

Andrzej Felchner [https:// orcid.org/0000-0002-2318-5234](https://orcid.org/0000-0002-2318-5234)

*profesor emeritus*

Uniwersytet Jana Kochanowskiego

Filia w Piotrkowie Trybunalskim

e-mail: andrzejfelchner@gmail.com

## **Obraz polskiego wojska w *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji w okresie dziesięciolecia 1922-1931***

The image of the Polish Army in the *Statistical report  
on the health condition of the army in 1922-1931*

### **Abstrakt**

W publikacji przedstawiono stan zdrowia polskich wojskowych w latach 1922-1931. Omówiono szczegółowo występowanie różnych chorób. W Centralnym Archiwum Wojskowym w Warszawie zachowało się sprawozdanie dotyczące tych problemów. Umożliwiło to podanie dokładnych informacji. Można na ich podstawie stwierdzić stopniową poprawę sytuacji. Zmniejszyły się zwłaszcza zachorowania na choroby zakaźne. Mniej było też zgonów w szpitalach. Świadczy to o poprawie opieki medycznej. Wojskowi znajdowali się pod stałym nadzorem służby zdrowia. Miało to też wpływ na poprawę sytuacji.

### **Abstract**

The publication presents the health condition of the Polish Army in the years 1922-1931. The occurrence of various diseases is discussed in detail. A report on these problems has been preserved in the Central Military Archives in Warsaw, which allowed to provide accurate information. On their basis, it is possible to state a gradual improvement in the situation, in particular, the incidence of infectious diseases has decreased. There were also fewer deaths in hospitals. The military personnel was under the constant supervision of the health service. It also contributed to the improvement of the situation.

**Słowa kluczowe:** Polskie wojsko, 1922-1931, choroby

**Keywords:** The Polish Army, 1922-1931, diseases

O becne czasy – początek trzeciego dziesięciolecia XXI w. – wywołują różnorakie refleksje. Dla wszystkich interesujących się przeszłością naszej Ojczyzny rok 2021 to choćby stuletnie rocznice ważnych wydarzeń: uchwalenia pierwszej po odzyskaniu niepodległości Konstytucji, podpisanie traktatu ryskiego kończącego wojnę polsko-rosyjską czy ostateczne uregulowanie spraw śląskich: plebiscyt, trzecie powstanie śląskie i wreszcie decyzje Rady Ligi Narodów oraz Rady Ambasadorów, zaakceptowane przez stronę polską, dotyczące podziału Górnego Śląska. Obok przypominania tych istotnych faktów pojawienie się już ponad rok temu groźnej pandemii, powrót do sposobów walki z współczesnym „morowym powietrzem” również metodami w skali całego kraju zdawałoby się znanym tylko historykom medycyny: dystans, maseczki, izolacja, kwarantanna, prowadzi do różnych reakcji. U wielu osób spowodowało to chęć lepszego poznania podobnych zagrożeń, choćby ze strony grypy „hiszpanki” sprzed ponad stu lat. Dlatego, wracając do nieodległej przecież przeszłości, warto przypomnieć, jak wyglądały problemy zdrowotności, zachorowalności w polskim społeczeństwie w pierwszych latach po ustabilizowaniu się sytuacji międzynarodowej i ostatecznym wytyczeniu granic odrodzonej po rozbiorach Rzeczypospolitej. W krótkim z konieczności tekście skoncentrowano się na wycinku tej problematyki – kwestiach związanych ze stanem zdrowia naszego wojska, przy jednoczesnym odnoszeniu się do spraw nieco szerszych. Było to w dużej mierze możliwe dzięki zachowanemu w Centralnym Archiwum Wojskowym w Warszawie *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji w okresie dziesięciolecia 1922-1931*, przygotowanym przez ówczesny Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych w 1933 r.<sup>1</sup>

Wspomniane powyżej obszernie zestawienie poprzedzone zostało krótkim pismem skierowanym do Ministra Spraw Wojskowych Marszałka Józefa Piłsudskiego, podpisanym przez ówczesnego Szefa Departamentu Zdrowia MSWojsk. gen. bryg. dr Stanisława Roupperta<sup>2</sup>. Uzasadniono w nim przede

---

<sup>1</sup> Korzystałem z odbitki kserograficznej wykonanej w Centralnym Archiwum Wojskowym jeszcze w ubiegłym stuleciu, opatrzonej wówczas sygnaturą: CAW, Departament Zdrowia MSWojsk., I 300.62.34.

<sup>2</sup> Stanisław Rouppert (1887-1945), gen. bryg., lekarz, chirurg. Urodzony w Warszawie, za udział w strajku szkolnym w 1905 r. wydalony ze szkoły. Dalsze wykształcenie zdobywał w Krakowie, w 1912 r. ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, dyplom

wszystkim ramy chronologiczne. Pominięcie kilku pierwszych lat niepodległości uzasadniono istnieniem dużych luk w odpowiednich materiałach statystycznych. Jest to w pełni zrozumiałe. Walki o niepodległość i granice, zwłaszcza wojna polsko-rosyjska, z równoczesnym organizowaniem całości struktur państwowych, nie sprzyjały tworzeniu dokumentacji. Dodatkowo wpływ na to miało zaangażowanie niezwykle szczupłych kadr medycznych nie tylko na rzecz walczących wojsk, ale i w działania przeciwepidemiczne dla ogółu społeczeństwa w związku z masowo wówczas występującymi chorobami infekcyjnymi. Trzeba było pokonać sporo trudności, organizować wszystko od podstaw. Warto tu choćby przypomnieć, że jedną z najważniejszych instytucji służby zdrowia do walki z epidemiami – Państwowy Zakład Higieny – zdołano ostatecznie utworzyć dopiero 6 października 1921 r. na mocy uchwały Rady Ministrów. PZH powstał z różnych stołecznych i prowincjonalnych placówek zajmujących się higieną i zwalczaniem chorób zakaźnych<sup>3</sup>. Braki w materiałach statystycznych, dotyczących wspomnianych pierwszych lat, spowodowały też, iż zarówno w okresie międzywojennym, jak i w najnowszych publikacjach podaje się, omawiając ten okres pod względem stanu zdrowia społeczeństwa,

---

nostryfikował w 1913 r. w Kijowie. Współzałożyciel Związku Walki Czynnej w Krakowie. W czasie I wojny światowej w Legionach Polskich, między innymi lekarz naczelny I Brygady LP. Od pierwszych dni niepodległości w polskim wojsku, awans na pułkownika w 1920 r., w 1926 r. mianowany Szefem Departamentu Sanitarnego (potem: Zdrowia) MSWojsk. Był nim do wybuchu wojny. W 1927 r. awans na gen. bryg. Po kampanii 1939 r. przedostał się do Francji, a następnie do Wielkiej Brytanii. Jako jeden z najbliższych współpracowników Marszałka J. Piłsudskiego został osadzony w obozie w Rothesay, następnie osiedlił się w Szkocji, bez przydziału wojskowego, gdzie zmarł; P. Stawecki, *Słownik biograficzny generałów Wojska Polskiego 1918 - 1939*, Warszawa 1994, s. 281-282. Odsyłam też do opracowań: M. Dutkiewicz, *Służba zdrowia Legionów Polskich w latach 1914-1917*, Piotrków Trybunalski 2009 oraz do książki: A. Felchner, *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, Oświęcim 2016. W obydwu monografiach gen. dr S. Rouppert jest wielokrotnie wzmiankowany.

<sup>3</sup> *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918-1938*, Warszawa 1939, s. 127-128. Pierwsze, konieczne działania w kierunku utworzenia jednej ogólnopństwowej, silnej instytucji zajmującej się szeroko pojętymi zagadnieniami higieny oraz epidemiologii podjęto już w 1919 r. Ministerstwo Zdrowia zakupiło wówczas w stolicy duży, jeszcze nie w pełni wykończony budynek przy ul. Chocimskiej 24. Stopniowo od 1920 r. lokowano tam różne mniejsze placówki, które stały się załączkiem PZH, tamże. Gmach ten przetrwał wojnę i do dzisiaj służy tej instytucji, – co jest podkreślane na stronach internetowych PZH, między innymi zamieszczane są tam zdjęcia tej historycznej, ponad stuletniej już budowli.

dane szacunkowe lub w dużym stopniu niepełne<sup>4</sup>. Drugą, końcową datę opracowania wykreowano nieco sztucznie. Została wprowadzona, gdyż dokonano zmian w wojskowej sprawozdawczości. Od 1 stycznia 1932 r. pojawiły się nowe rozporządzenia i formularze sprawozdawcze, różniące się od poprzednich, co uniemożliwiało wówczas bezpośrednio porównania z poprzednim okresem<sup>5</sup>.

Źródła, skąd czerpano informacje do omawianego zestawienia, przytoczono w krótkim wstępie. Poinformowano, iż wykorzystano: [...] 1. *Miesięczne sprawozdania o ruchu chorych w formacjach wojskowych, zestawiane przez Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, na podstawie sprawozdań lekarzy formacji (wg. wzoru Nr 3 do San.13/21)*. 2. *Miesięczne sprawozdania wojskowych zakładów leczniczych (wg. wzoru Nr 12 do San. 13/21)*<sup>6</sup>. Można więc stwierdzić, że opracowując zebrane materiały, oparto się o jedyne wówczas urzędowe źródła. Przekazywane do Departamentu sprawozdania należy ocenić jako wiarygodne. Nikt z ich autorów – obojętnie, czy to szczebla lokalnego, czy ministerialnego – nie miał powodów, podając same dane, aby coś w nich „poprawić”. Ponadto były (niejako po drodze) zapewne wielokrotnie weryfikowane poprzez choćby różne kontrole dotyczące wydatkowania pieniędzy na żywienie pacjentów czy leki. Obecnie – po blisko stu latach – jest to jedyne tak kompletnie opracowane dokumentów archiwalnych dotyczące omawianej tematyki. Jest to tym bardziej istotne, że akta Departamentu Zdrowia MSWojsk. i szerzej całego naszego wojska przechodziły różne koleje losu i podobnie, jak zasoby innych polskich archiwów, ponosząc znaczne straty, zwłaszcza w trakcie II wojny światowej<sup>7</sup>.

Wspomniane powyżej Okręgi Korpusów (OK) z Dowództwami Okręgów Korpusów (DOK) zostały utworzone w końcu 1921 r. Zastąpiły one podobne, wcześniejsze struktury terytorialne, noszące nazwę Okręgów Generalnych

---

<sup>4</sup> Jako przykłady można tu podać wykorzystaną powyżej pracę *Dwadzieścia lat...*, zwłaszcza tabele i komentarze ze stron: 11, 13, 48, 57, 69 czy 95-98, a także wydaną ostatnio monografię Łukasza Mieszkowskiego zatytułowaną: *Największa. Pandemia hiszpanki u progu niepodległej Polski*, Warszawa 2020, szczególnie rozdział X, noszący wymowny tytuł *Na śmietniku*. Autor nie stroni tam od bardzo ostrych, czasami może nawet kontrowersyjnych wypowiedzi, a brak szczegółowych danych zastępuje obliczeniami szacunkowymi; *ibidem*, s. 147-163.

<sup>5</sup> *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji w okresie dziesięciolecia 1922 - 1931*, Warszawa 1933, s. 4; chodziło o wprowadzone nowe przepisy: *Wojskowa sprawozdawczość sanitarna podczas pokoju*, opatrzone sygnaturą San. 7/32.

<sup>6</sup> *Ibidem*, s. 5.

<sup>7</sup> Szerzej na ten temat: W.K. Roman, *Centralne Archiwum Wojskowe 1918-1998 tradycje, historia, współczesność służby archiwalnej Wojska Polskiego*, Toruń 1999 – w rozdziale III opisano tam burzliwe losy zasobu CAW w latach 1939-1945 (*ibidem*, s. 47-67).

(OG). Dokonano też wówczas różnych korekt, likwidując na przykład okręg kielecki. Powołano do życia w sumie dziesięć OK z numerami i siedzibami sztabów w: I Warszawa, II Lublin, III Grodno, IV Łódź, V Kraków, VI Lwów, VII Poznań, VIII Toruń, IX Brześć nad Bugiem i X Przemyśl. Widać wyraźnie, że tylko osiem miast wojewódzkich posiadało również DOK, ale ich siedzibami były też dwa miasta powiatowe (Grodno i Przemyśl). Jak z tego wynika, ta wojskowa struktura nie pokrywała się z podziałem administracyjnym kraju na województwa, nie dzielono jedynie powiatów. Przykładem może być IV OK Łódź. Obejmował on w chwili powstania, pod koniec 1921 r., osiem powiatów z województwa łódzkiego oraz po cztery z warszawskiego i kieleckiego. W kolejnych latach następowały różne przesunięcia granic województw czy Okręgów, ale liczba OK i lokalizacja DOK nie uległa zmianie aż do września 1939 r. Dlatego też niezwykle trudno jest porównywać między innymi różne sprawozdania statystyczne obejmujące choćby problemy zdrowotności: cywilne – wojewódzkie i wojskowe – okręgowe. Niewątpliwie występowały wówczas także podobne trudności w bieżącej współpracy na linii: władze szczebla wojewódzkiego czy powiatowego a wojskowe – okręgowe. W każdym DOK było etatowo Szefostwo Sanitarne OK. Niewątpliwie najważniejszą instytucją wojskowej służby zdrowia na danym obszarze był Szpital Okręgowy noszący ten sam numer, jak OK. Istniały ponadto początkowo liczne mniejsze placówki lecznicze, obok szpitali także Garnizonowe Izby Chorych. Stopniowo większość niewielkich szpitali zostało zlikwidowanych. Dokonywano też zmian na szczeblu garnizonów. W niektórych OK pozostały tylko pojedyncze placówki lecznicze. W IV OK dla przykładu, w latach trzydziestych działał tylko 4 Szpital Okręgowy w Łodzi oraz Izby Chorych na prawach Garnizonowych Izb Chorych w Częstochowie (przy 27 pp) i Skierniewicach (przy 18 pp), a więc w najbardziej oddalonych od siedziby DOK miejscowościach. W pierwszej połowie lat dwudziestych na terenie łódzkiego Okręgu wojskowe szpitale znajdowały się też w Częstochowie, Piotrkowie Trybunalskim i Skierniewicach<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Te kwestie szeroko omawiano w literaturze. Można tu wymienić choćby monografie: M. Cieplewicz, *Wojsko Polskie w latach 1921-1926. Organizacja, wyposażenie, wyszkolenie*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1998; W. Jarno, *Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939*, Łódź 2001; P. Stawecki, *Wojsko Marszałka Józefa Piłsudskiego 12 V 1926 – 12 V 1935*, Warszawa 2004. Szczegółowe informacje dotyczące organizacji służby zdrowia naszej armii w tym również szpitalnictwa, zawarte są we wspomnianej wcześniej monografii: A. Felchner, *Pod znakiem Eskulapa i Marsa...* (tam też znajduje się bibliografia przedmiotu oraz aneksy – między innymi z obsadą personalną szefostw sanitarnych poszczególnych OK i wykazy komendantów

Do najważniejszych problemów poruszanych w *Sprawozdaniu...* należą niewątpliwie kwestie dotyczące ogólnej chorobowości oraz umieralności, zaprezentowane w oparciu o dane przekazane z poszczególnych jednostek wojskowych. Przedstawiono szczegółowe zestawienia zarówno ogólne, jak i z podziałem na oficerów, podoficerów i żołnierzy z poboru (określanych, jako szeregowi niezawodowi) – dla każdego roku. Ważne jest również podawanie tam danych w promilach. Jest to istotne, gdyż w pierwszej połowie tego okresu następował wyraźny spadek liczebności naszych sił zbrojnych, ale dla odmiany od 1927 r. obserwujemy niewielki wzrost szeregów, więc dane bezwzględne nie w pełni pokazywałyby prawdziwy obraz. W 1922 r. cała polska armia liczyła ogółem ponad 318 tysięcy, w 1926 r. – 240 tysięcy, a na koniec omawianego okresu – ponad 268 tysięcy. Można jeszcze dodać, że największy spadek nastąpił w korpusie oficerskim. Jego liczebność zmalała w omawianym dziesięcioleciu z 21 103 do 12 674, największe ubytki nastąpiły do roku 1925 – o ponad sześć tysięcy, a w całym okresie niemal o połowę. Liczebność korpusu podoficerów za to nieco wzrosła – z ponad 28 tysięcy w 1924 r. do blisko 33,5 tysiąca w 1931 r.<sup>9</sup>

Z przytoczonych danych wynika, że dla wojskowej służby zdrowia najbardziej pracowite były dwa pierwsze lata omawianego okresu. Warto przypomnieć na wstępie o zaznaczonej powyżej specyfice ówczesnego wojska. Większość to żołnierze z poboru, teoretycznie powinni być najzdrowsi z całej swojej populacji. Tych o słabszym zdrowiu, z wyraźnymi objawami chorobowymi czy ułomnościami odrzucano na komisjach poborowych. Podobną uwagę powinno odnosić się również do kadry zawodowej. W 1922 r. chorowało ogółem ponad 412 tysięcy, niemal 130 procent, czyli średnio statystycznie każdy z wojskowych był pacjentem przynajmniej raz w roku, z kolei co trzeci dwa razy. W następnym roku chorych było nieco mniej, ale i tak przekroczone 100% stanu ewidencyjnego. Trzeba jeszcze wspomnieć, o czym też piszą autorzy tego dokumentu, że część kadry zawodowej leczyła się czasami poza wojskiem. Zachorowalność ogółem faktycznie była więc nieco wyższa. Powód w tym wypadku był prosty. Zbyt częste odwiedziny w lekarskim gabinecie, odnotowane w wojskowych aktach personalnych mogły doprowadzić do zwolnienia z zawo-

---

szpitali). Badania nad dziejami wojskowej służby zdrowia w II Rzeczypospolitej trwają nadal, mimo likwidacji na początku obecnego wieku naturalnego mecenasa, jakim była niewątpliwie łódzka Wojskowa Akademia Medyczna. Ukazała się niedawno na przykład interesująca monografia: Z. i K. Kopocińscy, *Szpital wojskowy w Równem w latach 1919-1939*, Głogów 2020.

<sup>9</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 6 - 9. Zdecydowałem podawać dane niekiedy też w procentach, ale w wielu wypadkach zachowałem jednak układ z omawianego źródła.

dowej służby wojskowej ze względów zdrowotnych. Dlatego też widać wyraźnie, iż wśród szeregowych z poboru zachorowalność była większa, oczywiście porównując procentowo, wynosiła ponad 138% w 1922 r., rok później 108%. Także i śmiertelność była w tych pierwszych dwóch latach najwyższa – wynosiła ponad pół procent (w liczbach bezwzględnych to odpowiednio 1761 oraz w 1923 r. 1552 zgonów wojskowych). Analogicznie wśród niezawodowych była również trochę większa o około 0,1% (w liczbach: w 1922 r. – 1381 oraz 1084 rok później)<sup>10</sup>.

Taki niezbyt dobry stan zdrowotny naszej armii w początkach lat dwudziestych był spowodowany wieloma czynnikami. Było to pokłosie powoli kończącej się epidemii z lat wcześniejszych, ale też innych problemów, związanych głównie ze sprawami bytowymi, ekonomicznymi. Rok 1923 to czas hiperinflacji, powodującej dalsze zubożenie społeczeństwa, w tym rodzin wojskowych, ze wszystkimi możliwymi negatywnymi konsekwencjami. Po latach pisał pułkownik dyplomowany Marian Porwit, wówczas młody oficer, major: *nie wstydzono się ograniczyć sąsiedzki poczęstunek do mącznej potrawy [...], ale wojskowe rodziny potrafiły z godnością znieść chude lata*<sup>11</sup>. Bardzo wiele takich przykładów podaje też Bartosz Kruszyński, przytaczając też różne bardziej drastyczne przypadki<sup>12</sup>. Dopiero stopniowe unormowanie sytuacji gospodarczej, w tym i poprawa warunków bytowych wojska, znalazła odbicie w pozytywnych zmianach w zachorowalności. Można dorzucić jeszcze jedną ważną przyczynę, o której się często zapomina, omawiając kwestie zdrowotności ówczesnego polskiego społeczeństwa. W odbudowującej się po rozbiorach i konfliktach zbrojnych Rzeczypospolitej wiele osób było analfabetami. Doty-

---

<sup>10</sup> Ibidem. W omawianych materiałach zawarto też obszerne daty dotyczące wspomnianych powyżej odejść z wojska. Nie zawsze, jak świadczą liczne pamiętniki oraz opracowania, było to związane, głównie wśród kadry zawodowej, ze stanem zdrowia, zwłaszcza po zamachu majowym 1926 r. Dlatego też tych danych nie omawiam, gdyż nie jest możliwe obecnie wydzielenie tych związanych bezpośrednio ze stanem zdrowia (ibidem, s. 15-24).

<sup>11</sup> M. Porwit, *Spojrzenie poprzez moje życie*, Warszawa 1986, s. 285 – w pamiętniku dodał, że najważniejszą dla młodego małżeństwa było wówczas nie otrzymywanie gaży oficerskiej, ale zasilki w naturze (ibidem, s. 284-285). Autor wspomnień to jeden z wybitniejszych oficerów armii II RP, uznany taktyk i pisarz wojskowy. Szczególnie piękną kartę zapisał w trakcie zamachu majowego 1926 r., a także w obronie stolicy we wrześniu 1939 r., szerzej: U. Olech, A. Rzepniewski, *Plk dypl. Marian Porwit 1895-1988. Z żałobnej karty*, „Wojskowy Przegląd Historyczny” 1988, nr 2, s. 292-295.

<sup>12</sup> B. Kruszyński, *Kariery oficerów w II Rzeczypospolitej*, Poznań 2011, zwłaszcza rozdział IV: *Kariery oficerów w kontekście awansu społecznego*, s. 290-417.

czy to zwłaszcza terenów będących wcześniej w granicach Rosji. W państwie carów nigdy nie wprowadzono obowiązku i przymusu szkolnego, co zaowocowało na tych terenach ponad sześćdziesięcioprocentowym analfabetyzmem na wsi, zwłaszcza na terenach wschodnich oraz nieco mniejszym w miastach, nawet w Warszawie. Przekładało się to bezpośrednio na niską świadomość zdrowotną społeczeństwa i powodowało duże trudności w prowadzeniu działań profilaktycznych<sup>13</sup>.

W następnych latach zachorowalność zmalała, spadła również śmiertelność, zarówno jeśli chodzi o wszystkich wojskowych, jak i w grupie kadry zawodowej. W latach 1924-1931 chorowało w skali roku od ponad 212 tysięcy do prawie 182 tysięcy ogółu wojskowych. Procentowo stanowiło to od ponad 80% w roku 1924 do w przybliżeniu 70% w kolejnych latach. Można więc stwierdzić pewną stabilizację zachorowań. Nieco inaczej było ze śmiertelnością. W 1924 r. odnotowano 971 zgonów, rok później 815, ale w 1926 r. było ich 967. W tym ostatnim przypadku ponowny wzrost był prawdopodobnie spowodowany wydarzeniami politycznymi. Z pewnością wspomniana liczba objęła również ofiary zamachu majowego, co szczególnie widoczne było wśród kadry zawodowej. Od roku 1927 corocznie odnotowywano ponad siedemset zgonów (najmniej w 1930 r. – 617). W procentach w tych ośmiu latach można było zaobserwować przeważnie między 0,2% a 0,3% zgonów pośród ogółu wojskowych – wyjątkowo w 1926 r. stwierdzono wzrost do 0,4%. Wśród oficerów chorowało corocznie dwadzieścia kilka procent, a wśród podoficerów trzydzieści kilka procent. Dużo więcej niedomagało żołnierzy niezawodowych – w granicach od ponad 160 tysięcy do 190 tysięcy – co jest zrozumiałe ze względu na daleko większą liczebność tej części armii. Różnice widać również, jeśli przytoczymy dane procentowe. W tej grupie zachorowalność wynosiła przeważnie ponad 80% w skali roku. Autorzy sprawozdania też zauważyli te różnice. W komentarzu podano, że przy z konieczności pobieżnym badaniu na komisjach poborowych nie uważano wszystkich dolegliwości. Dopiero w trakcie odbywania służby ujaw-

---

<sup>13</sup> Szerzej w monografii: A. Felchner, *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku 70-tych XX wieku)*, Piotrków Trybunalski 2006. Problemy te omawiał też J. Żarnowski, *Polska 1918 - 1939. Praca. Technika. Społeczeństwo*, wyd. II, Warszawa 1999, kwestie zdrowotności z kolei: E. Więckowska, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924*, Wrocław 1999. Bardzo bogata jest literatura poświęcona sprawom gospodarki, np. J. Kaliński, *Zarys historii gospodarczej XIX i XX w.*, Warszawa 2001 (synteza o charakterze ogólnym); M. Łapa, *Modernizacja państwa. Polska polityka gospodarcza 1926-1929*, Łódź 2002 (węższy zakres chronologiczny).



niały się różnorodne problemy zdrowotne, co niejednokrotnie powodowało zwolnienie do cywila. Warto podkreślić, że zwłaszcza poborowi pochodzący ze wsi stałe kontakty z lekarzem mieli dopiero w wojsku i dzięki temu mogli być poddawani bardziej szczegółowym badaniom. Przy poważnych, przewlekłych chorobach również kadra zawodowa była przenoszona do rezerwy lub w stan spoczynku. Ponadto omawiane dane dotyczą tylko dość wąskiego okresu życia – żołnierzy niezawodowych, z poboru – młodych mężczyzn rozpoczynających trzecią dekadę życia – przez dwa-trzy lata, a kadry zawodowej – do pięćdziesiątego – sześćdziesiątego roku życia. Nie obejmują późniejszych lat, zwłaszcza po skończeniu służby zawodowej, gdy wraz z upływem czasu uzewnętrzniają się coraz bardziej różne dolegliwości. Uzupełniając powyższe dane można dodać, że dokonano w omawianych materiałach, jeśli chodzi o zgony podoficerów i żołnierzy z poboru, dodatkowego podziału na rodzaje broni oraz służb. Według uśrednionych obliczeń za lata 1925-1931 najwięcej zgonów stwierdzono na każde tysiąc stanu liczebnego: w marynarce wojennej – 3,9, następnie w lotnictwie – 3,8 i kawalerii – 3,6. Na drugim biegunie znalazł się korpus podoficerów oraz szeregowi niezawodowi z wojsk technicznych – 2,6, dalej służba gospodarczo-administracyjna – 2,2 i służba zdrowia – 2,0 promila. Stwierdza się tu podobne, zresztą oczywiste zjawisko, jakie ma miejsce w czasie działań zbrojnych. Wśród walczących na pierwszej linii stwierdza się zawsze największe straty, a na zapleczu armii zgonów było najmniej. Jak widać, podobną sytuację można odnotować w okresie pokoju. W poszczególnych latach liczba zgonów zmieniała się i trudno tutaj wychwycić jakieś prawidłowości. Inna tabela przytacza dane dotyczące ogółu oficerów, ale tylko leczonych w szpitalach. Przy pewnej fluktuacji widać w tym przypadku spadek liczby zgonów. Licząc na każdy tysiąc oficerów, w 1923 r. wynosił on 4,07, w 1926 r. 3,34, a w ostatnim sprawozdawczym roku już tylko 1,89 promila. Są to jednak dane niepełne, obejmują jedynie osoby leczone stacjonarnie, więc z poważnymi schorzeniami. Oceniając stan zdrowotny naszej armii, musimy natomiast uwzględnić sporo różnych czynników<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 6-11 i 29. P. Stawecki obliczył na przykład, iż przeciętny wiek polskiego generała w 1920 r. to 50,3 lat, w 1924 – 48,6, a w 1932 – 40,9, P. Stawecki, *Słownik...*, s. 27. Aby lepiej zobrazować dostępność do pomocy lekarskiej ogółu społeczeństwa mogę przytoczyć własne badania obejmujące Piotrków Trybunalski i powiat piotrkowski. W samym mieście, które było przed I wojną światową stolicą guberni, potem jedną z największych miejscowości w województwie łódzkim, w 1922 r. pracowało dwudziestu jeden lekarzy (łącznie z kilkoma wojskowymi). Na terenie całego powiatu działało w tym czasie zaledwie czterech

W omawianym *Sprawozdaniu statystycznym...* zamieszczono również dużo informacji z zakładów leczniczych. Są też tam dane o leczonych osobach spoza wojska. Byli to przypuszczalnie, w większości, członkowie rodzin wojskowych zawodowych. Dokonywano w tym wypadku różnych podziałów, również informowano szczegółowo o poszczególnych chorobach. Dzięki temu obraz zdrowotności polskiej armii z tych lat jest o wiele bogatszy<sup>15</sup>.

Z wielu różnorodnych informacji szczególnie interesujące są dane dotyczące długości czasu leczenia w szpitalach wojskowych ogółu kadry (zawodowych i niezawodowych). W 1922 r. było to ogółem 3,85 miliona dni pobytu w placówkach służby zdrowia, w następnym roku – 2,59 miliona, a w roku 1931 – 2,15 miliona. Najwięcej hospitalizowano w I Okręgu Korpusu – od 626 996 osób w 1922 r. do 416 919 w 1931 r., a średnio w tym dziesięcioleciu – 474 961. Najmniej stacjonarnie leczono w OK VII Poznań – średnio 159 570 osób i OK IV Łódź – 139 572. Te dane świadczą w pierwszym rzędzie o stanie bazy szpitalnej. W stolicy były największe zakłady lecznicze, w tym przy szkole podchorążych, dlatego też liczba hospitalizowanych była największa. Można dodać, że od roku 1925 nastąpiła pewne stabilizacja. W poszczególnych latach było od 2,29 do 2,14 milionów dni leczenia szpitalnego ogółu wojskowych. Pokrywają się one z obliczeniami liczby chorych w zakładach leczniczych w odniesieniu na tysiąc wojskowych. W pierwszym roku sprawozdawczym było to 33,2 promila, rok później – 26,1, a w 1931 r. 21,9. Jak widać, te informacje potwierdzają podane wcześniej o zachorowaniach i śmiertelności, gdzie też obserwujemy podobne zjawisko, początkowo pewnego spadku zachorowań, a potem względnej stabilizacji. Z tego też powodu nastąpiła wspomniana wcześniej redukcja placówek leczniczych z 54 do 39. Liczba łóżek w nich się znajdujących spadła z prawie dwudziestu tysięcy do niewiele ponad ośmiu tysięcy. Uśredniając te dane – z przeliczeniowych 62,3 miejsc na 1000 stanu sił zbrojnych na początku omawianego okresu do 30,0 na końcu. Podniosło się za

---

(dwóch w Bełchatowie, po jednym w Kamieńsku i Sulejowie). Osiem lat później w stolicy powiatu było o dziesięć więcej (w tym jedna, pierwsza lekarka). Podwoiła się ich liczebność na terenie powiatu. W Bełchatowie pracowało już czterech oraz po jednym w Gorzkowicach, Kamieńsku, Sulejowie i Wolborzu. Pełniejsze dane w: A. Felchner, *Zdrowie i zdrowotność ...*, s. 220-222. W II Rzeczypospolitej na początku lat dwudziestych było około pięciu i pół tysiąca lekarzy, liczbę dziesięć tysięcy przekroczone w końcu tego dziesięciolecia, a tuż przed wybuchem wojny było blisko trzydzieście tysięcy. Należy dodać, iż w 1945 r. ich liczba spadła do nieco ponad sześć tysięcy, *Dwadzieścia lat...*, s. 31-35; E. Więckowska, *Lekarze, jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004, s. 36-39.

<sup>15</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 25-130.

to ich obłożenie – ogółem z 54,1% w 1922 r. do 73,2% w 1931 r. Te wszystkie ostatnie przekształcenia można ocenić pozytywnie, zwłaszcza od strony finansowej. Miało to niewątpliwie jeszcze większe znaczenie w końcowych dwóch omawianych latach ze względu na ogólnoświatowy kryzys finansowy i konieczne oszczędności budżetowe<sup>16</sup>.

Dużo miejsca w cytowanym dokumencie poświęcono też omówieniu różnych chorób wykrytych u wojskowych pacjentów w latach 1922-1931. Podzielono je na dwanaście grup, a ponadto dodano jeszcze jedną – pacjenci skierowani na obserwację. Tej ostatniej nie będę komentował z uwagi na tematykę tej publikacji. Do najczęściej występujących schorzeń należały te, które dziś są też określane jako zakaźne – infekcyjne. W omawianym opracowaniu umieszczono je w dwóch grupach. Pierwszą, największą, nazwano „Choroby nagminne” (ogółem dwadzieścia jednostek chorobowych), a kolejną – „Choroby zakaźne przypadkowe” (dziesięć). Ponadto w trzeciej znalazła się tylko gruźlica, w następnej choroby pasożytnicze, a w piątej weneryczne. W obecnych statystykach są one na ogół ujmowane w jednej grupie jako zakaźne. Wyodrębnienie gruźlicy świadczy dobitnie o zagrożeniu, jaki wówczas powodowała w całym społeczeństwie, nie tylko w siłach zbrojnych. Wydzielenie wówczas chorób wenerycznych nastąpiło też chyba ze względu na zagrożenie społeczne, dużą liczbę chorych, a także na przewlekłość danej choroby i specyfikę możliwości zakażenia. Fakt, że rzeczywiście zarażało się nimi był w okresie międzywojennym powszechnie znany, łącznie ze znajomością drobnoustrojów je wywołujących i możliwościami terapeutycznymi<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Ibidem, s. 37-42. Z oczywistych względów pomijam tutaj informacje dotyczące pacjentów spoza wojska. Odsyłam też do publikacji: A. Felchner, *Szpitala wojskowe II Rzeczypospolitej*, „Wojskowy Przegląd Historyczny” 1996, nr 3, s. 102-126.

<sup>17</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 44 - 48, 73-74. Dzisiejsze dokumenty normatywne wymieniają łącznie sto pięćdziesiąt trzy najważniejsze jednostki chorobowe w tym dziale medycyny. Nie chodzi tu tylko o nieznanie wcześniej, przed 1939 r. schorzenia, choćby nie tak dawno poznane – AIDS czy SARS-CoV-2 (COVID-19). Włącza się do nich też istniejące poprzednio osobno wspomniane wyżej chorób. Występują też oczywiście „stare” schorzenia infekcyjne – błonica, czerwonka, dury czy dżuma, a nawet już wyrugowana na całym świecie ospa prawdziwa. Szczegółowe dane można znaleźć w Internecie, na przykład w tabeli: *Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 kwietnia 2020 r. oraz w porównywalnym okresie 2019 r. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tysięcy ludności*, opracowanej w Zakładzie Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz w Departamencie Przeciwpidemicznym i Ochrony Sanitarnej Granic Głównego Inspektoratu Sanitarnego; [wwwold.pzh.gov.pl](http://wwwold.pzh.gov.pl). W powyższym

Przystępując do omawiania kwestii związanych z leczeniem pacjentów z pierwszej grupy, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na początek lat dwudziestych i na najczęściej występujące oraz najgroźniejsze jednostki chorobowe. Jak podkreślają sami autorzy, są to informacje tylko o osobach wymagających leczenia szpitalnego, a więc ciężej chorzy. Nie dotyczą tych, którzy mogli odzyskiwać zdrowie w izbach chorych na terenie swoich pułków lub dostać zwolnienie lekarskie z ćwiczeń, kurować się w domu bądź w koszarach. Ogólne dane liczbowe obejmują wszystkich cierpiących, przebywających w poszczególnych placówkach leczniczych (również osoby cywilne). W materiałach dodano też obliczenia o liczbie hospitalizowanych wojskowych przypadających na każdych tysiąc kadry (łącznie – zawodowych i z poboru). Można więc prześledzić bardziej ogólne występowanie poszczególnych schorzeń oraz odniesienie tylko do służących w siłach zbrojnych. Kolejno z I grupy były to (począwszy od największej liczby pacjentów): grypa, czerwonka, dur plamisty (dawniej też: tyfus plamisty, obecnie: wysypkowy), nagminne zapalenie przyusznic (świnka), dur powrotny i brzuszny, a także odra. Pierwsza z wymienionych występowała przez cały omawiany okres, ze zmienną częstotliwością, podobnie, jak dzisiaj. Najwięcej leczonych stacjonarnie cierpiących na grypę odnotowano w 1930 r. – 5026 (18,81 statystycznych pacjentów na tysiąc wojskowych), a najmniej w 1923 r. – 1149 (3,79). Zapadalność na czerwonkę była duża w pierwszych latach, najwięcej w 1922 r. – 1148 przypadków (wskaznik – 3,62 promila), wraz z upływem czasu liczba pacjentów malała, w 1931 r. leczono tylko 38 osób (0,14 na 1000 wojskowych). Taki spadek można powiązać niewątpliwie z poprawą stanu sanitarnego koszar i rygorystycznym przestrzeganiem przepisów sanitarnych. Występowanie duru wysypkowego było podobne jak czerwonki. W 1922 r. zdiagnozowano go u 1041 przyjętych na leczenie (3,27), a już w kolejnym roku tylko 182 (0,6). Od 1928 r. poddawano terapii pojedyncze przypadki – najmniej w 1931 r. – 5 chorych (0,02 promila). Schorzenie to roznoszone jest przez wszy i można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, iż ci wojskowi zainfekowali się poza koszarami. Częstotliwość występowania znanej i dziś świnki, czyli nagminnego zapalenia przyusznic była – podobnie jak grypy – bardzo różna. Najwięcej hospitalizowanych z tymi przypadłościami było w 1930 r. – 948 pacjentów (wskaznik 3,54), a najmniej – w 1923 r. – 507 (1,67 promila). Nie jest to groźna choroba, ale powikłania pojawiają się częściej u osób dorosłych, a więc też wojskowych. Poza terapią istotne w jej zwalczaniu

---

współczesnym dokumencie nie podano tylko gruźlicy. Do tych i podobnych materiałów można dotrzeć również w dowolnych wyszukiwarkach pod podanym powyżej tytułem.

są szczepienia. Nie było one jednak znane przed 1939 r., podobnie jak stosowane obecnie leki. Dur powrotny, podobnie jak wysypkowy, roznoszony jest przez wszy, a w innych szerokościach geograficznych także przez kleszcze. Jest więc symptomatyczny dla czasów wojny, zniszczeń, biedy. Zachorowania na niego – najliczniejsze w 1922 r. – 802 (wskaźnik wśród wojskowych – 2,52), zaczął zanikać już w połowie lat dwudziestych. Od 1926 r. stwierdzano corocznie tylko od jednego do pięciu hospitalizowanych przypadków. Widać więc wyraźnie olbrzymi postęp i wpływ tych samych czynników, jak w wypadku duru wysypkowego. Dur brzuszny to z kolei groźna choroba przewodu pokarmowego, a jej rezerwuarem jest na przykład skażona woda ze studni czy rzek, używana do picia bez przegotowania, a także brak higieny pożywienia. W tym przypadku udało się wojskowej służbie zdrowia tylko częściowo zmniejszyć zapadalność. W 1922 r. leczono 299 pacjentów cierpiących na to schorzenie (wskaźnik 0,94), a najmniej – w 1928 r. – 111 hospitalizowanych (0,42 promila). Przypuszczam, że źródeł zakażenia należy w większości szukać poza wojskiem. Były według mnie dwie takie drogi infekcji, obie poza koszarami – na przepustce lub podczas ćwiczeń w terenie. Ostatnią z chorób, którą stwierdzano w większej ilości przypadków, to odra, która pojawia się i dzisiaj. Nie była z takim nasileniem, jak wcześniej omawiane, ale pojawiała się stale, w różnej liczbie. Najwięcej chorych z tą przypadłością leczono w 1926 r. – 230 (0,94), a najmniej w 1924 r. – zaledwie 26 (0,10 promila). Poza wspomnianymi w wojskowych zakładach leczniczych przebywali chorzy, u których stwierdzono: ospę prawdziwą, (ale tylko kilka przypadków), ospę wietrzną, płonicę (szkarlatynę) – dość często, różyczkę, błonicę, dury rzekome, krztusiec, nagminne zapalenie mózgu, nagminne zapalenie opon mózgowych oraz „inne choroby nagminne”. Nie stwierdzono tylko ani jednego przypadku cholery. Podobnie było z bliżej nieznaną jednostką chorobową nazwaną „mór”. Nie ma go też w innych wykazach i dokumentach. Być może kiedyś ktoś bezrefleksyjnie, nie znając się zupełnie na medycynie, przepisał tę nazwę ze starego formularza sprzed wielu lat. Najwięcej zgonów stwierdzano wśród osób hospitalizowanych z przyczyn nagminnego zapalenia opon mózgowych (każdego roku od kilkunastu do ponad trzydziestu przypadków), czerwonkę, grypę, dur brzuszny i dur wysypkowy. W wypadku wspomnianych durów najczęściej chorych zmarło w 1922 r. – na wysypkowy aż 79 i na brzuszny – 36. W kolejnych latach na pierwszy z nich prawie nie było nie tylko zakażeń, ale i przypadków śmiertelnych, na drugi obok dość licznych hospitalizowanych przypadków odnotowywano zgony podobne, jak w wypadku cierpiących na zapalenie opon mózgowych. Charakterystycznym jest fakt, iż

na początku lat dwudziestych tragicznych wypadków odejścia pacjentów było najwięcej. W sumie, o ile w 1922 r. było ogółem 252 zgonów spowodowanych wszystkimi tymi schorzeniami, to w 1931 r. liczba takich smutnych przypadków zmalała do 67, z kolei rok wcześniej nawet do 38 – najmniej w okresie sprawozdawczym. Spowodowane to było niewątpliwie – obok postępów w medycynie – także coraz lepszą opieką i wczesnym zdiagnozowaniem oraz skuteczniejszym leczeniem<sup>18</sup>.

W drugiej grupie umieszczono dziesięć jednostek chorobowych określanych jako schorzenia zakaźne przypadkowe. Sami autorzy sprawozdania przyznali, że jedna z nich, popularna angina (ostre zapalenie migdałków), powinna raczej być umieszczona w poprzedniej grupie. Poza nią znalazły się tu: róża, tężec, nosacizna, twardziel, ostry gościec stawowy, jaglica, ropne zapalenie tkanki podskórnej, ostre zapalenie szpiku kostnego, a także bliżej nieokreślone – „inne choroby zakaźne”. Najwięcej było hospitalizowanych pacjentów z „ropnym zapaleniem tkanki podskórnej”, czyli – jak wyjaśniono – z różnymi owrzodzeniami czy ropniami. Podkreślano w komentarzu, że jest to jedna z najbardziej częstych dolegliwości wśród wojskowych, a ponadto tylko część najbardziej skomplikowanych przypadków leczono stacjonarnie. Pełne dane były więc o wiele wyższe. Najwięcej osób leczonych w zakładach medycznych było w latach 1927 i 1929-1931 – ponad sześć tysięcy, a najmniej w 1923 – niemal dwa tysiące. Wskaźnik na tysiąc wojskowych najwyższy był w roku 1930 – 23,42, a najmniejszy we wspomnianym 1923 – 4,92. Drugą chorobą najczęściej leczoną w zakładach medycznych była wspomniana angina. W pierwszych omawianych latach, co roku przyjmowano z jej powodu po kilkaset osób, a najmniej w 1922 – 277 (0,87), ale od 1928 już ponad dwa tysiące. Najgorszy pod tym względem był rok 1931 – 2587 leczonych (wskaźnik 9,60 promila). Trzecim dość powszechnym schorzeniem był ostry gościec stawowy. Liczba pacjentów z tego powodu stale rosła – od 221 przypadków w 1923 r. (wskaźnik 0,73) do 2587 (9,60) w 1931 r. Podobne zjawisko obserwujemy w wypadku róży – cho-

---

<sup>18</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 46-73. Używam czasami pojęcia: wojskowe zakłady, placówki, instytucje lecznicze. Przez cały omawiany okres – poza szpitalami okręgowymi, istniały mniejsze szpitale rejonowe (wojskowe) oraz Garnizonowe Izby Chorych. Oczywiście – najczęściej chorzy z reguły byli leczeni w tych pierwszych placówkach, dysponujących pełną ówczesną diagnostyką. Można też dodać, iż pojęcie „choroby nagminne” było różnie używane w okresie międzywojennym. W już przytaczanym, również oficjalnym, ministerialnym opracowaniu *Dwadzieścia lat...* określano nim schorzenia groźne społecznie: gruźlicę, jaglicę, czy choroby weneryczne. Na tu wymieniane używano tam powszechnie znanej nazwy „choroby zakaźne”.

roby skóry powodującej duże dolegliwości, na przykład wysoką temperaturę. Było jednak z jej powodu mniej leczonych stacjonarnie, niż z omawianych poprzednio – od 230 w 1923 r. (wskaźnik 0,76) do 547 (2,0 promila) w końcowym sprawozdawczym roku. Ostatnią z tej grupy była choroba oczu – jaglica. Dziś właściwie w Polsce nieznana, wówczas była dość powszechna. Najwięcej osób z jej powodu zajmowało szpitalne łóżka w 1922 r. – 2225 (wskaźnik 7,0), a najmniej – w 1931 r. – 426 (1,57). Pozostałe wymienione choroby zakaźne leczono w placówkach wojskowej służby zdrowia niezwykle rzadko<sup>19</sup>.

Trudno obecnie ustalić, skąd się brały tak duże różnice. Niekiedy – na przykład w wypadku jaglicy – przy stwierdzeniu tej choroby u żołnierzy niezawodowych już we wczesnym stadium rozpoznania, zwalniano ich z wojska, jeszcze przed skierowaniem do szpitala. Angina czy róża występują do dziś, a coraz częstsze pobyty w placówkach leczniczych osób z tymi schorzeniami mogły wpływać z doskonalenia opieki zdrowotnej. Warto dodać, iż sami autorzy omawianych materiałów podchodzili do zamieszczanych danych krytycznie. Stwierdzali na przykład, iż sporo zachorowań na wiele chorób miało swoje źródła w nie przestrzeganiu przepisów sanitarnych i nie zawsze właściwych warunkach higienicznych. Ta ostatnia uwaga dotyczyła na przykład zachorowań na jaglicę, różę czy owrzodzenia. Można jeszcze dodać, iż zgony wśród hospitalizowanych, spowodowane tymi schorzeniami, były nieliczne, albo nie było ich wcale (w przypadku jaglica i twardzieli)<sup>20</sup>.

Jedną z najgroźniejszych chorób w omawianym okresie to gruźlica. Dopiero pod koniec lat trzydziestych zaczęto wprowadzać na niewielką skalę szczepienia, a do tego nie było jeszcze wówczas na nią skutecznych leków. Przy ostrym przebiegu dochodziło do licznych zgonów. Wojskowa służba zdrowia dysponowała odrębnymi, specjalistycznymi szpitalami dla jej leczenia. Dominowała, jak zawsze, odmiana płucna, ale stwierdzano też zainfekowanie prątkami innych, pojedynczych organów (około sześć razy mniej). Najrzadziej występowała gruźlica prosówkowa, czyli wielu narządów – były to pojedyncze przypadki. Statystyki wojskowe są bardzo specyficzne, gdyż dają w miarę dobry obraz zdiagnozowanych zachorowań, ale już nie długotrwałego leczenia i zgonów. Zwłaszcza żołnierze z poboru, ale także i służby zawodowej byli zwalniani z wojska z jej powodów. Powodowało to, że dłuższe pobyty w szpitalach, jak i ewentualne zgony byłych wojskowych nie były umieszczane w statystykach sił zbrojnych. Jeśli nabyli odpowiednie uprawnienia do leczenia w wojskowych szpitalach,

<sup>19</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 73-84.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

to najwyżej zaliczano ich do grupy osób cywilnych. Ponadto pierwszą barierą były komisje poborowe, które starały się nie dopuszczać do służby wojskowej młodych ludzi nawet z podejrzeniami gruźlicy. Średnio w omawianym dziesięcioleciu było rocznie ogółem blisko dwa tysiące zachorowań na wszystkie odmiany tego schorzenia. Najwięcej pacjentów z tą chorobą przyjęto do leczenia stacjonarnego w latach 1922-1923 – odpowiednio 2166 przypadków (wskaźnik 6,80) oraz 2140 (7,04), a najmniej w 1927 r. – 1641 (6,42 promila). Podobnie było w wypadku zgonów – po ponad pięćset hospitalizowanych w dwóch pierwszych latach i około sto na początku trzydziestych. Autorzy sprawozdania podają, że był to efekt szybszego, sprawniejszego zwalniania z wojska chorych na gruźlicę i dlatego w wypadku najliczniejszej jej odmiany – płucnej śmiertelność spadła z 28% w 1922 r. do 5,9% w 1931 r.<sup>21</sup>

Do chorób pasożytniczych zaliczano różne dolegliwości. Najwięcej leczono cierpiących na zimnicę (malarie), świerzb oraz spowodowane przez grzybice parchy. W sumie było to siedem jednostek chorobowych. W 1922 r. w placówkach wojskowej służby zdrowia leczono na malarię 3806 osób (wskaźnik na tysiąc wojskowych - 11,95), na świerzb 1124 (3,52) oraz na parchy 260 (0,82). W ciągu całego dziesięciolecia z powodu pierwszej z chorób zmarło czterech pacjentów (w dwóch pierwszych latach) a na wszystkie pozostałe sześć jednostek odnotowano zaledwie trzy takie przypadki, nie były więc one groźne dla wojska. Zapadalność na zimnicę bardzo szybko spadała – do 50 pacjentów (0,19) w 1931 r. Najczęściej leczono to schorzenie w IX Okręgu Korpusu i w 9 Szpitalu Okręgowym w Brześciu nad Bugiem. W 1922 r. na terenie tego Okręgu hospitalizowano 1082 osoby (3,92 promila), a w 1931 r. było już tylko 34 hospitalizowanych (wskaźnik dla wojskowych: 1,59). Było to niewątpliwie spowodowane specyficznym terenem – dużymi obszarami bagien poleskich. Komary roznoszące tę chorobę miały tam najbardziej dogodne warunki bytowania. W przypadku świerzbu w ostatnich trzech sprawozdawczych latach notowano po ponad czterysta osób na szpitalnych łózkach (wskaźnik dla wojskowych 1,63 – 1,70 promila), a grzybice powodujące parchy leczono w tych ostatnich latach corocznie u kilkunastu pacjentów (wskaźnik około 0,6). Poza pierwszą z wymienianych chorób zapadalność na pozostałe wynikały głównie z powodu nie zachowywania higieny, co również podkreślano w sprawozdaniu.

---

<sup>21</sup> Ibidem, s. 85 – 90. Kwestie gruźlicy wśród wojskowych są też odrębnie, szerzej omawiane w monografii: A. Felchner, *Pod znakiem Eskulapa i Marsa...*, s. 146-152, podobnie zresztą jak i inne problemy zdrowotne naszej przedwojennej armii (ibidem, s. 123-167).



Dlatego też można zaobserwować duży spadek liczby cierpiących na te choroby, gdyż warunki bytowe wojska normowały się<sup>22</sup>.

W wypadku chorób wenerycznych sytuacja była zupełnie inna. W Polsce okresu międzywojennego, jak wynika zarówno z dokumentów, prac naukowych, opublikowanych wspomnień, czy też z opisów na kartach licznych powieści, informacje i przykłady pewnej swobody obyczajów (przy jednoczesnym zachowywaniu pozorów), prostytucji i łączących się z tym zachorowań na „choroby płciowe” są dość liczne. Problemy związane z chorobami wenerycznymi, zwłaszcza z kiłą, dotyczyły zresztą wiele krajów. W monografii opisującej dzieje syfilisu rozdział dotyczący omawianego okresu nosi znamieny tytuł: *Kiła panuje wszędzie (okres międzywojenny)*, natomiast kolejny: *Kiła a córy Koryntu*<sup>23</sup>.

W polskim wojsku choroby weneryczne stanowiły poważny problem. Dane szpitalne niewątpliwie dotyczą tylko poważniejszych przypadków zachorowań, gdy konieczne było leczenie stacjonarne. Ponadto do tej grupy chorych szczególnie mogą odnieść wcześniejsze stwierdzenie, iż część oficerów i podoficerów starała się unikać oficjalnego kontaktu z lekarzem wojskowym, co skutkowało wpisaniem tej choroby do ich osobistych kartotek. Podobnie zresztą piszą na wstępie autorzy omawianego tekstu. Wspomniane informacje mogły rzutować na opinie służbowe kadry zawodowej. W 1922 r. ogółem leczono na te choroby łącznie 17038 osób (wskaźnik na tysiąc wojskowych: 53,55). Potem obserwujemy dość duży spadek – poniżej dziesięciu tysięcy pacjentów już w roku 1924 (wskaźnik: 38,10). W kolejnych latach następowały pewne wahania, było jednak to zawsze hospitalizowanie po ponad osiem tysięcy każdego roku (wskaźnik powyżej trzydzięści promili). W ostatnim roku sprawozdawczym pierwszy raz przyjęto do szpitali tylko 7322 pacjentów z „chorobami płciowymi” (wskaźnik 27,13). W tej grupie wyróżniano obok wspomnianej kiły (z trzema jej odmianami: pierwotna, wtórna, trzeciorzędna) też rzeżączkę i wrzód miękki

<sup>22</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 90-96.

<sup>23</sup> Cl. Quétel, *Niemoc z Neapolu czyli historia syfilisu*, tł. Z. Podgórska-Klawe, Wrocław-Warszawa-Kraków 1991, s. 218-308. Wiele ciekawych przykładów znajduje się w wykorzystanej wcześniej monografii B. Kruszyńskiego, szczególnie s. 353-358. Wspomniany autor opisując kariery oficerów jednocześnie pokazywał, jak ważną pozycję w ówczesnym polskim społeczeństwie zajmowało wojsko. Podobnie pisał cytowany wcześniej M. Porwit, a także wielu innych autorów wspomnień, czy historyków. Dlatego też i w tym kontekście należy spojrzeć na problem chorób wenerycznych w naszej armii. Obszerniejsze dane dotyczące występowania chorób wenerycznych w całym kraju podaje wspomniane oficjalne opracowanie *Dwadzieścia lat...*, s. 63-68; też: A. Felchner, *Zdrowie i zdrowotność...* (głównie w skali jednego powiatu).

(obydwa schorzenia z powikłaniami lub bez). Jak podano w komentarzu do informacji, omawiając pewną sezonowość występowania chorób wenerycznych [...] *Najwięcej zachorowań przypada na październik po ćwiczeniach letnich i po jesiennym wcieleniu rekrutów. Większa liczba zachorowań przypadająca w styczniu może być wytłumaczona tem, że w okresie świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku znaczny % wojskowych korzysta z urlopów świątecznych. W tym czasie mogą oni łatwiej ulec zakażeniu, z drugiej zaś – nie zgłaszają się w grudniu z chorobą weneryczną, żeby nie stracić prawa do urlopu...*<sup>24</sup>.

Z informacji wynika, że najczęściej było zachorowań na rzeżączkę, potem na kiłę. Ich dane były zbliżone. Daleko mniej stwierdzano chorych z wrzodem miękkim. W 1922 r. w szpitalach leżało ogółem 7023 pacjentów z rzeżączką bez powikłań (22,10 na tysiąc wojskowych), 1329 z powikłaniami (4,17). Odnotowano też 5147 hospitalizowanych chorych z kiłą wtórną (16,17), z pierwotną – 2105 (6,61) oraz z trzeciorzędną – 167 (0,52 promila). W tym czasie wrzód miękki bez komplikacji występował u 909 pacjentów (2,86) a z powikłaniami u 286 (.1,13). W ostatnim roku sprawozdawczym najczęstsze z nich: rzeżączkę bez komplikacji leczono u 3377 osób (12,57), kiłę wtórną – 1717 (6,36), a wrzód miękki bez powikłań – w 426 przypadkach (1,58 promila). Jak podano przy omawianiu tej statystyki: *Przypadki kiły rozpoznane przy poborze podlegają w zasadzie wcieleniu dopiero po jej wyleczeniu, staraniem władz cywilnych*<sup>25</sup>. Również więc i w tym przypadku wojsko starało się więc unikać kosztów leczenia. Zgony na te choroby były niezwykle rzadkie, w sumie szesnaście, najczęściej na kiłę – czternaście<sup>26</sup>. Mimo tak znikomych przypadków śmiertelnych omawiane choroby stanowiły jednak duży problem, osłabiały bowiem morale wojska. Historia zna też liczne przypadki, gdy przez podsuvanie kadrze zawodowej agentek (a bywało, że i młodych mężczyzn) obce wywiady znajdowały drogę do największych tajemnic wojskowych.

Poza zaprezentowanymi powyżej dość szczegółowo różnymi chorobami zakaźnymi w materiałach jest też dużo informacji o schorzeniach różnych układów organizmu wśród wojskowych. Najwięcej pacjentów było leczonych w placówkach służby zdrowia wskutek niedomagań układu oddechowego. Na czele statystyk w tej grupie były choroby płuc (oczywiście bez gruźlicy i innych chorób infekcyjnych), potem oskrzeli, górnych dróg oddechowych i opłucnej.

---

<sup>24</sup> *Sprawozdanie statystyczne...*, s. 100. Przytoczyłem dokładnie tekst zgodnie z ówczesną pisownią.

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> Ibidem, s. 96-104.

Zapadalność na cięższe przypadki, a co za tym idzie i hospitalizowanie było na zbliżonym poziomie przez cały omawiany dziesięcioletni okres. W 1922 r. łącznie leczono na nie 14942 osoby (47,00 na tysiąc wojskowych), z tego większość na choroby płuc 5994 (18,85 promila) i oskrzeli – 5680 (wskaźnik – 17,90). W roku 1926, gdy na te schorzenia przyjęto do placówek służby zdrowia najwięcej cierpiących – ogółem 16330 osób (66,65 promila), odnotowano na szpitalnych łózkach 7080 (wskaźnik 28,80) pacjentów z chorobami płuc oraz 5819 (23,80) niedomagających z powodu patologicznych zmian w oskrzelach. W ostatnim roku sprawozdawczym w sumie poddano terapii ze wspomnianych powodów 13614 osób (50,44 promila), z czego na pierwszą z wymienionych – 5009 (18,56), a z powodu chorób oskrzeli – 4949 (wskaźnik 18,27). Choroby płuc były również stosunkowo częstą przyczyną zgonów wśród hospitalizowanych. Najwięcej odnotowano ich w pierwszym roku sprawozdawczym – 140 (0,44 promila), potem, od 1927 r. ich liczba malała – od czterdziestu kilku do ponad sześćdziesięciu (wskaźnik nie przekraczał 0,28 promila). Mało było takich tragicznych przypadków wśród leczonych na schorzenia oskrzeli (średnio 2,6 odejść rocznie), jeszcze mniej wśród cierpiących na choroby górnych dróg oddechowych. Jedynie choroby opłucnej były przyczyną od kilkunastu do ponad trzydziestu zgonów co roku w całym tym dziesięcioleciu. Przyczyny tych chorób należy szukać niewątpliwie w specyfice wojska. Liczne ćwiczenia polowe, bez względu na porę roku, a w pierwszych latach nie najlepsze warunki bytowania, jak również inne podobne czynniki, powodowały utrzymywanie się tego rodzaju schorzeń na podobnym poziomie. Pozytywną stroną była zmniejszająca się śmiertelność, co świadczyło o poprawie działalności wojskowej służby zdrowia<sup>27</sup>.

Wśród innych pozycji zwracają uwagę dane znajdujące się w grupie jedenastej nazwanej *Choroby innych narządów*. Umieszczono tu kilkanaście różnych schorzeń. Najwięcej, biorąc średnio powyżej dwóch tysięcy hospitalizowanych osób, było z powodu niedomagań mięśni, kości i stawów. Średnio przez dziesięć lat notowano 5590 osób (20,80 promila jeśli chodzi o wojskowych). Jak podawali komentatorzy, po tą nazwą kryły się *przewlekłe cierpienia [...] na tle reumatycznym, artretycznym lub nerwowym*<sup>28</sup>. Powodowały one bardzo rzadko zgony – po kilka w roku. Ze względu na dużą liczbę pacjentów – powyższe uśrednione dane dotyczą przecież tylko najciężej niedomagających – powodowały liczne zwolnienia z zajęć i przez to komplikacje w działalności wojska. Podobnie było

<sup>27</sup> Ibidem, s. 107-112.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 125.

z chorobami oczu. Średnio co roku przebywało w szpitalach 4623 osób (wskaźnik – 17,00). W tym wypadku zgonów nie stwierdzano. Trzecimi w kolejności, z najczęstszych powodów hospitalizacji, były schorzenia uszu. W placówkach wojskowej służby zdrowia przebywało w latach 1922-1931 przeciętnie średnio 3892 pacjentów (14,25 promila wojskowych). Zgonów z powodu tych chorób było po kilka w roku. Niewiele mniej było leczonych stacjonarnie z przyczyny różnych schorzeń skóry – corocznie około 3469 (wskaźnik dla wojskowych – 12,86). Przez tą dekadę stwierdzono tylko trzy zgony. Ostatnią z liczniejszych przypadłości były choroby narządów i dróg moczowych – średnio 2372 leczonych stacjonarnie (8,77 promila). Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione powyżej niezakaźne schorzenia z tej grupy sprawozdawczej, a także inne, mniej częste – choroby krwi, narządów płciowych, nerwice, schorzenia psychiczne, leczonych było w placówkach wojskowej służby zdrowia w okresie 1922-1931 średnio 28471 osób. W odniesieniu do ogółu wojskowych to 105,10 promila, czyli nieco więcej niż co dziesiąty służący w armii miał jakieś wspomniane, poważne dolegliwości, wymagające hospitalizowania. Ogólna śmiertelność z ich powodu była minimalna, ale – jak podawałem powyżej – tak liczne przypadki mogły w pewnym stopniu dezorganizować działalność sił zbrojnych<sup>29</sup>.

Należy również wspomnieć o dwóch, umieszczonych w odrębnych grupach, niezakaźne schorzenia układów: trawienia oraz krążenia. Pierwsze z wymienionych obejmowały wówczas choroby: jamy ustnej, ślinianek, żołądka, jelit, gruczołów trawiennych oraz otrzewnej. Średnio w ciągu dziesięciu lat zapadało na nie 8963 osoby (wskaźnik – 33,46), leczone następnie w wojskowych placówkach służby zdrowia. Najwięcej było przypadków schorzeń żołądka i jelit – 4876 (18,14 promila wojskowych) i wyodrębnionych przypadków wyrostka robaczkowego – 2279 (8,57). Śmiertelność w tej grupie była znikoma – średnio 59 zgonów (0,22 promila). Trzeba pamiętać, iż był to okres przed wprowadzeniem do terapii antybiotyków i sulfonamidów (pierwsze z nich nie wyszły jeszcze poza badania laboratoryjne, a drugie nie były jeszcze w ogóle znane). Dlatego nawet komplikacje w wypadku spóźnionego zdiagnozowania i zoperowania wyrostka robaczkowego mogły zakończyć się tragicznie<sup>30</sup>.

Mniej w omawianej dekadzie leczono stacjonarnie chorych z przyczyn niedomagania układu krążenia. Średnio z tych przyczyn co roku hospitalizowano 2962 cierpiących (11,04 promila), przy nielicznych zgonach – średnio 32 (wskaźnik 0,12). Przeważały choroby serca – średnio 2654 leczonych w szpita-

<sup>29</sup> Ibidem, s. 122-125.

<sup>30</sup> Ibidem, s. 112-117.

lach (9,90). Wśród tych osób była też największa śmiertelność – 26 przeciętnie rocznie (0,09 promila). Hospitalizowano też niedomagających z powodu schorzeń naczyń – między dwustu a czterystu pacjentów, po kilka zgonów każdego roku. Daleko mniej było przyjmowanych na leczenie z chorobami osierdza – od ponad 150 – do 170 początkowo, a pod koniec nawet kilkunastu (wyjątkowo w roku 1931 w szpitalach było 71 pacjentów (wskaźnik 0,25) z tymi schorzeniami). Odnotowywano tu jedynie pojedyncze zgony. O ile ogólna liczba hospitalizowanych nie ulegała w tej grupie większym zmianom, to wyraźnie zmniejszyły się przypadki najbardziej tragiczne. O ile w początkowym okresie było 66-55 zgonów (0,21-0,18 promila), to w ostatnich dwóch latach 21-19 przypadków (0,08-0,007). Widać więc tutaj poprawę w leczeniu<sup>31</sup>.

Z pozostałych bogatych materiałów statystycznych warto wspomnieć o grupie nazwanej „Choroby ogólne”, gdzie umieszczono między innymi cierpiących na zaburzenia przemiany materii – głównie na cukrzycę. Przypadków hospitalizowania takich chorych w placówkach wojskowej służby zdrowia było niewiele – od 225 (0,71 promila w 1922 r.) do 50 (0,19) w 1931 r. W całym dziesięcioleciu odnotowano też zaledwie dziesięć zgonów wśród tych chorych. Można przypuszczać, iż była to tylko niewielka część z tą przypadłością, większość była leczona ambulatoryjnie<sup>32</sup>.

Ostatnia grupa dotyczy osób, które doznały różnych urazów, w dokumencie określanych jako uszkodzenia. Tutaj dane są wysoce niekompletne. Z jednej bowiem strony wszyscy mający drobniejsze zranienia czy złamania byli leczeni ambulatoryjnie, na miejscu, a z drugiej najbardziej poszkodowanych nieraz nie zdążono dowieźć żywych do szpitali. Do dwóch z kilkunastu wyliczonych rodzajów dominowały: uszkodzenia części miękkich – średnio 3949 hospitalizowanych (14,68 promila) oraz urazy kości i stawów – średnio 2844 (10,52). Najwięcej w sumie takich poszkodowanych notowano w 1922 r. – 12585 (wskaźnik 39,40), a najmniej w 1930 – 8098 (30,30 promila) – a więc spadek był niewielki.

Kończąc omawianie stanu zdrowia polskich wojskowych w ciągu dekady 1922-1931 można stwierdzić, iż w naszej armii obserwowano wiele przypadków zachorowań, zwłaszcza w pierwszych powojennych latach. Występowanie niektórych chorób, w dużej mierze zakaźnych, udało się ograniczyć. Widać też często spadek śmiertelności. Jest to jednocześnie częściowo odbicie stanu zdrowia ówczesnych Polaków. Można stwierdzić, iż na tym polu sytuacja ogółu

<sup>31</sup> Ibidem, s. 117-121.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 104-105.

społeczeństwa był niewątpliwie o wiele gorsza. Zarówno wojskowi zawodowi, jak i z poboru byli wyselekcjonowaną grupą, z której systematycznie usuwano tych, którzy nie rokowali powrotu do pełni zdrowia. Pierwszą taką zaporą były przeglądy podczas poboru. Do tego większość stanowili młodzi mężczyźni u progu dorosłości, w najlepszym wieku rozwoju. Ponadto wszyscy znajdowali się pod stałą opieką medyczną, takich możliwości nie miała natomiast większość społeczeństwa, zwłaszcza na wsi. Dlatego też, mówiąc o sprawach zdrowia naszych wojskowych, musimy pamiętać, iż stanowili pod tym względem elitarną część ogółu mieszkańców. Można na zakończenie jeszcze dodać, iż w wykorzystanym dokumencie dominuje bardzo bogata statystyka, ujęcia dany o zdrowotności pod różnymi kątami. Przedstawione przeze mnie informacje stanowią tylko niewielki ich fragment. We wspomnianych materiałach nie poruszono jednak kilku ważnych kwestii, na przykład profilaktyki i działań mających wpływ na podniesienie ogólnego stanu higieny, choćby w łamach „Lekarza Wojskowego”, a także krwiodawstwa – wówczas nowoczesnego działu, rozwijanego szczególnie w placówkach wojskowej służby zdrowia<sup>33</sup>. Tym niemniej *Sprawozdanie statystyczne...* stanowi dziś ważne źródło pozwalające wysnuwać wnioski nie tylko o stanie zdrowia naszych żołnierzy.

## Bibliografia

### Źródła

Centralne Archiwum Wojskowe, Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, sygnatura I 300.62.34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji w okresie dziesięciolecia 1922-1931*, Warszawa 1933.

### Opracowania

Cieplewicz M., *Wojsko Polskie w latach 1921 - 1926. Organizacja, wyposażenie, wyszkolenie*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1998.

Dutkiewicz M., *Służba zdrowia Legionów Polskich w latach 1914-1917*, Piotrków Trybunalski 2009.

*Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918-1938*, Warszawa 1939.

<sup>33</sup> Szerzej na te tematy pisały między innymi: M. Paciorek, *Higiena dzieci i młodzieży w polskim czasopiśmiennictwie medycznym okresu międzywojennego*, Warszawa 2010; R. Paliga, *Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830 – 1951)*, Zielona Góra 2014; B. Płonka-Syroka, *Popularyzacja wiedzy medycznej w świetle czasopisma „Lekarz Wojskowy” (1920-1939)*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną” 2019, t. 25, z. 2, 69-102.

Felchner A., *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, Oświęcim 2016.

Felchner A., *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku 70-tych XX wieku)*, Piotrków Trybunalski 2006.

Felchner A., *Szpitala wojskowe II Rzeczypospolitej*, „Wojskowy Przegląd Historyczny” 1996, nr 3.

Jarno W., *Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939*, Łódź 2001.

Kaliński J., *Zarys historii gospodarczej XIX i XX w.*, Warszawa 2001.

Kopociński Z., Kopociński K., *Szpital wojskowy w Równem w latach 1919-1939*, Głogów 2020.

Kruszyński B., *Kariery oficerów w II Rzeczypospolitej*, Poznań 2011.

Łapa M., *Modernizacja państwa. Polska polityka gospodarcza 1926-1929*, Łódź 2002.

Mieszkowski Ł., *Największa. Pandemia hiszpanki u progu niepodległej Polski*, Warszawa 2020.

Olech U., Rzepniewski A., *Płk dypl. Marian Porwit 1895 - 1988. Z żatobnej karty*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, 1988, nr 2.

Paciorek M., *Higiena dzieci i młodzieży w polskim czasopiśmiennictwie medycznym okresu międzywojennego*, Warszawa 2010.

Paliga R., *Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830-1951)*, Zielona Góra 2014.

Płonka-Syroka B., *Popularyzacja wiedzy medycznej w świetle czasopisma „Lekarz Wojskowy” (1920-1939)*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną” 2019, t. 25, z. 2.

Porwit M., *Spojrzenie poprzez moje życie*, Warszawa 1986.

Quetel Cl., *Niemoc z Neapolu czyli historia syfilisu*, tł. Z. Podgórska-Klawe, Wrocław-Warszawa-Kraków 1991.

Roman W.K., *Centralne Archiwum Wojskowe 1918-1998 tradycje, historia, współczesność służby archiwalnej Wojska Polskiego*, Toruń 1999.

Stawecki P., *Słownik biograficzny generałów Wojska Polskiego 1918-1939*, Warszawa 1994.

Stawecki P., *Wojsko Marszałka Józefa Piłsudskiego 12 V 1926 – 12 V 1935*, Warszawa 2004.

Więckowska E., *Lekarze, jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004.

Więckowska E., *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924*, Wrocław 1999.

Żarnowski J., *Polska 1918-1939. Praca. Technika. Społeczeństwo*, wyd. II, Warszawa 1999.

### **Materiały z Internetu**

*Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 kwietnia 2020 r. oraz w porównywalnym okresie 2019 r. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tysięcy ludności*, opracowano w Zakładzie Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz w Departamencie Przeciwepidemicznym i Ochrony Sanitarnej Granic Głównego Inspektoratu Sanitarnego; [wwold.pzh.gov.pl](http://wwold.pzh.gov.pl)