

Stanisław TOKARSKI

**Choroby społeczne mieszkańców polskiej wsi w okresie II Rzeczypospolitej.  
Analiza socjomedyczna**

Epidemiology of Social Diseases Among Rural Population in the Two Decades  
Before World War II

Pojęcie zdrowia, choć tak często używane, nie jest łatwe do zdefiniowania. Dokładne określenie granicy pomiędzy zdrowiem i chorobą, pomiędzy fizjologią a patologią przy obecnym stanie wiedzy jest bardzo trudne, jeżeli nie niemożliwe.

W przypadkach wyraźnie patologicznych, kiedy występuje szereg objawów równocześnie, zaliczanie czegoś do patologii z reguły nie budzi wątpliwości. Istnieją jednak sytuacje, gdy jakiś objaw bądź określony stopień reakcji organizmu budzi wątpliwości, czy jest to zjawisko fizjologiczne, czy też patologiczne. Wątpliwości te mogą być dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, zjawiska fizjologiczne, które mierzy się w populacji ludzkiej, mają zazwyczaj rozkład zbliżony do normalnego, za normę zaś uważa się przedział tego rozkładu. Wówczas *nolens volens* do patologii zalicza się wszystkie przypadki z obu krańców krzywej normalnej. Zależnie od wielkości przyjętego przedziału normy liczba przypadków odchyień od niej będzie większa lub mniejsza. Po drugie, reakcje człowieka zależą nie tylko od środowiska, w jakim przebywa w momencie badania, ale i od środowiska, w jakim poprzednio przebywał, oraz od genetycznych uwarunkowań zdrowia.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania. Zdrowie jest zatem zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Chorobę fizyczną może równoważyć pozytywny stan psychiczny chorego i życzliwość społeczna.

Natomiast problemy emocjonalne lub izolacja społeczna mogą sprawić, iż człowiek mimo pełnej wydolności fizycznej czuje się chory. Na skutek działania różnych wymiarów zdrowia wzajemnie na siebie oddziałujących człowiek jest w pełni zdrowy, gdy wszystkie czynniki są odpowiednio zrównoważone i zintegrowane.

Termin „choroba społeczna” pojawił się wraz z instytucjonalizacją służby zdrowia i wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych. Mianem tym określa się te choroby, które są niejako wynikiem życia zbiorowego, natężenie zagraża normalnemu rozwojowi społeczeństwa, zaś zwalczanie ich wymaga wspólnych wysiłków i zabiegów całego społeczeństwa.<sup>1</sup> Są to zazwyczaj choroby bardzo rozpowszechnione i długotrwałe, aczkolwiek niekoniecznie śmiertelne, których efektem jest zwiększenie się liczby osób mało wydajnych, niedołączonych, obciążających bezpośrednio lub pośrednio budżet społeczny. W zaliczaniu do chorób społecznych istnieje uznanie, ale *de facto* jest to każda choroba, która w pewnym okresie przybiera znaczne rozmiary i przekracza możliwości ekonomiczne przeciętnego chorego w stosowaniu naprawczych funkcji medycyny.

Życie społeczne może wpływać na występowanie i natężenie chorób, w tym społecznych, poprzez działanie czynników wytwarzających skłonność na zachorowanie, do których należą m.in.: zawód, atmosfera życia rodzinnego i sąsiedzkiego, wzory zachowań, pełnione role społeczne.<sup>2</sup> Istnieje ścisła korelacja między sytuacją społeczno-gospodarczą a poziomem zdrowia. Zróżnicowanie warunków zdrowotnych, głównie żywieniowych, mieszkaniowych, dostępności do instytucji i przedstawicieli zawodów medycznych, związane jest bezpośrednio ze standardem ekonomicznym obywateli. Niski standard wpływa na gorszy poziom zdrowia nie tylko poprzez mniejsze możliwości leczenia, lecz również na skutek słabszej odporności organizmu, a tym samym zwiększonej podatności na potencjalne zachorowanie.

Geneza i nasilenie chorób społecznych, do których w okresie dwudziestolecia międzywojennego zaliczano m.in.: gruźlicę, choroby weneryczne i jaglicę, były uwarunkowane czynnikami kształtującymi poziom życia społeczno-gospodarczego.

<sup>1</sup> M. Ogryzko - Wiewiórowska: *Socjologia medycyny*, Lublin 1989, s. 22

<sup>2</sup> W. Piątkowski: *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990, s. 11.

SOCJOMEDYCZNE CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE NATEŻENIE  
CHORÓB SPOŁECZNYCH

## GRUŹLICA UKŁADU ODDECHOWEGO

Jedną z głównych chorób, prowadzących do wysokiej umieralności, począwszy od końca XIX w. była gruźlica, zwana suchotami. Zapadali na nią głównie ludzie ubodzy, niedożywieni, ciężko pracujący. Historycy medycyny oceniają, że pierwsze i znaczne nasilenie suchot na ziemiach polskich przypada na lata 1870—1900, szacując ówczesną zapadalność na 600—900 zachorowań na 100 tysięcy ludności. Były to wartości wyższe niż w innych krajach europejskich. Zaobserwowano, że gruźlica w państwach rolniczych powoduje o wiele wyższą śmiertelność niż w krajach przemysłowych, że tzw. krzywa śmiertelności spowodowana gruźlicą stale obniża się w miastach, podczas gdy na wsi ulega wzrostowi. Zjawisko to tłumaczono odpornością populacji miejskiej, która z prątkiem gruźlicy stykała się często w minionych wiekach. Masowo z jej przyczyny ginęli osobnicy młodzi, jeszcze przed okresem rozrodczym, nie zdążywszy przekazać potomstwu swej niskiej odporności na tę chorobę. Ci zaś, którzy przeżyli lub których organizm dłużej przeciwstawiał się prątkom gruźlicy, zdążyli wytworzyć w swym organizmie i przekazać potomstwu, w mniejszym lub większym stopniu, właściwości obronne organizmu. Ludność wiejska, do której gruźlica w większym stopniu zaczęła przenikać w końcu XIX w., nie posiadała tych cech odpornościowych.

Ogniska gruźlicze były na wsi rozrzucone na poszczególne domy i rodziny, wśród których była ona chorobą endemiczną, rodzinną i dziedziczną, prowadząc do wymierania całych rodzin. Gruźlica przedostała się do nich poprzez tych członków rodziny, którzy wyjechali do miast uczyć się lub w poszukiwaniu pracy. Zetknawszy się z gruźlicą wracali chorować w domu rodzinnym, zakażając najbliższe otoczenie.

Inną, stosunkowo częstą drogą przenoszenia gruźlicy w środowisko wiejskie były popularne wówczas przyjazdy mieszkańców miast, którym lekarz ze względu na chorobę zalecił pobyt w zdrowych warunkach wiejskich. Chłopi, chcąc sobie podreperować budżet domowy i nie znając niebezpieczeństwa gruźlicy, przyjmowali chorych, oddając im najlepszą izbę. Dzieci i domownicy gospodarza sprząтали izbę, dojadając resztki jedzenia chorego, a po jego wyjeździe przenosili się na jego łóżko, do jego pościeli. Następną drogą zakażeń gruźlicą był powrót młodych mieszkańców wsi po odbyciu służby wojskowej a także reemigrantów. Wśród tej ostatniej grupy populacji stwierdzano prawie 30% zakażeń.

Czynnikami sprzyjającymi przenoszeniu się prątków gruźlicy był styl życia, wyrażający się m.in.: w spaniu członków rodziny w jednej izbie

i na wspólnym posłaniu, w zwyczaju spożywania posiłków z jednej miski, picia surowego mleka od bydła zarażonego gruźlicą i przebywaniu z inwentarzem żywym w jednym pomieszczeniu. U podłoża takich zachowań była nieświadomość etiologii gruźlicy.

Obecność w ustroju człowieka prątka jest niewątpliwie warunkiem rozwoju gruźlicy, jednakże badania epidemiologiczne wskazują, iż nie jest to warunek wystarczający. W zachorowaniach na gruźlicę bowiem znaczną rolę odgrywają różne czynniki sprzyjające lub usposabiające, zarówno natury zdrowotnej w formie przeziębień, grypy, jak i społecznej w postaci złych warunków bytowych, konfliktów z otoczeniem i inne.<sup>3</sup>

Gruźlica uznawana była za chorobę nędzy, gdyż atakowała najczęściej organizmy niedożywione i wycieńczone, a jej najwyższe natężenie rejestrowano w okresach głodu, wojen i innych kataklizmów losowych. Podczas pierwszej wojny światowej nastąpił gwałtowny wzrost umieralności, ze szczytem w 1918 r., w którym na gruźlicę zmarło 1000 osób na 100 tysięcy ludności Warszawy, zbierając więcej ofiar niż wszystkie choroby przed wojną. Poziom umieralności w pierwszych latach powojennych obniżył się 3—5-krotnie, zwłaszcza wśród mieszkańców miast. Jednak porównania dowodzą, że w pierwszej dekadzie po pierwszej wojnie światowej spadek umieralności na gruźlicę był w Polsce powolniejszy niż w krajach zachodnich. Wyższy był także udział zgonów spowodowanych gruźlicą w ogólnej strukturze zgonów: w miastach polskich wynosił 16—18%, wobec 5% zgonów w Nowym Jorku, 10% w Zurychu, 15% w Paryżu.

Tendencje spadkowe umieralności na gruźlicę utrzymywały się do schyłku okresu międzywojennego, chociaż jeszcze w 1938 r. M. Kacprzak wyrażał duże obawy związane z wysokim utrzymywaniem się dodatnich odczynów tuberkulinowych wśród dzieci wiejskich oraz rekrutów pochodzących ze wsi. W całym okresie II Rzeczypospolitej rejestrowano większą chorobowość dzieci środowisk wiejskich w porównaniu z ich rówieśnikami z miast.

Badania lwowskiej poradni przeciwgruźliczej prowadzonej przez Hornunga w latach 1936—1937 wykazały, że na wsi co 10. mieszkaniec był chory na gruźlicę, a co 70. był na skutek czynnego procesu gruźliczego niebezpieczny dla otoczenia. Wycinkowe badania epidemiologiczne w połowie lat trzydziestych potwierdzały, iż 14,2% populacji wiejskiej było chore na gruźlicę, podczas gdy w miastach odsetek ten wynosił 11,5%. W ramach badań lekarskich poborowych wykrywano u 10,7% czynną gruźlicę płuc.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> J. Indulski, J. Leowski: *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 450.

<sup>4</sup> M. Telatycki: *Wieś a gruźlica*, „Zdrowie Publiczne” 1946, nr 1, s. 107.

Przeprowadzone w tym okresie przez Kasy Chorych badania wśród populacji młodocianych pochodzących z miast wykazały u 9,4% tej populacji czynną gruźlicę płuc. Na zbliżonym poziomie kształtowała się chorobowość populacji wieku rozwojowego na wsi. Rocznie wśród mieszkańców wsi notowano 42 tysięcy zgonów z powodu gruźlicy, co stanowiło wskaźnik 20 na 10 tys. mieszkańców.<sup>5</sup>

W okresie II Rzeczypospolitej mieszkańcy wsi byli tą częścią społeczeństwa, w której gruźlica stanowiła największy problem zdrowotny, ekonomiczny i społeczny. Z goryczą pisał pamiętnikarz chłopski: „[...] gruźlicę, ty straszna przyjaciółko szarych, nędznych chat ludu. Kiedyż twe bezlitosne panowanie skończy się... W dali gdzieś wyobraźnią widziałem wyschnięte szkielety śpieszące gdzieś w mroczną dal, prowadzone bezlitosnym uściskiem gruźlicy. A z boku, niezliczone szeregi niskich chat, w których siedzą młode nędzne i wygłodzone istoty, po które wyciąga ręce kościotrup-gruźlica”.<sup>6</sup> Ten pełen ekspresji obraz zrodził się z autentycznej sytuacji zdrowotnej najbliższej rodziny pamiętnikarza, w której gruźlica spowodowała śmierć trzech braci i ojca.

Epidemie rodzinne gruźlicy spotykało się w okresie II Rzeczypospolitej stosunkowo często. U ich podłoża, poza barierą ekonomiczną, leżały czynniki środowiskowe. W niektórych regionach rozpowszechnione było przekonanie, iż źródłem niektórych chorób zakaźnych jest wiatr, który wiejąc dołem powodował powstanie chorób wenerycznych, górą zaś sprwadzał gruźlicę. Nie ufano w zasadzie możliwościom terapeutycznym lekarzy, bowiem efekty leczenia np. gruźlicy były mierne, co w pewnej mierze wynikało ze zbyt zaawansowanych postaci choroby. Uciekano się w większości do pomocy znachorów, zielarzy, „bab mądrych” i masażystów, wyznając zasadę, iż „nie pomogą doctory, jak kto na śmierć chory”.<sup>7</sup>

Istotny wpływ na rozpowszechnienie gruźlicy posiadała z jednej strony niewiedza mieszkańców wsi o jej zakaźności i źródłach przenoszenia, z drugiej zaś ówczesne warunki mieszkaniowe chłopów, zwłaszcza znaczne zagęszczenie izb, co nie sprzyjało izolacji chorego, który sypiał w jednym łóżku z innymi, korzystał z tych samych urządzeń higieniczno-sanitarnych i kuchennych. Gruźlica jest bowiem chorobą wysoce zakaźną, a jej ekspansywność jest duża, gdyż jeden prątkujący gruźlik zaraża przeciętnie 10 osób ze swojego otoczenia. Również wiedza oficjalnych przedstawicieli medycyny w zakresie diagnostyki i terapii była wówczas mocno ograniczona. W latach trzydziestych zaledwie połowa przychodni przeciw-

<sup>5</sup> M. Skokowska-Rudolfowa: *Walka z gruźlicą na terenach wiejskich*, „Lekarz Polski” 1935, nr 4.

<sup>6</sup> *Pamiętniki chłopów*, przedm. M. Kacprzak, t. I, Warszawa 1935, s. 196.

<sup>7</sup> *Pamiętniki lekarzy*, przedm. M. Wańkowicz, Warszawa 1939, s. 80.

gruźliczych wyposażona była w aparaty rentgenowskie i mikroskopy, natomiast wiejskie placówki medyczne rzadko dysponowały mikroskopami. Rozpoznanie zatem gruźlicy, zwłaszcza w początkowych stadiach, napotykało na znaczne ograniczenia i błędy. Metody lecznicze ograniczały się do interwencji chirurgicznych poprzez zakładanie odmy bądź do leczenia kliniczno-sanatoryjnego.

Koszty leczenia gruźlicy jednego chorego, skalkulowane w połowie lat trzydziestych przez dr Z. Karaś, wahały się w granicach 2—3 tysięcy zł. Na tę sumę składały się m.in. koszty badania rentgenowskiego, wykonania odmy oraz cykliczny pobyt w szpitalu w okresie 2—4 lat, a ponadto wydatki związane z pobytem w sanatorium.<sup>8</sup> Tak wysokie koszty kompleksowego leczenia gruźlicy przekraczały możliwości finansowe nawet zamożnych chłopów.

Z relacji zawartych w *Pamiętnikach lekarzy* wynikało, że wśród ludności ubezpieczonej, która posiadała większe możliwości leczenia korzystając z tzw. Kas Chorych, gruźlica w minimalnym odsetku doprowadzała do zgonu, podczas gdy w grupie ludności nieubezpieczonej w większości przypadków była chorobą śmiertelną. W najbardziej tragicznej sytuacji pozostawali niezamożni chłopci i ich rodziny, którzy z racji posiadania gospodarstwa nie byli objęci ubezpieczeniami społecznymi. W Wielkopolsce było ich niewielu, w innych natomiast dzielnicach stanowili przeważającą większość populacji wiejskiej.

Ze wspomnień zarówno chłopów, jak i lekarzy wynikało, że spośród chłopów małorolnych i znacznej części średniorolnych, kuracja przeciwgruźlicza sprowadzała się najczęściej do dwóch-trzech wizyt u lekarza. Przy pierwszej szukało się porady lekarza z powodu osłabienia i kaszlu. Lekarz ordynował jakieś lekarstwo na kaszel, chory zaś wykupował jedną i to najtańszą miksturę. Gdy lekarstwo zostało zużyte, a kaszel nie ustępował, obwiniano lekarza o małą skuteczność leczenia i odczekiwano kilka miesięcy lub lat, aż chory na skutek wyniszczenia organizmu nie był w stanie udać się do lekarza. Wówczas to przewożono chorego do innego lekarza, który stwierdzał zbyt późne zgłoszenie. Natomiast trzeci kontakt z lekarzem następował po śmierci chorego w celu wypisania aktu zgonu.

Pewna część odpowiedzialności za zaniedbania w leczeniu gruźlicy spoczywała na lekarzach, część zaś na rodzinie chorego, u której dominującą reakcją na wiadomość o tej chorobie było przyjęcie postawy fatalistycznej, zakładającej nieuchronność losu dla tego człowieka z góry skazanego na śmierć. Nierozsądnym działaniem, w pojęciu chłopów, byłoby zatem wydatkowanie pieniędzy na leczenie czy też lepsze odżywianie cho-

<sup>8</sup> *Ibid.*, s. 43.

rego. W sytuacji wysokiej pauperyzacji ludności wiejskiej, alternatywa przeznaczenia środków finansowych na leczenie chorego lub zakup środków niezbędnych do życia, rozstrzygana była na korzyść tych ostatnich. Prowadziło to w konsekwencji do zaniechania leczenia gruźlicy, a ponadto przyjało nowym zachorowaniom z powodu niedożywienia i wycieńczenia organizmów.

W nieco lepszej sytuacji znajdowali się robotnicy rolni, mający ustawowo zagwarantowane bezpłatne leczenie. Jednak, jak stwierdzają lekarze w swoich wspomnieniach, były one często iluzoryczne, bowiem pracodawcy nie chcieli narażać się na zwiększone koszty, pozbywali się swych chorych pracowników w drodze tzw. terminatki, czyli wypowiedzenia pracy.

Poza wymienionymi czynnikami, posiadającymi istotny wpływ na rozpowszechnienie gruźlicy w społeczności wiejskiej, równie ważną determinantą była nieznanomość przyczyn tej choroby, stopnia jej zakaźności i sposobów postępowania z chorym. Przedstawiciele medycyny, znając braki kultury zdrowotnej społeczeństwa, w programie walki z gruźlicą opracowanym w 1945 r., wysunęli takie m.in. założenia:

1. Dokładne uświadomienie całego społeczeństwa o istocie gruźlicy i jej niebezpieczeństwie.

2. Masowe badania (prześwietlenia) ludności.

3. Odseparowanie (izolacja) wszystkich chorych na gruźlicę czynną.<sup>9</sup>

Zachowania zdrowotne jako element stylu życia człowieka obejmują szereg czynników, takich jak: sposób odżywiania się, czas i intensywność pracy, wypoczynek, czynniki stwarzające higieniczne warunki bytu, postawy wobec zdrowia i choroby, a także nawyki i nałogi.

Uwarunkowania poziomu zdrowia od czynników ekonomicznych szczególnie wyraźnie można zaobserwować w aspekcie historycznym. Z badań ekonomiczno-zdrowotnych wynika, że w rodzinach o najniższych dochodach spożywa się ponad trzykrotnie mniej mięsa wołowego i cielęcego oraz prawie dwukrotnie mniej masła niż w rodzinach o najwyższym dochodzie. Różnice te jeszcze silniej zaznaczają się w wydatkach na higienę osobistą i bezpośrednio na leczenie.<sup>10</sup>

Niski zatem poziom dochodów osobistych i rodzinnych wpływa bezpośrednio na stan zdrowia nie tylko w wyniku ograniczonych możliwości naprawczych medycyny, lecz również, a nawet przede wszystkim, na skutek słabszej odporności organizmu na zachorowania. Staropolskie przysłowie „biednemu wiatr w oczy wieje” znajduje pełną egzemplifikację

<sup>9</sup> S. Kosiński, S. Tokarski: *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (Ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa—Łódź 1987, s. 101.

<sup>10</sup> *Budżety gospodarstw domowych w 1979 r.*, GUS, Warszawa 1980, s. 23.

w natężeniu wielu chorób typu społecznego wśród mieszkańców polskiej wsi, zwłaszcza tradycyjnej. Troska o zdrowie, jak to jednoznacznie wynika ze wspomnień chłopów, warunkowana była możliwościami ekonomicznymi. Poziom odżywiania się chłopów na wsi, zwłaszcza tradycyjnej, stał na niskim poziomie. Większość rodzin chłopskich odżywiała się nieracjonalnie, z występującymi przez całe pokolenia niedoborami ilościowymi i jakościowymi lub też obu zjawiskami głodu łącznie, szczególnie w okresach niekorzystnych zjawisk przyrodniczych.

Wzory konsumpcji są w pewnym stopniu uwarunkowane sytuacją mieszkaniową i związaną z nią możliwością zachowania higieny osobistej i otoczenia. W sytuacji mieszkaniowej i wyżywieniowej skupiają się różne komponenty bogactwa i ubóstwa. Do rzadkości należał wśród ludzi zamożnych niski standard mieszkania i żywienia. Najczęściej kumulacja ubóstwa znajdowała wyraz w mieszkaniach o niskim standardzie i mierzonym poziomie wyżywienia, ewidentnie rzutując na kondycję zdrowotną. Rozprzestrzenienie się i natężenie chorób społecznych, szczególnie gruźlicy i jaglicy w okresie II Rzeczypospolitej było w dużej mierze zdeterminowane poziomem warunków mieszkaniowych, żywieniowych i sytuacji sanitarno-higienicznej chłopów.

#### JAGLICA

W pierwszej połowie XX w., obok gruźlicy układu oddechowego, chorobą posiadającą duże znaczenie zdrowotne, ekonomiczne i społeczne była jaglica. Choroba ta, znana również pod nazwą egipskiego zapalenia oczu, charakteryzowała się wysokim stopniem zakaźności i bardzo często doprowadzała do ślepoty. Występowała pod każdą szerokością geograficzną, we wszystkich regionach, w których stan higieniczno-sanitarny mieszkańców stał na niskim poziomie. Przenoszona była przez owady bądź przez użytkowanie wspólnych przedmiotów codziennego użytku, zwłaszcza z zakresu higieny osobistej.

W okresie II Rzeczypospolitej jaglica była chorobą dominującą przede wszystkim w środowisku wiejskim i tam spotykano jej najcięższe postaci w formie trudnych powikłań. Leczenie tej choroby w dobie przedantybiotycznej było długotrwałe, a tym samym wysoce kosztowne, zwłaszcza dla spauperyzowanych chłopów. Możliwości względnie racjonalnego leczenia posiadały jedynie te grupy ludności wiejskiej, które mogły opłacić koszty porad i leków. Biedniejsze warstwy ludności wiejskiej zmuszone były stosować domowe środki lecznicze, które łagodząc objawy zapalne, nie prowadziły do wyleczenia. Jak wspomina dr S. Giebocki, chłopci nie korzystający z Ubezpieczalni Społecznej „[...] przychodzą do lekarza po poradę i jeśli oznajmi się takiemu choremu, iż jego oczy wymagają



będą długotrwałego leczenia, to pacjent taki uważać będzie lekarza za półgłówka lub oszusta, który chce co drugi dzień widzieć chorego, aby wyciągać od niego jak najwięcej pieniędzy”.<sup>11</sup>

W majątkach ziemskich, gdzie istniał obowiązek ubezpieczenia najemnych pracowników rolnych przez właściciela na wypadek choroby, pracodawcy stosowali zamiast refundacji kosztów leczenia jaglicy wypróbowany system wypowiedzeń pracy pod pozorem drobnych lub zmyślnych przewinień osoby chorej. Jeszcze bardziej drastyczne formy stosowane były przez gospodarzy zatrudniających kilku pracowników najemnych, którzy w takich sytuacjach nie uciekali się do tzw. terminatki, lecz usuwali z pracy chorych pracowników ze skutkiem natychmiastowym.

Trudna dostępność mieszkańców międzywojennej wsi do zorganizowanej i bezpłatnej formy lecznictwa powodowała, iż, jak podaje M. Kacprzak, jedynie 15% chorych na jaglicę objętych było opieką poradni lub ośrodka zdrowia.<sup>12</sup> Z badań epidemiologicznych przeprowadzonych w latach 1936—1937 wynikało, że w Polsce choruje na jaglicę 300—400 tys. osób, z czego wykrywano w placówkach leczniczych jedynie jedną trzecią przypadków. Stwierdzono ponadto, iż około 75% wszystkich chorych na jaglicę stanowili mieszkańcy wsi.<sup>13</sup> Najwyższe natężenie i rozpowszechnienie tej choroby rejestrowano w okresie dwudziestolecia międzywojennego w województwach centralnych i wschodnich, a zatem na terenach charakteryzujących się niskim poziomem sanitarno-higienicznym, a zarazem w regionach trudno dostępnej opieki lekarskiej.

Zachorowalność i chorobowość na jaglicę ludności Polski okresu międzywojennego była jedną z najwyższych w Europie. Szacowano, iż w okresie II Rzeczypospolitej około 1,5% mieszkańców dotknięta była jaglicą, prowadzącą w ponad 7% do pełnej ślepoty.<sup>14</sup> Prowadzenie racjonalnych form leczenia jaglicy było wówczas wysoce problematyczne, gdyż publiczna służba zdrowia, mimo dotacji z budżetu państwa i partycypacji finansowej samorządów lokalnych na organizowanie placówek leczniczych, nie mogła zapewnić bezpłatnej opieki medycznej. Ten aspekt, jak również niski a nawet prymitywny poziom higieniczno-sanitarny mieszkańców polskiej wsi międzywojennej prowadziły do powstawania grup osób kalekich, niezdolnych do samodzielnego bytowania.

<sup>11</sup> *Pamiętniki lekarzy*, s. 272.

<sup>12</sup> M. Kacprzak: *Pisma wybrane*, Warszawa 1968, s. 42.

<sup>13</sup> *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1937—1938*, s. 47—48.

<sup>14</sup> L. Rostkowski: *Jaglica w Polsce jako zagadnienie higieny wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1939, nr 2, s. 173.

## CHOROBY WENERYCZNE

Choroby weneryczne od stuleci były plagą nękającą ludzkość. Jedną z nich i to najpoważniejszą jest kiła (*lues*, *syphilis*), która, jak sądzi większość historyków medycyny, przedostała się do Europy w XV w. po odkryciu Ameryki. Zaatakowała najpierw dwory, stąd nazywana była chorobą dworską lub neapolitańską bądź francuską, rozprzestrzeniając się wśród warstw społecznych różnych krajów.<sup>15</sup> Obok kiły, powszechnie i częściej występującą chorobą weneryczną jest rzeżączka. Do czasu odkrycia i zastosowania badań bakteriologicznych i serologicznych, a w leczeniu antybiotyków, zwalczanie chorób wenerycznych było mało skuteczne.

Sytuacja epidemiologiczna na ziemiach polskich po odzyskaniu niepodległości w 1918 r., była wysoce niepokojąca. Zachorowalność weneryczną w Legionach oceniano na 5—10% ogólnego stanu wojska, zaś wśród ludności cywilnej u progu II Rzeczypospolitej liczba osób zarażonych wenerycznie szacowana była na około 1 mln. Z uwagi na brak obowiązku zgłaszania zachorowań nie jest możliwa dokładna ocena sytuacji epidemiologicznej w pierwszym okresie powojennym, tym niemniej z badań wycinkowych wynikało, iż natężenie tych chorób skłaniało lekarzy do uznania ich za zagrożenie epidemiczne. Przeprowadzone w 1918 r. badania kwestionariuszowe wśród lekarzy wykazały, iż oceniali oni ówczesną zachorowalność na poziomie 1 100 000 przypadków w skali kraju, co stanowiło wskaźnik 4 400 na 100 tys. ludności. W analogicznym okresie wskaźnik ten dla Szwajcarii kształtował się na poziomie 400 na 100 tys. ludności, Norwegii — 1 076, Danii — 2 130, Szwecji — 510 na 100 tysięcy. Jakkolwiek epidemia chorób wenerycznych w latach dwudziestych zaczęła przysięgać, to w początku lat trzydziestych nastąpił ponowny wzrost świeżych zachorowań o ponad 50%, przy czym w woj. kieleckim o 133%, krakowskim o 90%, zaś w warszawskim o 82%.<sup>16</sup> Endemicznie w całym okresie dwudziestolecia międzywojennego kiła utrzymywała się w powiatach: kolomyjskim, nadwórniańskim, kosowskim (Huculszczyzna), a także w powiecie broslawskim w woj. wileńskim.

W zwalczaniu chorób wenerycznych, podobnie jak w gruźlicy, obowiązywała zasada, iż badania laboratoryjne i porady były bezpłatne wyłącznie dla ludności najuboższej oraz osób ubezpieczonych w Kasach Chorych. Natomiast pacjenci zamożniejsi zmuszeni byli opłacać badania i porady według stawek ustalonych przez zarządy przychodni. Istniejący wówczas system ekonomiczno-organizacyjny służby zdrowia, zapewnia-

<sup>15</sup> A. Stapiński (red.): *Wybrane problemy seksuologii i chorób wenerycznych*, Warszawa 1986, s. 110.

<sup>16</sup> *Ibid.*, s. 112.

jący opiekę medyczną ludności zamożnej, wzbudzał szerokie niezadowolenie, zarówno wśród lekarzy, jak i większości społeczeństwa. Wnioskowano zatem, by w przypadku chorób społecznych, jak gruźlica, jaglica czy choroby weneryczne, odpłatność za leczenie refundować z funduszy społecznych lub samorządowych. Wskazywano, iż w racjonalnym leczeniu tych chorób, stanowiących często zagrożenie bytu biologicznego narodu, nie wystarczy czerpać z ograniczonych dotacji opieki społecznej, które w dużej części gmin wiejskich nie są wystarczające do pokrywania bieżących kosztów leczenia kilku umyślowo chorych mieszkańców. Z tych przyczyn powszechną praktyką samorządów gmin było działanie zniechęcające chorych do wykorzystywania skąpych budżetów do refundacji kosztów leczenia chorób wenerycznych.

Nie bacząc na trudności ekonomiczne przeważającej części społeczeństwa, niektórzy przedstawiciele środowiska lekarzy domagali się w sposób wysoce rygorystyczny wprowadzenia zasady przymusowego leczenia chorych wenerycznie, z zastosowaniem ostrych sankcji wobec opornych, łącznie z uznaniem za pospolitych zbrodniarzy tych chorych, którzy świadomie zarażali partnerów.<sup>17</sup> Rygoryzm ten wynikał z obserwowanych spustoszeń, jakie kiła dokonywała w organizmie chorego i w jego potomstwie.

Wbrew ogólnemu przekonaniu, iż wieś jest oazą, gdzie nie występują choroby weneryczne, spostrzeżenia lekarzy okresu II Rzeczypospolitej były odmienne. Stwierdzali oni bowiem, iż częstość i natężenie chorób wenerycznych wśród ludności wiejskiej nie odbiegała w zasadzie od poziomu zachorowań w miastach, zaś efektywność leczenia tych chorób wśród populacji wiejskiej była znacznie niższa, głównie ze względów ekonomicznych. Ten aspekt, jak również obawa zdradzenia rodzaju choroby przez lekarza lub aptekarza były przyczyną, iż pacjenci wiejscy nie korzystali w sposób racjonalny z dobrodziejstwa Kas Chorych lub pomocy finansowej gmin. Należy mieć ponadto na uwadze fakt, iż zarówno wówczas, jak i obecnie choroby weneryczne należą do chorób wstydlivych, zaś opinia środowiska, szczególnie wiejskiego, kształtowana przez tradycyjne wzorce obyczajowe, traktowała choroby weneryczne jako swoistą karę za brak powściągliwości seksualnej. W związku z tym duża część chorych wenerycznie leczyła się sposobem domowym, korzystając z rad „doświadczonych” przyjaciół i znachorów, doprowadzając chorobę najczęściej przez stosowanie niefachowych zabiegów do stanu przewlekłego, trudnego do wyleczenia nawet przez dobrego specjalistę. Jedynie zamożniejsi pacjenci stosowali racjonalne leczenie, korzystając z porad lekarzy wenerologów w gabinetach prywatnych.

Drogi przenoszenia chorób wenerycznych na wieś były różnorodne

<sup>17</sup> *Pamiętniki lekarzy*, s. 195.

Najczęściej choroby te przedostawały się w wyniku różnych form migracji chłopów, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, powrotu młodzieży po odbyciu służby wojskowej, sezonowej pracy w mieście i zdobywania wykształcenia. Wzrost zakażeń na wsi w początku lat trzydziestych, zwłaszcza w województwach zachodnich, związany był w znacznym stopniu z falą reemigracji, szczególnie z Francji. W celu przeciwdziałania temu organizowano na stacjach granicznych obowiązkowe badania lekarskie. podejmując równocześnie starania u władz francuskich, by obejmowano leczeniem przeciwwenerycznym wszystkich chorych deklarujących wyjazd z Francji.

Niedostateczne środki finansowe w budżetach gmin, jak wspomniano wyżej, hamowały racjonalne postępowanie leczniczo-zapobiegawcze. Bezpośrednio przed wybuchem II wojny światowej choroby weneryczne nadal określane były mianem klęski społecznej. Wciąż bowiem nie została opanowana endemia kiły na Huculszczyźnie, niewygaszonym również ogniskiem epidemicznym były wsie na Wileńszczyźnie, gdzie ludność na skutek niskiej świadomości zdrowotnej unikała leczenia tych chorób.

Większość czynników kształtujących natężenie chorób wenerycznych leżała w sferze społeczno-ekonomicznej, kulturalnej i psychologicznej. Czynniki te łącznie bądź też niektóre z nich wpływają na częstość kontaktów seksualnych i ich przygodność, hamują lub uniemożliwiają stosowanie racjonalnych form leczenia. Tym bardziej, iż leczenie antybiotykowe wprowadzone zostało w Polsce dopiero po II wojnie światowej, zaś metody i środki lecznicze w dwudziestoleciu międzywojennym były dość ograniczone i mało skuteczne.

Lekarze wenerolodzy w okresie międzywojennym zgrupowani byli głównie w lecznictwie miejskim, sporadycznie docierając na wieś, przede wszystkim w sytuacjach istnienia ognisk endemicznych. Poziom fachowy lekarzy ogólnych w zakresie diagnostyki i terapii chorób wenerycznych był wówczas niski, co potwierdzali lekarze, konstatując, iż „[...] obecnie leczenie rzeżączki nie odbywa się w większości bez kontroli mikroskopowej, a w rozpoznawaniu kiły dokonuje się badań na reakcję Wassermana, zaś dawniej leczenie odbywało się na ślepo, dlatego odsetki wyleczonych były tak niskie”.<sup>18</sup> Najbardziej rozpowszechnioną metodą leczniczą, stosowaną od starożytności do czasu zastosowania penicyliny, były wcierki rtęciowe. Kuracja tą metodą trwała około miesiąca, z kilku jednodniowymi przerwami i polegała na wcieraniu w chore części ciała rtęci. Opóźnione bądź nieumiejętne leczenie tym sposobem kiły doprowadzało do zapaleń nerek lub uszkodzenia mięśnia sercowego.

Kiła w sensie zdrowotnym i społecznym stanowiła i nadal stanowi

<sup>18</sup> *Ibid.*, s. 190—193.

większe niebezpieczeństwo dla kobiet niż mężczyzn. Kobiety, u których symptomy choroby nie manifestują się tak wyraźnie jak u mężczyzn, w większości rozpoczynają leczenie w drugiej fazie choroby, kiedy rokowania lecznicze są najczęściej złe. Kiła wrodzona lub nabyta doprowadza do zmian psychicznych i fizycznych, powodując przedwczesne inwalidztwo na skutek chorób serca, poronień, zmian psychicznych bądź bezpłodności.

W okresie dwudziestolecia międzywojennego w środowisku, szczególnie wiejskim, istniała — jak to już sygnalizowano — głęboko zakorzeniona obawa przed kompromitacją wobec społeczności lokalnej i chęć ukrycia „brzydkiej” choroby przed otoczeniem, powstrzymująca chorych od leczenia. Ponadto bariery ekonomiczne sprzyjały szerzeniu się tych chorób i to zarówno wśród ludności ustawowo ubezpieczonej, jak i tej, która nie korzystała z dobrodziejstwa ustawy.

Z tych względów przeciwdziałanie chorobom wenerycznym było poważnie ograniczone, tym bardziej, iż państwo w nikłym stopniu partycypowało w kosztach zwalczania chorób zaliczanych do społecznych, uznając, iż ochrona zdrowia obywatela nie należy do zadań państwa.

#### WNIOSKI KOŃCOWE

Stan zdrowia społeczeństwa polskiego po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. przedstawiał obraz wysoce niekorzystny, co było w dużej mierze efektem z jednej strony działań wojennych, a z drugiej ponad stuletniej polityki państw zaborczych, w założeniu których ziemie polskie traktowane były drugorzędnie i to zarówno pod względem gospodarczym, jak i higieniczno-zdrowotnym. Na stan zdrowia ludności rzutowały również czynniki natury materialnej i kulturowej. Efektem pierwszej wojny światowej w dziedzinie zdrowotności były epidemie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, w tym również uznawanych za społeczne: gruźlicy, chorób wenerycznych i jaglicy.

Znany higienista i lekarz społecznik M. Kacprzak sprecyzował pojęcie choroby społecznej, określając ją jako „[...] chorobę zależną od warunków bytowania danej społeczności [...], która na skutek rozpowszechnienia i długotrwałego przebiegu jest ogromnym ciężarem ekonomicznym, hamującym rozwój społeczny [...]. Wysiłek indywidualny w walce z nią nie jest wystarczający i niezbędny jest wysiłek zbiorowy, obejmujący całe społeczeństwo”.

Zarówno gruźlica, jak i choroby weneryczne, a w nieco niższym stopniu jaglica występowały w społeczności wiejskiej w sposób epidemiczny. Jeszcze w dekadzie lat trzydziestych stwierdzono u prawie 15% populacji wiejskiej gruźlicę płuc, a w populacji wieku rozwojowego 9,2%. Na wsi

notowano rocznie 42 tys. zgonów z tej przyczyny (wskaźnik 20 na 10 tys. mieszkańców). Również choroby weneryczne, szczególnie w pierwszej dekadzie II Rzeczypospolitej, stanowiły na tyle poważny problem, iż część lekarzy obawiała się zagrożenia biologicznego narodu. W latach 1918—1923 stwierdzono zachorowalność na choroby weneryczne na poziomie 44 na 10 tys. mieszkańców, zaś w Legionach w granicach 5—10% ogółu wojska. W podobnym natężeniu w tym okresie choroby weneryczne występowały wśród ludności miast i wsi. Zróznicowanie poziomu zachorowań w obu populacjach nastąpiło po objęciu systemem ubezpieczeń części społeczeństwa wiejskiego. Jaglica, aczkolwiek była chorobą mniej groźną dla życia, tym niemniej skutki jej występowania doprowadzały w wysokim odsetku do kalectwa. Była ona szczególnie rozpowszechniona w środowisku wiejskim, bowiem trzy czwarte ogółu chorych było mieszkańcami wsi. W ostatnich latach przed drugą wojną światową szacowano, iż w Polsce było ponad 500 000 osób chorych na jaglicę.

W okresie II Rzeczypospolitej zdrowie obywateli było sprawą indywidualną, stąd też partycypacja finansowa budżetu państwa w nikłym stopniu uwzględniała potrzeby zdrowotne społeczeństwa, zwłaszcza wiejskiego. Również możliwości ekonomiczne samorządów lokalnych były mocno ograniczone w zakresie finansowania indywidualnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców wsi. Bariery ekonomiczne zatem, stworzone przez państwo i samorządy, a także ograniczone możliwości finansowe chłopów uniemożliwiałały zapobieganie i racjonalne leczenie chorób społecznych. Warunki bytowe i sanitarno-higieniczne znacznej części społeczności wiejskiej sprzyjały szerzeniu się chorób zakaźnych, zarówno typu ostrego, jak i przewlekłego.

Czynniki te determinowały istnienie w II Rzeczypospolitej najwyższego w Europie natężenia chorób społecznych.

#### SUMMARY

The state of health of the Polish society after the restoration of independence in 1918 was highly unsatisfactory, which was largely due to the war on the one hand and on the other the century-long policy of the partitioning states which treated the Polish territory as secondary, both with respect to economy and health care. The health state of the population was also influenced by material and cultural factors. The effect of World War I in this field were epidemics of infectious diseases, acute and chronic, including social diseases: tuberculosis, venereal diseases and trachoma. A well-known hygienist M. Kacprzak defined the concept of social disease as a disease dependent on the living conditions of a community, which, as a result of spreading and long-term duration is a great economic burden that inhibits social development. An individual effort to fight it is not sufficient and a collective effort is necessary that would cover the whole society.

Both tuberculosis and venereal diseases, and to a somewhat lesser extent trachoma, occurred in rural population epidemically. In the 1930's there were still cases of pulmonary tuberculosis in 15% of rural population, and in the population of developmental age 9.2%. This accounted for 42 thousands deaths annually in the country (20 per 10,000). Venereal diseases, especially in the first decade of the Polish Republic II, were also such a serious problem that many doctors feared a biological threat to the nation. In 1918—1923 the incidence of venereal diseases was found to be 44 per 10,000, in the Legions this being 5—10% of the army. There was comparative intensity at that time among the population of the town and country. Differentiation of incidence in the two populations took place when some of the rural population was covered by health insurance. Trachoma, although less dangerous for life, led largely to invalidism. In the last years before World War II it was estimated that there were 500,000 people suffering from trachoma in Poland. It was especially widespread in the country, 3/4 of those infected were rural inhabitants.

Under the Polish Republic II the health of the citizens was an individual matter, that is why the state budget only negligibly took into consideration health needs of the society, especially rural population. Economic resources of local governments were also very limited as to financing individual health needs of the rural inhabitants. Economic barriers created by the state and local governments, and limited financial resources of the peasants made impossible both the prevention and rational treatment of social diseases. Living and sanitary-hygienic conditions of most rural population favoured the spread of infectious diseases. Those factors accounted for Poland's highest incidence of social diseases in Europe.

