczne i nieprawidłowe odżywianie dotyczyło szczególnie pokolenie Polaków, których młodość przypadła na lata wojny. Z tego powodu organizmy wielu poborowych wykazywały bardzo niski poziom odporności na choroby zakaźne, czego skutkiem było masowe rozpowszechnienie się gruźlicy. Autor artykułu poruszał – w kontekście gruźlicy – istotne kwestie związane z odpowiedzialnością finansową państwa za zdrowie żołnierzy. Lekarze wojskowi powinni byli dysponować odpowiednim poziomem wiedzy, umożliwiającej postawienie rozpoznania gruźlicy wśród poborowych. Na podstawie takiego rozpoznania można było uzyskać odroczenie poboru i podjąć leczenie gruźlicy w warunkach cywilnych. Jeżeli jednak wczesne stadia gruźlicy nie były przez członków komisji lekarskich rozpoznawane, chore osoby podejmowały służbę wojskową. Skutkiem tego był niekontrolowany rozwój choroby, a także możliwość zarażenia innych żołnierzy. Według artykułu brak dostatecznej staranności diagnostycznej (lub odpowiedniej wiedzy) lekarzy wojskowych powodował, że niektórzy z chorych poborowych uzyskiwali status żołnierzy zawodowych. Gruźlica ujawniała się u nich już w trakcie zawodowej służby wojskowej. Chorzy na zaawansowaną gruźlicę żołnierze byli zwalniani z wojska, otrzymując renty chorobowe, okresowe (gdy uznawano przypadek za uleczalny) lub dożywotnie (gdy stan chorego był tak poważny, że kierowano go na rentę inwalidzką). Państwo ponosiło z tego powodu bardzo wysokie koszty związane ze szkoleniem żołnierzy, którzy później okazywali się niezdolni do dalszej służby, z wypłacaniem im rent i zapomóg, a także ze względu na roznoszenie nierozpoznanej choroby zakaźnej wśród innych żołnierzy. Autor arty-

⁴¹ W. Filinski, *Gruźlica płuc, przyczyny i skutki*, „Lekarz Wojskowy” 1927, nr 5, s. 46–50.

kułu z „Lekarza Wojskowego” postulował więc konieczność odświeżenia wiedzy dotyczącej gruźlicy przez wszystkich lekarzy wojskowych, co uznał za ich obowiązek⁴².

Przykładem publikacji popularyzujących wśród lekarzy wojskowych nowoczesną wiedzę dotyczącą diagnostyki gruźlicy jest artykuł z 1931 r.⁴³ Autor wyrażał w nim pogląd, że oficjalna statystyka dotycząca liczby chorych na gruźlicę nie odpowiada rzeczywistości zagrożeniu epidemiologicznemu. Przytaczał dane za 1929 r., w którym według oficjalnej statystyki w Polsce miało chorować na gruźlicę ok. 800 tys. obywateli kraju⁴⁴. Była to, zdaniem autora, statystyka znacznie zaniżona. Mimo wykrycia bakterii wywołującej gruźlicę już w 2 połowie XIX w. według autora w II RP nadal wielu lekarzy nie potrafiło jej prawidłowo rozpoznać, a wielu chorych nigdy nie zgłaszało się do lekarza. Do podstawowych błędów diagnostycznych autor zaliczał mylenie przez lekarzy różnych stadiów gruźlicy z innymi chorobami. Za ułatwiające szerzenie się gruźlicy w Polsce autor uznawał także brak jednolitych standardów terapeutycznych w leczeniu tej choroby. W jednych ośrodkach uznawano ją bowiem za chorobę nieuleczalną i nie podejmowano w związku z tym aktywnej terapii, uznając ją za drogą i nieskuteczną, natomiast w innych lekarze twierdzili, że gruźlica jest najłatwiej uleczalna ze wszystkich chorób przewlekłych. Jedni lekarze uważali, że przyczyną różnego przebiegu gruźlicy u różnych chorych jest zróżnicowana „zjadliwość” wywołującego ją zarazka, natomiast inni twierdzili, że decyduje o tym zróżnicowanie stanu ogólnego pacjenta⁴⁵. Autor stwierdzał w związku z tym, że dla ograniczenia zapadalności na gruźlicę w polskim społeczeństwie i opanowania zagrożenia związanego z szerzeniem się tej choroby w szeregach armii konieczne jest stworzenie systemu szkoleń lekarzy dotyczących diagnostyki gruźlicy i opracowanie schematów terapii.

W tych samych kwestiach wypowiadało się na łamach „Lekarza Wojskowego” także wielu innych lekarzy. Jednym z nich był dr Michał Telatycki, jeden z twórców państwowego modelu profilaktyki i leczenia gruźlicy w Polsce, funkcjonującego w latach 1945–1961. Doktor Telatycki wypowiadał się jednak na tematy związane z opracowywaniem rozwiązań systemowych skutecznych w walce z gruźlicą

⁴² Tamże.

⁴³ K. Renon, *Sposoby rozpoznawania gruźlicy płuc*, „Lekarz Wojskowy” 1931, nr 18, s. 16–21.

⁴⁴ Statystyka ta została opracowana przez Polski Związek Przeciwgruźliczy i miała charakter jedynie przybliżony.

⁴⁵ K. Renon, dz. cyt., s. 16–21.

już w okresie międzywojennym. W 1934 r. opublikował artykuł⁴⁶ zawierający postulat wprowadzenia gruntownych zmian w przebiegu poboru do wojska. Uważał za konieczne ograniczenie liczby poborowych poddawanych przez jednego lekarza obowiązkowym badaniom w danym dniu, aby badania te mogły być przeprowadzane rzetelnie. W obecnym stanie rzeczy wielu lekarzy wojskowych traktowało obowiązkowe badania lekarskie poborowych jedynie formalnie, nie zadając sobie trudu przeprowadzenia bardziej precyzyjnej diagnostyki. Drugą zmianą postulowaną przez dr. Telatyckiego umożliwiającą skuteczne rozpoznawanie gruźlicy u poborowych powinno być przeprowadzanie obowiązkowych badań lekarskich w odpowiednich pomieszczeniach, jasnych i dobrze wyposażonych. Obecnie badania lekarskie poborowych odbywają się często w warunkach utrudniających lekarzom prawidłową diagnostykę. Zdaniem autora, uszczelnienie systemu badań lekarskich przeprowadzanych wśród poborowych miałyby wielkie znaczenie w zapobieganiu gruźlicy. Badaniom tym są bowiem poddawani wszyscy młodzi mężczyźni podlegający poborowi. Gdyby były przeprowadzane rzetelnie, a nie jedynie formalnie, władze państwowe mogłyby uzyskać realne dane dotyczące epidemiologii gruźlicy, co mogłoby stanowić podstawę dla opracowania planu rzeczywistej walki z tą chorobą. Zdaniem dr. Telatyckiego system masowych badań przesiewowych powinien się opierać na następujących zasadach: 1) Należało utworzyć stanowisko „przysięgłych lekarzy”, do których obowiązków należałoby przebadanie całej młodzieży męskiej z danego rocznika. Badania przesiewowe miałyby być wykonywane dwukrotnie: na dwa lata i na rok przed poborem. Lekarze ci mieliby status urzędników państwowych i mieliby odpowiadać za rzetelnie prowadzoną statystykę zachorowań na gruźlicę; 2) lekarze przysięgli mieliby wystawiać wszystkim młodym mężczyznom podlegającym poborowi do wojska urzędowe świadectwo zdrowia, w którym byłoby zawarte orzeczenie dotyczące stwierdzenia gruźlicy (lub niewystępowania u danego pacjenta tej choroby); 3) w związku z masowym analfabetyzmem wśród poborowych ci spośród nich, którzy nie mogli z braku stosownych kompetencji podpisać takiego świadectwa zdrowia, mogli potwierdzić autentyczność świadectwa zdrowia odciskiem palca; 4) osoby z gruźlicą stwierdzoną przez lekarza przysięgłego (lub z podejrzeniem gruźlicy) byłyby przekazywane na dwa lata lub (przy kolejnym badaniu) na rok przed poborem do wojska pod opiekę spe-

⁴⁶ M. Telatycki, *Zagruźliczenie wojska i możliwości walki z gruźlicą w armii*, „Lekarz Wojskowy” 1934, nr 19, s. 41–45.

cialistycznych placówek przeciwgruźliczych, przychodni lub szpitali; 5) przystępując do obowiązkowych badań lekarskich poborowy musiałby okazać świadectwa zdrowia wystawione przez lekarza przysięgłego na dwa lata i na rok przed poborem. W ten sposób lekarz wojskowy prowadzący badanie poborowych mógłby ukierunkować swoją diagnostykę na ocenę stanu zdrowia badanego pacjenta, poświęcając więcej uwagi osobom z podejrzeniem gruźlicy i ze stwierdzoną gruźlicą. Zdaniem dr. Telatyckiego tylko masowe badania przesiewowe umożliwiłyby uzyskanie orientacji w zakresie liczby zachorowań i przyczyniłyby się do opanowania rozpowszechniania się gruźlicy. Ich pierwszym etapem powinny być badania poborowych, ponieważ i tak są obowiązkowo przeprowadzane i finansowane przez państwo. Na ich podstawie można by stworzyć realnie działający system masowej diagnostyki gruźlicy, który umożliwiłby podjęcie dalszych kroków dotyczących jej skutecznego leczenia. Rzetelne wykrywanie gruźlicy na etapie poboru do wojska ograniczyłoby także zagrożenie epidemiczne w armii, związane z szerzeniem się tej choroby w warunkach życia koszarowego⁴⁷. Postulaty dr. Telatyckiego dotyczące konieczności wprowadzenia w Polsce masowych badań przesiewowych w kierunku rozpoznania gruźlicy zostały jednak zrealizowane w Polsce dopiero w latach 1945–1961. Badania te objęły wówczas całą polską populację, a ich zasięg nie był ograniczony wyłącznie do poborowych. Zgodnie z przewidywaniami tego autora opublikowanymi w 1934 r. stworzenie państwowego systemu bezpłatnej i powszechnej diagnostyki gruźlicy, a także objęcie leczeniem wszystkich osób zarażonych, przyczyniło się ostatecznie do radykalnego ograniczenia w Polsce liczby przypadków gruźlicy.

Do 1939 r. zagrożenie gruźlicą pozostało jednak trwałe. Według K. Renona odsetek chorych na gruźlicę płuc wahał się w latach 1922–1931 między 6 a 7 przypadków na 1000 osób w polskiej armii⁴⁸. Wśród cywilów przyjmował parametry znacznie wyższe, szczególnie wśród osób w starszym wieku. Podobna sytuacja występowała wśród żołnierzy. Największy odsetek chorych na gruźlicę stwierdzano bowiem w Polsce wśród starszych wiekiem żołnierzy, w tym głównie oficerów, i był on proporcjonalny do ich stopni wojskowych: im były one wyższe, tym wyższe były dane statystyczne dotyczące występowania gruźlicy. Tłumaczono to wiekiem chorych i związanym z tym osłabieniem ich organizmów i spadkiem odporności. Lekarze sądzili, że większość

⁴⁷ O propozycjach dr. Telatyckiego pisał K. Renon, dz. cyt., s. 16–21.

⁴⁸ Tamże.

leczących się w wojskowych sanatoriach przeciwgruźliczych (np. w Rajczy, Zakopanem i Otwocku) polskich oficerów zaraziła się gruźlicą jeszcze w wieku dziecięcym. Choroba miała się jednak uaktywnić później, w okresie I wojny światowej i w latach II RP⁴⁹. Być może jednak przedstawiane przez autora dane nie odzwierciedlały rzeczywistej statystyki, a stwierdzenie przez lekarzy większej liczby zachorowań na gruźlicę wśród oficerów (w tym wyższych stopniem) niż wśród podoficerów i szeregowych, i wynikało z ogólnie lepszej opieki lekarskiej, jaką byli otaczani żołnierze wyżsi rangą, i dokładniejszych badań diagnostycznych, które przechodzili.

Obok konieczności prowadzenia masowych badań przesiewowych poborowych i realnej (a nie jedynie pobieżnej) opieki lekarskiej nad żołnierzami zawodowymi „Lekarz Wojskowy” kierował uwagę czytelników także na inne tematy, istotne w ujęciu autorów w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się gruźlicy. Wspomniany wyżej dr. Telatycki wymieniał czynniki związane ze stylem życia żołnierzy i oficerów predysponujące ich do zachorowań⁵⁰. Za ważny czynnik występujący w obu grupach uznał zmęczenie i przepracowanie wynikające z charakteru służby. Kolejnym czynnikiem, sprzyjającym zachorowaniom, był styl życia rodzinnego polskich wojskowych. Wśród żołnierzy niższych rangą czynnikiem zagrażającym zdrowiu miały być wczesne małżeństwa i wielodzietność rodzin, skazanych ze względu na poziom zarobków męża na zamieszkiwanie w złych warunkach mieszkaniowych. W rodzinach oficerskich problemom zdrowotnym mogły sprzyjać rozrywkowy tryb życia i rozrzutność małżonek, a także ich dążenie do zachowania bardzo szczupłej sylwetki. W tak prowadzonych domach zarówno mąż, jak i dzieci skazywani byli na niedojadanie, co nie było uzasadnione złą sytuacją materialną rodziny, ale stylem życia preferowanym przez małżonkę. Ze względu na potencjalne zagrożenia zdrowia polskiej wojskowej kadry zawodowej przez nieodpowiednio dobrane małżonki autor postulował – na wzór obowiązkowych badań przesiewowych poborowych – wprowadzenie obowiązkowych badań stanu zdrowia kandydatek na żony podoficerów i oficerów. Badania powinny obejmować (jak u poborowych) diagnostykę w kierunku gruźlicy (z uwzględnieniem badań RTG) oraz ogólną diagnostykę stanu zdrowia organizmu. Zgodę na zawarcie małżeństwa z oficerem lub podoficerem armii II RP powinny, zdaniem autora, uzyskiwać w tylko kobiety posiadające aktualne świadectwo dobrego zdrowia oraz o wy-

⁴⁹ M. Telatycki, dz. cyt., s. 41–45.

⁵⁰ Tamże.

sokim poziomie moralności. Pozwoliłoby to im, zdaniem autora, odpowiednio zadbać o zdrowie męża i dzieci, uwzględniając ochronę przed zagrożeniem epidemiologicznym.

Czasopismo „Lekarz Wojskowy” w dyskusjach dotyczących wyleczalności gruźlicy, w których jedni lekarze uznawali ją za chorobę zasadniczo nieuleczalną, natomiast inni wykazywali skuteczność wcześnie podjętego leczenia, opowiadało się za tym drugim stanowiskiem. Przykładem mogą być tu artykuły z 1932⁵¹ i 1935 r.⁵² Leczenie gruźlicy powinno być jednak podejmowane odpowiednio wcześnie, aby nie dopuścić do wystąpienia u pacjenta rozległych zmian w płucach lub innych częściach organizmu dotkniętych chorobą. Podjęte w odpowiednim czasie leczenie sanatoryjne wykazywało się, zdaniem autora artykułu z 1935 r., wysokim stopniem skuteczności. Aż 78% pacjentów miało uzyskiwać znaczną poprawę, a u 38% miano uzyskać poprawę „wybitną”⁵³. Mniej optymistycznie oceniano skuteczność chirurgicznego leczenia zaawansowanych przypadków gruźlicy. Występowały liczne powikłania tego rodzaju zabiegów, a także zgony związane z operacją chirurgiczną. Ze względu na zaawansowany przebieg choroby nawet uzyskana w wyniku operacji poprawa miewała charakter krótkotrwały. Zdaniem autorów publikujących na łamach „Lekarza Wojskowego” prace poświęcone tematyce gruźlicy warunkiem sukcesu w walce z tą chorobą jest dokładność w badaniach diagnostycznych, ich masowy charakter oraz szybkie kierowanie chorych na leczenie, kiedy można oczekiwać, że w większości okaże się skuteczne.

Jako podsumowanie treści artykułów dotyczących gruźlicy publikowanych na łamach „Lekarza Wojskowego” (nie tylko tych, których przykłady zostały wyżej przytoczone) postawić można następujące wnioski: 1. Lekarze podejmujący temat gruźlicy postulowali stworzenie wszystkim osobom potencjalnie zagrożonym gruźlicą możliwości przeprowadzenia badań diagnostycznych, z uwzględnieniem najnowszego standardu medycyny (w tym badań RTG i in.). 2. Badania profilaktyczne powinny być organizowane i opłacane przez państwo. 3. Podstawy organizacyjne masowych badań profilaktycznych powinna stworzyć medycyna wojskowa ze względu na powszechny charakter badań lekarskich poborowych, które są już zorganizowane i opłacane ze środków państwowych. Medycyna wojskowa dysponuje też

⁵¹ L. Zieliński, *Ostra gruźlica prosówkowa*, „Lekarz Wojskowy” 1932, nr 5, s. 23–27.

⁵² S. Rubinrot, *Gruźlica chirurgiczna i jej leczenie*, „Lekarz Wojskowy” 1935, nr 11, s. 20–24.

⁵³ Rozumiano to jako zanik wszelkich objawów bólowych i ustanie kaszlu oraz znaczną poprawę samopoczucia i sprawności pacjenta.

odpowiednio liczebną kadram do przeprowadzenia tych badań. Lekarzy wojskowych należy systematycznie szkolić w celu poprawy skuteczności prowadzonej przez nich diagnostyki. 4. Powszechne badania lekarskie poborowych mają stanowić element ogólnopolskiego systemu profilaktyki gruźlicy, opartego na współpracy instytucji cywilnych i wojskowych. 5. Lekarze polscy już w latach 30. XX w. formułowali trafne programy działań w walce z gruźlicą, oparte na zasadzie powszechności i finansowane ze środków budżetowych. Programy te zostały wprowadzone w życie dopiero po zakończeniu II wojny światowej, a w ich realizacji uczestniczyli autorzy projektów ich założeń (m.in. dr Michał Telatycki).

4. Popularyzacja wiedzy dotyczącej innych chorób

Na łamach „Lekarza Wojskowego” podejmowano także często temat chorób, których objawami były zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Temat ten był istotny z dwóch względów. Po pierwsze dlatego, że zaburzenia układu pokarmowego stanowiły najczęstszą przyczynę zgłaszania się przez poborowych i żołnierzy zawodowych do lekarza. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego żołnierzy wymagało od lekarzy nadzorowania przestrzegania regulaminów sanitarnych normujących sposoby przechowywania żywności oraz jakość podawanych żołnierzom potraw. Prawidłowe wyżywienie musiało jednak spełniać nie tylko normy sanitarne, lecz także ilościowe i jakościowe. Żołnierze niedożywieni, nieprawidłowo żywieni lub ulegający częstym zatruciom pokarmowym tracili zdolność bojową, a ich osłabione organizmy wykazywały wyższą podatność na choroby zakaźne. Dążenie do ograniczenia epidemii ostrych chorób zakaźnych układu pokarmowego było drugą przesłanką uzasadniającą częste podejmowanie przez czasopismo tematów z nimi związanych.

W pierwszych latach po odzyskaniu niepodległości sposób żywienia żołnierzy nie był dokładnie regulowany. W 1922 r. wydano jednak odpowiednie przepisy wprowadzające normy dotyczące składu, wielkości racji żywieniowych i wymaganej kaloryczności potraw⁵⁴. Normę dzienną ustalono na 2900 kalorii. Jeszcze w tym samym roku podwyższono jednak tę normę, uznając ją za niewystarczającą. Dalsze zmiany wprowadzono w 1926 r. Zlikwidowano centralny system zaopatrywania armii w produkty spożywcze, wprowadzając w zamian gospodarkę ryczałtową. Poszczególnym formacjom wydawano środki w okre-

⁵⁴ A. Zawadzki, *Wrzód trawienny i inne dolegliwości żołądkowo-jelitowe*, „Lekarz Wojskowy” 1923, nr 6, s. 10–24.

ślonej wysokości przeznaczone na zakupy produktów żywnościowych dokonywane przez nie we własnym zakresie. Zmiana systemu miała przynieść poprawę żywienia w armii, co miało się przekładać na poprawę parametrów zdrowotnych. Tak jednak się nie stało. „Lekarz Wojskowy” opublikował sprawozdania szpitalne zawierające dane dotyczące zachorowalności na różne choroby układu pokarmowego w latach 1922–1927, tj. od czasu wprowadzenia regulacji dotyczących żywienia żołnierzy⁵⁵. Sprawozdania te wykazały, że po likwidacji centralnego systemu zaopatrywania armii w produkty spożywcze nie nastąpiła oczekiwana przez władze poprawa stanu zdrowia żołnierzy (związana np. z możliwością zakupu świeżych lokalnych produktów, w tym owoców i warzyw). Wręcz przeciwnie – statystyki zachorowań na choroby układu pokarmowego znacznie wzrosły. Pojawiły się liczne biegunki o różnym podłożu etiologicznym, których przyczyną były czynniki pokarmowe. Wystąpił także skorbut wskutek tego, że jednostki z przyznanych im środków nie kupowały dla żołnierzy świeżych owoców i warzyw. Ryczały na żywienie przyznane poszczególnym jednostkom okazywały się niewystarczające, co powodowało zaopatrywanie się przez jednostki w produkty tanie (a więc nie zawsze świeże i odpowiedniej jakości). Czasopismo zalecało więc lekarzom wojskowym zwiększenie nadzoru nad żywieniem żołnierzy i umożliwienie ograniczenia liczby godzin spędzanych przez żołnierzy na poligonie, co miało przeciwdziałać wzrostowi zachorowań na choroby układu pokarmowego. Nadzór nad jakością produktów żywnościowych oraz leków przechowywanych w garnizonowych apteczkach sprawowali także farmaceuci wojskowi⁵⁶. Brali także udział w ekspertyzach sądowych w przypadku zatruc i zgonów. Kwestia bezpieczeństwa żywieniowego żołnierzy podejmowana była w czasopiśmie w licznych tekstach, z których czytelnicy mogli korzystać w swojej praktyce zawodowej.

W celu poprawy stanu zdrowia żołnierzy propagowano planowanie stałej obecności w ich diecie produktów mlecznych. „Lekarz Wojskowy” propagował np. podawanie żołnierzom kwaśnego mleka⁵⁷. Produkt ten przedstawiano jako bardzo korzystny dla żołnierzy cierpiących na przewlekłe biegunki. Ich stan zdrowia poprawiał się szybciej niż u tych, u których poprzestano jedynie na podawaniu leków i nie łą-

⁵⁵ G. Szulc, *Choroby przewodu pokarmowego w wojsku polskim w latach 1922–1927*, „Lekarz Wojskowy” 1930, nr 8, s. 12–18.

⁵⁶ J. Kazuniewicz, *Farmaceuta-klinicysta*, „Lekarz Wojskowy” 1935, nr 6, s. 23–25.

⁵⁷ K. Langer, *Kwaśne mleko i jego zastosowanie*, „Lekarz Wojskowy” 1937, nr 13, s. 14.

czono ich z kuracją mleczną. Zawarte w kwaśnym mleku kultury bakterii miały ogólnie korzystne działanie na funkcjonowanie procesów trawiennych, na perystaltykę jelit, ograniczały także bolesne skurcze jelit. By spożywanie produktów mlecznych przynosiło żołnierzom korzyści zdrowotne, a nie szkody, ich jakość musiała być stale kontrolowana. Analizowaniem pokarmów, takich jak mleko, masło i sery, pod kątem ich jakości i przydatności do spożycia miał się zajmować aptekarz wojskowy podczas regularnych kontroli okresowych. Przeprowadzać miał także regularne kontrole czystości wody i powietrza⁵⁸. W przypadku wystąpienia schorzeń układu pokarmowego lub zatruc kontrolę stanu sanitarnego żywności i wody miały być wykonywane dodatkowo.

„Lekarz Wojskowy” popularyzował także nowe odkrycia naukowe związane z prawidłowym odżywianiem. Należało do nich odkrycie witamin⁵⁹. Omawiano ich podział na rozpuszczalne w wodzie i rozpuszczalne w tłuszczach, wskazując na znaczenie zdrowotne konkretnych substancji tego typu. Redakcja opisała np. wyizolowanie z tranu w 1918 r. witaminy D, której systematyczne stosowanie było skuteczną metodą profilaktyki krzywicy wśród dzieci. Omówiono również wyizolowanie w 1933 r. witaminy A, której stosowanie ograniczało zaburzenia widzenia. Przedstawiono też rolę witaminy C w profilaktyce szkorbutu. Wiedza o roli witamin w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu i ich znaczeniu profilaktycznym wobec wielu chorób umożliwiała modyfikację nawyków żywieniowych w celu ich dostosowania do wskazań lekarzy. Popularyzacji tej wiedzy wśród żołnierzy (a za ich pośrednictwem ich rodzin) sprzyjały artykuły publikowane w „Lekarzu Wojskowym”, które mogły stanowić scenariusz pogadank zdrowotnych przygotowywanych przez lekarzy.

Czasopismo podejmowało także zagadnienie chorób zakaźnych. Do często występujących wśród wojska należała czerwonka, zwana też dyzenterią. Była to ostra choroba zakaźna, do której objawów należała uporczywa biegunka, z obecnością w stolcach śluzu i krwi⁶⁰. „Lekarz Wojskowy” zwracał uwagę na przyczyny rozpowszechniania się tej choroby związane z niezachowywaniem reżimu sanitarno-higienicznego. Żołnierze zarażali się chorobą, pijąc wodę z zanieczyszczonych bakteriami sadzawek, jedząc surowe owoce i warzywa prosto z pola. Ze względu na to, że dyzenteria była chorobą bardzo zaraźliwą, wpro-

⁵⁸ J. Kazuniewicz, dz. cyt.

⁵⁹ K. Szczyt, *Witaminy i ich właściwości*, „Lekarz Wojskowy” 1937, nr 6, s. 17–21.

⁶⁰ F. Białokur, *W sprawie leczenia czerwonki*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 8, s. 20–24.

wadzono obowiązkowe szczepienia ochronne personelu sanitarnego i pracowników szpitali. Po szczepieniu często występowały jednak powikłania, z których powodu personel musiał przerywać na pewien czas wykonywanie swoich obowiązków. Masowy charakter epidemii spowodował wydanie przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego zarządzeń dotyczących przestrzegania higieny. Wprowadzono obowiązkowe szkolenia w armii dotyczące higieny środków spożywczych i zagrożeń epidemiologicznych związanych z ich nieprzebraniem. Akcje szkoleń wśród ludności cywilnej prowadził w tym samym czasie Polski Czerwony Krzyż. Wprowadzone regulacje przyniosły pozytywne skutki⁶¹. „Lekarz Wojskowy” propagował szczepienia zapobiegające występowaniu innych niż dyzenteria chorób zakaźnych, takich jak cholera, dur plamisty, dur brzuszny i płońca⁶². Artykuły na ten temat umożliwiały lekarzom przygotowywanie pogadarek wyjaśniających poborowym istotę szczepień, informujących o zakaźnym charakterze chorób epidemicznych i możliwościach ochrony przed epidemiami.

Dobrym uzupełnieniem terapii za pomocą leków syntetycznych było w przypadku lżejszych chorób i podczas rekonwalescencji ziołolecznictwo. „Lekarz Wojskowy” publikował artykuły popularyzujące profesjonalną farmakognozę⁶³, którą uważał za pełnoprawną dziedzinę farmacji, której wartość terapeutyczna oceniana była wysoko. Lekarze wojskowi otrzymywali w publikowanych na łamach czasopisma artykułach materiał umożliwiający przygotowywanie popularnych pogadarek dla żołnierzy. Leki ziołowe cieszyły się w II RP powszechną popularnością wśród ludności wiejskiej i małomiasteczkowej, ich stosowanie było jednak podbudowane wieloma przesadami. Lekarze mogli przekazać słuchaczom tych pogadarek racjonalną wiedzę dotyczącą właściwego stosowania ziół leczniczych, a jednocześnie prostować błędne i oparte na przesadach przekonania odbiorców. Na łamach „Lekarza Wojskowego” publikowano także prace dotyczące różnego rodzaju urazów doznawanych przez żołnierzy zarówno w warunkach wojny⁶⁴, jak i po jej zakończeniu⁶⁵. Teksty te zawierały nie tylko informacje specjalistyczne, ale także przeznaczone do popularyzacji

⁶¹ S. Okuniewski, *Spostrzeżenia z epidemii czerwoności*, „Lekarz Wojskowy” 1923, nr 4, s. 22–26.

⁶² K. Zimczyk, *Epidemie i pandemie*, „Lekarz Wojskowy” 1934, nr 11, s. 14–17.

⁶³ Z. Lidiński, *Ziołolecznictwo*, „Lekarz Wojskowy” 1938, nr 5, s. 23–24.

⁶⁴ M. Konul, *Chirurgia wojenna ze stanowiska protezowania*, „Lekarz Wojskowy” 1920, nr 13, s. 13–16.

⁶⁵ W. Sawicz, *Urazy czaski u personelu latającego i sposoby zapobiegania urazom*, „Lekarz Wojskowy” 1933, nr 11, s. 40–46.

wśród żołnierzy instrukcje dotyczące właściwych metod postępowania z rannymi oraz samopomocy. „Lekarz Wojskowy” drukował również teksty omawiające kształcenie lekarzy i aptekarzy wojskowych za granicą⁶⁶. Istniejący tam system wyszkolenia lekarzy i aptekarzy mógł być wzorcem dla rozwiązań zastosowanych w polskim systemie medycyny wojskowej.

W podsumowaniu tematyki publikacji „Lekarza Wojskowego” dotyczących innych kwestii zdrowotnych możemy sformułować pewne wnioski ogólne. 1. Czasopismo upowszechniało wiedzę dotyczącą chorób zakaźnych, ich etiopatogenezy oraz uwarunkowań środowiskowych i społecznych. Zamieszczane na ten temat artykuły mogły służyć lekarzom jako podstawa treści pogadarek dla żołnierzy, w których miano ich zapoznać z koncepcją zakaźnego charakteru chorób epidemicznych oraz z innymi czynnikami istotnymi w społeczno-środowiskowej genezie choroby (zła dieta, niedobory żywnościowe: jakościowe i ilościowe, nieodpowiednia higiena środków spożywczych, związek nieprzestrzegania norm higieny osobistej z powstawaniem biegunek itp.). 2. „Lekarz Wojskowy” zapoznawał czytelników z nowoczesnymi metodami zapobiegania chorobom (szczepienia ochronne, dieta bogata w witaminy itp.). Przedstawiał te metody jako racjonalne i skuteczne, a ich skuteczność jako opartą na dowodach. Mogło to prowadzić do łagodzenia lęku przed szczepieniami i zachęcać do racjonalizacji diety. 3. W publikacjach „Lekarza Wojskowego” występuje egalitaryzm, oparty na uznaniu zasady prawa pacjenta do leczenia klinicznego niezależnie od jego wykształcenia oraz stanu majątkowego. Lekarze przełamują opory pacjentów wynikające z ignorancji, lęku lub niechęci do podporządkowania się zaleceniom medycznym i sanitarno-higienicznym, zdając sobie sprawę z konieczności podejmowania tego rodzaju działań, motywowanych chęcią zapewnienia optymalnego stanu zdrowia populacji, mimo trudności przekonania do nich pacjentów mających problemy ze zrozumieniem zaleceń lekarskich. 4. Artykuły „Lekarza Wojskowego” dotyczące kwestii zdrowotnych w wojsku i jego cywilnym otoczeniu nie ograniczają się do przedstawiania w pozytywnym świetle wydawanych przez władze zarządzeń i innego rodzaju regulacji. Są one zwykle poddawane ocenom zawierającym opis praktycznych skutków ich wprowadzenia. Autorzy artykułów często zauważają, że teoria mija się z praktyką, że racjonalne i potencjalnie skuteczne regulacje nie są efektywne. Przyczyną

⁶⁶ J. Czechowicz, *Organizacja wyszkolenia lekarzy i aptekarzy wojskowych we Francji*, „Lekarz Wojskowy” 1921, nr 16, s. 14–19.

ich mniejszej niż zakładana skuteczności bywał brak środków finansowych, brak kadr lub niewystarczająca staranność lekarzy, a także inne czynniki. 5. Autorzy artykułów dzielą się z czytelnikami własnymi obserwacjami, a ich wnioski zwykle wyprowadzane są z ich własnej praktyki.

Wnioski

Do przedstawionych powyżej wniosków szczegółowych można dodać jeszcze kilka wniosków ogólnych.

1. Czasopismo „Lekarz Wojskowy” może być uznane za cenne źródło do historii badań nad polską medycyną w okresie II RP, nie tylko medycyną wojskową. W publikowanych na jego łamach artykułach spotykamy bowiem liczne informacje dotyczące relacji wojska z ludnością cywilną związanych z występowaniem w obu tych grupach społecznych podobnych zagrożeń.

2. Możemy, analizując treści artykułów poświęconych walce z epidemiami chorób społecznych (chorób wenerycznych i gruźlicy), obserwować zależność polskiej medycyny klinicznej od wzorców zachodnioeuropejskich i europejskiej tradycji etatystycznej. Autorzy uważają za rzecz oczywistą i dobrze uzasadnioną praktycznie konieczność zaangażowania państwa w stworzenie powszechnego systemu ochrony przeciwepidemicznej. System ten powinien być szczelny, mieć zapewniony odpowiedni wobec potrzeb poziom finansowania i dostateczną liczbę wykwalifikowanej kadry.

3. Autorzy artykułów dostrzegają istotne rozbieżności w poziomie rozwoju systemu medycyny publicznej w Polsce (zarówno wojskowej, jak i cywilnej) w stosunku do sąsiednich Niemiec, a także Anglii i Francji. Zdają sobie sprawę, że z tego powodu rozwiązania uznawane przez nich za konieczne i potencjalnie skuteczne ze względów medycznych nie są możliwe do szybkiego wprowadzenia w Polsce ze względów ekonomicznych. Nie stanowi to jednak dla autorów bariery w formułowaniu postulatów przeznaczania przez państwo polskie na stworzenie odpowiedniego do skali potrzeb systemu ochrony przeciwepidemicznej rosnących środków z budżetu. Uznają to za konieczne i określają sposoby realizacji swoich postulatów w oparciu o już istniejące struktury i zasoby kadrowe (przykładem jest tu proponowany przez dr. Telatyckiego system diagnostyki przesiewowej poborowych).

4. Autorzy postulują też rozbudowę bazy szpitalnej medycyny wojskowej, z której mogłaby korzystać (w miarę potrzeb) także ludność

cywilna. Zdają sobie bowiem sprawę, że zdrowie armii jest skorelowane ze stanem zdrowia jej otoczenia społecznego.

5. Istotną cechą narracji zamieszczanych w „Lekarzu Wojskowym” artykułów jest jej aktywizm. Autorzy, przedstawiając poszczególne zagadnienia, traktują je jako problemy do rozwiązania. Analizują zagrożenia, szacują możliwości ich ograniczenia, oceniają straty mogące powstać w wyniku braku pozostawienia opisywanych problemów bez jakiegokolwiek ingerencji. Oceniają także skutki wprowadzanych regulacji prawnych, zarządzeń administracyjnych, innowacji naukowych i praktycznych. Czasopismo „Lekarz Wojskowy” możemy uznać z tego powodu za przykład periodyku o charakterze zaangażowanym na rzecz wprowadzania uzasadnionych naukowo i praktycznie zmian.

6. Nie wszystkie przedstawiane na łamach czasopisma opinie dotyczące profilaktyki chorób wydają się nam współcześnie zrozumiałe (np. wymóg świadectwa moralności dla kandydatek na żony oficerów i podoficerów; krytyka związków małżeńskich oficerów z kobietami z niższych warstw społecznych ze względu na zły stan zdrowia, wady charakteru i rzekomą niezdolność do prawidłowego dbania o zdrowie męża i dzieci itp.). Wynikają one jednakże z ówczesnego kontekstu historycznego i charakterystycznych dla niego tendencji do utrzymania barier między warstwami społecznymi. Ogólnie rzecz biorąc, profilaktyczne postulaty autorów publikujących w „Lekarzu Wojskowym” opierały się jednak na podstawach egalitarnych. Autorzy nie postulują różnicowania dostępu do świadczeń medycznych wykonywanych w standardzie klinicznym w zależności od sytuacji socjalnej i rangi wojskowej pacjenta. Uważają, że praktycznie występujące w II RP przejawy tego różnicowania należy systematycznie likwidować, obejmując całą populację badaniami przesiewowymi, budując nowe, powszechnie dostępne szpitale, zapewniając wszystkim dostęp do lekarza. Zajmowane przez redakcję i autorów „Lekarza Wojskowego” stanowisko w kwestii zakresu dostępu do medycyny klinicznej odpowiada europejskiej tradycji w tym zakresie, wpływającej na tworzenie od XVIII w. państwowych systemów medycyny publicznej w kolejnych krajach europejskich. Systemy te wykazały swoją praktyczną efektywność i przyczyniły się do radykalnego spadku zagrożenia epidemicznego, zmniejszenia odsetka śmiertelności dzieci, wydłużenia przeciętnej długości życia populacji itp. Z tego powodu postulaty autorów „Lekarza Wojskowego” zalecające wzrost zaangażowania państwa w obszarze świadczeń medycznych (czego przejawem winien być wzrost nakładów finansowych państwa na zabezpieczenie podsta-

wowych świadczeń medycznych i organizację systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych, zwiększenie możliwości kształcenia i dokształcania kadr lekarskich, budowa nowych szpitali, tworzenie w już istniejących szpitalach oddziałów specjalistycznych itp.) uznać należy za oparte na przesłankach medycznych, a nie przede wszystkim społecznych (np. pod wpływem ideologii socjalistycznej). Postulowany przez autorów „Lekarza Wojskowego” system medycyny publicznej powinien mieć zapewniony odpowiedni poziom finansowania i obejmować wszystkich obywateli państwa. Pozwoli to uzyskać oczekiwaną efektywność tego systemu, której wynikiem będzie zabezpieczenie bezpieczeństwa zdrowotnego całej polskiej populacji.

7. Środowisko lekarzy wojskowych, którzy tworzyli grono autorskie „Lekarza Wojskowego”, ukształtowało swoje poglądy dotyczące zagrożeń zdrowia publicznego w Polsce w okresie II RP. Formułowało na podstawie swoich analiz różnego rodzaju propozycje rozwiązania problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa, a nie tylko polskiej armii. Niektóre z tych propozycji zostały zrealizowane już w okresie międzywojennym, także w formie ustawowej, natomiast inne wkroczyły w fazę realizacji po zakończeniu II wojny światowej. Należy podkreślić ciągłość zaangażowania wielu polskich lekarzy wojskowych na rzecz organizacji systemu medycyny publicznej i ochrony zdrowia polskiej populacji występującą przed 1939 i po 1945 r. Do wspomnianej grupy należeli także autorzy współpracujący z czasopiśmie „Lekarz Wojskowy”.

Bibliografia

- Bednarski J., *Spostrzeżenia z przebiegu tegorocznej epidemii tzw. grypy hiszpańskiej*, „Przegląd Lekarski” 1919, nr 2.
- Białokur F., *W sprawie leczenia czerwonki*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 8.
- Czechowicz J., *Organizacja wykszolenia lekarzy i aptekarzy wojskowych we Francji*, „Lekarz Wojskowy” 1921, nr 16.
- Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918–1939*, Warszawa 1939.
- Dmochowski Z., *Od Redakcji*, „Lekarz Wojskowy” 1920, nr 1.
- Felchner A., *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, Oświęcim 2016.
- Fijałek A., Machalski J., *Publiczna opieka zdrowotna u początków Polski Niepodległej*, „Archiwum Historii Medycyny” 1978, nr 4.

- Fijałek A., Supady J., *Gruźlica płuc w Łodzi w okresie międzywojennym (1918–1939). Z dziejów walki z chorobą*, Łódź 2003.
- Filiński W., *Gruźlica płuc, przyczyny i skutki*, „Lekarz Wojskowy” 1926, nr 5.
- Franaszek P., *Publiczna ochrona zdrowia w Galicji w dobie autonomicznej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 8, Wrocław 2004.
- Frevert U., *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Untersichten in Preussen zwischen medizinische Polizey und staatlicher Sozialversicherung*. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, t. 69, Göttingen 1984.
- Geisler J., *Działalność szpitala wojskowego dla prostytutek w Brześciu*, „Lekarz Wojskowy” 1923, nr 6.
- Górny J., *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego Rzeczypospolitej Polskiej 1919–1923*, „Zdrowie Publiczne” 1976, nr 6.
- Janiszewski T., *Epidemia grypy czyli t.z. choroby hiszpańskiej w Krakowie*, „Przegląd Lekarski” 1918, nr 40.
- Jermułowicz K., *O chorobach wstydlivych*, „Lekarz Wojskowy” 1931, nr 18.
- Jurecka-Piekarz A., *Prawo lekarskie w II Rzeczypospolitej*, Bydgoszcz 2015. Niepublikowana praca doktorska napisana na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (promotor: dr hab. Walentyna Korpalska, prof. UMK).
- Kapuścik J., *Twórca Głównej Biblioteki Lekarskiej i bibliograf – Stanisław Konopka*, [w:] E. Widerszalowa (red.), *Z warsztatu bibliografa*, Warszawa 1991.
- Kazuniewicz J., *Farmaceuta-klinicysta*, „Lekarz Wojskowy” 1935, nr 6.
- Konul M., *Chirurgia wojenna ze stanowiska protezowania*, „Lekarz Wojskowy” 1920, nr 13.
- Krzesicki J., *Zwalczanie chorób wenerycznych w armii*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 9.
- Kuźmińska A., *Koncepcja profilaktyki chorób zakaźnych i jej realizacja do końca XIX w.*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, „Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu”, t. 2, Wrocław 2009.
- Kuźmińska A., *Walka z epidemiami chorób zakaźnych w Europie w XIX w. ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy*, [w:] B. Płonka-

- Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, „Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu”, t. 2, Wrocław 2009.
- Langer K., *Kwaśne mleko i jego zastosowanie*, „Lekarz Wojskowy” 1937, nr 13.
- Leszkowski K., *Żołnierz i służba*, „Lekarz Wojskowy” 1932, nr 5.
- Lidiński Z., *Ziołolecznictwo*, „Lekarz Wojskowy” 1938, nr 5.
- Łyszczak O., *Wojsko i lekarz*, „Lekarz Wojskowy” 1928, nr 12.
- Marmra Cz., *Medyczna myśl wojskowa II Rzeczypospolitej*, Łódź-Pruszków 1998.
- Meus K., *Profilaktyka przeciwepidemiczna w Galicji na przełomie XIX i XX wieku*, [w:] K. Polek, T. Sroka (red.), *Epidemie w dziejach Europy. Konsekwencje społeczne, gospodarcze i kulturowe*, Kraków 2016.
- Mierzecki R., *Walka z chorobami wenerycznymi na terenie VI armii*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 11.
- Mierzwiecki R., *Choroby weneryczne a armia*, „Lekarz Wojskowy” 1926, nr 3.
- Nowakowski B., *Lekarz w wojsku*, „Lekarz Wojskowy” 1926, nr 6.
- Okuniewski S., *Spostrzeżenia z epidemii czerwonki*, „Lekarz Wojskowy” 1923, nr 4.
- Osmolski W., *Czynniki walki z chorobami wenerycznymi*, „Lekarz Wojskowy” 1924, nr 4.
- Pieńkowski S., *Jan Koelichen*, „Lekarz Wojskowy” 1925, nr 4.
- Płonka-Syroka B., *Społeczny ruch higieniczny w Królestwie Polskim i jego rola w zapobieganiu i zwalczaniu chorób społecznych*, [w:] M. Sztandara (red.), *Brud: idee – dylematy – sprawy*, „Stromata Anthropologica”, t. 8, Opole 2012.
- Płonka-Syroka B., *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r.*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud: higiena w XIX wieku – wokół przełomu bakteriologicznego*, Bydgoszcz 2016.
- Poćć D., *90 lat „Lekarza Wojskowego”*, „Lekarz Wojskowy” 2019, t. 88, nr 4.
- Puterman J., *Epidemia influenzy w r. 1918*, „Gazeta Lekarska” 1918, nr 12–13.
- Renon K., *Sposoby rozpoznawania gruźlicy płuc*, „Lekarz Wojskowy” 1931, nr 18.

- Roszkowski W., *Najnowsza historia Polski 1914–1945*, Warszawa 2003.
- Rozenfeld K., *Walka z epidemią grypy, jej najważniejsze zadania i środki*, „Gazeta Lekarska” 1920, nr 12–13.
- Rubinrot S., *Gruźlica chirurgiczna i jej leczenie*, „Lekarz Wojskowy” 1935, nr 11.
- Sadowska J., *Tendencje rozwojowe publicznej służby zdrowia na ziemiach polskich przed i po 1918 r.*, „Przegląd Lekarski” 1994, nr 5.
- Sadowska J., *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Łódź 2002.
- Sadowska J., *Świadczenia lecznicze w ubezpieczalniach społecznych w Polsce (1933–1951)*, Łódź 2006.
- Sawicz W., *Urazy czaszki u personelu latającego i sposoby zapobiegania urazom*, „Lekarz Wojskowy” 1933, nr 11.
- Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1923*, Warszawa 1925.
- Szczyt K., *Witaminy i ich właściwości*, „Lekarz Wojskowy” 1937, nr 6.
- Sztuka-Polińska U., *Sytuacja epidemiologiczna niektórych ostrych chorób zakaźnych w Polsce w okresie międzywojennym w XX w.*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, t. 56.
- Szulc G., *Choroby przewodu pokarmowego w wojsku polskim w latach 1922–1927*, „Lekarz Wojskowy” 1930, nr 8.
- Telatycki M., *Zagruźliczenie wojska i możliwości walki z gruźlicą w armii*, „Lekarz Wojskowy” 1934, nr 19.
- Urbanek B., *Medycyna w II RP*, [w:] *Medycyna polska. Złota księga medycyny polskiej*, Bydgoszcz 2018.
- Wierzecki L., *Rada Sanitarna*, „Lekarz Wojskowy” 1922, nr 4.
- Więckowska E., *Początki opieki zdrowotnej nad ludnością Królestwa Polskiego na przełomie XIX/XX wieku w świetle czasopisma „Zdrowie” (1895–1914)*, „Zdrowie Publiczne” 1985, nr 5–6.
- Więckowska E., *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918–1926*, Wrocław 1992.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w pierwszym roku istnienia Polski niepodległej 1918–1919*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 1–2.
- Więckowska E., *Państwowy Urząd do spraw powrotu Jeńców, Uchodźców i Robotników (grudzień 1918 – połowa roku 1924)*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Lekarze czasów wojny. Medycyna polska w pierwszych latach II Rzeczypospolitej i w okresie II wojny światowej*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 3, Wrocław 2000.

- Więckowska E., *Wpływ epidemii na politykę zdrowotną państwa w pierwszych latach II Rzeczypospolitej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 4, Wrocław 2001.
- Więckowska E., *Opieka sanitarna i lekarsko-zdrowotna w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 8, Wrocław 2004.
- Więckowska E., *Migracje ludności w Polsce po zakończeniu I wojny światowej w świetle międzynarodowych konwencji zapobiegania chorobom zakaźnym*, [w:] B. Płonka-Syroka, T. Srogosz (red.), *Zdrowie i choroba jako problem polityczny i społeczny. Medycyna w kontekście działań państwa*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 9, Wrocław 2005.
- Wrona G., *Naukowe czasopisma medyczne i farmaceutyczne w Polsce w latach 1918–1939*, Kraków 2001.
- Wysocki A., *Sytuacja epidemiologiczna w okresie wojny polsko-sowieckiej 1919–1920*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” 1997, nr 2.
- Zawadzki A., *Wrzód trawienny i inne dolegliwości żołądkowo-jelitowe*, „Lekarz Wojskowy” 1923, nr 6.
- Zieliński L., *Ostra gruźlica prosówkowa*, „Lekarz Wojskowy” 1932, nr 5.
- Zimczyk K., *Epidemie i pandemie*, „Lekarz Wojskowy” 1934, nr 11.
- Zuchora K., *Wkład Władysława Osmólskiego w rozwój polskiej teorii wychowania fizycznego i sportu*, „Kultura Fizyczna” 2005, nr 2.