

UNIwersYTET ŁÓDZKI

Wydział Filozoficzno – Historyczny

Studia Doktoranckie Nauk Humanistycznych



mgr Aleksandra Rybińska-Bielecka

***Wojskowa służba zdrowia Drugiej Rzeczypospolitej.
Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź.***

Praca doktorska przygotowana
pod kierunkiem **dr hab. Przemysława Waingertnera, prof. UŁ**
w Katedrze Historii Polski Najnowszej

Łódź 2018

SPIS TREŚCI

Wstęp	4
Rozdział 1: Struktura Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918-1939	
1.1 Ministerstwo Spraw Wojskowych w latach 1918-1921.....	12
1.2 Ministerstwo Spraw Wojskowych w latach 1926-1934.....	47
1.3 Ministerstwo Spraw Wojskowych w latach 1935-1939.....	63
Rozdział 2: Wojskowa służba sanitarna w II RP	
2.1 Organizacja i struktura wojskowej służby sanitarnej.....	75
2.2 Medyczne szkolnictwo wojskowe.....	86
2.3 Problemy zdrowotne żołnierzy Wojska Polskiego.....	97
2.4 Leczenie żołnierzy Wojska Polskiego.....	110
2.5 Leczenie rodzin oficerów.....	151
2.6 Rola cywilnej służby zdrowia i Polskiego Czerwonego Krzyża w wojskowej służbie zdrowia.....	152
2.7 Wojskowa służba sanitarna w przededniu wybuchu II wojny światowej.....	167
Rozdział 3: Wojskowa służba zdrowia w Okręgu Korpusu Wojska Polskiego nr IV w Łodzi	
3.1 Struktura organizacyjna terenowej służby zdrowia.	173
3.2 Szefowie sanitarni.....	189
3.2.1 Płk lek. med. Kazimierz Steier.....	189
3.2.2 Płk lek. med. Stefan Rajmund Wojciech Miłodrowski.....	190
3.2.3 Płk lek. med. Mieczysław Marx.....	193
3.2.4 Płk lek. med. Stanisław Więckowski.....	194
3.2.5 Płk lek. med. Edward Wertheim.....	199
3.2.6 Płk lek. dr. med. Kazimierz Baranowski.....	201
3.3 Okręgowe organy wykonawcze służby zdrowia.....	203
3.3.1 Szpitalnictwo wojskowe w Łodzi	203
3.3.1.1 Szpitale wojskowe w Łodzi.....	203
3.3.1.2 Szpital Okręgowy w Łodzi	205
3.3.1.3 Sylwetki komendantów Szpitala Okręgowego w Łodzi.....	215
3.3.2 Kadra kompanii zapasowej sanitarnej, 4 batalion sanitarny, IV Okręgowa Składnica Sanitarna w Łodzi.....	220

3.4 Problemy zdrowotne żołnierzy OK nr IV 1919-1931.....	223
3.5 Problemy zdrowotne OK nr IV w latach 1934-1937 na przykładzie garnizonu Łódź.....	268
3.6 Profilaktyka chorób żołnierzy OK nr IV na przykładzie garnizonu Łódź.....	292
3.7 Rola cywilnej służby sanitarnej - Polski Czerwony Krzyż w okręgu łódzkim.....	306
3.8 Łódzka służba zdrowia 1939 r. w relacjach.....	337
Zakończenie.....	347
Wykaz skrótów.....	354
Bibliografia.....	356

WSTĘP

Służba zdrowia stanowi dzisiaj określenie państwowych służby odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną nad obywatelami. W II Rzeczypospolitej pojęcie: publicznej służby zdrowia zostało wprowadzone ustawą z dnia 15 czerwca 1939 r. Jednakże już dużo wcześniej, bowiem tuż po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, sprawy związane z ochroną zdrowia społeczeństwa niepodległego państwa, obok konieczności uregulowania innych ważnych spraw społecznych, były jednym z najważniejszych obszarów, w których rozpoczął działanie ówczesny rząd. Już w roku 1918 uwidocznił się także podział ochrony zdrowia na pion cywilny i wojskowy.

Wojskowa służba zdrowia odnalazła swoje miejsce w strukturach Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.), zarówno w tych administracyjnych, jak i terenowych. Przy intensyfikacji rozwoju struktur militarnych, spowodowanych licznymi działaniami wojennymi w pierwszych latach niepodległego Państwa Polskiego – rozwój wojskowych służb medycznych był niezbędny.

Od października do listopada 1918 r., rozpoczęło się formowanie terytorialnych struktur Wojska Polskiego. Rozkazem MSWojsk. z 17 listopada 1918 r. po raz pierwszy w niepodległej Polsce dokonano podziału terytorialnego na Okręgi Generalne (OGen.).

Rok 1921 przyniósł kolejne, znaczące zmiany dla wojskowej struktury terenowej. Wynikało to z zakończenia wojny polsko-bolszewickiej i ostatecznym unormowaniem granic II Rzeczypospolitej. MSWojsk. zaczęło „przechodzić na stopę pokojową”. Zlikwidowano Okręgi Generalne, a na ich miejsce powołano Okręgi Korpusów (OK). Odpowiadały one za zaopatrzenie, szkolenie oraz dyscyplinę, podlegających im formacji wojskowych. Powołanych zostało dziesięć OK. W Łodzi utworzony został - IV Okręg Korpusu. Całą służbę sanitarną w Łodzi w sensie organizacyjnym można, zaś podzielić na: lecznictwo samorządowe (miejskie i ubezpieczeniowe), lecznictwo charytatywne i prywatne oraz wojskowe (państwowe)¹. Pion wojskowy podlegał Szefostwu Służby Zdrowia przy OK, na którego czele stał - Szef Sanitarny Okręgu.

¹ W monografii Jana Fijałka i Janusza Indulskiego pt. „*Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*”, sektory tzw. cywilne są opisane dokładnie i precyzyjnie, natomiast wojskowa służba zdrowia potraktowana została dość pobieżnie.

Celem rozprawy było przedstawienie głównych aspektów wojskowej służby zdrowia w okresie Drugiej Rzeczypospolitej, koncentrując przede wszystkim badania na Okręgu Korpusu nr IV w Łodzi.

Niniejsze opracowanie zawiera się w latach 1918-1939. Tytuł rozprawy – wydawałoby się niekonsekwentny – ponieważ OK, jak wyżej podano utworzono dopiero w roku 1921. Jego struktury jednakże powstały w oparciu o wcześniej istniejące struktury – OGen. Nie było zatem możliwym przedstawienie struktur wojskowej służby zdrowia w OK nr IV w Łodzi, nie omawiając ich bezpośrednich poprzedników.

Temat ten wymagał podjęcia, gdyż w polskiej historiografii problem wojskowej służby zdrowia² był poruszany, jednakże bez znacząco wyodrębnionego aspektu łódzkiego. W dzisiejszych czasach badania interdyscyplinarne stają się coraz bardziej popularne. Z tym problemem musi zmierzyć się wielu badaczy. Specyfika procedur badawczych w obrębie poszczególnych dziedzin różni się od siebie. Istnieją zakresy badawcze, które ciężko zakwalifikować do jednej metody poznawczej. Status medycyny w mojej metodzie badawczej ma charakter humanistyczny.

Praca została podzielona na trzy rozdziały, które ułożone są tematycznie – w sposób ułatwiający poznanie przedstawianego zagadnienia.

Rozdział pierwszy *Struktura Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918-1939* jest rozdziałem wprowadzającym, ukazującym skomplikowane struktury MSWojsk. oraz ich przemiany na przestrzeni dwudziestu lat. Jego omówienie i analiza była niezbędnym do umiejscowienia struktur wojskowo-medycznych w powyższej jednostce. Bez zrozumienia licznych przemian w strukturach MSWojsk. – byłoby niezmiernie trudnym, wręcz niemożliwym – przedstawienie dziejów wojskowej służby zdrowia w sposób chronologiczno-problemowy.

² M. in.: Felchner A., *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia wojska polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji 1939 r.)*, Oświęcim 2016 r.; Felchner A., *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918r. do mobilizacji w 1939 r.)*. Rozprawa habilitacyjna, cz. 1-2, Łódź - Warszawa 1990 r.; Słowiński A., *Służba zdrowia Wojska Polskiego w kampanii wrześniowej*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej”, zeszyt 11, 1967 r.; Wojtkowiak S., *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r.; Wojtkowiak S., *Służba zdrowia w początkowym okresie drugiej wojny światowej 1939-1941. Skrypt wykładu dla studentów Wydziału Lekarskiego*, Łódź 1972 r.; Wojtkowiak S., *Szkolnictwo Medyczne w Wojsku Polskim*, Łódź 1968 r.; Wojtkowiak S., Talar J., Majewski W., Piotrkowski F., *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974 r.; *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, pod. red. W. Zaniewskiej, Warszawa 1974 r.; Zawacka E., *Czekając na rozkaz. Pogotowie Społeczne Organizacji Przysposobienia Wojskowego Kobiet w przededniu II wojny światowej*, Lublin 1992 r.; Zawacka E., *Szkice z dziejów wojskowej służby kobiet*, Toruń 1992 r.;

W znaczącej części rozdział pierwszy opiera się na monografiach i opracowaniach ogólnodostępnych³, jednak nie tylko, bowiem skomplikowane struktury MSWojsk. i ich organizacja na przestrzeni w/w lat wymagały zapoznania się z licznymi aktami normatywnymi, m.in: Dziennikiem Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, Dziennikami Ustaw, Dziennikiem Rozkazów Wojskowych⁴. Podczas pracy badawczej w rozdziale pierwszym ujawnił się brak opracowanych pewnych zagadnień. „Luki badawcze” w literaturze przedmiotu pojawiły się przede wszystkim w kwestiach związanych ze Sztabem Generalny Wojska Polskiego w latach 1926-1934.

Rozdział drugi *Wojskowa służba sanitarna w II RP* jest rozdziałem, który traktuje już bezpośrednio o tematyce medycyny wojskowej w Drugiej Rzeczypospolitej - o jej organizacji i strukturach w MSWojsk., medycznym szkolnictwie, problemach zdrowotnych żołnierzy Wojska Polskiego - ich leczeniu oraz leczeniu ich rodzin, roli cywilnej służby zdrowia i Polskim Czerwonym Krzyżu, a także o wojskowej służbie sanitarnej w przededniu wybuchu II wojny światowej.

Bibliografia tego rozdziału to - w znaczącej większości - pozycje naukowe pochodzące z omawianego okresu⁵. Skomplikowana terminologia medyczna, wymagała rozbudowania

³ M. in.: Wyszczelski L., *Ministerstwo Spraw Wojskowych (1918-1939)*, Warszawa 2010 r.; Wyszczelski L., *Wojsko Polskie w latach 1918-1921*, Warszawa 2001 r.; *Odrodzenie Wojska Polskiego 1918-1921 w materiałach Centralnego Archiwum Wojskowego*, pod red. Andrzeja Czesława Żaka, Warszawa 2008 r.; Böhm T., *Z dziejów naczelných władz wojskowych II Rzeczypospolitej. Organizacja i kompetencje Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918 – 1939*, Warszawa 1994 r.; Czarnecka R., *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918 – 1921*, dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.; Czarnecka R., *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” nr 27, Warszawa 2005 r.; Krassowski B., *Polska kartografia wojskowa (1919-45)*, Warszawa 1974 r.; Garlicki A., *Przewrót majowy*, Warszawa 1979 r.; Czubiński A., *Przewrót majowy 1926 r.*, Warszawa 1989 r.; Stawecki P., *Wojsko Marszałka Józefa Piłsudskiego 12 V 1926-12 V 1935*, Warszawa 2004 r.; Wojciechowski T., *Źródła wojskowe do dziejów przemysłu w latach 1918-1939*, http://www.caw.wp.mil.pl/plik/file/biuletyn/b1/b1_7.pdf, dostępność internetowa z dn. 11.05.2015 r.; 12. T. Jurga, *Regularne jednostki Wojska Polskiego w 1939 r.*, Warszawa 1975 r.; Ratajczyk G., *Żandarmeria Wojska Polskiego II Rzeczypospolitej*, Toruń 2004 r.; Brummer W., *Sztab Generalny WP, Naczelne Dowództwo WP* [w:] *Spis władz wojskowych 1918–1921*, Warszawa 1936 r.; Kumaniecki K. W., *Odbudowa Państwowości Polskiej*, Warszawa – Kraków 1924 r.

⁴ M. in.: Dziennik Praw Królestwa Polskiego; Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych z 1918 r.; Dziennik Ustaw 1918 r. i 1919 r.; Dziennik Rozkazów Wojskowych z roku 1918, 1919; Dziennik Ustaw RP 1926 r., 1935 r.; Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 6 sierpnia 1926 r.; Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 9 maja 1936 r.

⁵ M. in.: Andrzejewski J., *Maska przeciwigazowa używana w Polsce*, Nakładem LOPP, 1930 r.; Bałaban T., *Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo – lekarskiego* [w:] „Lekarz Wojskowy”, nr 4, 1920 r.; Cianciara H., *W sprawie leczenia cierpień gościowych szczepionką „Cutivaccin” Paul’a* [w:] „Lekarz Wojskowy” t. XV, Warszawa 1930 r.; Herman M. W., *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r.; Liga Obrony Powietrznej i Przeciwigazowej, *Naucz się bronić przed gazami bojowymi. Zbiór pytań, odpowiedzi i przykazań z obrony przeciwigazowej*, Warszawa 1933 r.; MSWojsk., *Badanie i ocena fizycznej i psychicznej zdolności do służby wojskowej podoficerów i szeregowców wykonujących powszechny obowiązek wojskowy*, Warszawa 1937 r.; Marynowski Z., *Drużyny odkażające*, Warszawa 1937 r.; MSWojsk., *Podręcznik podoficera sanitarnego*, Warszawa 1939 r.; Mund-Mierzecki H., *Co każdy żołnierz o chorobach wenerycznych*

wiedzy i zapoznania się szerzej z pewnym kwestiami medycznymi, dotyczącymi nie tylko zagadnień historycznych, ale i współczesnych. Żeby bowiem zweryfikować poziom ówczesnej wiedzy medycznej oraz skuteczność stosowanych metod leczenia, należało zaznajomić się z wiedzą współczesną z różnych specjalizacji medycznych, m.in. z: psychiatrią, chirurgią, chorobami zakaźnymi, chorobami wenerycznymi. Z tego względu w pracy pojawiają się współczesne medyczne monografie i opracowania ogólnodostępne⁶.

Autorka zdaje sobie sprawę, że nie posiada wykształcenia medycznego – jednak celem pracy było ukazanie problemów wojskowej służby zdrowia – historii medycyny - z zakresu metodologii badań nauk historycznych⁷. Ponadto wsparciem merytorycznym w powyższej kwestii był promotor pomocniczy pracujący w latach 2013-2016 w Zakładzie Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej, a od 2016 r. w Zakładzie Socjologii Uniwersytetu Medycznego – dr n.med. Bogumiła Kempieńska-Mirośławska.

Tym samym wszelkie zagadnienia z dziedziny medycyny były dokładnie omawiane i weryfikowane.

Rozdział trzeci: *Wojskowa służba zdrowia w Okręgu Korpusu Wojska Polskiego nr IV w Łodzi*. Przedstawia najważniejsze aspekty wojskowej służby zdrowia w Okręgu Korpusu nr IV Łódź. Jego struktura jest znacząco rozbudowana i bardziej skomplikowana. Składa się on bowiem z podrozdziałów, które dzielą się na jeszcze mniejsze po podrozdziały.

Na wstępie autorka wyjaśnia strukturę organizacyjną terenowej służby zdrowia - tym samym konstrukcyjnie nawiązuje do struktur omówionych w rozdziale pierwszym i drugim – co w całości tworzy związek przyczynowo – skutkowy, pozwalający dogłębnie poznać zagadnienie.

wiedzieć powinien, Warszawa 1919 r.; Sokołowski A., *Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów*, [w:] „Lekarz wojskowy”, nr 2, 1920 r.

⁶ M.in.: Mała Encyklopedia Medycyny, t. I - III, Warszawa 1989 r.; Bidziński J., *Początek neurochirurgii warszawskiej (1935-1947)*, http://www.tlw.waw.pl/index.php?id=19&newsy_id=74, dostępność internetowa, z dn. 13.02.2016 r.; *Choroby weneryczne*, <http://www.choroby-weneryczne.com/>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.; *Gruźlica - objawy, badanie, leczenie*, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/gruzlica-objawy-badanie-leczenie_35416.html, dostępność internetowa z dn. 6.02.2016 r.; *Jaglica*, <https://portal.abczdrowie.pl/jaglica>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.; *Kila*, <http://kila.info.pl/objawy-kily/>, dostępność internetowa z dn. 22.09.2017 r.; Leaper D. J., Harding K. G., *Rany urazowe I chirurgiczne*, <http://www.wydawnictwopzwl.pl/download/225270100.pdf>, dostępność internetowa, z dn. 11.02.2016 r.; *Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych*, <http://msdkardiologia.pl/meningokokowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych/>, dostępność internetowa z dn. 9.09.2017 r.; Spalek M., *Ropne (bakteryjne) zakażenie skóry – przyczyny, objawy i leczenie*, <http://wylecz.to/pl/choroby/dermatologia/ropne-bakteryjne-zakazenie-skory-przyczyny-objawy-i-leczenie.html>, dostępność internetowa z dn. 13.09.2017 r. – i wiele innych.

⁷ Patrz więcej: A. Rybińska, *Zagadnienie metodologii badań w naukach historycznych i medycznych – problem interdyscyplinarności* [w:] *Studia z Historii Społeczno-Gospodarczej XIX i XX wieku*, t. XV, s. 177-186.

Kolejno przedstawianych zostaje sześć sylwetek szefów sanitarnych: płk. lek. med. Kazimierza Steiera, płk. lek. med. Stefana Rajmunda Wojciecha Miłodrowskiego, płk. lek. med. Mieczysława Marxa, ppłk. lek. med. Stanisława Więckowskiego, ppłk./płk. lek. med. Edwarda Wertheima oraz płk. lek. dr. med. Kazimierza Baranowskiego. Poszczególne biografie zostały przedstawione i rozbudowane, na tyle ile pozwoliły na to odnalezione źródła⁸. Należy nadal pogłębiać w tym zakresie prace badawcze w celu doprecyzowania niektórych z biogramów⁹.

Następnie poruszony zostaje problem okręgowych organów wykonawczych wojskowej służby zdrowia. Szefowi Sanitarnemu w IV Okręgu Korpusu od 1921 r. podlegały bezpośrednio cztery organy wykonawcze, do których należały: 4 okręgowy szpital, kadra kompanii zapasowej sanitarnej, batalion sanitarny oraz składnica sanitarna¹⁰. Nie wszystkie z powyższych struktur udało się wnikliwie autorce opisać ze względu na brak źródeł. Jednakże Szpital Okręgowy w Łodzi¹¹, który stanowił najważniejszy element z powyżej wymienionych udało się opracować najdokładniej.

Już jesienią 1919 r. tworzył on stałe ogniowo wojskowych placówek służby zdrowia. Łączył on w sobie funkcje: lecznicze, mobilizacyjne, szkoleniowe i ewidencyjne. Był

⁸ W opisach biografii użyte zostały przede wszystkim źródła archiwalne. Zarówno te pochodzące z Centralnego Archiwum Wojskowego, m.in.teczki personalne: CAW, OOP/630 czy CAW, KZ 23-157, jak i prasa, m.in.: „Republika”, nr 38 z dn. 7.02.1928 r., „Hasło Łódzkie”, nr 52 z dn. 6.11.1927 r.; „Orędownik”, nr 55 z dnia 8.03.1939 r., „Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki” nr 18, z dn. 18.01.1939 r.; „Głos Porann: dziennik społeczny, polityczny i literacki” nr 16, z dn. 16.01.1939 r. Ponadto opisy zawierają źródła pochodzące z epoki, jak spisy, roczniki, dzienniki personalne, m.in.: Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8 czerwca 1922 r., Warszawa 1922 r.; Rocznik oficerski 1923, 1924, 1932 r., MSWojsk.; Dziennik Personalny MSWojsk., nr 49 z 22.12.1920 r.; Dziennik Personalny MSWojsk., nr 7 z 18.02.1927 r.; Urzędowy spis lekarzy uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej oraz aptek w Drugiej Rzeczypospolitej, Warszawa 1924/1925 r.; Spis lekarzy województwa łódzkiego przynależnych do Izby Lekarskiej w Łódzkiej. Stan z dn. 1.07.1931 r. [w:] Dziennik Urzędu Izb Lekarskich nr 9 z dn. 1.09.1931 r.; Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych nr 13 z 8.06.1922 r., Warszawa 1922 r.

⁹ Chodzi tutaj przede wszystkim o płk. lek. Mieczysława Marxa (ur. 1904 r.) jego losy udało się autorce odtworzyć tylko do roku 1934.

¹⁰ Ze względu na znikomą ilość źródeł dot. kadry kompanii zapasowej sanitarnej, batalionu sanitarnego oraz składnicy sanitarnej w IV OK w Łodzi autorka w podrozdziale jedynie zarysowała problem badawczy, który w przypadku odnalezienia dodatkowych źródeł archiwalnych należy rozwinąć. Problem odnalezienia źródeł wynika z licznych zmian i reorganizacji struktur, tym samym docelowa jednostka archiwalna w której znajdować by się mogły dokumenty jest bardzo trudna do ustalenia.

¹¹ W podrozdziale zostały wykorzystane liczne źródła, m.in.: Rudzki S., *Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce* [w:] „Lekarz Wojskowy” R. VIII, t. IX, nr 5, 1927 r.; Fijałek J., Indulski J., *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990 r.; Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polski na r. 1938, Warszawa 1938 r.; *Szpital im. dra med. Karola Jonschera w Łodzi 1884-1984*, pod. red. Jana Fijałka, Łódź 1984 r.; *Szpital dla nerwowo i psychicznie chorych im. dra med. Józefa Babińskiego w Łodzi 1902-1987 (dawna „Kochanówka”)*, pod. red. Stefana Pytłasa, Henryka Sułata, Tadeusza Wierzbickiego, Łódź 1988 r.; Wydział statystyczny magistratu m. Łódź, *Informator miasta Łodzi z kalendarzem na rok 1920 r.*, Łódź 1920 r.; Stefański K., *Gmachy użyteczności publicznej dawnej Łodzi. Banki, hotele, szpitale, szkoły, teatry...*, Łódź 2000 r.; *Konkurs powszechny sarp na projekt szkicowy Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi* [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r. i wiele innych.

zakładem macierzystym dla wszystkich formacji polowych i zakładów sanitarnych formowanych w okręgu łódzkim – dlatego też zdaniem autorki w tym podrozdziale należało poświęcić mu najwięcej uwagi. Na czele Szpitala Okręgowego od listopada 1918 r. do września 1939 r. stali komendanci. W Łodzi na przestrzeni omawianych lat stanowisko to siedmiokrotnie było zmieniane. Te liczne zmiany zostały uwzględnione i opracowane na podstawie licznych źródeł, prasy oraz materiałów archiwalnych Centralnego Archiwum Wojskowego¹². Biogramy komendantów Szpitala Okręgowego w Łodzi zostały opracowane na podstawie źródeł odnalezionych przez autorkę. Pomimo chęci wiele wątków biograficznych jest niepełnych – nieznane są losy osób po roku 1939, a w niektórych przypadkach zanikają one już w okresie dwudziestolecia międzywojennego. Należy jednak zaznaczyć, że głównym celem pracy było przedstawienie ogólnego obrazu wojskowej służby zdrowia w OK nr IV w Łodzi, a odnalezione poszczególne wątki biograficzne komendantów Szpitala Okręgowego, miały za zadanie wzbogacić wartość merytoryczną pracy. Niektóre postacie pełniły także funkcję szefów sanitarnych, dlatego też ich życiorysy nie były ponownie przedstawiane w celu nie powtarzania wcześniejszego materiału.

Kolejno zostały poddane analizie problemy zdrowotne żołnierzy OK nr IV w latach 1919-1931. W każdym Okręgu Korpusu można było zaobserwować pewną statystykę chorób – wskazującą na wzrost lub spadek liczby zachorowań. W podrozdziale dla celów porównawczych zostały celowo podane dane statystyczne chorób, dotyczących żołnierzy z innych Okręgów Korpusu. Autorka starała się omówić dostępne dokumenty statystyczne z lat 1922-1931¹³ i przedstawić obraz chorób występujących w OK nr IV Łódź.

Zachowane źródła statystyczne wojskowej służby zdrowia pozwalają na przedstawienie lat kolejnych, jednakże nie dla całości okręgu. Na szczęście najlepiej zachowane są materiały

¹² M. in.: *Awans majowy w armii*, [w:] „Słowo Polskie”, nr 103 z dn. 2 maja 1899 r., Lwów 1899 r.; Spis członków i delegatów Galicyjskiego Towarzystwa Łowieckiego wedle powiatów, Lwów 1914 r.; CAW, I.371.4, t. 223 - Imienny wykaz oficerów i równorzędnych wojsk sanitarnych względem służby zdrowia w myśl rozporządzenia MSWojsk. L. 609/9 z dnia 1 lutego 1922 r.; Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r.; Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8 czerwca 1922 r., Warszawa 1922 r.; CAW, KZ 23-157; Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej R.2, nr 9, Warszawa 1931 r.; „Głos Polski”, nr 54 z dn. 24.02.1920 r.; *Z łódzkiej izby lekarskiej* [w:] „Republika” nr 342, z dn. 15.12.1931 r.

¹³ W zdecydowanej większości autorka omówiła podrozdział na podstawie źródła odnalezionego w CAW - CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*. W niektórych przypadkach jednostek chorobowych udało się wydłużyć lata i rozpocząć omawianie danej choroby od 1919 r. Jednak w większości przypadków nie zachowały się źródła wyodrębniające sam okręg łódzki. Oprócz *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji*, autorka opierała się na następujących źródłach: Szulc G., *Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w Wojsku Polskim*, Warszawa 1929 r.; *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., i inne.

dotyczące Łodzi (do 1937 r.) – głównego ośrodka IV Okręgu Korpusu. Dlatego też na ich podstawie autorka kontynuuje narrację – zakładając, że problemy zdrowotne żołnierzy w innych ośrodkach IV OK były bardzo zbliżone do tych stacjonujących w łódzkim garnizonie.

Do wnikliwej analiz z roku 1934 posłużyły dwa dokumenty: sprawozdanie sanitarno-opisowe Garnizonu Łódź za cały rok¹⁴ oraz za miesiąc grudzień¹⁵. Z roku 1935 nie posiadamy sprawozdania rocznego, ale zachowane są dużo dokładniejsze sanitarne sprawozdania miesięczne od stycznia do listopada¹⁶. Za rok 1936 – tak jak za rok 1934 - zachowane są dwa dokumenty: sprawozdanie miesięczne za grudzień¹⁷ i całościowe sprawozdanie roczne¹⁸. Sprawozdania sanitarne za rok 1937 posiadamy od stycznia do października¹⁹ z tym, że brakuje sprawozdania za miesiąc sierpień, nie zachowało się także sprawozdanie roczne.

Na przykładzie wojsk stacjonujących w Łodzi można było także z dużą dokładnością omówić szeroko rozumianą profilaktykę i sposoby leczenia chorób występujących w OK nr IV, należy bowiem pamiętać, iż problemy zdrowotne, omówione we wcześniejszym podrozdziale były podobne i charakterystyczne dla całego IV Okręgu Korpusu. Wiedzano, że aby zmniejszyć liczbę chorych, należy zastosować profilaktykę zdrowotną w łódzkich oddziałach wojskowych. Pomimo, że sama koncepcja zdrowia, jego ochrony, profilaktyki i promocji powstała stosunkowo niedawno, a jej początki datuje się na lata 70 XX w. wraz z rozwojem ruchu nowego zdrowia publicznego w Kandzie, to w łódzkim OK była ona już widoczna w okresie dwudziestolecia międzywojennego²⁰.

Następnie – nawiązując tematycznie do wcześniejszych rozdziałów – autorka koncentruje się na roli cywilnej służby sanitarnej w OK nr IV Łódź – którą w tym rejonie stanowił przede

¹⁴ CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1934 r.

¹⁵ CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź z XII. 1934 r.

¹⁶ CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń - listopad 1935 r.

¹⁷ CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc grudzień 1936 r.

¹⁸ CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936 r.

¹⁹ CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń – październik 1937 r. (bez miesiąca sierpnia).

²⁰ Źródła, m.in.: CAW.I.371.4, t. 221, Szczepienie rekrutów, rocz.1904; CAW, I.320.28, t. 174, 28 Pułk Strzelców Kaniowskich, nr 930, Zarządzenie zdrowotne na okres wspólnych ćwiczeń nr 2; CAW, I.371.4, t. 220, 28 pułk Strzelców Kaniowski, nr 855; CAW, I.371.4, t.12, Wykaz aptekarzy wojskowych w Łodzi z dn. 26.01.1918 r.; CAW, I.371.4, t. 220, Pomocnicza Składnica Uzbrojenia nr 4, nr 950; CAW, I.371.4, t. 221, L.dz. 6134/26.Wydz.II, Zarządzenie sanitarne w związku z odejściem oddziałów do obozów letnich; CAW, I.371.4, t. 220, Współdziałanie pracowni bakteryjnych wojskowych i państwowych cywilnych; CAW, I.371.4, t. 220, Pobór główny mężczyzn rocz. 1914 r.

wszystkim Łódzki Oddział Polskiego Czerwonego Krzyża. Wspieraniem łódzkiego wojska, w zakresie sanitarnym, zajmowały się w znaczącym stopniu: Sekcja Sióstr, Sekcja Sanitarna, Sekcja Opieki nad Szpitalami Wojskowymi oraz Sekcja Odczytowa. Ich szeroka działalność została omówiona przede wszystkim na podstawie: Sprawozdań Zarządu Oddziału Łódzkiego PCK z lat 1926-1938²¹.

Łódzka służba zdrowia 1939 r. w relacjach – jest podrozdziałem kończącym rozprawę. Zamyka on chronologiczną relację o wojskowej służbie zdrowia w najważniejszym ośrodku IV Okręgu Korpusu – w Łodzi. Ten fragment pracy opiera się w dużym stopniu na spisanych relacjach osób, złożonych i zachowanych w Archiwum Związku Kombatanów i Byłych Więźniów Politycznych Oddziału w Łodzi²².

Ponadto w pracy odnajdujemy liczne tabele, wykresy i schematy. Umieszczenie ich miało ułatwić zrozumienie omawianych skomplikowanych struktur oraz zagadnień. Zamieszczane, zaś ilustracje niewątpliwie wzbogacają wartość pracy, a umiejscowienie ich bezpośrednio w tekście - miało za zadanie urozmaicać czytelnikowi lekturę. Kolejnym elementem wzbogaczającym pracę jest wkładka znajdująca się na końcu dysertacji, zawierająca dodatkowe materiały w postaci map i tabel.

Na zakończenie chciałabym podziękować moim promotorom – dr hab. Przemysławowi Waingertnerowi, prof. UŁ oraz dr n.med. Bogumile Kempieńskiej - Mirosławskiej – za wsparcie merytoryczne i metodologiczne w pracy, a także mojemu mężowi - Kasprowi Bieleckiemu – za wsparcie duchowe.

²¹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939 r.
Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927 r.
Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929 r.
Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930 r.
Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932 r.
Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1933 r., Łódź 1934 r.

²² Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, *Szpital wojskowy WAM w 40-lecie istnienia*, t. 304; Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 320; Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 328; Zarząd Miejski w Łodzi. Wydział Zdrowia Publicznego, sygn. 18709.

ROZDZIAŁ 1

STRUKTURA MINISTERSTWA SPRAW WOJSKOWYCH W LATACH 1918 – 1939

1.1 Ministerstwo Spraw Wojskowych w latach 1918-1921

Istotną inicjatywą polityczną wobec polskich aspiracji wojskowych był akt 5 listopada 1916 r. wydany przez państwa centralne. Na jego bowiem postanowieniach została utworzona 6.12.1916 r. Tymczasowa Rada Stanu (TRS), przy której został powołany pierwszy załączek przyszłego Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.). 14.01.1917 r. na pierwszym posiedzeniu TRS została utworzona Komisja Wojskowa²³. Jej przewodniczącym z urzędu został marszałek koronny TRS – Wacław Niemojewski, a funkcję kierownika i jednocześnie obowiązki referenta wojskowego objął Józef Piłsudski.

W lipcu 1917 r. miał miejsce kryzys przysięgowy Legionów Polskich²⁴ i w jego wyniku TRS została rozwiązana. Komisja Wojskowa 12.09.1917 r. została podporządkowana Radzie Regencyjnej, która to powołana została na mocy patentów generała – gubernatora w Lublinie (Stanisława Szeptyckiego) i generała – gubernatora w Warszawie (Hansa Hartwiga von Beselera). W jej skład weszły trzy osoby: arcybiskup warszawski – Aleksander Krakowski, działacz i polityk ziemiański – książę Zdzisław Lubomirski oraz konserwatywny polityk – Józef Ostrowski. Komisji Wojskowej przewodniczył Ludwik Górski, który od momentu

²³ Komisja Wojskowa początkowo składała się z następujących wydziałów: spraw ogólnych, przygotowawczych (referaty: prac przygotowawczych, spraw bieżących, statystyczno – ewidencyjnych, wychowania wojskowego, słownictwa wojskowego i biblioteki) i samodzielnych referatów: przemysłu wojennego, opieki oraz kancelarii ogólnej. Skład personalny Komisji liczył siedem osób, a od 6 marca 1917 r. został powiększony o kolejne pięć. Na jej czele stał niezmiennie J. Piłsudski. – L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych (1918-1939)*, Warszawa 2010 r., s. 16.

²⁴ 2.06.1917 r. J. Piłsudski wystąpił z TRS i zajął się pracą konspiracyjną w Polskiej Organizacji Wojskowej (POW). „Odmówił też złożenia przysięgi o braterstwie broni i wierności cesarzom Niemiec i Austro-Węgier. I i III Brygada Legionów Polskich w ślad za Piłsudskim również tej przysięgi nie złożyły. Niemcy odpowiedzieli aresztowaniem Piłsudskiego i Sosnkowskiego w nocy z 21 na 22.07.1917 r. (zamknięto ich w twierdzy w Magdeburgu), a żołnierzy i oficerów internowali w obozach w Szczypiornie i Beniaminowie. Resztę polskich żołnierzy z Legionów wcielono do armii austriackiej i wysłano na front włoski, a II Brygadę, która złożyła przysięgę - na front rosyjski” – Ministerstwo Obrony Narodowej: *Odrodzenie Wojska Polskiego 1918-1921 w materiałach Centralnego Archiwum Wojskowego*, pod. red. Andrzeja Czesława Żaka, Warszawa 2008 r., s. 109-110.

rezygnacji J. Piłsudskiego piastował tę funkcję. Po nim stanowisko to przejął ks. Franciszek Radziwiłł jako dyrektor²⁵ Komisji Wojskowej (od 17.04 1918 r. do 23.10.1918 r.), mając jako zastępcę płk. Mariana Żegotę – Januszajtisa.

W efekcie dekretu Rady Regencyjnej z dnia 3.01.1918 r. Komisja Wojskowa miała funkcjonować przy Prezydencie Rady Ministrów do „*czasu ostatecznego zorganizowania Wydziału Wojskowego*”²⁶. W rzeczywistości kontynuowała ona założenia TRS.

Przez cały czas trwały prace nad przekształceniem Komisji Wojskowej w Ministerstwo Wojny. W końcu kwietnia 1918 r. taki projekt został przedstawiony Radzie Regencyjnej, jednak zakończył się on całkowitym fiaskiem. Dopóki władzę zwierzchnią sprawował okupant powstanie takiego organu było niemożliwe. Zatwierdzona została jednak nowa organizacja Komisji Wojskowej, która składała się od tamtego momentu z następujących sekcji: centralnej, gospodarczej, opieki oraz sekcji naukowej²⁷.

Dekretem 12.10.1918 r. Rada Regencyjna przejęła władzę nad Wojskiem Polskim, jak czytamy: „*My Rada Regencyjna Królestwa Polskiego, postanowiliśmy i stanowimy: (...) o przejściu Władzy Zwierzchniej nad wojskiem polskim w Nasze ręce, przystąpić do formowania narodowej armii regularnej (...)*”²⁸. Komisja Wojskowa powoli, lecz konsekwentnie realizowała swoje zamierzenia.

Z jej inicjatywy w połowie października 1918 r. Rada Regencyjna rozpoczęła organizowanie Sztabu Generalnego Wojsk Polskich. Zajmować się on miał wszystkim sprawami dotyczącymi formowania się nowych oddziałów wojskowych, a także wszelkimi sprawami związanymi z ich wyposażeniem. 25.10.1918 r. Rada Regencyjna uchwaliła dekret powołujący Szefa Sztabu Generalnego Wojsk Polskich, na czele z gen. Tadeuszem Jordanem Rozwadowskim, który tego samego dnia, zatwierdził jego skład personalny oraz tymczasową organizację.

Komisję Wojskową przemianowano 4.10.1918 r. na Królewsko - Polską Komisję Wojskową. Następnie 26.10.1918 r. została ona przekształcona w Ministerstwo Spraw Wojskowych²⁹(MSWojsk.)³⁰. Stanowisko MSWojsk. przewidziano dla J. Piłsudskiego, jednak

²⁵ Wraz z dekretem 3.01.1918 r. nastąpiła zmiana tytułatury z kierownika Komisji Wojskowej na dyrektora.

²⁶ Dekret RR o tymczasowej organizacji władz naczelnych w Królestwie Polskim, Dziennik Praw Królestwa Polskiego nr 1, poz.1

²⁷ Patrz więcej: T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz wojskowych II Rzeczypospolitej. Organizacja i kompetencje Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918 – 1939*, Warszawa 1994 r., s. 17-18.

²⁸ K. W. Kumaniecki, *Odbudowa Państwowości Polskiej*, Warszawa – Kraków 1924 r., s. 123-124; Patrz więcej: Dziennik Praw Królestwa Polskiego z dnia 29 października 1918 r., nr 13, poz. 27.

²⁹ Dekret o utworzeniu Ministerstw: Spraw Zewnętrznych, Spraw Wojskowych, Komunikacji i Apropowizacji, Dziennik Ustaw 1918 r., nr 14 poz. 30.

czekając na jego powrót z Magdeburga tymczasowo to stanowisko objął dotychczasowy szef sekcji technicznej, płk Jan Wroczyński³¹. Rozpoczął On organizację kierownictwa MSWojsk. wzorując się przede wszystkim na niemieckich i angielskich rozwiązaniach. Zamierzał on stworzyć osiem departamentów z podziałem na sekcje i wydziały. Organizacja miała przedstawiać się następująco:

- Departament organizacyjny (sekcje: komunikacji kolejowej i wodnej, statystyczna, uzupełnień),
- Departament administracji (sekcje: duszpasterska, poborowa, prawna)
- Departament techniczny (sekcje: budowlana, elektrotechniczna, inżynierii wojskowej, portów wojennych)
- Departament gospodarczy i opieki (sekcje: lekarska, opieki weterynarii)
- Departament broni (sekcje: arsenałów, naukowo – doświadczalna)
- Departament kontroli (sekcje: finansowa, materiałowa)
- Departament szkół wojskowych z wydziałem korpusu kadetów
- Departament szkół wojskowych z wydziałem szkół (artylerii, inżynierii, kawalerii, piechoty), (sekcje: szkół specjalnych i wyższych)³².

Propozycja organizacyjna płk. Wroczyńskiego została jednak odrzucona, powrócono do niej jednak po objęciu władzy przez Piłsudskiego. MSWojsk. znajdowało się w początkowej fazie organizacji, dlatego też kształtowaniem się Wojska Polskiego oraz powoływaniem jego administracji terytorialnej, zajmował się Sztab Generalny WP³³. Na mocy rozkazu z dnia 30.10.1918 r. gen. Rozwadowski podzielił obszar nadal okupowanego państwa na 15 okręgów (I – warszawski, II – siedlecki, III – lubelski, IV – radomski, V – kielecki, VI – piotrkowski, VII – częstochowski, VIII – łódzki, IX – kaliski, X – łowicki, XI – włocławski, XII – ciechanowski, XIII – łomżyński), a raczej na 13, bowiem Suwalszczyzna miała stanowić dwa ostatnie XIV i XV na mocy osobnego rozporządzenia³⁴.

W każdym okręgu wojskowym powstać miał jeden pułk piechoty. 3.11.1918 r. Sztab Generalny WP wydał poufne instrukcje dla dowódców pułków. Nakazywano w nich

³⁰ Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, nr 3, poz. 26, z 4.11.1918 r.

³¹ Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych nr 3, poz. 35, z 4.11.1918 r.

³² T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz wojskowych II Rzeczypospolitej. Organizacja i kompetencje Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918 – 1939*, Warszawa 1994 r., s. 22.

³³ *Narodziny Wojska Polskiego (październik – grudzień 1918)*,

<https://caw.wp.mil.pl/plik/file/wydawnictwa/narodziny.pdf>, dostępność internetowa z dn. 19.02.2018 r.

³⁴ Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, nr 2, poz. 25, z 1.11.1918 r.

jednocześnie przy powoływaniu pułku, tworzenie po jednym batalionie w każdym okręgu. Miały one za zadanie tłumienie ruchów bolszewickich oraz rozbrajanie okupantów³⁵.

10.11.1918 r. przybył do Warszawy wraz z Kazimierzem Sosnkowskim zwolniony z magdeburskiego więzienia Józef Piłsudski. Następnego dnia Rada Regencyjna przekazuje władzę wojskową i naczelne dowództwo wojsk polskich: „*Wobec grożącego niebezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego, dla ujednostajnienia wszelkich zarządzeń wojskowych i utrzymania porządku w kraju, Rada Regencyjna przekazuje władzę wojskową i naczelne dowództwo wojsk polskich jej podległym Brygadierowi Józefowi Piłsudskiemu (...)*”³⁶. 14.11.1918 r. Rada Regencyjna rozwiązała się. Wówczas przekazała wszystkie swoje uprawnienia Naczelnemu Wodzowi Józefowi Piłsudskiemu. Formalnie ten urząd sprawował on od 11.11.1918 r., z tego tytułu kontrolował wszystkie formacje wojskowe. Oprócz tego koordynował działalność MSWojsk. i sprawował bezpośrednie kierownictwo nad Sztabem Generalnym WP. Bezpośrednim organem pracy Naczelnego Wodza WP była Adiutantura Generalna. Od 6 marca w jej skład wchodził: mjr Tadeusz Kasprzycki (szef), kpt. Stanisław Łapiński (referent organizacyjno – operacyjny), por. Andrzej Nałęcz – Korzeniowski (referent personalny) i adiutanci: rtm. Bolesław Wieniawa – Długoszowski, kpt. Śrzednicki i por. Kazimierz Stamirowski oraz czterej oficerowie ordynansowi³⁷.

17.11.1918 r. Józef Piłsudski objął stanowisko Ministra Spraw Wojskowych. Jednakże sześć dni później z niego zrezygnował – 23.11.1918 r. przyjął bowiem najwyższe stanowisko w odrodzonej Rzeczypospolitej. Zachował on jednakże w pełni Naczelne Dowództwo nad Polską Siłą Zbrojną. Pozostawioną tekę MSWojsk. objął płk. Jan Wroczyński.

Począwszy od listopada 1918 r. reorganizacja MSWojsk, coraz bardziej rozrastała się. Jej liczne zmiany można podzielić na kilka okresów czasowych: I – od października 1918 do listopada 1918 r., II – od grudnia 1918 do lutego 1919 r., III – od marca 1919 do sierpnia 1919 r., IV – koniec 1919 r., V – 1920 r., VI – 1921 r. Poprzez powyższy podział postaram się zakreślić bardzo skomplikowaną i zawiłą strukturę oraz zmiany, które zachodziły w latach 1918-1921 w całym MSWojsk.

³⁵ *Narodziny Wojska Polskiego (październik – grudzień 1918)*,

<https://caw.wp.mil.pl/plik/file/wydawnictwa/narodziny.pdf>, dostępność internetowa z dn. 19.02.2018 r.

³⁶ Orędzie Rady Regencyjnej w przedmiocie przekazania naczelnego dowództwa wojsk polskich brygadjerowi Józefowi Piłsudskiemu, *Dziennik Ustaw*, 1918 r., nr 17 poz. 38.

³⁷ L. Wyszczelski, *Wojsko Polskie w latach 1918-1921*, Warszawa 2001 r., s. 38.

I okres I – od października 1918 do listopada 1918 r., rozpoczyna się formowaniem terytorialnych struktur WP. Rozkazem MSWojsk. z 17.11.1918 r. po raz pierwszy w niepodległej Polsce dokonano podziału terytorialnego na Okręgi Generalne (OGen.):

1. Dowództwo Okręgu Generalnego Nr I „Warszawa” (okręgi wojskowe nr II Siedlce, XII Ciechanów i XIII Łomża)
 - dowódca – płk Kazimierz Sosnkowski
2. Dowództwo Okręgu Generalnego Nr II „Lublin” (okręgi wojskowe nr III Lublin i XIV Biała)
 - dowódca – płk Edward Śmigły-Rydz
3. Dowództwo Okręgu Generalnego Nr III „Kielce” (okręgi wojskowe nr IV Radom, V Kielce, VI Piotrków i VII Częstochowa)
 - dowódca – gen. Wacław Iwaszkiewicz
4. Dowództwo Okręgu Generalnego Nr IV „Łódź” (okręgi wojskowe nr VIII Łódź, IX Kalisz, X Łowicz i XI Włocławek)
 - dowódca – gen. Jan Romer
5. Dowództwo Okręgu Generalnego Nr V „Kraków” (okręgi wojskowe nr XV Kraków i XVI Przemyśl)
 - dowódca – gen. Emil Gołogórski

W kolejnych miesiącach tworzone dalsze okręgi: wileńskie Dowództwo Okręgu Generalnego powstało 29.12.1918 r., lwowskie – 5.06.1919 r., pomorskie – 13.08.1919 r., grodzieńskie – 19.10.1919 r., poznańskie – 15.11.1919 r. i równieńskie – 5.07.1920 r.³⁸. Warto nadmienić, iż od rozkazu 17.11.1918 r. OGen. podlegały bezpośrednio pod ministra spraw wojskowych, a nie jak do tej pory pod szefa Sztabu Generalnego (SG) WP. Wyżej wymieniony podział terytorialny obowiązywał do 1921 r.

Organizacja samego Sztabu Generalnego od października do końca listopada 1918 r. kilka razy przechodziła reorganizacje. Tak naprawdę do 10.12.1918 r., kiedy to zostały powołane departamenty MSWojsk. to oddziały SG WP stanowiły główną strukturę MSWojsk. Poniższa tabela obrazuje zmiany zachodzące w organizacji SG WP od października 1918 do listopada 1918 r.:

³⁸ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 26.

Tabela 1.1 Zmiana organizacji oddziałów SG WP (październik 1918 r. - listopad 1918 r.)

Data zmiany	Oddziały SG WP
Październik 1918 r.	Podział na 7 wydziałów: 1. Wydział Organizacyjny 2. Wydział Informacyjny 3. Wydział Naukowy 4. Wydział Geograficzny 5. Wydział Adiutantury 6. Wydział Prasowy 7. Wydział Żandarmerii Policji
7 listopad 1918 r.	Podział na 10 wydziałów ³⁹ : 1. Wydział Organizacyjny 2. Wydział Wywiadowczy 3. Wydział Naukowy 4. Wydział Materiałowy 5. Wydział Personalny 6. Wydział Adiutantury 7. Wydział Łączności 8. Wydział Kolejowy 9. Wydział Prasowy 10. Wydział Żandarmerii Policyjnej
21 listopad 1918 r. (rozkaz L. 656/I) ⁴⁰	Podział na 10 oddziałów: 1. <u>Oddział I Organizacyjny</u>⁴¹: • Sekcja „A” Ogólna • Sekcja „B” (ewidencja działań operacyjnych i taktycznych) • Sekcja „C” Operacji i Dyslokacji • Sekcja „D” (listy strat, szpitalnictwo) • Sekcja „E” POW

³⁹ R. Czarnecka, *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918 – 1921*, dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.

⁴⁰ *Odrodzenie Wojska Polskiego 1918-1921...*, dz. cyt., s. 209.

⁴¹ Szefem Oddziału I został płk Wacław Jan Przeździecki. 17 grudnia 1918 roku szefostwo Oddziału I objął płk Jan Thullie. Jego zastępcą był kpt. Tadeusz Kutrzeba - R. Czarnecka, *Organizacja Sztabu Generalnego...*, dz., cyt., dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.

	• Sekcja „F” Kresy Wschodnie. 2. <u>Oddział II Łączności</u>⁴²: • Sekcja Telefonii i Telegrafii • Sekcja Elektrotechniczna Przy Oddziale II 25 listopada 1918 r. powstaje Centralny Zarząd Cenzury⁴³, który podlegał mu bezpośrednio. 3. <u>Oddział III Kolejowy</u>⁴⁴: • Sekcja Transportowa • Sekcja Eksploatacji • Sekcja Etapowa • Sekcja Organizacyjna • Adiutantura 4. <u>Oddział IV Techniczny</u>⁴⁵: • Sekcja Broni i Amunicji • Sekcja Techniczna • Sekcja Awiatyki • Sekcja Samochodów • Sekcja Gospodarcza • Adiutantura 5. <u>Oddział V Demobilizacyjny</u>: • W listopadzie nie posiadał żadnych sekcji; Współpracował z Państwowym Urzędem ds. Jeńców. 6. <u>Oddział VI Informacyjny</u>⁴⁶: • Sekcja Organizacyjna • Sekcja Spraw Wschodu • Sekcja Spraw Zachodu • Sekcja Spraw Wojskowo-Politycznych • Wydział Wywiadowczy • Biuro Prasowe 7. <u>Oddział VII Naukowy</u>⁴⁷: • Sekcja I Wyszkożenia Oficerów i Gier Wojennych
--	---

⁴² Szefem Oddziału II i zarazem szefem służby łączności WP od 15.11.1918 r. był mjr Kazimierz Drewnowski., Tamże.

⁴³ Jego zadaniem była kontrola depezy w celach wywiadowczych. Jego siedziba mieściła się w Warszawie.

⁴⁴ Szefem Oddziału III był mjr inż. Jan Haluch-Brzozowski, Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych nr 6, poz. 115, z dn. 27.11.1918 r. (Rozkaz L. 18).

⁴⁵ Na jego czele stanął płk. Juliusz Tarnawa-Malczewski.

⁴⁶ Na czele płk. Józef Rybak. Jego zastępcą był mjr. Ignacy Matuszewski.

⁴⁷ Na czele stał kpt. Stanisław Kwaśniewski.

	• Sekcja II Regulaminów i Przepisów • Sekcja III Oświatowo–Wychowawcza • Sekcja IV Historyczno–Wojskowa • Sekcja V Wydawnictw Wojskowych • Sekcja VI Wydawnictw Książkowych • Sekcja VII Administracyjna 8. <u>Oddział VIII Geograficzny</u>⁴⁸: • Sekcja Ogólna • Sekcja Topograficzno–Kartograficzna • Sekcja Geograficzno–Statystyczna • Skład map i kreślarnia 9. <u>Oddział IX Personalny</u>⁴⁹: • Sekcja „A” • Sekcja „B • Sekcja „C” • Sekcja „D” • Sekcja „E „ Centralny Urząd Ewidencyjny 10. <u>Oddział X Adiutantura</u> • Podlegała mu Registratura SG WP.
--	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie artykułu:

R. Czarnecka, *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918 – 1921*, dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.

Pod kierownictwo bezpośrednie szefa Sztabu Generalnego WP podlegały również pewne instytucje tworzone w listopadzie 1918 r.: Inspektorat Jazdy, od 2 listopada – Dowództwo Żandarmerii Polowej⁵⁰, od 14 listopada – Inspektorat Artylerii⁵¹.

10.11. 1918 r. oraz 11.11.1918 r. MSWojsk. wydało pierwsze rozkazy. Dotyczyły one tymczasowej organizacji ministerstwa oraz jego obsady personalnej. Składało się ono wtedy z Adiutantury Generalnej oraz z następujących sekcji⁵²:

- Centralnej (szef – kpt. Zygmunt Durski),

⁴⁸ Z szefem gen. Wojciechem Falewiczem na czele i zastępcą Jerzym Saleckim.

⁴⁹ Na czele ppłk. Antoni Szylling.

⁵⁰ W jej skład wchodziły następujące oddziały: Śledczy, Wywiadowczy, Personalny, Organizacyjny, Administracyjno–Gospodarczy i Adiutantura. Dowódcy Żandarmerii Polowej podlegała Szkoła Żandarmerii. Szefem został rtm. Norbert Okołowicz. - R. Czarnecka *Organizacja Sztabu Generalnego...*, dz. cyt., dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.

⁵¹ Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, nr 6, poz. 116, z dn. 27.11.1918 r. (Rozkaz L. 19).

⁵² R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” nr 27, Warszawa 2005 r., s. 80-81.

- Gospodarczej (szef - mjr Roman Górecki),
- Naukowej (kierownik – dr Wacław Tokarz),
- Opieki (szef - kpt. Kamil Bogacki),
- Technicznej (szef - gen. Władysław Koziół-Poklewski),
- Wojskowo-Emerytalnej (szef - gen. Konstanty Ihnatowicz)
- Wydziału Jeńców (szef - kpt. Konrad Sztobryn)
- Wydziału Pośrednictwa Pracy (kierownik - Jerzy Syrokomla-Syrokomski)⁵³.

Oprócz MSWojsk., które podzielone było na sekcje Sztabu Generalnego WP podzielonego na oddziały to przy Ministerstwie Spraw Wojskowych funkcjonowały także pewne instytucje, które bezpośrednio podlegały ministrowi. Był to: Urząd Propagandy (kierownik - Stanisław Odynec), Główny Zarząd Weterynaryjny - na czele z gen. dr. Józefem Malewskim, Wojskowa Szkoła Miernicza, Departament Techniczno – Artyleryjski (utworzony 13.11.1918 r.; dzielący się na sekcje: administracyjną, zaopatrzenia oraz oficera do zleceń), Inspektorat Szkół (stanowiący załączek przyszłego Departamentu Szkolnictwa Wojskowego), oraz utworzony 14 listopada – Zarząd Naczelnego Kapelana Wojsk⁵⁴.

Szefem sztabu pozostał gen. broni Stanisław Szeptycki (16.11.1918 r. – 7.02.1919 r.)⁵⁵, natomiast Ministrem Spraw Wojskowych płk Jan Wroczyński (do 1.03.1919 r.).

⁵³ Tamże.

⁵⁴ Tamże.

⁵⁵ Przed nim funkcję tę sprawował od 28.10.1918 r. do 15.11.1918 r. gen. ppor. Tadeusz Rozwadowski.

[illegible]

Schemat organizacji Sztabu Generalnego WP wprowadzony na mocy rozkazu NDWP 21 listopada 1918 r.; - Naczelne Dowództwo Wojsk Polskich Nr. Szt. Gen. 565⁵⁶

Kolejnym etapem, który postanowiłam wyodrębnić jest czas od grudnia 1918 do lutego 1919 r.

Struktury terytorialne WP zostają bez zmian, jednak wiele przemian zachodzi w samych strukturach Sztabu Generalnego WP.

Oddział I Organizacyjny został podzielony na trzy sekcje: Sekcję A - Organizacyjną, Sekcję B - Operacyjną i Sekcję C - Dyslokacyjną. Owa reorganizacja dokonana została 17.12.1918 r. Przy w/w oddziale od 18.12.1918 r. funkcjonowało jeszcze Biuro Organizacyjne dla Spraw Wielkopolski, Śląska i Prus.

Oddział II Łączność – przeszedł reorganizację 5.02.1918 r. i jego struktura przedstawiała się następująco: Sekcja Telefonii i Telegrafii, Sekcja Radiotelegrafii, Sekcja Techniczna.

4.02.1918 r. zmiany nastąpiły w strukturze Oddziału III Kolejowego, który składał się wówczas z Adiutantury i z Sekcji: I Wojsk Kolejowych, II Technicznej, Transportów Wojskowych, IV Kolei Wojskowych, V Ekonomicznej. Przy Oddziale III działały także: Centralny Zarząd Kolei Wojskowych, Centralne Kierownictwo Transportów Wojskowych oraz Dowództwo Wojsk Kolejowych, które to poprzez Oddział III podlegały bezpośrednio Sztabowi Generalnemu WP.

⁵⁶ Tamže, s. 209.

Oddział IV Techniczny organizacyjnie praktycznie nie uległ zmianie, oprócz Sekcji Awiatyki, która to 1.02.1919 r. została przekształcona w Dowództwo Wojsk Lotniczych i podlegała bezpośrednio pod SGWP.

W Oddziale V Demobilizacyjnym utworzona została 1.01.1919 r. Sekcja Etapów.

Oddział VI Informacyjny przeszedł gruntowną reorganizację 18.02.1919 r. Jego struktura wyglądała następująco: Sekcja I Spraw Wschodu, Sekcja II Spraw Zachodu, Sekcja III Spraw Politycznych, Sekcja IV Spraw Wojskowo – Policyjnych, Sekcja V Spraw Organizacyjnych i Szyfrów, Sekcja VI Adiutantury, Biuro Wywiadowcze, Biuro Prasowe, Oficer łącznikowy z MSZ.

Oddział VII Naukowy przeszedł niewielką zmianę. Mianowicie Sekcja IV Historyczno – Wojskową oraz Sekcja V Wydawnictw Wojskowych zostały połączone 21.01.1919 r. w jedną Sekcję IV Historyczno – Wojskową i Wydawnictw Wojskowych.

Oddział VIII Geograficzny pozostał bez zmian, jeśli chodzi o organizację, jednak 23.02.1919 r. przy Oddziale VIII działalność rozpoczął Instytut Wojskowo – Geograficzny⁵⁷.

Oddział IX Personalny oraz Adiutantura pozostały bez zmian.

W okresie od grudnia 1918 r. do lutego 1919 r. powstały jeszcze jednak pewne instytucje, które podlegały bezpośrednio pod dowództwo Sztabu Generalnego. Od 25.01.1919 r. utworzone zostały dwa inspektoraty: Inspektorat Piechoty Legionów oraz Inspektorat Jazdy⁵⁸. 4.02.1919 r., natomiast w SGWP powstaje Kwatermistrzostwo, które składa się z:

- Grupy Sztabowej z Adiutanturą i Kancelarią
- Referatów: broni, amunicji, technicznego, fabrycznego, taborowego, politycznego, prawniczego i pocztu.
- Intendentury
- Spraw Duchowe, Sanitarne i Szpitalne

Na jego czele znajdował się Główny Kwatermistrz, który podporządkowany był bezpośrednio pod szefowa SG WP jako jego II zastępca.

⁵⁷ „Wojskowy Instytut Geograficzny został utworzony w 1919 r. w Warszawie. Początkowo funkcjonował pod nazwą Instytutu Wojskowo-Geograficznego. Do jego głównych zadań należała standaryzacja i aktualizacja map zaborczych (pruskich, rosyjskich i austro-węgierskich)” - Wojskowy Instytut Geograficzny (WIG), https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojskowy_Institut_Geograficzny, dostępność internetowa z dn. 19.02.2018 r.; Patrz więcej: B. Krassowski, *Polska kartografia wojskowa (1919-45)*, Warszawa 1974 r.

⁵⁸ Stanowisko Inspektora Jazdy miało długą tradycję w Wojsku Polskim. Pierwszy raz ustanowiono tę instytucję w 1808 r. w armii Księstwa Warszawskiego, a funkcję inspektora jazdy pełnił wówczas gen. Aleksander Rożniecki. Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r., pierwotnie w armii II RP funkcjonował także Inspektorat Jazdy. Stanowisko Inspektora Jazdy w Sztabie Generalnym płk. Roman Gozdawa – Kawecki. Patrz więcej: Piątek J. J., Generalny Inspektorat Kawalerii w strukturach najwyższych władz wojskowych, "Grot. Zeszyty Historyczne" 2004, nr 20.

Ministerstwo Spraw Wojskowych po raz pierwszy zorganizowano 10.12.1918 r. Podzielono je wówczas na departamenty oraz mniejsze: sekcje, wydziały i referaty. Dekret Naczelnego Wodza wydany w w/w dniu potwierdził powołanie pięciu szefów departamentów⁵⁹: Mobilizacyjno - Organizacyjnego, Technicznego, Gospodarczego, Sanitarnego i Artyleryjskiego oraz szefa Sekcji Ogólnej⁶⁰. Na mocy odrębnych rozkazów⁶¹ został wyłoniony personel zarówno Departamentu Wojskowo – Prawnego, jak i Departamentu Szkolnictwa. Podział MSWojsk. pod koniec lutego 1919 r. przedstawiał się następująco:

Tabela 1.2 Zmiana organizacji Departamentów MSWojsk. (grudzień 1918 r. - luty 1919 r.)

Nazwa Departamentu	Sekcje Departamentu	Reorganizacje od grudnia 1918 roku do lutego 1919 roku	Instytucje funkcjonujące przy danym departamencie, bądź z nim współpracujące
Departament I Mobilizacyjno – Organizacyjny	- Sekcja Poborowa (uzupełnień) ⁶² - Sekcja Remontu ⁶³ - Sekcja Weterynaryjna - Sekcja Statystyczna - Kancelaria	-	- Wydział Informacyjno – Prasowy - Urząd Konsystorza Polowego ⁶⁴
Departament II Wojskowo – Prawny ⁶⁵	- Sekcja Organizacyjno – Sądowa - Sekcja Konsultacji Prawnej - Sekcja Ustawodawcza - Kancelaria	-	- Komisja Prawna

⁵⁹ Dziennik Rozkazów Wojskowych, nr 11, poz. 275, z dn. 15.12.1918 r.

⁶⁰ R. Czarnecka, dz. cyt., s. 82.

⁶¹ CAW, Dziennik Rozkazów Dziennych Ministerstwa Spraw Wojskowych, 1918/19 r.

⁶² Przejęła zadania Krajowego Inspektoratu Zaciągu.

⁶³ Zaopatrywała armię w konie.

⁶⁴ Kierował nim Naczelny Kapelan WP.

⁶⁵ Cała tymczasowa organizacja sądowa WP, została ustalona dekretem *Ustawy o tymczasowej organizacji sądowej Wojska Polskiego* - Dziennik Rozkazów Wojskowych, nr 11, poz. 393, z dn. 1.02.1919 r.; Ustawa zawierała jednak wiele nieścisłości i dopiero wydana przez Sejm Ustawodawczy 29.07.1919 r. *Ustawa o Tymczasowym Sądownictwie Wojskowym* wyeliminowała nieprawidłowości; Patrz więcej: T. Wyszomirski, *Pierwsze dni sądownictwa wojskowego w niepodległej Polsce*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy”, 1938 r., nr 4, s. 4 oraz S. Przyjemski, *Organizacja wojskowego wymiaru sprawiedliwości u progu niepodległości II Rzeczypospolitej*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy”, 1988 r., nr 3, s. 278.

Departament III Techniczny ⁶⁶	- Sekcja Inżynierii Wojskowej - Sekcja Żeglugi Napowietrznej - Sekcja Automobilowa - Sekcja Elektrotechniczna - Sekcja Topograficzna - Sekcja Budowlana - Kancelaria	-	-
Departament IV Gospodarczy	- Sekcja Poborowa - Sekcja Kwaterunkowa - Sekcja Mundurowa - Sekcja Materiałów Terenowych (Taborowa) - Sekcja Żywnościowa - Sekcja Budżetowa - Kancelaria	10.01.1919 r. – reorganizacja: - Sekcja Poborowa - Sekcja Żywnościowa - Sekcja Mundurowa - Sekcja Kwaterunkowa - Sekcja Taborowa - Sekcja Budżetowa - Sekcja Zaopatrzenia i Zapomóg - Sekcja Emerytalna	Współpraca z Sekcją Opieki ⁶⁷
Departament V Sanitarny	- Sekcja Personalno – Mobilizacyjno – Wyszukiwawcza - Sekcja Służby Sanitarnej - Sekcja Służby Szpitalnej - Sekcja Zaopatrzenia Sanitarnego - Sekcja Naukowa - Kancelaria	Styczeń 1919 r., reorganizacja: - Sekcja Personalna - Sekcja Organizacyjna - Sekcja Szpitalnictwa - Sekcja Zaopatrzenia Sanitarnego - Sekcja Regulaminowa i Statystyczna - Kancelaria	- Wojskowa Rada Sanitarna⁶⁸ - Komisja Weryfikacyjna⁶⁹
Departament VI Artyleryjski	- Sekcja Zaopatrywania - Sekcja Broni - Sekcja Chemiczna - Sekcja Naukowo – Doświadczalna - Sekcja Ładunków, Pocisków i Naboju -Kancelaria	-	-
Departament VII	- Sekcja Szkół Oficerskich - Sekcja Szkół Podoficerskich	Styczeń 1919 r., reorganizacja: - Sekcja Administracyjno –	-

⁶⁶ Powstał na bazie Departamentu Techniczno – Artyleryjskiego utworzonego w dn. 13.11.1918 r.

⁶⁷ Patrz więcej: T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 47.

⁶⁸ Do jej zadań należało, m.in.: przedstawianie ministrowi wniosków dotyczących rozwoju służby, wykorzystywania zdobyczy naukowo – technicznych własnych i państw obcych, doskonalenie higieny wojskowej, prowadzenie badań bakteriologicznych, chemicznych i mikroskopowych, studiowanie metod zwalczania epidemii. Patrz więcej: T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 48-49.

⁶⁹ Dokonywała oceny kwalifikacji posiadanych przez lekarzy wojskowych.

Szkolnictwa Wojskowego	- Sekcja Ogólna	Finansowa - Sekcja Historyczno – Naukowa - Sekcja Pedagogiczna - Sekcja Szkół Kadetckich - Sekcja Szkół Oficerskich i Podoficerskich W pierwszym kwartale 1919 roku została zmieniona również nazwa samego Departamentu na: Departament Naukowo – Szkolny.	
Sekcja Ogólna ⁷⁰	- Wydział Gospodarczy – Skarbowy - Wydział Personalny - Registratura - Administracja i Redakcja „Dziennika Rozkazów Wojskowych” - Komendantura - Kompania Żołnierzy - Kancelaria ⁷¹	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie:
 Böhm Tadeusz, *Z dziejów naczelnych władz wojskowych II Rzeczypospolitej. Organizacja i kompetencje Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918 – 1939*, Warszawa 1994 r.

W lutym 1919 roku kończy się kolejny etap w formowaniu się Ministerstwa Spraw Wojskowych, a zaczyna następny od marca 1919 r. do sierpnia 1919 r.

Wraz z wydaniem rozkazu Sztabu Generalnego WP L. 70 z 13.02.1919, zarówno sam Sztab Generalny, jak i podległe mu jednostki zaczęły stosować w korespondencji nagłówek: „Naczelne Dowództwo”. „W rozkazie Naczelnego Dowództwa Wojska Polskiego (NDWP) L. 100 z 10.03.1919 r. ziemie polskie zostały podzielone na obszar wojenny i kraj. Na mocy wspólnego rozkazu NDWP i MSWojsk. L. 9641/X z 9.03.1919 r. nastąpił szczegółowy rozdział kompetencji pomiędzy Ministerstwem Spraw Wojskowych, a Naczelnym Dowództwem WP. Naczelnemu Dowództwu WP podlegały wszystkie dowództwa, formacje i zakłady położone na obszarze wojennym, a Ministerstwu Spraw Wojskowych - wszystkie

⁷⁰ Zajmowała się administracyjnymi sprawami wojskowymi.

⁷¹ T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 55.

pozostałe instytucje i jednostki wojskowe”⁷². Zatem Sztab Generalny przekazał komórki organizacyjne nie związane bezpośrednio z operacjami wojskowymi pod dowództwo MSWojsk. Były to: Oddział VII Naukowy, Oddział VIII Geograficzny, Oddział IX Personalny, referaty organizacyjne Oddziału I i III, Dowództwo Wojsk Kolejowych, Centralne Kierownictwo Transportu, Dowództwo Wojsk Lotniczych, Inspektoraty Piechoty Legionów, Jazdy i Artylerii.

Zatem na początku marca dochodzi do reorganizacji zarówno Sztabu Generalnego WP, jak i Departamentów MSWojsk.

Struktura organizacyjna SG WP w marcu 1919 r. uległa zmianie. Ustanowiona jednak struktura i organizacja nie trwała długo. Już w maju 1919 r. została ona przeobrażona. Poniższa tabela przedstawia zachodzące zmiany organizacyjne:

Tabela 1.3 Zmiana organizacji oddziałów SG WP (marzec 1919 r. - maj 1919 r.)

Struktura organizacyjna SG WP w marcu 1919 roku	Struktura organizacyjna SG WP w maju 1919 roku
Oddział I Operacyjny • Sekcja I Operacyjna • Sekcja II Organizacyjna • Adiutantura Oddział II Służby Łączności • Sekcja I Telefonii i Telegrafii Polowej • Sekcja II Radiotelegrafii • Sekcja III Telegrafii Etapowej • Adiutantura Oddział III Kolejowy • Sekcja I Wojskowo-Kolejowa • Sekcja II Transportowa • Sekcja III Kolej Wojskowa • Adiutantura Techniczna • Adiutantura Personalna Oddział IV Kwatermistrzowski • Sekcja I Ogólna • Sekcja II Broni i Amunicji • Sekcja III Techniczna • Sekcja IV Samochodowa • Sekcja V Intendentura • Sekcja VI Lekarska i Duchowna	Oddział I Organizacyjny • Sekcja A (front) • Sekcja B (tyły) • Sekcja C (artyleria) • Adiutantura Oddział II Informatyczny • Sekcja I Wojskowo-Dyplomatyczna • Sekcja II Szyfrów • Sekcja III Zachód • Sekcja IV Wschód • Sekcja V Polityczna • Sekcja VI Biura Wywiadowczego • Sekcja VII Biura Prasowego • Sekcja VIII Adiutantury Oddział III Operacyjny • Sekcja Wschód • Sekcja Zachód • Sekcja Planów • Sekcja Historyczno-Operacyjna • Adiutantura Oddział III A Łączności • Sekcja I • Sekcja II

⁷² Regina Czarnecka, *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918-1921*, https://caw.wp.mil.pl/plik/file/biuletyn/b26/b26_9.pdf, dostępność internetowa, z dn. 20.02.2018 r., s. 8.

• Sekcja VII Sądowo-Prawna Oddział V Prezydyalny • Sekcja I (ewidencja dowódców wojsk) • Sekcja II (ewidencja oficerów NDWP) • Sekcja III Kancelaria i Adiutantura Oddział VI Informatyczny • Sekcja I Wojskowo-Dyplomatyczna • Sekcja II Spraw Zachodu • Sekcja III Spraw Wschodu • Sekcja IV Polityczna • Sekcja V Polityczno-Wojskowa • Sekcja VI Biura Wywiadowczego • Sekcja VII Biura Prasowego i Redakcja Żołnierza Polskiego • Sekcja VIII Adiutantury	• Sekcja III Oddział III B Lotnictwa Oddział IV Główne Kwatermistrzostwo • Sekcja I Ogólna • Sekcja II Intendentury • Sekcja III Broni i Amunicji • Sekcja IV Techniczna • Sekcja V Samochodowa • Sekcja VI Taborów i Koni • Sekcję VII Lekarska • Sekcja VIII Weterynaryjna • Sekcja IX Duchowna • Sekcja X Sądowo-Prawna • Sekcja XI Polityczna • Sekcja XII Personalna • Sekcja XIII Zdobyczy Wojennej • Sekcja XIV Statystyczna • Adiutantura • Komisja Kasowa Oddział IV A Kolejowy • Sekcja I Wojsk kolejowych • Sekcja II Kolei Wojskowych - inż. Rodowicz • Sekcja III Transportowa • Sekcja IV Techniczna • Adiutantura Oddział V Prezydyalny • Sekcja I • Sekcja II • Sekcja III Kancelarii
---	--

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:
Czarnecka Regina, *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918 – 1921*, dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.

Ministerstwo Spraw Wojskowych po reorganizacji SG WP, również musowo musiało ulec zmianie. 10.03.1919 r. ukazał się rozkaz tajny nr 2⁷³, w którym to nastąpił podział kompetencji między Ministrem Spraw Wojskowych, a wiceministrami. I tak bezpośrednio pod Ministra Spraw Wojsk. podlegali: I wiceminister, II wiceminister, dowódcy okręgów generalnych oraz następujące instytucje: Biuro Prezydyalne⁷⁴, Centralna Komisja Wyszko-

⁷³ R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt., s. 9.

⁷⁴ Od 18.03.1919 r. bezpośrednio pod dowódzenie MSWojsk.

WP⁷⁵ Inspektorat Artylerii⁷⁶, Inspektorat Jazdy⁷⁷, Inspektorat Wojsk Lotniczych⁷⁸, Sekcja Marynarki Wojennej, Samodzielna Sekcja Ogólna, Samodzielna Sekcja Żegluga Nadpowietrznej⁷⁹, Konsystorz Polowy⁸⁰, Rada Wojskowa⁸¹, Instytut Wojskowo - Techniczny⁸², Instytut Wojskowo - Geograficzny⁸³, Polskie Muzeum Wojskowe, Główny Urząd Zaopatrywania Armii (GUZA)⁸⁴.

I wiceministrowi podlegały: Departament Techniczny, Departament Gospodarczy, Departament Sanitarny, Departament Artyleryjski oraz Samodzielna Sekcja Topograficzna. II wiceministrowi natomiast: Departament Organizacyjno – Mobilizacyjny, Departament Wojskowo – Prawny i Departament Naukowo – Szkolny oraz Szkoła Sztabu Generalnego WP (podlegała SGWP, a ten II wiceministrowi). Od połowy 1919 r. funkcjonowały także Inspektoraty poszczególnych służb, które podporządkowane były II wiceministrowi:

Tabela 1.4 Inspektoraty podporządkowane II wiceministrowi MSWojsk. (1919 r.)

Nazwa Inspektoratu	Data powstania
Inspektorat Wojsk Łączności (utworzony z sekcji Elektrotechnicznej Departamentu Technicznego; Przejął wydziały: Telefonii, Telegrafii i Radiotelegrafii	15.03.1919 r.

⁷⁵ Działająca od 21.08.1919 r. jako organ doradczy przy MSWojsk.

⁷⁶ Od marca 1919 r. włączony bezpośrednio pod dowództwo MSWojsk.; W dn. 31.05.1919 r. został on zmieniony na Generalny Inspektorat Artylerii.

⁷⁷ Istniejący od 31.05.1919 r. do 1920 r.. 1 marca tego roku GIJ został rozwiązany, a jego miejsce zajęła Sekcja Jazdy przy Departamencie I Broni głównych i Wojsk Taborowych. Po zakończeniu wojny polsko-bolszewickiej i przejściu armii na stopę pokojową nastąpiła reorganizacja najwyższych władz wojskowych. W ramach przeprowadzonych zmian powołano Generalne Inspektoraty Artylerii i Jazdy.

⁷⁸ Podporządkowany MSWojsk. od 20.05.1919 roku.

⁷⁹ 5.05.1919 r. Sekcja Żegluga Napowietrznej została przemianowana na Samodzielną Sekcję Żegluga Napowietrznej. Wydzielona została z Departamentu III Technicznego.

⁸⁰ Jednostka powołana 5.12.1918 r. na miejsce Zarządu Naczelnego Kapelana Wojsk Polskich - na mocy rozporządzenia kierownika Ministerstwa Spraw Wojskowych Jana Wroczyńskiego.

⁸¹ Organ władzy wojskowej powołany 6.03.1919 r. przez Ministra Spraw Wojskowych gen. Józefa Leśniewskiego. Zajmowała się ona rozpatrywaniem i opiniowaniem: projektów ustaw, przepisów wojskowych. Do jej zadań należały także sprawy finansowe wojska. Rada Wojskowa przejęła kompetencje od swojej poprzedniczki, czyli Wojskowej Komisji Ustawodawczej powołanej 22.01.1919 r. rozkazem Naczelnego Wodza – Komisja Ustawodawcza, https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojskowa_Komisja_Ustawodawcza, dostępność internetowa z dn. 20.02.2018 r.

⁸² Istniejący od 14.03.1919 r.; Składał się z: Sekcji Broni, Sekcji Ekwipunku, Sekcji Inżynierii, Sekcji Maszynowo – Elektrycznej, Sekcji Ogólno – Fizycznej, Sekcji Chemiczno – Technicznej.

⁸³ Owy instytut wraz z Oddziałem VIII SG WP przeszedł bezpośrednio pod kierownictwo MSWojsk. Składał się z następujących Sekcji: Geodezyjnej, Topograficznej, Kartograficznej, Technicznej oraz Administracyjnej.

⁸⁴ Funkcjonował od 11.04.1919 r. Składał się z następujących Sekcji: Głównej, Przemysłowej, Uzbrojenia, Technicznej, Umundurowania, Wyekwipowania, Żywności, Budowlanej. Pod koniec 1919 roku nastąpiła jego reorganizacja, wówczas w jego skład dodatkowo weszły: Sekcja Materiałów Budowlanych, Sekcja Sanitarna, Sekcja Ekspozytury i Filii, Kancelaria. GUZA miał strukturę terytorialną. Podporządkowane mu były okręgowe urzędy w: Białymstoku, Łodzi, Poznaniu, Krakowie i Bielsku.

Inspektorat Wojsk Kolejowych (utworzony z komórek organizacyjnych Dowództwa Wojsk Kolejowych)	3.04.1919 r.
Inspektorat Inżynierii i Saperów	17.05.1919 r.
Inspektorat Wojsk Taborowych	20.05.1919 r.
Inspektorat Budowli Wojskowych	16.06.1919 r.
Inspektorat Wojsk Samochodowych	11.06.1919 r.
Inspektorat Szkół Wojskowych	Od 9.04.1919 r. - Inspektorat Szkół Wojennych Piechoty
Inspektorat Żandarmerii Wojskowej	11.09.1919 r.
Inspektorat Wojsk Straży Granicznej	?
Inspektorat Obozów Jeńców	?

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:
Czarnecka Regina, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, Biuletyn
Wojskowej Służby Archiwalnej nr 27, Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa 2005 r.

Na mocy rozkazu z 10.03.1919 r. utworzono ponadto trzy nowe departamenty:

- Departament Spraw Personalnych, który powstał na bazie Oddziału IX Personalnego SG WP z 21.11.1918 r.
- Departament Komunikacji, który powstał w wyniku połączenia Sekcji Kolejowej z Sekcją Automobilową Departamentu Technicznego oraz z przejęcia Sekcji IV Samochodowej SG WP. 17.05.1919 r. nastąpiło połączenie Departamentu Komunikacji i Departamentu Technicznego. Powstał tym samym Departament Techniczno – Komunikacyjny składający się z: Sekcji Inżynierii i Saperów, Sekcji Kolejowej, Sekcji Łączności oraz Sekcji Samochodowej.
- Departament Informacyjny, powstał z dwóch sekcji Oddziału VI SG WP, które najpierw przeniesione były do Naczelnego Dowództwa WP, dopiero w czerwcu 1919 roku zaczęły funkcjonować jako odrębny departament. Składał się on z Sekcji Politycznej i Wydziału Kontroli Korespondencji Zagranicznej, Telefonicznej i Telegraficznej.

W omawianym okresie powstały jeszcze dwa nowe departamenty.

Pierwszym z nich był utworzony na mocy uchwały Rady Ministrów z dnia 20.03.1919 r. i rozkazu MSWojsk. z dnia 22.04.1919 r. Departament dla Spraw Morskich powstały z Sekcji Marynarki. Podporządkowany był on bezpośrednio Ministrowi Spraw Wojskowych. Od 2.05.1919 r. możemy wyróżnić następujące Sekcje: Organizacyjną, Techniczną, Ekonomiczną

oraz Gospodarczą. Przy w/w departamencie funkcjonowała Rada dla Spraw Żeglugi Handlowej.

Drugim z nich był utworzony 25.04.1919 r. Departament dla Spraw Koni i Taborów. Składał się on z Sekcji Remontu i Weterynaryjnej (wydzielonej z Departamentu I Mobilizacyjno – Organizacyjnego) oraz Sekcji Taborowej (wydzielonej z Departamentu Gospodarczego).

Jeśli chodzi o Departamenty utworzone już we wcześniejszym okresie, to zaszły zmiany organizacyjne tylko i wyłącznie w Departamencie I Mobilizacyjno – Organizacyjnym:

Tabela 1.5 Zmiana organizacyjne Departamentu I Mobilizacyjno - Organizacyjnego MSWojsk. (grudzień 1918 r. – czerwiec 1919 r.)

Departament I Mobilizacyjno – Organizacyjny XII. 1918 – II. 1919	Departament I Mobilizacyjno – Organizacyjny 11.IV.1919 - V.1919	Departament I Mobilizacyjno – Organizacyjny VI.1919
- Sekcja Poborowa (uzupełnień) ⁸⁵ - Sekcja Remontu ⁸⁶ - Sekcja Weterynaryjna - Sekcja Statystyczna - Kancelaria	- Sekcja Poborowa - Sekcja Remontu - Sekcja Weterynaryjna - Kancelaria + - Sekcja Organizacyjna - Sekcja Mobilizacyjna - Sekcja Uzupełnień	- Sekcja Organizacyjna - Sekcja Mobilizacyjna - Sekcja Poborowa - Sekcja Uzupełnień - Sekcja Remontu - Sekcja Weterynaryjna - Kancelaria + - Sekcja Religijno – Wyznaniowa dla Obrządków Niekatolickich - Sekcja Wyszkozenia i Regulaminów - Sekcja Zjednoczenia WP (tymczasowa ze względu na przybycie Armii gen. J. Hallera)

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:

Czarnecka Regina, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej nr 27, Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa 2005 r.

⁸⁵ Przejęła zadania Krajowego Inspektoratu Zaciągu

⁸⁶ Zaopatrywała armię w konie.

Od marca 1919 r. do sierpnia 1919 r. zaczęły także powstawać pewne organy oraz instytucje, które podlegały bezpośrednio pod Ministerstwo Spraw Wojskowych.

6.03.1919 r. powołana została Rada Wojskowa. Do jej głównych zadań należało rozpatrywanie i opiniowanie projektów ustaw i przepisów wojskowych oraz sprawy finansowe wojska. Przejęła kompetencje Wojskowej Komisji Ustawodawczej ustanowionej 22.01.1919 r., rozkazem Naczelnego Wodza⁸⁷.

14.03.1919 r. powołany został Instytut Wojskowo – Techniczny⁸⁸, składający się z następujących sekcji: Broni, Ekwipunku, Inżynierii, maszynowo – elektrycznej, Ogólno – fizycznej oraz Chemiczno – technicznej.

18.03.1919 r. powstało Biuro Prezydialne z szefem kpt. Kazimierzem Krechowieckim na czele.

W marcu 1919 r. utworzono także Instytut Wojskowo – Geograficzny, który został przeniesiony razem z Oddziałem VIII Sztabu Generalnego z NDWP do Ministerstwa Spraw Wojskowych. Składał się on z następujących sekcji: Geodezyjna, Topograficzna, Kartograficzna, Techniczna oraz Administracyjna⁸⁹.

11.04.1919 r. założono również przy MSWojsk. Główny Urząd Zaopatrywania Armii (GUZA). Składał się on z: Sekcji Głównej, Sekcji Przemysłowej, Sekcji Uzbrojenia, Sekcji Technicznej, Sekcji Umundurowania, Sekcji Wyekwipowania, Sekcji Żywnościowej i Sekcji Budowlanej. Pod koniec 1919 r. GUZA przeszedł reorganizację i do w/w sekcji dodano jeszcze: Sekcję Materiałów budowlanych, Sekcję Sanitarną, Sekcję Ekspozytury i Filii oraz Kancelarię. Głównemu Urzędowi Zaopatrywania Armii podlegały jego okręgowe urzędy w: Łodzi, Krakowie, Poznaniu, Białymstoku i Bielsku⁹⁰.

Ponadto to bezpośrednio pod MSWojsk. podlegały: Utworzona 21.08.1919 r. Centralna Komisja Wyszkożenia Wojska Polskiego (funkcja doradcza przy MSWojsk.), Polskie Muzeum Wojskowe, powstała 5.05.1919 r. Samodzielna Sekcja Żegluga Napowietrznej (utworzona z Sekcji Żegluga Napowietrznej) oraz powołany 20.05.1919 r. Inspektorat Wojsk Lądowych.

Kolejnym okresem, który wyodrębniłam przy omawianiu struktur MSWojsk. jest koniec roku 1919.

⁸⁷ R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt. s. 87.

⁸⁸ Patrz więcej: Dziennik Rozkazów Wojskowych, nr 69, poz. 2232, z dn. 24.06.1919 r.

⁸⁹ R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt. s. 87.

⁹⁰ Ustawa z dnia 11.04.1919 r. o utworzeniu Głównego Urzędu Zaopatrywania Armji, Dziennik Ustaw 1919 r., nr 32, poz. 265.

Struktura organizacyjna SG WP od maja 1919 r. do końca tego roku nie ulegała już zmianie.

Natomiast struktura Ministerstwa przedstawiała się następująco: na czele stał Minister Spraw Wojsk., pod jego urząd bezpośrednio podlegali: I wiceminister, II wiceminister oraz pewne instytucje (utworzone w okresie już omawianym): Rada Wojskowa, Biuro Prezydialne, Adiutantura, Główny Urząd Zaopatrzenia Armii (GUZA), Instytut Wojskowo – Geograficzny, Instytut Wojskowo – Techniczny oraz Dowódcy poszczególnych Okręgów (od 17.11.1918 r. bez zmian). Oprócz tego bezpośrednio pod MSWojsk. podlegały trzy Inspektoraty Generalne: Generalny Inspektorat Artylerii, Generalny Inspektorat Jazdy i Generalny Inspektorat Piechoty. Oraz Kuria Biskupia, składająca się w końcu 1919 r. z: Sekcji Administracyjnej, Sekcji Gospodarczej, Sekcji Oświatowej, Sekcji Metrykalnej.

Oczywiście struktura MSWojsk. była bardziej skomplikowana. Pod I wiceministra oprócz czterech Departamentów: Dla Spraw Koni i Taborów, Gospodarczego, Sanitarnego, Artyleryjskiego istniały pod koniec 1919 r. 6 Samodzielnych Sekcji: Sekcja Budownictwa Wojskowego (podlegała inspektorowi Budynków Wojskowych w MSWojsk., a ten natomiast pod I wiceministra), Sekcja Żeglugi Nadpowietrznej, Samodzielna Sekcja Topograficzna, Samodzielna Sekcja Ogólna, Samodzielna Sekcja Opieki oraz Emerytalna Komisja Likwidacyjna.

II wiceministrowi podlegały Inspektoraty Służb: Wojsk Lotniczych, Wojsk Łączności, Wojsk Kolejowych, Inżynierii i Saperów, Wojsk Taborowych, Wojsk Samochodowych, Szkół Wojennych Piechoty, Żandarmerii Wojskowej, Wojskowej Straży Granicznej, Obozów Jenieckich, Budowli Wojskowych⁹¹ oraz pozostałe Departamenty: Mobilizacyjno – Organizacyjny, Informacyjny, Techniczno – Komunikacyjny, Personalny, Szkolnictwa Wojskowego, Prawno – Wojskowy.

Ogólnie zatem MSWojsk. podlegało 11 departamentów, których struktura pod koniec 1919 r. przedstawiała się następująco:

Tabela 1.6 Organizacja Departamentów MSWojsk. (koniec 1919 r.)

Nazwa Departamentu	Sekcje Departamentu
Departament I Mobilizacyjno - Organizacyjny	-Sekcja Organizacyjna - Sekcja Mobilizacyjna

⁹¹ Inspektorat Budowli Wojskowych podlegał II wiceministrowi pod względem dyscyplinarnym, personalnym i wyekwipowania.

	- Sekcja Poborowa i Uzupełnień - Sekcja Wyszkożenia - Sekcja Religijno – Wyznaniowa - Sekcja Zjednoczenia Wojska Polskiego - Kancelaria
Departament II Informacyjny	- Sekcja Polityczna - Sekcja Informacyjna - Kancelaria
Departament III Techniczno- Komunikacyjny ⁹²	- Sekcja Inżynierii i Saperów - Sekcja Elektrotechniczna - Sekcja Samochodowa - Sekcja Kolejowa - Kancelaria
Departament IV Personalny ⁹³	- Sekcja Prezydialna - Sekcja Personalna - Sekcja Przydziałów - Sekcja Przyjęć do WP - Sekcja Archiwalna - Sekcja Rezerwy Oficerów - Kancelaria
Departament V Szkolnictwa Wojskowego	- Sekcja Szkół Kadetckich - Sekcja Szkół Oficerskich i Podoficerskich - Sekcja Pedagogiczna - Sekcja Historyczno – Naukowa - Sekcja Ogólna - Kancelaria
Departament VI Prawno – Wojskowy	- Sekcja Organizacyjno – Sądowa - Sekcja Ustawodawcza - Sekcja Kontynuacji Prawnej - Sekcja Referatu Personalnego - Kancelaria
Departament VII Artyleryjski	- Sekcja Zaopatrywań - Sekcja Broni - Sekcja Amunicji - Sekcja Chemiczna

⁹² Pod Departament III, bezpośrednio podlegały dwie instytucje: Centralne Kierownictwo Transportów oraz Centralny Zarząd Kolei Wojskowych.

⁹³ Pod Departament IV bezpośrednio podlegały jeszcze dwie komisje: Komisja dla byłego II Korpusu WP oraz Komisja kwalifikacyjna dla urzędników wojskowych.

	- Sekcja Naukowo – Doświadczalna - Sekcja Konserwacji Broni - Kancelaria
Departament VIII dla Spraw Koni i Taborów ⁹⁴	- Sekcja Remontu - Sekcja Taborowa
Departament IX Sanitarny	- Sekcja Personalna - Sekcja Organizacyjna - Sekcja Szpitalnictwa - Sekcja Gospodarcza - Sekcja Regulaminowa - Kancelaria
Departament X Gospodarczy	- Sekcja Poborów Należności - Sekcja Żywnościowa - Sekcja Mundurowa - Sekcja Budżetowa - Sekcja Kwaterunkowa - Sekcja Zaopatrywań i Emerytów - Kancelaria
Departament XI dla Spraw Morskich ⁹⁵	- Sekcja Organizacyjna - Sekcja Techniczna - Sekcja Ekonomiczna - Sekcja Gospodarcza - Kancelaria

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:

Czarnecka Regina, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej nr 27, Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa 2005 r.

Z przyjściem roku 1920 pojawiły się kolejne zmiany w strukturach MSWojsk.

Organizacja Naczelnego Dowództwa znacznie została rozbudowana na początku 1920 r. ze względu na wojnę polsko – bolszewicką, natomiast pod koniec 1920 r. gwałtownie poszczególne oddziały i sekcje zostały zredukowane. Poniższa tabela przedstawia zmiany organizacyjne zachodzące w 1920 r. w NDWP:

Tabela 1.7 Zmiana organizacji oddziałów SG WP (styczeń 1920 r. - grudzień 1920 r.)

Struktura organizacyjna SG WP w styczniu 1920	Struktura organizacyjna SG WP w grudniu 1920
roku	roku

⁹⁴ Przy Departamencie VIII działała jeszcze Samodzielna Sekcja Weterynaryjna.

⁹⁵ Podlegał bezpośrednio pod Ministra Spraw Wojskowych.

Oddział I Organizacyjny • Sekcja A (front) • Sekcja B (tyły) • Sekcja C (artyleria) • Adiutantura Oddział II Informatyczny • Sekcja I Wojskowo-Dyplomatyczna • Sekcja II Szyfrów • Sekcja III Zachód • Sekcja IV Wschód • Sekcja V Polityczna • Sekcja VI Biura Wywiadowczego • Sekcja VII Biura Prasowego • Sekcja VIII Adiutantury Oddział III Operacyjny • Sekcja Wschód • Sekcja Zachód • Sekcja Planów • Sekcja Historyczno-Operacyjna - • Adiutantura Oddział IV Etapowy - płk Stanisław Starzewski • Sekcja Ogólna • Sekcja Uzbrojenia • Sekcja Taborów i Koni • Sekcja Samochodowa • Sekcja Zdobyczy • Sekcja Jeńców • Sekcja Statystyczna • Sekcja Zaopatrzenia Inżynierów i Saperów • Adiutantura • Centralny Urząd Rozdzielczy Oddział V • Sekcja G • Sekcja H • Sekcja W • Sekcja E • Sekcja Z • Adiutantura Centralny Zarząd Poczty Polowych Duszpasterstwo • Sekcja I Personalna • Sekcja II Organizacyjna • Sekcja III Metrykalna i do Spraw Obrządku Grecko-Katolickiego Szefostwo Intendencji Polowej • Sekcja I Żywnościowa • Sekcja II Ekwipunkowa • Sekcja III Finansowa • Sekcja IV Personalno-Organizacyjna	Oddział II Informacyjny • Sekcja I Ewidencyjna • Sekcja II Biuro Wywiadowcze • Sekcja III Biuro Prasowe • Sekcja IV Szyfrowa • Sekcja V Propagandy • Sekcja VI Defensywy Oddział III Operacyjny • Sekcja Wschód • Sekcja Planów • Sekcja Historyczno-Operacyjna Oddział V Prezydialny • Sekcja G • Sekcja W • Sekcja E • Sekcja O • Sekcja Z Szefostwo Inżynierii i Saperów • Sekcja Organizacyjna • Sekcja Materiałowa
--	---

• Adiutantura Szefostwo Kolejnictwa Polowego • Sekcja I Ogólna • Sekcja II Wojsk Kolejowych • Sekcja III Służby Kolejowej • Adiutantura Szefostwo Lotnictwa • Sekcja I Taktyczna • Sekcja II Techniczna • Sekcja III Aeronautyczna • Adiutantura • Centralna Aerofotograficzna Szefostwo Sanitarne • Sekcja I Personalna • Sekcja II Spraw Ogólnych i Szpitalnictwa • Sekcja III Higieny Frontów i Etapów • Sekcja IV Aprowizacji Sanitarnej i Aptekarstwa • Adiutantura Szefostwo Sądownictwa Polowego • Sekcja Organizacyjno-Personalna • Sekcja Konsultacyjna • Sekcja Spraw Sądowych • Adiutantura Szefostwo Służb Łączności • Sekcja I Telegrafii Frontowej • Sekcja II Radiotelegrafii • Adiutantura Szefostwo Weterynaryjne • Sekcja I Organizacyjno-Personalna • Sekcja II Inspekcyjna • Sekcja III Statystyczna i Zaopatrzenia Sanitarnego • Adiutantura Szefostwo Żandarmerii Polowych • Sekcja I Organizacyjna • Sekcja II Personalna • Sekcja III Śledcza • Sekcja IV Gospodarcza • Adiutantura • Szwadron sztabowy	
--	--

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:
Czarnecka Regina , *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918 – 1921*, dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.

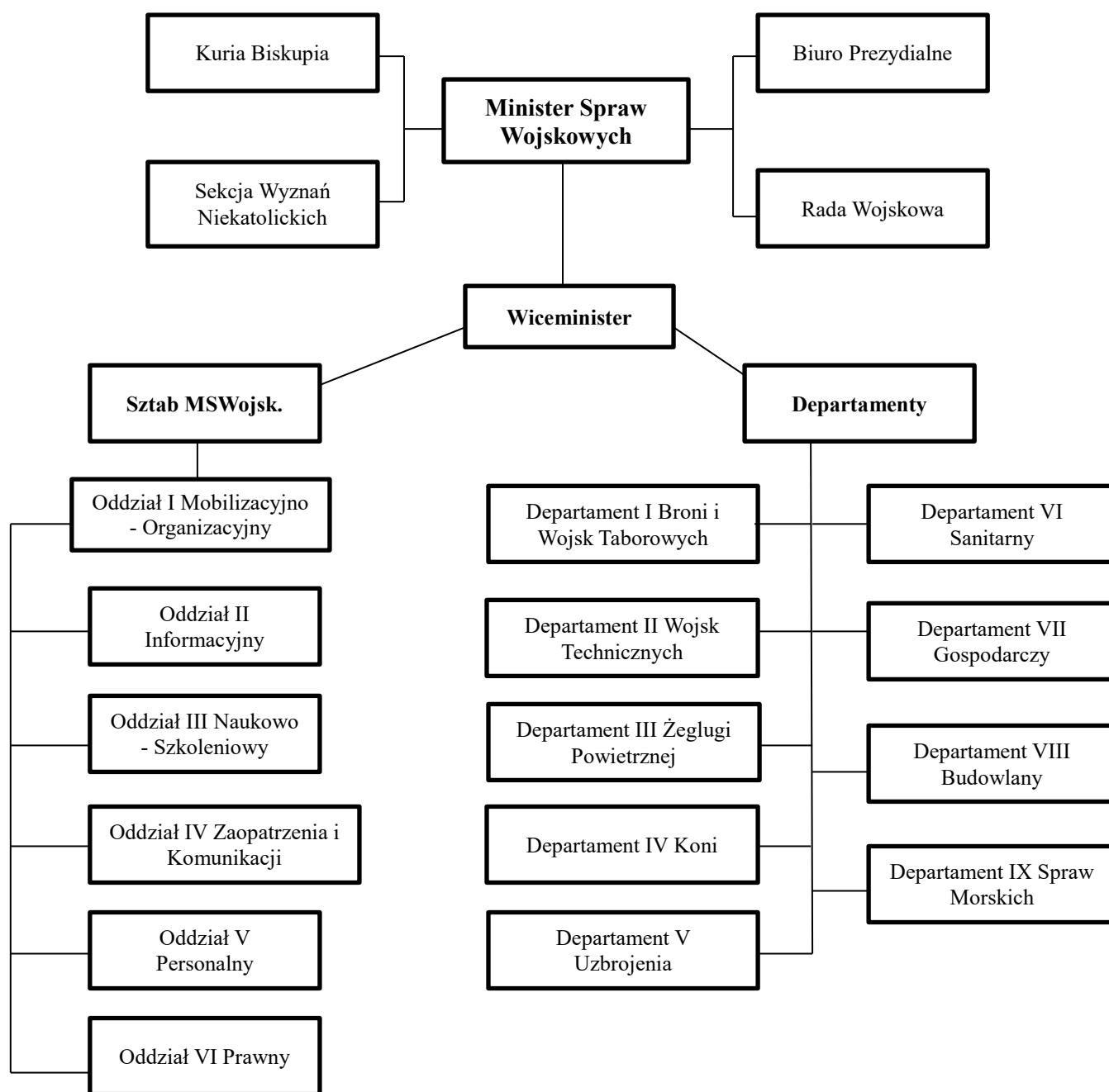
Kolejna reorganizacja Ministerstwa polegała na utworzeniu (na wzór francuski) Sztabu Ministerstwa Spraw Wojskowych. Miał on zająć się koordynacją zadań stawianych przez resort w stanie wojny. Należy pamiętać, iż utworzenie w\w Sztabu poprzedziła jeszcze reorganizacja departamentów. Zmianom organizacyjnym w strukturze MSWojsk. towarzyszyły także zmiany w samym kierownictwie resortu. Ministrem wciąż pozostawał gen. Józef Leśniewski, który wchodził w skład Rady Ministrów. Dekretem Naczelnego Wodza z 16.02.1920 r. zlikwidowano stanowiska dwóch wiceministrów, a wiceministrem został dotychczasowy II wiceminister gen. Kazimierz Sosnkowski.

Zatem rozkaz L. 1792/Org. z 20.02.1920 r. zmienił w sposób zasadniczy organizację Ministerstwa Spraw Wojskowych. Jednakże w jej wyniku większym zmianom nie uległy komórki „podporządkowane bezpośrednio ministrowi tj.: Biuro Prezydialne, Rada Wojskowa, Kuria Biskupia oraz Sekcja Wyznań Niekatolickich”⁹⁶.

Resort w nowej strukturze składał się zasadniczo z dwóch komórek podlegających bezpośrednio pod Ministra Spraw Wojskowych: Sztabu MSWojsk. i Departamentów.

⁹⁶ R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt. s. 101.

Schemat 1.1 Organizacja MSWojsk. z lutego 1920 r.



Źródło: L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010 r., s. 43.

Organizacja Sztabu MSWojsk. była bardziej rozbudowana niż przedstawia powyższy schemat. Każdy z oddziałów był podzielony jeszcze na sekcje. Przedstawiały się one następująco:

Oddział I Mobilizacyjno – Organizacyjny:

- Sekcja 1. Organizacyjnej
- Sekcja 2. Mobilizacyjnej

- Sekcja 3. Poboru i Uzupełnień.

Oprócz tego przy Oddziale I Sztabu MSWojsk. istniał Inspektorat do Spraw Demobilizacji Personalnej i Materiałowej.

Oddział II Informacyjny:

- Sekcja 1. Ogólnoorganizacyjna
- Sekcja 2. Defensywy
- Sekcja 3. Informacyjna
- Kancelaria

W Sekcji Informacyjnej Oddziału II Sztabu MSWojsk. w kwietniu 1920 r. zostało utworzone Biuro Plebiscytowe. Zostało ono w lipcu 1920 r. przemianowane na Sekcję Plebiscytową. W listopadzie tego samego roku Wydział Prasowy Sekcji Informacyjnej przekształcono w Biuro Prasowe. Rok później w styczniu zaczęły powstawać ekspozytury Oddziału II Sztabu MSWojsk. w Baranowiczach, Dęblinie, Równym i Stryju⁹⁷.

Oddział III Naukowo – Szkoleniowy:

- Sekcja 1. Regulaminów i Wyszkożenia
- Sekcja 2. Szkół Stałych
- Sekcja 3. Oświatowa⁹⁸
- Sekcja 4. Wydawnicza

Warto wspomnieć, iż w strukturach Sekcji 4. Wydawniczej funkcjonował Instytut Historyczno-Wojskowy⁹⁹, który został przemianowany w dn. 12.04.1920 r. na Wojskowy Instytut Naukowo-Wydawniczy. Podporządkowany on został szefowi Oddziału III Sztabu Ministerstwa Spraw Wojskowych. W Wojskowym Instytucie Naukowo-Wydawniczym zostały umieszczone instytucje naukowe wojska, do który należały: redakcje „Bellony” i „Wiarusa” oraz Centralne Archiwum Wojskowe – będące Wydziałem III Wojskowego Instytutu Naukowo - Wydawniczego¹⁰⁰, Centralna Biblioteka Wojskowa oraz Główna Księgarnia Wojskowa i Drukarnia.

⁹⁷ R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt. s. 101.

⁹⁸ „Została ona wkrótce przemianowana na Sekcję Oświatowo-Kulturalną. Natomiast 15.05.1920 r. została wydzielona ze struktur Oddziału III Sztabu MSWojsk. i podporządkowana bezpośrednio I wiceministrowi” – Tamże, s. 101.

⁹⁹ Wcześniej podlegał on pod Sekcję Historyczno - Naukową Departamentu Naukowo-Szkolnego.

¹⁰⁰ Patrz więcej: M. Rządowolska, *Działalność Wojskowego Instytutu Naukowo – Wydawniczego w Łodzi 1945-1948*, s. 140-141, http://www.caw.wp.mil.pl/plik/file/biuletyn/r4/r4_5.pdf, dostępność internetowa z dn. 28.12.2014 r.

Oddział IV Zaopatrzenia i Komunikacji:

- Sekcja 1. Organizacyjno – Administracyjna
- Sekcja 2. Budżetowa
- Sekcja 3. Administracyjno – Prawna
- Sekcja 4. Rachunkowo – Kontrolna
- Sekcja 5. Przemysłu Wojennego
- Sekcja 6. Komunikacyjna
- Kancelaria

Przy Oddziale IV Sztabu funkcjonowała także Główna Kasa Wojskowa. Odpowiadała ona za kwestie finansowe Ministerstwa Spraw Wojskowych – tym samym przejęła obowiązki Komisji Kasowej MSWojsk. i Głównej Kasy Wojskowej, działających przy Departamencie Gospodarczym. Ponadto w Oddziale IV Sztabu w dn. 15.06.1920 r. powołano Sekcję Zdobyczy Wojennych. Zarządzała ona materiałami i sprzętem zdobytym na froncie. Jednakże już w połowie 1920 r. nastąpiła reorganizacja Oddziału IV. Składał się on wówczas z:

- Sekcja 1. Organizacyjno – Administracyjna
- Sekcja 2. Budżetowa
- Sekcja 3. Kontroli Wstępnej¹⁰¹ >> przemianowana 15.10.1920 r. na Sekcję Kontroli Faktycznej
- Sekcja 4. Kontroli Następnej (później ponownie Rachunkowo – Kontrolna)
- Sekcja 5. Przemysłu Wojennego
- Sekcja 6. Komunikacyjna
- Sekcja 7. Zdobyczy Wojennej
- Sekcja 8. Traktatowa
- Kancelaria
- Kasa Główna

Oddział V Personalny:

- Sekcja 1. Ogólnoorganizacyjna
- Sekcja 2. Piechoty
- Sekcja 3. Jazdy, Artylerii i innych Broni

¹⁰¹ „Przy Sekcji 3 Kontroli Wstępnej został utworzony 10.10.1920 r. „Korpus Kontrolerów” składający się z wyższych oficerów dla kontroli faktycznej całokształtu gospodarki wojska tak w kraju, jak i na froncie” - R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt. s. 103.

- Sekcja 4. Służb
- Wydział Archiwum Legionów Polskich
- Wydział Prac Przygotowawczych dla Komisji Weryfikacyjnej
- Kancelaria

Oddział VI Prawny:

- Sekcja 1. Organizacyjno - Sądowa
- Sekcja 2. Ustawodawcza
- Sekcja 3. Konsultacji Prawnej
- Kancelaria

Warto nadmienić, iż przy Oddziale VI Sztabu MSWojsk. działał Inspektor Więziennictwa Wojskowego.

Oprócz Sztabu pod MSWojsk podlegało 9 departamentów, których struktura w 1920 r. przedstawiała się następująco:

Tabela 1.8 Organizacja Departamentów MSWojsk. (1920 r.)

Nazwa Departamentu	Sekcje Departamentu
Departament I Broni i Wojsk Taborowych	• Sekcja I Piechoty • Sekcja II Jazdy • Sekcja III Artylerii • Sekcja IV Wojsk Taborowych • Kancelaria
Departament II Wojsk Technicznych	• Sekcja I Inżynierii i Saperów • Sekcja II Wojsk Łączności • Sekcja III Wojsk Kolejowych • Sekcja IV Wojsk Samochodowych • Kancelaria
Departament III Żeglugi Powietrznej	• Sekcja I Organizacyjna • Sekcja II Zaopatrzenia • Sekcja III Aeronautyki • Kancelaria
Departament IV Koni	• Sekcja I Remontu • Sekcja II Weterynaryjna • Kancelaria

Departament V Uzbrojenia	• Sekcja I Organizacyjno - Inspekcyjna • Sekcja II Zaopatrzenia • Sekcja III Broni • Sekcja IV Amunicji • Sekcja V Chemiczna • Inspekcja Odbiorcza • Wydział Surowców • Biuro Techniczne • Kancelaria
Departament VI Sanitarny	• Sekcja I Organizacyjna • Sekcja II Szpitalnictwa • Sekcja III Aptekarska i Zaopatrzenia • Sekcja IV Higieny • Sekcja V Opieki • Kancelaria
Departament VII Gospodarczy	• Sekcja I Organizacyjna • Sekcja II Mundurowa • Sekcja III Żywnościowa • Sekcja IV Należności Pieniężnych • Sekcja V Zaopatrzenia Rodzin Wojskowych i Emerytów • Sekcja VI Wojenno – Likwidacyjna • Kancelaria
Departament VIII Budowlany	• Sekcja I Organizacyjno – Kwaterunkowa • Sekcja II Budowlano – Techniczna • Sekcja III Zaopatrzenia • Wydział Kontroli Robót • Kancelaria
Departament IX Spraw Morskich	• Sekcja I Organizacyjna • Sekcja II Personalno – Szkolna • Sekcja III Techniczna • Sekcja IV Ekonomiczna • Sekcja V Prawna • Sekcja VI Gospodarcza • Kancelaria

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:

Oprócz Sztabu MSWojsk., Departamentów oraz wymienionych już wcześniej instytucji podlegały bezpośrednio pod MSWojsk.: Centralne Warsztaty Samochodowe, Centralne Składy Samochodowe, Centralne Warsztaty i Składy Telegraficzne oraz Warsztaty Radiotelegraficzne.

W dniu 20.02.1920 r. został wydany rozkaz L. 1792/Org., w myśl jego rozporządzenia został zniesione w Ministerstwie Spraw Wojskowych generalne inspektoraty piechoty, jazdy i artylerii. Wszystkie ich zadania przejęli generalni inspektorzy, którzy to powołani byli przy Naczelnym Wodzu. Zlikwidowane zostały również wszelkie inne Inspektoraty (szkół wyższych piechoty, szkół wyższych artylerii, wojsk lotniczych, wojsk łączności, wojsk kolejowych, wojsk samochodowych, wojsk taborowych, budynków wojskowych, inżynierii i saperów, obozów jenieckich). Tylko i wyłącznie zostały się w strukturze MSWojsk. Inspektorat Straży Granicznej i Inspektorat Żandarmerii. Te dwa inspektoraty utworzyły samodzielne jednostki podlegające bezpośrednio pod MSWojsk.

Ponadto ze składu Ministerstwa Spraw Wojskowych zostały wyłączone dwie samodzielne jednostki - Instytut Wojskowo-Techniczny oraz Wojskowy Instytut Geograficzny. Podlegały one bezpośrednio pod ministra. 8.07.1920 r. w Ministerstwie Spraw Wojskowych powołano Inspektorat Generalny Armii Ochotniczej. Zajmował się on wszelkimi pracami związanymi poborem ochotniczym.

Zawieszenie broni z Rosją bolszewicką zawarte 12.10.1920, wchodziło w życie 18.10.1920 r. Pozwoliło ono Ministerstwu Spraw Wojskowych podjąć kroki w kierunku demobilizacji armii.

Ostatnim etapem zatem omówionym przeze mnie będzie rok 1921. Przyniosło on znaczne zmiany, bowiem MSWojsk. zaczęło przechodzić na stopę pokojową.

Przede wszystkim zaszły zmiany w strukturze administracji terenowej. Zlikwidowano Dowództwa Okręgów Generalnych, a na ich miejsce powołano Dowództwa Okręgu Korpusów (DOK), odpowiadające za zaopatrzenie, szkolenie oraz dyscyplinę, podlegających im formacji wojskowych. Powołanych zostało 10 DOK¹⁰²:

- Okręg Korpusu Nr I — Warszawa,
- Okręg Korpusu Nr II — Lublin,

¹⁰² L. Wyszczelski, *Wojsko Polskie....*, dz., cyt., s. 61.

- Okręg Korpusu Nr III — Grodno,
- Okręg Korpusu Nr IV — Łódź,
- Okręg Korpusu Nr V — Kraków,
- Okręg Korpusu Nr VI — Lwów,
- Okręg Korpusu Nr VII — Poznań,
- Okręg Korpusu Nr VIII — Toruń,
- Okręg Korpusu Nr IX — Brześć n. Bugiem,
- Okręg Korpusu Nr X — Przemyśl.

Oprócz powyższych okręgów, zostały wydzielone dwa specjalne obszary: Obszar Warowny (OW) „Wilno” i Obszar Nadmorski (ON) „Gdynia”. Podział Polski na OK nie pokrywał się z obowiązującym wówczas podziałem administracyjnym na województwa. Na czele każdego okręgu stał natomiast Dowódca Okręgu, który sprawował władze wojskową bezpośrednio podlegając pod Ministra Spraw Wojskowych. Dowódcy Okręgu podporządkowane były, zaś wszystkie formacje stacjonujące na obszarze danego okręgu. Odpowiadały one przed nim pod względem mobilizacyjnym i administracyjnym. Dowództwu Okręgu Korpusu podlegały także Powiatowe Komendy Uzupełnień (PKU), które w późniejszym czasie przemianowano na Rejonowe Komendy Uzupełnień (RKU). Do ich zadań należała ewidencja: poborowych, rezerwistów, zajmowały się one także przeprowadzaniem samego poboru i opracowywały przydziały mobilizacyjne.

Naczelne Dowództwo WP, natomiast w związku z podpisaniem traktatu pokojowego z Rosją sowiecką w Rydze, zostało zlikwidowane, rozkazem z dn. 3.04.1921 r. Naczelnego Wodza (L. 6922)¹⁰³. Na miejsce struktur Naczelnego Dowództwa powołane zostały oddziały Sztabu Generalnego WP¹⁰⁴. Minister Spraw Wojskowych wydał rozkaz 10.08.1921 r. (L. 4900/Org). Ustalał on „pokojową organizację naczelných władz wojskowych i wprowadzał w życie statut Ministerstwa Spraw Wojskowych, a w jego składzie Sztabu Generalnego WP. Wiązało się to z reorganizacją całego Wojska Polskiego, które na mocy rozkazu Oddziału I Sztabu Generalnego L. 7600/Org. z 22.08.1921 r. przeszło na stopę pokojową”¹⁰⁵. Minister Spraw Wojskowych był dowódcą sił zbrojnych w czasie pokoju, jednak nie było to pełne dowodzenie. Nie miał on bowiem wpływu na przygotowania wojenne państwa i wojska. Jego działalność oprócz tego kontrolowana była przez parlament, przed którym to

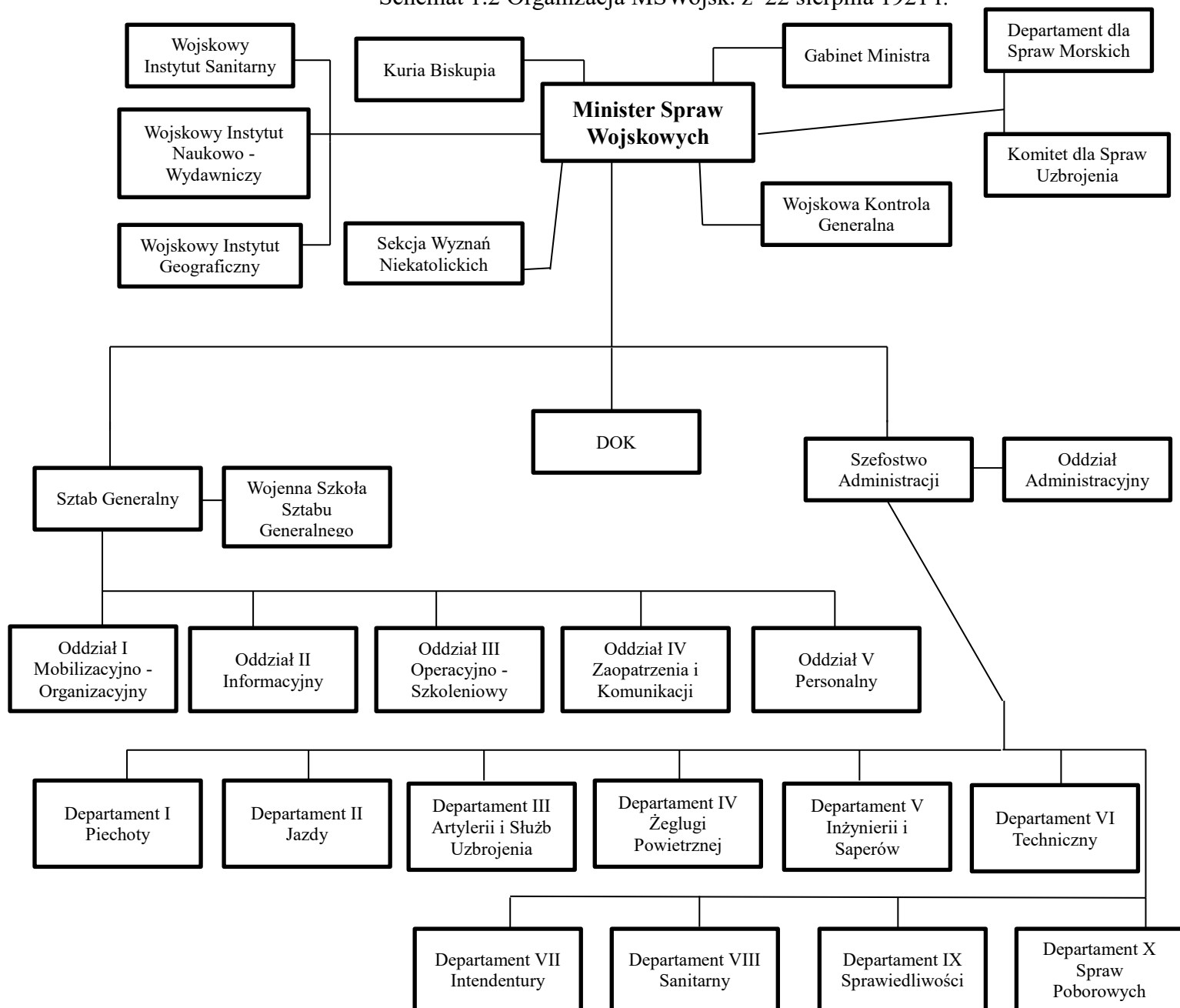
¹⁰³ Rozkaz wchodził w życie z dniem 12 kwietnia.

¹⁰⁴ R. Czarnecka *Organizacja Sztabu Generalnego...*, dz., cyt., s. 23-24, dostępność internetowa z dn. 28.12.2014 r.

¹⁰⁵ Tamże, s. 24.

ponosił odpowiedzialność konstytucyjną¹⁰⁶. Cała organizacja MSWojsk. z 22.08.1921 r. przedstawiała się następująco:

Schemat 1.2 Organizacja MSWojsk. z 22 sierpnia 1921 r.¹⁰⁷



¹⁰⁶ L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010 r., s. 66.

¹⁰⁷ Tamże, s. 67.

Poszczególne Oddziały Sztabu Generalnego WP, składały się z poszczególnych wydziałów i Sekcji. Ich struktura stawała się coraz bardziej skomplikowaną, częste zmiany organizacyjne są do uchwycenia, jednak nie są bezpośrednim celem moich badań¹⁰⁸. Departamenty zaś podzielone zostały na wydziały. Ich podział rysował się następująco:

Tabela 1.9 Organizacja Departamentów MSWojsk. (sierpień 1921 r.)

Nazwa Departamentu	Wydziały Departamentu
Departament I Piechoty	- Wydział I Piechoty - Wydział II Żandarmerii
Departament II Jazdy	- Wydział I Jazdy - Wydział II Wojsk Taborowych - Wydział III Służby Weterynaryjnej
Departament III Artylerii i Służb Uzbrojenia	- Wydział I Ogólnoorganizacyjny - Wydział II Artylerii - Wydział III Broni - Wydział IV Amunicji - Wydział V Chemiczno - Gazowy
Departament IV Żeglugi Powietrznej	- Wydział I Ogólnoorganizacyjny - Wydział II Zaopatrzenia - Wydział III Aeronautyki
Departament V Inżynierii i Saperów	- Wydział I Ogólnoorganizacyjny - Wydział II Zaopatrzenia - Wydział III Techniczny
Departament VI Techniczny	- Wydział I Wojsk Łączności - Wydział II Samochodowych - Wydział III Wojsk Kolejowych
Departament VII Intendentury	- Wydział I Ogólnoorganizacyjny - Wydział II Żywnościowy - Wydział III Mundurowy - Wydział IV Uposażenia

¹⁰⁸ Patrz więcej: L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010 r., s. 88-101.

	• Wydział V Głównej Kasy Wojskowej
Departament VIII Sanitarny	• Wydział I Ogólnoorganizacyjny • Wydział II Higieny i Lecznictwa
Departament IX Sprawiedliwości	• Wydział I Ogólno – Sądowy • Wydział II Więziennictwa • Wydział III Spraw Karnych
Departament X Spraw Poborowych	• Wydział I Poborowy • Wydział II Remontu

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie:
Czarnecka Regina, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, Biuletyn
Wojskowej Służby Archiwalnej nr 27, Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa 2005 r.

We wrześniu zaszła istotna zmiana w reorganizacji MSWojsk. Z dniem 10.09.1921 r. nie podlegały mu bezpośrednio już takie instytucje wojskowe jak: Prokuratura Najwyższego Sadu Wojskowego, Wojskowy Instytut Naukowo-Wydawniczy, Komitet Uzbrojenia Armii, Najwyższy Sąd Wojskowy, Instytut Wojskowo-Geograficzny, Zakłady Graficzne oraz Instytut Serologiczno-Bakteriologiczny.

W dość ogólnym zarysie przedstawiłam organizację MSWojsk. w latach 1918-1921. Warto zaznaczyć, iż poza niewielkimi zmianami przedstawiona ostatnia ze struktur (1921 r.) obowiązywała aż do powrotu marszałka Józefa Piłsudskiego w 1926 r. do czynnego życia politycznego, jako Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych i Ministra Spraw Wojskowych. Dopiero bowiem Józef Piłsudski przeprowadził gruntowną reorganizację naczelnych władz Wojska Polskiego, a w tym również Ministerstwa Spraw Wojskowych.

1.2 Ministerstwo Spraw Wojskowych w latach 1926-1935

Zamach majowy przeprowadzony w dniu 12.05.1926 r. przez marszałka J. Piłsudskiego zakończył się sukcesem¹⁰⁹. Rozpoczęły się autorytarne rządy sanacji, trwające aż do wybuchy II wojny światowej. Dwa dni później, bo 14 maja rząd Wincentego Witosa podał się do dymisji, a prezydent Stanisław Wojciechowski abdykował z urzędu. Następnego dnia

¹⁰⁹ Patrz więcej: A. Garlicki, *Przewrót majowy*, Warszawa 1979 r.; A. Czubiński, *Przewrót majowy 1926 r.*, Warszawa 1989 r.

powołany został nowy rząd z Kazimierzem Bartlem na czele. Józef Piłsudski pełnił w nim funkcję Ministra Spraw Wojskowych oraz Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych. Od tego momentu marszałek sprawował obie posady, aż do swojej śmierci, tzn. do 12.05.1935 r. W jego rękach spoczywała władza na wojskiem, zarówno w czasie pokoju, jak i w przypadku ewentualnej wojny.

31 maja J. Piłsudski został wybrany przez Zgromadzenie Narodowe na Prezydenta RP. Ten jednak stanowiska nie przyjął. Zarekomendował on jednak Ignacego Mościckiego do objęcia tej funkcji. Oddany Piłsudskiemu Mościcki został prezydentem Polski. Piłsudski postanowił nieformalnie sprawować władzę w Polsce. Zaproponowane mu przez premiera Bartla stanowiska, przyjął choć za nim to nastąpiło, rozważał on reorganizację MSWojsk. Dotyczyła ona zwierzchnictwa nad siłami zbrojnymi. Jego koncepcja zakładała bowiem całkowite uniezależnienie polityki wojskowej od ingerencji Sejmu i rządu. Ostatecznie Piłsudski owe stanowiska objął pod warunkiem przywrócenia dekretu z dnia 7.04.1921 r. oraz zastrzegając sobie prawo uregulowania zwierzchnictwa nad siłami zbrojnymi¹¹⁰. W złożonym wniosku 11.04.1921 r. zażądał wyznaczenia swojej osoby na stanowisko przewodniczącego Ścisłej Rady Wojennej¹¹¹ (ŚRW), co natychmiast uczyniono. 13.06.1926 r. zostało zwołane jej posiedzenie. Obok Piłsudskiego w Radzie zasiedli inspektorowie armii, generałowie: Śmigły – Rydz, Żeligowski i Skierski, pełniący obowiązki szefa Sztabu Generalnego, gen. Burhardt – Bukacki i szef Biura Ścisłej Rady Wojennej (BŚRW), płk Tadeusz Kutrzeba. Na posiedzeniach Rady Piłsudski nadal opowiadał się za koncepcją jednoosobowego dowodzenia i odsunięcia wpływów politycznych na armię. Uważał on, że szef Sztabu Generalnego powinien być podporządkowany wyłącznie rozkazom generalnego inspektora wojsk, mającego szerokie kompetencje i wyłączonego spod odpowiedzialności przed Sejmem.

¹¹⁰ L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych...*, dz. cyt., s. 133.

¹¹¹ Należy przypomnieć, że: „10 sierpnia 1921 r. opublikowano rozkaz ministra spraw wojskowych dotyczący zasad organizacji naczelnych władz wojskowych na stopie pokojowej. Ministerstwo stawalo się naczelną władzą sił zbrojnych państwa z Radą Wojenną jako organem doradczym. Nie określono natomiast uprawnień Ścisłej Rady Wojennej. Ministerstwo Spraw Wojskowych tworzyły: Gabinet Ministra, Sztab Generalny, Szefostwo Administracji, Wojskowa Kontrola Generalna i 10 departamentów. Sztab Generalny, Szefostwo Administracji i Wojskowa Kontrola Generalna otrzymały uprawnienia wydawania rozkazów, zaś departamenty ministerstwa mogły je wykonywać lub przedkładać wnioski. Szef Sztabu Generalnego kierował pracami swego sztabu i departamentów w zakresie organizacji, szkolenia, mobilizacji i demobilizacji oraz spraw kadrowych armii. Oddziały Sztabu Generalnego wykonywały zadania zlecane przez ministra. Obowiązujące postanowienia dekretu z 7 stycznia 1921 r., stojące w sprzeczności z zapisami konstytucji, spowodowały, że ostatecznie naczelną władzą wojskowa została podzielona między konstytucyjnie odpowiedzialnego ministra spraw wojskowych i przewodniczącego Ścisłej Rady Wojennej” – *Odrodzenie Wojska Polskiego 1918-1921 w materiałach Centralnego Archiwum Wojskowego*, pod red. Andrzeja Czesława Żaka, Warszawa 2008 r., s. 334.

Na kolejnym posiedzeniu 15.07.1926 r. zajęto się projektami dwóch dekretów: o najwyższych władzach wojskowych oraz o Radzie Obrony Państwa. „*Zdaniem marszałka konstytucyjnie za całokształt działalności wojska, a także generalnego inspektora miał odpowiadać minister spraw wojskowych. Jednak zaabsorbowany różnymi konferencjami i udziałem w posiedzeniach Rady Ministrów nie będzie miał on możliwości zajmowania się wyłącznie sprawami obrony państwa. Dlatego też celowe jest funkcjonowanie specjalnego organu – generalnego inspektora sił zbrojnych*”¹¹². Piłsudski uważał również, że jedna osoba obu stanowisk nie może sprawować zbyt długo. Oprócz w/w kwestii dyskutowano także nad zmianą struktury MSWojsk.

Od 2.07.1926 r. do 22.07.1926 r. trwała w Sejmie debata nad projektami ustaw o zmianie konstytucji i o pełnomocnictwach do wydawania rozporządzeń z mocą ustaw. 2.08.1926 r. została uchwalona ustawa *zmieniająca i uzupełniająca Konstytucję Rzeczypospolitej z 17 marca 1921 r.* Wyraźnie wzmocniła ona władzę wykonawczą, kosztem przedstawicielstwa narodowego.

6.08.1926 r. zostały wydane dwa rozporządzenia: *O wydawaniu dekretów w zakresie Najwyższego Zwierzchnictwa sił zbrojnych Państwa*¹¹³ oraz *O sprawowaniu dowództwa nad siłami zbrojnymi w czasie pokoju i ostanowieniu Generalnego Inspektora sił zbrojnych*¹¹⁴. W artykule pierwszym rozporządzenia *O wydawaniu dekretów w zakresie Najwyższego Zwierzchnictwa sił zbrojnych Państwa* czytamy:

„*Akty Prezydenta Rzeczypospolitej regulujące w sposób ogólny sprawy w zakresie Najwyższego Zwierzchnictwa sił zbrojnych Państwa (ad. 46 Konstytucji), niezastrzeżone w Konstytucji dla władzy ustawodawczej, wydawane będą w postaci dekretów Prezydenta Rzeczypospolitej, kontrasygnowanych przez Ministra Spraw Wojskowych i ogłaszanych w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*”¹¹⁵. W praktyce oznaczało to, że Sejm został całkowicie pozbawiony głosu w sprawach prawnego – ustrojowego usytuowania Wojska Polskiego i dowodzenia nim zarówno w czasie pokoju, jak i wojny. Drugi z przytoczonych przeze mnie dekretów ustalał kompetencje w zakresie kierowania i dowodzenia siłami zbrojnymi¹¹⁶. Uprawnienia te przewidziane były dla prezydenta, Ministra Spraw Wojskowych i Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych (GISZ).

¹¹² L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych...*, dz. cyt., s. 134.

¹¹³ Dziennik Ustaw RP 1926, nr 79, poz. 444.

¹¹⁴ Dziennik Ustaw RP 1926, nr 79, poz. 445.

¹¹⁵ Dziennik Ustaw RP 1926, nr 79, poz. 444.

¹¹⁶ Dekret powiadał także utworzenie Komitetu Obrony Państwa.

Prezydent jako najwyższy zwierzchnik sił zbrojnych sprawował pieczę nad wojskiem z pomocą w/w stanowisk. Posiadał on następujące uprawnienia: mianował/zwalniał (na podstawie uchwały Rady Ministrów) GISZ, wiceministrów i szefa Sztabu Generalnego, na wniosek Ministra Spraw Wojsk. wyznaczał stanowiska od dowódcy dywizji wzwyż i nadawał pierwszy stopień oficerski.

Minister Spraw Wojskowych otrzymał bezpośrednie dowodzenie siłami zbrojnymi. Za swoją działalność ponosił odpowiedzialność konstytucyjną i parlamentarną.

Generalny Inspektor Sił Zbrojnych miał być generałem przewidzianym na Naczelnego Wodza. *„Jest on stałym zastępcą Ministra Spraw Wojskowych we wszystkich sprawach, dotyczących przygotowania sił zbrojnych i Państwa do obrony na wypadek konfliktu zbrojnego. Opracowuje on i kontroluje wszystkie prace mobilizacyjne i operacyjne”*¹¹⁷. Ponadto GISZ podporządkowany został Sztab Generalny, który przemianowano w 1928 r. na Sztab Główny. Powołanie owego stanowiska zapoczątkowało reorganizację naczelnych władz wojskowych i według koncepcji Piłsudskiego oddzielono kierownictwa nad pracami związanymi z przygotowaniem do ewentualnych działań wojennych (tzw. tor wojenny) od bieżących spraw wojskowych w czasie pokoju (tzw. tor pokojowy).

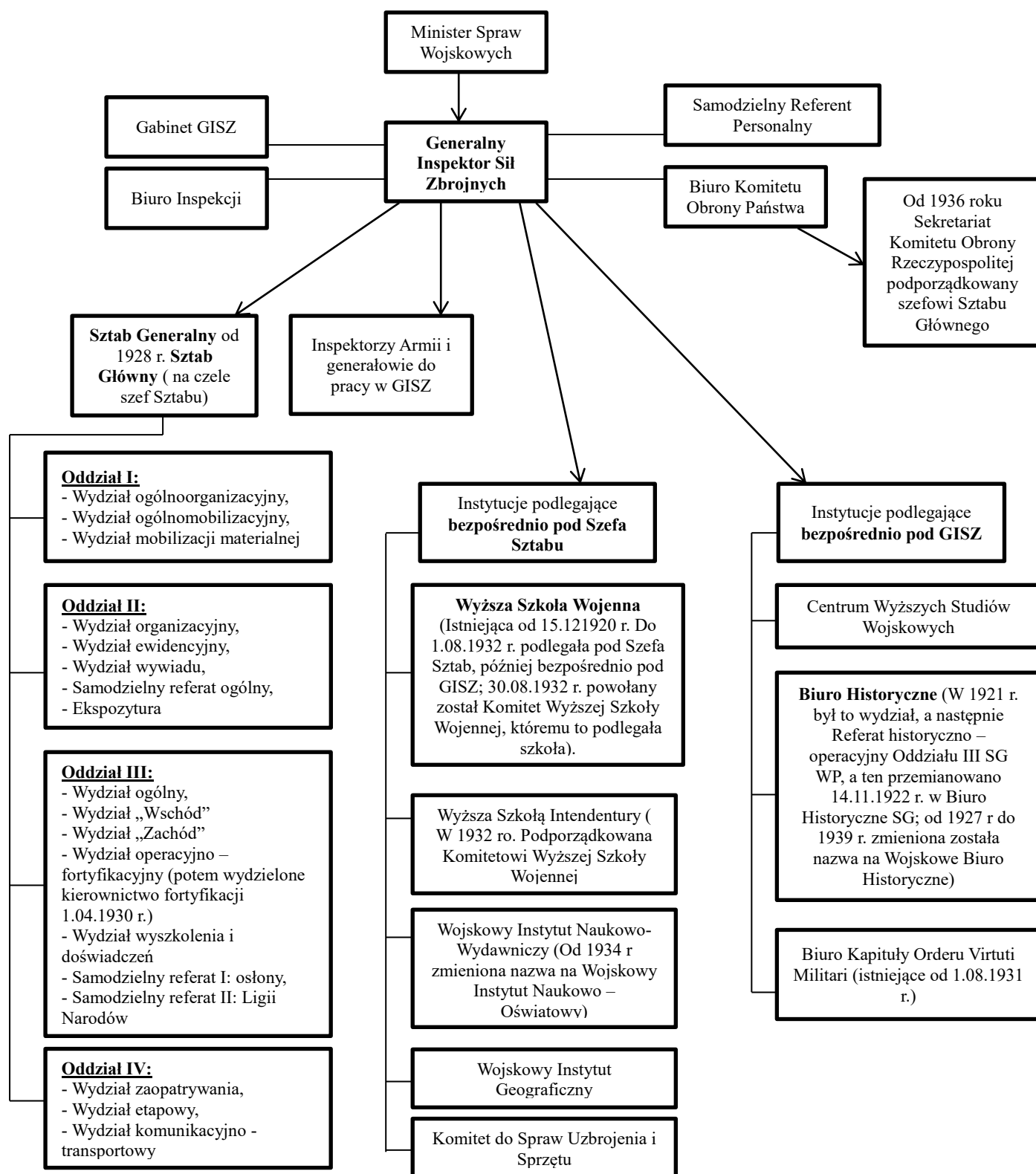
Inspektor nie był odpowiedzialny przed sejmem i rządem, zgodnie z dekretem w czasie pokoju miał podlegać Ministrowi Spraw Wojskowych, jednak posiadane przez niego uprawnienia i zadania w praktyce czyniły go zastępcą prezydenta RP. Bowiem mając prawo zgłaszania postulatów będących dla Ministra Spraw Wojskowych wiążącymi poleceniami, stawał się de facto jego zwierzchnikiem¹¹⁸. Podporządkowanie Sztabu GISZ oznaczało, że stanowisko Ministra Spraw Wojsk. zostało poważnie ograniczone i sprowadziło się wyłącznie do administrowania i dowodzenia armią w czasie pokoju. Taki stan rzeczy wynikał z tego, iż rola i kompetencje GISZ w dekrete z 6.08.1926 r. nie zostały wyraźnie określone.

19.10.1926 r. ukazała się, zatwierdzona przez Ministra Spraw Wojskowych organizacja GISZ, Sztabu Generalnego i inspektorów armii. Z niewielkimi zmianami obowiązywała ona do 1939 r. Przedstawiała się ona następująco:

¹¹⁷ L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych...*, dz. cyt., s. 135.

¹¹⁸ T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 156.

Schemat 1.3 Organizacja Generalnego Inspektorat Sił Zbrojnych 1926-1939.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: T. Böhm, Z dziejów naczelnych władz wojskowych II Rzeczypospolitej. Organizacja i kompetencje Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918-1939, Warszawa 1994 r., s. 157.

W Sztabie Głównym w omawianych latach do większych przeobrażeń (w porównaniu do lat poprzednich) w oddziałach i wydziałach nie dochodziło. Te ważniejsze zostały odnotowane na schemacie. Co się tyczy instytucji podległych SG, bądź GISZ, ważniejsze zmiany zostały naniesione na schemat. Większość zmian była podejmowana w latach 30. Wówczas od I wiceministra uzależniono Wojskowy Instytut Naukowo – Oświatowy, a kierownictwo fortyfikacji zostało przeniesione jako wydział do Departamentu Budownictwa MSWojsk. Centralna Biblioteka Wojskowa podporządkowano natomiast GISZ.

Częste były zmiany personalne na stanowiskach oraz redukcje bądź zwiększanie etatów w poszczególnych oddziałach i wydziałach. Same kompetencje Szefa Sztabu Głównego w sprawach szkolenia i w zakresie wydawnictw wojskowych, także często zmieniały się. Warto dodać, iż Szef Sztabu miał do pomocy dwóch zastępców. Pierwszy z nich był pomocnikiem w kierowaniu całokształtem prac wojskowych Sztabu, natomiast drugi miał współpracować w zakresie przygotowań obronnych państwa z cywilnymi ministerstwami. Jego zadania polegały na opracowywaniu: *„wytycznych do mobilizacji przemysłowej, personalnej, koni i środków przewozowych w związku z ustawami o świadczeniach osobistych i rzeczowych; instrukcji dla poszczególnych ministerstw w zakresie organizacji i mobilizacji na wypadek wojny; zagadnień mobilizacji sił naukowych i propagandy wewnątrz państwa”*¹¹⁹.

Główna reorganizacja i plan rozbudowy Sztabu Głównego, a w szczególności Oddziału I, miał przypaść na jesień 1931 r., bądź na wiosnę 1932 r. Celem było wystawienie na czas mobilizacji 45 dywizji piechoty, rozbudowa artylerii oraz modernizacja łączności¹²⁰. Nie jest jednak wiadome czy owy plan został zrealizowany ze względu na brak źródeł. Dużym prawdopodobieństwem jest jednak fakt, że nie udało się go sfinalizować¹²¹.

Przechodząc do zmiany i reorganizacji MSWojsk. to nastąpiła ona wraz z rozkazem w dniu 28.06.1926 r. Była ona następstwem naturalnym po powołaniu GISZ. Przypomnijmy: głównym celem marszałka było wyłączenie z kompetencji resortu wszelkich przygotowań wojennych. Tym sposobem Piłsudski chciał uniezależnić siły zbrojne od jakiegokolwiek kontroli parlamentu.

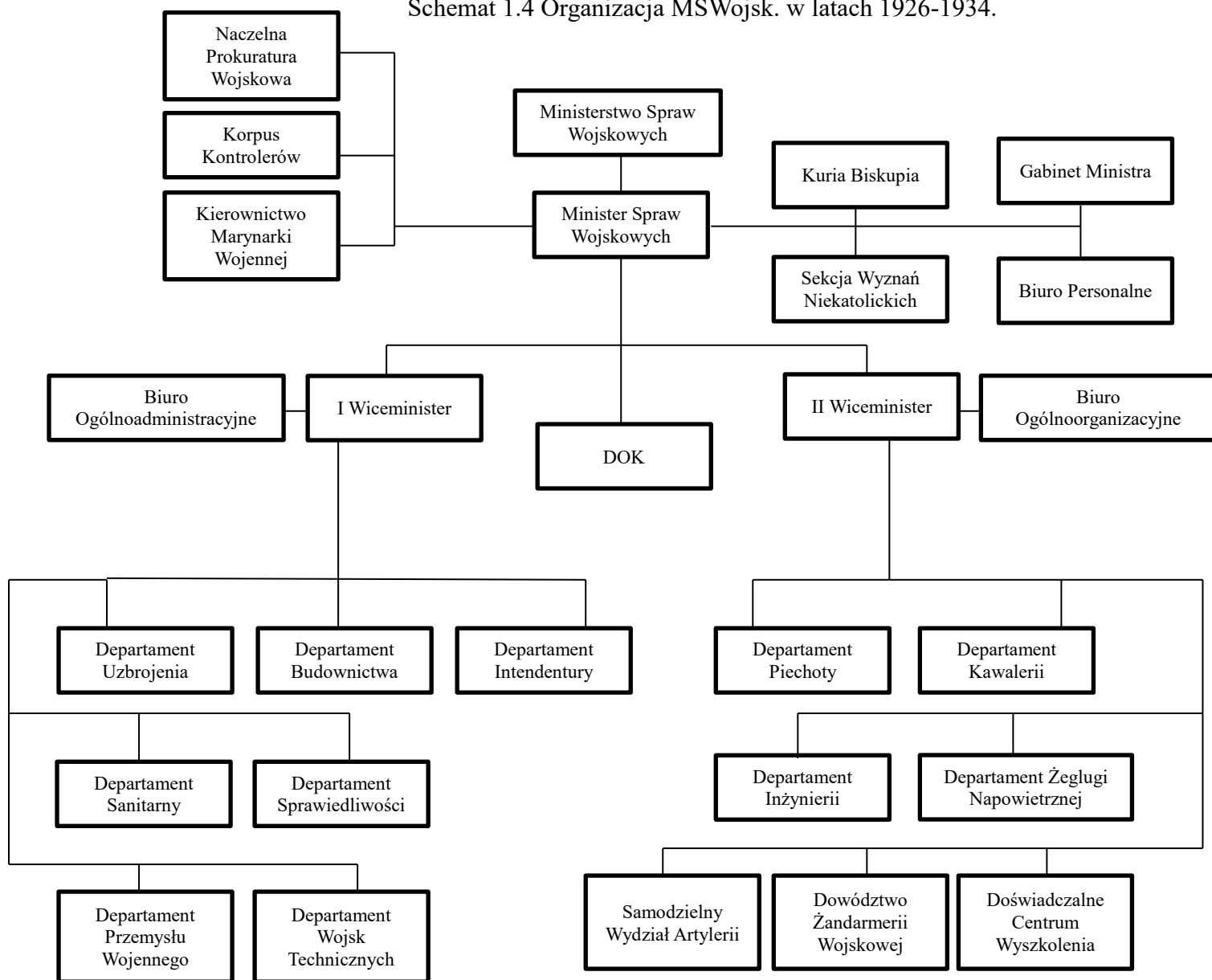
¹¹⁹ P. Stawecki, *Wojsko Marszałka Józefa Piłsudskiego 12 V 1926-12 V 1935*, Warszawa 2004 r. s. 42.

¹²⁰ Tamże, s. 43.

¹²¹ Tamże, s. 44.

Poniższy schemat w uproszczeniu przedstawia organizację Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1926-1934.

Schemat 1.4 Organizacja MSWojsk. w latach 1926-1934.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010, s. 151.

Na czele MSWojsk. stał Minister Spraw Wojskowych, któremu to podlegały bezpośrednio: I wiceminister, II wiceminister, Kierownictwo Marynarki Wojennej, Naczelna Prokuratura Wojskowa, Kuria Biskupia, Sekcja Wyznań Niekatolickich, Korpus Kontrolerów Wojskowych, Gabinet Ministra, Biuro Personalne oraz Dowództwo Okręgów Korpusu (DOK).

Kierownictwo Marynarki Wojennej składało się z następujących wydziałów: Organizacyjno – Mobilizacyjnego, Regulaminów oraz Wyszkożenia. Występowała w nim zmienna liczba samodzielnych referatów.

Naczelna Prokuratura Wojskowa ściśle współpracowała z Departamentem Sprawiedliwości. Podlegała jej Prokuratura przy Najwyższym Sądzie Wojskowym oraz prokuratorzy przy sądach okręgowych funkcjonujących przy DOK.

Kuria Biskupia 12.05.1927 r. została przemianowana na Polowę Kurię Biskupią i wówczas podzielona została na wydziały: Ogólny, Jurysdykcyjno – Metrykalny, Samodzielny Referat Grecko – Katolicki oraz Sąd Biskupi.

Sekcja Wyznań Niekatolickich przekształcona została w Wydział Wyznań Niekatolickich, a następnie w czerwcu 1927 r. przemianowana na Biuro Wyznań Niekatolickich MSWojsk. Warto nadmienić, iż od 1933 r. między Biurem, a Gabinetem Ministra funkcjonował referat ds. duszpasterstwa wojskowego w celu lepszego przepływu informacji.

Korpus Kontrolerów Wojskowych w czerwcu 1927 r. składał się z: Kadry Korpusu Kontrolerów, Szefostwa Korpusu Kontrolerów oraz z Biura Kontroli. W 1929 r. została rozwiązana Kadra Korpusu Kontrolerów. Do głównych zadań owej komórki należało przede wszystkim kontrola działalności gospodarczej wojska.

Gabinet Ministra był organem pomocniczym w pracy Ministra Spraw Wojsk. Podzielony był on na referaty.

Biuro Personalne utworzone zostało 17.02.1927 r. i podzielone było na wydziały. Posiadało ono analogiczne kompetencje do dawnego Oddziału V SG. Administrowało personelem oficerskim, z wyjątkiem dowództw od dowódcy pułku wzwyż, które to znajdowały się w kompetencjach Referatu Personalnego GISZ-u. Od stycznia 1930 r. zaczęła obowiązywać nowa organizacja Biura. Podzielono je wówczas na następujące wydziały: Spraw Oficerskich, Spraw Podoficerskich i Pracowniczych oraz utworzono Samodzielny Referat Mobilizacyjny. Kolejna zmiana w organizacji nastąpiła w 1932 r., wówczas z Wydziału Spraw Oficerskich wydzielono dwa referaty: Spraw Ogólnoorganizacyjnych oraz Spraw Karnych i Honorowych. Ostatnia zmiana Biura miała miejsce w 1934 r. i wtedy to z Samodzielnego Referatu Rezerw powstał Wydział Rezerw. Usamodzielniono także Referat

Spraw Karnych i Honorowych. Warto nadmienić, iż przy Biurze Personalnym funkcjonował Oficerski Trybunał Orzekający (OTO), którego zadaniem było sprawowanie nadzoru nad sądami honorowymi.

Dowództwo Okręgu Korpusu od 1921 r. terytorialnie nie uległo zmianie. Tak samo jak przed zamachem majowym na DOK składały się z: dowództwa Okręgów Wojskowych, komendy miast i placów, powiatowe komendy uzupełnień oraz nieetatowe dowództwa garnizonów.

Przy Dowództwach Okręgów Korpusów w latach 1921-1939 istniały poszczególne szefostwa: Poboru i Remontów, Artylerii i Służby Uzbrojenia, Sanitarne, Łączności, Inżynierii i Saperów, Weterynarii, Duszpasterstwa, Intendencji. Ponadto w okresie przechodzenia wojska na tzw. „stopę pokojową” istniały także dodatkowe komórki organizacyjne przy DOK, takie jak: Urząd Opieki nad grobami wojennymi przy Szefostwie Duszpasterstwa, Wydział zaopatrzenia inwalidzkiego przy Szefostwie Intendencji, Dział kontroli gospodarczej, Wydział inwalidzko-superrewizyjny przy Szefostwie Sanitarnym, Referat osad żołnierskich przy Oddziale I Sztabu, Referat przemysłu wojennego¹²².

Mimo braku zmian w kształcie organizacyjnym w latach 1926-35, DOK miały odmienne znaczenie i inny prestiż niż w latach wcześniejszych. Przejawem tego było m.in. obniżenie personalnego zaszerogowania tych instytucji. Jak podaje Lech Wyszczelski: „*Dowódca OK miał etat generała dywizji, a nie - jak wcześniej – generała broni. Obniżony został też etat jego zastępcy – zamieniony na pomocnika dowódcy (w wypadku DOK I był to I i II pomocnik dowódcy)*”¹²³. Natomiast Witold Jarno powołując się bezpośrednio na rozkaz z dnia 12.08.1926 r. napisał o całkowitym zniesieniu stanowiska zastępców dowódców OK, z wyjątkiem DOK I w Warszawie¹²⁴. Przez niepodanie daty Wyszczelski łatwo wprowadza czytelnika w błąd, bowiem dopiero 25.07.1928 r. zostali ustanowieni pomocnicy dowódców okręgów korpusów do spraw uzupełnień. Do 1939 r., kiedy to przywrócono stanowiska zastępców dowódców OK, pomocnicy zastępowali z urzędu dowódców okręgów korpusów w czasie ich nieobecności¹²⁵. W 1929 r. Utworzono Okręgowe Urzędy Przysposobienia Wojskowego i Wychowania Fizycznego, które przejęły z Oddziału Wyszczolenia sprawy przysposobienia wojskowego i wychowania fizycznego .

¹²² W. Jarno, *Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939*, Łódź 2001 r., s. 126.

¹²³ L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych...*, dz. cyt., s. 179.

¹²⁴ W. Jarno, dz. cyt., s. 126.

¹²⁵ Tamże, s. 129.

1.01.1933 r. do dowództw okręgów włączono, bez zmiany nazwy i uprawnień, okręgowe urzędy wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego¹²⁶. Wówczas organizacja poszczególnych DOK wyglądała następująco:

- Wydział Ogólny

Referaty:

- Organizacyjno - administracyjny,
- Wszkolenia,
- Personalny,

- Wydział Mobilizacji i Uzupełnień

Referaty:

- Ogólny,
- Mobilizacji Personalnej,
- Mobilizacji Materiałowej i Koni,
- Uzupełnień.

Powstały także samodzielne referaty bezpieczeństwa. Natomiast w skład organizacyjny Dowództwa Okręgu Korpusu włączono Szefostwa: Uzbrojenia, Sanitarne, Weterynarii, Duszpasterstwa. W latach 1932-1933 przemianowano Wydział Ogólny na Samodzielny Referat Ogólny oraz usamodzielniono Referat Personalny i Oświatowy. 1.05.1934 r. zlikwidowano kompanie sztabowe. Natomiast 1.12.1934 r. zlikwidowano stanowiska inspektorów uzupełnień.

Powracając do omawiania struktury MSWojsk., to Minister Spraw Wojskowych miał bezpośrednio do dyspozycji I wiceministra oraz II wiceministra.

I wiceminister był szefem administracji i skupiał w całości rozkazodawstwo w dziedzinie administracji siły zbrojnej i gospodarki budżetem. Do pomocy w wykonywaniu swoich obowiązków miał Biuro Ogólnoadministracyjne. 15.12.1934 r. zostało ono zlikwidowane, tworząc jednocześnie na starych strukturach: Departament Dowodzenia Ogólnego, który to składał się z trzech wydziałów: I ogólnego, II organizacji wszkolenia, III obrony przeciwlotniczej.

Bezpośrednio pod rozkazy I wiceministra podlegały następujące departamenty: Uzbrojenia, Wojsk Technicznych, Budownictwa, Intendentury, Sanitarne, Sprawiedliwości oraz Przemysłu Wojennego.

¹²⁶ Dziennik Rozkazów Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 1 z 9.01.1931 roku, poz. 2.

Departament Uzbrojenia posiadał w swojej strukturze wydział broni, wydział amunicji oraz samodzielny referat rachunkowo – budżetowy. W 1926 r. został dodany wydział ogólny. Kolejna reorganizacja miała miejsce w listopadzie 1927 r. wtedy to omawiany departament składał się z następujących wydziałów: ogólnego, broni, amunicji, chemiczno – gazowego. W maju 1928 r. dodany został samodzielny referat mobilizacyjny i przemysłu wojennego. Ostatnia w omawianym okresie zmiana nastąpiła w marcu 1929 r. Wówczas departament zawierał cztery wydziały: ogólny, broni, amunicji, chemiczny oraz samodzielny referat przepisów. Bezpośrednio pod Departament Uzbrojenia podlegały: Inspekcja Techniczna Artylerii (31.03.1927 r. przemianowana została na Inspekcję Techniczną Uzbrojenia, rozwiązana 1.09.1931 r.), Centrala Odbiorcza Materiałów Artylerii (w 1927 r. zmieniona na Centralę Odbiorczą Materiałów Uzbrojenia) oraz Instytut Badań Uzbrojenia (w 1927 r. przemianowany na Instytut Badań Materiałów Uzbrojenia).

Departament Wojsk Technicznych składał się z wydziału: ogólnego, fortyfikacyjnego, saperów, łączności, samochodowego oraz samodzielnego referatu broni pancernych. 17.09.1927 r. cały departament przemianowany został na Departament Inżynierii i włączony został pod bezpośrednie dowództwo II wiceministra. Składał się on wówczas z następujących wydziałów: ogólnego, fortyfikacyjnego, saperów, łączności, broni pancernych oraz z samodzielnego referatu rachunkowo – budżetowego. 31.01.1929 r. nastąpiła kolejna zmiana. Z Departamentu Inżynierii zostały wydzielone dwa odrębne departamenty: Departament Zaopatrzenia Inżynierii, który podlegał pod II wiceministra oraz Departament Zaopatrzenia, który podlegał I wiceministrowi. Ten ostatni został z dniem 26.05.1933 r. przemianowany na Departament Techniczny, który jednak już 30 października 1934 r. został zlikwidowany.

Departament Budownictwa od 1931 r. składał się z wydziałów: inspekcji budowlanej, zarządu nieruchomości, budowlanego i rachunkowo–budżetowego. Od 1.07.1932 r. wcielono do niego wydział fortyfikacyjny ze SG¹²⁷.

Departament Intendencji od 1928 r. posiadał wydziały: ogólny, żywnościowy, mundurowy, kwaterunkowy, uposażenia, taborowy i budżetowo – rachunkowy. Od marca 1923 r. do struktury dodany został samodzielny referat emerytalny. Bezpośrednio pod Departament Intendencji podlegały: od grudnia 1927 r. Instytut Intendencji, Biuro badań Technicznych, Komisja Nadzoru technicznego oraz Wyższa Szkoła Intendencji. Od 1928 r.

¹²⁷ Wydział fortyfikacyjny najpierw znajdował się w Departamencie Inżynierii, od 3.04.1930 r. wydział przeniesiono do SG i ponownie od 1.07.1932 r. podlegał on pod MSWojsk.

przy owym departamencie istniał także Wojskowy Zakład Zaopatrzenia Intendentury i Taboru. Został on jednak w kwietniu 1932 r. rozwiązany i wydzielone zostały z niego dwie osobne placówki: Centralne Zaopatrzenie Intendenckie oraz Kierownictwo Zaopatrzenia Taborowego.

Departament Sanitarny dzielił się wydziały: ogólny, zaopatrzenia i techniczny oraz referaty: inwalidzki i rachunkowo – budżetowy. Od 31.03.1927 r. dodany został wydział weterynarii (przeniesiony z Departamentu Kawalerii). Od 2.09.1927 r. Departament Sanitarny posiadał następujące wydziały: ogólny, techniczno–lekarski, farmaceutyczny, weterynaryjny oraz samodzielny referat rachunkowo–budżetowy. Przy omawianym departamencie funkcjonował także Centralny Zakład Zaopatrzenia Sanitarnego, który 26.11.1928 r. został przemianowany na Wojskowy Zakład Zaopatrzenia Sanitarnego. Temu ostatniemu, zaś bezpośrednio podlegały: Instytut Badań, Centrala Odbiorcza, Główna Składnica Sanitarna, Pomocnicze Składnice Sanitarne (po jednej w każdym okręgu)¹²⁸. W dniu 14.12.1928 r. Departament Sanitarny przemianowany został na Departament Zdrowia, a 2.01.1930 r. został do jego struktury dodany referat personalny.

Departament Sprawiedliwości dzielił się na wydziały: ogólny, ustawodawczy, spraw konnych i nadzoru prokuratorskiego oraz konsultacji prawnej. Od stycznia 1930 r. utworzono dodatkowo referat personalny. Departamentowi Sprawiedliwości bezpośrednio podlegały: Najwyższy Sąd Wojskowy, Wojskowe Więzienie Karne w Stanisławowie oraz Prokurator przy Najwyższym Sądzie Wojskowym.

Departament Przemysłu Wojennego istniał od kwietnia 1924 r. do 25.08.1927 r. Po 1927 r. to Szef Sztabu dawał dyrektywy, w zakresie przemysłu wojennego, Szefowi Administracji Armii. Jego organem wykonawczym było Biuro Ogólnoadministracyjne, posiadające w swym składzie Wydział Przemysłu Wojennego. Poszczególnym organami wykonawczymi w zakresie konkretnych gałęzi przemysłu były przede wszystkim Departamenty: Uzbrojenia, Lotnictwa, Inżynierii i Intendentury¹²⁹. 1.11.1935 r. zostało zorganizowane w składzie MSWojsk. Biuro Przemysłu Wojennego, które przejęło agendy Wydziału Przemysłu Wojennego Biura Ogólnoadministracyjnego. „Departament Uzbrojenia wraz z nową komórką uzgadniał założenia ogólnej polityki przemysłowej i był odpowiedzialny za przygotowania mobilizacyjne wszystkich wytwórni przemysłu wojennego. W dniu 1.06.1936 r. utworzono przy Sztabie Głównym Sekretariat Komitetu Obrony Rzeczypospolitej. Zadaniem jego było

¹²⁸ Organizacja wojskowej służby zdrowia dokładniej będzie omawiana w kolejnych rozdziałach.

¹²⁹ T. Wojciechowski, Źródła wojskowe do dziejów przemysłu w latach 1918-1939, http://www.caw.wp.mil.pl/plik/file/biuletyn/b1/b1_7.pdf, dostępność internetowa z dn. 11.05.2015 r., s. 86-87.

koordynowanie spraw z zakresu pracy zainteresowanych ministerstw w dziedzinie obrony państwa, uzgadnianie budowy nowych zakładów przemysłowych pracujących dla obronności oraz zabezpieczenie surowców dla przemysłu i rozwoju energetyki”¹³⁰.

II wiceminister w imieniu Ministra Spraw Wojsk. zajmował się wyłącznie rozkazodawstwem w sprawach organizacji, szkolenia i kadry oficerskiej. Jako organ pomocniczy posiadał on Biuro Ogólnoorganizacyjne oraz Biuro Uzupełnień¹³¹ (od 31.07.1931 r. Departament Uzupełnień). Bezpośrednio pod rozkazy II wiceministra w omawianych latach podlegały następujące departamenty: Piechoty, Kawalerii, Inżynierii¹³², Żegluga Napowietrznej (potem Departament Lotnictwa) oraz Samodzielny Wydział Artylerii (od 31.03.1931 r. Departament Artylerii), Dowództwo Żandarmerii Wojska Doświadczalne Centrum Wyszkożenia w Rembertowie¹³³ oraz trzy szefostwa: saperów, łączności i broni pancernej¹³⁴. Warto dodać, iż od 20.06.1932 r. II wiceministrowi podporządkowano, także Wojskowy Instytut Naukowo - Wydawniczy (WINW), który do tej pory podlegał Szefowi Sztabu Generalnego. *„Praca WINW opierała się na trzech wydziałach: I naukowym, II kultury i propagandy, III wydawniczym. Zakres działania tej placówki obejmował: sprawowanie kierownictwa nad wojskową akcją wydawniczą, całokształt prac kulturalno – oświatowych w wojsku i propagowanie idei obronności państwa w wojsku i w społeczeństwie”*¹³⁵. Od 1.04.1934 r. pod szefa WINW podporządkowano Główną Księgarnię Wojskową oraz Centralną Bibliotekę Wojskową.

Departament Piechoty przechodził w omawianych latach pewne przeobrażenia, a mianowicie 24.03.1927 r. Wydział Wychowania Fizycznego oraz Wydział Przysposobienia Wojskowego zostały przeniesione do Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego. 1.06.1927 r. Wydział Żandarmerii zamieniono na Dowództwo Żandarmerii Wojsk., które od tamtego momentu miało podlegać bezpośrednio

¹³⁰ Tamże, s. 87.

¹³¹ Biuro Uzupełnień powołano rozkazem Ministra Spraw Wojskowych z dn. 17.07.1928 roku. *„Jako bezpośredni organ pracy II wiceministra w zakresie uzupełnień, poboru, administracji rezerw i mobilizacji personelu i koni”* do biura włączono pewne wydziały z różnych Departamentów: wydział poborowy z Departamentu Piechoty, wydział remontu z Departamentu Kawalerii, sprawy administracji rezerw, poboru i mobilizacji z Oddziału I Sztabu Generalnego oraz referaty mobilizacyjne z departamentów: artylerii, inżynierii i piechoty (z wyjątkiem spraw mobilizacyjnych oficerów) – patrz więcej: T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 180.

¹³² Departament Inżynierii, ta nazwa utrzymywała się do 31.01.1929 r., potem bowiem została zmieniona na Departament Zaopatrzenia Inżynierii i cały departament został podporządkowany I wiceministrowi Spraw Wojskowych.

¹³³ 15.09.1933 r. rozkazem GISZ zostało ono zlikwidowane.

¹³⁴ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 180.

¹³⁵ Tamże, s. 183.

pod kierownictwo II wiceministra. 6.09.1928 r. Wydział Poborowy przeniesiono do Biura Uzupełnień¹³⁶. 17.11.1928 r. ustalono nową organizację departamentu. Składał się on z dwóch wydziałów: I ogólnego i II studiów oraz z trzech referatów: personalnego, rejestracji i budżetowego. Rok później Referat Personalny został zastąpiony Wydziałem III Personalnym, a z dniem 1.11.1934 r. przeniesiono go i podporządkowano Szefowi Biura Personalnego MSWojsk. W końcu listopada 1934 r. obejmował dwa wydziały: I organizacyjny i II wyszkolenia.

W roku 1926 Departament Kawalerii MSWojsk. składał się z czterech wydziałów — ogólnego, remontu, weterynarii i taborów oraz samodzielnego referatu rachunkowo-budżetowego. W marcu 1927 r. wyłączono z Departamentu Kawalerii Wydział Weterynaryjny i Wydział Taborowy, włączając: pierwszy — do Departamentu VIII Sanitarnego, drugi — do Departamentu Artylerii¹³⁷. 17.07.1928 r. Wydział Remontu, zaś został przeniesiony do Biura Uzupełnień. Zatem pod koniec 1928 r. w wyniku reorganizacji, Departament Kawalerii składał się z dwóch wydziałów: I ogólnego i II studiów. Lata 1928 — 1938 to okres stabilizacji organizacyjnej. Dopiero w kwietniu 1938 roku przeprowadzono zmiany strukturalne według nowego składu osobowego¹³⁸.

Departament Żeglugi Napowietrznej 28.06.1926 r. został przemianowany na Departament IV Lotnictwa¹³⁹. 19.05.1927 r. Minister Spraw Wojskowych zniósł numerację departamentów, a dla dotychczasowego Departamentu IV ustalił nazwę Departament Lotnictwa. 1.07.1926 r. wprowadzono jego nową organizację. Składał się z wydziałów: I ogólnego, II technicznego, III zaopatrzenia oraz z referatów: balonowego i lotnisk. Kolejna reorganizacja miała miejsce 14.12.1928 r. Pozostawiono dwa wydziały: ogólny i techniczny oraz Samodzielny Referat Balonowy. Zlikwidowano natomiast Wydział Zaopatrzenia i Samodzielny Referat Lotnisk, wprowadzając na ich miejsce Wydział Studiów i Samodzielny Referat Rachunkowo – Budżetowy¹⁴⁰. 29.04.1929 r. Minister Spraw Wojskowych zmienił nazwę Departamentu Lotnictwa na Departament Aeronautyki, a w styczniu 1930 r. składał się on z trzech wydziałów: I ogólnego, II studiów i III technicznego oraz dwóch samodzielnych referatów: rachunkowo – budżetowego i personalnego. Szefowi Departamentu Aeronautyki podlegał bezpośrednio Instytut Badań Technicznych Lotnictwa.

¹³⁶ Patrz przypis nr 102.

¹³⁷ A. Wrona, *Zawartość aktowa zespołu akt Departamentu Kawalerii Ministerstwa Spraw Wojskowych*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b4/b4_5.pdf, dostępność internetowa z dn. 11.05.2015 r., s. 3.

¹³⁸ Tamże, s. 3.

¹³⁹ Dziennik Rozkazów Ministerstwa Spraw Wojskowych, nr 18, poz. 185, z dn. 8.07.1926 r.

¹⁴⁰ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 186.

Samodzielny Wydział Artylerii uległ przekształceniu z dniem 31.03.1927 r. w Departament Artylerii. Decyzja o jego stworzeniu zapadła w wyniku pojawiania się Departamentu Uzbrojenia z dotychczasowego Departamentu III Artylerii i Uzbrojenia. Brak wyraźnego podziału kompetencji spowodował, że nadal wiele spraw zamiast do Departamentu Uzbrojenia (m.in. kwestie wyszkolenia, mobilizacji) kierowanych było do Samodzielnego Wydziału Artylerii. Nowo utworzony Departament Artylerii składał się początkowo z dwóch wydziałów: I ogólnego, II zaopatrzenia oraz Samodzielnego Referatu Rachunkowo – Budżetowego. W listopadzie 1928 r. dokonano reorganizacji tworząc następujące wydziały: I ogólny, II studiów oraz Referat Personalny (od stycznia 1930 r. – Samodzielny Referat Personalny). Wraz w powyższą zmianą, dokonano także zmiany na stanowiskach szefostw artylerii, z których to utworzono 11 dowództw grup artylerii. „*Do kompetencji dowódców grup artylerii, posiadających uprawnienia dowódcy dywizji, należało sprawowanie nadzoru specjalistycznego nad artylerią DP¹⁴¹, BK¹⁴² i dowodzenie jednostkami DOK¹⁴³”¹⁴⁴. W końcu listopada 1934 r. omawiany departament posiadał dwa wydziały: I ogólny i II wyszkolenia. Bezpośrednio pod jego rozkazy podlegał Instytut Badań Artylerii, który był placówką naukowo-badawczą, prowadzącą studia i doświadczenia w dziedzinach artyleryjskich (materiały wybuchowe, amunicja, itp.).*

Jeśli chodzi o Dowództwo Żandarmerii, o którym już wspominałam, to 1.06.1927 r. istniejący wcześniej Wydział Żandarmerii zamieniono na Dowództwo Żandarmerii Wojsk., które od tamtego momentu miało podlegać bezpośrednio pod kierownictwo II wiceministra. Pododdziały żandarmerii (plutony) ugrupowane były w 10 dywizjach, po jednym na DOK. 23.09.1929 r. wprowadzono nową organizację owego departamentu, lecz bez zmian w jego strukturze.

31.01.1929 r. nastąpiła reorganizacja Departamentu Inżynierii. Jak już było nadmieniane, nowo utworzony Departament Zaopatrzenia Inżynierii został bezpośredni podporządkowany I wiceministrowi. Przy II wiceministrze z tego departamentu zostały wydzielone szefostwa: saperów, łączności i broni pancernej. Szefostwo Saperów powstało istniejącego Wydziału Saperów i z części Wydziału Ogólnego. Składało się ono z czterech referatów: wyszkolenia, personalnego, ogólnego i technicznego. Szefostwo Łączności sformowano z Wydziału Łączności. Podzielony było on na takie same referat jak Szefostwo Saperów. Szefostwo Broni

¹⁴¹ DP - Dywizja Piechoty

¹⁴² BK – Brygada Kawalerii

¹⁴³ DOK – Dowództwo Okręgu Korpusu

¹⁴⁴ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 188.

Pancernej utworzono natomiast z Wydziału Broni Pancernej oraz częściowo z Wydziału Ogólnego. Dzielił się on na następujące referaty: wyszkolenia, organizacyjno–mobilizacyjny, regulaminów, techniczny i personalny. Wyłączenie z Departamentu Inżynierii służb i utworzenie oddzielnych szefostw, stanowiło postęp w dziedzinie dowodzenia i zwrócenia większej uwagi na tego rodzaju wojska (rozwój techniczny armii). Z dniem 1.12.1934 r. szefostwa zostały przekształcone na dowództwa: Dowództwo Saperów, Dowództwo Łączności oraz Dowództwo Broni Pancernych. W wyniku zmian z grudnia 1934 r. powstała nowa struktura, a mianowicie: Dowództwo Taborów i Szefostwo Remontu. W jej skład weszły wydziały: taborowy z Departamentu Intendentury i mobilizacji koni z Departament Kawalerii. Zatem Dowództwo Taborów i Szefostwo Remontu składało się z dwóch wydziałów: I ogólnego i II taborów oraz z Samodzielnego Referatu Administracji Rezerw Koni i Wozów.

Doświadczalne Centrum Wyszkożenia (DCW) istniało od kwietnia 1923 r., jako szkoła centralna i podlegała bezpośrednio II wiceministrowi do spraw wojskowych¹⁴⁵. W 1931 r. na mocy rozkazu Departamentu Piechoty MSWojsk. (L.dz.5200/tjn.Org./30), z połączenia Doświadczalnego Centrum Wyszkożenia z Komendą Placu Obozu Ćwiczebnego Rembertów, Administracją Koszar Rembertów i Centralną Szkołą Strzelniczą (Toruń-Podgórz), powstało Centrum Wyszkożenia Piechoty (CWPiech.), które funkcjonowało do 1939 r.

W ciągu omawianego okresu, tzn. w latach 1926-1934 zachodziły liczne zmiany. Do kolejnych rewolucji w organizacji MSWojsk. dojdzie jednakże w maju 1935 r. w wyniku śmierci Józefa Piłsudskiego, a do dalej idących, 9.05.1936 r. w konsekwencji wydania *Dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej o sprawowaniu zwierzchnictwa nad Siłami Zbrojnymi i organizacji naczelných władz wojskowych w czasie pokoju*.

Utworzenie po przewrocie majowym dwóch ośrodków dyspozycyjnych GISZ i MSWojsk. jeszcze bardziej skomplikowało struktury wojskowe i spowodowało rozbitcie jednolitego do tej pory systemu dowodzenia. Wprowadzenie dwutorowości spowodowało kompletny chaos kompetencyjny, który w znaczącym stopniu utrudniał prawidłowe funkcjonowanie systemu. Dało się to zauważyć, m.in. w czasie mobilizacji. Najmniejszy szczegół wymagał konsultacji MSWojsk. z GISZ. Ową dwutorowość w kierowaniu siłami zbrojnymi, większość specjalistów ocenia negatywnie, niemniej należy pamiętać o pewnych pozytywach, które również zanotowano w tym okresie. J. Wiatr, pisze: „Okres ten cechuje rozdział między

¹⁴⁵ Wcześniej, bo od 1919 r. - Centrum Wyszkożenia Dowództwa Okręgu Generalnego Warszawa, przekształconego w Główne Centrum Wyszkożenia Piechoty, a w 1922 r. w Doświadczalne Centrum Wyszkożenia Armii.

pracą, wojenną a pokojową w siłach zbrojnych, co odbija się bardzo dodatnio na pracach materialowego przygotowania. Nie tylko bowiem decyzje w tych sprawach są związane z przewidywaniami potrzebami obrony, ale i aparat administracyjny – kierowniczy jest zmuszony do myślenia kategoriami wojennym”¹⁴⁶.

Korzystnie przedstawiała się także sytuacja finansowa wojska, na które to funduszy nie żałowano. I mimo, iż w 1929 r. nastało widmo kryzysu gospodarczego, to wydatki na armię stały na dość wysokim poziomie, wynosząc od 30 do 36,5 % budżetu państwa¹⁴⁷. Za dotacje starano się podnieść nowoczesność wojska, poprzez zakup nowych jednostek, broni i sprzętu, ale także przez liczne szkolenia.

Moim zdaniem w nowo wprowadzonym systemie nie wątpliwie możemy odnaleźć zarówno plusy, jak i minusy. Uważam, jednak, że pomimo dobrych chęci i starań, tak rozbudowane i skomplikowane strukturalnie organizacje zajmujące się sprawami wojskowości (Ministerstwo Spraw Wojskowych i GISZ) oraz ogrom biurokracji, w zasadniczy sposób ograniczały ich skuteczność.

1.3 Ministerstwo Spraw Wojskowych w latach 1935-1939

Do zmiany ustawy zasadniczej J. Piłsudski dążył od początku sprawowania władzy. Wspierała go i popierała w tej kwestii tzw. „grupa pułkowników”¹⁴⁸. Ustanowiona w Polsce konstytucja kwietniowa 1935 r. wprowadzała w II RP system prezydencki o charakterze autorytarnym¹⁴⁹. Zdecydowanie więcej od swojej poprzedniczki – konstytucji marcowej- traktowała o sprawach wojska i obronności. Przede wszystkim stanowiła, że Siła Zbrojna jest jednym z naczelnych Organów Państwa¹⁵⁰ pod kierownictwem Prezydenta RP. Takie określenie miało zwrócić uwagę na stanowiska i zadania, które konstytucja miała realizować. Odrębny rozdział – VIII konstytucji szczegółowo zajmował się tylko Siłami Zbrojnymi. W art. 61 pkt. 2 czytamy: „Wszyscy obywatele są zobowiązani do

¹⁴⁶ J. Wiatr, *Przyczynki do historii materialowego przygotowania obrony Polski w latach 1921-1939*, „Bellona” 1959 z. 3, s. 240-241.

¹⁴⁷ T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 203.

¹⁴⁸ Grupa pułkowników, frakcja pułkowników, rządy pułkowników – było to ściśle otoczenie i najbliżsi współpracownicy J. Piłsudskiego. Pełnili oni kierowniczą rolę w Bezpartyjnym Bloku Współpracy z Rządem oraz w państwie polskim podczas rządów sanacji w okresie II RP. Rząd Kazimierza Świąłskiego (od 1929 r.) uważany jest za pierwszy rząd pułkowników. W nim bowiem z 6 na 14 ministrów było wyższymi oficerami.

¹⁴⁹ Patrz więcej: P. Stawecki, *Wojsko Marszałka Józefa Piłsudskiego 12 V 1926-12 V 1935*, Warszawa 2004 r., s. 55-57.

¹⁵⁰ Ustawa konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., *Dziennik Ustaw RP* z 1935 r., nr 30, poz. 227.

szużby wojskowej i świadczeń na rzecz obrony Państwa”¹⁵¹. Między wierszami, można było zatem dostrzec wojskową politykę prewencyjną „narodu do broni”¹⁵², która to prowadzona była, aż do momentu wybuchu wojny w 1939 r. Dalsze artykuły traktowały o szerokich uprawnieniach Prezydenta, jako zwierzchnika sił zbrojnych, tym samym jednocześnie ograniczały one władze ustawodawcze w omawianym zakresie. Do uprawnień prezydenta należał: „*pobór rekruta w granicach ustalonego kontyngentu*”¹⁵³(zmiana kontyngentu wymagała aktu ustawodawczego¹⁵⁴). Wydawał on także dekrety obejmujące zwierzchnictwo sił zbrojnych, w szczególności zaś w zakresie organizacji naczelnych władz wojskowych. Nie wymagały one kontrasygnaty Ministra Spraw Wojsk.¹⁵⁵. Dodatkowo stanowił o użyciu sił zbrojnych do obrony kraju¹⁵⁶, mianował Naczelnego Wodza i Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych¹⁵⁷ oraz stanowił o wojnie i pokoju¹⁵⁸.

Konstytucja kwietniowa przyznawała także duże uprawnienia Generalnemu Inspektorowi Sił Zbrojnych do którego należało kierowanie obroną państwa i przygotowanie sił zbrojnych do działań wojennych. Konstytucja przyznawała mu nawet godność elektora przy wyborze Prezydenta¹⁵⁹. Ponadto nie ponosił on odpowiedzialności parlamentarnej. Został uniezależniony od rządu, za to mógł do niego wysuwać postulaty w zakresie obronności. Przestał być nawet formalnym podwładnym Ministra Spraw Wojsk. Wszystkie postanowienia wobec Inspektora GISZ-u wynikały z woli marszałka Piłsudskiego i chęci wzmocnienia jego samodzielnej pozycji.

Jeśli chodzi o kompetencje Ministra Spraw Wojsk. to dotyczyły one bezpośrednio dowodzenia armią w czasie pokoju. Reprezentował on sprawy obrony państwa w rządzie, a za swoją działalność ponosił odpowiedzialność parlamentarną i polityczną przed Prezydentem - w myśl art. 2 dekretu z 6.08.1926 r.¹⁶⁰.

¹⁵¹ Ustawa konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., Dziennik Ustaw RP z 1935 r., nr 30, poz. 227, art. 61, pkt. 2.

¹⁵² Patrz więcej: A. Ignatowicz, *Przygotowanie obronne społeczeństwa w Polsce 1921 – 1939*, Warszawa 2010 r.; J. Kęsik, *Naród pod bronią. Społeczeństwo w programie polskiej polityki wojskowej 1918 1939*, Wrocław 1998 r.

¹⁵³ Ustawa konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., Dziennik Ustaw RP z 1935 r., nr 30, poz. 227, art. 62, pkt. 1.

¹⁵⁴ Tamże, art. 62, pkt. 2.

¹⁵⁵ Tamże, art. 63, pkt. 1.

¹⁵⁶ Tamże, art. 63, pkt. 2.

¹⁵⁷ Tamże, art. 13, pkt. 2d.

¹⁵⁸ Tamże, art. 12, lit. f.

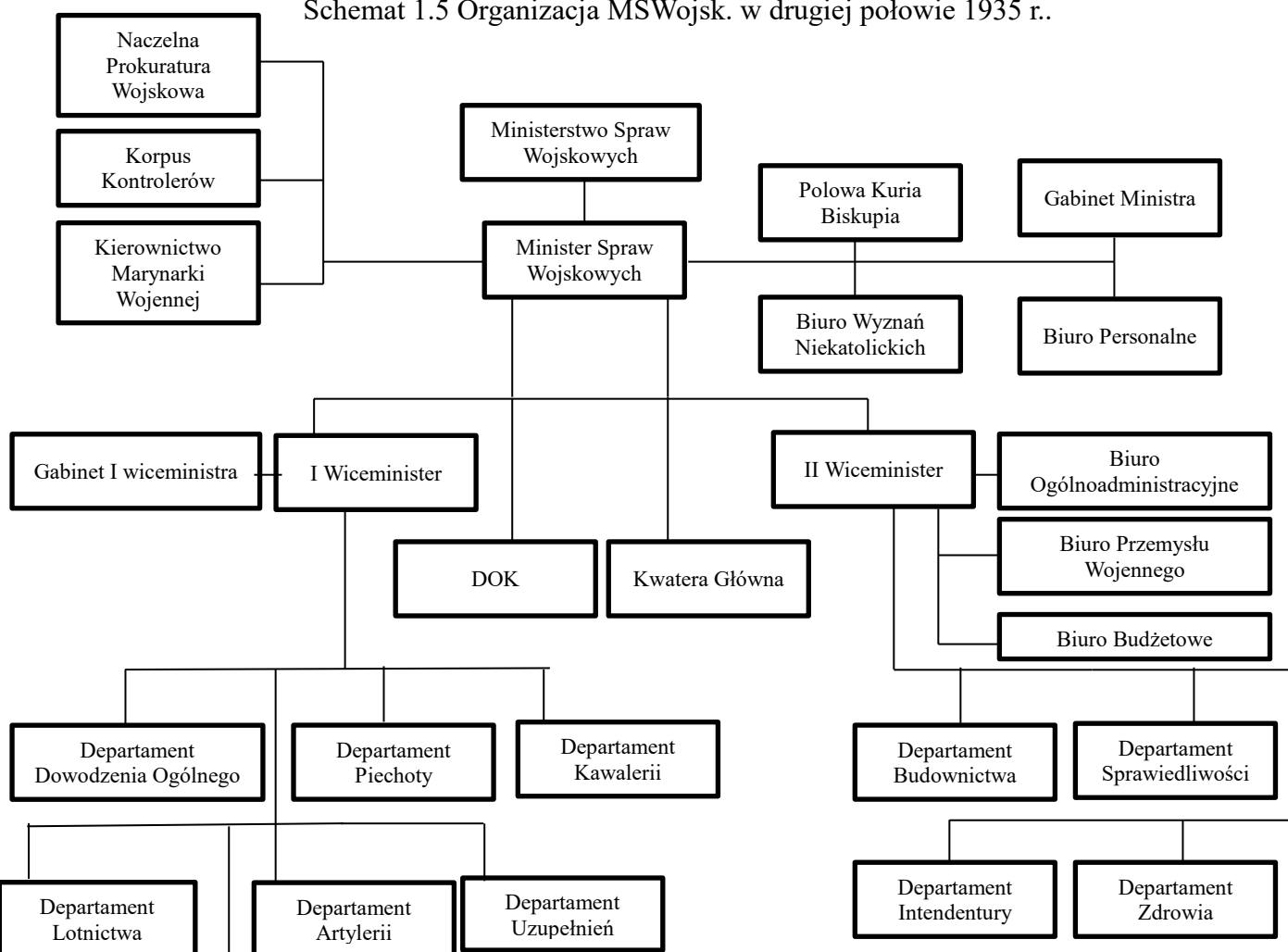
¹⁵⁹ Tamże, art. 17, pkt. 1.

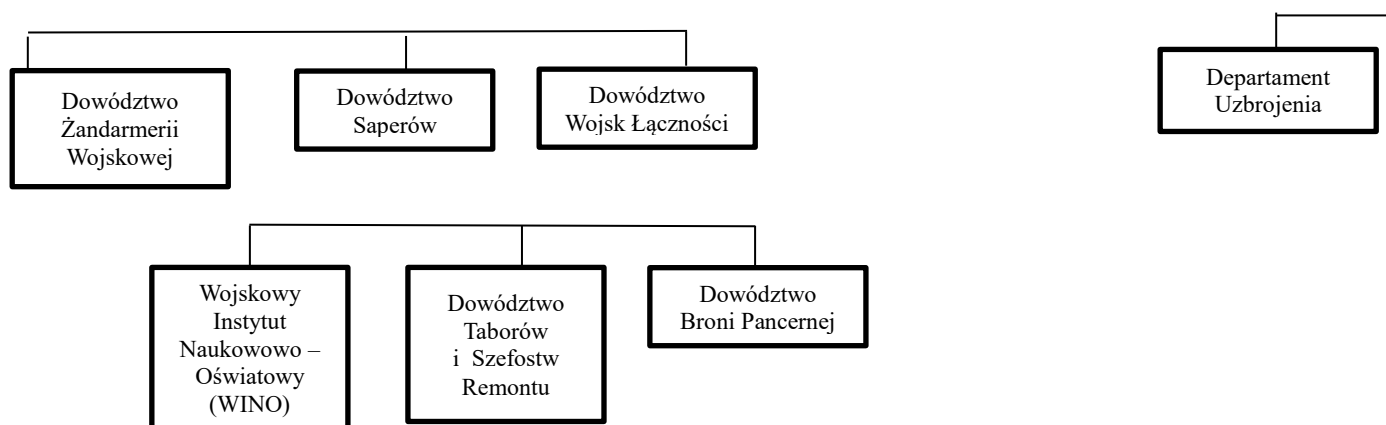
¹⁶⁰ *Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 6 sierpnia 1926 r. o sprawowaniu dowództwa nad siłami zbrojnymi w czasie pokoju i o ustanowieniu Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych*, Dziennik Ustaw RP z 1926 r., nr 79, poz. 445, art. 2.

Konstytucja kwietniowa zmieniła zatem kompetencje w Ministerstwie Spraw Wojskowych. Jeśli chodzi jednak o jego organizację to nie wprowadzała nic nowego.

Pierwsze zmiany organizacyjne nastąpiły jednak już wkrótce. 12.05.1935 r. umarł J. Piłsudski. Wówczas MSWojsk. w niewielkim stopniu zmieniło swój status organizacyjny. Od sierpnia 1935 r. funkcjonowało ono zgodnie z *Instrukcją organizacyjną MSWojsk.* z sierpnia 1935 r. Wówczas zmianą zauważalną była rotacja departamentów. Pod bezpośrednie dowództwo I wiceministra podlegały Departamenty: Dowodzenia Ogólnego, Piechoty, Kawalerii, Artylerii, Uzupełnień, a także następujące Dowództwa: Lotnictwa, Broni Pancernej, Saperów, Wojsk Łączności, Żandarmerii Wojskowej, Taborów i Szefostwo Remontu oraz Wojskowy Instytut Naukowo – Oświatowy. Jako organ doradczy zamiast Biura Ogólnoadministracyjnego, powołano Gabinet I wiceministra. II wiceministrowi podlegały natomiast Departamenty: Uzbrojenia, Intendentury, Zdrowia, Sprawiedliwości, Budownictwa. Jako organy doradcze II wiceminister oprócz Biura Ogólnoadministracyjnego miał do dyspozycji: Biuro Przemysłu Wojennego i Biuro Budżetowe. Poniższy schemat klarowniej obrazuje omawianą strukturę.

Schemat 1.5 Organizacja MSWojsk. w drugiej połowie 1935 r..





Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010, s. 186.

Ostatnią ważniejszą zmianą, która tak naprawdę do momentu wybuchu wojny we wrześniu 1939 r. regulowała sprawy organizacji MSWojsk. był wydany w dniu 9.05.1936 r. dekret Prezydenta Rzeczypospolitej. Przyczyną jego ukazania się był konflikt pomiędzy siłami politycznymi, jaki zaistniał po śmierci J. Piłsudskiego. Stanowiska wojskowe sprawowane dotąd przez jedną osobę, powierzono dwóm różnym, a mianowicie na stanowisko Inspektora Sił Zbrojnych mianowano gen. Edwarda Śmigłego – Rydza, natomiast MSWojsk. został gen. bryg. Tadeusz Kasprzycki. Sytuacja ta zmusiła do konieczności zlikwidowania formalnej do tej pory zależności Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych od Ministra Spraw Wojsk., której następstwem było wydanie wyżej wspomnianego dekretu.

Składał się on z pięciu rozdziałów regulujących sprawy zwierzchnictwa nad siłami zbrojnymi oraz organizacją naczelných władz wojskowych w czasie pokoju.

Dekret głosił: „Zwierzchnictwo nad Siłami Zbrojnymi sprawuje w czasie pokoju Prezydent Rzeczypospolitej przez: a) Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych b) Ministra Spraw Wojskowych”¹⁶¹. Paragraf 2, art. 1 wyraźnie natomiast podkreślał, że Siły Zbrojne zostały „podporządkowane Prezydentowi Rzeczypospolitej przez Ministra Spraw Wojskowych”¹⁶². Prezydent poprzez wydawanie dekretów określał sposób wypełniania służby wojskowej, natomiast poprzez zarządzenia regulował on sprawy personalne. Dział II zawierał postanowienia odnośnie kompetencji Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych, który to

¹⁶¹ Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 9 maja 1936 r. o sprawowaniu zwierzchnictwa nad Siłami Zbrojnymi i organizacji naczelných władz wojskowych w czasie pokoju, Dziennik Ustaw RP z 1936 r., nr 38, poz. 286.

¹⁶² Tamże.

przewidziany był na stanowisko Naczelnego Wodza. Formalnie została potwierdzona nadrzędność GISZ wobec MSWojsk. (faktycznie miała ona już miejsce w 1926 r.). Do zakresu obowiązków oraz atrybutów władzy Inspektora należało: stawianie rządowi postulatów w dziedzinie obrony państwa, a Ministrowi Spraw Wojsk. – w zakresie jego prac dotyczących przygotowań armii do zadań wojennych oraz wytyczne w kwestii obsady stanowisk od dowódcy pułku wzwyż, przygotowywanie planów operacyjnych i mobilizacyjnych, sprawowanie kontroli poziomu wyszkolenia wojska i jego stanu gotowości bojowej. Bez zmian podlegał mu GISZ i Sztab Główny. W dziale III określono kompetencje Ministra Spraw Wojsk. W zasadzie nie wykraczały one poza administrację armią¹⁶³. Jako członek rządu mógł być podciągnięty do odpowiedzialności, za podjęte decyzje, podczas gdy Generalny Inspektor Sił Zbrojnych był poza wszelką odpowiedzialnością¹⁶⁴. W czwartym rozdziale powołano do życia Komitet Obrony Rzeczypospolitej¹⁶⁵, który to przejął zadania Komitetu Obrony Państwa¹⁶⁶.

Omówiony dekret podtrzymywał zatem istniejącą dwutorowość w kierowaniu siłami zbrojnymi. Wprowadzał daleko idące uprawnienia Inspektora Sił Zbrojnych, który przewidziany był na Naczelnego Wodza, ale już w czasie pokoju dysponował szerokimi uprawnieniami.

Struktura Ministerstwa Spraw Wojsk. od 1936 do 1939 r. przedstawiała się następująco: na czele MSWojsk. stał Minister Spraw Wojskowych. Bezpośrednio podlegali mu dwaj wiceministrowie z uprawnieniami podsekretarzy stanu. Organami pracy Ministra Spraw Wojskowych były: Naczelną Prokuraturę Wojskową, Korpus Kontrolerów Wojskowych, Biuro Personalne, Gabinet Ministra, Polowa Kuria Biskupia, Biuro Wyznań Niekatolickich, Kierownictwo Marynarki Wojennej¹⁶⁷, Dowództwo Ochrony Przeciwlotniczej i Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego.

¹⁶³ Tamże.

¹⁶⁴ Tamże.

¹⁶⁵ Do zakresu jego kompetencji należało „(...) rozpatrywanie zagadnień dotyczących obrony Państwa i ustalania w tej dziedzinie wytycznych dla Rządu oraz koordynowanie prac przygotowujących obronę Państwa” - https://pl.wikipedia.org/wiki/Komitet_Obrony_Rzeczypospolitej

Patrz więcej: *Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 9 maja 1936 r. o sprawowaniu zwierzchnictwa nad Siłami Zbrojnymi i organizacji naczelných władz wojskowych w czasie pokoju*, Dziennik Ustaw RP z 1936 r., nr 38, poz. 286.

¹⁶⁶ Patrz więcej: Dziennik Ustaw RP z 1926 r., nr 108, poz. 633.

¹⁶⁷ Błędnie T. Böhm umieszcza Kierownictwo Marynarki Wojennej w podrozdziale zatytułowanym „Instytucje II wiceministra spraw wojskowych”, skoro była to komórka, która podlegała bezpośrednio pod Ministra Spraw Wojskowych – Patrz: T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 229-230.

I wiceminister odpowiedzialny był za „*sprawy organizacji pokojowej, bezpieczeństwa, wychowania i wyszkolenia oraz ogólną dyscyplinę wojska*”¹⁶⁸. Podlegały pod niego następujące departamenty: dowodzenia ogólnego, piechoty, artylerii, kawalerii, uzupełnień oraz dowództwa: lotnictwa, broni pancernych, saperów, wojsk łączności, taborów i szefostwa: remontu, żandarmerii i Wojskowy Instytut Naukowo – Oświatowy.

II wiceminister kierował wszelkimi działaniami administracji rzeczowej, nosił on tytuł szefa Administracji Armii. Odpowiedzialny był on za „*całokształt gospodarki finansowej i rzeczowej wojska oraz za fachowe wyszkolenie służb*”¹⁶⁹. Ważny jest fakt, iż w kwestiach dotyczących administrowania i zaopatrzenia podlegali mu także szefowie departamentów i dowódcy broni podporządkowani pierwszemu wiceministrowi. Do jego organów pracy należały następujące instytucje: Biuro Ogólnoadministracyjne, Biuro Budżetowe, Biuro Przemysłu Wojennego oraz departamenty: sprawiedliwości, intendenty, uzbrojenia, zdrowia i budownictwa.

Departament Dowodzenia Ogólnego powstał w myśl zmian organizacyjnych, które zaszły w obrębie MSWojsk. w 1934 r. Utworzony został na podstawie istniejącego dotychczas Biura Ogólnoorganizacyjnego Ministerstwa Spraw Wojskowych. Na jego czele znajdował się szef departamentu, natomiast w latach 1935-1936 w jego skład wchodziły następujące wydziały: I – Ogólny, II - Organizacji Wyszkożenia, III - Obrony Przeciwlotniczej. Ostatni z nich w styczniu 1937 r. został przeniesiony do Dowództwa Obrony Przeciwlotniczej MSWojsk. Natomiast w marcu 1937 r. z Gabinetu MSWojsk. wyłączono Wydział Bezpieczeństwa, który został przydzielony do Departament Dowodzenia Ogólnego. Jako kolejny wydział przy omawianym departamencie, w lutym 1938 r., został utworzony Wydział Psychologiczno-Wychowawczy. W składzie Departament Dowodzenia Ogólnego w 1939 r. znajdowało się zatem pięć wydziałów: ogólny, wyszkolenia, studiów, bezpieczeństwa, psychologiczno – wychowawczy oraz jeden samodzielny referat ds. mniejszości narodowych¹⁷⁰.

Departament Piechoty podlegał bezpośrednio pod I wiceministra. W latach 1937-1939 składał się z: Wydziału Ogólnego, Wydziału Organizacyjnego, Wydziału Wyszkożenia, Wydziału Studiów, Wydziału Obrony Narodowej, Wydziału Orkiestr Wojskowych. Największy rozwój jednostek Obrony Narodowej przypadł na maj 1939 r.¹⁷¹. Żeby

¹⁶⁸ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 213.

¹⁶⁹ Tamże, s. 223.

¹⁷⁰ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 200.

¹⁷¹ Obrona Narodowa (ON) – terytorialna formacja wojskowa istniejąca w latach 1937-1939. Była zorganizowana w systemie brygad i półbrygad, przyporządkowanych dowództwom okręgów korpusów (DOK), a po mobilizacji - konkretnym armiom Wojska Polskiego.

udoskonalic kierownictwo nad nim utworzono Biuro do Spraw Jednostek Obrony Narodowej. 10.07.1939 r. z Departamentu Piechoty wyodrębniono Wydział Obrony Narodowej, który został podporządkowany szefowi Biura do Spraw Jednostek Obrony Narodowej¹⁷². Departament Piechoty w momencie wybuchu wojny, miał kierować mobilizacją jednostek piechoty oraz dowodzić jednostkami zapasowymi na terenie kraju.

Departament Kawalerii w sierpniu 1935 r. nie uległ zmianie organizacyjnej. Doszło do niej dopiero w kwietniu 1938 r. W jego skład wówczas wchodziły dwa wydziały: organizacyjny oraz wyszkolenia oraz samodzielny referat studiów. Kształcenie kadry zawodowej odbywało się w Wyższej Szkole Wojennej i w Centrum Wyszukolenie Kawalerii w Grudziądzu. Wobec znacznych postępów technicznych, chciano utworzyć w początkach 1937 r. cztery brygady pancerno – motorowe (z 11 brygad które istniały), jednak z powodów finansowych zamiar ten nie został zrealizowany. Udało się tylko utworzyć jedną brygadę pancerno – motorową (10 Brygada Kawalerii) oraz tylko częściowo pozostałe dozbroić¹⁷³.

Departament Artylerii na podstawie zarządzenia szefa departamentu z 30.11.1937 r. dokonano jego reorganizacji. Dzielił się on wówczas na trzy wydziały: ogólnorganizacyjny, wyszkolenia, studiów. Do zasadniczych zadań departamentu należało: projektowanie organizacyjnych struktur pokojowych artylerii, zarządzanie: szeregowymi, podoficerami oraz końmi - należącymi do tego rodzaju wojsk, organizowanie szkoleń oraz kursów doszkalających, pogłębianie wiedzy odnośnie rozwoju artylerii.

Powyżej omówione departamenty: piechoty, kawalerii i artylerii wskazywały duże podobieństwo, a mianowicie skupiały się one na sprawach organizacyjnych danego rodzaju broni, ustalały przepisy ich wyszkolenia, starały się zaspokajać potrzeby budżetowe. Wszystkie zmiany zarówno te strukturalne, jak i personalne można uznać za przemyślane i uzasadnione.

W kolejnych dwóch departamentach: uzupełnień i lotnictwa zbyt dużo zmian strukturalnych nie zaszło. W pierwszym z wymienionych tak ową odnotowano w czerwcu 1938 r. Departament Uzupełnień składał się z dwóch wydziałów: uzupełnień i administracji rezerw oraz z samodzielnego referatu badań psychotechnicznych i antropologicznych. Departament Lotnictwa, zaś rozkazem wykonawczym z dnia 8.08.1936 r. wprowadzał jego nową organizację. Składał się on z trzech zastępców dowódcy (ds. dowodzenia, technicznych i zaopatrzenia) i aż siedmiu wydziałów: organizacyjnego, studiów, wyszkolenia, balonów,

¹⁷² T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 200.

¹⁷³ Patrz więcej: L. Wyszcelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010 r., s. 213-221.

personalnego, technicznego, administracyjno – budżetowego oraz dwóch samodzielnych referatów: ogólnego i zasobów¹⁷⁴. 15.04.1937 r. Samodzielny Referat Zasobów Mobilizacyjnych został przemianowany na Wydział Zasobów Mobilizacyjnych. Utworzono także Samodzielny Referat Bezpieczeństwa, który zajmował się ochroną informacji tajnych w dowództwach, sztabach, jednostkach lotniczych oraz zakładach produkujących na potrzeby Wojsk Lotniczych¹⁷⁵.

Jeśli chodzi o dowództwa, które podlegały pod I wiceministra, czyli: Dowództwo Broni Pancernej, Dowództwo Saperów, Dowództwo Wojsk Łączności, Dowództwo Żandarmerii oraz Dowództwo Taborów i Szefostwo Remontu –do momentu wybuchu wojny w 1939 r. kontynuowały one swoją działalność.

Dowództwo Broni Pancernych składało się z następujących wydziałów i referatów:

- Adiutantura
- Wydział Ogólny
 - Referat Organizacyjny
 - Referat Wyszkożenia
 - Referat Mobilizacyjny
 - Referat Ogólny
 - Referat Motoryzacji Wojska
- Wydział Studiów
 - Referat Techniczny
 - Referat Taktyki i Regulaminów
- Wydział Materiałowy
 - Referat Materiałowy
 - Referat Zasobów Materiałowych
 - Referat Taboru Cywilnego
 - Inspekcja Techniczna
- Samodzielny Referat Budżetowy
- Samodzielny Referat Przemysłu Wojennego

¹⁷⁴ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 217.

¹⁷⁵ Patrz więcej: H. Mordawski, *Polskie lotnictwo wojskowe 1920-1939. Od triumfu do tragedii*, Wrocław 2011 r.; J. Pawlak, *Polskie eskadry w latach 1918-1939*, Warszawa 1989 r.

W wojennej organizacji armii bron pancerna została podzielona i przydzielona do dywizji piechoty, brygad kawalerii, 10. BK i Warszawskiej Brygady Pancerno –Motorowej; weszła też do odwodu Naczelnego Wodza¹⁷⁶.

Dowództwo Saperów składało się natomiast z czterech wydziałów: ogólnego, wyszkolenia, zaopatrzenia i materiałowo – budżetowego. Szefowi tego wydziału podlegało również: Kierownictwo Zaopatrzenia Saperów, Biuro Badań Technicznych Saperów, Centrum Wyszkożenia w Modlinie oraz utworzona 1.11.1936 r. Wojskowa Szkoła Inżynierii w Warszawie. Do kompetencji dowódcy saperów należało: opracowywanie wniosków dotyczących pokojowej i wojennej organizacji oraz mobilizacji jednostek saperskich, stawianie wniosków budżetowych w dziedzinie organizacji i wyszkolenia saperów oraz w sprawach zaopatrzenia, nadzór nad wykonaniem budżetu, przedstawianie wniosków dotyczących obsady personalnej korpusu saperskiego oraz stawianie wytycznych instytucjom zaopatrzeniowym wojska w zakresie sprzętu i materiału saperskiego, ocena jego przydatności na podstawie przeprowadzonych doświadczeń i opiniowanie ich wprowadzenia do użytku wojskowego. Omawiane dowództwo było jednym z a bardziej zaniedbanych. Modernizacja praktycznie stała w miejscu. Po zmianach organizacyjnych, które nastąpiły tuż przed wybuchem wojny Dowództwo Saperów dysponowało dwoma pułkami i sześcioma batalionami saperów¹⁷⁷.

Dowództwo Wojsk Łączności składało się z trzech wydziałów: ogólnego, wyszkolenia i materiałowo – budżetowego oraz samodzielnych referatów: studiów i przemysłu wojennego. Ponadto podlegały mu bezpośrednio: Kierownictwo Zaopatrzenia Wojsk Łączności, Biuro Badań Technicznych Wojsk Łączności i Centrum Wyszkożenia Łączności w Zegrzu. Tak jak w pozostałych dowództwach starano się jak najsprawniej je modernizować. Wyposażenie jednostek w aparaty telefoniczne oraz łącznice polowe było wystarczające, co stanowi fakt godny podkreślenia. Braki jednak znajdowały się w sprzęcie radiowym¹⁷⁸. „Ponadto błędnie planowano wyposażenie w radiostacje: w pierwszej

¹⁷⁶ Patrz więcej: R. Szubański, *Polska broń pancerna 1939*, Wydawnictwo MON, Warszawa 1989 r., wyd. II poprawione i uzupełnione.; M. Pionnier, *Charakterystyka zawartości zespołów akt dowództw - Broni Pancernych, Łączności i Saperów z lat 1929-1939*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” Nr 4, Warszawa 1972 r.

¹⁷⁷ Patrz więcej: L. Wyszczelski, *Ministerstwo Spraw Wojskowych 1918-1939*, Warszawa 2010 r., s. 226-229.; Z.J. Cutter, *Saperzy II Rzeczypospolitej*, Warszawa 2005 r.; Z. J. Cutter, *Polskie wojska saperskie w 1939 r. : organizacja, wyposażenie, mobilizacja i działania wojenne*, Częstochowa 2003 r.

¹⁷⁸ Porównując: niemiecka dywizja piechoty posiadała 140 radiostacji, radziecka – 87, francuska – 81, a polska – 19 – T. Jurga, *Regularne jednostki Wojska Polskiego w 1939 r.*, Warszawa 1975 r., s. 24.

kolejności bataliony (dywizjony) i pułki, a w następnej kolejności związki taktyczne, gdzie właśnie były one najbardziej potrzebne”¹⁷⁹.

Bez większych zmian organizacyjnych działało Dowództwo Żandarmerii, z wyjątkiem zmiany w składzie osobowym w maju 1937 r. Bezpośrednio podlegało pod niego Centrum Wyszkożenia Żandarmerii w Grudziądzu. Żandarmeria Wojskowa w czasie działań wojennych wypełniała większość swoich funkcji, które sprawowała w czasie pokoju. M.in.: troszczyła się o bezpieczeństwo ludności cywilnej. Powoływana był wszędzie tam, gdzie Siły Zbrojne RP toczyły walki z niemieckim okupantem¹⁸⁰.

Podobnie jak Dowództwo Żandarmerii bez większych zmian istniało w strukturze MSWojsk. Dowództwo Taborów i Szefostwo Remontu. Struktura organizacyjna tego dowództwa rysowała się następująco: Wydział I Ogólny, Wydział II Taborów, Samodzielny Referat Administracji Rezerw Koni i Wozów¹⁸¹.

Ostatnim organem podlegającym pod I wiceministra był Wojskowy Instytut Naukowo – Oświatowy (WINO), który kontynuował działalność Wojskowego Instytutu Naukowo-Wydawniczego.

Do jego organów pracy II wiceministra jak już wspomniałam należały następujące instytucje: Biuro Ogólnoadministracyjne, Biuro Budżetowe, Biuro Przemysłu Wojennego oraz departamenty: sprawiedliwości, intendentury, uzbrojenia, zdrowia i budownictwa.

Biuro Ogólnoadministracyjne liczyło trzy wydziały: ogólny, przepisów służbowych, przemysłu wojennego oraz samodzielny referat odszkodowań. 1.09.1935 r. zlikwidowano jednak Wydział Przemysłu Wojennego, tworząc z niego odrębną instytucję – Biuro Przemysłu Wojennego, które to składało się z trzech wydziałów: organizacyjnego, przemysłu wojennego, surowców i półfabrykatów oraz z samodzielnego referatu pracowniczego. Biuro Budżetowe jak sama nazwa wskazuje zajmowało się finansami przydzielonymi na potrzeby wojska, opracowywało plan budżetowy i sprawowało nadzór nad jego realizacją.

Departament Sprawiedliwości kontynuował swoją działalność do września 1939 r. bez większych zmian, zresztą podobnie jak Departament Intendentury. Pierwszy z nich nadal dzielił się na cztery wydziały: administracji sądownictwa i więziennictwa, ustawodawczy, spraw karnych i nadzoru prokuratorskiego, konsultacji i zastępstw prawnych. Drugi zaś z sześciu wydziałów: ogólnego, żywieniowego, mundurowego, kwaterunkowego, uposażenia,

¹⁷⁹ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 220.

¹⁸⁰ *Żandarmeria wojskowa w czasie II wojny światowej*, <http://zw.wp.mil.pl/pl/39.html>, dostępność internetowa z dn. 22.02.2018 r. Patrz więcej: G. Ratajczyk, *Żandarmeria Wojska Polskiego II Rzeczypospolitej*, Toruń 2004 r.

¹⁸¹ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz ...*, dz. cyt., s. 220.

rachunkowo – budżetowego oraz z samodzielnego referatu emerytalnego. Pod szefa Departamentu Intendentury bezpośrednio podlegały: Kierownictwo Centralnego Zaopatrzenia Intendenckiego, Biuro Badań Technicznych Intendentury oraz Kierownictwo Administracji Pieniężnej MSWojsk.

Departament Zdrowia w tym miejscu zostanie omówiony bardzo pobieżnie, bowiem szczegółowy jego opis znajdzie się w rozdziale kolejnym. Składał się on z czterech wydziałów: ogólnego, techniczno – lekarskiego, farmaceutycznego, weterynarii oraz z samodzielnego referatu rachunkowo – budżetowego. Szefowi Departamentu Zdrowia podlegały: Kierownictwo Zaopatrzenia Sanitarnego, Wojskowa Pracownia Weterynaryjna, a także Centrum Wyszkożenia Sanitarnego.

W dwóch pozostałych departamentach: budownictwa i uzbrojenia w omawianym okresie do 1939 r. zachodziły niewielkie zmiany. Pierwszy z nich składał się od 17.04.1939 r. z czterech wydziałów: inspekcji budowlanej, budowlanego, administracyjno – budżetowego (poprzednio rachunkowo – budżetowy – do 1.06.1938 r.), zarządu nieruchomości oraz z samodzielnego referatu instalacji i referatu mobilizacyjnego. Natomiast drugi składał się z pięciu wydziałów: ogólnego, broni, amunicji, chemicznego i inspekcji uzbrojenia oraz z samodzielnymi referatami: studiów i przemysłu wojennego. Pod Szefa Departamentu Uzbrojenia podlegały jeszcze bezpośrednio: Kierownictwo Zaopatrzenia Uzbrojenia, Instytut Techniczny Uzbrojenia, Instytut Przeciwigazowy, zbrojownie i wytwórnie wojskowe oraz specjalistyczne szkolnictwo (Szkola Uzbrojenia i Szkoła Gazowa).

Do organów podporządkowanych bezpośrednio pod MSWojsk. nadal należały: Kierownictwo Marynarki Wojennej, Dowództwo Ochrony Przeciwlotniczej, Państwowy Urząd WF i PW, Korpus Ochrony Pogranicza, Dowództwa Okręgów Korpusu. Nadal istniało dziesięć dowództw okręgów korpusu, których to dowódcy bezpośrednio podlegali MSWojsk.

MSWojsk. w latach 1935-1939 mimo, iż personalnie było oddzielone od GISZ, to nie było instytucją, która samodzielnie kierowała polityką wojskową. Całe centrum decyzyjne zostało przeniesione do GISZ, a marszałek E. Rydz – Śmigły nie tylko nieformalnie, ale też na mocy konstytucji kwietniowej z 1935 r. został wysunięty na pozycję drugiej osoby w państwie, zaraz za Prezydentem RP. W sprawach polityki obronnej państwa polskiego jego głos był decydujący, co paraliżowało całą pracę resortu wojskowego. Minister Spraw Wojskowych nie miał możliwości zarządzania armią. Mógł on koncertować się tylko na sprawach wewnętrznych, mniejszej wagi, np.: konsolidacji społeczeństwa, militaryzacji życia

społecznego czy też dążeniu do umacniania kultu J. Piłsudskiego. Resort został całkowicie odsunięty od decyzji kluczowych (decyzyjność „w rękach” GISZ).

Podsumowując ten rozdział można zauważyć, iż liczne przeobrażenia strukturalne i organizacyjne doprowadziły ostatecznie do tego, iż MSWojsk. stało się instytucją administrowania wojskiem, a nie kreującą jej główne kierunki działania. Władza wojskowa dzierzona była w jednej instytucji (GISZ), a dokładnie w jednym ręku – Inspektora GISZ-u. Problemy finansowe odrodzonego, młodego państwa polskiego oraz zbyt mało czasu nie pozwoliły na pełne odbudowanie, zmodernizowanie, wyszkolenie i wyposażenie Wojska Polskiego, czego konsekwencją będzie przegrana wojna obronna we wrześniu 1939 r.

ROZDZIAŁ 2

WOJSKOWA SŁUŻBA SANITARNA W II RP

2.1 Organizacja i struktura wojskowej służby sanitarnej

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, sprawy związane z ochroną zdrowia społeczeństwa niepodległego państwa, obok konieczności uregulowania innych ważnych spraw społecznych, dotyczących m.in. organizacji policji komunalnej, były jednymi z najważniejszych obszarów, w których rozpoczął działanie rząd Jędrzeja Moraczewskiego.

Jak czytamy w art. 1 dekretu z dnia 4.04.1918 r.: *„Z zakresu kompetencji Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, określonej w art. 24 dekretu Naszego o Tymczasowej Organizacji Władz Naczelnych w Królestwie Polskiem z dnia 3-go stycznia 1918 r., wyłącza się sprawy służby zdrowia. Równocześnie rozszerza się określoną w art. 29 tegoż dekretu kompetencję Ministerstwa Opieki Społecznej i Ochrony Pracy przez przekazanie mu spraw publicznej służby zdrowia. Tak rozszerzony urząd otrzyma nazwę Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy”*¹⁸². Powyższy dekret był wyrazem troski o zdrowie publiczne i potrzebę jego kontrolowania. Na mocy kolejnego dekretu z dnia 30.10.1918 r. Rada Regencyjna Królestwa Polskiego rozdzieliła kompetencje poprzedniego ministerstwa tworząc dwa osobne: *„Znosi się utworzone Dekretem z dnia 4 kwietnia 1918 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy. Równocześnie tworzy się: Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Ochrony Pracy, którym przekazuje się sprawy do odnośnych dziedzin należące”*¹⁸³. Zbyt wiele obowiązków spoczywających na jednym ministerstwie zmusiło władze do rozdzielenia jego kompetencji.

Po objęciu władzy przez Józefa Piłsudskiego, jako Tymczasowego Naczelnika Państwa utworzono Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, natomiast osobno powstało Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Pierwsze z ministerstw przez cały okres II Rzeczypospolitej funkcjonowało we wszystkich rządach, natomiast Ministerstwo Zdrowia Publicznego - do 1923 r. (ostatnim rządem w ramach, którego zaistniało był gabinet Władysława Sikorskiego rządzący od 16.12.1922 r. do 26.05.1923 r.). Nie spotykamy już w późniejszych rządach ministrów zdrowia publicznego. Ostatnim był Witold Chodźko. Funkcje oraz kompetencje

¹⁸² Dziennik Praw Królestwa Polskiego z 1918 r., nr 5, poz. 8.

¹⁸³ Dziennik Praw Królestwa Polskiego z 1918 r., nr 14, poz. 31.

Ministerstwa Zdrowia Publicznego przejęło po części Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Wynikało to z chęci zaoszczędzenia pewnej kwoty pieniężnej do budżetu państwa. Przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych został powołany Departament Służby Zdrowia.

Wojskowa służba zdrowia odnalazła swoje miejsce w strukturach MSWojsk., zarówno w tych administracyjnych, jak i terenowych.

26.10.1918 r. Komisja Wojskowa, nosząca od 4.10.1918 r. nazwę Królewsko-Polska Komisja Wojskowa została przekształcona w Ministerstwo Spraw Wojskowych¹⁸⁴ (MSWojsk.)¹⁸⁵. W organizacji znalazł się Departament Gospodarczy i Opieki, który dzielił się kolejno na sekcje: lekarską, opieki i weterynarii. W Sztabie Generalnym WP (październik 1918 r. - listopad 1918 r.) nie odnajdujemy żadnych wydziałów odpowiedzialnych za służbę zdrowia.

Miesiąc później, bo w grudniu 1918 r. utworzono Departament Sanitarny, a jego szefem został gen. ppor. lek. Bronisław Malewski¹⁸⁶. Po nim w\w stanowisko w styczniu 1919 r. objął gen. ppor. Zdzisław Juchnowicz - Hordyński. Od grudnia 1918 r. do lutego 1919 r. Departament przeszedł kilka organizacyjnych zmian, które obrazuje poniższa tabela:

Tabela 2.1 Zmiany organizacyjne Departamentu Sanitarnego w latach 1918-1919.

Departament V Sanitarny	Reorganizacje od grudnia 1918 roku do lutego 1919 roku	Instytucje funkcjonujące przy danym departamencie, bądź z nim współpracujące
- Sekcja Personalno – Mobilizacyjno – Wyszkoliowa - Sekcja Służby Sanitarnej - Sekcja Służby Szpitalnej	Styczeń 1919 r., reorganizacja: - Sekcja Personalna - Sekcja Organizacyjna - Sekcja Szpitalnictwa	- Wojskowa Rada Sanitarna ¹⁸⁷ - Komisja Weryfikacyjna ¹⁸⁸

¹⁸⁴ Dekret o utworzeniu Ministerstw: Spraw Zewnętrznych, Spraw Wojskowych, Komunikacji i Apropowizacji, Dziennik Ustaw 1918 r., nr 14 poz. 30.

¹⁸⁵ Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, nr 3, poz. 26, z 4.11.1918 r.

¹⁸⁶ Gen. B. Malewski jeszcze wcześniej bo 12.11.1918 r. otrzymał stanowisko tymczasowego Naczelnego Lekarza WP oraz szefa służby sanitarnej wojsk – Dziennik Rozkazów MSWojsk., nr 4, poz. 57, z 12.11.1918 r.

¹⁸⁷ Organ pomocniczy Ministra Spraw Wojskowych w latach 1919-1921, a następnie organ doradczy szefa Departamentu Sanitarnego (Zdrowia) Ministerstwa Spraw Wojskowych. Do jej zadań należało, m.in.: przedstawianie ministrowi wniosków dotyczących rozwoju służby, wykorzystywania zdobyczy naukowo – technicznych własnych i państw obcych, doskonalenie higieny wojskowej, prowadzenie badań bakteriologicznych, chemicznych i mikroskopowych, studiowanie metod zwalczania epidemii. Patrz więcej: T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 48-49.

¹⁸⁸ Dokonywała oceny kwalifikacji posiadanych przez lekarzy wojskowych. Została ona zlikwidowana w lutym 1920 roku, w momencie reorganizacji MSWojsk. Jej kompetencje przejął Wydział V Personalny – prowadził on ewidencję personalną dla całego wojska. Jednakże Departament Sanitarny opiniował wszystkie wnioski i bez jego zgody nie można było dokonać żadnych zmian.

- Sekcja Zaopatrzenia Sanitarnego - Sekcja Naukowa - Kancelaria	- Sekcja Zaopatrzenia Sanitarnego - Sekcja Regulaminowa i Statystyczna - Kancelaria	
---	---	--

Źródło: Opracowanie własne

Przed departamentem stało bardzo ciężkie zadanie, utworzenia i uruchomienia sprawnej wojskowej służby sanitarnej. W świetle doświadczeń z I wojny światowej znaczenie wojskowej służby zdrowia wzrosło i polskie władze wojskowe miały pełną tego świadomość. Możliwość prowadzenia wieloletniej wojny i postęp techniczny zmuszał do rozwoju i poprawy działalności omawianej służby¹⁸⁹. Od 1918 r., kiedy to rozpoczęła się odbudowana niepodległego Państwa Polskiego, zarówno środki materialne, jak i personalne jakimi dysponowało wojsko w zakresie sanitarnym były minimalne. Przejmowane zakłady i urządzenia sanitarne po wojskach zaborczych pozostawiały dużo do życzenia. Większość niezbędnych rzeczy, takich jak leki czy środki opatrunkowe były rozgrabione przez wycofujące się wojska. Stanowiło to duży problem, bowiem wówczas na terenie ziem polskich nie istniała ani jedna wytwórnia powyższych materiałów. Szpitale były źle wyposażone, a stale przybywających rannych z frontu walk trzeba było gdzieś umieszczać. Przez złe warunki sanitarne w kraju wybuchały liczne epidemie, zwłaszcza grypy hiszpańskiej oraz duru plamistego¹⁹⁰. Ogromnym problemem były także epidemie weneryczne, przed którymi zarówno wojsko, jak i ludność ostrzegali tylko nieliczne plakaty agitacyjne, mówiące o szeregu rozporządzeń profilaktycznych.

Literatura przedmiotu odnotowuje informacje o niewielkiej poprawie materiałowej służby zdrowia w momencie przybycia do kraju armii gen. Józefa Hallera, która to z Francji przywozła ze sobą spore zapasy leków i środków opatrunkowych, ale także aparaturę medyczną¹⁹¹.

Ukształtowanie się oraz rozwój wojskowej służby zdrowia w II Rzeczypospolitej było dla ówczesnych władz „ciężką drogą” do pokonania. Bowiem omawiana służba wyrastała na podłożu o bardzo trudnych warunkach, zarówno materialnych, jak i personalnych. Samo wojsko potrzebowało czasu na swoją odbudowę i reorganizację. Pobór i formowanie się

¹⁸⁹ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 56-59.

¹⁹⁰ S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 61.

¹⁹¹ Tamże.

nowego Wojska Polskiego nie stanowiło, aż tak wielkiego problemu jak ochrona jego zdrowia.

Pierwsze kroki zostały podjęte przez społeczeństwo Wielkopolski, jeszcze przed rozpoczęciem powstania. Uczyniło ono spory wysiłek szkoląc liczny personel sanitarny. W wyniku tych działań armia wielkopolska w lecie 1919 r. była oprócz armii błękitnej, najlepiej zorganizowaną i najlepiej wyposażoną pod względem sanitarnym armią. Wspominając o powstaniu wielkopolskim, należy również nadmienić o powstaniach śląskich, w czasie których wybitną rolę odegrał działający na Śląsku, Polski Czerwony Krzyż oraz liczne grupy studentów medycyny z Poznania i Krakowa, które to ochotniczo wspierały działania wojsk powstańczych¹⁹².

W marcu 1919 r. został wydany rozkaz, który regulował sposób pełnienia służby lekarzy wojskowych. Na czele korpusu oficerskiego korpusu lekarskiego stał naczelny lekarz Wojska Polskiego, którym z urzędu był szef Departamentu Sanitarnego. Starano się uzupełniać medyczną kadrę oficerską spośród lekarzy rezerwy, a także ochotników z dyplomem doktora nauk medycznych lub dyplomem lekarza.

10.03.1919 r. ukazał się rozkaz tajny nr 2¹⁹³, w którym to nastąpił podział kompetencji między Ministrem Spraw Wojskowych, a wiceministrami. Departament Sanitarny podlegał pod I wiceministra.

W pierwszych miesiącach 1919 r. rozpoczęto intensywną rozbudowę omawianej służby. Między innymi szpitalnictwo wojskowe zostało wzbogacone o 50 nowych szpitali¹⁹⁴. Jednakże należy pamiętać, iż stosunkowo duży stan szpitalnictwa wojskowego nie oznaczał, że wszystkie ze szpitali mogły być wykorzystywane w prowadzonych wówczas działaniach wojskowych. Część z nich uległa likwidacji na skutek zbyt dużej odległości od frontu.

Nadal występował ogromny niedobór kadr medycznych, wyposażenia oraz medykamentów. Kwestię personelu starano się rozwiązać początkowo jeszcze w 1918 r., kiedy to powołano do życia komisję kwalifikacyjną, opiniującą i oceniającą przydatność lekarzy zgłaszających się do służby wojskowej. Ponieważ zgłaszała się zbyt mała liczba lekarzy postanowiono zarządzić wprowadzenie obowiązkowego poboru. Pierwszy został przeprowadzony na podstawie dekretu z dnia 16.01.1919 r.¹⁹⁵, który mówił o powołaniu do

¹⁹² Tamże, s. 63-65.

¹⁹³ R. Czarnecka, *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych...*, dz. cyt., s. 9.

¹⁹⁴ A. Felchner, *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, Łódź – Warszawa 1990 r., s. 111-113.

¹⁹⁵ Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 8, poz. 327, z dn. 25.01.1919 r.

czynnej służby wojskowej lekarzy w wieku do 35 lat. Natomiast dekretem z dnia wcześniejszego tzn. 15 stycznia 1919 r. J. Piłsudski zachęcał aby w wojskową służbę zdrowia angażowały się i zgłaszały także kobiety. W Dzienniku Rozkazów Wojskowych z dnia 30.01.1919 r. czytamy: „*Sanitariuszki (pielęgniarki) przyjęte do Wojska Polskiego otrzymują całkowite utrzymanie, mieszkanie i określoną płacę*”¹⁹⁶. Stosowano zatem wszelkie możliwości by pozyskać więcej personelu medycznego. Kolejny pobór miał miejsce w czerwcu i lipcu 1919 r. Zapotrzebowanie było tak duże, że postanowiono tym razem wcielić do armii wszystkich lekarzy i aptekarzy bez względu na wiek. Tym sposobem do wojska trafiło ok. 4 tys. personelu medycznego¹⁹⁷.

Sama struktura departamentu rozrastała się i pod koniec roku 1919 przedstawiała się następująco:

Tabela 2.2 Organizacja Departamentu Sanitarnego w końcu 1919 r.

Nazwa Departamentu	Organizacja
Departament IX Sanitarny	- Sekcja Personalna - Sekcja Organizacyjna - Sekcja Szpitalnictwa - Sekcja Gospodarcza - Sekcja Regulaminowa - Kancelaria

Źródło: Opracowanie własne

Z przyjściem roku 1920 pojawiły się kolejne zmiany. W samej organizacji Naczelnego Dowództwa służba zdrowia znacznie została rozbudowana ze względu na wojnę polsko – bolszewicką, natomiast pod koniec 1920 r. gwałtownie poszczególne oddziały i sekcje zostały zredukowane. Warto zaznaczyć, iż istniało na czas wojny w Sztabie Generalnym WP szefostwo zajmujące się tylko i wyłącznie sprawami służby zdrowia. Był to Szefostwo Sanitarne składające się z : Sekcji I Personalnej, Sekcji II Spraw Ogólnych i Szpitalnictwa, Sekcji III Higieny Frontów i Etapów.

W samym ministerstwie zaś także starano się udoskonalić model organizacyjny. 1.03.1920 r.¹⁹⁸ przeprowadzono reorganizację Departamentu IX Sanitarnego. Zmieniono wówczas jego

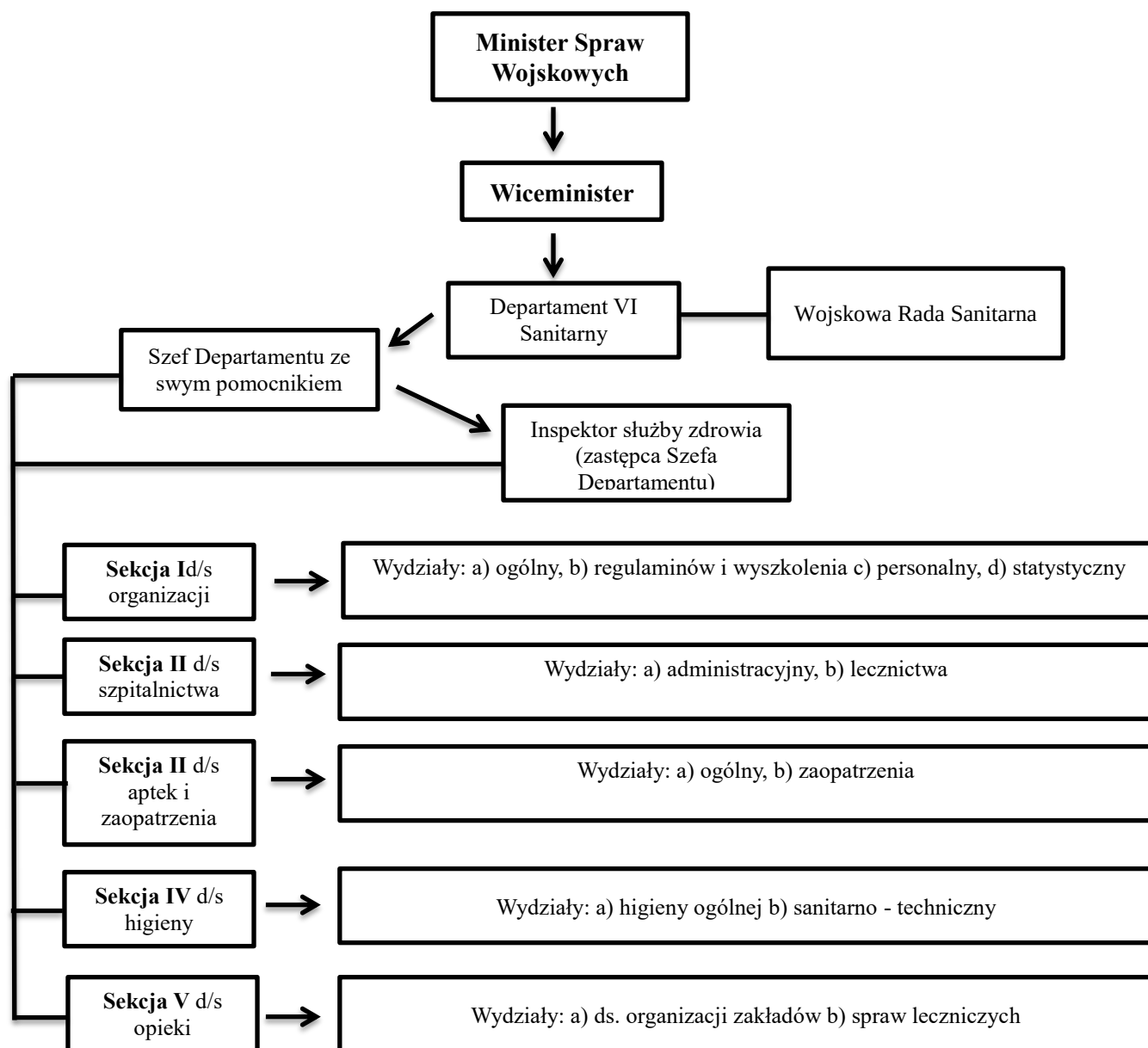
¹⁹⁶ Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 10, poz. 372, z dn. 30.01.1919 r.

¹⁹⁷ L. Wyszczelski, *Wojsko Polskie w latach 1918-1921...*, dz. cyt., s. 183.

¹⁹⁸ A. Felchner podaje, że Sekcję Opieki powołano 20.02.1920 r. – A. Felchner, dz. cyt., s. 22.

numerację na Departament VI Sanitarny i włączono sekcję opieki¹⁹⁹. W 1920 r. jego struktura przedstawiała się następująco:

Schemat 2.1 Struktura organizacyjna Departamentu VI Sanitarnego w lutym 1920 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Felchner, *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, Łódź – Warszawa 1990 r., s. 23-24.

¹⁹⁹ D. Skrzypczak, *Zespół akt Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych z lat 1918-1939*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b10/b10_2.pdf, dostępność internetowa, z dn. 20.10.2015 r.

Oprócz powołaniu kilku nowych sekcji, należy zwrócić uwagę, iż Departament Sanitarny nie podlegał już bezpośrednio pod Ministra, a pod Wiceministra. Posunięcia te wiązały się bezpośrednio z działaniami wojennymi w latach 1919-1921. Pod Wiceministra bowiem wówczas oprócz wspomnianego departamentu podlegały także: wojska techniczne, uzbrojenie, gospodarka, budownictwo. Utworzył się zatem swoisty pion kwatermistrzowski pod dowództwem wiceministra.

W nowo powstałej strukturze MSWojsk. funkcjonował Departament VI Sanitarny. Na jego czele stanął płk. gen. Franciszek Zwierzchowski. Natomiast na czele poszczególnych sekcji stali: organizacyjnej – ppłk F. Sławoj-Składkowski, szpitalnictwa – mjr Stefan Rudzki, aptekarska i zaopatrzenia – mjr Eugeniusz Pirogowski, higieny – kpt. Stefan Adam Sterling-Okuniewski i opieki – kpt. Karol Marian Borczowski²⁰⁰.

Od sierpnia 1920 r. w sekcji IV funkcjonował referat ratownictwa przeciwigazowego. Jego zadaniem było szkolenie instruktorów z w/w zakresu oraz organizowanie i kierowanie kursami ratownictwa przeciwigazowego przy Szkole Obrony Przeciwigazowej w Warszawie²⁰¹.

W marcu 1920 r. doszło do trzeciej mobilizacji personelu medycznego. Powołano wówczas wszystkich lekarzy i lekarki, aptekarzy, studentów i studentki medycyny oraz osoby legitymizujące się jakimkolwiek przeszkoleniem sanitarnym w wieku od 17 do 50 lat. Ponadto wojsko na zasadzie ochotniczego poboru przyjmowało felczerów do 42 roku życia, po odbyciu ośmioletniego kursu ogólnozwiązkowego oraz kursu fachowego, nadając im po ich zdaniu stopni podoficerskich.

Takie poczynania mogą obrazować nam na jak wielki deficyt personalny cierpiała wojskowa służba zdrowia. Pamiętać, jednakże należy że absorbując cywilny personel do zadań wojskowych władze na wypadek wojny pozbawiały cywilów podstawowej opieki medycznej, bądź znacznie ją ograniczały.

Działalność Departamentu Sanitarnego w roku 1920 nastawiona była przede wszystkim na organizację zakładów sanitarnych w kraju oraz polowych na froncie (wojna polsko-bolszewicka), składnic sanitarnych oraz aptek. Sprawowano ścisły nadzór nad ewakuacją rannych i chorych z frontu, a w między czasie opracowywano wydawano przepisy i instrukcje w sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

²⁰⁰ T. Böhm, *Z dziejów naczelnych władz...*, dz. cyt., s. 69.

²⁰¹ Tamże.

Na przełomie lat 1920-1921 zaczęła się demobilizacja wojska tym samym polowej służby zdrowia.

10.08.1921 r. został wydany rozkaz Ministra Spraw Wojskowych L. 4900/Org. ustalający pokojową organizację naczelných władz wojskowych i wprowadzający w życie statut Ministerstwa Spraw Wojskowych, a w jego składzie Sztabu Generalnego WP. Wiązało się to z reorganizacją całego Wojska Polskiego, które na mocy rozkazu Oddziału I Sztabu Generalnego L. 7600/Org. z 22.08.1921 r. przeszło na stopę pokojową²⁰².

Departament VI Sanitarny przemianowany został na Departament VIII Sanitarny. Funkcjonował on bez zmian w zakresie kompetencji, ale w nowej strukturze. Składał się on z dwóch wydziałów: ogólnoorganizacyjnego oraz z higieny i lecznictwa. Funkcję szefa nadal sprawował gen. ppor. F. Zwierzchowski. Wydziałem pierwszym dowodził płk. dr Stefan Hubicki, natomiast drugim – płk dr Władysław Gorczycki. Warto zaznaczyć, iż początkowo z byłej Sekcji Opieki utworzono przejściowo Wydział Superrewizyjno-Inwalidzki. Kierownictwo nad nim sprawował płk. Jan Kołłątaj-Srzednicki. Po jego likwidacji 1.01.1922 r. sprawy inwalidzkie przejęło Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Zmiana nastąpiła także w obrębie organów doradczych szefa Departamentu VIII Sanitarnego. A mianowicie Wojskowa Rada Sanitarna, która do tej pory stanowiła organ doradczy Ministra Spraw Wojskowych stała się organem doradczym szefa Departamentu Sanitarnego. Zostały do jej struktur dołączone zarówno naukowe, jak i kliniczne oddziały Szpitala Ujazdowskiego. Oprócz tego do jej składu weszła: kancelaria, redakcja „Lekarza Wojskowego”²⁰³, tabor, biblioteka oraz komisja gospodarcza. W momencie przechodzenia wojska na stopę pokojową Wojskowa Rada Sanitarna, została przemianowana na Wojskowy Instytut Sanitarny.

Kolejna drobna zmiana reorganizacyjna Departamentu VIII Sanitarnego nastąpiła w 1925 r. Wówczas utworzono dodatkowy referat ratownictwa gazowego. We wrześniu tego samego roku został zlikwidowany Wojskowy Instytut Sanitarny. Jego kompetencje i zadania przejęła wówczas nowo utworzona Oficerska Szkoła Sanitarna²⁰⁴.

²⁰² Tamże, s. 24.

²⁰³ Czasopismo „Lekarz Wojskowy” po raz pierwszy ukazało się w styczniu 1920 r. Jego pierwszym redaktorem naczelnym był płk lek. Jan Koelichen. Wydawcą pisma była Wojskowa Rada Sanitarna, a następnie Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych. W okresie II wojny światowej ukazywało się w Edynburgu, dzięki staraniom Towarzystwa Naukowego Lekarzy WP w Wielkiej Brytanii. W 1945 r. wznowiono jego wydawanie.

²⁰⁴ O wojskowym szkolnictwie medycznym patrz w następnym podrozdziale.

Od roku 1926 i licznych zmian politycznych, strukturalnych i ustrojowych, Departament Sanitarny dzielił się wydziałami: ogólny, zaopatrzenia i techniczny oraz referaty: inwalidzki i rachunkowo – budżetowy. Początkowo nadal kierowany był przez gen. bryg. F. Sławoja-Składkowskiego, jednakże od 23.08.1926 r. przez płk. dr. Stanisława Roupperta.

Od 31.03.1927 r. dodany został wydział weterynarii (przeniesiony z Departamentu Kawalerii). Od 2.09.1927 r. Departament Sanitarny posiadał następujące wydziały: ogólny, techniczno–lekarski, farmaceutyczny, weterynaryjny oraz samodzielny referat rachunkowo–budżetowy. Istniejący dotychczas referat inwalidzki włączono do wydziału techniczno – lekarskiego, a jednocześnie z tegoż wydziału przeniesiono referat ratownictwa gazowego do wydziału ogólnego.

Przy omawianym departamencie funkcjonował także Centralny Zakład Zaopatrzenia Sanitarnego, który 26.11.1928 r. został przemianowany na Wojskowy Zakład Zaopatrzenia Sanitarnego. Temu ostatniemu, zaś bezpośrednio podlegały: Instytut Badań, Centrala Odbiorcza, Główna Składnica Sanitarna, Pomocnicze Składnice Sanitarne (po jednej w każdym okręgu). W dniu 14.12.1928 r. Departament Sanitarny przemianowany został na Departament Zdrowia, a 2.01.1930 r.²⁰⁵ został do jego struktury dodany referat personalny.

Tabela 2.3 Zmiany strukturalne Departamentu Sanitarnego w latach 1926-1930

Organizacja Departamentu Sanitarnego od 1926 r.	Organizacja Departamentu Sanitarnego od 31.03.1927 r.	Organizacja Departamentu Sanitarnego od 2.09.1927 r.	Organizacja Departamentu Sanitarnego od 7.01.1928 r.	Organizacja Departamentu Zdrowia od 14.12.1928 r.	Organizacja Departamentu Zdrowia od 2.01.1930 r.
<u>Wydziały:</u> • ogólny • zaopatrzenia i techniczny <u>Referaty:</u> • inwalidzki • rachunkowo – budżetowy.	<u>Wydziały:</u> • ogólny • zaopatrzenia i techniczny • weterynaryjny <u>Referaty:</u> • inwalidzki • rachunkowo – budżetowy.	<u>Wydziały:</u> • ogólny • techniczno–lekarski • farmaceutyczny • weterynaryjny <u>Referaty:</u> • samodzielny referat rachunkowo–budżetowy	<u>Wydziały:</u> • ogólny • techniczno–lekarski • farmaceutyczny • weterynaryjny <u>Referaty:</u> • samodzielny referat rachunkowo–budżetowy • referat lotniczej służby zdrowia	Zmiana nazwy Departamentu Brak zmian w strukturach	<u>Wydziały:</u> • ogólny • techniczno–lekarski • farmaceutyczny • weterynaryjny <u>Referaty:</u> • samodzielny referat rachunkowo–budżetowy • personalny

Źródło: Opracowanie własne

²⁰⁵ Dziennik Rozkazów, nr 3, poz. 27, z dn. 20.01.1930 r.

Po zmianie ustrojowej w 1935 r. Departament Zdrowia kontynuował swoją działalność na czele z gen. bryg. Dr. S. Rouppertem. W zakresie kompetencji szefa w/w departamentu wchodziło: „*sprawowanie nadzoru nad stanem zdrowia stanu osobowego armii i nad działalnością PCK, opracowywanie przepisów i instrukcji dotyczących służby zdrowia i weterynarii oraz utrzymywanie współpracy z: Państwowym Urzędem WF i PW, Ministerstwem Komunikacji, Ministerstwem Opieki Społecznej, Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych*”²⁰⁶. Od lutego 1932 r. przy departamencie działał Delegat Rządowy do Spraw Polskiego Czerwonego Krzyża.

W ustalonej wcześniej strukturze aż do 1939 r. nie zaszły żadne zmiany. Nadal składała się ona z czterech wydziałów i dwóch referatów. Ponadto działała komisja regulaminowa oraz Delegat Rządu do Spraw PCK. Bezpośrednio pod Departament Zdrowia podlegały: Kierownictwo Zaopatrzenia Sanitarnego, Wojskowa Pracownia Weterynarii i Centrum Wyszakolenia Sanitarnego.

2.2 Medyczne szkolnictwo wojskowe

W świetle doświadczeń z I wojny światowej znaczenie wojskowej służby zdrowia wzrosło. Możliwość prowadzenia wieloletniej wojny i postęp techniczny zmuszał automatycznie do jej rozwoju i poprawy działalności²⁰⁷.

Od 1918 r., kiedy to rozpoczęła się odbudowana niepodległego Państwa Polskiego, zarówno środki materialne, jak i personalne jakimi dysponowało wojsko w zakresie sanitarnym były minimalne. Przejmowane zakłady i urządzenia sanitarne po wojskach zaborczych pozostawiały dużo do życzenia. Większość niezbędnych rzeczy, takich jak leki czy środki opatrunkowe były rozgrabione przez wycofujące się wojska. Stanowiło to duży problem, bowiem wówczas na terenie ziem polskich nie istniała ani jedna wytwórnia powyższych materiałów. Szpitale były źle wyposażone, a stale przybywających rannych z frontu walk trzeba było gdzieś umieszczać. Przez złe warunki sanitarne w kraju wybuchały liczne epidemie, zwłaszcza grypy hiszpańskiej oraz duru plamistego²⁰⁸. Ogromnym problemem były także epidemie chorób wenerycznych, przed którymi zarówno wojsko, jak i

²⁰⁶ T. Böhm, *Z dziejów naczelných władz...*, dz. cyt., s. 228.

²⁰⁷ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 56-59.

²⁰⁸ S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 61.

ludność ostrzegały tylko nieliczne plakaty agitacyjne, mówiące o szeregu rozporządzeń profilaktycznych.

W takiej sytuacji zaczęła cierpieć cywilna służba zdrowia, ponieważ brakowało kadr, które na czas wojny były powołane do wojska. Powodowało to liczne prośby władz o zwalnianie lekarzy do cywila. Brak służb medycznych i sanitarnych był bardzo odczuwalny. Przez cały okres II Rzeczypospolitej aż do roku 1939 owych braków nie udało się wypełnić. Pion wojskowy sam musiał zapewniać sobie wyszkolenie kadry.

Pierwsze wzmianki o szkoleniu pracowników medycznych w armii pojawiają się w dwóch rozkazach Ministra Spraw Wojskowych z dnia 4.02.1919 r. oraz z dnia 16.03.1920 r. Pierwszy z rozkazów przewidywał sześciotygodniowe przeszkolenie wojskowe, dla słuchaczy medycyny, którzy do tej pory w wojsku nie służyli. Słuchacze 1, 2, 3 roku natomiast, którzy byli oficerami w Legionach byli przyjmowani w charakterze oficerów sanitarnych, a roku 4 i 5 otrzymywali stopień podporucznika. Sam rozkaz nie precyzował sposobu odbywania szkolenia²⁰⁹. Zaś drugi z przytoczonych rozkazów normował tymczasową służbę wojskową lekarzy dentystów oraz techników dentystycznych. Przewidywał wyszkolenie ogólnowojskowe. Dotyczył on jednak również samych lekarzy. W obydwóch przypadkach, po odbyciu ośmiotygodniowego szkolenia, mogli otrzymać oni nominację na podchorążych, z prawem do dalszego awansu wojskowego²¹⁰.

W latach 1919-1920 miało miejsce organizowanie kursów doszkalających z zakresu medycyny samych oficerów. Należy bowiem zaznaczyć, że poziom wiedzy w tym zakresie w wojsku był bardzo niski. Owe kursy organizowane były przy większych uniwersytetach. Prawnie regulowały je trzy rozkazy Ministra Spraw Wojskowych: z dnia 14.09.1919 r. oraz z 23.03.1920 r. i 1.06.1920 r.²¹¹. Wszystkie osoby zajmujące się medycyną w wojsku miały być oddelegowane na owe kursy. Podział grup był według lat ukończonych studiów medycznych. Owe szkolenia trwały po 12 tygodni. Odbywały się one systematycznie od października 1919 r. do września 1920 r. Każdy ukończony kurs liczony był przez uniwersytet, jako zaliczony kolejny semestr studiów. Na początku starano się kierować osoby na te uniwersytety, na których już adepci medycyny rozpoczęli studia, potem jednak odstąpiono od tej zasady, grupując wszystkich medyków wojskowych przy jednej uczelni²¹².

²⁰⁹ Dziennik Rozkazów Wojskowych, nr 12, poz. 441, z 4.02.1919 r.

²¹⁰ Dz. Rozk. Wojsk., nr 8, poz. 158, z 1920 r.

²¹¹ Dz. Rozk. Wojsk., nr 92, poz. 158, z 1919 r.; Dz. Rozk. Wojsk., nr 9, poz. 178, z 1920 r. i nr 18, poz. 466 z 1920 r.

²¹² S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin...*, dz.cyt., s. 78.

Uczestnicy kursów otrzymywali uposażenie wojskowe i po ich zakończeniu wracali do swoich formacji. „Kursy dla medyków wojskowych mieściły się w Warszawie, Lwowie i Krakowie. Kursy poszczególne były bardzo liczne. Tak np. kurs, odbywający się w Krakowie od stycznia do marca 1920 r. miał 171 uczestników w stopniu od podporucznika do starszego szeregowca”²¹³. Zatem powyższe kursy organizowane w latach 1919 – 1920 skupiały przede wszystkim ludzi w mundurach. Podchodziły do problemów bieżących (wojna polsko – bolszewicka) i starały się uzupełnić braki w kadrach osobowych. Mało tego większość z osób podejmująca kursy po wojnie nie miała zamiaru zostać w wojsku w celu kontynuowania pracy jako zawodowi lekarze wojskowi. Rodził się problem, z którym MSWojsk. musiało się w jakiś sposób uporać.

Od 1921 r. mamy do czynienia z przechodzeniem wojska na tzw. „stopę pokojową”. Medycy służący w wojsku podzielili się na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowili Ci, którzy po ukończeniu studiów wyższych chcieli nadal pozostać w wojsku, natomiast w skład drugiej grupy wchodziły osoby, które nie zdecydowały się pozostać w zawodowej służbie wojskowej i otrzymywali oni wówczas bezterminowe urlopy. Sprawy grupy pierwszej regulował rozkaz z 3 listopada 1920 r. Zezwalał on na odsyłanie na studia wyższe pewną grupę oficerów, którzy interesowali się różnymi dziedzinami naukowymi, nie tylko medycyną. W ten sposób MSWojsk. chciało podnieść poziom wykształcenia w wojsku. Prawo do studiów mieli tylko oficerowie, którzy spełniali następujące warunki: nie mieli więcej niż 30 lat, zobowiązali się do trzyletniej służby wojskowej w dziedzinie odpowiadającej ich wykształceniu za każdy rok studiów oraz odbyli wcześniej przynajmniej rok służby w Wojsku Polskim lub w innych polskich formacjach²¹⁴. Podczas studiów każdy z oficerów otrzymywał stałe uposażenie. Dla osób z biedniejszych rodzin podjęcie nauki na w/w warunkach było dużą szansą na polepszenie się ich stanu materialnego. Nie dziwi więc fakt, że chętnych nie brakowało.

Tabela 2.2.1 Liczba odkomenderowanych oficerów na studia wyższe, z wyodrębnieniem studiów medycznych w latach 1920/1923.

	1920/1921	1921/1922	Od końca czerwca 1920 do 1923 roku (łączna liczba studiujących z tych lat)
Odkomenderowanych łącznie wszystkich oficerów na studia wyższe	Ok. 600 oficerów	403 oficerów	1215 oficerów

²¹³ Tamże.

²¹⁴ Dziennik Rozkazów MSWojsk., nr 40, poz. 858, z 1920 r.

Odkomenderowanych łącznie wszystkich oficerów na studia medyczne	Ok. 80 oficerów	195 oficerów	388 oficerów
---	-----------------	--------------	--------------

Źródło: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 79-80

System szkoleniowy starał się działać w dwie strony, tzn. nie tylko wojskowi wysłani byli na studia wyższe, ale i osoby cywilne studiujące medycynę wysyłano na przeszkolenia wojskowe. W głównej mierze były to ćwiczenia wakacyjne. Przykładem może być miesięczny kurs zorganizowany w 1921 r. dla studentów trzeciego roku i starszych lat studiów, który to odbywał się w poszczególnych szpitalach okręgowych. Adepti z młodszych lat natomiast odbywali w tym samym czasie kurs miesięczny, ale w zapasowych kompaniach sanitarnych w okręgach generalnych²¹⁵.

Cały system odkomenderowania oficerów był ściśle związany z okresem powojennym. Przez to, że zawierał on w sobie w wysokim stopniu praktycznie wszystkie niekorzystne cechy systemu stypendialnego, stał się dla wojska po prostu niekorzystny. Wiadomo było, że zostanie on zmieniony tak szybko jak to będzie tylko możliwe.

Po zakończeniu działań wojennych zaczęto zastanawiać się jak szybko i skutecznie podnieść kwalifikacje wojskowych lekarzy, którzy zadeklarowali się pozostać na służbie. Dla zorganizowania lepszej pracy szkoleniowej powołano przy Wojskowej Radzie Sanitarnej w Szpitalu Ujazdowskim „Dowództwo Kursu Wyszkożenia dla lekarzy wojskowych”. „W końcu lata 1921 r.”²¹⁶ prawdopodobnie na drodze przemianowania Dowództwa Kursu Wyszkożenia dla lekarzy wojskowych, już przy Wojskowym Instytucie Sanitarnym powstała Szkoła Aplikacyjna Korpusu Oficerów Sanitarnych. Celem szkoły aplikacyjnej było przeszkalanie nowo wstępujących i doszkalanie już czynnych oficerów korpusu sanitarnego²¹⁷.

W/w szkoła funkcjonowała bardzo krótko. Jedynie przez rok. Łącznie odbyło się w niej sześć kursów dla młodszych oficerów oraz co najmniej trzy kursy dla oficerów starszych.

²¹⁵ Dz. Rozk. Wojsk. MSWojsk. nr 25, poz. 468, z 1921 r.

²¹⁶ Dokładna data powstania szkoły jest nieznana. L. Zembrzusi w artykule pt. *Krótki szkic z dziejów Wojskowej Rady Sanitarnej, Wojskowego Instytutu Sanitarnego i Wojskowej Szkoły Sanitarnej*, „Lekarz Wojskowy”, t. IV, 1925 r., s. 939, jako datę powstania szkoły podaje 7.10.1921 r. - jest to jednak data rozpoczęcia samych zajęć z słuchaczami. Natomiast Z. Neyman w *Służba sanitarna podczas wojny polsko – rosyjskiej 1830-1831 i 1919-1920 r. a obecna jej organizacja na czas wojny*, „Lekarz Wojskowy”, t. XIV, 1929 r. oraz W. Osmolski w artykule *1922-1932 (artykuł na dziesięciolecie CWSan.)*, „Lekarz Wojskowy”, t. XX, 1932 r. zgodnie podają jedną datę: 7 września 1921 roku. Bezpieczną datę (mało dookreśloną) podaje S. Wojtkowiak w *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973, s. 82, czyli w końcu lata 1921 roku.

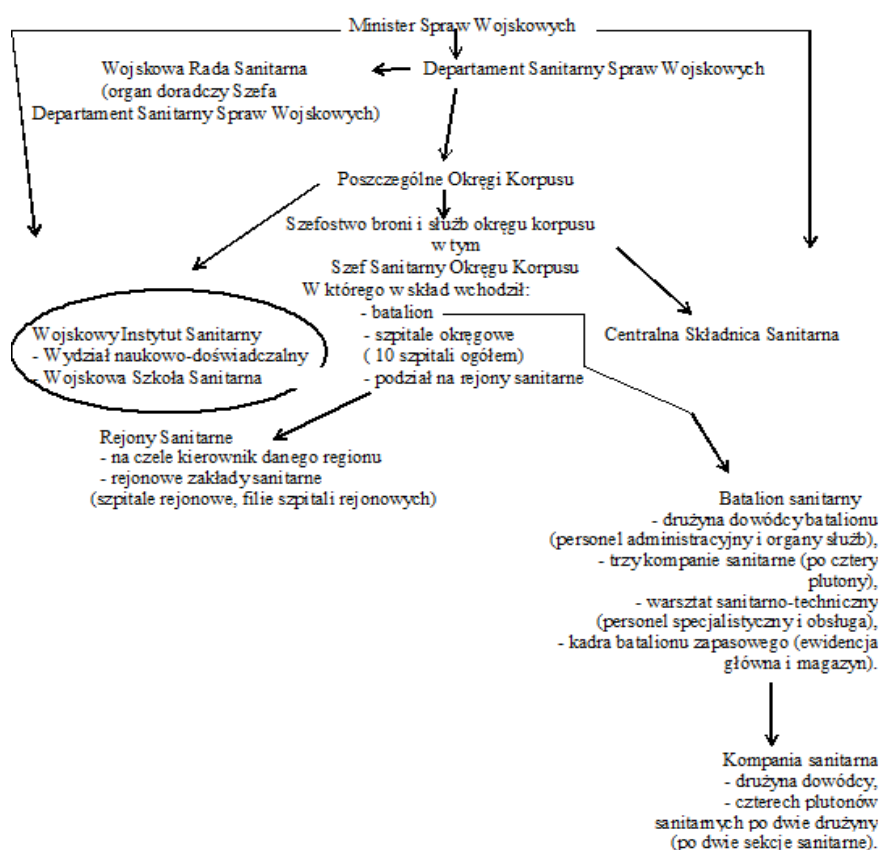
²¹⁷ S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin...*, dz. cyt., s. 82.

Liczba chętnych na doksztalcenie się z medycyny wojskowej wzrosła. Pierwszym jej dowódcą został płk Sokołowski, następnie funkcję tę przejął - oficer Departamentu Sanitarnego MSWojsk., pułkownik doktor medycyny (od 1.01.1928 r. - generał brygady) Stefan Hubicki. W sumie Szkoła Aplikacyjna Korpusu Oficerów Sanitarnych przeszkoliła 322 oficerów²¹⁸.

Na mocy rozkazu Ministra Spraw Wojskowych 31.10.1922 r. istniejąca wcześniej Szkoła Aplikacyjna Korpusu Oficerów została przekształcona w Wojskową Szkołę Sanitarną (1922-1925)²¹⁹.

W 1922 r. zarysował się jeden z pierwszych schematów organizacyjnych wojskowej służby zdrowia.

Schemat 2.2.1 Organizacja wojskowej służby zdrowia 1922-1925²²⁰.



Źródło: *Almanach oficerski na rok 1923/1924, dział III, praca zbiorowa, red. Karol Firich, Warszawa 1923, s. 100*

- 111.

²¹⁸ K. Polkowski, *Święto Oficerskiej Szkoły Sanitarnej*, „Lekarz Wojskowy”, t. VIII, 1926, s. 493.

²¹⁹ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Szkolnictwo Medyczne w Wojsku Polskim*, Łódź 1968 r., s. 81-83.

²²⁰ Patrz więcej: A. Felchner, *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918r. do mobilizacji w 1939 r.)*. Rozprawa habilitacyjna, cz. 1, Łódź - Warszawa 1990 r., s. 31-40 oraz s. 43-52.

Powyższy schemat będzie się zmieniał przez okres II Rzeczypospolitej. Jednak jedynym elementem ulegającym zmianie będzie kwestia wojskowego szkolnictwa medycznego (na schemacie zakreślona elipsą).

Wojskowa Szkoła Sanitarna zaczęła fachowo kształcić oficerów służby zdrowia. Umieszczono ją w budynku Zamku Ujazdowskiego. Absolwenci Wojskowej Szkoły Sanitarnej otrzymywali wykształcenie medyczne: na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego lub w Państwowym Instytucie Dentystycznym oraz wykształcenie wojskowo-medyczne w ramach szkoły podchorążych. Pierwszym komendantem szkoły został płk dr Stefan Hubicki. Uważano, że poprzez stworzenie internatu, jednolitego umundurowania, zapewnienie wyżywienia oraz danie możliwości wychowankom darmowych studiów na rzecz państwa, uwolni ich od wszelkich kłopotów, przez co będą mogli skoncentrować się tylko i wyłącznie na nauce. Przyjęta koncepcja wielokrotnie była atakowana. Głównym jej przeciwnikiem był prof. dr Z. Szymanowski, który uważał że na pierwszym roku studiów medycznych, będzie ciężko decydować młodym ludziom czy chcą zostawać lekarzami wojskowymi. Twierdził, że wojskowość to swego rodzaju specjalizacja i tak jak uczeń studiów cywilnych na pierwszym roku nie decyduje czy będzie chirurgiem, tak i w tym przypadku decyzja powinna następować później. Na przeciwko jego stanowiska wychodził płk dr Stefan Hubicki²²¹.

W roku 1925 nastąpiła kolejna reorganizacja, którą regulował akt pt.: „*Organizacja służby zdrowia na stopie pokojowej*”²²² wydany przez Ministerstwo Spraw Wojskowych 18.04.1925 r. Na jego podstawie Wojskowy Instytut Sanitarny oraz Wojskowa Szkoła Sanitarna przestały istnieć. Na ich miejsce pojawiła się Oficerska Szkoła Sanitarna (1925-1928), do której włączono szpital wojskowy na Ujazdowie. Zespolenie tych wszystkich elementów bardzo korzystnie wpłynęło na prowadzenie pracy dydaktycznej oraz rozwój badań naukowych, bowiem teraz komórki szkolne, naukowo – badawcze oraz kliniczne znajdowały się pod jednym kierownictwem. Szkoła w odnowionym wizerunku miała spełniać następujące zadania: „*szkolenie studentów medycyny, farmacji i dentystyki - kandydatów na oficerów zawodowych korpusu sanitarnego, przeszkalanie oficerów rezerwy służby zdrowia, doskonalenie oficerów zawodowych korpusu sanitarnego, prowadzenie badań naukowych*

²²¹ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje...*, dz. cyt., s. 98-99.

²²² S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje...*, dz. cyt., s. 101.

w zakresie zagadnień wojskowo – sanitarnych, działalność lecznicza na oddziałach klinicznych szpitala szkolnego”²²³.

W Oficerskiej Szkole Sanitarnej podzielono studentów według lat studiów i wedle takiego kryterium przydzielani oni byli do poszczególnych plutonów. Plutony łączono w kompanie. W sumie od 1925 do 1928 r. udało się sformować cztery kompanie. Pierwszą i drugą stanowili studenci podzieleni według lat studiów, trzecią kompanie tworzyli oficerowie (byli to absolwenci Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, którzy już zostali mianowani porucznikami, a odbywali roczny staż w szpitalu przed objęciem stanowisk w wojsku), czwartą zaś kompanię formowali cywilni lekarze, farmaceuci oraz dentyści, którzy po odbyciu studiów cywilnych odbywali obowiązkową 15- miesięczną służbę (przeszkolenie wojskowe)²²⁴.

W 1928 r. w celu nawiązania do tradycji z czasów Królestwa Kongresowego nastąpiło przemianowanie nazw szkół. OSS otrzymała nazwę Szkoły Podchorążych Sanitarnych (1928-1930). Sama struktura oraz zadania szkoły nie zmieniły się.

Ostatnim przeobrażaniem wynikającym ze wzrastających zadań szkoleniowych podchorążych zawodowych było utworzenie z dniem 1.04.1930 r. Centrum Wyszkożenia Sanitarnego. Sama Szkoła Podchorążych Sanitarnych nie została zlikwidowana tylko weszła w skład CWSan., oprócz niej znajdowała się tam również komenda główna CWSan. oraz Szpital Szkolny. Struktura ustalona wówczas utrzymała się aż do 1939 r.²²⁵.

Od czerwca 1930 r. do 1.09.1939 r. funkcję komendanta Centrum sprawował gen. bryg. dr Jan Kołłątaj-Srzednicki, natomiast posadę komendanta Szkoły Podchorążych Sanitarnych, po płk. S. Hubickim, przejął od 30.09.1928 r. płk dr Ksawery Maszadro. W momencie wybuchu wojny w 1939 r. to właśnie płk dr Ksawery Maszadro objął dowodzenie nad Centrum Wyszkożenia Sanitarnego, a dowódcą Szkoły Podchorążych Sanitarnych mianowano mjr Józef Piechura.

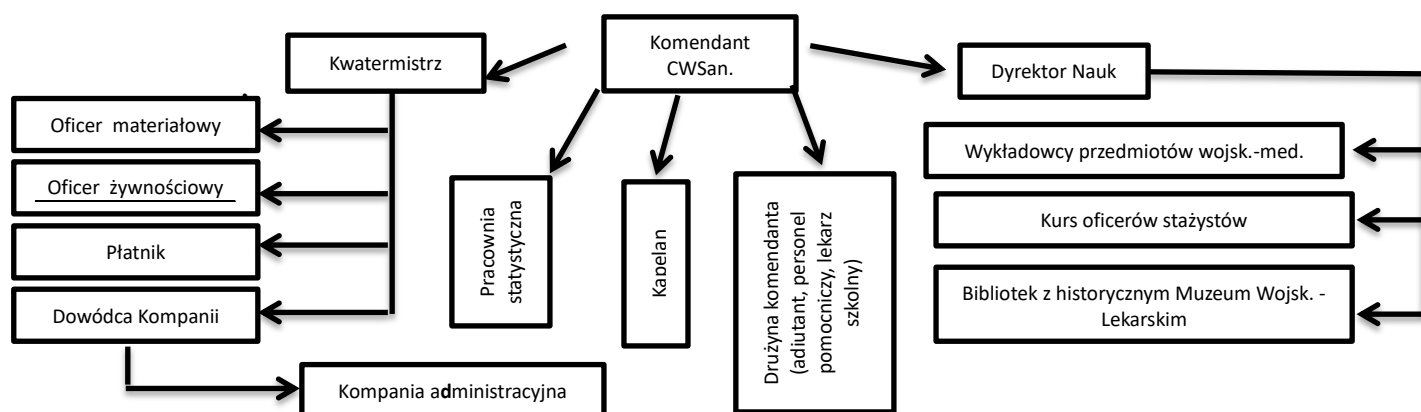
Centrum Wyszkożenia Sanitarnego składało się tak naprawdę z trzech głównych pionów, które to wszystkie podlegały pod Komendanta CWSan.: Komendy, Szkoły Podchorążych oraz Szpitala Szkolnego. Poszczególne ich struktury obrazują poniższe schematy:

²²³ Tamże, s. 102.

²²⁴ Tamże.

²²⁵ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 103-107.

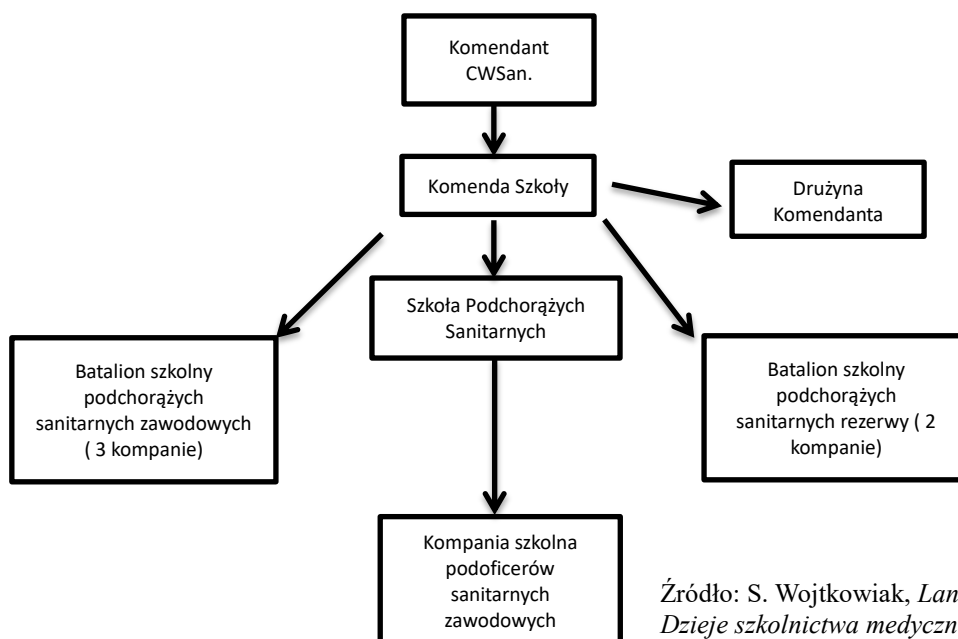
Schemat 2.2.2 Organizacja Komendy CWSan. na dzień 31.12.1931 r.



Źródło: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 104.

„Wyszkolenie Sanitarne SPS składała się z batalionu szkolnego podchorążych zawodowych (trzy kompanie), batalionu szkolnego podchorążych sanitarnych rezerwy (dwie kompanie) i kompanii szkolnej podoficerów sanitarnych zawodowych”²²⁶.

Schemat 2.2.3 Organizacja Szkoły Podchorążych Sanitarnych na dzień 31.XII.1931 r.



Źródło: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 104.

²²⁶ T. Morawski, *Losy wychowanków Szkoły Podchorążych Sanitarnych pierwszych dziewięciu promocji (1922-30). Na podstawie archiwum dr Romana Jakubskiego*, [w:] *Medycyna Nowożytna* 8/2, 2001 r., http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny-r2001-t8-n2/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny-r2001-t8-n2-s95-130/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny-r2001-t8-n2-s95-130.pdf, dostępność internetowa z dn. 23.02.2018 r., s. 98.

Szpital Szkolny posiadał 578 łóżek. Aż do 1939 r. w jego skład wchodziły zarówno oddziały naukowe, jak i kliniczne, pracownia kliniczna, przychodnia dentystyczna oraz apteka. Do oddziałów naukowych należały: higieny wojskowej, bakteriologiczny, radiologiczny oraz anatomo – patologiczny. Natomiast do oddziałów klinicznych zaliczano: wewnętrzny, chirurgiczny, ginekologiczno – położniczy, umysłowy, nerwowy, uszno – gardłany i oczny. Podział łóżek między w/w przedstawiał się następująco:

Tabela 2.2.2 Podział łóżek w Szpitalu Szkolnym CWSan. w 1931 r.

Nazwa oddziału	Liczba łóżek
Chorób ginekologiczno – położniczych	49
Chorób umysłowych	70
Chorób nerwowych	70
Chorób uszu, gardła i nosa	60
Chorób oczu	64
Chirurgii	110
Chorób wewnętrznych	155
RAZEM	578

Źródło: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r., s. 105

Przy CWSan. powstała także Wojskowa Rada Sanitarna. Pełniła ona rolę organu doradczego dla szefa Departamentu Sanitarnego (Zdrowia) MSWojsk. Do jej obsady personalnej należeli: komendant CWSan. - jako przewodniczący, komendant Szpitala Szkolnego CWSan. – jako zastępca przewodniczącego, dyrektor nauk CWSan. – sekretarz oraz członkowie zwyczajni: zastępca szefa Departamentu Sanitarnego (Zdrowia) MSWojsk., szef sanitarny Okręgu Korpusu Nr I, komendant Szkoły Podchorążych Sanitarnych, kierownicy naukowcy oddziałów Szpitala Szkolnego CWSan., kierownik Wojskowego Zakładu Zaopatrzenia Sanitarnego, kierownik Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich.

Do Rady Sanitarnej mogły być także powołane osoby pełniące stanowiska: dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dyrektora Państwowego Zakładu Higieny (bądź osoba wyznaczona przez dyrektora z PZH), kierownika Państwowej Szkoły Higieny, przedstawiciel wydziałów lekarskich uniwersytetów, kierownika Wojskowego Instytutu Przeciwwgazowego, dyrektora Centralnego Instytutu Wychowania

Fizycznego, przedstawiciele Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i inne osoby, na wniosek rady²²⁷.

Jeśli chodzi o samo szkolenie i specjalizację w CWSan. to na pewno znacznie je rozbudowano. Poszerzono zakres wykładanych przedmiotów medycznych. Podchorążowie kończyli medyczne studia cywilne (lekarskie lub farmaceutyczne) na Uniwersytecie Warszawskim. Uniwersytet miał obowiązek dostarczania studentom podręczników oraz niezbędnych pomocy naukowych. Nadal obowiązywała zasada z 1921 r., że za odbyte studia absolwenci, musieli odpracować trzy lata w wojsku. Jeśli chodzi jednak o warunki przyjęcia do szkoły to niektóre kwestie uległy zmianie. Wymagania wobec kandydata na studia medyczne były następujące: musiał legitymować się maturą, powinien odznaczać się nienagannym zdrowiem oraz nie mógł być starszy niż 24 lata. W omawianym okresie wiek przyjmowanych kandydatów ulegał ciągłym zmianom (na przykład od 1930 r. wiek ograniczono do 22 lat). Ukończenie szkoły dawało kandydatowi tytuł podporucznika Korpusu Sanitarnego. Ważnym założeniem szkoły było wprowadzenie równoległe do zajęć uniwersyteckich programu wyszkolenia wojskowego.

Pierwsze trzy lata nauki CWSan. swoim poziomem wyszkolenia obejmowało szkołę podchorążych, natomiast kolejne dwa lata odpowiadały szkoleniu w szkole oficerskiej. Cykl szkolenia wojskowego był podporządkowany zajęciom, które równocześnie odbywały się na Uniwersytecie Warszawskim. W przypadku szkolenia lekarzy wojskowych, mimo wszystko większy nacisk kładziono na wyszkolenie fachowe. Przeszkolenia wojskowe studentów medycyny odbywały się zazwyczaj w czasie trzymiesięcznego okresu wakacyjnego, z czego dwa miesiące poświęcano na intensywne szkolenia z zakresu wojskowości. W trakcie takich szkoleń studenci byli kierowani do służby liniowej w jednostkach wojskowych kawalerii i artylerii. W ramach praktyk przyszli lekarze uczyli się jazdy konnej, zapoznawali się z różnymi rodzajami broni – poznawali typowe zagadnienia związane z wojskiem, a co ważne uczyli się wykorzystywać je w praktyce.

Dodatkowo, jeszcze przed rozpoczęciem się pierwszego roku akademickiego, przyszli studenci musieli odbyć kurs rekruckiego wyszkolenia piechoty. Później także w ciągu roku zarówno władze wojskowe, jak i władze uczelni dbały o podtrzymywanie „profilu wojskowego”. Organizowano w ramach zajęć na uczelni dodatkowe specjalistyczne kursy, dot. m.in.: leczenia pacjentów z objawami działania broni gazowej i chemicznej.

²²⁷ Tamże, s. 105.

Łącznie w latach 1927-1939²²⁸ dyplomy lekarzy, stomatologów i farmaceutów uzyskało 473 oficerów. W 1939 r. 466 absolwentów pozostawało w wojskowej służbie czynnej²²⁹.

W momencie wybuchu wojny w 1939 r., nauka została przerwana. Osiemdziesięciu siedmiu uczniów szkoły otrzymało nominację na stopień podporucznika. Byli to uczniowie "promocji" od 13 do 15. Osiemnasta „promocja”, choć przyjęta do szkoły, nie rozpoczęła nauki²³⁰.

W 1937 r. został wysunięty projekt założenia w Lublinie Wojskowej Akademii Lekarskiej²³¹. Wybuch wojny jednak przeszkodził w utworzeniu tego typu uczelni.

Jeszcze innymi uczelniami, które zajmowały się kształceniem wojskowo – medycznym były: Instytut Chirurgii Urazowej w Warszawie, Szkoła Gazowa, Centrum Badań Lotniczo – Lekarskich oraz Państwowa Szkoła Higieny.

Instytut Chirurgii Urazowej w Warszawie zajmował się obok zadań leczniczych, doskonaleniem lekarzy wojskowych w leczeniu wszelkiego rodzaju urazów oraz ich następstw²³².

Jeśli chodzi o szkolenia i kursy gazowe to zaczęły one pojawiać się w 1919 r. i to na ich bazie rok później powstała Szkoła Gazowa, która w całym dwudziestoleciu międzywojennym przechodziła liczne przemiany strukturalne i nazwowe. W 1922 r. przemianowana została na Szkołę Broni Chemicznej, w 1925 r. ponownie powrócono jej nazwę Szkoły Gazowej, w 1927 r. nazwa uległa zmianie na Szkołę Obrony Przeciwgazowej, a w 1939 r. przekształcono ją w Instytut Przeciwgazowy. Uczelnia miała za zadanie szkolenie oficerów oraz instruktorów walki gazowej, ratownictwa i lecznictwa. Ważnym jest, że na czele placów stał oficer – lekarz, co podkreślało fakt ścisłego związku z medycyną²³³.

Badania w zakresie medycyny lotniczej w Wojsku Polskim zapoczątkowane zostały w 1926 r. Wówczas to przy Instytucie Badań Technicznych Lotnictwa utworzono Wydział Lotniczo – Lekarski. W dwa lata później w Warszawie powstało Centrum Badań Lotniczo – Lekarskich. „Zadaniem jego były badania kontrolne zdrowotności kandydatów do lotnictwa oraz personelu latającego, eksperymentowanie i inne badania naukowe w zakresie wszystkich zagadnień medycyny lotniczej”²³⁴. W Centrum odbywały się także przeszkolenia dla lekarzy

²²⁸ Patrz więcej: S. Rutkowski, *Zarys dziejów polskiego szkolnictwa wojskowego*, Warszawa 1970 r., s. 103.

²²⁹ S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje...*, dz. cyt., s. 107-118.

²³⁰ Tamże.

²³¹ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje...*, dz. cyt., s. 133-137.

²³² *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, pod. red. W. Zaniewskiej, Warszawa 1974 r., s. 276.

²³³ Tamże, s. 277.

²³⁴ Tamże.

wojskowych wszystkich jednostek lotniczych. Dla lepszej koordynacji pracy naukowej w 1931 r. przy Centrum Badań Lotniczo – Lekarskich stworzono Radę Naukowo – Lotniczo – Lekarską. Składała się ona z 10 profesorów uniwersytetów polskich i miała charakter organu doradczego.

Państwowa Szkoła Higieny prowadzona była przy Państwowym Zakładzie Higieny (PZH) od 19.03.1922 r. Dzięki pomocy finansowej otrzymanej od Fundacji Rockefellera, możliwa była jej budowa, a także w latach późniejszych organizacja szkoleń dla pracowników PZH w ośrodkach amerykańskich. Fundacja wspierała także PZH w czasie kryzysu gospodarczego. Obok działalności dydaktycznej Państwowy Zakład Higieny zajmował się także działalnością naukowo – badawczą m.in. w takich działach jak: Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej, Surowic i Szczepionek, Chemii, Badania Żywności i Przedmiotów Użytku oraz Wody, a także w należących do Państwowej Szkoły Higieny Oddziałach: Epidemiologii i Statystyki, Higieny Pracy i Techniki Sanitarnej.

Zastosowany przed wojną system szkolenia zawodowych pracowników sanitariatu wojskowego cechował wyraźny dualizm. Wynikał on z otrzymywania wykształcenia medycznego na uczelni cywilnej, natomiast szkolenia i wychowania na uczelni wojskowo – medycznej. Niemniej wyrosło wtedy wielu oddanych służbie wojskowej i ofiarnych pracowników służby zdrowia. Mimo, iż system określano jako dobry, to z powodów ogromnych potrzeb, a dużych braków personalnych w służbie zdrowia przed II wojną światową nigdy nie udało się osiągnąć zamierzonych celów.

2.3 Problemy zdrowotne żołnierzy Wojska Polskiego

Problemy zdrowotne w Wojsku Polskim w dwudziestoleciu międzywojennym stanowiły ważną kwestię dla ówczesnych władz. W tym podrozdziale przedstawię najważniejsze z nich: gruźlicę, choroby weneryczne, chorobę oczu - jaglicę, choroby zakaźne\nagminne oraz urazy chirurgiczne. Powyższa grupa została przeze mnie wybrana na podstawie częstotliwości występowania wśród żołnierzy.

GRUŻLICA

Gruźlica to choroba zakaźna, wywoływana przez kwasoporne, słabo Gram-dodatnie bakterie (*Mycobacterium tuberculosis*). Nazywane są one pałeczkami lub prątkami Kocha – od nazwiska ich odkrywcy – Roberta Kocha . Prątki gruźlicy są wyjątkowo odporne, m.in. na działanie antybiotyków, kwasów, zasad, czy też wysuszanie. Potrafią, przy dostatecznej

wilgotności (bez dostępu światła) przetrwać nawet kilka lat w cząsteczkach kurzu. Bakterie gruźlicy są jednak wrażliwe na promienie słoneczne – giną pod wpływem promieni UV. Zabija je już gotowanie w 75°C, a pasteryzacja powoduje ich unieszkodliwienie²³⁵.

Gruźlica już od czasów starożytnych była znana człowiekowi. Zachowane szczątki ludzkie z czasów starożytnych cywilizacji (np. egipskie mumie, szkielety pochodzące z Chin i starożytnego Rzymu) noszą typowe ślady wskazujące na zaawansowaną gruźlicę (np. charakterystyczne deformacje niektórych kości). Opisy zaawansowanych postaci gruźlicy spotyka się w pismach wielkich lekarzy starożytności (m.in. Hipokratesa i Galena).

W dwudziestoleciu międzywojennym choroba ta stanowiła poważny problem, dla wojskowej służby zdrowia.

W Wojsku Polskim największą liczbę przypadków zachorowań według prof. A. Felchnera notowano wśród kadry podoficerskiej. „Co roku, podczas poboru odrzucano od dwudziestu kilku do ponad trzydziestu tysięcy chętnych”²³⁶. Skala zachorowań była zatem ogromna.

Gruźlica w W. P. w/g lat 1919—1927.

Rok	Zachorowania		Z g o n y		Śmiertel- ność
	abs	‰	abs	‰	‰
1919	3767	8.52	786	1.78	20.86
1920	5754	6.65	brak danych		
1921	3539	7.96	991	2.23	20.8
1922	2166	6.80	581	1.83	26.8
1923	2140	7.04	593	1.95	27.7
1924	1596	6.27	415	1.62	26.0
1925	1967	7.45	226	0.86	11.4
1926	1729	7.06	236	0.97	13.6
1927	1641	6.42	173	0.68	10.5

Źródło: Dr Gustaw Szulc, *Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w Wojsku Polskim*, Warszawa 1929 r., s. 12.

Należy zwrócić szczególną uwagę na powyższą tabelę. Została ona opracowana w 1929 r. Zachorowania oraz zgony podawane są w promilach – stanowiące jedną dziesiątą procenta. Dopiero śmiertelność autor przedstawia procentowo. W zestawieniu podane są także

²³⁵ Gruźlica - objawy, badanie, leczenie, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/gruzlica-objawy-badanie-leczenie_35416.html, dostępność internetowa z dn. 6.02.2016 r.

²³⁶ Tamże.

wszystkie postacie gruźlicy łącznie. Największe znaczenie miała tzw. gruźlica płucna, „gdyż gruźlica innych narządów nie o wiele przekracza 10% całej ilości”²³⁷.

Najgorzej w zestawieniu wypadł rok 1919, ponieważ prawie 1% stanu liczebnego wojska zachorowało na omawianą chorobę. Autor wykazu statystycznego z 1929 r. dr Gustaw Szulc w następujący sposób tłumaczy taki stan rzeczy: „*Jak w wielu innych chorobach, tak i w gruźlicy częstość zachorowań w wojsku jest w ścisłej zależności od częstości zachorowań wśród ludności cywilnej. Młodzież znajdująca się pod bronią w 1919 roku odczuła w wysokim stopniu skutki okupacji niemieckiej w latach wielkiej wojny i stanowiła bardzo podatny materiał do zachorowań na gruźlicę*”²³⁸. Dla roku 1920 nie posiadamy pełnych informacji co do zgonów, liczba zachorowań natomiast spada. Niewiele mniejszą liczbę zachorowań na gruźlicę odnotowano w roku 1921, „*niepomiarnych trudów wojennych*”²³⁹. Trzy lata od 1919 do 1921 Szulc nazywa „latami nienormalnymi” ze względu na wojnę – uważa on, że wobec w ogóle dużej zachorowalności na choroby zakaźne oraz pogarszające się warunki sanitarne rząd nie był w stanie uniknąć szerzenia się gruźlicy, co w konsekwencji odbijało się na liczbie zachorowań, a dalej na śmiertelności żołnierzy. W latach od 1922 do 1927 zapadalność na gruźlicę ulegała tylko o nieznacznym wahaniami. Najmniejszy współczynnik zapadalności przypadał na rok 1924, a największy na 1925. Od 1925 r. ważnym czynnikiem, który poprawił sytuację w wojsku, było rozpoczęcie akcji nie dopuszczania do wojska żołnierzy zarażonych oraz bezwzględnie zaczęto zwalniać chorych żołnierzy z wojska. Co prawda nie wpłynęło to jednak na częstość zachorowań na gruźlicę, natomiast zmniejszyła się znacznie liczba odnotowanych w wojsku zgonów. Mogłoby to świadczyć o tym, że pacjenci dzięki tym działaniom częściej przeżywali. Nic bardziej błędnego. „*(...) świadczy jedynie o tem, że zwalnianie chorych na gruźlicę z wojska odbywa się w szybszym tempie ; chorzy ci umierają prawdopodobnie poza szpitalami wojskowymi. Zmienił się również stosunek zgonów na gruźlicę do ogólnej liczby zgonów. Do roku 1925 gruźlica stanowiła prawie połowę wszystkich zgonów w wojsku, w roku 1927 stosunek ten uległ tak dalece zmianie, że gruźlica stanowi zaledwie czwartą część wszystkich zgonów, a przytem ogólna liczba zgonów uległa również znacznemu zmniejszeniu*”²⁴⁰.

²³⁷ Dr G. Szulc, *Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w Wojsku Polskim*, Warszawa 1929 r., s. 12.

²³⁸ Tamże, s. 11.

²³⁹ Tamże.

²⁴⁰ Tamże, s. 12

CHOROBY WENERYCZNE

Kolejnymi chorobami, które często występowały w wojsku były choroby weneryczne. Dziś mianem tym określa się wszystkie choroby przenoszone drogą płciową. Wówczas do chorób wenerycznych zaliczano głównie kiłę, rzeżączkę i wrzód miękki. Do zakażenia chorobami wenerycznymi najczęściej dochodzi w wyniku kontaktów seksualnych z osobą chorą lub będącą nosicielem chorobotwórczych patogenów. Obecnie ze względu na sposób zarażenia oraz czynnik chorobotwórczy, wyróżniane są następujące choroby weneryczne:

- bakteryjne choroby weneryczne - m.in.: chlamydiozę²⁴¹, kiłę²⁴² i rzeżączkę²⁴³,
- grzybiczne choroby weneryczne – kandydoza oraz wszystkie grzybice narządów rodnych,
- pasożytnicze choroby weneryczne – m.in. rzęsistkowica²⁴⁴, świerzb, wszawica łonowa²⁴⁵,
- wirusowe choroby weneryczne – m.in. AIDS, opryszczka genitaliów, zapalenie wątroby typu B i C²⁴⁶.

Po wojnie bolszewickiej liczba chorych wenerycznie wynosiła ok. pół miliona. Po interwencji władz wojskowych liczba ta w latach 1921-1931 zaczęła spadać, ale pomimo trudów i tak była wysoka. Szacowało się że na 30 obywateli przypada jeden chory. W armii mieli oni stanowić ok. 3-4 %, czyli ok. 8-10 tysięcy. Najwięcej zachorowań stwierdzano w okręgach: toruńskim, łódzkim, krakowskim, warszawskim i lwowskim, a najmniej w OK VII Poznań²⁴⁷.

W podręczniku dla żołnierzy z 1919 r. zatytułowanym „*Co każdy żołnierz o chorobach wenerycznych powinien wiedzieć*” por. lek. dr Mund-Mierzecki wyjaśnia jakie choroby weneryczne są najgroźniejsze. Wymienia o trzy: wrzód miękki pospolicie nazywany wówczas szarakiem, tryper czyli rzeżączkę oraz kiłę/syfilis. W swojej pracy skoncentruję się na dwóch ostatnich, ponieważ stanowiły one zdecydowanie większe zagrożenie dla życia. Według dr-a

²⁴¹ Chlamydia trachomatis – najważniejszy epidemiologicznie i klinicznie gatunek bakterii rodzaju *Chlamydia*. Różne szczepy są czynnikami etiologicznymi wielu zespołów chorobowych. Szerzy się z człowieka na człowieka drogą płciową, w czasie porodu lub przez bezpośredni kontakt z zakażoną osobą.

²⁴² Patrz więcej: *Kiła*, [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. II, Warszawa 1989 r., s. 485-487.

²⁴³ Patrz więcej: *Rzeżączka*, [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1103.

²⁴⁴ Patrz więcej: *Rzęsistkowica*, [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1103-1104.

²⁴⁵ Patrz więcej: *Wszawica* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1362-1363.

²⁴⁶ *Choroby weneryczne*, <http://www.choroby-weneryczne.com/>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.

²⁴⁷ A. Felchner, *Służba zdrowia...*, dz. cyt., s. 237.

Szulca przeszło połowa osób chorujących na przypadłości weneryczne trapiąca była rzeżączką, na kiłę chorowało nieco mniej, a około 36 % chorowało na wrzód miękkiej²⁴⁸.

O Rzeżączce dowiadujemy się: (...) tryper, wiewiór czyli rzeżączka. Objawy tej choroby pojawiają się w 3 — 5 dni, najpóźniej w 8 dni po zakażeniu. Uczucie swędzenia, łaskotania i palenia w cewce, wyciek charakterystyczny i obecność gonnokoków znamionują tryper. Tryper nieleczone lub nieodpowiednio leczony przechodzi z przedniej części cewki, gdzie się początkowo ukazuje, w trzecim tygodniu na tylną część cewki, potem na gruczoł krokowy (prostata) przyjądrza, pęcherz, a w dalszym ciągu i na nerki. Do komplikacji nieleczonego lub źle leczonego trypra należą wreszcie: tryprowe zapalenie stawów i ścięgien, wsierdzia (zastawek sercowych), a nawet mięśni. Tryprowi chorzy przenoszą często bakterie nieczystymi rękami na oczy, powodując tem ciężko leczone katarz oczu, a nierzadko ślepotę. Niejeden nieszczęśliwiec ma do zawdzięczenia utratę wzroku tak niewinnemu na pozór tryprowi. Zakażenie się tryprem dochodzi przeważnie do skutku w czasie aktu płciowego — w ciągu którego cewka, wyładowawszy nasienie, działa jak pompa ssąca i wsysa w siebie zakażone wydzieliny kobiece. Tryper odbija się i na dzieciach; chorzy, którzy przebyli zapalenie obu nadjądrzy, nie są w stanie dzieci stworzyć. Ubytek roczny narodzin w Polsce z powodu trypra obliczono na 50.000. Tryprem można się zarazić nie tylko drogą płciową, ale i nie płciową, przez używanie tej samej bielizny, ręczników, gąbek, pościeli²⁴⁹.

Straszniejszą jednakże od rzeżączki i groźniejszą w konsekwencją według H. Mund — Mierzeckiego była kiła: „Najstraszniejszą z tych trzech chorób jest kiła, syfilis, przymiot czyli lues. Furteką, przez którą zarazki tej choroby dostają się do organizmu, są małe, często niewidoczne, skaleczenia. Bez skaleczenia zarażenie nastąpić nie może. Choroba ta pojawia się w 14 — 25 dni po zakażeniu. W przebiegu tej choroby, która trwa przeważnie przez życie całe zarażonego, odróżniamy trzy stadja. Pierwsze stadium, które trwa mniej więcej od chwili zarażenia do 8-go tygodnia po zakażeniu, wykazuje tylko guzek barwy miedzianej, potem twardy, bezbolesny wrzód w miejscu zakażonym, następnie bezbolesny twardy obrzęk sąsiadujących gruczołów limfatycznych, np. w pachwinie, wreszcie obrzęk wszystkich gruczołów limfatycznych. II-gie stadium: wysypka plamista guzkowa lub krostkowa skóry i błon śluzowych, zapalenie gardła, bóle głowy, miejscowe wypadanie włosów i t. d.; stadium to pojawia się między 8-ym a 9-ym tygodniem po zakażeniu i trwać może przez 3 lata. W czasie tym objawy wspomniane pojawiają się i mogą na czas dłuższy lub krótszy zniknąć, aby np. po

²⁴⁸ Dr G. Szulc, *Statystyka zachorowań i zgonów...*, dz. cyt., s. 13.

²⁴⁹ H. Mund-Mierzecki, *Co każdy żołnierz o chorobach wenerycznych wiedzieć powinien*, Warszawa 1919 r., s. 8-9.

kilku miesiącach znowu się pojawić. Stadjum III-cie pojawia się zwykle. między 4-ym- a 6-ym rokiem po zarażeniu i trwać może dziesiątki lat. W stadjum tem rozległe nacieki i owrzodzenia (t. zw. kilaki) niszczą skórę i błony śluzowe, mięśnie, mózg, nerwy i kości, nie oszczędzając ani jednego organu, ani jednego miejsca ciała”²⁵⁰.

Do zarażenia kiłą mogło dojść nie tylko droga płciową, ale także przez „zetrnięcie się z wrzodów, krostek, kilaków i wydzielin syfilitycznych”²⁵¹ oraz przez używanie „tych samych naczyń, szklanek, widelców, noży, łyżek, cygarniczek, pościeli, bielizny, gąbek”²⁵².

W podręczniku zaznaczono, iż kiłę można także nabyć drogą dziedziczną, ale prawdopodobnie autorowi chodziło o tzw. kiłę wrodzoną. Kiłę może przenieść na dziecko chora matka, zakażając płód przez łożysko. Czytając podręcznik, myślę, iż swoją obrazowością dość skutecznie odstraszał on i przerażał żołnierzy. Dzieci chore na kiłę miały bowiem gnść w łożysku matek, członki chorych także gnęły, a w dalszej konsekwencji odpadały. Przestrzegano żołnierzy, że gdy tylko zauważą pierwsze niepokojące objawy, powinni udać się do lekarza i nie czekać do pełnego rozwoju chorób. Podręcznik napisany w duchu typowo wojskowym: „Poznaliśmy wroga naszego—możny on i niebezpieczny i właśnie dlatego jest obowiązkiem naszym gorącym stanąć do walki z nim i pokonać go”.

Przez całe dwudziestolecie walczono z chorobami wenerycznymi bardziej lub mniej skuteczne.

JAGLICA

Choroby oczu mogą w swoich powikłaniach być bardzo groźne dla zdrowia człowieka. Jedną z nich w dwudziestoleciu międzywojennym była jaglica.

Jaglica, inaczej zwana egipskim zapaleniem spojówek²⁵³ lub przewlekłym pęcherzykowym zapaleniem rogówki, to zakaźna choroba oczu, która w wojsku okresu dwudziestolecia pojawiała się tak często jak gruźlica czy choroby weneryczne. Jaglica powoduje tworzenie się podspojówkowych grudek jagliczych, prowadzi do przerostu spojówek i zmian bliznowatych, zmian zapalnych rogówki, co w konsekwencji może prowadzić do utraty wzroku²⁵⁴.

²⁵⁰ Tamże, s. 9-10

²⁵¹ Tamże, s. 11.

²⁵² Tamże.

²⁵³ Patrz więcej: *Jaglica* [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. II, Warszawa 1989 r., s. 450.

²⁵⁴ *Jaglica*, <https://portal.abczdrowie.pl/jaglica>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.

W dwudziestoleciu międzywojennym nie była jeszcze w pełni znana patogenеза tej choroby. Dzisiaj wiem, że wywołują ją stereotypy: A, B, Ba i C Chlamydia trachomatis²⁵⁵. Wiele podobnych objaw mają też inne zakażenia w obrębie oka, dlatego często była to trudna do rozpoznania choroba. Jak pisał dr Teodor Bałaban w „Lekarzu Wojskowym”: „*Prócz mieszkowego nieżyty spojówek, którego często nie można odróżnić od jaglicy, istnieją jeszcze inne choroby spojówki, posiadające niejednokrotnie charakterystyczne znamiona jaglicy, jak przerost brodawkowy lub ziarnisty*²⁵⁶ (...), *przewlekłe zapalenie rzeżączkowe, gruźlicę, nieżyt wiosenny, a także nieżyt spojówek Parinauda*²⁵⁷”. Szczególnie ważne było wykrycie jaglicy u żołnierzy, bowiem była to choroba zakaźna i nieuleczalna. W podręczniku Szymańskiego „Okulistyka w skróceniu” czytam jak można było ją rozpoznać: „*Jaglica cechuje się powiększeniem jaglaków – grudek występujących pod spojówką powiek w postaci ziaren saga – postać ziarnista. Spojówka powiek czasem robi wrażenie aksamitu z przerostami – postać brodawkowa. Następnie tarczka grubieje, spojówka bliznowacieje, powieka się odwija (podwinięcie powiek i rzęs) – postać bliznowa. Blizna trze rogówkę, która ze swej strony staje się mętna, pokrywając się łuszczką (Pannus)*²⁵⁸, *a także dostaje owrzodzenia. W celach rozpoznawczych wywija się górne, gdzie choroba najczęściej się umiejscawia. Powiększa się wywiniecie naciskając powieki za pomocą haczyka lub palczki*”²⁵⁹.

W przypadku oceny zdrowia rekrutów w zaleceniu przez MSWojsk. z 1937 r. przy badaniu wzroku, należało zwracać szczególnie uwagę na załamek górny oka. W nawiasie przy wyodrębniona jaglicę. Żadna inna choroba oczu nie jest tak wyszczególniona²⁶⁰.

CHOROBY ZAKAŻNE, NAGMINNE

Kolejną grupą chorób, które chciałabym wyodrębnić były choroby zakaźne, nazywane także nagminnymi. Jak czytamy w *Podręczniku higieny wojskowej* z 1944 r. „*Przyczyną chorób zakaźnych są istoty żywe, zwane drobnoustrojami chorobotwórczymi, albo zarazkami. Zarazki, po wtargnięciu do organizmu człowieka, rozwijają się i rozmnażają u osób o słabej odporności i podatnych do zakażeń. Objawy chorobowe nie występują natychmiast po*

²⁵⁵ Chlamydia trachomatis – najważniejszy epidemiologicznie i klinicznie gatunek bakterii rodzaju Chlamydia.

²⁵⁶ Polega na tworzeniu się podspojówkowo nierówności o charakterze brodawek lub ziaren prowadzi do powstania łuski jagliczej.

²⁵⁷ T. Bałaban, *Ocena postępów zwalczania jaglicy* [w:] „Lekarz Wojskowy”, t. XXXI, 1938 r., s. 204 – 215.

²⁵⁸ Tzw. łuszczka rogówki – jest jednym z objawów występowania jaglicy. Na górnej rogówce pojawia się biała charakterystyczna błonka.

²⁵⁹ J. Szymański, *Okulistyka w skróceniu*, Kurytyba-Brazylia, 1920 r., s. 66.

²⁶⁰ MSWojsk., *Badanie i ocena fizycznej i psychicznej zdolności do służby wojskowej podoficerów i szeregowców wykonujących powszechny obowiązek wojskowy*, Warszawa 1937 r., s. 20.

zakażeniu, lecz dopiero po upływie pewnego okresu czasu, który zależy od rodzaju choroby, waha się od kilku godzin do kilkunastu dni, lub kilku miesięcy”²⁶¹. Postrzeganie przyczyn chorób zakaźnych przed wojną było takie same. Warto nadmienić, iż wówczas do tego rodzaju chorób zaliczano także te wywoływane przez robaki (np. owsica), pierwotniaki (np. malaria) i małe stawonogi (np. wszawica). Obecnie te choroby nazywane są chorobami pasożytniczymi.

Choroby nagminne dotyczyły różnych części ciała, do nich także zaliczano gruźlicę i jaglicę, o których już była mowa – ze względu jednak na częstotliwość ich występowania, we wszystkich opracowaniach z okresu dwudziestolecia były one wyodrębniane. Wymieniane były zatem choroby takie jak: odra, płonica, dur plamisty, dur pierwotny, dur brzuszny, czerwotka, grypa, nagminne zapalenie ślinianki przyusznej, ostre zapalenie migdałków, choroby wyrostka robaczkowego²⁶². Dr Gustaw Szulc podjął próbę ujęcia statystycznego powyższych chorób w Wojsku Polskim w latach 1920-1927. „Niemniej ciekawie przedstawia się tablica zgonów, zwłaszcza w zestawieniu z tablicą zachorowań. Umieralność, która w roku 1922 wynosiła 80 na 100 tysięcy, w następnym roku zmniejsza się do 39, poczem w r. 1924 następuje znów podskok do 53 na sto tysięcy wskutek epidemii czerwotki. Od r. 1925 następuje stopniowe zmniejszenie się liczby zgonów w tej grupie i wreszcie w r. 1927 zanotowano tylko 74 zgony na choroby nagminne, co stanowi 29 na sto tysięcy - Jak widzimy, między zachorowaniami, a zgonami niema tu tej zgodności, jakiej możnaby się spodziewać, śmiertelność, czyli stosunek liczby zgonów do liczby zachorowań w tej grupie ulega z roku na rok znacznym zmianom. W roku 1922 śmiertelność wynosiła przeszło 4% , w 1923 — 3,8%, w 1924 — 3,1 % , w 1925 — 2 ,7% , w 1926—i)7%» wreszcie w 1927 zaledwie 1 ,3% . Świadczy to nie tylko o tym fakcie, że przebieg chorób zakaźnych stał się mniej ciężki, ale przede wszystkim, że w rubryce tej zaczęła dominować grypa, dając stosunkowo dużą liczbę zachorowań, a nie dając prawie wcale zgonów”²⁶³.

²⁶¹ Armia Polska na Wschodzie, Centrum Wyszkożenia, Ośrodek Wyszkożenia Sanitarnego, *Podręcznik higieny Wojskowej*, Jerozolima 1944 r., s. 23.

²⁶² Dr G. Szulc, *Statystyka zachorowań i zgonów...*, dz. cyt., s. 8.

²⁶³ Tamże, s. 7.

T A B L I C A IV.
Zachorowania w latach 1920—1927 na niektóre postacie chorób.

Rok	Płonica		Odra		Dur plamisty		Dur powrotny		Dur brzuszný		Czer- wonka		Grypa		Nagminne zapalenie ślinianki przyusznýj		Ostre zapalenie migdałków		Choroby wyróstka robaczkow- wego	
	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰
1920	543	0.63	102	0.12	10233	11.8	14227	16.4	2783	3.22	28693	33.2	23827	27.7	399	0.46	brak danych			
1921	162	0.36	99	0.22	4230	9.53	6765	15.23	1264	2.84	3255	7.35	3112	7.00	145	0.33	481	1.01	352	0.80
1922	92	0.29	147	0.46	1041	3.27	802	2.52	299	0.94	1148	3.61	1801	5.68	811	2.55	277	0.87	953	3.0
1923	98	0.32	76	0.25	182	0.60	56	0.18	224	0.74	521	1.71	1149	3.78	507	1.67	563	1.85	799	2.64
1924	149	0.58	26	0.10	70	0.27	11	0.04	219	0.86	1565	6.14	1494	5.86	673	2.64	617	2.43	1026	4.02
1925	183	0.69	175	0.66	49	0.19	9	0.03	175	0.66	139	0.53	2125	8.04	512	1.94	950	3.60	1229	4.65
1926	153	0.63	230	0.94	25	0.10	3	0.01	202	0.83	115	0.47	3327	13.6	679	2.77	1618	6.60	1535	6.3
1927	134	0.52	88	0.34	11	0.04	4	0.02	205	0.81	213	0.84	3888	15.2	900	3.54	1915	7.48	2681	10.5

T A B L I C A V.
Zgony w W. P. w latach 1920—1927 na niektóre postacie chorób.

Rok	Płonica		Odra		Dur plamisty		Dur powrotny		Dur brzuszný		Czer- wonka		Grypa		Nagminne zapalenie ślinianki przyusznýj		Ostre zapalenie migdałków		Choroby wyróstka robaczkow- wego	
	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰	abs	‰
1920	34	0.04	—	—	828	0.96	1490	1.72	619	0.72	2927	3.38	95	0.11	b r a k d a n y c h					
1921	12	0.03	—	—	391	0.88	673	1.52	158	0.36	675	1.52	59	0.13	3	0.01	3	0.01	9	0.02
1922	8	0.02	—	—	79	0.25	16	0.05	36	0.11	52	0.16	14	0.05	—	—	2	0.006	14	0.04
1923	5	0.02	—	—	14	0.05	2	0.007	35	0.12	10	0.03	13	0.04	1	0.003	1	0.003	10	0.03
1924	7	0.03	—	—	4	0.02	—	—	36	0.14	39	0.15	6	0.02	—	—	1	0.004	15	0.06
1925	8	0.03	—	—	8	0.03	—	—	27	0.10	4	0.02	5	0.02	1	0.004	—	—	9	0.03
1926	3	0.01	—	—	2	0.008	—	—	31	0.13	8	0.03	1	0.004	1	0.004	1	0.004	15	0.06
1927	9	0.04	—	—	—	—	—	—	26	0.13	10	0.04	5	0.02	—	—	3	0.01	21	0.08

Źródło: Dr Gustaw Szulc, *Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w Wojsku Polskim*, Warszawa 1929 r., s. 12.

Oprócz chorób powodowanych przez patogeny, pamiętać także należy o urazach mechanicznych, które wymagały interwencji chirurgicznej.

URAZY CHIRURGICZNE

W wojsku była to przede wszystkim tzw. chirurgia polowa, która stanowiła dział chirurgii wojennej zajmujący się urazami bojowymi i związanymi z nimi procesami patofizjologicznymi, traktującymi o udzieleniu pomocy chirurgicznej, leczeniu urazów i rehabilitacji w warunkach polowych w czasie wojny. Zajmowała się ona przede wszelkimi ranami odniesionymi na polu bitwy.

Tabela 2.4.1 Rodzaje ran urazowych i chirurgicznych

Rodzaj rany	Skutek	Przyczyna
Cięta	penetracja	leczenie chirurgiczne (rzadko uraz)
Szarpana	rozdarcie tkanek	zwykle uraz
Tłuczona	rozległe uszkodzenie tkanek	zwykle uraz, skóra może być nieuszkodzona
Otarcie	uszkodzenie naskórka	zwykle uraz
Złożona	zagrożenie życia	zwykle ciężki uraz

Źródło: David J. Leaper, Keith G. Harding, *Rany urazowe I chirurgiczne*, <http://www.wydawnictwopzwł.pl/download/225270100.pdf>, dostępność internetowa, z dn. 11.02.2016 r.

Zalecano leczenie chirurgiczne w następujących przypadkach: wstrząsu (każdego rodzaju, ale szczególnie krwotoczny), martwicy (miejscowe słabe ukrwienie), obecności ciała obcego (zarówno zewnętrzne, jak i znane tkanki martwe), ranach związanych z energią kinetyczną (spowodowane wybuchem, wskazujące na obecność martwych tkanek lub ciał obcych)²⁶⁴.

W dwudziestoleciu owe „urazy” nazywane były „uszkodzeniami”. W okresie pokoju rola chirurgii urazowej przeszła na drugi plan. Postęp medyczny spowodował przeprowadzanie mniejszej ilości amputacji kończyn.

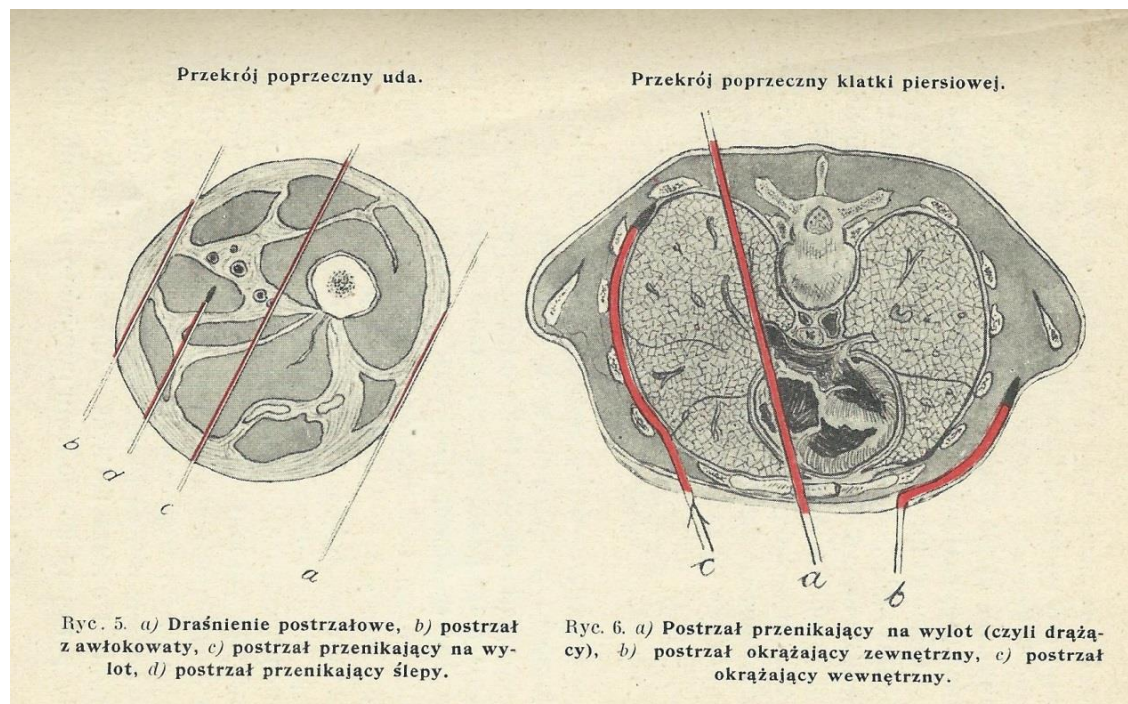
„Uszkodzenia wojskowe” to najczęściej rany postrzałowe. O ich rodzaju, a tym samym o zmianach anatomicznych w ciele żołnierza decydowała: odległość, energia kinetyczna pocisku, osi - którą uderzył, kąt trafienia oraz jakość tkanek ranionych. Te wszystkie zależności dostrzegał w 1913 r. prof. dr Maksymilian Władysław Herman i na ich podstawie wymieniał różne rodzaje ran postrzałowych²⁶⁵:

- Postrzał tępy - występował wówczas gdy pocisk, który przebył już znaczną przestrzeń i uderzał tylko o powierzchnię ciała, powodują stłuczenie.
- Draśnięcie postrzałowe – pojawiało się, gdy pocisk posiadał jeszcze dość energii kinetycznej i jedynie swoim bokiem ocierał się o powierzchnię ciała. Pozostawiał po sobie małe zmiany na skórze.
- Postrzał przenikający – ten dzielił się na:

²⁶⁴ David J. Leaper, Keith G. Harding, *Rany urazowe I chirurgiczne*, <http://www.wydawnictwopzwł.pl/download/225270100.pdf>, dostępność internetowa, z dn. 11.02.2016 r.

²⁶⁵ M. W. Herman, *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r., s. 8-11.

- zwykły – powstawał, gdy pocisk trafiał w daną okolicę ciała prostopadle. Wiadomo wówczas było, że pocisk przewiercał tkanki na wylot, rzadko zatrzymując się w nich.
- zawłokowaty – powstawał, gdy pocisk trafiał w daną okolicę ciała pod kątem ostrym, a zatem niemal równoległe do powierzchni. Przebijał skórę, przesuwiał się po pewnej powierzchni w tkance łącznej podskórnej i ponownie wychodził na zewnątrz.
- okrężający – różnił się od powyższych tym, iż droga pocisku nie jest prostoliniową, ale „łukowatą”.



Ilustracja przedstawia rodzaje ran postrzałowych - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 9

Prof. Herman rozróżnił także rany postrzałowe ze względu na ich anatomię. A mianowicie, według niego rana mogła być prostą lub powikłaną²⁶⁶. „Prosta jest każda ta rana, w której pocisk przeszedł przez powierzchowne części miękkie, nie obrażając wszystkich nerwów, naczyń krwionośnych, kości i stawów, nie otwierając żadnej większej jamy ciała. Każda inna jest powikłaną”²⁶⁷.

²⁶⁶ Tamże, s. 12.

²⁶⁷ Tamże.

Francuskie przysłowie głosiło, że dobry chirurg powinien mieć „sokole oko, kobiecą rękę i lwie serce” – prof. Herman powołując się na nie uświadamia czytelnikowi jak ważna była diagnostyka ran na polu bitwy. Bowiem on rozpoznania zależało dalsze leczenie, o którym będzie mowa w następnym rozdziale.

CHOROBY PSYCHICZNE

Choroby psychiczne także stanowiły poważny problem w wojsku. Genezy psychiatrii wojskowej, jako osobnej dziedziny badacze upatrują przede wszystkim w wojnie secesyjnej (1861-1865). Później wydarzeniem, które ukształtowało psychiatrię wojskową i już oficjalnie wyodrębniło ją jako dyscyplinę medycyny wojskowej, była I wojna światowa. Po długotrwałym pobycie na froncie i udziale w walkach u żołnierzy występowały bóle i zawroty głowy, trudności z koncentracją, roztargnienie, koszmary nocne. Z uwagi na powyższe zaburzenia termin nostalgia zaczął być zastępowany terminem „shell shock” – czyli nerwicą frontową. Z czasem „shell shock” zaczął być zastępowany pojęciem „battle fatigue” – wyczerpaniem bojowym. W tym wypadku chodziło o podkreślenie negatywnego oddziaływania sytuacji, przedłużonego napięcia, zarówno psychicznego, jak i fizycznego²⁶⁸. Dzisiaj „shell shock” znane jest jako PTSD (*posttraumatic stress disorder*) - zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe²⁶⁹. Szczegółowe badania nad nim przeprowadzono dopiero w latach 60 i 70 XX wieku.

OBRAŻENIA WSKUTEK UŻYCIA BRONI CHEMICZNEJ

Kolejną grupą zagrożeń dla żołnierzy były gazy bojowe – i one powodowały specyficzne obrażenia, o których w tym rozdziale należy powiedzieć. Według Rezolucji nr 687 Rady Bezpieczeństwa ONZ z dn. 3.04.1991 r., bojowe środki trujące są uznawane za broń masowego rażenia. Jednakże dopiero w 1993 r. na Konwencji o Broni Chemicznej została ona całkowicie zakazana.

²⁶⁸ R. W. Gryglewski, *Krótki rys historii psychiatrii wojennej* [w:] „Zeszyty naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace historyczne” 141, z. 4, 2014 r., s. 905.

²⁶⁹ Ostatnie z pojęć miało podkreślać, iż powodem występującej reakcji jest nadmierny czynnik stresowy. Powoduje je wydarzenie, które znacznie przekracza zdolności danej osoby do radzenia sobie i adaptacji z daną sytuacją, a w dalszej konsekwencji wywołuje u niej traumę. Typowymi objawami PTSD są: napięcie lękowe, uczucie wyczerpania, poczucie bezradności, doświadczanie nawracających, intruzywnych wspomnień traumatycznego wydarzenia, flashbacków lub koszmarów sennych o tematyce związanej z doznaną traumą oraz unikanie sytuacji kojarzących się z doznaną traumą – Patrz więcej: A. Korolczuk, A. Gołębiowski, M. Tomko – Gwoździwicz, *Od nostalgii do PTSD* [w:] „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 3, 2009 r., s. 120-121.

Broń chemiczna jest rodzajem broni, zawierającym pewien związek chemiczny, który to stanowi podstawowy czynnik rażący. Obecnie definicja ta często jest kojarzona z gazami bojowymi. Skojarzenie jest słuszne, ponieważ zdecydowana większość rodzajów broni chemicznej oparta jest na związkach, które w temperaturze pokojowej są gazami lub ciekami o dużych prężnościach par. Obecnie broń chemiczną dzieli się przede wszystkim na dwa ogólne rodzaje: bojowe środki trujące (głównie gazy lub lotne ciecze) oraz bojowe środki pomocnicze (zapalające, defolianty²⁷⁰, lakrymatory²⁷¹, sternity²⁷²).

W końcu XIX wieku oraz początku XX przypada kolosalny rozwój przemysłu chemicznego. Rozwój przemysłu chemicznego pozwalał urzeczywistnić ideę zastosowania trucizny dla celów bojowych. W obawie przed tą ewentualnością państwa europejskie zabezpieczyły się umową międzynarodową podpisaną i potwierdzoną w Hadze w 1889 r., a następnie w 1907 r. Zobowiązały się one nie stosować na wojnie gazów trujących i innych środków chemicznych. Niestety przyszłość pokazała, co innego. Zostały one użyte na masową skalę przez Niemcy podczas I wojny światowej, a dokładniej - 27.10.1914 r. na froncie zachodnim, gdzie w okolicach Neuve Chapelle (front Lens) ostrzelali pozycje aliantów granatami z gazem łzawiącym. W celu wsparcia piechoty, wystrzelili oni ok. 3000 szt. artyleryjskich pocisków 105 mm wypełnionych dwuanizydyną (powoduje kichanie, podrażnienie oczu i nosa)²⁷³. Także późniejsze zastosowania innych gazów (np. chloru po Ypres) nauczyło przyszłe pokolenia, że tego typu zagrożeń na wojenne ignorować nie można.

Po I wojnie światowej istniały dwa kilka konferencji i spotkań dotyczących zakazu używania tej śmiertelnej broni. Pierwszy został podpisany na konferencji waszyngtońskiej, trwającej od 12.11.1921 r. do 6.02.1922 r. Uczestniczyły w niej Stany Zjednoczone, Japonia, Chiny i sześć państw europejskich: Wielka Brytania, Francja, Włochy, Belgia, Holandia oraz Portugalia. Te same państwa podpisały Traktat regulujący użycie okrętów podwodnych i zabraniający użycia gazów trujących w działaniach wojennych. Drugim był Protokół genewski z 1925 r. Był to układ międzynarodowy, który zakazywał używania gazów: duszących, trujących lub podobnych

²⁷⁰ Substancje chemiczne, które powodują zrzucanie liści przez rośliny.

²⁷¹ „Podgrupa drażniących bojowych środków trujących przeznaczonych do skażenia powietrza” – Lakrymatory, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Lakrymatory>, dostępność internetowa z dn. 23.02.2018 r.

²⁷² „Podgrupa drażniących bojowych środków trujących. Są ciałami stałymi o bardzo małej lotności, przez co mogą być stosowane jedynie w postaci aerozolu” - *1000 słów o chemii i broni chemicznej*, pod. red. Zygryda Witkiewicza, Warszawa 1987 r. s. 251.

²⁷³ *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej ze szczególnym uwzględnieniem zasad ratownictwa przeciwgazowego*, pod. red. W. Radziszewskiego i J. Chrzyszczewskiego, Warszawa 1935 r., s. 23.

oraz środków bakteriologicznych, w trakcie działań wojennych. Uchwalony protokół tak naprawdę rozwijał uchwalony już wcześniej Regulamin wojny lądowej (Konwencje haskie) z 1899 i 1907 r, który zakazywał używania trucizn lub broni zatrutej podczas prowadzenia wojny lądowej. Protokół genewski podpisany 17.06.1925 r. przez 44 państwa, w tym Polskę, która ratyfikowała go 4.02.1929 r. Nabrał mocy 8.02.1928 r., z chwilą złożenia drugiej ratyfikacji. Państwa zobowiązały się do nieużywania broni chemicznej, rozszerzając ponadto zakaz o niestosowanie bakteriologicznych środków prowadzenia wojny.

Według bardzo obszernego i dokładnego, *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej ze szczególnym uwzględnieniem zasad ratownictwa przeciwgazowego*, pod red. Władysława Radziszewskiego i Józefa Chrząszczewskiego z 1935 r., proponowano następującą definicję gazów bojowych: „*Gazami bojowymi nazwano produkty chemiczne, które dzięki swym własnościom trującym, parzącym lub drażniącym posiadają zdolność podrażania w warunkach polowych organizmów ludzkich i zwierzęcych, wywołując ich śmierć lub długotrwałe, względnie przejściowe schorzenie. Nie wszystkie tzw. gazy bojowe są właściwymi gazami. W normalnych warunkach temperatury i ciśnienia są to przeważnie ciecze lub ciała stałe. Nazwa "gazy bojowe" posiada raczej znaczenie historyczne i powstała w związku z tem, że pierwsze skuteczne ataki chemiczne wykonane były za pomocą gazowego produktu - chloru. "Gazami bojowymi" nazwano więc różnorodne gazowe, ciekłe i stałe produkty chemiczne, które podlegają ogólnym prawom fizyki i chemii, a które posiadają przede wszystkim, jak to już wyżej powiedziano, zdolność porażenia organizmów ludzkich i zwierzęcych w warunkach polowych*”²⁷⁴.

Klasyfikacja gazów bojowych w 1935 r. przedstawiała się następująco:

GAZY BOJOWE – klasyfikacja toksykologiczna	
Nazwa	Charakterystyka
Duszące	Do tej grupy zaliczało się gazy bojowe wywołujące cierpienia dróg oddechowych. Typowymi przedstawicielami tej grupy były: chlor, fosgen, dwufosgen, chloropikryna.

²⁷⁴ Tamże, s. 219-220.

Trujące	Były to bojowe środki chemiczne, które porażały system nerwowy i krew. Do tej grupy zaliczano: cyjanowodór, a czasami także tlenek węgla ²⁷⁵ .
Łzawiące (lakrymatory)	Były to produkty chemiczne, które już w bardzo małych stężeniach drażniły spojówkę oka i powodowały łzotok. Przedstawicielami tej grupy były: bromek benzylu, bromek ksylilu, bromoaceton, ester etylowy, kwas jodooctowy, chloroacetofenon, bromocyjnek benzylenu (kamit).
Sternity	Były to produkty chemiczne, które już w bardzo małych stężeniach działały drażniaco na błony śluzowe jamy nosowej i gardła, powodując kichanie. W tej grupie na wyróżnienie zasługują chloro lub „cyjano” pochodne aromatycznych arsyn: fenyldwuchloroarsyna, dwufenylocyjanoarsyna, o-dwufenyloaminochloroarsyna (adamsyt).
Parzące	Substancje te powodowały w warunkach polowych silne uszkodzenie skóry. Do tej grupy zaliczono iperyt i luizyt.
Trucizny działające na zmysł równowagi	Do tej grupy zaliczono jedynie symetryczny eter dwuchlorometylowy.

Opracowanie własne na podstawie: *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej ze szczególnym uwzględnieniem zasad ratownictwa przeciwgazowego*, pod red. W. Radziszewskiego i J. Chrzęszczewskiego, Warszawa 1935 r., s. 221-222.

Oprócz powyższej klasyfikacji, istniał także podział ze względu na taktykę. Grupowała ona gazy bojowe ze względu na ich trwałość w terenie, „ponieważ od tej trwałości gazów bojowych zależy zdolność wywierania na organizm ludzki i zwierzęcy w ciągu określonego czasu właściwego im działania toksykologicznego”²⁷⁶. Aktywność gazu miała ogromne znaczenie dla broniących się przed nim i zostały one podzielone w tym zakresie na gazy: krótkotrwałe (np. chlor), średniotrwałe (np. bromoaceton, ester etylowy, kwasu bromooctowy, dwufosgen) i długotrwałe (np. iperyt, luizyt).

²⁷⁵ Francuzi do tej grupy zaliczali tylko cyjanowodór, natomiast inne państwa także tlenek węgla.

²⁷⁶ *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej...*, dz. cyt., s. 222-223.

Wszystkie gazy bojowe dotkliwie oddziaływały na walczących żołnierzy – zapewnienie dobrej obrony przed nimi czy też skutecznego leczenia leżała w gestii władz wojskowych II RP. MSWojsk. rozbudowywał dlatego w tym zakresie profilaktykę działania, która zostanie omówiona w kolejnym rozdziale.

2.4 Leczenie żołnierzy Wojska Polskiego

Po uspokojeniu się sytuacji na granicach Rzeczypospolitej, Rząd Polski uświadomił sobie, w jakim stanie zdrowia znajduje się polska armia i jak wiele osób stało się na wskutek działań wojennych inwalidami. Należało jak najszybciej poradzić sobie z tą sytuacją, która nie była dotychczas unormowaną.

Termin leczenie oznacza: „szereg czynności medycznych, z użyciem stosownych leków i aparatury, zmierzających do przywrócenia równowagi (homeostazy) organizmu dotkniętego chorobą lub kalectwem; postępowanie lekarskie, którego celem jest przywrócenie zdrowia choremu lub poprawa jego jakości życia”²⁷⁷. Zdrowy żołnierz to żołnierz przydatny. Almanach oficerski 1923/1924 bardzo dokładnie opisuje powyższe zagadnienie. Jak należy postępować, gdy żołnierz zachoruje? Oddajmy głos źródłu: „Oficer w razie zachorowania melduje o tem swemu bezpośredniemu przełożonemu (w czasie podróży i urlopu – oficerowi placu) i udaje się w godzinach przyjęć wyznaczonych dla oficerów do izby chorych oddziału, gdzie udziela mu pomocy lekarskiej oficer korpusu sanitarnego pełniący funkcję lekarza oddziałowego. W razie nagłego i obłożnego zachorowania zwraca się oficer z kartą służbową wprost do przynależnego lekarza, względnie prosi przełożone dowództwo (oficera placu) o przysłanie lekarza. Lekarz, po udzieleniu pomocy, wysyła bezzwłocznie meldunek do przełożonego chorego oficera, w którym podaje rozpoznanie choroby, rodzaj leczenia (domowe, ambulatoryjne, szpitalne) i określa przypuszczalny czas trwania choroby. Jeżeli choroba trwa dłużej niż 3 dni, przekłada lekarz oddziału dowództwu przepisowe świadectwo lekarskie”²⁷⁸.

Wyróżniano kilka rodzajów leczenia, a mianowicie: domowe, ambulatoryjne, szpitalne, sezonowe, zagraniczne.

²⁷⁷ Leczenie, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Leczenie>, dostępność internetowa, z dn. 7.01.2016 r.

²⁷⁸ Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3, s. 109.

Leczenie domowe, jak sama nazwa sugeruje odbywało się w domu chorego. Było przewidziane w przypadkach krótkich i lekkich zachorowań, ale także w sytuacjach, kiedy chory nie mógł być oddany do wojskowego lub powszechnego zakładu sanitarnego. Przysługiwało choremu prawo wyboru lekarza prowadzącego. Zwrot honorariów, wypłaconych, lekarzowi cywilnemu, przysługiwało oficerowi tylko w następujących przypadkach: „*nie ma w danej miejscowości lekarza wojskowego; jeżeli ordynujący lekarz wojskowy uzna za konieczne wezwanie cywilnego specjalisty lub zwołanie konsylium z lekarzem cywilnym; jeżeli wezwano lekarza cywilnego z powodu nagłości*”²⁷⁹. Całość leczenia domowego podlegała ścisłej kontroli lekarza oddziałowego, który miał prawo składania przełożonemu dowództwu wniosków na zastosowanie w danym przypadku leczenia szpitalnego. Po leczeniu domowym oficer miał prawo do urlopu. O jego wniosek mógł starać się jedynie u lekarza oddziałowego. Natomiast po powrocie z kuracji miał on obowiązek osobiście zameldować się u przełożonego dowódcy.

Leczenie ambulatoryjne dzisiaj rozumiane jest jako leczenie, zabiegi oraz badania wykonywane przez lekarzy i innych pracowników placówek medycznych (bez konieczności przebywania w danej placówce ponad 24 godziny). W dwudziestoleciu międzywojennym owe leczenie odbywało się w ambulatorium oddziału (izby chorych oddziału), bądź też w specjalnych ambulatoriach istniejących w szpitalach wojskowych, w końcu także u lekarzy cywilnych (zwrot kosztów w przypadku lekarzy cywilnych został omówiony wyżej). Ambulatorium zatem podobnie jak dziś rozumiane było jako miejsce pomocy doraźnej, np. (urazowo-ortopedycznej, internistycznej, pediatrycznej). W razie potrzeby oficer podczas leczenia ambulatoryjnego mógł zostać zwolniony od służby w celu rekonwalescencji lub w cięższych przypadkach skierowany do szpitala. Pamiętać należy, iż do tej pory owa terapia zdrowotna nie przewiduje pobytu w szpitalu, lecz na podstawie skierowania z pomocy ambulatoryjnej leczenie takie jest możliwe.

Ważnym elementem w/w kuracji było Centralne Ambulatorium Lekarskie, które znajdowało się w Szpitalu Okręgowym nr I w Warszawie (Szpital Ujazdowski). Przeznaczone było one przede wszystkim do pomocy oficerom. Specjalizowało się w następujących dziedzinach dla chorób: wewnętrznych, nerwowych, chirurgicznych, usznych i gardłanych, dentystycznych, chorób dziecięcych i ginekologicznych²⁸⁰.

²⁷⁹ Tamże.

²⁸⁰ Ostatnie dwa oddziały przeznaczone były dla rodzin oficerów, które także mogły korzystać z medycznych obiektów wojskowych.

Ambulatorium centralne posiadało także stały dyżur i w nagłych przypadkach udzielało pomocy na wezwanie telefoniczne²⁸¹.

Każdy ze szpitali okręgowych oraz szpitali rejonowych posiadał własne ambulatorium. Udzielały one odpowiednich porad na poszczególnych oddziałach.

Zarówno w przypadku leczenia domowego, jak i ambulatoryjnego oficerom przysługiwało prawo bezpłatnego otrzymywania leków i materiałów sanitarnych w aptekach wojskowych na podstawie recepty wystawionej lub potwierdzonej przez lekarza wojskowego. W owej recepcie mogły być tylko zawarte środki objęte wojskowym spisem leków. „Specyfików, środków kosmetycznych oraz spirytusu apteki wojskowe nie wydają”²⁸². Dobrze sporządzona recepta musiała zawierać: imię i nazwisko, stopień i przydział lekarza. Kupowanie leków w aptekach prywatnych było dopuszczalne tylko w wyjątkowych sytuacjach: „gdy na miejscu nie było apteki wojskowej, gdy w aptekach wojskowych brak danego środka, objętego lekospisem wojskowym, w razie nagłej nieuniknionej potrzeby”²⁸³. Zwrot kosztów za leki następował na podstawie recepty, względnie ich odpisów potwierdzonych przez lekarza wojskowego, bądź też kierownika apteki lekarskiej. Leczenie ambulatoryjne wymagało przeprowadzania licznych badań klinicznych²⁸⁴ (chemicznych, bakteriologicznych, serologicznych, rentgenologicznych) nazywanych także badaniami pomocniczymi w celu analizy i prawidłowej diagnozy. Przeprowadzały je pracownie mieszczące się przy szpitalach okręgowych, rzadziej rejonowych. Dla oficerów wykonywane były one bezpłatnie, na podstawie karty służbowej.

W wypadku chorób dłuższych bądź też cięższych, przewidywano leczenie szpitalne. Oficer, którego stan zdrowia zmuszał go do podjęcia powyższej rekonwalescencji, winny był leczyć się w szpitalu wojskowym. Leczenie w szpitalach cywilnych było możliwe tylko w wyjątkowych okolicznościach: „w razie braku na miejscu zakładu leczniczego wojskowego, jeżeli transport chorego był niemożliwym ze względu na niebezpieczeństwo dla otoczenia lub też w wypadkach chorób zakaźnych (...)”²⁸⁵. O tym czy oficer powinien odbywać leczenie szpitalne decydował dowódca chorego oficera, na skutek wniosku zawartego w świadectwie wystawionym przez lekarza oddziału. Powyższy sposób nie

²⁸¹ Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3, s. 110.

²⁸² Tamże, s. 111.

²⁸³ Tamże.

²⁸⁴ Eksperyment kliniczny (właściwe określenie: kliniczne badanie eksperymentalne) – badanie naukowe, którego zasadniczym celem jest określenie skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub innej techniki medycznej (zabiegu, testu diagnostycznego).

²⁸⁵ Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3, s. 112.

obowiązywał jednakże w przypadkach nagłych i ciężkich zachorowań. Wówczas odwoziło się chorego do jednostki szpitalnej na podstawie karty służbowej, wystawionej przez lekarza inspekcyjnego, lekarza wojskowego lub w ich braku – lekarza cywilnego²⁸⁶. W wojskowych zakładach sanitarnych przysługiwało oficerowi prawo do korzystania z leczenia, przy użyciu potrzebnych leków oraz materiałów sanitarnych, a także wraz z wyżywieniem według ustalonych diet szpitalnych.

Zdarzały się przypadki wyjątkowych chorych, gdzie potrzebna była konsultacja lekarzy specjalistów, których dany szpital nie posiadał. Wówczas można było odesłać chorego do DOK nr I w Warszawie lub do sąsiedniego szpitala okręgowego, który owych specjalistów posiadał. Jeśli zaś chodzi o szpitale państwowe oraz cywilne i leczenie w nich oficerów, oddajmy głos źródłu: *„W zakładach leczniczych cywilnych (szpitale powszechne państwowe), w których istnieje kilka klas opłat za leczenie i wyżywienie, przysługuje oficerom prawo z klasy przedostatniej. Koszty stąd wynikłe w wymiarze, obowiązującym dla osób cywilnych danej klasy, regulują bezpośrednio komisje gospodarcze oddziałów, potrącając oficerowi tylko jego stawne”*²⁸⁷. Po leczeniu szpitalnym każdy z oficerów mógł otrzymać tzw. urlop kuracyjny. Udzielał go na czas 4 tygodni, komendant szpitala wojskowego, zaś na okres ponad 4 tygodni do 6 miesięcy, dowódca danego okręgu korpusu, na podstawie orzeczenia lekarskiego wystawionego przez szpital.

Leczenie pewnych specyficznych chorób, wymagało czasami specjalistycznych zakładów leczniczych. W dwudziestoleciu międzywojennym były to tzw. oddziały lecznicze specjalne i sezonowe. Do nich zaliczano sezonowe szpitale wojskowe w: Ciechocinku, Busku, Inowrocławiu, Hołosku a także sanatoria wojskowe w: Zakopanym i Rajczy (dla chorych na gruźlicę). Wymienione powyżej sezonowe szpitale wojskowe przeznaczone były dla oficerów chorych na: *„gruźlicę układu oddechowego (limfatyczne, zołzy) i kostnego, choroby kości, stawów, mięśni i nerwobóle (newralgie, ischias pochodzenia gośćcowego”*²⁸⁸, *reumatycznego i dnawego artretycznego), następstwa urazów (ran, stłuczeń, złamań), choroby przemiany materii, a niekiedy wyjątkowo sprawy chorobowe opłucnej i cierpienia narządu krążenia”*²⁸⁹. Natomiast szpital w Hołosku podobnie jak dwa w/w sanatoria wojskowe specjalizował się w gruźlicy. Tej chorobie poświęcano sporo miejsca w Almanachu – musiała ona być bardzo popularną wśród społeczności żołnierskiej. Choroby płucne (w tym także gruźlicze) leczono

²⁸⁶ Tamże.

²⁸⁷ Tamże.

²⁸⁸ Bóle lędźwiowo-krzyżowe.

²⁸⁹ Tamże.

ją w wymieniony wyżej przeze mnie zakładach, ale także w szpitalu w Rajczy. Był on szpitalem wyjątkowym, bowiem przeznaczony był dla osób, które posiadały już tzw. postać gruźlicy otwartej, a mianowicie w ślinie chorych występowały już prątki gruźlicze. Wszystkie trzy zakłady zajmujące się gruźlicą dostępne były dla chorych przez cały rok.

Aby móc podjąć rekonwalescencje w sanatorium, bądź też szpitalu sezonowym (wszystkie oprócz Hołoska²⁹⁰) dla chorych na gruźlicę, należało przejść przez całą procedurę podań. Należało dostarczyć w dwóch egzemplarzach przepisowe orzeczenie lekarskie, które wystawione musiało być konsyliarnie (wymagało zbadania co najmniej dwóch lekarzy) oraz musiało zawierać wyniki badania mikroskopowego plwociny chorego na obecność prątków gruźliczych. Często zdarzało się, iż brakowało miejsc w szpitalach sezonowych czy też sanatoriach. Wówczas przyznawano prawo do bezpłatnego korzystania z wód leczniczych oraz stołowania się w szpitalu na tych samych zasadach, obowiązujących chorych mieszkających na terenie danego zakładu.

W bardzo ciężkich przypadkach, gdy oficera nie dało się wyleczyć w kraju, mógł on być za specjalnym przyzwoleniem Ministra Spraw Wojskowych w porozumieniu z Ministrem Skarbu, skierowany na leczenie za granicą. Koszty tego leczenia były całkowicie pokrywane ze spajanie udzielanego na ta okazję kredytu.

Wszelkie problemy zdrowotne żołnierzy starano się jak najlepiej leczyć. Stanowili oni bowiem grupę społeczną, której doskwierały konkretne i związane z wykonywaną profesją problemy zdrowotne i na nich koncentrowano maksimum wysiłku, w celu osiągnięcia jak najlepszych rezultatów.

Do leczenia chorób płucnych, do których zaliczano wszelkie cierpienia natury gruźliczej (tuberkulicznej, gruźlicze katary i nacieki szczytów oraz płatów płucnych) przeznaczano sanatoria w Zakopanym, Hołosku oraz szpital w Rajczy. Ten ostatni położony był w kotlinie górskiej na południe od Żywca. Przeznaczony był dla chorych posiadających postać gruźlicy otwartej o czym już było wspomniane²⁹¹. W 1919 r. otworzony został także oddział dla chorych na gruźlicę w Śremie, gdzie dysponowano 100 łózkami.

Jednakże nie należy zapominać o zakładach, które powstały znacznie wcześniej niż w/w. Już podczas I wojny światowej dostrzegano powagę problemu, co skutkowało utworzeniem w szpitalu Nowym Targu dla chorych z otwartą gruźlicą specjalnego oddziału dla legionistów. Również na południu Polski m.in. w Suchej (były szpital austriacki) powstawały

²⁹⁰ Podanie o przyjęcie do Hołoska należało bezpośrednio wysłać do szefa sanitarnego DOK nr VI we Lwowie.

²⁹¹ Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3, s. 114.

podobne oddziały. Wszystkie wojskowe zakłady nie posiadały samodzielności – były one filiami wojskowych szpitali okręgowych.

W latach 1921-1923 nastąpiła redukcja armii, a tym samym zredukowano ilość wojskowych placówek zdrowia. W 1922 r. zlikwidowano ośrodek w Hołosku. Jednakże już 1924 r. została utworzona nowa instytucja, bowiem po likwidacji Szpitala Rejonowego w Bielsku Białej, rozpoczęto rozbudowę fili szpitala w Nowym Sączu (100 łóżek dla chorych na gruźlicę), a od 1925 r. przekształcona ona została w samodzielny Szpital Wojskowy. Nie podziałał on jednak długo, bo już w końcu lat dwudziestych został on zlikwidowany, a cały personel oraz sprzęt medycznych przeniesiony został do sanatorium w Zakopanym²⁹². Jednak, mimo iż został on powiększony o kolejne 100 łóżek nie był w stanie zapewnić wszystkich potrzeb wojska w tym zakresie. Decyzją MSWojsk. w 1928 r. zakupione zostało sanatorium im. D-rów Dłuskich w Zakopanym i przemianowane zostaje ono na Sanatorium im. marsz J. Piłsudskiego. Zakład posiadał 200 łóżek.

W latach trzydziestych początkowo najbardziej inwestowano w szpital, a następnie w sanatorium w Rajczy. Owa placówka została unowocześniona i przemianowana z dniem 29.10.1931 r. Powiększono ją wówczas o 100 łóżek, co nie spełniło ani oczekiwań ani zapotrzebowania.

W końcu postanowiono powrócić do koncepcji z 1919 r. utworzenia sanatorium w Otwocku. Jego budowa rozpoczęła się w 1933 r., a zakończona została w maju kolejnego. Znacznie dłużej niż budowa trwało wyposażenie placówki. Została ona otwarta dopiero 25.04.1935 r. Był to nowoczesny zakład o dużych możliwościach: „*Sanatorium miało kubaturę 27 000 m³, było trzypiętrowe (długość gmachu – 100 m), posiadało 52 pokoje dla 120 pacjentów oraz zaplecze zabiegowe i diagnostyczne (sale operacyjne, gabinet rentgenowski, sale dla zakładania odmy, aptekę, itp.). Pacjenci mieli do dyspozycji swoją rozgłośnię radiową (ze słuchawkami przy łózkach), salę kinowo- teatralną i pod dwie werandy na każdym piętrze. Osobno wybudowano domy dla personelu. Zakład posiadał własną sieć wodno-kanalizacyjną, studnię głębinową i kilkustopniową oczyszczalnię ścieków*”²⁹³. W 1936 r. w w sanatorium zwiększono liczbę łóżek do 150. Zakład przyjmował pacjentów z gruźlicą otwartą, ale także tych, dla których nie starczyło miejsca w Zakopanym.

²⁹² Dla potrzeb chorych utworzono w Nowym Sączu garnizonową izbę chorych.

²⁹³ A. Felchner, *Służba zdrowia...*, dz. cyt., s. 233.

GRUŻLICA

W całym okresie dwudziestolecia międzywojennego gruźlica stanowiła duże zagrożenie dla wojska. Była ona najczęstszą przyczyną zgonów w naszej armii. Powodzenie jej leczenia nie było zadowalające, bowiem 70% chorych umierało²⁹⁴. Wojsko w celu ograniczenia problemu współpracowało z różnymi organizacjami cywilnymi, jednak rezultaty owych działań były dalekie od zadowalających. Największą ilość chorych na gruźlicę notowano kolejno w okręgach: lubelskim, krakowskim oraz łódzkim²⁹⁵.

Jak sobie radzono w walce z tą chorobą? Otóż oprócz już wymienionych ośrodków leczenia – sanatoriów, zwalniano wszystkich chorych z wojska, przez co statystyki na przestrzeni lat ulegały znacznej poprawie. Przede wszystkim poborowi u których stwierdzono zmiany chorobowe, byli odrzucani przez komisje – oni leczeni byli jak zwykli cywile, w szpitalach cywilnych. Od 1924 r. także szeregowcy służby czynnej zwalniani z powodu gruźlicy nie byli już leczeni w placówkach wojskowych. W „Lekarzu Wojskowym” z 1920 r. przeglądając artykuł dr-a A. Sokołowskiego, czytamy: *„(...) jakim sposobem, jakimi środkami ochronić armię, od tak nadmiernego zapadania na gruźlicę jednostek. Zdaję mi się, że odpowiedź na to pytanie jest bardzo prosta; jeśli bowiem słuszny jest pogląd, który ja podzielam zupełnie, że najistotniejszą przyczyną suchot w armji jest przyjmowanie rekrutów, dotkniętych skrytą lub nawet już wyraźną gruźlicą płucną, to radykalnym i prostym środkiem będzie: 1) dokładne badanie rekrutów przy spisie wojskowym i stanowcze wykluczanie dotkniętych gruźlicą jednostek, 2) jak najszybsze usuwanie z armji osobników gruźliczych, u których wystąpiły objawy choroby już podczas pełnienia służby wojskowej”*²⁹⁶. Według Sokołowskiego najważniejsze było rozpoznanie choroby. Pisał, iż niedoświadczeni, młodzi lekarze swoimi błędami mogą doprowadzać do pogorszenia się zdrowia armii. Zwracał także uwagę, iż kontrola zdrowotna rekrutów powinna się odbywać znacznie dłużej, bez zbędnego pośpiechu tak, aby lekarze mieli czas na wykonanie wszelkich potrzebnych badań. *„W tych warunkach nie śpiesząc się, można u wątpliwych chorych w tej kategorii, zmierzyć temperaturę, a obecność gorączki przy wyraźnych zmianach w płucach, zdecyduje ostatecznie o aktywności sprawy gruźliczej”*²⁹⁷. Autor zaznacza jednak w dalszym wywodzie, iż powyższe objawy jedynie mogą sugerować gruźlicę. Do pełnej diagnozy bowiem potrzebna

²⁹⁴ Tamże, s. 225.

²⁹⁵ Najmniej chorych na gruźlicę notowano na terenie Wielkopolski - Tamże, s. 226.

²⁹⁶ A. Sokołowski, *Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów*, [w:] „Lekarz wojskowy”, nr 2, 1920 r., s. 11.

²⁹⁷ Tamże, s. 13.

była obserwacja kliniczna (3-4 dni), badanie płuc oraz niekiedy zmiany w obrazie RTG – zdjęcie rentgenowskie²⁹⁸. Oprócz tego gruźlica charakteryzowała się specyficznymi objawami: ból w klatce piersiowej, krwiotłucie oraz produktywny kaszel przewlekający się ponad trzy tygodnie. Do objawów ogólnych zaliczało się: gorączkę, dreszcze, nocne poty, ubytek masy ciała, bladość, często także łatwą męczliwość (np. podczas marszu, czy ćwiczeń wojskowych).

Należało jednak pamiętać, iż gruźlica w zależności od ogólnej odporności organizmu oraz od intensywności zakażenia mogła nie dawać objawów i na badaniu rekrutacyjnym była po prostu nie do wykrycia. Sokołowski wspominał jeszcze o dwóch rodzajach gruźlicy – formach utajonych: tzw. gruźlicy wygojonej lub gruźlicy nieczynnej oraz o skazie żółzowato – gruźliczej. Pierwsza znana jest dzisiaj jako gruźlica po pierwotna i jest skutkiem uaktywnienia się prątków, które przetrwały w organizmie w stanie uśpienia. Z reguły zajmuje ona płuca, ale może się też objawić w innych narządach: układzie oddechowym, moczowo-płciowym lub nerwowym, a także w kościach, stawach i osierdziu. Druga nazywana była przez Sokołowskiego skazą, czyli wrodzoną predyspozycją do zapadania na określone choroby, w tym przypadku na gruźlicę²⁹⁹. Taką predyspozycję mieli wykazywać wojskowi, którzy narażeni byli na negatywne czynniki wojenne: stres, złe odżywianie, zaburzenia somatyczne i psychiczne – powodowały bowiem one osłabienie odporności immunologicznej organizmu, co zwiększało prawdopodobieństwo zachorowań. W grupie ryzyka znajdowali się także ci wojskowi, którzy w dzieciństwie chorowali już na suchoty³⁰⁰. Gdy w przeszłości patologicznej chorego pojawiała się gruźlica, zadaniem lekarza wojskowego było nie kwalifikowanie go do służby frontowej, lecz garnizonowej. Uważano bowiem, iż wyżej wymienione czynniki mają wpływ na ponowne ujawnienie się choroby.

W 1937 r. zatem 17 lat po ukazaniu się artykułu Sokołowskiego, zaostrzono przepisy dotyczące badania rekrutów. W zaleceniu wydanym przez MSWojsk. jeśli chodzi o badanie płuc czytamy: „(...) przystępuje się do opukiwania klatki piersiowej w celu stwierdzenia granicy płuc i serca oraz ruchomości dolnych granic płuc podczas głębszego wdechu, po

²⁹⁸ Tamże, s. 14.

²⁹⁹ „Dzisiaj nazywana skazą tuberkuliniczną. Skaza ta może występować u pacjentów fosforycznych, najczęściej młodych. Nazwa skazy pochodzi od gruźlicy zakaźnej. Jednakże można być tuberkulinikiem nie chorując na tę chorobę. Ale każdy kto ją przebył jest tuberkulinikiem. Zarazek może być przeniesiony przez rodziców, ale także przez znajomych. U podstaw tuberkulinizmu leżą także :schorzenia płuc(tzw. tropizm płucny),koklusz, odra z powikłaniami ze strony płuc, nieżyt nosa i gardła czy nawracające stany zapalne oskrzeli”. – opracował Marek Zwierz na podstawie wykładów dr-a Gerarda Henri w Francusko-Polskiej Szkole Homeopatii, dostępność internetowa, <https://www.rollapp.com/client?sessionId=121f26f8-4315-46be-b7c3-74c51ecc3610>, z dn. 21.02.2016 r.

³⁰⁰ Suchotami nazywano dawniej gruźlicę.

*czym osłuchiwaniami stwierdza się rodzaj szmerów oddechowych. W razie podejrzenia czynnej gruźlicy należy odesłać badanego na obserwację do wojskowego zakładu leczniczego*³⁰¹.

Ilość łóżek dla chorych była niewystarczająca, często leczono ich w innych zakładach, co stanowiło zagrożenie dla innych pacjentów. Starano się poprawić sytuację, w tym celu często dochodziło to tworzenia oddzielnych filii szpitali okręgowych by chorzy mogli być odseparowywani³⁰². Obok troski i zdrowie żołnierzy nie zapominano o rodzinach kadr. W tym celu utworzono placówki dla dzieci w Rabce i sezonową placówkę w Leśnej³⁰³. Przed mobilizacją w roku 1939 wojskowa służba zdrowia do walki z gruźlicą posiadała ok. 650 łóżek³⁰⁴.

CHOROBY WENERYCZNE

Innym równie dużym problemem, przed jakimi stanęła wojskowa służba zdrowia były choroby weneryczne. O skali tego problemu może świadczyć choćby to, iż działali w terenie specjaliści referenci do spraw chorób wenerycznych³⁰⁵. Przed demobilizacją po wojnie 1919-1921 postanowiono wszystkich zwalnianych do cywila przebadać, a chorych wyleczyć. Czas leczenia wynosił ok. 30 dni. Podobnie jak w przypadku gruźlicy, przy zwalczaniu chorób wenerycznych duży nacisk kładziono na współpracę z cywilną służbą zdrowia. Rozwijano system przychodni przeciw wenerycznych, starano się także eliminować osoby chore z wojska, rozwijano profilaktykę oraz dokonywano okresowych przeglądów. Często choroby weneryczne łącono z pijaństwem i alkoholizmem – zwracano bowiem uwagę, iż do zarażeń często dochodzi w stanach odurzenia. Wyżej wymienione starania przynosiły pewne efekty, ale dalekie były one od oczekiwań.

Co zalecano żołnierzom by nie zachorowali? Przede wszystkim zwracano uwagę na profilaktykę. Starano się uświadamiać, iż *„chory musi w nakazanym przez lekarza czasie zgłosić się do szpitala i poddać się tak długo leczeniu, jak długo on poleci. Z leczeniem zwlekać nie można, bo im później się rozpoczyna, tem wyleczenie trudniejsze*”³⁰⁶. Ta uwaga dotyczyła tak naprawdę wszelakich schorzeń, nie tylko wenerycznych. Ponadto w przypadku żołnierze powinni pamiętać: *„Że najmniejsze niebezpieczeństwo z pośród kobiet płatnych*

³⁰¹ MSWojsk., *Badanie i ocena fizycznej i psychicznej zdolności do służby wojskowej podoficerów i szeregowców wykonujących powszechny obowiązek wojskowy*, Warszawa 1937 r., s. 24.

³⁰² Na przykład powstanie takiej filii miało miejsce w OK nr 1 w Warszawie.

³⁰³ Pomoc zdrowotna dla rodzin żołnierzy szerzej omówiona w podrozdziale: Leczenie rodzin oficerów.

³⁰⁴ A. Felchner, *Służba zdrowia...*, dz. cyt., s. 235.

³⁰⁵ Przypuszczać można iż byli to najprawdopodobniej kierownicy odpowiednich oddziałów szpitali okręgowych – Tamże.

³⁰⁶ H. Mund-Mierzecki, *Co każdy żołnierz o chorobach...*, dz. cyt. s. 14.

przedstawiają kobiety z domów publicznych, bo te są od czasu do czasu badane przez lekarzy specjalistów, podczas gdy wszystkie inne oddające się kobiety, tak zwane tajne prostytutki, usuwają się od kontroli. Że nie należy do kobiet chodzić w stanie nietrzeźwym. Wiadomo bowiem, że u pijanego upływ nasienia następuje po dłuższym przeciągu czasu, a tem samem dłużej styka się on z zarażoną. A im dłużej się z zarażoną styka, tem łatwiejsze zarażenie. Że nie należy do kobiet chodzić bez kondonów. Że po spółkowaniu należy oddać natychmiast mocz, wstrzyknąć jakiś środek odkażający, np. 2% azotan srebra albo 10% protargol, by się ustrzec przed tryprem, obmyć członek roztworem sublimatu i posmarować maścią kalomelową, dla ochrony przed kiłą”³⁰⁷. Tak zatem przedstawiała się szeroko rozumiana profilaktyka. Jeśli zaś chodzi o samo leczenie – przede wszystkim kiły, to pojawia się nazwa salwarsan – był to pierwszy środek bakteriobójczy.

W czasie całego okresu dwudziestolecia międzywojennego wiele z zalecenia MSWojsk., ale także środowisk żołnierskich pojawiały się poradniki zdrowotne dla żołnierzy. Można tu wymienić m.in.: *Szanuj zdrowie*, dr-a Sławoja Składkowskiego, wydawnictwa „Żołnierza Polskiego” z 1919 r.; *Co każdy żołnierz o chorobach wenerycznych wiedzieć powinien*, dr –a H. Mund-Mierzecki, dr –a, wydany przez MSWojsk. w Warszawie w 1919 r.; *Co każdy przedpoborowy wiedzieć powinien?*, wydane nakładem Wydziału Wojskowego Zarządu Miejskiego w Mieście Stołecznym w Warszawie w latach 1938/1939.; oraz wiele artykułów umieszczanych w czasopiśmie, przede wszystkim w „Żołnierzu Polskim”.

JAGLICA

Jaglica była kolejną chorobą, która pojawiała się w wojsku w omawianym okresie równie często jak choroby weneryczne czy gruźlica płucna. Należy zaznaczyć, iż wówczas nie było jeszcze skutecznych leków na jej zwalczanie. Jaglica była chorobą zakaźną, dlatego w logicznym jest iż w większych skupiskach, np. w wojsku, łatwiej się nią było zarazić. W czasie poboru od razu odrzucano chorych. W przypadku stwierdzenia tej choroby u żołnierzy, zdarzało się że grupowano ich w *specjalne „kompanie jaglicze”*³⁰⁸. Czyniono to zwłaszcza w okresach wojny. Choroba najczęściej występowała w OK nr III Grodno i OK nr IV Łódź (cyfry bezwzględne), natomiast w procentowym zestawieniu najwięcej chorych było w OK nr IV Łódź. Jak wynika z dostępnych opracowań jaglicę udało się ograniczyć. Jednakże stanowiła ona pomimo to ogromny problem dla wojska. Szacuje się, iż z powodu tej choroby nie można było powołać do mobilizacji ok 50 000 żołnierzy. „*W połowie lat*

³⁰⁷ Tamże, s. 14-15.

³⁰⁸ Tamże, s. 240.

trzydziestych, np. w jednym tylko OK IV Łódź zwalniano corocznie z czynnej służby z powodu tej choroby 70-90 żołnierzy”³⁰⁹.

Jaglica należała do chorób zakaźnych. Zarażenie zaś następowało „wyłącznie przez bezpośrednie zetknięcie się oka z jagliczną wydzieliną oka, udziela się najczęściej przez używanie wspólnego ręcznika, wspólnych miednic, jako też przez poręcza i klamry tramwajów zarażonych przez pasażerów chorych na jaglicę. Zarażenie za pośrednictwem powietrza jest bardzo wątpliwe”³¹⁰. W „Lekarzu Wojskowym” jako skuteczne zapobieganie zachorowania na jaglicę podawano przede wszystkim jedno – izolację. Zwracano uwagę na miejsca, gdzie były „zbiorowiska ludzkie” – szkoły, koszary, itp. Tam przede wszystkim zalecano oddzielanie chorych (łącznie z umywalniami). Oprócz tego wskazywano na znaczenie odpowiedniej higieny ciała i bielizny. Dla wojska istniały konkretne przepisy zapobiegawcze:

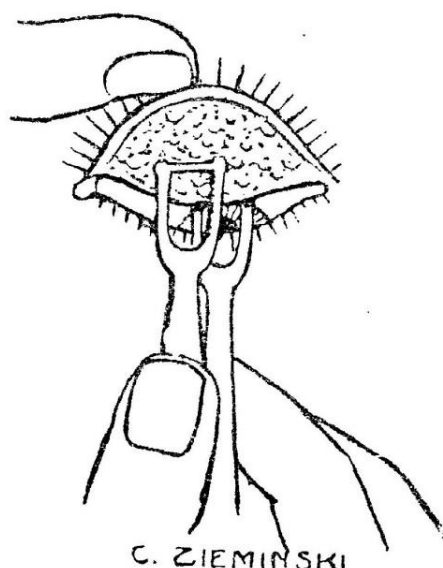
1. „Przypadki jaglicy zbliżnowacialej powodują pobór bez zastrzeżeń.
2. Przypadki jaglicy przewlekłej, nie zakaźnej bez względu na wydzielinę i podejrzane na jaglicę odsyła komisja poborowa natychmiast do oceny i do ewentualnego leczenia w szpitalu.
3. Przypadki ostrej jaglicy zakaźnej lub powikłane ze zmianami na rogówce i tęczówce powodują zwolnienie poborowego, przyczem jest obowiązkiem komisji poborowej donieść o nich starostwu lub gminie, do której przynależą.
4. Żołnierz, który zachoruje na jaglicę w czynnej służbie, zostaje odesłany do szpitala lub baraku jagliczego. Jeżeli po upływie 3 miesięcy nie osiągnie się dodatniego wyniku leczniczego, przedstawia się go komisji superrewizyjnej z wnioskiem, odesłania celem dalszego leczenia do szpitala cywilnego.
5. Pod żadnym warunkiem nie wolno żołnierza nieuleczonego zupełnie z ostrego okresu jaglicy wypuszczać swobodnie ze szpitala.
6. W razie powstania epidemii w poszczególnych oddziałach jeżeli nadmiar chorych nie pozwala na ich pomieszczenie w szpitalu lub barakach, należy chorych całkowicie odosobnić i surowo przestrzegać zakazu stykania się ze zdrowymi żołnierzami.
7. W załogach, w których jaglica pojawia się częściej, należy przeprowadzać raz w tygodniu przegląd oczu wszystkich oddziałów. Również musi być badany każdy żołnierz idący i wracający z urlopu. W większych załogach przeznacza się do tych czynności osobnego okulistę.

³⁰⁹ Tamże.

³¹⁰ J. Szymański, dz. cyt., s. 65-66.

8. We wszystkich koszarach i zakładach wojskowych używa się do mycia tylko wody płynącej. Każdy żołnierz musi mieć własny ręcznik. Szczególnie należy zwracać uwagę na przestrzeganie tego przepisu w aresztach i w izbach wartowniczych, gdyż właśnie tam, wskutek częstej zmiany różnych oddziałów i żołnierzy, powstają najłatwiej zakażenia.
9. Izby mieszkalne w koszarach muszą być stosownie obszerne i przewiewne (najmniej 25 m³ . powietrza na żołnierza). Podłogi należy zapuszczać lakierem olejnym i naftą, zamiatać zaś tylko mokrą ścierką.
10. Żołnierzy chorych na mieszkowy nieżyt spojówek pozostawia się w służbie przy ich oddziałach, natomiast na czas choroby należy ich zwolnić od służby stajennej i wartowniczej³¹¹.

Dokładny proces leczenia jaglicy, a raczej jego próba, dokładnie została opisana w podręczniku Szymańskiego z 1920 r., oddajmy głos autorowi: „W okresie wydzielania przyżęga się wywinięte powieki codziennie 2% azotanem srebra z neutralizacją wodą słoną



lub naciera się pędzelkiem zamoczonym w 1\3% roztworze azotanu rtęciowego. Nie należy używać dalej azotanu srebra lub protargolu³¹² po sześciu tygodniach w celu uniknięcia srebrzycy³¹³ (Argyrosis). Ponadto wkrapia się jakikolwiek płyn przeciwnilny kilka razy na dzień jako środek odkażający. Skoro wydzielina się zimniejszy należy wyciskać ziarenka powiek uciskając wywiniętą powiekę szczypczkami Knappa lub Beliarminowa jak na rysunku. Zabieg ten można wykonać kilkakrotnie³¹⁴.

Źródło: J. Szymański, *Okulistyka w skróceniu*, Kurytyba-Brazylia, 1920 r., s. 66.

³¹¹ T. Bałaban, *Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo – lekarskiego* [w:] „Lekarz Wojskowy”, nr 4, 1920 r., s. 12-13.

³¹² Protargol - Organiczny kompleks srebra z białkiem, mający postać brunatnego lub żółtego proszku. Preparat jest łatwo rozpuszczalny w wodzie, tworzący roztwór koloidalny. Protargol znalazł zastosowanie w lecznictwie jako środek antyseptyczny i przeciwzapalny. Stosowany miejscowo w laryngologii, dermatologii, okulistyce i niekiedy w urologii w postaci farmaceutycznej roztworu bądź maści w zakresie stężeń 1% - 10%.

³¹³ Srebrzyca – szaroniebieskie (łupkowe) zabarwienie powłok ciała, wskutek odkładania się w skórze cząsteczek metalicznego srebra, w następstwie długotrwałego zażywania soli srebrowych (np. pigułek z roztworem azotanu srebra) [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1160.

³¹⁴ J. Szymański, dz. cyt., s. 66.

W dalszej części leczenia autor proponuje stosowanie krystalicznego siarczanu miedzi w postaci ołówka, którym następnie zaleca nacieranie wywiniętej powieki. Zastrzega jednakże, iż nie można zastosować powyższego zabiegu u chorego posiadającego uszkodzenia lub wrzody na rogówce. Należało także wprowadzić pacjentowi kamyk z siarczanu miedziowego również pod górną powierzchnię oka, a w przypadkach, gdzie choroba była już przewlekła stosowano także „*mięsienie, pocierając dolną powiekę o górną*”³¹⁵. W razie powikłań w obrębie rogówki stosowano atropinę³¹⁶. Bardziej dokładne leczenie jaglicy w swoim artykule z 1920 r. przedstawia dr Bałlaban. Wyróżnia on leczenie dla różnych etapów tej choroby³¹⁷, jednakże główne substancje, które podaje, pojawiają się także u Szymańskiego. Sam jednak wstęp dr –a Bałlabana do leczenia nie przedstawia się optymistycznie: „*Najpewniej i najprędzej do celu prowadzi leczenie kombinowane, a przede wszystkim szczegółowo stosowane do każdego przypadku. Jakkolwiek jest niemożliwe podać jakieś stałe przepisy, normujące leczenie w poszczególnych okresach jaglicy (...)*”³¹⁸.

W całym dwudziestoleciu nie utworzono placówki zajmującej się chorobami zakaźnymi, zatem także nie istniał specjalistyczny zakład do leczenia jaglicy. Bilsko za to starano się współpracować z Państwowym Zakładem Higieny (PZH), który istniał od 1923 r. wcześniej, bowiem od 21.11.1918 r. występował po nazwę Państwowego Centralnego Zakładu Epidemiologicznego. Jego działalność obejmowała m.in.: diagnostykę laboratoryjną oraz produkcję surowic i szczepionek. W PZH wytwarzano 32 rodzaje szczepionek, m.in. przeciw ospie, wściekliznie, durowi brzuszemu oraz 10 surowic odpornościowych m.in. przeciw błonicy i tężcowi. Warto wspomnieć, iż w owej placówce, jako jednej z pierwszych w Europie rozpoczęto produkcję insuliny.

Potrzeby publicznej służby zdrowia stale ulegały zwiększeniu. W związku z tym rozwijała się działalność profilaktyczna w zakresie walki z chorobami zakaźnymi, a co za tym idzie zwiększaniem kontroli żywności i wody. Aby usprawnić działania Centralnego PZH w Warszawie, utworzono 13 jego filii w większych miastach Polski w: Gdyni, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Lwowie, Łucku, Łodzi, Poznaniu, Stanisławowie, Toruniu, Wilnie,

³¹⁵ Tamże, s. 67.

³¹⁶ Atropina - W okulistyce zapobiega zrostom tęczówki z soczewką. Jest używana również jako lek rozszerzający źrenice (na przykład w celu badań okulistycznych). Nie powinna być stosowana u osób prowadzących pojazdy mechaniczne.

³¹⁷ Patrz więcej: T. Bałlaban, *Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo – lekarskiego* [w:] „Lekarz Wojskowy”, nr 4, 1920 r., s. 5-11.

³¹⁸ T. Bałlaban, *Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo – lekarskiego* [w:] „Lekarz Wojskowy”, nr 4, 1920 r., s. 5.

Brześciu nad Bugiem i w Katowicach. W 1939 r. filia w Gdyni przekształcona została w Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej istniejący do chwili obecnej³¹⁹.

„Ważną rolę w poprawie stanu zdrowia żołnierzy odgrywało właściwe odżywienie. Polskie normy przewidywały tzw. „dodatek przeciwepidemiczny” – wydawany codziennie szeregowcom w okresie od 1 czerwca do końca sierpnia w postaci 1 grama herbaty i 10 gramów cukru. Miał on na celu ograniczenie picia przez żołnierzy nieprzegotowanej wody”³²⁰. Dodatek ten mógł być przez poszczególnych dowódców OK uznany w razie potrzeby, np. w przypadku nagłego wybuchu epidemii. Oprócz tego wydawano szereg innych zarządzeń i przepisów by powstrzymać rozprzestrzeniającą się chorobę. Między innymi: wstrzymywano przepustki wszystkim żołnierzom, nie zezwalano na wyjazdy do rejonów „zakażonych”, starano się dbać o należytą czystość i higienę w koszarach oraz utrzymywać w stosownym stanie kanalizację (czystość wody). Zwracano się także do odpowiednich departamentów technicznych, aby te utrzymywały we właściwym porządku urządzenia i prowadziły regularne remonty.

CHOROBY ZAKAŻNE

Oprócz gruźlicy i jaglicy, w dwudziestoleciu w Wojsko Polskie miało do czynienia także z innymi chorobami zakaźnymi i istniało wiele przepisów, w jaki sposób „radzić sobie” i postępować z zakaźnie chorymi. W *Podręczniku podoficera sanitarnego* z 1939 r. przedstawiono ogólne zasady postępowania w przypadku chorób zakaźnych: „Zakaźnie chorych przed transportem i umieszczeniem ich w specjalnych oddziałach chorób zakaźnych powinno się odosobnić. Chorych gorączkujących, zwłaszcza nieprzytomnych, trzeba stale i pilnie dozorować zarówno w dzień jak w nocy. Przy pielęgnowaniu zakaźnie chorych pielęgniujący dla zabezpieczenia się przed chorobą zakaźną jest obowiązany szczególnie dbać o czystość i zachowywać ostrożność, aby nie ulec zakażeniu lub nie przenieść zarazy na otoczenie. W pokoju, gdzie leży zakaźnie chory, powinien przy drzwiach wisieć fartuch, który dodatkowo nakłada pielęgniujący, gdy wchodzi do pokoju chorego, a który zdejmuje przy wyjściu z pokoju. Prócz tego powinna się znajdować umywalka, mydło, ręcznik i płyn odkażający (roztwór sublimatu 1:1000) do użytku po skończeniu czynności przy chorym i przed wyjściem z pokoju chorego. Naczynia i przybory do jedzenia, baseny, kaczki do moczu i spluwaczki muszą być odkażane: nakrycia stołowe przez gotowanie w wodzie w ciągu 15

³¹⁹ M. Wróbel, *Historia Instytutu w latach: 1918-1924*,

http://bip.pzh.gov.pl/public/print.php?id_menu_item=137220, dostępność internetowa z dn. 15.02.2016 r.

³²⁰ Tamże, s. 257.

minut, inne naczynia po starannym mechanicznym oczyszczeniu gotowane raz na dobę w wodzie z dodatkiem 2% sody, a prócz tego, po każdym użyciu i wyszorowaniu zalewane 3% roztworem kwasu karbolowego, 2,5% wody krezolowej lub 1% roztworem lizolu. Wydaliny: mocz, kał, płwociny odkażać należy taką samą objętością mleka wapiennego (100 części gaszonego wapna + 60 części wody, z tego litr mieszaniny na 4 litry wody), szczotki, noże, widelce odkażać w roztworze formaliny (30 g — 35% roztworu na litr wody). Klamki u drzwi pokoju zakaźnie chorych owijać kilkakrotnie gazą i nasycać roztworem sublimatu 1 : 1000. Bieliznę chorego należy umieszczać w workach oznaczonych w widoczny sposób, aby w pralni — przed właściwym praniem — mogła być zanurzona w roztworze sody i wygotowane w ciągu 15 minut. Pokój chorych zakaźnie należy wietrzyć bardzo starannie, podłogę po sprzątnięciu wycierać ścierką zwilżoną w płynie odkażającym (4% roztwór lizolu). Odwiedzanie zakaźnie chorych jest niedopuszczalne; może być przez lekarza dozwolone tylko w wyjątkowych wypadkach³²¹. W podręczniku odnajdujemy także zalecania postępowania z chorymi na dur brzuszny, czerwonkę, cholerę azjatycką, dur wysypkowy, dur powrotny oraz te które szerzą się drogą kropelkową: odra, płońica, szkarlatyna³²².

Oprócz dbania o chorych, władze zdawały sobie sprawę z zagrożenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Dlatego podjęto także szczególne środki ostrożności na oddziałach zakaźnych. Odwiedzanie chorych dopuszczalne było tylko w wyjątkowych przypadkach, a personel pracujący miał zachowywać szczególną ostrożność, aby ustrzec się od zakażenia³²³. Za trudne warunki pracy personel medyczny otrzymywał od MSWojsk. dodatkowe uposażenia.

URAZY CHIRURGICZNE

Oprócz chorób powodowanych przez wirusy, bakterie czy grzyby pamiętać także należy o urazach mechanicznych, które wymagały interwencji chirurgiczno-ortopedycznej.

Owe urazy, „uszkodzenia” leczone były przede wszystkim na oddziałach chirurgicznych, choć należy pamiętać, iż niektóre z garnizonów wojskowych korzystały z pomocy szpitali cywilnych. Oddziały chirurgiczne pod względem wielkości były na drugim miejscu, zaraz po internistycznych. Literatura przedmiotu podaje, iż 1939 r. mogły one przyjąć 1800 chorych³²⁴. Znajdowały się one we wszystkich zakładach wojskowej służby zdrowia, z wyjątkiem

³²¹ MSWojsk., *Podręcznik podoficera sanitarnego*, Warszawa 1939 r., s. 155-156.

³²² Patrz więcej: MSWojsk., *Podręcznik podoficera sanitarnego*, Warszawa 1939 r., s. 156-159.

³²³ MSWojsk., *Regulamin Służby Zdrowia w wojskowych zakładach leczniczych*, Warszawa 1932 r., s. 34.

³²⁴ Tamże, s. 243.

Grudziądzu. Były to oddziały chirurgii ogólnej i leczono na nich wszystkich żołnierzy, którzy wymagali tej specjalistycznej pomocy.

Chirurgia ortopedyczna, a dokładniej jej placówki, zaczęły wyodrębniać się znacznie później i było ich zdecydowanie mniej. W październiku 1919 r. planowano, że zakłady ortopedyczne powstaną przy każdym szpitalu okręgowym, jednak to były tylko plany, a życie napisało inny scenariusz. Z uwagi na rosnące zapotrzebowanie na tego typu usługi, zaczęto organizować oddziały oraz filie ortopedyczne przy niektórych szpitalach – brak kadr uniemożliwiał utworzenie ich w większej liczbie. Udało się utworzyć dwa szpitale ortopedyczne w Poznaniu, w Warszawie ukształtował się natomiast jedyny w Polsce oddział chirurgii stomatologicznej. Większość szpitali nie wydzielala jednak chirurgii i ortopedii. Zasadniczo były to oddziały chirurgii ogólnej jak na przykład w filii chirurgicznej Szpitala Okręgowego w Łodzi, gdzie przeprowadzano operacje od urologicznych, kończąc na chirurgii szczękowej – dosłownie wszystkie.

W latach 30 XX w. nadal w Polsce nie istniała samodzielna placówka czy oddział ortopedyczny. W sumie w omawianym okresie lekarze w kraju dysponowali 400 łózkami³²⁵ ortopedycznymi w zakładach: w Poznaniu, w Krakowie, we Lwowie i w Sosnowcu. Niezbędne w tym miejscu jest porównanie z innymi krajami europejskimi. Dla przykładu Niemcy posiadały w tym samym czasie: 78 zakładów, mogących pomieścić blisko 11 tys. chorych. Włochy odpowiednio 38 i ponad 3000 łózek. W tym miejscu nie powinno się jednak oceniać zbyt pochopnie sytuacji sanitarnej w Polsce. Pamiętać należy, iż niepodległy kraj istniał od 12 lat. Polska wojskowa służba zdrowia zaczynała praktycznie od zera. Dlatego uwzględniając trudne warunki z przeszłości oraz ówczesne (po kryzysie gospodarczym) władze w tym zakresie naprawdę starały się uzyskać postęp.

Ogromnym przełomem w leczeniu urazów chirurgicznych było otwarcie 1.06.1935 r. Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie. Nowo utworzona placówka posiadała ok. 100 łózek, a jej dyrektorem został płk lekarz Tadeusz Sokołowski. Do Instytutu byli przyjmowani nie tylko chorzy wojskowi, ale również cywilni, za których leczenie opłatę uiszczała Ubezpieczalnia Społeczna lub płacili sami. Dzienna stawka, obejmująca pełne leczenie z operacją włącznie wynosiła 4 zł 50 groszy³²⁶. Warto nadmienić, iż placówka

³²⁵ Tamże, s. 248.

³²⁶ „W 1939 r. wykwalifikowany robotnik zarabiał miesięcznie 95 złotych, czyli równowartość około 20 ówczesnych dolarów. Średnio pracownicy umysłowi inkasowali co miesiąc prawie 280 złotych (panie około 170), czyli ponad dwukrotnie więcej od robotników. Przedwojenny kapral (wraz z dodatkiem na rodzinę, jeśli ją miał) zarabiał miesięcznie 167 złotych. Oficer w stopniu kapitana przynosił do domu co miesiąc 400 złotych” -

posiadała pododdział neurochirurgii – pierwsza taka placówka w Polsce³²⁷. Do głównych jej zadań należało leczenie chorych głównie z urazami głowy, jednakże przyjmowani byli do niej także pacjenci, których dotychczasowe leczenie nie przynosiło zadowalających skutków. Instytut zaczął także odgrywać ważną rolę szkoleniową – prowadził on m.in. specjalizacje podyplomowe dla studentów.

Dużo informacji z zakresu chirurgii wojskowej, a konkretnie o ranach postrzałowych oraz o ich opatrywaniu, dowiadujemy się z *Popularnego zarysu chirurgii wojennej*, autorstwa prof. dr Maksymiliana Władysława Hermana. Co prawda w/w pozycja wydana była w 1913 r., ale w zdecydowanej większości, zalecenia, porady i informacje w niej zawarte były aktualne przez całe dwudziestolecie międzywojenne. Niewielki podręcznik, zawierający niewiele ponad sto stron, podzielony jest na sześć rozdziałów: I - O ranach postrzałowych, zadanych drobno kalibrowymi pociskami karabinowymi, II - O ranach postrzałowych, zadanych pociskami armatnimi, III – O ranach ciętych i kłutych, IV – O opatrywaniu ran postrzałowych, V - O zakładaniu opasek i opatrunków ustalających, VI – Ogólny zarys taktyki chirurgicznej wojennej³²⁸.

W podręczniku dowiadujemy się o trzech ogólnych objawach postrzałów: bólu, wstrząsie nerwowym i krwawieniu. Jeśli chodzi o ból dowiadujemy się, że: „*Ranieni pociskami karabinowymi rzadko skarżą się na ból. Zwykle opowiadają, że w chwili postrzału uczyli ukłucie, upieczenie, uderzenie, wyjątkowo doznają uczucia istotnego bólu (zranienia pni nerwowych, części płciowych zewnętrznych)*”³²⁹. Wielu żołnierzy zwracało uwagę na ranę dopiero po bitwie, gdy opadły emocje. Zauważano także, że dużo mniej cierpieli żołnierze armii zwycięskiej.

O tym, że żołnierze nie odczuwali bólu miał decydować tzw. wstrząs nerwowy, nazywany potocznie szokiem. Mógł on się objawiać zarówno stanem podobnym do głębokiego omdlenia czy zapadu. Raniony miał wykazywać następujące symptomy: chodna skóra pokryta zimnym potem, myśli leniwe, apatyczność, tętno wolne – ledwo wyczuwalne, ruchy oddechowe bardzo powierzchowne, nieświadome oddawanie pod siebie moczu i kału.

Trzecim objawem było krwawienie, które mogło występować w trzech formach: zewnętrznym, wewnętrznym i śródmiąższowym. W pierwszych dwóch formach było bardzo

Panie marszałku, jak żyć? Ceny i zarobki w II RP, <http://biznes.newsweek.pl/panie-marszalku--jak-zyc--ceny-i-zarobki-w-ii-rp,104856,1,1.html>, dostępność internetowa, z dn. 13.02.2016 r.

³²⁷ Patrz więcej: J. Bidziński, *Początek neurochirurgii warszawskiej (1935-1947)*, http://www.tlw.waw.pl/index.php?id=19&newsy_id=74, dostępność internetowa, z dn. 13.02.2016 r.

³²⁸ Patrz więcej: Prof. dr M. W. Herman, *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r.

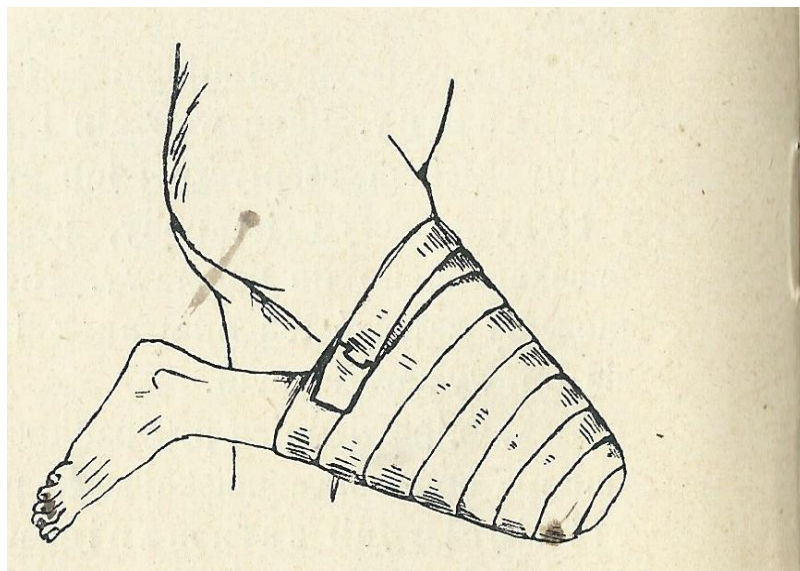
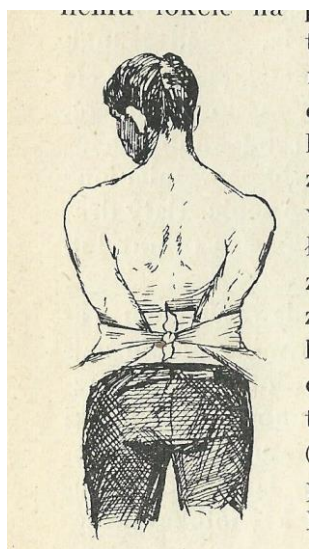
³²⁹ M. W. Herman, *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r., s. 21.

proste do rozpoznania, ponieważ krew z rany wylewała się strumieniem, natomiast „w krwotoku śródmięszkowym krew nie zachodząc dostatecznego ujścia przez ranę zewnętrzną, nagromadza się pod skórą, głównie we warstwach tkanki łącznej. Powstaje guz chęlbocący, czasami tętniący (...), przeświadczaający sinawą barwą poprzez napiętą skórę”³³⁰. Paradoksalnie ostatni z krwotoków był najmniej niebezpiecznym, ponieważ praktycznie nigdy nie powodował śmierci.

Jak radzono sobie z wszelakimi ranami? Otóż najprostszym środkiem był tzw. opatrunek uciskający³³¹. Ranę wstrzału i wystrzału przykrywano kłębem aseptycznej lub antyseptycznej gazy, i kłęby te czyli tampony, przyciskano okrężną opaską mocno do postawy. Przestrzegano jednak, iż nie wszędzie owy opatrunek można było założyć i nie zawsze okazywał się on wystarczający.

W niektórych przypadkach ułatwiano sobie zakładanie opatrunku uciskającego przez częściowe zaciśnięcie lub złamanie naczynia krwawiącego. Przykładowo w krwotokach tętnicy pachowej można było: „(...) związać zranionemu łokcie na plecach, skutkiem czego tętnica podobojczykowa zostaje niejako zakleszczoną między obojczykiem a pierwszym żebrem(...)”³³².

Przy krwotokach tętnicy udowej natomiast proponowano zgięcie i ustawienie kończyny dolnej w stawie biodrowym, a przy krwotokach tętnicy podudzia w stawie kolanowym.



Pomoc w przypadku krwotoku z tętnicy pod pachowej (z lewej) i tętnicy udowej (z prawej) –
Źródło: M. W. Herman, *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r., s. 28.

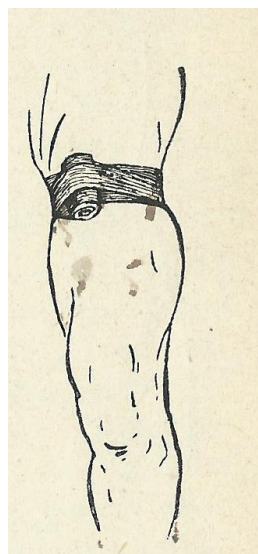
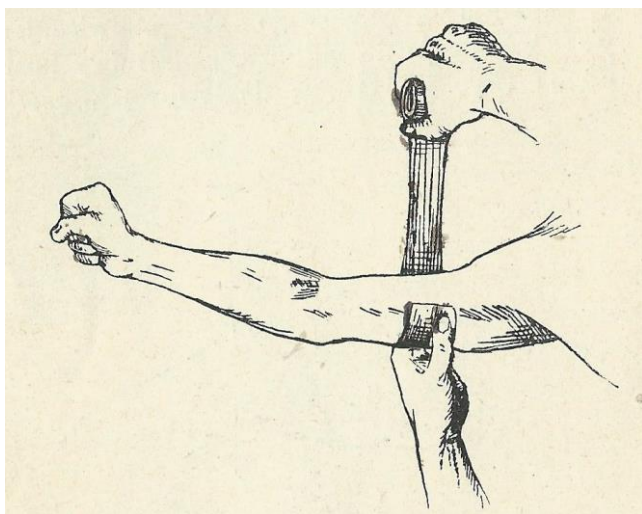
³³⁰ Tamże, s. 24.

³³¹ Tamże, s. 27.

³³² Tamże, s. 28.

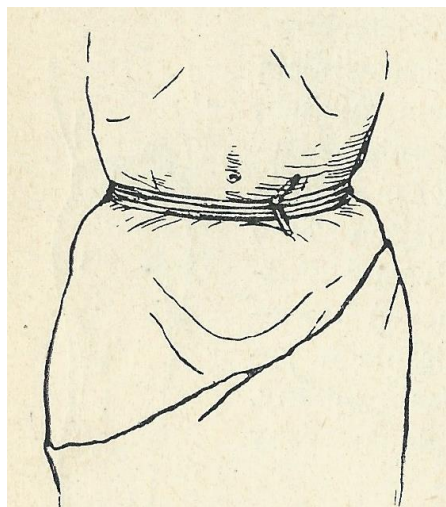
Na rany natomiast powyżej obojczyka stosować zacisków nie można było. Wówczas należało, albo naczynie natychmiast chirurgicznie podwiązać, a jeśli nie było takiej możliwości to uciskać je do najbliższej podstawy kostnej palcami.

Wobec ran krwawiących na kończynach zlokalizowanych gdziekolwiek, byle tylko poniżej pach i pachwiny, zaś stosowano opaskę Esmarcha. Jak czytamy w źródle: „*Jest to taśma elastyczna, klika (5-6 ctm) szeroka, 1¹/₂ metra długa. Zasznurowujemy nią kończynę, oczywiście dośrodkowo od rany tak mocno, aby wszystkie naczynia, przede wszystkim tętnice zostały zaciśnięte*”.³³³ Opaska mogła być użyta maksymalnie do 2-3 godzin. Zbyt długie jej pozostawienie powodowało bowiem martwicę kończyn.



Użycie opaski Esmarchana kończynę górną i dolną – Źródło: M. W. Herman, *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r., s. 30-31.

Krwawienie z tętnicy udowej, zranionej w pachwinie można było natomiast opanować opaską Momburga. Sznurowano brzuch powyżej grzebieni kości biodrowych drenem gumowym, grubości palca.

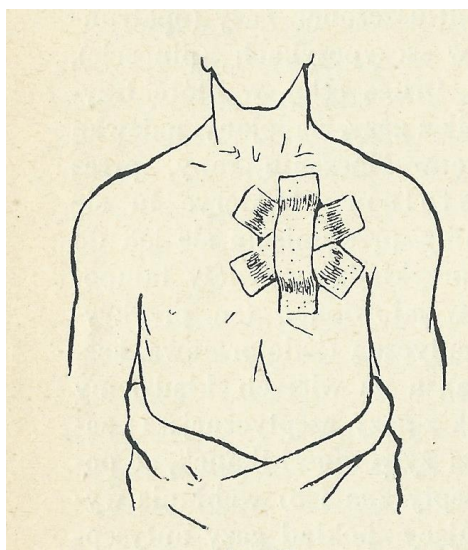


Na rysunku obok tzw. opaska Momburga –
Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 32.

³³³ Tamże, s. 30.

Ciężko było także zatamować rany piersiowe. Na nie przede wszystkim zalecano ucisk, wyjęcie pocisku³³⁴ i opatrzenie rany. Zastrzegano jednakże, iż operacja wyjęcia kuli może odbywać się tylko i wyłącznie w szpitalu stałym. Tam bowiem tylko można było określić dokładnie, gdzie znajduje się pocisk, usunąć go można bez narażania życia i zdrowia rannego oraz operacja mogła się odbyć w warunkach aseptycznych.

Technika opatrywania jest dokładnie omówiona przez prof. M. W. Hermana: „*Ręką dokładnie wymytą, lub (co ze względu na stosunki wojenne odpowie lepiej celowi) osłoniętą wygotowaną rękawicą, chwytamy strzępek świeżo wygotowanej, odłuszczonej gazy (opatrunkowej) i trzymając go w szczypczykach (piniecie), przykrywamy nim ranę. Drugą ręką w której trzymamy podobny tamponik z gazy, napojony nalewką jodową, wycieramy skórę w otoczeniu rany, przez co na pewien czas ustalamy bakterie tu się znajdujące i zapobiegamy przesunięciu się ich do rany. Późem na ranę przykładamy świeży tamponik z aseptycznej gazy wyjałowionej, ten przykrywamy suchą gaza antyseptyczną, a na wierzchu kładziemy warstwę waty*”³³⁵. Ważne było, żeby rana postrzałowa była ustalona, tzn. że



musiała być on unieruchomiona, czy to przez opatrunek gipsowy, klajstrowy czy szynowy, czy też nawet poprzez unieruchomienie całego ciała za pomocą noszy.

Do przytrzymania małego opatrunku ran prostych, niepowikłanych, zwłaszcza na łowiu, nadawał się znakomicie dziurkowany przylepiec -
Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 87-88.

Zakładanie opasek, oraz opatrunków ustalających odbywało się według ustalonych zasad.

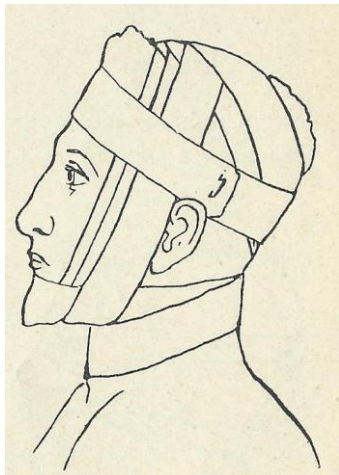
Najtańszym i najodpowiedniejszym materiałem na opaski był tzw. kalikot, wiotka tkanina bawełniana, która cięta była na pasy 8-12 cm szerokości i 5-10 m długości, a następnie zwijana w rulon.

³³⁴ Oczywiście występowały także rany przestrzałowe, w których to pocisku nie było. W tych przypadkach od razu przechodzono od czynności uciskania do opatrywania.

³³⁵ M. W. Herman, dz. cyt., s. 87.

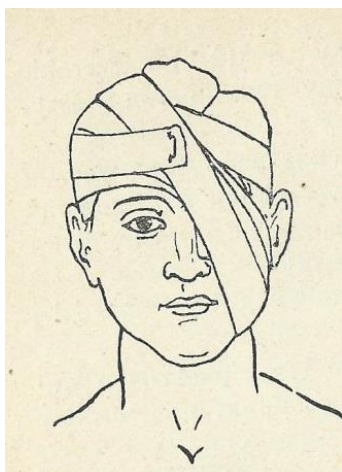
Istniało wiele typów opasek, jednakże w swojej pracy poniżej przedstawię tylko te najważniejsze:

- Uździenica podwójna – było to wiązanie stosowane do ustalania opatrunków na czaszce, twarzy, brodzie, a przy małej modyfikacji także i szyi.



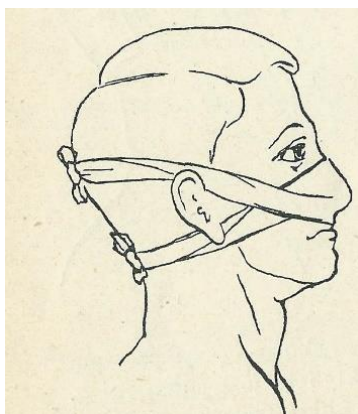
Uździenica podwójna - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 93.

- Opaska jednooczna – ustalała ona opatrunek na oku i w jego otoczeniu.



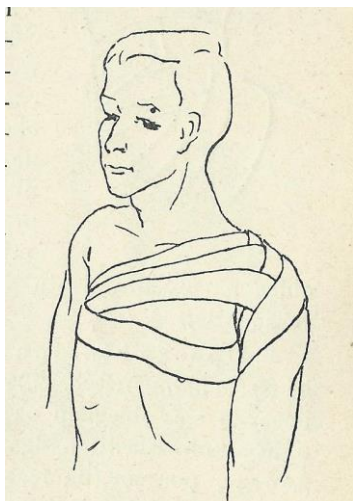
Opaska jednooczna - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 94.

- Proca nosowa – ustalała ona opatrunki na nosie.



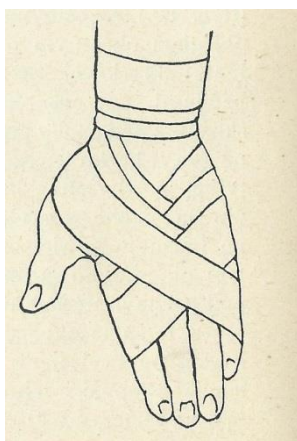
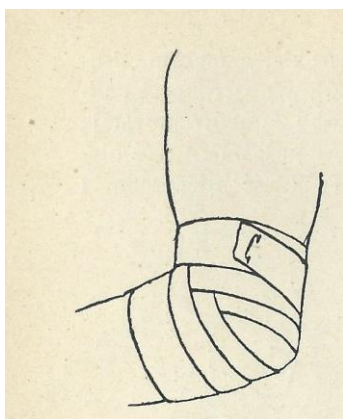
Proca nosowa - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 94.

- Opaska kłosowa barku i ramienia



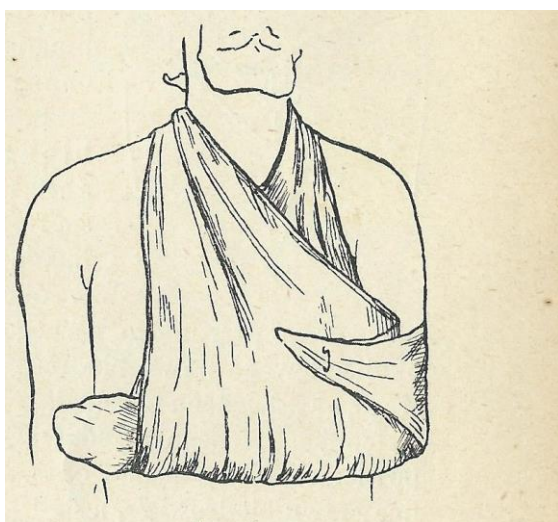
Opaska kłosowa barku i ramienia - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 95.

- Opaska żółwiowa łokcia oraz opaska kłosowa ręki



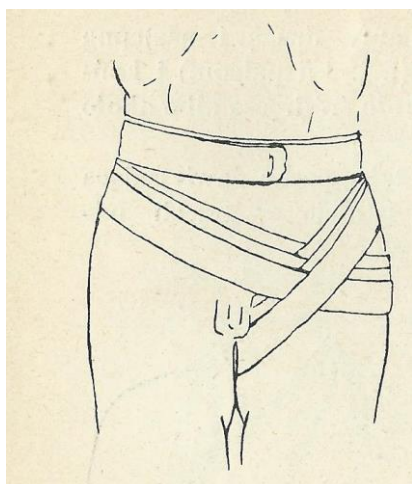
Opaska żółwiowa łokcia (po lewej) oraz opaska kłosowa ręki - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 96

- Temblak – opaska zawieszająca kończynę górną na szyi, istniała w trzech odmianach: temblak wąski, trójkątny i czworoboczny.



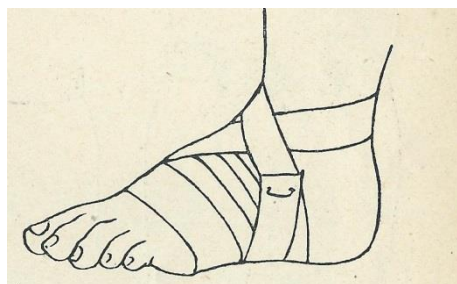
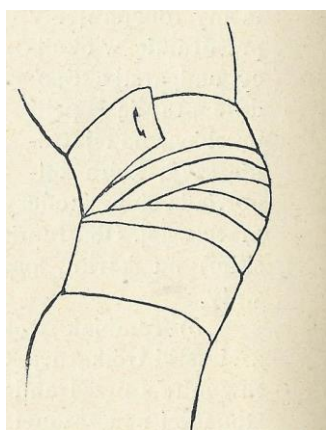
Temblak trójkątny - Źródło: M. W. Herman, dz. cyt. s. 97.

- Opaska kłosowa biodra i uda



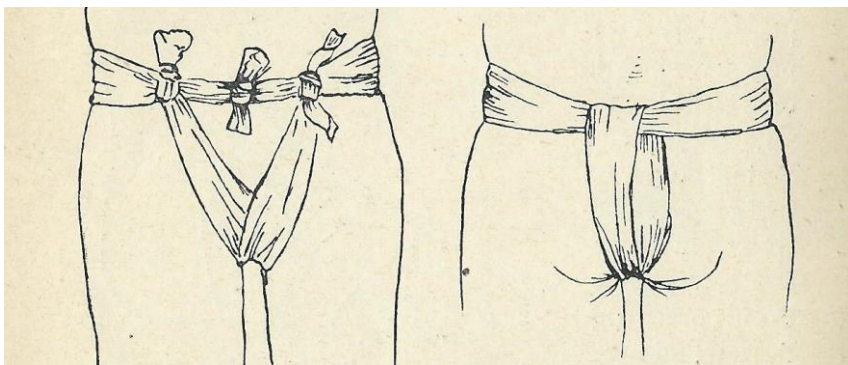
Opaska kłosowa biodra i uda- Źródło: M. W. Herman, *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r., s. 98.

- Opaska żółwiowa kolana oraz strzemię – opaska służąca do podtrzymywania opatrunków na stawie skokowym i stopie.



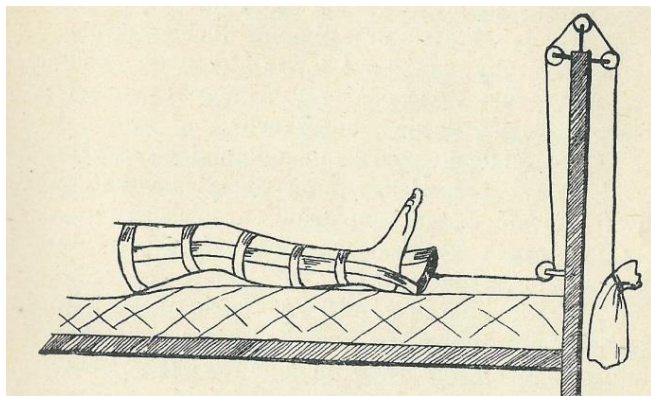
Opaska żółwiowa kolana oraz strzemię - M. W. Herman, dz. cyt. s. 98-99.

- Do podtrzymywania opatrunków na międzykroczu i na częściach płciowych zewnętrznych stosowano opaskę „T”.



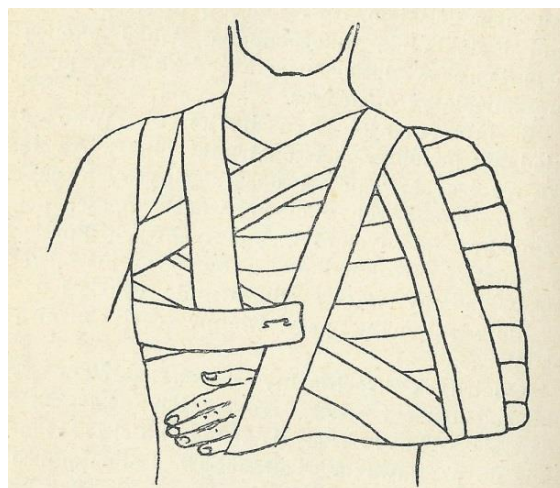
Opaska typu „T” - M. W. Herman, dz. cyt. s. 100.

Zasadniczą różnicą między opaską, a opatrunkiem było to, iż opatrunki miały za zadanie unieruchomienie postrzelonej części ciała. Bardzo często bowiem w wyniku tego postrzału uszkodzana była kość. Wymieniano różne rodzaje opatrunków: wyciągające, gipsowe, krochmalno – wiórowe i szynowe. Wszystkie miały za zadanie unieruchomić daną część ciała.



Opatrunek wciągający, stosowany często przy złamaniach kości udowej i złamań powikłanych ropieniem - M. W. Herman, dz. cyt. s. 100-101.

Opatrunek szynowy, tzw. opatrunek Desaulta. Nim unieruchamiany był staw barkowy lub ramię - M. W. Herman, dz. cyt. s. 100-101.



CHOROBY PSYCHICZNE

W przypadku chorób psychicznych, doświadczenia I wojny światowej sprawiły, że większość armii zwróciła uwagę na ten problem, który dotyczył żołnierzy. Z zakresu profilaktyki w większości armii odbywała się ścisła selekcja rekrutów, także w armii polskiej w 1937 r. – nie dopuszczano osób które miały takie problemy jak: „*niedorozwój umysłowy, otępienie pourazowe, choroby umysłowe przebyte ze skłonnością do nawrotów, choroby umysłowe istniejące, padaczkę występującą w postaci napadów drgawkowych lub*

równoważników tych napadów, wyraźne padaczkowe zmian charakteru-otępienie”³³⁶. Starano się odrzucać osoby, które były podatne na zaburzenia psychiczne.

Oprócz tego chorych żołnierzy kierowano na leczenie do specjalistycznych zakładów. Jeśli nie było możliwości skierowania ich do szpitali wojskowych, to umieszczani oni byli w szpitalach cywilnych. „(...) *O oddaniu umysłowo chorego żołnierza do zakładu cywilnego Dowódca Oddziału lub zakładu powinien bezzwłocznie zameldować D. O. Genowi, w obrębie którego położony jest zakład, z podaniem motywów odnośnych. Dowódcy Oddziałów i Zakładów odsyłają umysłowo chorych do szpitala krajowego zawsze pod opieką inteligentniejszego podoficera sanitarnego którym w razie potrzeby należy dodać do pomocy niezbędną liczbę szeregowych, zwłaszcza w przypadkach ostrych (szalu)*”³³⁷. Nadmienić należy, iż powyższy rozkaz był wydany na podstawie wcześniejszego z 18.03.1919 r., który to mówił ogólnie o możliwości leczenia żołnierzy w szpitalach cywilnych w razie trudności transportowych lub w przypadku braku szpitala wojskowego³³⁸.

Regulamin Służby Zdrowia z 1932 r. dokładnie przedstawia jak wyglądała służba na oddziałach dla chorych umysłowo. Przede wszystkim dzieliły się one wewnętrznie na trzy pododdziały: 1 – obserwacyjny (zamknięty) dla ostrych psychoz, 2 – sądowo więzienny (zamknięty) do obserwacji sądowo-psychiatrycznych i 3 – ogólny (otwarty) – dla chorych nie wymagających ścisłego nadzoru³³⁹. Oprócz tego były to oddziały o zaostrzonych środkach bezpieczeństwa. Były one stale zamknięte i tylko odźwierny wpuszczał i wypuszczał chorych na specjalny rozkaz. Osoby odwiedzające chorych były „wpuszczane (...) wyłącznie za przepustkami w dniu i godziny przeznaczone do odwiedzania chorych w danym zakładzie (...)”³⁴⁰. Widzenie z chorymi odbywało się w tzw. rozmownicy i odwiedzający nie mieli wstępu do żadnego z pododdziałów. W wyjątkowych przypadkach starszy ordynator mógł udzielić zezwolenia na odwiedzenie chorego w pododdziale, ale odbywało się ono tylko i wyłącznie w obecności personelu oddziału. Dalej studiując regulamin w wojskowych zakładach leczniczych, dowiadujemy się, że: „*Do widzenia się z chorymi pododdziału sądowo-więziennego jest konieczne, oprócz zgody starszego ordynatora, posiadanie zezwolenia pisemnego władz sądowych; podczas wizyty przez cały czas jest obecny organ*

³³⁶ MSWojsk., *Badanie i ocena fizycznej i psychicznej zdolności do służby wojskowej podoficerów i szeregowców wykonujących powszechny obowiązek wojskowy*, Warszawa 1937 r., Załącznik 1, paragraf 70.

³³⁷ Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 33, poz. 727, z dn. 14.09.1920 r.

³³⁸ Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 30, poz. 986, z dn. 18.09.1919 r.

³³⁹ MSWojsk., *Regulamin Służby Zdrowia w wojskowych...*, dz. cyt., s. 34.

³⁴⁰ Tamże, s. 35.

nadzorczy (podoficer) ”³⁴¹. Jeśli chodzi o wręczanie chorym jakichkolwiek przedmiotów to było to dozwolone, ale tylko przez pośrednictwo personelu.

Pomieszczenia, w których przebywali chorzy, musiały być tak dostosowane, aby chorzy nie mogli „targnąć się” na własne życie, jak i życie innych pacjentów. Tym samym nie mogli oni posiadać żadnych ostrych narzędzi oraz innych niebezpiecznych przedmiotów. Nawet korespondencja chorych podlegała ścisłej kontroli ordynatorów.

W nocy na zewnątrz pododdziałów wystawiane były posterunki wojskowe w celu dotykowego zabezpieczenia. Natomiast przy wypisywaniu chorych z oddziału chorób umysłowych obowiązywały następujące zasady. „Z pododdziałów sądowo-więziennych chorzy mogą być wypisywani wyłącznie za pisemną zgodą władz sądowych. Jeżeli nie stwierdzono wyraźnej choroby psychicznej, chory odchodzi z powrotem do więzienia, z którego był przysłany. (...) Przy wypisywaniu chorego wystawia się świadectwo wojskowo-lekarskie, wysłane według przeznaczenia. W razie ustalenia wyraźnej choroby psychicznej, chory pozostaje w zakładzie do dalszego rozporządzania sądu. Z pozostałych pododdziałów chorzy, których stan zdrowia powrócił do normy – odchodzą według ogólnych zasad. W razie stwierdzenia u osób wojskowych choroby nieuleczalnej – należy wszcząć postępowanie rewizyjno-lekarskie; odbywa się ono zaocznie (...)”³⁴². Na czas w/w postępowania pacjent mógł być przekazany pod opiekę najbliższej rodziny. Osoba, która odbierała chorego była zobowiązana podpisać w obecności świadków dokument stwierdzający przyjęcie

odpowiedzialności za postępowanie pacjenta.

Wzór 23.
210 × 297 mm.

ZOBOWIĄZANIE

osoby odbierającej chorego umysłowo z wojskowego zakładu
lecniczego.

Wobec niżej podpisanych osób oświadczam, że z własnej woli odbieram
z _____ w _____ chorego umysłowo
(nazwa wojsk. zakł. leczniczego) (miejscowość) _____
pozostającego
(nazwisko i imię, przydał służbowy i stopień wojskowy) _____
dotychczas na _____ za L. p. _____ księgi głównej
(leczenia, obserwacji)
chorych i przyjmuję na siebie odpowiedzialność za wszystkie czyny i po-
stęпки chorego.

Jednocześnie potwierdzam odbiór „zaświadczenia tymczasowego” L. _____
o wdrożeniu względem wymienionego chorego postępowania rewizyjno-lekar-
skiego celem zwolnienia go z wojska jako zupełnie i trwale niezdolnego do
służby wojskowej.

Powyższe stwierdzam podpisem.

(podpis osoby odbierającej)

(podpisy i dokładne adresy świadków)

(dokładny adres)

Stwierdzam, że wyżej umieszczone podpisy złożone zostały w mojej
obecności.

dn. _____ r. _____
(miejscowość) (podpis st. ordynatora oddziału)

Widziałem

pieczęć okrągła
zakładu

(podpis komendanta zakładu)

Zobowiązanie osoby odbierającej chorego umysłowego z wojskowego zakładu leczniczego, MSWojsk., *Regulamin Służby Zdrowia w wojskowych zakładach leczniczych*, Warszawa 1932 r.

Jednocześnie wystawiano choremu „zaświadczenie tymczasowe”, które wręczane było osobie odbierającej pacjenta.

Wzór 24.
148 X 210 mm.

(nazwa wojskowego zakładu leczniczego) dn. r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE TYMCZASOWE L. dz.

Nazwisko i imię

Przydział służbowy i stopień wojskowy

Urodzony w dniu r. w
(miasto, wieś, gmina, powiat)

Zamieszkały stale w
(dokładny adres)

Pozostawał w zakładzie na od dn. do dn.
(leczeniu, obserwacji)

za L. p. księgi głównej chorych.

Rozpoznanie lekarskie

Na podstawie § kat. przepisu
względem wyżej wymienionego wszczęto w dniu
postępowanie rewizyjno-lekarskie celem zwolnienia go z woj-
ska, jako zupełnie i trwale niezdolnego do służby wojskowej.
Żołd otrzymał do dnia
Zaprowiantowany do dnia

okrągła
pieczęć
zakładu

.....
(podpis komendanta zakładu)

Zaświadczenie Tymczasowe, MSWojsk.,
*Regulamin Służby Zdrowia w wojskowych
zakładach leczniczych*, Warszawa 1932 r.

Zdarzało się, iż nie można było oddać chorego pod opiekę rodziny, zwolnionego na podstawie postępowania rewizyjno-lekarskiego, wówczas komendant zakładu zarządził odesłanie go pod opieką sanitariuszy do właściwej gminy i oddawano go za pokwitowaniem. Opiekę nad chorym zatem przejmowała gmina.

Bardzo rzadko, ale czasami także cywile przyjmowani byli do szpitali wojskowych na oddziały dla umysłowo chorych. Wtedy wyżej omówione postępowanie zwolnienia obowiązywało, także dla nich. Pomijane było jednak postępowanie rewizyjno-lekarskie³⁴³.

Istniały także porady jak należy się obchodzić z chorymi umysłowo. I jak czytamy w *Podręczniku podchorążego sanitarnego*: „*Pielęgnujący umysłowo chorych powinien się odznaczać rozwiniętym zmysłem spostrzegawczości i szybkiej orientacji; powinien przyjąć za zasadę, że wszystko, co robi oddany mu pod opiekę pacjent, może być wynikiem choroby umysłowej. Odpowiedzialność za czyny chorego spada na pielęgnującego; dlatego też*

³⁴³ Tamże.

wymaga się od niego szybkiej orientacji i należycie pojętej stanowczości, aby mógł w porę zapobiec skutkom niepoczytalnych postępów umysłowo chorego”³⁴⁴. Przestrzegano także o tym, iż chorzy umysłowo mogą w przeciwieństwie do ludzi zdrowych, przeciętnych w rażąco odmienny sposób przejawiać swoje uczucia i myśli. Umysłowo chorzy mieli się czuć tak, jakby czyhało na nich mnóstwo niebezpieczeństw i przeciwności, że są oni prześladowani, krzywdzeni bądź wręcz przeciwnie, że czują się uwielbiani lub są przedmiotem zainteresowania innych. „Dlatego też są oni niespokojni i podnieceni lub obojętni i apatyczni, nadmiernie weseli lub smutni i przygnębieni, wpadający w szal lub zupełne odrętwienie”³⁴⁵. Największy problem w pielęgnacji mieli sanitariusze z pacjentami w stanie szału. Wobec nich zalecano szczególne środki bezpieczeństwa: „Z pokoju, w którym chory ma się znajdować, należy usunąć wszelkie przedmioty, które by mógł zniszczyć albo użyć jako broni. Napad szału zazwyczaj szybko wyczerpuje chorego. W wyjątkowych wypadkach, gdy chory przedstawia wyraźne niebezpieczeństwo dla otoczenia lub zdradza chęć targnięcia się na własne życie, należy go unieszkodliwić siłą i nałożyć na zlecenie lekarza i w obecności lekarza dyżurnego tzw. kaftan bezpieczeństwa”³⁴⁶. Kaftan bezpieczeństwa należało zakładać ostrożnie. Zbyt silne ściskanie jego taśm mogło bowiem doprowadzić do zahamowania krążenia w kończynach (znane były przypadki porażeń nerwów rąk, a nawet zupełnego obumarcia części kończyn). Mogło także dojść do różnego rodzaju zwichnięć i złamań u pacjentów, zwłaszcza u osobników chorujących od dłuższego czasu i znacznie wycieńczonych. W niektórych szpitalach wojskowych porzucano nawet stosowanie kaftanów, wprowadzając w zmian leki uspokajające i kąpiele.

Transport osób umysłowo chorych odbywał się karetkami. Pacjenci przewożeni byli w pozycji leżącej na noszach. Kiedy było to niemożliwe z powodu braku kaftana bezpieczeństwa, należało zawinąć chorego w koce i ściągnąć go pasami w kilku miejscach. Nigdy nie wolno było wiązać pacjenta sznurami, mogły one bowiem spowodować otarcia na skórze. Niekiedy podczas podróży podawano środki farmakologiczne czy nasenne w celu większego spokoju chorego, o ich podaniu decydował lekarz wysyłający.

Gdy pacjent trafił już do szpitala, kąpano go, po czym lekarz „oglądał go od stóp do głów”. W czasie kiedy chory był kąpany, pielęgnujący miał obowiązek przejrzania ubrań pacjenta, a przedmioty, które ewentualnie znajdował spisywał i odkładał do kancelarii

³⁴⁴ MSWojsk., *Podręcznik podoficera sanitarnego...*, dz. cyt., s. 150.

³⁴⁵ Tamże, s. 151.

³⁴⁶ Tamże.

oddziału. Potem kierowano chorego na pododdział, gdzie rozpoczynano odpowiednie leczenie.

PROFILAKTYKA PRZECIW BRONI CHEMICZNEJ

W II Rzeczypospolitej po doświadczeniach I wojny światowej ochrona przeciwgazowa uległa znacznemu rozbudowaniu. Przejawiała się ona zarówno w życiu cywilnym jak i wojskowym.

Pierwszą placówką badawczą, w której realizowano prace związane z ochroną przed gazami bojowymi był Instytut Naukowo-Badawczy Ligi Obrony Przeciw Powietrznej utworzony w Warszawie w 1921 r.

W roku 1922 utworzono Obywatelski Komitet Obrony Przeciwgazowej (OKOP). Natomiast w 1924 r. zostało ono przemianowane na Towarzystwo Obrony Przeciwgazowej³⁴⁷, które istniało do 1928 r., po czym w 1928 r. z jego połączenia oraz z Ligi Obrony Powietrznej Państwa (powołanej w 1923 r.) utworzono jedną organizację: Ligę Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej (LOPP), która to istniała do 1939 r.

Od momentu utworzenia Obywatelskiego Komitetu Przeciwgazowego, jednym z głównych celów było wybudowanie gmachu dla Instytutu Badawczego Broni Chemicznej z zebranych funduszy społecznych. W kolejnych latach, a mianowicie w 1926 r. utworzono na Żoliborzu Chemiczny Instytut Badawczy, ukierunkowany m.in. na prace związane z przystosowaniem przemysłu chemicznego do potrzeb obronnych kraju. W 1928 r. Instytut Naukowo-Badawczy LOPP przekształcono w podległy pod MSWojsk. Instytut Przeciwgazowy³⁴⁸.

Tak naprawdę od 1933 r. poprzez zmianę w statucie LOPP ściśle była związana i współpracowała z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i MSWojsk, a w 1934 r. została ona uznana za stowarzyszenie wyższej użyteczności publicznej³⁴⁹.

Podstawową komórką organizacyjną stowarzyszenia były koła terenowe. Powstawały one na uczelniach, szkołach, przedsiębiorstwach, a także i przy organach władz terytorialnych. Koła terenowe podlegały komitetom powiatowym lub miejskim, które natomiast odpowiadały

³⁴⁷ Patrz więcej: Z. Kozak, *Towarzystwo Obrony Przeciwgazowej 1924-1928*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b23/b23_8.pdf, dostępność internetowa, z dn. 19.05.2016 r.

³⁴⁸ L. Konopski, *Broń chemiczna na terenach Polski* [w:] „Biuletyn Chemik”, nr. 6, 2010 r., s. 12-13.

³⁴⁹ Patrz więcej: Janusz Łukaszewicz, *Liga Obrony Powietrznej Państwa* [w:] „Skrzydłata Polska” nr 11, 2003 r., s.55

przed komitetami wojewódzkim. Te ostatnie z kolei podlegały już bezpośrednio Zarządowi Głównemu.

Do zadań powyższych terenowych organizacji należało wszechstronne badanie środków walki oraz rozwijanie wśród społeczeństwa zainteresowania obroną przeciwgazową. Sposobem ich realizacji było m.in.: popieranie polskiego piśmiennictwa naukowego traktującego o środkach walki chemicznej, wydawanie periodyków i podręczników podejmujących te zagadnienia, organizowanie zjazdów, zakładanie bibliotek i muzeów, a także prowadzenie specjalnych kursów poświęconych popularyzowaniu wiedzy o środkach walki chemicznej³⁵⁰. Powyższe działania miały uświadamiać ludność cywilną o potężnym zagrożeniu. W jednej z broszur pt. „*Naucz się bronić przed gazami bojowymi*” wydanej przez LOPP w 1933 r. czytamy w jaki sposób ludność cywilna mogła się chronić przed atakiem gazowym. Cała książeczka składa się 73 pytań, na które udzielane są odpowiedzi:

„25) Co to jest obrona przeciwgazowa?

Jest to zastosowanie wszystkich środków do zabezpieczenia ludzi, zwierząt i rzeczy przed działaniem bojowych środków chemicznych.

26) Jakie znamy sposoby obrony?

Znamy obronę osobistą (indywidualną) i zbiorową.

27) Co to jest obrona osobista i jakie znamy rodzaje tej obrony?

Jest to obrona samego siebie, jako jednostki przy pomocy masek przeciwgazowych, aparatów tlenowych, ubrań ochronnych. Znamy obronę osobistą: filtracyjną i izolacyjną.

28) Na czym polega metoda filtracyjna?

Metoda filtracyjna polega na przefiltrowaniu (oczyszczeniu) zatrutego powietrza, dopuszczanego do płuc przez pochłaniacz maski przeciwgazowej. Przy tej metodzie więc, oddychamy przeczyszczonym, otaczającym nas powietrzem.

29) Na czym polega metoda izolacyjna?

Metoda izolacyjna polega na oddychaniu czystym tlenem dopuszczonym do płuc z butli tlenowej specjalnego aparatu, zwanego aparatem tlenowym. Przy tej metodzie jesteśmy więc przy oddychaniu izolowani (oddzieleni) od otaczającego nas powietrza

30) Na czym polega obrona zbiorowa?

Polega na obronie większej ilości osób w specjalnie na ten cel urządzonych pomieszczeniach, zwanych schronami przeciwgazowymi.

31) Jak bronimy zwierzęta od działania gazów bojowych?

³⁵⁰ Z. Kozak, dz. cyt., s.4-5.

Bronimy, albo metodą filtracyjną albo zbiorową. Konie, krowy, psy można ochronić przy pomocy masek, względnie worków napęcznionych sianem lub słomą, dobrze zwilżoną i nałożonych na głowy. Ptactwo i zwierzęta domowe przy pomocy specjalnie zbudowanych klatek.

32) *Jak chronimy przed działaniem gazów — sprzęt?*

Sprzęt musi być umieszczony w szczelnych schronach. Metale można ochronić przez pokrycie ich warstwą wazeliny.

33) *Jak chronimy przed działaniem gazów żywność?*

Żywność możemy zabezpieczyć w uszczelnionych pomieszczeniach lub opakowaniach.

34) *Jaki znamy sprzęt do obrony osobistej?*

Maskę przeciwgazową, aparat tlenowy, ubranie ochronne.

35) *Co to jest maska przeciwgazowa?*

Jest to przyrząd, który nałożony na twarz chroni oczy i drogi oddechowe przed działaniem gazów bojowych. ³⁵¹

Tak przedstawiała się ochrona ludności cywilnej przed atakiem gazowym. Dla wojska, zaś wydawano osobne instrukcje. W jednej z nich z 1924 r. wydanych przez MSWojsk. dowiadujemy się, iż także ta obrona dzielona była na ochronę indywidualną i zbiorową. Celem ochrony indywidualnej była „ochrona pojedynczego żołnierza przed gazami bojowymi przy pomocy specjalnych aparatów” ³⁵². Takimi „aparatami” były przede wszystkim maski przeciwgazowe, które stosowane były w tzw. obronie lekkiej, natomiast w ciężkiej wykorzystywano aparaty tlenowe. W instrukcjach opisywano różne maski, ze względu na kraj pochodzenia: francuskie, angielskie ³⁵³, niemieckie, rosyjskie i czechosłowackie ³⁵⁴. Polską maską przeciwgazową była wz.24 popularnie zwana R. S. C. od pierwszych liter imion trzech konstruktorów - Robert, Saunier i Cantot ³⁵⁵. Produkowana była ona w Polsce w Wojskowej Wytwórni Sprzętu Przeciwgazowego w Radomiu na licencji francuskiej. Do roku 1939 maska ta oprócz maski typu wz.32, była podstawowym środkiem ochrony

³⁵¹ Liga Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej, *Naucz się bronić przed gazami bojowymi. Zbiór pytań, odpowiedzi i przykazań z obrony przeciwgazowej*, Warszawa 1933 r., s. 6-7.

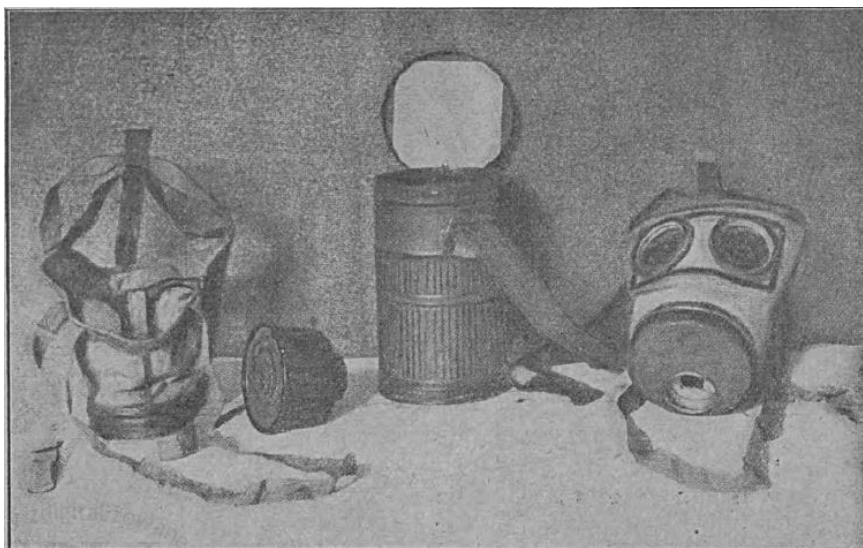
³⁵² Ministerstwo Spraw Wojskowych, *Tymczasowa instrukcja o ochronie przeciwgazowej*, Warszawa 1924 r., s. 13.

³⁵³ Tamże, s.13-43.

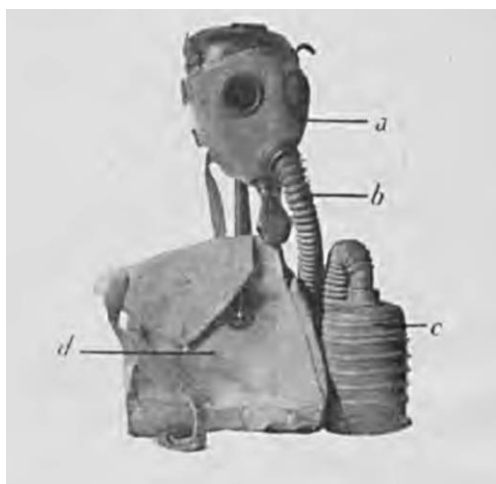
³⁵⁴ *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej ze szczegółowym uwzględnieniem zasad ratownictwa przeciwgazowego*, pod. red. ppłk. Dr. Władysława Radziszewskiego i mjr. Józefa Chrzęszczewskiego, Warszawa 1935 r., s. 322-324.

³⁵⁵ J. Andrzejewski, *Maska przeciwgazowa używana w Polsce*, Nakładem LOPP, 1930 r.

przeciwchemicznej na wyposażeniu Wojska Polskiego. Używana była także poza wojskiem. Znajdowała się ona np. na wyposażeniu LOPP.



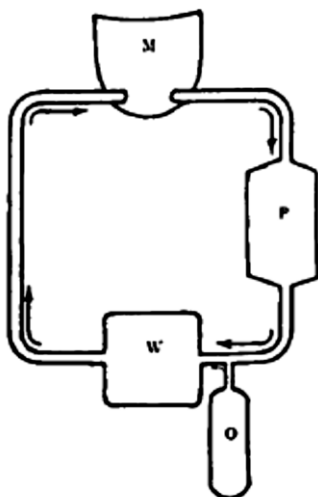
Maska przeciwgazowa R. S. C., źródło: J. Andrzejewski, *Maska przeciwgazowa używana w Polsce*, Nakładem LOPP, 1930 r., s. 3.



Maska przeciwgazowa wz. 32,
A - maska właściwa,
B - rura wydechowa,
C - pochłaniacz,
D - torba

źródło: MSWojsk., *Instrukcja o masce przeciwgazowej ludzkiej wz.32*, Warszawa 1936 r., s. 4

Aparaty tlenowe stosowane były w przypadkach zakażeń ciężkich i całkowicie izolowały układ oddechowy człowieka od otoczenia. Wszystkie modele posiadały zatem układ zamknięty i wszystkie posiadały takie same, wspólne części składowe.



Szkic układu i działania składowych aparatu tlenowego.
M – maska lub ustnik oraz zaciskacz do nosa,
O – butla z tlenem,
P – pochłaniacz z materiałem alkalicznym
W – worek tlenowy.
Pomiędzy nimi znajdowały się rury tlenowe łączące poszczególne części aparatu.

Źródło: *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej...*, dz. cyt., s. 368.

Wyróżniano następujące aparaty tlenowe: płucne, automatyczno – płucne, o stałej wydajności, automatyczno – płucne o stałej wydajności tlenu, izolacyjno – oksylitowe.

W aparatach płucnych tlen dopuszczalny był poprzez ręczne odmykanie zaworu. Cała uwaga musiała być skoncentrowana na mechanizmie. Należało uważać aby do obiegu nie wpuścić zbyt dużej ilości powietrza, co skutkowało by uszkodzeniem. Aparaty automatyczno – płucne charakteryzowały się, iż urządzenie już samo zapewniało dopływ powietrza do obiegu (worka). Istniało jednak niebezpieczeństwo dopuszczenia tlenu ze zbyt wielką szybkością, co skutkowało uszkodzeniem worka lub zaworu dopustowego. Poza tym powyższe aparaty nie zapewniały prawidłowego dostarczania tlenu, szczególnie przy wyętej pracy fizycznej. Aparaty automatyczno-płucne, pomimo znacznego ulepszenia w porównaniu z płucnymi, nie zapewniały jednak zawsze odpowiedniego dopływu tlenu. Szczególnie wyraźnie występowało to przy wyętej pracy lub w spoczynku, kiedy głębokość wdechu jest bardzo niewielka. W pierwszym przypadku ilość tlenu doprowadzonego przez zawór dopustowy była zbyt mała w stosunku do zapotrzebowania, w drugim zaś worek zapadał się dopiero po kilku wdechach, podczas których powietrze doprowadzane do płuc zawierało coraz mniej tlenu.

Aparaty o stałej wydajności charakteryzowały się urządzeniem, które po otwarciu butli tlenowej, dopuszczały stale jednakowe ilości tlenu do worka. Jak czytamy w źródle: „(...) ponieważ dopływ tlenu obliczony jest na pracę średnią (ok. 1,5/min.), może się zdarzyć, że podczas odpoczynków lub przy małym wysiłku, worek będzie zbyt się wypełniał, a nawet może zostać uszkodzony. Dla uniknięcia takich ewentualności aparat zaopatrzony jest w automatycznie działający zawór wypustowy. Przy wysiłkach większych, kiedy ustalony dopływ z butli jest niewystarczający, należy za pomocą ręcznie uruchamianego wentyla doprowadzić dodatkowe, brakujące ilości tlenu”³⁵⁶. Pomimo ulepszeń i te nie mogły być uznawane za „zupełnie zadowalające”, bowiem „ (...) wymagają interwencji w momentach dużego wysiłku, a więc również i dużego zaabsorbowania uwagi pracującego, a pozatem już w swym założeniu są mało ekonomiczne, gdyż szybkość wyczerpania zapasu tlenu jest niezależna od rzeczywistego zapotrzebowania i zbyt duża przy małym wysiłku lub podczas spoczynku”³⁵⁷.

Aparaty automatyczno – płucne o stałej wydajności tlenu były połączeniem dwóch powyższych urządzeń. Likwidował on wcześniejsze problemy techniczne i przez ekspertów

³⁵⁶ *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej...*, dz. cyt., s. 370.

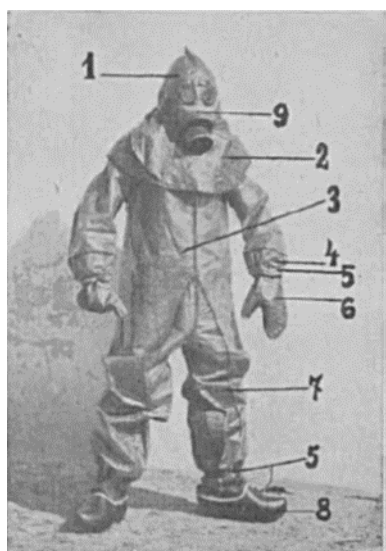
³⁵⁷ Tamże.

był on najbardziej polecanym. Aparaty izolacyjno – oksylitowe, różniły się od tlenowych zasadniczo tym, iż stosowano w nich pochłaniacz z nadtlenkami zamiast alkalicznego i mniejszej niż normalnie butli z tlenem. W przypadku zaopatrzenia aparatu w urządzenie automatyczno-płucne, butla stanowiła dodatkowe źródło tlenu, które uruchamiane było automatycznie w miarę potrzeby³⁵⁸.



Aparat tlenowy automatyczno - płucny H. S. S. model 1924 r. , wyrób niemieckiej fabryki Draeger. Najbardziej popularny w Polsce. Źródło: *Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwigazowej...* dz. cyt., s. 372.

Oprócz różnego rodzaju aparatów i masek chroniących układ oddechowy stosowano obronę na pozostałe części ciała. Ubranie ochronne nie było jednak sprzętem obrony osobistej każdego, gdyż było ono zbyt ciężkie i niewygodne w użyciu. Przeznaczone było ono dla tych, którzy pełnili czynności ratownicze, a więc dla członków drużyn odkażających i sanitarno - ratowniczych, w pewnych wypadkach także dla członków



drużyn przeciwpożarowych i technicznych. Ubrania ochronne występowały w trzech typach: I — kombinezon, kaptur, rękawice i buty, II — kurtkę, spodnie, kaptur, rękawice i buty, III — kurtkę z kapturem, spodnie, rękawice i buty³⁵⁹.

Ubranie ochronne typu I.

- 1 — kaptur typu I;
- 2 — pelerynka zewnętrzna kaptura;
- 3 — kombinezon;
- 4 — narękawek;
- 5 — sznurek do uszczelniania narękawka;
- 6 — rękawice;
- 7 — nogawice;
- 8 — buty (saboty drewniane typu holenderskiego)
- 9 — maska przeciwigazowa.

Źródło: Z. Marynowski, dz. cyt., s. 34.

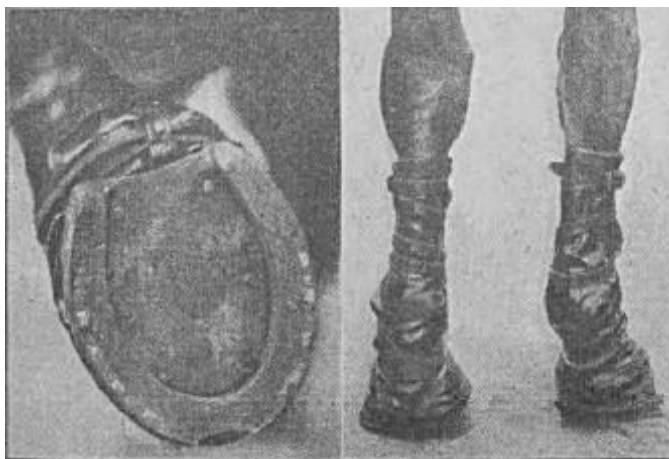
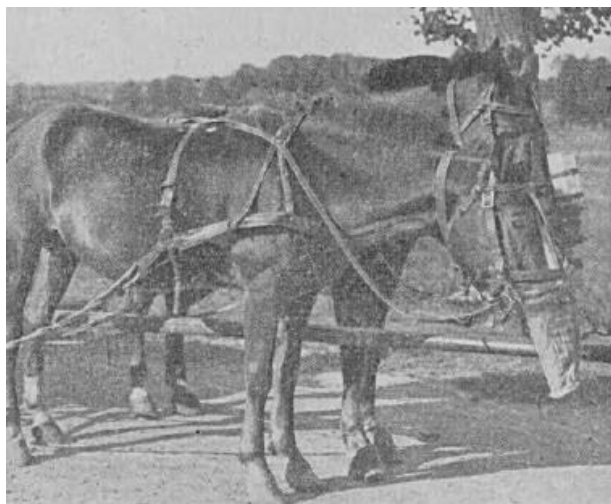
³⁵⁸ Tamże, s. 371.

³⁵⁹ Z. Marynowski, *Drużyny odkażające*, Warszawa 1937 r., s. 14.



Ubranie ochronne typu I. Źródło: Z. Marynowski, dz. cyt., s. 36.

Warto nadmienić także, że ochronie przeciw gazowej oraz przeciw chemicznej podlegały zwierzęta służące w armii: konie, psy i gołębie. Konie miały skonstruowane specjalne maski gazowe i buty ochronne, psy również maski, a gołębie zamykane były w skrzynkach ochronnych.



Konie w maskach przeciwigazowych oraz buty ochronne dla koni. Źródło: Z. Marynowski, dz. cyt., s. 32-33.

Oprócz wyżej omówionej obrony indywidualnej przeciwigazowej, zarówno wojsko jak i obrona cywilna wyróżniało tzw. obronę zbiorową. Polegała ona na: „a) odpowiednim zorganizowaniu w przednich liniach służby obserwacyjno - alarmowej; b) urządzeniu schronów przeciwigazowych oraz zaopatrzeniu tychże we wszelkie środki, potrzebne do

odkażania gazami zatrutych terenów i materiałów; c) wyćwiczeniu żołnierzy w umiejętnym zachowaniu się przed, podczas i po napadzie gazowym”³⁶⁰.

Pomimo bardzo rozbudowanej ochrony i działań profilaktycznych zarówno wojsko, jak i cywile musieli być przygotowani do udzielania pierwszej pomocy w przypadku zatrucia i powikłań związanych z gazami i innymi środkami broni chemicznej.

Do pomocy ludności oraz wojska powołano specjalne służby, tzw. drużyny odkażające. *„Służba odkażająca powołana jest do odkażania z bojowych środków chemicznych: terenu, jego pokrycia, zabudowań, maszyn, różnych przedmiotów, tkanin, wyrobów skórzanym itp. Do przeprowadzania tych zadań rozporządza ona drużynami odkażającymi, punktami odkażającymi i odkażalniami. Ludziom skażonym udzielają pomocy punkty i kąpieliska sanitarne, natomiast zwierzętom — ambulatoria weterynaryjne wraz z kąpieliskami dla zwierząt i pogotowiami. Służba odkażająca, dobrze przygotowana do wypełnienia swych zadań, umożliwi szybką likwidację skutków napadu chemicznego i pozwoli na wznowienie normalnego biegu życia w stosunkowo niedługim czasie*”³⁶¹.

Pomijając służby specjalne, które w razie zagrożenia udzielały pomocy, wydawano wiele rozmaitych instrukcji dotyczących pierwszej pomocy przeciwgazowej zarówno dla wojska jak i dla ludności cywilnej. Poniżej mamy tabelę autorstwa MSWojsk., która przedstawia ważniejsze zagrożenia oraz ich ratunek.

³⁶⁰ MSWojsk., *Tymczasowa instrukcja o ochronie*...dz. cyt., s. 43- 44.

³⁶¹ Z. Marynowski, *Drużyny odkażające*, Warszawa 1937 r., s. 9.

Tabliczka gazów, ich działanie, zapach i środki zapobiegawcze.

G A Z Y T R U J ą C E.			G A Z Y D U S Z ą C E.		
Nazwa	1	Zapach	Nazwa	1	Zapach
C Z A D	1	Bez zapachu	C H L O R	1	Własny
K W A S P R U S K I	1	Gorzkich migdałów	F O S G E N	1	Zgniłego siana
	1		D W U F O S G E N	1	Zgniłych owoców
	1		C H L O R O F O R M Y N A	1	Konserw ananasowych
Działanie: łączą się z hemoglobina 1			DZIAŁANIE: podrażnienie nerwu odde- 1		
krwi, która roznosi je do najdrobniej- 1			chowego, silny kaszel, oparzenie błony 1		
szych organów i paraliżują ośrodki ner- 1			śluzowej, co powoduje wytworzenie dużej 1		
wowe. 1			ilości śliny i następuje samozatopienie 1		
Kwas pruski powoduje natychmiastową 1			OBJAWY: lekkie porażenie, kaszel, oczy 1		
śmierć wskutek paraliżu nerwa oddech- 1			i klatka piersiowa rozszerzone, człowiek 1		
wego. 1			przytomny. 1		
Objawy: zawrót głowy, halucynacje 1			CIĘŻKIE PORAZENIE: silne plamy po 1		
słuchowe i wzrokowe, ciało sztywne, gło- 1			wym wyprężona w tył i nogi zgięte w ko- 1		
lanach. 1			RATUNEK: dać 2. krople eteru, nałożyć 1		
Przy lekkim zatruciu twarz czerwona, 1			maskę, ewakuować bardzo ostrożnie, okryć 1		
gorączka, człowiek robi wrażenie pijane- 1			ciepło i dać dużo pić kawy lub herbaty. 1		
go, rzuca się i bije. 1					
Ratunek: aparat tlenowy i sztuczny 1					
oddech. 1					
GAZY DRAŻNIĄCE-ŁZAWIĄCE.			GAZY ZAPACHO-PALĄCE.		
K A M I T	1	Chlorku	Y P E R Y T	1	
	1		"Król gazów"	1	Chrzeanu-czosnku
A D A M S I T	1	Ostry	C E D E N I T	1	Słodkich migdałów
B R O M O A C E T O N	1	Przyjemny	L E W I S Y T	1	
	1		"Rosa śmierci"	1	Telargonji
B R O M E K K S Y L O L U	1	Przykry-ostry	DZIAŁANIE: rażą drogi oddechowe i 1		
B R O M E K B E N Z Y L U	1	Ostry	działają na całą powierzchnię ciała, po 1		
	1		kilku godzinach na miejsca popryskania 1		
DZIAŁANIE: drażnią błony śluzowe 1			występują czarne plamy, później pęcherze 1		
dróg oddechowych i oczu, wywołują łzy, 1			i bolesne rany. "Rosa śmierci"-paraliżuje 1		
kichanie i wymioty. Kamit przy dużej 1			RATUNEK: posypać miejsca popryskane 1		
koncentracji ślepi. 1			wapnem chlorowanym w ciągu 5. minut, oczy, 1		
RATUNEK: przemyć miejsca porażone 1			nos i usta przemyć jak przy gazach draż- 1		
wodą zmieszaną z sodą oczyszczoną. 10. 1			niących. Chorych izolować, gdyż gazy te 1		
łyżeczek sody na jeden litr wody. 1			posiadają własność choroby zaraźliwej. 1		

Źródło: MSWojsk., Tymczasowa instrukcja o ochronie..., dz. cyt., s. 76.

Bojowe środki chemiczne uszkadzały przede wszystkim trzy sfery ludzkiego ciała: oczy, układ oddechowy i skórę.

Jako pierwsi pomocy ratowniczej poszkodowanym udzielali patrole sanitarne. Samych zbiegów leczniczych na terenie walki jeśli to nie było koniecznością to starano się ich nie podejmować i była tylko możliwa w wyjątkowo sprzyjających okolicznościach. Jak czytamy w Instrukcji ratownictwa przeciwgazowego z 1939 r.: „*Patrole sanitarne z natury rzeczy mogą udzielać tylko najniezbędniejszej pomocy, posługując się środkami przewidzianymi w ich zaopatrzeniu, np. podawanie zatrutym gazami duszącymi i sternitami kropli walerianowych na eterze. Zagazowanym, u których stwierdzono przyspieszone oddychanie połączone z dużym wysiłkiem oraz wszystkim zatrutym gazami duszącymi należy rozluźnić części ubrania, które mogą krępować oddychanie, a więc kołnierze, mundury na piersiach itd. Pasy i sprzęt bojowy należy zdjąć*”³⁶².

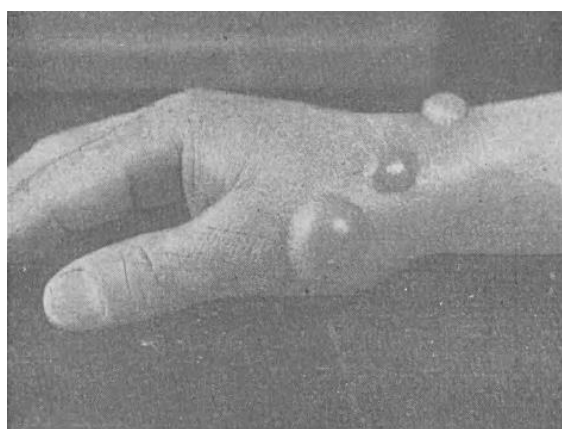
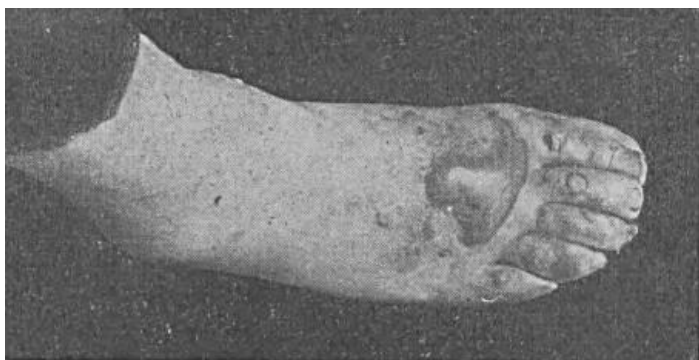
Poszkodowani żołnierze, jak najszybciej mieli trafić do punktów opatrunkowych\punktów przeciwgazowych. W zależności od wskazań taktycznych dowódca kompanii sanitarnej przy pomocy plutonu przeciwgazowego (dowódca plutonu sanitarnego przy pomocy drużyny przeciwgazowej) rozwijał na głównym punkcie opatrunkowym ratowniczy punkt przeciwgazowy, który umieszczało się niezbyt daleko od linii bojowej, na terenie nieskażonym. „*Punkty takie urządza się na otwartych miejscach przewiewnych, w miarę możliwości nad brzegiem rzeki lub stawu, a w każdym razie nie w piwnicach, zagłębieniach lub dolinach; gazy powstałe wskutek eksplozji pocisków gazowych lub przenoszone podmuchem wiatru mogą osiadać w miejscach najniższych i zgęszczać się do tego stopnia, że obszary te stają się niebezpieczne. Ratowniczy punkt przeciwgazowy zasadniczo powinien mieć osobne pomieszczenia dla za trutych gazami trującymi, duszącymi i drażniącymi, osobne zaś dla zaiperytowanych. Ratowniczy punkt przeciwgazowy powinien od razu wydzielić wszystkich lekko za trutych i niezatrutych (symulantów), dla przyspieszenia powrotu tych ostatnich do szeregów. Wszystkie wypadki ciężkich uszkodzeń muszą być natychmiast rozpoznane dla poddania ich ratowniczym zabiegom lekarskim*”³⁶³. Jakże to były zabiegi? Otóż przede wszystkim wszyscy, którzy posiadali uszkodzenia środkami parzącymi podlegali kąpieli z natryskiem, przemyciu skóry środkami neutralizującymi, zmianie bielizny i odkażeniu ubrania. Punkty ratownicze miały dysponować odpowiednimi akcesoriami i zaopatrzeniem w mydło i środki neutralizujące. W dalszej kolejności zagazowani, odpowiednio

³⁶² MSWojsk., *Instrukcja ratownictwa przeciwgazowego*, Warszawa 1939 r., s. 25.

³⁶³ Tamże, s. 6-7.

posegregowani, byli zaopatrzeni w karty lekarskie z oznaczeniem rodzaju i stopnia uszkodzenia i ewakuowani partiami pod opieką podoficerów sanitarnych. Do szpitali polowych trafiał ciężkie przypadki porażeń narządów oddechowych i układu krwionośnego, zaiperytowani zaś w okresie początkowym z wyraźnymi zmianami skóry, wymagającymi dłuższego leczenia, transportowani byli na stację ewakuacyjną.

Postępowanie w przypadkach zatrucia iperytem w punktach opatrunkowych było inne, niż w przypadku pozostałych środków chemicznych. Brano pod uwagę trwałość iperytu i jego zdolność wsiąkania w ubranie i sprzęt wojskowy. W celu zapobiegania jego roznoszeniu należało przede wszystkim odosobnić jak najdokładniej zaiperytowanych od uszkodzonych innymi gazami oraz od rannych. Szczególnie niebezpieczne było skupienie zaiperytowanych razem z innymi zagazowanymi w pomieszczeniach zamkniętych, np. w schronach przeciwgazowych, gdyż w tych warunkach nie tylko zetknięcie się, lecz także parowanie iperytu z ubrań mogło spowodować nowe uszkodzenia. Kolejną czynnością był podział zaiperytowanych na dwie grupy, a mianowicie: zaiperytowanych, którzy się zgłosili w okresie utajonym objawów chorobowych, czyli przed ich wystąpieniem, oraz tych, którzy już mieli te czy inne objawy chorobowe (zespół objawów chorobowych oczu, na skórze, w układzie oddechowym i przewodzie pokarmowym).



Oparzenia iperytem, źródło: Z. Marynowski, *Drużyny odkażające...*, dz. cyt., s. 15-16.

Wypadki pierwszej grupy zachodziły wówczas, gdy zagazowany z pewną ścisłością mógł określić część ciała, która uległa zaiperytowaniu. Miejscowe zaiperytowanie skóry, bez objawów palenia, można było odkażać jednym z następujących sposobów: „a) *Kilkakrotne zmywanie wodą, lepiej ciepłą z mydłem, które usuwa resztki niewchłoniętego iperytu oraz tłuszcz skóry, kurz itd.* b) *Co najmniej dwukrotne zmywanie alkoholowym roztworem mydła zielonego, a następnie zmywanie wodą z tymże mydłem.* c) *Obfite pudrowanie zaiperytowanej*

*powierzchni skóry wapnem chlorowanym przy zastosowaniu niżej podanych ostrożności”*³⁶⁴. Wapno chlorowane musiało być świeże, suche, bardzo drobno sproszkowane i bez grudek. Najlepiej jak było zmieszane z równą częścią łojku. Skórę należało dokładnie wysuszyć, gdyż wilgotnej nie można było posypywać wapnem chlorowanym. Nie należało także używać wapna chlorowanego na częściach skóry bardziej delikatnej, np. w okolicach pachwin i pod pachami, na organach płciowych, powiekach, między palcami nóg lub pod opatrunkiem, gdyż w ten sposób można było wywołać objawy zapalne tych miejsc. Nie wolno było ponadto stosować wapna chlorowanego przy objawach rozpoczynającego się już zapalenia skóry wskutek działania iperytu. Można je było utrzymać na skórze, zależnie od wrażliwości zagazowanego przez 3 do 8 minut, po czym należało umyć to miejsce wodą z mydłem.

W walce z iperytem lekarze w uszkodzeniach skórnych stosowali także roztwór annogenu³⁶⁵. Przemycano nim rany, a także dopuszczano okłady z 0,25% jego roztworu, jednak najwyżej przez 3 – 4 godziny.

Jeśli chodzi o leczenie oczu z iperytu proponowano następujące metody: *„Worki spojówkowe oczu należy przemyć przy pomocy wanienki ocznej lub irygatora specjalną rurką z roztworem dwuwęglanu sodu (22,5 : 1000,0) albo roztworem nadmanganianu potasu (1,0 : 4000,0 — 6000,0 roztworu fizjologicznego), lub 2% roztworem kwasu bornego. Obrzęk powieki należy możliwie szeroko otwierać, aby wypłukać najgłębsze składki śluzówki, jednakże unikać jakichkolwiek mechanicznych podrażnień, np. wycierania wata, energicznego wywracania powiek itd. Silny światłowstręt wymaga zakrapiania do worka spojówki 2% roztworu nowokainy*³⁶⁶. *Powieki w stanie zapalnym należy często i obficie smarować następującą zawiesiną: Talci*³⁶⁷, *Calci carbonici*³⁶⁸, *Aquae calcis*³⁶⁹, *Glycerini aa*³⁷⁰ „³⁷¹. Oprócz tego jako zabiegi profilaktyczne zalecano stosowanie przepłukiwania przewodów nosowych, jamy ustnej oraz gardła tym samym roztworem dwuwęglanu sodu. W instrukcji ratowniczej wspomniano także że powyższy roztwór nadawał się również do picia jako środek profilaktyczno-leczniczy.

W szpitalach polowych można było wykonywać już dokładniejsze zabiegi lecznicze. I tak w przypadku zakażonych iperytem stosowano, m.in. wilgotne okłady nawet pod ceratką

³⁶⁴ Tamże, s. 39.

³⁶⁵ Chloramina – środek odkażający.

³⁶⁶ Miejscowy środek znieczulający.

³⁶⁷ Talk.

³⁶⁸ Węglan wapnia.

³⁶⁹ Woda wapienna.

³⁷⁰ Gliceryna rozcieńczana w wodzie.

³⁷¹ MSWojsk., *Instrukcja ratownictwa...*, dz. cyt., s. 42-43.

z rozczyńców odkażających, np. rozczyń Burowa 2%, rozczyń kwasu bornego, 1% rozczyń iochtiolu, 2 — 3% rozczyń aluminium acelicotartarici³⁷². „*Leczenie uszkodzeń oczu polega przede wszystkim na usuwaniu ropnej wydzieliny z worka spojówkowego za pomocą częstego płukania słabymi rozczyńcami odkażającymi, które uprzednio były polecane, oraz na łagodzeniu bólu wkraplaniem rozczyń nowokainy i zastosowaniem wilgotnych okładów. Stosowanie stałych opatrunków jest przeciwwskazane*”³⁷³. Co się tyczy przebiegu ciężkich uszkodzeń dróg oddechowych, warunki szpitalne pozwalały na przykład przy owrzodzeniach jamy ustnej i tylnych łuków gardła na częste płukanie wodą utlenioną, słabymi rozczyńcami odkażającymi. Stosowano także zwykle antyseptyczne pędzlowanie, np. rozczyńcem nasyconym metylenblau med.³⁷⁴ z dodaniem 1% kokainy itd. Używano także często leków popularnych wówczas w laryngologii.

W przypadku silnych zatruc dróg oddechowych w punkcie opatrunkowym, proponowano stosowanie ogólnych zasad ratowniczych do leczenia objawów ogólnych. Zależnie od postaci chorobowych podawać należało np. środki nasercowe przy zaburzeniach czynności serca, kodeinę w razie silnego kaszlu, środki uspokajające (brom, piramidon, weronal itd.) w razie silnych bólów. Jeśli chodzi zaś o postępowanie wobec gazów duszących zarówno rokowanie, jak i leczenie zależały prawie wyłącznie od stopnia uszkodzeń narządów oddechowych i krążenia krwi, a nie od budowy chemicznej związku, który zadziałał. W grupie zatrutych środkami duszącymi istniały różne stopnie uszkodzeń poczynawszy od najłżejszych (zagazowani sprawiali wrażenie nawet zdrowych) do najcięższych — konających już w chwili przybycia na punkt opatrunkowy. „*Najcięższe postacie zatruc przybywają na punkt opatrunkowy już z objawami sinicy. Obie postacie sinicy, tj. tzw. szara i zwykła o kolorze niebieskim czy też wiśniowym, są oznaką niedoboru w najwyższym stopniu tlenu w organizmie, który występuje wskutek obrzęku płuc pochodzenia toksycznego. W tych wypadkach często, lecz nie zawsze, cieknie z ust i otworów nosowych żółtawo różowa piana (jeden z objawów obrzęku płucnego). Zatruty rozpaczliwie chwyta powietrze, oddech ma powierzchowny i przyspieszony do 40 i więcej na minutę, przerywany spazmatycznym i bolesnym kaszlem. Badanie narządów oddechowych przy osłuchiwaniu wykazuje objawy znamienne dla uszkodzenia oskrzeli i obrzęku płuc. Inne dane świadczą, że stan zatrutego pod*

³⁷² Kwaśny cytrynian glinu - Znajdujący się w listkach herbaty glin łączy się z sokiem z cytryny. W ten sposób tworzy się cytrynian glinu.

³⁷³ Tamże, s. 112.

³⁷⁴ Błękit metylenowy – organiczny związek chemiczny. Barwnik tiazynowy o charakterze soli. W temperaturze pokojowej jest to bezwonny, ciemnozielony proszek, z wodą daje niebieski roztwór.

względem rokowania jest w najwyższym stopniu groźny. Szczególnie zwraca uwagę niedomoga serca, gdyż tętno jest nieraz ledwo wyczuwalne, do 160 uderzeń na minutę. Kończyny zimne, skóra na nich lepka, często stan nieprzytomny”³⁷⁵. Oczywiście zdarzały się także lżejsze zatrucia wówczas wygląd zewnętrzny chorych nie zdradzał na początku wyraźnych oznak sinicy. Twarz najczęściej czerwona, rzadziej blada. Najbardziej znamienne były zaburzenia oddechowe w postaci oddechu znacznie przyspieszonego, powierzchownego lub utrudnionego, który często przerywany był męczącym kaszlem.

Jak sobie radzono w kwestii leczenia? Przy objawach szarej sinicy ratowanie należało rozpocząć od niezwłocznego podawania w obfitej ilości tlenu, zastrzyków z kofeiny, lub kamfory jednocześnie. W wypadkach sinicy zwykłej stosowano upuszczanie krwi oraz podawanie tlen oraz środków nasercowych. Poza tym obowiązywały podstawowe wymagania ratownictwa, tj. spokój, ogrzewanie ciała, usunięcie krępującego ubrania oraz parujących z niego gazów.

II Rzeczpospolita miała dobrze rozbudowany system szkoleń i obrony przeciwgazowej, sama także broń chemiczną produkowała. Inne państwa europejskie zbroiły się w tego typu zasoby, a zagrożenie ze strony sąsiadów Polski ciągle wzrastało, zatem koniecznością było wyposażać w nią armię. Należy jednak zaznaczyć, iż przed II wojną światową Polska produkowała broń chemiczną na skalę laboratoryjną i półtechniczną w składnicy Pocisków w Rembertowie, a na większą skalę w wytwórni amunicji w Zegrzu. Iperyty produkowany był w fabryce materiałów wybuchowych w Pionkach, a pociski i miny z ładunkiem chemicznym, głównie z rozcieńczonym (10-15%) iperytem, w zakładach zbrojeniowych w Skarżysku - Kamiennej. Broń chemiczną badano i produkowano w pewnym okresie również w wytwórni Fort Bema w Warszawie. Do przeprowadzania prób z tą bronią służyły poligony doświadczalne w Rembertowie i Zegrzu³⁷⁶.

2.5 Leczenie rodzin oficerów

Ponieważ pojęcie leczenia zostało już w pełni wyjaśnione w poprzednich podrozdziałach, a także omówiona została w pełni kwestia żołnierzy oraz oficerów w tym zakresie, to w tym podrozdziale pozwolę sobie przybliżyć problem leczenia ich rodzin.

³⁷⁵ Tamże, s. 47-48.

³⁷⁶ L. Konopski, dz. cyt. s. 13.

Oficerowie korpusu sanitarnego byli zobowiązani nieść pomoc medyczną najbliższej rodzinie oficerów oraz równorzędnym, przydzielonym do oddziału lub zakładu, w którym dany oficer pełnił służbę. Przez najbliższą rodzinę należało rozumieć żonę i dzieci. Rodziców i rodzeństwo oficera, zaś tylko wtedy jeśli byli utrzymywani przez danego oficera. W nagłych przypadkach niesienie pomocy odbywało się za darmo, jednak koszty podróży lekarza do chorego musiały zostać pokryte³⁷⁷.

Porada lekarska dla rodziny w domu oficera mogła odbywać się tylko w przypadku naprawdę ciężkich zachorowań. Wówczas oficer zwracał się z kartą służbową do swego przełożonego, z prośbą o skierowanie lekarza do chorego członka rodziny. Natomiast w stanach nagłych, zagrożenia życia udawał się wprost do lekarza oddziałowego lub do inspekcyjnego przy komendzie garnizonu.

Bezpłatnej pomocy lekarskiej udzielały rodzinom oficerów także laboratoria (przychodnie wojskowe), czynne przy szpitalach wojskowych okręgowych lub rejonowych oraz lekarze w izbach chorych oddziałowych i garnizonowych. W szpitalach, zaś porad mogli udzielić specjaliści każdej gałęzi medycyny. Także bezpłatnie przysługiwało mi wykonywanie wszelkich badań pomocniczych i klinicznych (np. promieniowanie Rentgenowskie)³⁷⁸.

Również w ambulatoriach dentystycznych z porad, zabiegów i plombowania korzystano za darmo. Plomby z materiałów szlachetnych były jednak płatne w pełni, zresztą także w przypadku oficerów.

Rodzinom oficerów także przysługiwało otrzymywanie leków z aptek wojskowych na recepty wystawione przez lekarzy wojskowych. Ich cena odpowiadała rzeczywistym kosztom z doliczeniem taksy wykonanie. Chcąc jednak otrzymać lekarstwa dostarczali oni puste flaszki i korki aby uniknąć dodatkowych kosztów³⁷⁹.

W razie leczenia szpitalnego rodziny oficerów starano się umieszczać w szpitalach wojskowych. Wyjątki od tej reguły przewidziane zostały w Rozkazie MSWojsk. w Dzienniku Rozkazów Nr. 2/22 poz. 44, w Dziale I. Na jego podstawie ustalało się, iż zarówno oficerowie i równorzędni, chorążowie, szeregowi oraz ich rodziny, w następujących przypadkach nie mogą być umieszczeni w szpitalach wojskowych i byli to: chorzy na gruźlicę, chorzy na ostre infekcje, chorzy umysłowo. Także w przypadku zagrożenia życia chorego umieszczano się w najbliższej jednostce szpitalnej bez względu na jej charakter³⁸⁰. Koszty utrzymania

³⁷⁷ Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3, s. 116.

³⁷⁸ Tamże, s. 117.

³⁷⁹ Tamże, s. 116.

³⁸⁰ Dziennik Urzędowy województwa krakowskiego, nr. 2, 15.02.1923 r., s. 9.

i leczenia swych rodzin w szpitalach cywilnych ponosiły zatem całkowicie osoby wojskowe (głowa rodziny), z wyjątkiem wypadków, wymieniony powyżej. Wówczas należało opłacić wyżywienie wraz z dodatkiem drożyznianym, resztę pokrywał komendant korpusu oddziału, do którego przynależał dany wojskowy³⁸¹.

Rozporządzenie MSWojsk. z dnia 9.11.1922 r. nr. 21209 określa, że w razie oddania osoby uprawnionej do leczenia na koszt MSWojsk. do szpitala cywilnego ustala następujące postępowanie:

„1. Oprócz szczegółowo wypełnionych kart oddania do szpitala z rubryk „wyekwipowanie skarbowe, z którym chory odszedł do szpitala”. Oddział wystawić powinien pokwitowanie odbioru chorego względnie rzeczy skarbowych, które po potwierdzeniu przez szpital cywilny, eskortujący zabiera do oddziału wysyłającego chorego.

2. Gdy ustanie konieczność leczenia w szpitalu cywilnym względnie transport takiego chorego (chorej) do szpitala wojskowego jest możliwy, szpital cywilny zawiadamia o tem oddział, który chorego oddał na leczenie, oddział winien wówczas chorego zabrać i postąpić z nim według orzeczenia szpitala cywilnego”³⁸².

Oprócz powyższego szpital cywilny oddając chorego, wystawiał dokument, w którym potwierdzał okres leczenia, rozpoznanie, orzeczenie co do dalszego postępowania oraz ewentualnie spis zwracanych skarbowych przedmiotów³⁸³.

Ważną kwestią w leczeniu rodzin oficerów była pomoc położnicza. Szpitale okręgowe posiadały specjalne oddziały ginekologiczno-położnicze. I jak mówił Almanach oficerski z przełomu 1923/1924 r. : *„Żony oficerów potrzebujące pomocy położniczej powinny być zasadniczo umieszczane w tych oddziałach”³⁸⁴*. Tylko w wyjątkowych okolicznościach do żony oficera wymagającej natychmiastowej pomocy, mógł być wezwany do domu ordynator oddziału położniczo-ginekologicznego. W razie niemożności przybycia wzywano innego lekarza wojskowego o powyższej specjalizacji. Jeśli i tak owy nie mógł przyjść, wzywano lekarza cywilnego – wówczas oficerowi przysługiwał całkowity zwrot kosztów wizyty. Zdarzało się jednak, że nie we wszystkich miejscowościach przy szpitalach okręgowych funkcjonował oddział położniczo - ginekologiczny. W przypadku gdy kobieta nie mogła być przewieziona do najbliższego szpitala wojskowego, pomocy udzielał jej lekarz wojskowy

³⁸¹ Tamże.

³⁸² Tamże.

³⁸³ Tamże, s. 10.

³⁸⁴ Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3, s. 117.

danego garnizonu, wyspecjalizowany w położnictwie. Jednakże w razie jego nieobecności, przysługiwał oficerowi całkowity zwrot kosztów leczenia.

Co się tyczy wezwań domowych akuszerki, zwrot kosztów należał się tylko wtedy gdy wezwanie następowało na skutek zlecenia lekarza wojskowego. Zastrzegano także, że nieuzasadniona pomoc lecznicza w domu i jej koszty nie będą zwracane.

Do momentu wybuchu II wojny światowej kwestie leczenia były poruszane jeszcze w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12.01.1931 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla wojskowych zawodowych, ich rodzin, oraz emerytów, a także w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 26.03.1934 r. o pomocy lekarskiej dla żołnierzy wojska i marynarki wojennej oraz ich rodzin. W/w rozporządzenia dotyczyły jednakże głównie oficerów, dla ich rodzin wcześniej ustalone normy i zasady nie uległy większym zmianom.

Warto nadmienić, iż rodziny oficerów mogły także korzystać z miejsc w zakładach leczniczych specjalnych oraz sezonowych. Pierwszeństwo, jednakże mieli oficerowie, a dopiero gdy pozostały miejsca w w/w otrzymać je mogły rodziny oficerskie.

Na zakończenie należy zaznaczyć, że „wyszczególniona” opieka zdrowotna żołnierzy i ich rodzin obowiązywała do 1989 r. Następnie w coraz większym stopniu dwa piony: wojskowy i cywilny służby zdrowia, które przecież tak były widoczne w okresie II RP, zaczęły się całkowicie zacierać.

2.6 Rola cywilnej służby zdrowia i Polskiego Czerwonego Krzyża w wojskowej służbie zdrowia

W II RP wojsko stanowiło bardzo ważny element w społeczeństwie. Większość państwowych organizacji miało charakter wojskowy, także te związane ze służbą zdrowia. Sprawy zdrowotne można jednak podzielić na dwa odrębne: cywilne i wojskowe. Były one jednakże ze sobą związane i pewne elementy „przeplatały się”.

W sytuacji ciągłych wojen Państwo koncertowało się przede wszystkim na zapewnieniu opieki sanitarnej wojsku. Zaczęła wówczas cierpieć cywilna służba zdrowia. Z powodu braku sanitarnych kadr personalnych, które na czas wojny były powołane do wojska nie miał kto zapewniać należytej opieki społeczeństwu. Powodowało to liczne prośby władz o zwalnianie lekarzy do cywila. Brak służb medycznych i sanitarnych był bardzo odczuwalny. Przez cały okres II Rzeczypospolitej, aż do roku 1939 owych braków nie udało się wypełnić.

Już od momentu kształcenia kadr sanitarnych dualizm jest zauważalny. Mianowicie w II RP istniały zarówno wojskowe szkoły medyczne, ale także cywilne szkoły, kształcące przyszłych lekarzy. Otrzymywano wykształcenie medyczne na uczelni cywilnej, a szkolenie i wychowanie wojskowe na uczelni wojskowo-medycznej. Spór, który z systemów kształcenia lekarzy jest właściwy i bardziej skuteczny trwał przez całe dwudziestolecie międzywojenne.

Lekarzy cywilnych kształciły wydziały lekarskie pięciu uniwersytetów państwowych: w Warszawie, Krakowie, we Lwowie, w Wilnie i Poznaniu. Podlegały one pod Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (MWRiOP). Poniższa tabela przedstawia liczbę studentów medycyny oraz liczbę wydanych dyplomów na wydziałach lekarskich uniwersytetów państwowych w latach 1918-1939 z podziałem na płeć.

Tabela 2.6.1 Liczba studentów medycyny oraz liczba wydanych dyplomów na wydziałach lekarskich uniwersytetów państwowych w latach 1918-1939

Rok akademicki	Studenci medycyny	Liczba wszystkich wydanych dyplomów	Liczba wydanych dyplomów mężczyznom	Liczba wydanych dyplomów kobietom
1918/1919	?	64	46	18
1919/1920	?	75	60	15
1920/1921	?	120	107	13
1921/1922	4842	283	237	46
1922/1923	4927	649	574	75
1923/1924	4645	586	493	93
1924/1925	4005	758	632	126
1925/1926	3609	856	683	173
1926/1927	3757	576	446	130
1927/1928	?	590	492	98
1928/1929	?	486	?	?
1929/1930	3757	424	?	?
1930/1931	3886	382	?	?
1931/1932	3928	390	?	
1932/1933	4152			

Źródło: Opracowania własne na podstawie: E. Więckowska, <i>Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej</i>	1933/1934	4241	957	?	?
	1934/1935	?			
	1936/1937	?	Ok. 4000 ³⁸⁵	?	?
	1937/1938	?			
	1938/1939	4054	Ok. 2000	?	?

olitej, Wrocław 2004 r., s.115-119.

Na podstawie powyższych danych możemy szacunkowo, że w okresie dwudziestolecia międzywojennego udało się na cywilnych uczelnia wykształcić około 8500 lekarzy³⁸⁶, w liczbie tej zaś zdecydowaną większość stanowili mężczyźni.

Wraz z groźbą wybuchu wojny polsko – bolszewickiej³⁸⁷ zaczęto porządkować kwestie poboru lekarzy cywili. Na wypadek wojny opublikowany został Dekret Naczelnika Państwa z dnia 16.01.1919 r.³⁸⁸, na którego to podstawie wydano rozkaz z dnia 20.01.1919 r., w którym czytamy: „Zarządzam na czas potrzeby wojennej powołanie w obrębie Państwa Polskiego do służby wojskowej czynnej wszystkich lekarzy dyplomowanych, którzy nie przekroczyli 35 roku życia. Wszyscy lekarze podlegają powołaniu, obowiązani są do dn. 1 lutego b. r. stawić się w miejscowych Powiatowych Komendach Uzupełnień celem rejestracji. Lekarze powołani i zarejestrowani, którzy pełnią obowiązki publiczne, będą na wniosek Ministerstwa Zdrowia Publicznego od służby czynnej zwolnieni”³⁸⁹. Owe obowiązki dokładnie regulował rozkaz MSWojsk. z dnia 20.01.1919 r. : „Lekarze, którzy zajmują posady w służbie publicznej, jako lekarze powiatowi, gminni, ordynatorowie szpitali publicznych i t. p., mogą być na wniosek Ministerstwa Zdrowia Publicznego zwolnieni od służby czynnej”³⁹⁰. Lekarze pracujący na w/w stanowiskach jednakże i tak mieli obowiązek zgłoszenia się do Komend w celu rejestracji. Lekarzom, którzy zostali powołani do służby wojskowej, określano stopień służbowy i poborowy, biorąc pod uwagę kwalifikację zawodową oraz ilość lat pracy.

³⁸⁵ Przy założeniu że rocznie na wszystkie wydziały przyjmowano ok. 600-700 studentów oraz że studia w terminie ukończyło ok. 2/3 z nich to rocznie na każdym z wydziałów przebywało ok. 400 nowych lekarzy na każdym wydziale. Zatem rocznie (było 5 wydziałów) wydawano ok. 2000 dyplomów – Rachuba za E. Więckowską, *Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004 r., s.120.

³⁸⁶ Tamże.

³⁸⁷ Wojna rozpoczęła się 14.02.1919 r.

³⁸⁸ Dz. Roz. Wojsk., nr 22, poz. 736, z 27.02.1919 r.

³⁸⁹ Dziennik Rozkazów Wojskowych nr 8, poz. 327, z 25.01.1919 r.

³⁹⁰ Dz. Roz. Wojsk., nr 8, poz. 325, z 25.01.1919 r.

Lekarze cywilni niepowołani do czynnej służby wojskowej pełnili także obowiązki sanitarne przy oddziałach WP w miejscowościach, gdzie stacjonowały mniejsze garnizony, w których to nie było stałego lekarza wojskowego³⁹¹.

7.04.1919 r. została wydana ustawa, w której to zwiększono wiek lekarzy dyplomowanych przyjmowanych do wojska. Powołano wszystkich, którzy nie przekroczyli 42 r. ż. Bez zmian pozostała możliwość zwolnienia lekarzy pełniących funkcje publiczne³⁹². Kilka dni później tzn. 19.04.1919 r. wydano rozkaz *O powołaniu lekarzy do czynnej służby wojskowej*, co oznaczało natychmiastową mobilizację w/w³⁹³.

W sytuacjach kryzysu personalnego MSWojsk. korzystało ze wszelkich możliwych sposobów. Ze względu na ciągłe potrzeby personalne zaczęto poszerzać zakres osób, które mogłyby pełnić rolę oficerów sanitarnych w Wojsku Polskim. Na początku skoncentrowano się na studentach studiów medycznych. Mówi o tym rozkaz z dnia 26.01.1919 r.: *„Słuchacze medycyny, którzy już byli oficerami w Legionach Polskich, we wschodnich korpusach polskich, w armjach: austriackiej i niemieckiej, względnie pełnili funkcje lekarsko-oficerskie w armji rosyjskiej o ile są z 1, 2 i 3 roku medycyny mogą być przyjęci w charakterze oficerów sanitarnych. Mogą być oni używani do służby sanitarno-administracyjnej, gospodarczej lub temu podobnej, lecz nie mogą w zastępstwie pełnić funkcji lekarskiej; z 4 i 5 roku medycyny, mogą być przyjęci z rangą podporuczników i nosić miano podlekarzy. Mogą być używani w zastępstwie do pełnienia funkcji lekarskich pod nadzorem i odpowiedzialnością lekarzy. Słuchacze którzy nie byli uprzednio oficerami w wyżej w wymienionych armjach: z 1, 2, 3 roku medycyny po przyjęciu do wojska mogą być przydzieleni po wyszkoleniu wojskowem do służby sanitarnej w charakterze komendantów patroli sanitarnych przy oddziałach lub w ogóle do pełnienia służby podoficerów sanitarnych. Po półrocznem pełnieniu służby sanitarnej mogą być na wniosek lekarza oddziału mianowani podchorążymi sanitarnymi; z 4 i 5 roku medycyny mogą być po 6 - cio tygodniowem wyszkoleniu wojskowem mianowani podchorążymi podlekarzami sanitarnymi i pełnić służbę w oddziałach w charakterze podlekarzy podporuczników. Po półrocznej nienagannej służbie mogą być na wniosek lekarza oddziału mianowani podlekarzami podporucznikami. Oficerowie sanitarni i podchorążowie salinarni (t. j. medycy, 2 i 3 roku) noszą wyłogi³⁹⁴ białego koloru, podlekarzy (t. j. medycy 4*

³⁹¹ Dz. Roz. Wojsk., nr 15, poz. 532, 11.02.1919 r.

³⁹² Dz. Roz. Wojsk., nr 45, poz. 1514, 26.04.1919 r.

³⁹³ Dz. Roz. Wojsk., nr 45, poz. 1507, 26.04.1919 r.

³⁹⁴ Wyłogi (obszlegi lub klapy) – „wyłożone, odwinięte na zewnątrz części ubioru. Charakterystyczne zwłaszcza dla mundurów historycznych, gdzie występują na piersiach (zwane rabatami), na rękawach i połach. Wyłogi wprowadzono do umundurowania w XVIII wieku. Ich barwa była często barwą broni lub oddziału. Zależnie też

i 1) roku) noszą czarne aksamitne. Noszenie odznaki lekarskiej na epoletach³⁹⁵ przysługują tylko lekarzom dyplomowanym³⁹⁶. W rozkazie późniejszym, tzn. z dnia 28.02.1919 r. wprowadzono poprawkę dotyczącą studentów medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Na jego podstawie słuchacze medycyny 7 semestru „o ile nie mają przesłuchanego 5 i 6-ego semestru w innych uniwersytetach, nie mogą być na mocy obowiązujących przepisów mianowani podlekarzami, a winni być traktowani, jako słuchacze 3 – ego roku”³⁹⁷.

Pomimo zaangażowania studentów medycyny do pracy na rzecz wojska w pierwszym okresie funkcjonowania Państwa Polskiego tzn. 1918-1921 nadal brakowało rąk do pracy. Zaczęto personelem kobiecym uzupełniać braki w wojsku. W myśl idei ówczesnych władz: kobiety mogłyby zastępować w wojsku mężczyzn w pewnych obowiązkach (opieka rannych, łączność, wywiad).

Pielęgniarki podobnie jak lekarze były kształcone na cywilnych uczelniach. W czasie wojny polsko – bolszewickiej wojsko zachęcało, aby wstępowały one w jego szeregi: „Sanitariuszki (pielęgniarki) przyjęte do Wojska Polskiego, otrzymują całkowite utrzymanie, mieszkanie i określoną pracę (...)”³⁹⁸. Dekret Naczelnika Państwa szczegółowo określał poszczególne prawa pielęgniarek – sanitariuszek, a mianowicie:

1) Utrzymanie przysługuje sanitariuszkom (pielęgniarkom) według normy ulepszonej diety chorych w szpitalach.

2) Mieszkanie bezpłatne otrzymują wewnątrz szpitala o ile będzie, o ile zaś wyjątkowo mieszkają na mieście, za pozwoleniem komendanta szpitala, koszta ponoszą same.

3) Płaca przysługuje im w 1-ym roku służby - 4 Mk. dziennie, w 2-im - 4.50 Mk., w 3-im - 5 Mk., od 4-go roku zaczynając 6 Mk.³⁹⁹ Lata Służby sanitarnej, spędzonej w zakładach wojskowych jakiegokolwiek armji, zaliczają się jednakowo.

4) Sanitariuszkom, zatrudnionym w szpitalach polowych W. P. lub na oddziałach zakaźnych i psychiatrycznych szpitali polskich, liczy się, służba podwójnie.

5) Ubranie skarbowe sanitariuszkom (pielęgniarkom) nie przysługuje.

od kraju i epoki wyłogi przyjmowały różny wykrój i barwę” – Wyłogi, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Wy%C5%82ogi>, dostępność z dn. 23.02.2018 r.; Patrz więcej Z. Żygulski, H. Wielecki: *Polski mundur wojskowy*, Kraków, 1988 r.; *Słownik terminologiczny sztuk pięknych*. Warszawa, 1969 r.

³⁹⁵ Epolet – wojsk. naramiennik ozdobiony taśmą lub sznurem złotym lub srebrnym, często z frędzlami, w niektórych armiach z umieszczonymi oznakami stopnia wojskowego.

³⁹⁶ Dz. Roz. Wojsk., nr 12, poz. 441, 4.02.1919 r.

³⁹⁷ Dz. Roz. Wojsk., nr 25, poz. 837, 6.03.1919 r.

³⁹⁸ Dz. Roz. Wojsk., nr 10, poz. 372, 30.01.1919 r.

³⁹⁹ Rozkazem z dnia 3.04.1919 r. przyznano dodatek pieniężny sanitariuszkom oraz sanitariuszom wysokości 1Mk na głowę - Dz. Roz. Wojsk., nr 40, poz. 1291, 10.04.1919 r.

6) *Należy się rocznie 4 tygodniowy urlop płatny. Za przejazd koleją w czasie urlopu płacą sanitariuszki (pielęgniarki), według przepisów ogólnowojskowych.*

7) *Sanitariuszka (pielęgniarka) może być w każdym czasie zwolnioną przez odpowiednie Dowództwa wojskowe (Komendant szpitala, Szef Sanitarnego Dowództwa Okręgu, Dep. Sanitarny) i jako odprawa przysługuje jej w pierwszych 6-ciu miesiącach służby w Wojsku Polskim 2 tygodniowa płaca (...)*⁴⁰⁰.

Lekarki miały być przyjmowane do wojska na takich samych zasadach oraz otrzymywać takie same pobory co sanitariuszki⁴⁰¹.

Rozkazem z dn. 20.04.1919 r. unormowano pobór studentek medycyny: *„studentki 1, 2 i 3 roku medycyny mógł pełnić wyłącznie służbę sanitariuszek (siostr Czerw. Krzyża) w Zakładach Sanitarnych. Otrzymują one najwyższe pobory sanitariuszek. Studentki 4 i 5 roku medycyny mogły być jako podlekarki używane w Zakładach Sanitarnych zastępczo do pełnienia czynności lekarskich pod nadzorem i odpowiedzialnością lekarzy. Podlegają one w sprawach służbowych władzom wojskowym*”⁴⁰². Nawet po ukończeniu studiów lekarki, pracowały pod nadzorem lekarzy-mężczyzn. Przed wojną bowiem nie istniała żadna kobieta-lekarz wojskowy (nie przyznawano kobietą stopni wojskowych). W tym miejscu pojawia się odpowiedź na pytanie: czemu tak mało kobiet przed wojną wybierało zawód lekarza? Bo w czasie mobilizacji i tak samodzielnie nie podejmowały decyzji i traktowane były na równi z pielęgniarkami. Studia pielęgniarskie były dużo łatwiejsze, a afekt końcowy był taki sam – dla wielu kobiet zatem był to czysty bilans korzyści.

W wojsku istniała także pomocnicza służba cywilna w szpitalach i o tzw. niższym personelu nie należy zapominać. Jej szeregi głównie wypełniały kobiety. Dzieliła się ona na cztery kategorie: kucharki, szwaczki, praczki, niższą służbę gospodarczą (posługaczki, pomywaczki). Administracyjnie podlegały one pod szefów D.O.G.⁴⁰³.

Zmagania wojenne lat 1918-1921 obfitowały zatem w ogromny kryzys personelu sanitarnego, czego dowodem jest rozkaz wydany 17.02.1919 r.:

„Ze względu na wielkie zapotrzebowanie oficerów sanitarnych zarządzam: by wszystkie oddziały wszelkich gatunków broni podały odwrotnie do Departamentu Sanitarnego spisy oficerów, którzy by mogli pełnić służbę jako oficerowie sanitarni i za służbę, tę byli odpowiedzialni. Oficerami sanitarnymi mogą być ci którzy:

⁴⁰⁰ Tamże.

⁴⁰¹ Dz. Roz. Wojsk., nr 42, poz. 1368, 15.04.1919 r.

⁴⁰² Dz. Roz. Wojsk., nr 15, poz. 352, 11.05.1920 r.

⁴⁰³ Dz. Roz. Wojsk., nr 14, poz. 352, 4.05.1920 r.

1) jako tacy pełnili służbę sanitarną w armji austriackiej i niemieckiej;

2) pełnili służbę w armji rosyjskiej jako oficerowie przy pułkach, na punktach opatrunkowych, czołowych oddziałach opatrunkowych, szpitalach zapasowych i polowych, w pociągach sanitarnych i punktach ewakuacyjnych

3) oficerowie-dezynfektorzy izolacyjno-transportowych punktów i szpitali zakaźnych.

4) oficerowie zajęci dłuższy czas w aptekach polowych, sanitarnych sztabach itp. „⁴⁰⁴.

W latach międzywojnia zaczęła wytwarzać się tzw. teoria „narodu pod bronią”. Zakładała ona, że należy szkolić jak najliczniejsze grupy społeczne pod względem wiedzy i umiejętności obronnych. Owe grupy miały stanowić dodatkową siłę wsparcia dla wojska. Zakładano, że uda się przy skromności środków jakim wówczas dysponowano, przeszkolić przynajmniej w stopniu podstawowym, szerokie masy społeczne i przygotować się na ewentualny konflikt zbrojny⁴⁰⁵.

Doświadczenia z I wojny światowej, wojen o granice oraz wojny bolszewickiej, doprowadziły do uzmysłowienia sobie pewnego faktu, a mianowicie, cytuję za Janem Kęsikiem: *„Wojna polska, jak i wojna europejska, wykazały, że nie wystarcza armia stała choćby liczna (...) że naród musi dla swej obrony przed najazdem rzucić na szalę wydarzeń większe zastępy młodzieży i starszych mężczyzn, choćby nie przysposobionych, niezaprawionych do warunków życia polowego (...). I tylko naród, który cały gotów jest stanąć pod bronią, tylko naród o rozwiniętym i głęboko wszczepionym poczuciu odpowiedzialności za losy wojny i gotów wszystko, całe swe siły i bogactwa, całą swą energię duchową i fizyczną rzucić na szalę bitew – nie ulegnie przemocy wroga, zwycięży”*⁴⁰⁶.

Po roku 1921 starano się jak najlepiej rozwinąć i doszkolić kadry, a tym samym wypełnić braki personalne w służbie zdrowia. Rozpoczął się proces przechodzenia wojska na tzw. „stopę pokojową”. Medycy służący w wojsku podzielili się na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowili Ci, którzy po ukończeniu studiów wyższych chcieli nadal pozostać w wojsku, natomiast w skład drugiej grupy wchodziły osoby, które nie zdecydowały się pozostać w zawodowej służbie wojskowej i otrzymywali oni wówczas bezterminowe urlopy. Sprawy grupy pierwszej regulował rozkaz z 3.11.1920 r. Zezwalał on na odsyłanie na studia wyższe pewną grupę oficerów, którzy interesowali się różnymi dziedzinami naukowymi, nie tylko

⁴⁰⁴ Dz. Roz. Wojsk., nr 24, poz. 782, 4.03.1919 r.

⁴⁰⁵ A. Ignatowicz, *Przygotowanie obronne społeczeństwa w Polsce 1921 – 1939*, Warszawa 2010 r., s. 15 – 29.

⁴⁰⁶ J. Kęsik, *Naród pod bronią. Społeczeństwo w programie polskiej polityki wojskowej 1918 - 1939*, Wrocław 1998 r., s. 13 – 14.

medycyną. W ten sposób MSWojsk. chciało podnieść poziom wykształcenia w wojsku. Prawo do studiów mieli tylko oficerowie, którzy spełniali następujące warunki: nie mieli więcej niż 30 lat, zobowiązali się do trzyletniej służby wojskowej w dziedzinie odpowiadającej ich wykształceniu za każdy rok studiów oraz odbyli wcześniej przynajmniej rok służby w Wojsku Polskim lub w innych polskich formacjach⁴⁰⁷. Podczas studiów każdy z oficerów otrzymywał stałe uposażenie. Dla osób z biedniejszych rodzin podjęcie nauki na w/w warunkach było dużą szansą na polepszenie się ich stanu materialnego. Nie dziwi więc fakt, że chętnych nie brakowało.

System szkoleniowy starał się działać w dwie strony, tzn. nie tylko wojskowi wysłani byli na studia wyższe, ale i osoby cywilne studiujące medycynę wysyłano na przeszkolenia wojskowe. W głównej mierze były to ćwiczenia wakacyjne. Przykładem może być miesięczny kurs zorganizowany w 1921 r. dla studentów trzeciego roku i starszych lat studiów, który to odbywał się w poszczególnych szpitalach okręgowych. Adepti z młodszych lat natomiast odbywali w tym samym czasie kurs miesięczny, ale w zapasowych kompaniach sanitarnych w okręgach generalnych⁴⁰⁸.

Od roku 1922 zaczęło powstawać specjalistyczne szkolnictwo wojskowe, które to zaczęło profesjonalnie kształcić medyczną służbę wojskową⁴⁰⁹. Najważniejszą uczelnią była Wojskowa Szkoła Sanitarna w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie, która to powstała na bazie Szkoły Aplikacyjnej Korpusu Oficerów Sanitarnych. Kolejno w 1923 r. przemianowana została na Oficerską Szkołę Sanitarną, a w 1928 r. na Szkołę Podchorążych Sanitarnych, by w roku 1930 przejść kolejną reorganizację w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego. Istniały także inne szkoły kształcące z zakresu medycyny wojskowej: Instytut Chirurgii Urazowej w Warszawie czy Instytut Przeciwigazowy.

Z uczelni cywilnych jednakże wojsko nie zrezygnowało, bowiem nadal kształciły one więcej lekarzy niż te wojskowe. Przez cały okres dwudziestolecia każdy mężczyzna z dyplomem lekarza był kierowany na półroczne przeszkolenie wojskowe, które odbywało się w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego. Oprócz tego odbywał on 9 miesięczne praktyki w pułkach lub zakładach służby zdrowia. Należy nadmienić, iż istniała duża więź współpracy między Uniwersytetem Warszawskim, a CWSan. Często w literaturze spotyka się określenie,

⁴⁰⁷ Dziennik Rozkazów MSWojsk. nr 40, poz. 858, z 1920 r.

⁴⁰⁸ Dz. Rozk. Wojsk. MSWojsk. nr 25, poz. 468, z 1921 r.

⁴⁰⁹ Patrz więcej: S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrkowski, *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974 r., s. 273.

że CWSan. nie był pełno profilową uczelnią, nie był bowiem wstanie prowadzić samodzielnych badań, a jedynie instytucją ściśle związana z UW.

Do 1930 r. utworzono także wiele szkół pielęgniarstwa. Większości z nich została założona przez wykształcone pielęgniarki przybywające z zachodu Europy. Z obcych wzorów czerpano, również wytyczne oraz programy, które tworzone były przy Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek i jej agend. Do końca 1925 r. utworzono następujące szkoły: Wyższą Szkołę Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu, Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa, Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie, Szkołę Pielęgniarstwa na Czystym w Warszawie, Szkołę Pielęgniarstwa PCK oraz Szkołę Pielęgniarstwa przy Szpitalu Powszechnym we Lwowie.

W 1922 r. powołano również Komitet Społeczny Przysposobienia Kobiet do Obrony Kraju. W skład niego weszło wiele organizacji kobiecych. Były to głównie te organizacje, które pracowały w czasie wojny dla wojska i doskonale znały jego potrzeby. Prowadził on kursy przysposobienia oraz popierał idee przysposobienia wojskowego kobiet. Miały być one prowadzone w myśl programu ułożonego przez Oddział III Sztabu Generalnego Wojska Polskiego. Wśród działów programowych znajdowała się również służba sanitarna, która miała doskonalić i kształcić przyszłe sanitariuszki i lekarki. W programie ogólnego wyszkolenia (było to szkolenie przeprowadzane przed specjalistycznym), również pojawiał się akcent zdrowotny, w postaci przedmiotów takich, jak higiena i ratownictwo. Od 1925 r. za zgodą Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego utworzono żeńskie hufce szkolne, zajmujące się edukacją obronną kobiet w ramach szkolnictwa powszechnego. 30.12.1931 r. ministerstwo zatwierdziło szczegółowy plan jaki ma być realizowany w czasie szkolenia. Program ten w zakresie medycznym realizował „higienę i ratownictwo - troskę o zdrowie i pierwszą pomoc”⁴¹⁰. 28.01.1927 r. powołany został do życia Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego (PUWFIPW), a decyzją marszałka Józefa Piłsudskiego utworzony został referat przysposobienia kobiet, który stał się państwowym organem kierowniczym dla całej akcji przysposobienia kobiet do obrony kraju⁴¹¹. W 1928 r. nastąpiło przeorganizowanie Komitetu i powstała Organizacja Przysposobienia Kobiet do Obrony Kraju (PKdoOK). 11.03.1939 r. organizacja Przysposobienie Wojskowe Kobiet (PWK) otrzymała status stowarzyszenia użyteczności publicznej. Tym samym stała się ona aparatem społecznym, dlatego nieco później

⁴¹⁰ Tamże, s. 196.

⁴¹¹ E. Markert, *Przysposobienie wojskowe kobiet [w:] Służba kobiet w formacjach mundurowych w XXI wieku*, pod. red. Aleksandry Skrabacz, Warszawa 2008 r., s. 48.

(27.03.1939 r.) koordynowanie i organizowanie prac z tego zakresu miało przypaść osobnej komórce – Pogotowiu Społecznemu PWK⁴¹². Działalność Pogotowia Społecznego PWK⁴¹³ miała polegać na: „koordynacji i wzmożeniu przygotowań społeczeństwa do samopomocy i samoobrony w dziedzinie ochrony zdrowia, gospodarczej i opieki nad dzieckiem, do propagandy i werbowania sił potrzebnych do pomocy wojsku i władzom administracyjnym w przygotowaniach obronnych, a także pomocy ludności w razie wybuchu wojny”⁴¹⁴. Na pierwszym miejscu obowiązków Pogotowia PWK została wymieniona szeroko rozumiana *ochrona zdrowia*. Pogotowie Społeczne podzielone było na sekcje, które zajmowały się poszczególnymi, wyżej wymienionymi dziedzinami. Sekcja zdrowia zajmowała się powszechnym przysposobieniem kobiet do służby ratowniczej, sanitarnej oraz ochrony zdrowia. Ściśle współpracowała z Polskim Czerwonym Krzyżem. Skupiała ona w zespoły lekarki i pielęgniarki, które aktywnie działały społecznie, jako wykładowczynie zasad higieny i ratownictwa. Wykłady dotyczyły zarówno pomocy medycznej w czasie pokoju, jaki i na wypadek wojny. Sekcja zdrowia rozporządzała także w miarę potrzeb powyższymi zespołami w agendach terenowych Pogotowia. Była szeroko zaangażowana w działalność propagandowo – szkoleniową: rozpowszechniała ulotki, pomoce naukowe i szkoleniowe, ale także czasopisma, plakaty, organizowała pokazy filmowe i wystawy. Najwięcej materiałów przygotowywano na obozy letnie oraz na potrzeby stowarzyszeń współdziałających (materiały wykorzystywała publiczna służba zdrowia). Oprócz tego sekcja zdrowia opracowywała i przygotowywała do produkcji wzorcowe zestawy prostego sprzętu sanitarnego dla zespołów PWK, według wzorów zaaprobowanych przez władze sanitarne. Przeprowadzała ona, również ewidencję lekarek w całej Polsce⁴¹⁵.

Jeśli chodzi o stowarzyszenia współdziałające z Pogotowiem Społecznym, to oprócz wspomnianego już PCK⁴¹⁶, należy powiedzieć o Zrzeszeniu Lekarek Polskich. Zostało ono utworzone w 1925 r., jako postępowe stowarzyszenie o charakterze związku zawodowego. Skupiało ono niewielką część ogółu lekarek wówczas praktykujących. Było ich przypuszczalnie kilkaset na ogólną liczbę 3819 lekarek zarejestrowanych w departamencie służby zdrowia w 1938 r. (w 1930 r. zrzeszenie liczyło zaledwie 50 członkiń)⁴¹⁷. Do

⁴¹² Patrz więcej: E. Zawacka, *Szkice z dziejów wojskowej służby kobiet*, Toruń 1992 r., s. 27-28.

⁴¹³ Patrz więcej: E. Zawacka, *Czekając na rozkaz. Pogotowie Społeczne Organizacji Przysposobienia Wojskowego Kobiet w przededniu II wojny światowej*, Lublin 1992 r.

⁴¹⁴ E. Zawacka, *Szkice z dziejów...*, dz. cyt., s. 27.

⁴¹⁵ Tamże, s. 42.

⁴¹⁶ Wiadomości o Polskim Czerwonym Krzyżu będą poruszane w dalszym toku pracy.

⁴¹⁷ E. Zawacka, *Szkice z dziejów...*, dz. cyt., s. 70.

organizacji PWK Zrzeszenie Lekarek Polskich przystąpiło dopiero w 1939 r., jednak od razu podjęło czynny udział w pracy w zakresie służby zdrowia. Ściśle współpracowało z sekcją zdrowia utworzoną w strukturach Pogotowia Społecznego PWK.

Największą cywilną organizacją wspierającą wojsko w II RP niewątpliwie był Polski Czerwony Krzyż (PCK).

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, z inicjatywy Stowarzyszenia Samarytanin Polski w dniu 18.01.1919 r. zwołano naradę wszystkich istniejących na ziemiach polskich organizacji, które zajmowały się pomocą humanitarną i działały zgodnie z ideałami Międzynarodowego Czerwonego Krzyża. Pod przewodnictwem Heleny Paderewskiej organizacje te utworzyły Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża (PTCK). Opracowano następnie jego status, który został zatwierdzony przez rząd polski na zebraniu konstytucyjnym w dniu 27.04.1919 r. Prezesem wybrany został Paweł Sapieha, a po jego rezygnacji Helena Paderewska. 24.07.1919 r. Towarzystwo Polskiego Czerwonego Krzyża zostało uznane przez Międzynarodowy Czerwony Krzyż⁴¹⁸. W 1927 r. Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża zmieniło swoją nazwę na Polski Czerwony Krzyż. Prezydent Rzeczypospolitej zgodnie z art. 1, wspomnianego rozporządzenia pozostawał protektorem owego stowarzyszenia. Nowością uchwalonego statutu była możliwość tworzenia specjalnych organizacji w jego strukturze, jak, np. korpus Sióstr PCK. W 1936 r. PCK otrzymało od Prezydenta RP status stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej. Zgodnie z jego założeniami Stowarzyszenie w czasie pokoju zajmowało się szeroko pojętą pomocą humanitarną, współpracowało z władzami rządowymi i samorządowymi na odcinku podnoszenia poziomu zdrowotności społeczeństwa⁴¹⁹. W czasie wojny natomiast podlegało ono pod rozkazy MSWojsk.

PCK był ogromnym wsparciem dla wojska. I przede wszystkim dawał możliwość i pole działania dla kobiet w zakresie wojskowości. PWK i wszystkie organizacje kobiece zajmujące się wojskowością ściśle współpracowały z PCK. Bez niego rozwój pielęgniarstwa w II RP nie przebiegał by tak sprawnie. Bowiem by powyższe Stowarzyszenie mogło spełniać swoje ustalone cele musiało szkolić i doksztalać kadrę pielęgniarską. Bez „armii sióstr” nie mógłby on praktycznie działać.

Już w 1919 r. została utworzona sekcja sióstr PCK. Na przewodniczącą wybrana została Helena Lesser. Jak sama wspominała: *„Dnia 4-ego maja 1919 roku zostałam wybraną na przewodniczącą Sekcji Sióstr, i od tego dnia oficjalnie tą sekcję prowadziłam – de facto*

⁴¹⁸ Historia Polskiego Czerwonego Krzyża, <http://www.pck.pl/media/repository/pliki/historiaPCK.pdf>, dostępność, z dn. 1.12.2013 r.

⁴¹⁹ Z. Abramek, *Powstanie i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża 1912-1951*, Warszawa 2001 r., s. 115.

jednak, organizowałam już Sekcję Sióstr; i od dnia 31 marca 1919 roku⁴²⁰(...). Zaczęłam organizowanie kadry Sióstr PCK, rozpoczęłam rejestrację pielęgniarek i organizowanie kursów sanitarnych. W czasie gdy prowadziłam Sekcję Sióstr do października 1921 roku, zarejestrowałam w Czerwonym Krzyżu przeszło 5000 pielęgniarek. Kursów dla nowo przybywających kandydatek uruchomiono w tych latach: 9 ogólnych, a oprócz tego 3 kursy skrócone dla akademikzek, oraz 3 kursy specjalne dla nauki masażu, razem 15 kursów”⁴²¹. Zatem kobiety w strukturach PCK odgrywały bardzo znaczącą rolę, która z biegiem lat i rozwojem Stowarzyszenia tylko będzie wzrastać.

W latach 1927-1929 nieustannie PCK prowadziło szkolenia pielęgniarek zawodowych, oprócz tego Zarząd Główny PCK miał znaczący wpływ na dwie największe szkoły pielęgniarstwa tamtego okresu, a mianowicie Wyższą Szkołę Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu oraz Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa. Wybitnie zdolne i osiągające dobre wyniki w nauce kobiety były z pomocą PCK wysyłane na dalsze studia pielęgniarstwa do Anglii⁴²².

Oprócz doszkalania personelu PCK rozwijało działalność samarytańską i organizowało pomoc sanitarną dla armii. Przykładem mogą być działania wspierające Wojsko Polskie w czasie wojny polsko – bolszewickiej. Dla informowania o losie żołnierzy na froncie utworzona została specjalna sekcja informacyjno-wywiadowcza, która w zakładach sanitarnych wprowadziła karty rejestracyjne, dzięki którym informowała ona korespondencyjnie bliskich o stanie zdrowia żołnierzy⁴²³. Poza tym organizowano pomoc sanitarną dla masowo powracających do kraju repatriantów, jeńców wojennych, wspomagano wojsko w walce z epidemiami. W ciągu pierwszego roku działalności PCK osiągnął bardzo wiele, tylko i wyłącznie dzięki pomocy i ofiarności ludności cywilnej w kraju, ale także i z zagranicy. Do końca 1920 r. stworzono 28 szpitali PCK z 3100 łózkami, 10 zakładów dla ozdrowieńców, 13 pociągów sanitarnych i kolejowych czołówek transportowych oraz liczne

⁴²⁰ W marcu już bowiem Szef Sanitarny, generał Zdzisław Hordyński, prosił Helenę Lesser, by nie zwlekała, aż do wyborów. I jak najszybciej zaczęła organizować pielęgniarki, na które tak duże (m.in. w Szpitalu Ujazdowskim, ale nie tylko) było zapotrzebowanie – *Polski Czerwony Krzyż 1919-1929. Wydawnictwo Jubileuszowe na dziesięciolecie istnienia Polskiego Czerwonego Krzyża*, pod. red. Anny Roszkowskiej, Warszawa 1929 r., s. 59.

⁴²¹ *Polski Czerwony Krzyż 1919-1929. Wydawnictwo Jubileuszowe na dziesięciolecie istnienia Polskiego Czerwonego Krzyża*, pod. red. Anny Roszkowskiej, Warszawa 1929 r., s. 59.

⁴²² Z. Abramek, dz. cyt., s. 117.

⁴²³ Dz. Roz. Wojsk., nr 7, poz. 133, 9.03.1920 r.

urządzenia przeciwepidemiczne, zakłady dentystyczne, apteki, stacje odżywcze, domy noclegowe i kilka domów sanatoryjnych⁴²⁴.

W kolejnych latach PCK rozwijało swoją działalność. W 1935 r. powołano w Łodzi Centralną Stację Wypadkową z ośrodkiem przetaczania krwi, a w rok później przy szpitalu PCK w Warszawie utworzono pierwszy Instytut Przetaczania i Konserwacji Krwi.

1.04.1929 r. Komitet Główny PCK powołał Korpus Sióstr PCK. Od samego początku funkcję przewodniczącej pełniła hr. Maria Tarnowska. Od Sekcji Sióstr, różnił się on tym, iż pielęgniarki w nim szkolone miały być tylko do dyspozycji wojska. W momencie jego powołania już 410 sióstr było zarejestrowanych, jako zatrudnione w leczniczych formacjach wojskowych, a Ministerstwo Spraw Wojskowych odpowiadało za ich wynagrodzenie. W dzienniku rozkazów wydanego przez Ministerstwo Spraw Wojskowych z dnia 16.04.1930 r. nr 12, w pozycji 139 czytamy: „*Pomiędzy działającymi w imieniu i na rzecz skarbu państwa przedstawicielem Ministerstwa Spraw Wojskowych, w osobie szefa Departamentu Zdrowia, generała brygady dr. Stanisława Roupperta a przedstawicielami Polskiego Czerwonego Krzyża, w osobach pełnomocników: Zygmunta Zaborowskiego, prezesa zarządu głównego Polskiego Czerwonego Krzyża i p. Tarnowskiej Marji, przewodniczącej korpusu sióstr, opierających swe pełnomocnictwa na przepisach statutu PCK, została zawarta w dniu 20 marca 1930 roku w Warszawie umowa (...)*”⁴²⁵. Powyższa umowa gwarantowała, m.in. wyłączność dla PCK, w kwestii dostarczania wykwalifikowanych pielęgniarek dla wojskowych placówek, zarówno w czasie pokoju, a jak i w okresie wojny⁴²⁶. Tuż przed wybuchem II wojny światowej Korpus Sióstr PCK liczył 732 pielęgniarki, z których większość, bo aż 53,8% stanowiły absolwentki poznańskiej i warszawskiej szkoły pielęgniarstwa⁴²⁷.

PCK oprócz płci pięknej wspierały liczne zastępy młodzieży. Nadmienić należy do rozwoju i wychowania młodzieży z zakresu przysposobienia wojskowego był Związek Strzelecki, a wśród dziewcząt wyżej omawiane PWK. Dziewczęta bowiem także mogły wstępować do Związku Strzeleckiego. Zaznaczyć należy, że przede wszystkim jednak z zakresu ratownictwa i służby sanitarnej szkolone były dziewczęta.

⁴²⁴ S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrkowski, dz. cyt., s. 257.

⁴²⁵ Ministerstwo Spraw Wojskowych, Dziennik Rozkazów, nr 12, poz. 139 z 1930 r.

⁴²⁶ A. Felchner, *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918r. do mobilizacji w 1939r.)*, cz. 1, Łódź - Warszawa 1990 r., s. 69-70.

⁴²⁷ Z. Abramek, dz. cyt., s. 115.

W 1939 r. PCK liczył ok. 850.000 członków w 1540 kołach. Ok. 50 % wszystkich członków stanowiła młodzież⁴²⁸, zorganizowana w 7484 kółkach młodzieżowych⁴²⁹. PCK dysponował także dużą ilością przeszkolonych pielęgniarek i ratowników oraz zapasami materiałów sanitarnych, sprzętem technicznym, szpitalami, sanatoriami, ośrodkami zdrowia, przychodniami leczniczymi, instytutem przetaczania krwi. W 17 okręgach były czynne 342 oddziały, ogółem ok. 1300 placówek przygotowanych do służby społecznej⁴³⁰.

Do cywilnej służby zdrowia zatem zaliczamy wszystkie osoby, które ukończyły tzw. cywilne wydziały medyczne oraz szkoły. Ja do niej zaliczyłam także te osoby, które należały do organizacji szkolących z zakresu sanitarnego oraz ratownictwa medycznego, a swymi działaniami bezpośrednio wspierały Wojsko Polskie.

Każdy lekarz mężczyzna na czas wojny stawał się lekarzem wojskowym. Bardzo często kariera lekarza wojskowego łączona była z praktyką cywilną. Wielu lekarzy ze stopniem oficerskim pełniła także funkcje ordynatorów czy dyrektorów szpitali cywilnych. Ich wsparcie dla wojska zatem było kwestią oczywistą.

Natomiast medyczna kariera wojskowa dla kobiet w II RP była drogą zamkniętą, dlatego to płeć piękna zdecydowanie realizowała się w cywilnych organizacjach, które chciały wspierać wojsko. Między innymi taką szansę dawało im PCK i „Korpus Sióstr”, gdzie w razie wojny mogły otrzymać karty mobilizacyjne.

Nie należy zapominać także o licznych zastępach młodzieży, które poprzez odpowiednie wychowanie obywatelskie starano się zmotywować do pomocy dla wojska.

2.7 Wojskowa służba sanitarna w przededniu wybuchu II wojny światowej

1.09.1939 r. Wojsko Polskie rozpoczęło walkę z przeważającymi siłami III Rzeszy. Rozpoczęła się II wojna światowa.

Służby wojskowe II RP w razie konfliktu zbrojnego miały opracowany plan w zakresie służby zdrowia na wypadek konfliktu z Niemcami. Opierał się on na ogólnym planie działania wojsk polskich i opracowany był przez Sztab Główny. Z góry zakładał działania

⁴²⁸ *Historia Polskiego Czerwonego Krzyża*, <http://www.pck.pl/media/repository/pliki/historiaPCK.pdf>, dostępność internetowa z dn. 8.12.2015 r.

⁴²⁹ S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrkowski, dz. cyt., s. 282.

⁴³⁰ Tamże.

obronne wobec militarnej i ekonomicznej przewagi nieprzyjaciela⁴³¹. Sam plan zabezpieczenia medycznego opierał się na następujących przesłankach: „*Działania wojenne będą miały charakter obronnych i odwrotowych; Działania wojenne mogą rozpocząć się przez zaskoczenie; Należy liczyć się z opuszczeniem północno – zachodnich obszarów kraju aż po Wisłę; Terminy mobilizacyjne jednostek służby zdrowia są długie; W początkowym okresie wojny należy zarezerwować pewną ilość miejsc w szpitalach cywilnych dla potrzeb wojska*”⁴³².

W w/w koncepcji przewidywano, iż służba zdrowia większych jednostek (za wyjątkiem rezerwowych) będzie mogła wejść do walki tylko w składzie etatowym. Spowodowane było to tym, że kompanie sanitarne i dywizje szpitalne polowe miały krótkie 2-3 dniowe okresy mobilizacyjne. Natomiast służba zdrowia armii oraz okręgów etapowych z chwilą rozpoczęcia działań wojennych nie osiągnęła pełnego składu etatowego, tym samym organizowanie służby zdrowia rozpoczęło się dopiero po rozpoczęciu działań wojennych⁴³³.

Szpitala wojskowe z okresu pokoju miały zostać przeniesione w czasie ewakuacji w głąb kraju, natomiast szpitale wojenne miały być rozmieszczone głównie na terenie południowej Polski. Ewakuacja miała przebiegać przez stacje ewakuacyjne do szpitali ewakuacyjnych, a dalej do szpitali wojskowych. Każda z armii posiadała jednej szpital ewakuacyjny i przynajmniej jedną stację. Ciężko ranni mieli być zatrzymywani w dywizyjnych szpitalach polowych do momentu, gdy będzie można ich przetransportować. Oczywiście przewidywano, także umieszczanie rannych żołnierzy w szpitalach cywilnych. Co się tyczy materiału sanitarnego – w planie zabezpieczenia wynosił on jednomiesięczny zapas w jednostkach i jednomiesięczny zapas w składnicach polowych. Przechowywano także pewną rezerwę w Centralnej Składnicy Sanitarnej (CSS) w Warszawie. Wszystkie apteki w państwie miały również polecenie utrzymywania pewnego zapasu leków oraz środków opatrunkowych dla nagłych potrzeb wojska⁴³⁴.

Ogniwa służby zdrowia w wojsku polskim w omawianym okresie działały na wszystkich szczeblach dowodzenia, od kompanii do Naczelnego Dowództwa. Jednak niekorzystnie wpłynęła na działalność omawianej służby decyzja o utworzeniu nowych organów kierowniczych. Bowiem na najwyższym szczeblu kierowniczym sanitariatu wojska polskiego

⁴³¹ A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego w kampanii wrześniowej*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej”, zeszyt 11, 1967 r., s. 43.

⁴³² Tamże.

⁴³³ Tamże, s. 44.

⁴³⁴ Tamże.

stało Szefostwo Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa (szef – płk dr Ksawery Maszadro). Pomysł jego utworzenia był niewątpliwie słusznym, jednakże zostało ono zorganizowane zaledwie na kilka dni przed wybuchem wojny. Większość jego personelu zaś skompletowano po 1 września. Tym samym nowa struktura, nie była ani dobrze zorientowana w ogólnej sytuacji służby zdrowia, ani nie miała dość czasu na zgranie swoich ogniw i personelu. Natomiast Departament Zdrowia MSWojsk., (szef – gen. bryg. dr Stanisław Rouppert), który w czasie pokoju dowodził wojskową służbą zdrowia i był instytucją ukształtowaną i dobrze zorientowaną, zajmował się jedynie bardzo ogólnymi sprawami⁴³⁵.

Pod Szefostwo Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa podlegały bezpośrednio szefostwa sanitarne armii z szefami sanitarnymi na czele. Każda armia otrzymywała: jeden szpital ewakuacyjny, jedną lub dwie stacje ewakuacyjne, kolumny samochodów sanitarnych, a niektóre armie także dysponowały pociągami sanitarnymi. Szefami sanitarnymi poszczególnych armii byli: „Modlin” – płk dr Bronisław Stroński, „Pomorze” – ppłk dr Walerian Jaworski (później ppłk dr Eugeniusz Krawczyk), „Poznań” – płk prof. dr Teofil Kucharski, „Łódź” – ppłk dr Leon Strehl, „Kraków” – ppłk dr Władysław Gergovich, „Prusy” – mjr dr Zygmunt Siedlecki⁴³⁶.

Pod szefostwo sanitarne armii, podlegało szefostwo sanitarne dywizji, na którego czele stał szef sanitarny dywizji. Jemu podlegały następujące jednostki sanitarne: polowa kolumna dezynfekcyjno-kąpielowa, polowa pracownia bakteriologiczno-chemiczna, polowa przychodnia dentystyczna, szpital polowy i kompania sanitarna. Ogólnie w skład służby zdrowia dywizji wchodziło ok. 21 oficerów oraz 432 podoficerów i szeregowców⁴³⁷.

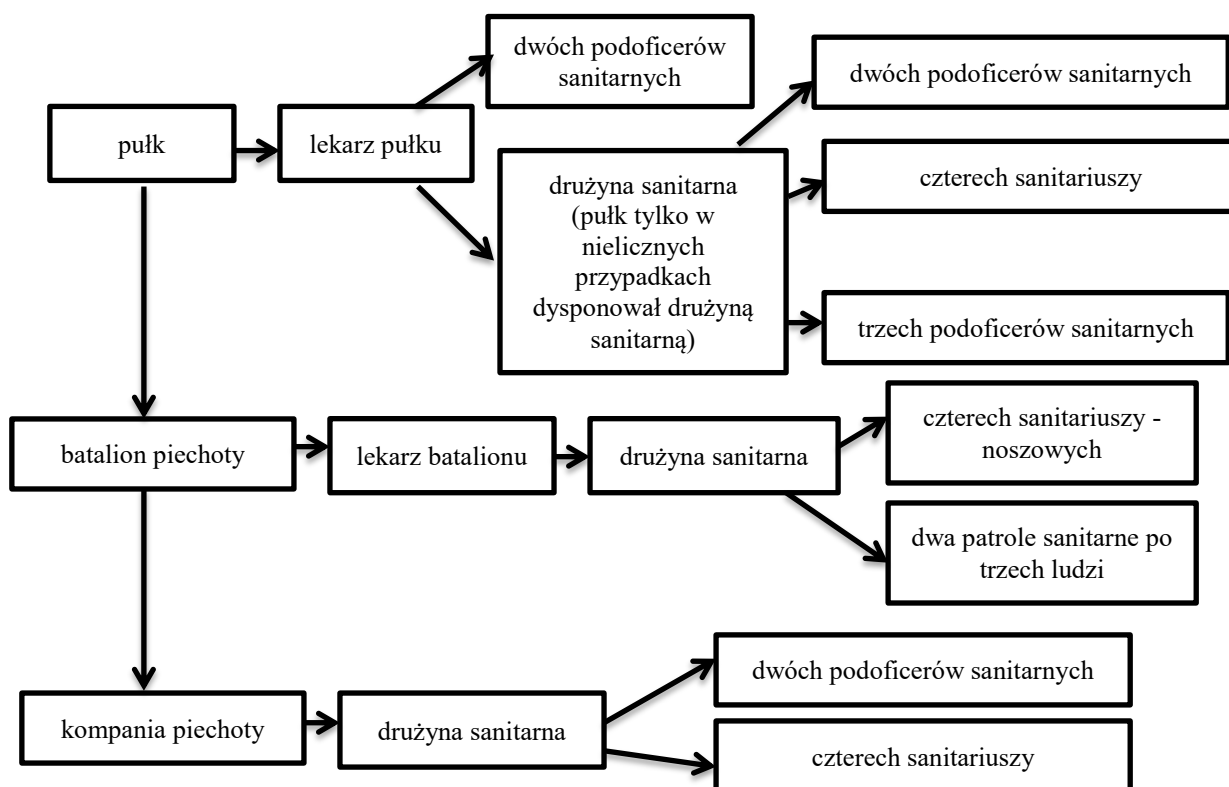
Poniżej na szczeblu organizacyjnym znajdował się pułk, batalion oraz kompania. Poniższy schemat w uproszony sposób przedstawia ich organizację.

⁴³⁵ J. Talar, W. Majewski, F. Piotrkowski, *Zarys dziejów wojskowej...*, dz. cyt., s. 362.

⁴³⁶ Tamże.

⁴³⁷ Tamże.

Schemat 2.7.1 Organizacja poszczególnych jednostek wojskowych służby zdrowia we wrześniu 1939 r.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: J. Talar, W. Majewski, F. Piotrkowski, *Zarys dziejów wojskowej...*, dz. cyt., s. 361-362.

Po 1.09.1939 r. całe środowisko medyczne przedwojennej Polski dzielnie i ofiarnie wspierało działania Wojska Polskiego. Wojskowa służba medyczno – sanitarna nie była w pełni przygotowana do wypełniania swoich powinności⁴³⁸. Ogromna większość jednostek służby zdrowia formowała się dopiero w trakcie mobilizacji powszechnej. Wyjątek stanowiły mobilizowane w alarmie dywizje i brygady sanitarne (nie posiadały one swoich szpitali polowych), część zespołów chirurgicznych i przeciwgazowych oraz 9 pociągów sanitarnych i 21 kolumn samochodów sanitarnych⁴³⁹.

Większość szpitali polowych także znajdowała się w trakcie mobilizacji (tylko szpitale polowe z dywizji OK VII Poznań i OK VIII Toruń zostały zmobilizowane w trybie alarmowym). Wojskowe szpitale okręgowe przygotowane były na przyjęcie rannych, ale z powodu problemów transportowych żołnierze bardzo często trafiali do najbliższych szpitali

⁴³⁸ A. Bernaś – Kostynowicz, *Spółeczeństwo polskie w wojnie obronnej 1939 r.*, Warszawa 1988 r., s. 145-146.

⁴³⁹ A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego...*, dz. cyt., s. 45.

cywilnych i placówek zdrowia, pod opiekę ludności cywilnej⁴⁴⁰. Przedwojenny, wydawałoby się genialny pomysł z mobilnymi pociągami sanitarnymi nie sprawdził się, bowiem mimo oznakowania medycznego pociągi masowo były bombardowane przez Luftwaffe. Rannych transportowano przede wszystkim na wozach, bądź ciężarówkami nocą, aby nie zwracać uwagi nieprzyjaciela.

W początkowych dniach września ogólna ilość rannych w szpitalach wojskowych wynosiła ok. 12 tys., z tego pewną część stanowili cywile. W pociągach sanitarnych przebywało ok. 4500 poszkodowanych. Szacunkowo wojsko miało na dzień 4 września wówczas do dyspozycji jeszcze ok. 7620 łóżek⁴⁴¹.

W dniach 3-4 września rozpoczęła się ewakuacja w głąb kraju następujących szpitali okręgowych z: Poznania, Krakowa, Torunia i Łodzi. 5 września zaś, CSS nr 1 z Warszawy przeniesiono do Lwowa.

Zatem większość wysiłków wojskowej służby zdrowia w kampanii wrześniowej koncentrowała się na ewakuacji rannych z obszaru zagrożonego. Panował pewien chaos wojenny – dużo rannych umierało podczas transportu, część rannych także wpadała w ręce nieprzyjaciela, a innych z powodu odległości lub braku miejsc w szpitalach wojskowych odsyłano do szpitali cywilnych. Trudność w funkcjonowaniu zarówno wojskowej, jak i cywilnej służby zdrowia we wrześniu 1939 r. powiększył także brak wyszkolonej kadry. Sytuację pogorszyła jeszcze masowa ewakuacja społeczeństwa, która przecież obejmowała także lekarzy i medyczny personel pomocniczy⁴⁴². Bardzo często zdarzało się tak, że w całym szpitalu znajdował się jeden lekarz (albo nawet nie) i klika pielęgniarek. W punktach opatrunkowych i szpitalach polowych występował, także tzw. kryzys mobilizacyjny. *„Kryzys ten – naturalny i nieunikniony – występował w służbie zdrowia w wielu przypadkach w ostrej formie. Związki kadry zawodowej były małe, a żołnierze rezerwy potrzebowali pewną ilość czasu ażeby się asymilować, poznać wzajemnie, wciągać do służby”*⁴⁴³.

Na całym froncie sytuacja rannych wyglądała ciężko. Oprócz problemów transportowych zaczęło brakować opatrunków i leków. W szpitalach zarówno wojskowych jak i cywilnych personel dawał z siebie wszystko, aby sprostać zadaniom, jednakże ciągłe bombardowania i alarmy, brak oświetlenia oraz wody powodował, że ich służba stała się naprawdę trudną.

⁴⁴⁰ A. Bernaś – Kostynowicz, *Spoleczeństwo...*, dz. cyt., s. 145-146.

⁴⁴¹ Powyższe dane nie obejmują statystki rannych w szpitalach cywilnych - A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego...*, dz. cyt., s. 46.

⁴⁴² A. Bernaś – Kostynowicz, *Spoleczeństwo...*, dz. cyt., s. 147.

⁴⁴³ A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego...*, dz. cyt., s. 46.

Występowały także problemy z łącznością, co w szczególności utrudniało prace najmniejszym wojskowym jednostką służby zdrowia. To właśnie na nich w ostatnich dniach polskiego września spoczął największy ciężar pracy - na ogniwach oddziałowych i dywizyjnych, ponieważ większość szpitali polowych i wojennych ukończyła swoją ewakuację i pracowała już w miejscach ostatniego postoju.

Ciągle walcząca służba zdrowia starała się nadal organizować punkty opatrunkowe, udzielając w nich pomocy rannym. Pomimo starań ciągły problem z transportem powodował że praktycznie wszystkie z nich dostawały się do niewoli. Często decydowano, iż najbardziej ranni zostaną pod opieką ludności cywilnej – i nie tylko we wspomnianych już wcześniej szpitalach cywilnych, ale i w prywatnych kwaterach ukrywano żołnierzy.

Mimo powyższych trudności uznaje się, że nastroje panujące w służbie zdrowia w okresie kampanii wrześniowej były dobre. Nie zauważono bowiem zniechęcenia, ale wręcz przeciwnie widoczna była duża chęć do pracy. Na podkreślenie zasługuje fakt, że cały personel, w tym także kobiety, służby zdrowia wykazywał maksimum wysiłku w niesieniu pomocy i leczeniu rannych żołnierzy⁴⁴⁴. Bardzo dobrze współpracowała ze sobą cywilna i wojskowa służba zdrowia - w obliczu zagrożenia widać było stałą współpracę i chęć działania. Oba piony mogły liczyć na pomoc ze strony oddziałów PCK. Cały personel medyczny w niesieniu pomocy potrzebującym wkładał maksimum siły w swoją pracę, co nie wątpliwie należy docenić.

⁴⁴⁴ Więcej o służbie zdrowia w kampanii wrześniowej i w początkowej fazie drugiej wojny światowej, patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Służba zdrowia w początkowym okresie drugiej wojny światowej 1939-1941. Skrypt wykładu dla studentów Wydziału Lekarskiego*, Łódź 1972 r., s. 4-15.

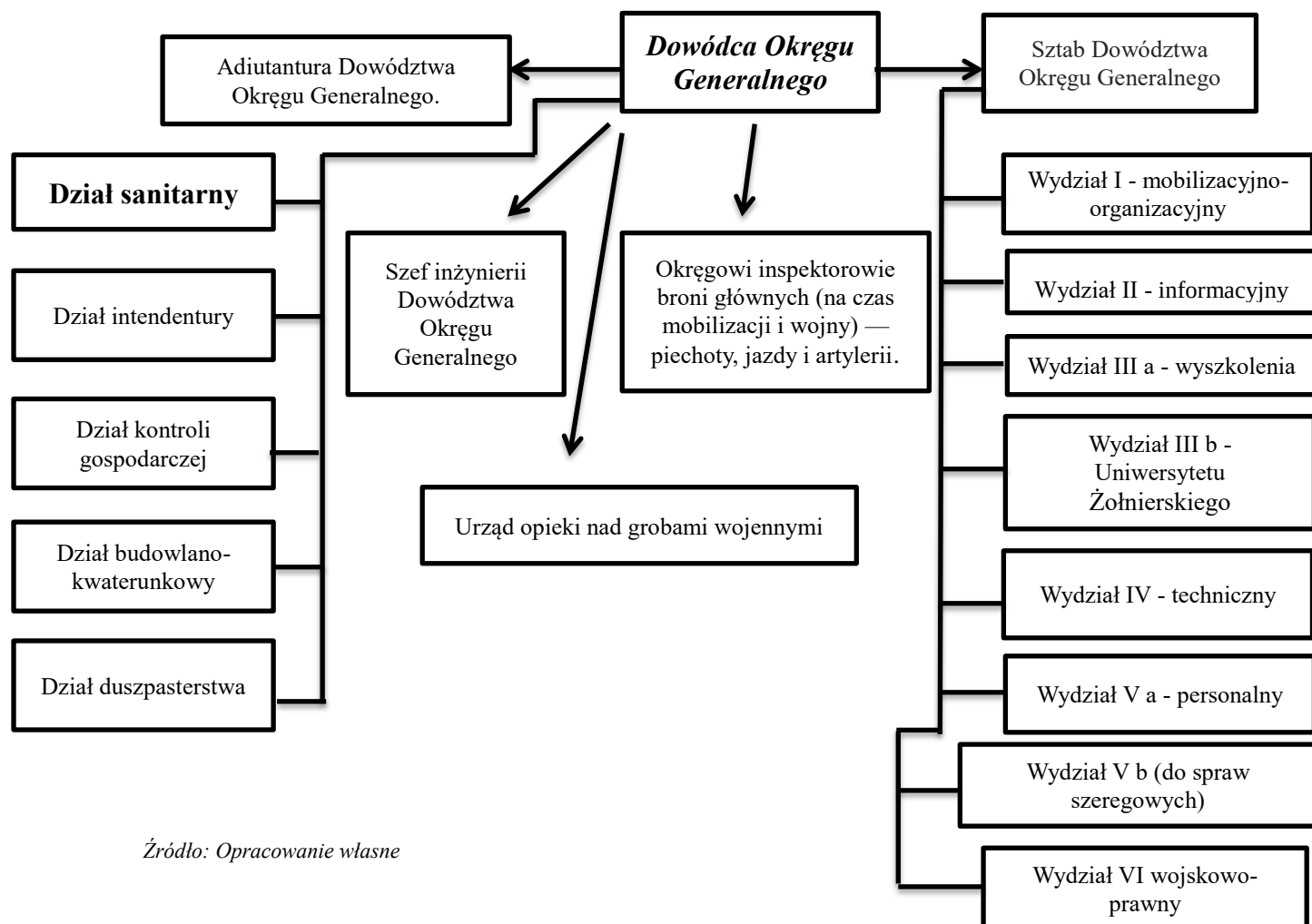
ROZDZIAŁ 3

WOJSKOWA SŁUŻBA ZDROWIA W OKRĘGU KORPUSU WOJSKA POLSKIEGO NR IV W ŁODZI

3.1 Struktura organizacyjna terytorialnej służby zdrowia

W omawianiu struktur wojskowej służby zdrowia nie można pominąć jej terytorialnego podziału. Jak we wcześniejszych rozdziałach wspominałam od października 1918 do listopada 1918 r., rozpoczęło się formowanie terytorialnych struktur WP. Rozkazem MSWojsk. z 17.11.1918 r. po raz pierwszy w niepodległej Polsce dokonano podziału terytorialnego na Okręgi Generalne (OGen.). Należy przypomnieć, iż każdy z nich podlegał bezpośrednio pod MSWojsk. Organizacja każdego z nich przedstawiała się następująco:

Schemat 3.1 Organizacja wewnętrzna Dowództwa Okręgów Generalnych na dzień 1.06.1920 r.



Źródło: Opracowanie własne

Zatem od jesieni 1918 r. zaczęły formować się w wojskowych agendach struktury sanitarne. Podporządkowane im były różne oddziały i placówki zdrowia ze szpitalami okręgowymi na czele. Utworzony został w Warszawie Szpital Główny (Ujazdowski), a wszystkie zakłady omawianej służby zostały podporządkowane pod dowództwo szefa Departament Sanitarnego 20.11.1918 r.

Żywiłowy rozwój omawianej służby uregulowała 29.10.1919 r. *Tymczasowa Organizacja Wojsk i Zakładów Sanitarnych MSWojsk.*⁴⁴⁵. Dokonano w myśl tej organizacji rozróżnienia zakładów sanitarnych. Podzielono je na stałe i ruchome (polowe). Pierwsze z nich podlegały pod DOGen., drugie zaś dowództwom związków operacyjnych. Stałe zakłady sanitarne stanowiły: okręgowe szpitale wojskowe, szpitale wojskowe, wojskowe domy ozdrowieńców, sezonowe wojskowe zakłady kąpielowe, centralne i okręgowe składnice sanitarne, stacje zborne chorych. Ruchome (polowe) zakłady sanitarne, zaś: wszystkie inne szpitale polowe, pociągi sanitarne, dezynfekcyjne, czołówki⁴⁴⁶.

W 1919 r. jak podaje A. Felchner: „*sformowano dla potrzeb dywizji piechoty: 19 szefostw sanitarnych tegoż szeregu, 47 szpitali polowych, 14 polowych przychodni dentystycznych, tyleż samo polowych kolumn dezynfekcyjnych i pralni. Dla służby zdrowia szeregu armijnego utworzono: 14 czołówek chirurgicznych, 15 pociągów sanitarnych, 6 polowych składnic sanitarnych, 14 oddziałów służby zdrowia, tyle samo kolumn samochodów sanitarnych, szereg placówek dezynfekcyjno-higienicznych (specjalne kolumny dezynfekcyjno-kąpielowe, pociągi, odwszalnie, itp.)*”⁴⁴⁷. Ciągłe starano się doskonalić wojskową służbę sanitarną, jej zasady działania i funkcjonowania. W tym celu wydawano instrukcje i regulaminy regulujące wiele jej dziedzin. W trosce o higienę oraz zapobieganie chorobą oraz epidemią i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych przy każdym DOGen. znajdował się lekarz-higienista, kierujący okręgową pracownią bakteriologiczno-kliniczną⁴⁴⁸.

Ponadto należy dodać, iż istniała tzw. polowa służba sanitarna, która została zorganizowana na poszczególnych szczeblach struktur wojskowych (związki taktyczne i operacyjne).

W Dowództwie Okręgu Generalnego w Łodzi (DOGŁ) struktura organizacji wewnętrznej przedstawiała się bardzo podobnie jak w ustalonym ogólnym schemacie dla wszystkich

⁴⁴⁵ CAW, Spis b. oddziałów sanitarnych 1918—1921, Warszawa 1964 r. (maszynopis).

⁴⁴⁶ T. Wawrzyński, *Akta dotyczące organizacji i działalności służby zdrowia WP w latach 1918-1939*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b12/b12_6.pdf, dostępność internetowa z dn. 18.10.2015 r.

⁴⁴⁷ A. Felchner, dz. cyt., s. 28.

⁴⁴⁸ L. Wyszczelski, *Wojsko Polskie w latach 1918-1921...*, dz. cyt., s. 184.

OGen. Należy bowiem pamiętać, iż pewne struktury OGen. różniły się od siebie. Jeśli zaś chodzi o dział sanitarny, to w obu schematach znajdowały się w tym samym miejscu⁴⁴⁹. Pierwszym dowódcą Okręgu został por. Jan Romer, który objął to stanowisko w dniu 26.11.1918 r.⁴⁵⁰, faktycznie jednak nigdy nie pełnił tego stanowiska, jak wspominał w swoich pamiętnikach: „Z wielkimi trudami około 5 grudnia stanąłem w Krakowie i tu dowiedziałem się o zamianowaniu mnie już dawniej dowódcą Gen. Okręgu Łódź, wobec tego jednak, że pozostawałem w niewoli, stanowisko to zostało już obsadzone”⁴⁵¹. Powyższe stanowisko ostatecznie objął gen. ppor. Aleksander Osiński, który zaraz po nominacji przybył do Łodzi. Stanowisko to zajmował do 13.08.1919 r.

Dział Sanitarny w DOGŁ podlegał tak jak pozostałe cztery działy (Intendentury, Budowlano-Kwaterunkowy, Kontroli Gospodarczej, Duszpasterstwa) bezpośrednio dowódcy okręgu i przed nim był odpowiedzialny za całokształt swoich działań. Mieścił się on przy ul. Cegielnianej 13 (ob. ul. Stanisława Więckowskiego). Na jego czele jako szef sanitarny stał płk. lek. med. Jakub Arct. Sprawował on tę funkcję przez kolejne trzy lata: „Podlegał mu cały personel działu oraz komendanci wszystkich samodzielnych zakładów sanitarnych na obszarze okręgu, w stosunku do których posiadał uprawnienia dyscyplinarne generała podporucznika”⁴⁵². Jego następcami kolejno byli: ppłk. lek. med. Bronisław Sieklicki i ppłk. lek. med. Henryk Trawiński.

Latem 1919 r. Dział Sanitarny został przemianowany na Oddział IX – Sanitarny⁴⁵³, a w czerwcu 1920 r. ponownie wrócono do nazwy: Dział Sanitarny. Struktura owego działu przedstawiała się następująco:

⁴⁴⁹ W DOGŁ występował inny podział Wydziałów i Działów, jednakże nie jest to bezpośrednio tematem rozprawy. Patrz więcej: W. Jarno, dz. cyt., s. 25-26.

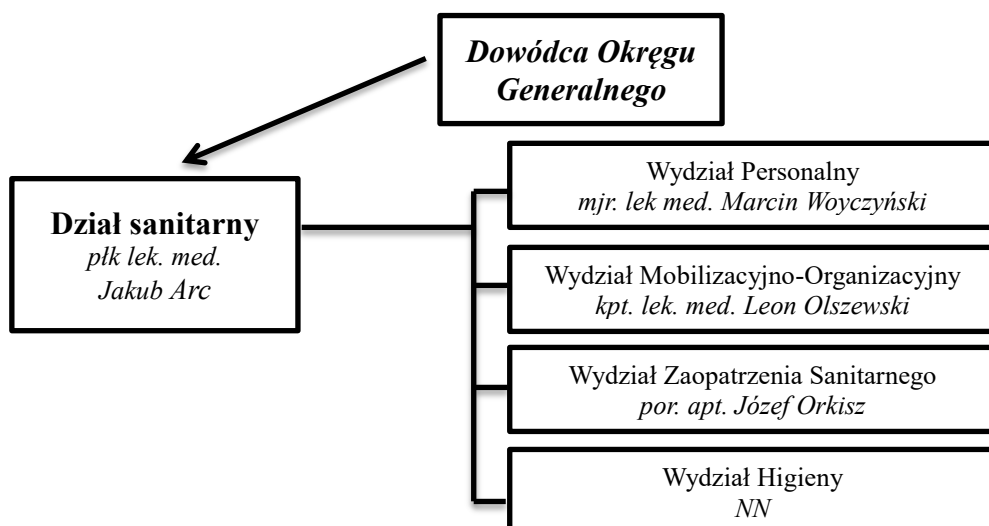
⁴⁵⁰ Patrz więcej: Generał J. Romer, *Pamiętniki*, Warszawa 2001 r.

⁴⁵¹ Tamże, s. 178.

⁴⁵² W. Jarno, dz. cyt., s. 35.

⁴⁵³ Szef sanitarny był jednocześnie z urzędu szefem Oddziału IX.

Schemat 3.6 Struktura Działu Sanitarnego DOGŁ w 1920 r.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: W. Jarno, Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939, Łódź 2001 r.

W myśl już wspomnianej *Tymczasowej Organizacji Wojsk i Zakładów Sanitarnych MSWojsk* z 29.10.1919 r. powstał w Łodzi najbardziej trwały element wojskowej służby zdrowia – szpital okręgowy przy ul. Pańskiej 113⁴⁵⁴ (ob. ul. Żeromskiego). W maju 1919 r. dodatkowo ze względu na narastające potrzeby został utworzony szpital chorób wenerycznych.

Nie tylko w samej Łodzi, ale i na obszarze OGŁ zaczęły powstawać placówki wojskowej służby zdrowia. W regionie łódzkim zdecydowanie był widoczny ich rozwój. Na przestrzeni lat: 1918-1919 OGŁ posiadał następujące szpitale rejonowe: we Włocławku, w Kaliszu, w Skierniewicach, w Łowiczu, w Aleksandrowie Kujawskim i w Strzałkowie. Ponadto funkcjonował w Ciechocinku sezonowy szpital wojskowy, a także dom dla ozdrowieńców w Aleksandrowie Kujawskim. Poza tym w samej Łodzi dodatkowo utworzono: szpital zapasowy⁴⁵⁵.

Na terenie OGŁ istniało także wiele polowych zakładów sanitarnych utworzonych na czas wojny polsko-bolszewickiej, w tym:

- Podlegające 4 i 10 Dywizji Piechoty: szpitale polowe nr 401-407, składy dentystyczne nr 4 i 10, pralnie polowe nr 4 i 10 oraz ruchome kolumny dezynfekcyjne nr 41 i 42

⁴⁵⁴ Szpital Okręgowy szerzej omawiany jest w dalszej części pracy.

⁴⁵⁵ W. Jarno, dz. cyt., s. 48.

- Podlegające Kwatermistrzostwu Armii: ruchoma kolumna dezynfekcyjna nr 43, czołówki chirurgiczne nr 41 i 42, trzy pociągi sanitarne nr 9, 10 i 13 (zakaźny), etapowa odwszalnia nr 4, pociąg dezynfekcyjno-kąpielowy nr 4, odwszalnia kolejowa „Łódź”, polowa składnica sanitarna oraz samochody kolumny sanitarne nr 41 i 42.

Rok 1921 przyniósł znaczące zmiany dla struktury terenowej, albowiem MSWojsk. zaczęło przechodzić na stopę pokojową.

Zlikwidowano Dowództwa Okręgów Generalnych, a na ich miejsce powołano Dowództwa Okręgu Korpusów (DOK), odpowiadające za zaopatrzenie, szkolenie oraz dyscyplinę, podlegających im formacji wojskowych. Powołanych zostało 10 DOK⁴⁵⁶:

- Okręg Korpusu Nr I — Warszawa,
- Okręg Korpusu Nr II — Lublin,
- Okręg Korpusu Nr III — Grodno,
- Okręg Korpusu Nr IV — Łódź,
- Okręg Korpusu Nr V — Kraków,
- Okręg Korpusu Nr VI — Lwów,
- Okręg Korpusu Nr VII — Poznań,
- Okręg Korpusu Nr VIII — Toruń,
- Okręg Korpusu Nr IX — Brześć n. Bugiem,
- Okręg Korpusu Nr X — Przemyśl.

Oprócz tego wydzielono jeden Obszar Warowny (OW "Wilno") oraz Obszar Nadmorski (ON - Gdynia) obejmujący polskie wybrzeże Bałtyku. Warto nadmienić, iż podział kraju na Okręgi Korpusów nie pokrywał się z podziałem administracyjnym na województwa.

⁴⁵⁶ L. Wyszczelski, *Wojsko Polskie....*, dz., cyt., s. 61.

Schemat 3.3 Organizacja DOK



Źródło: Opracowanie własne.

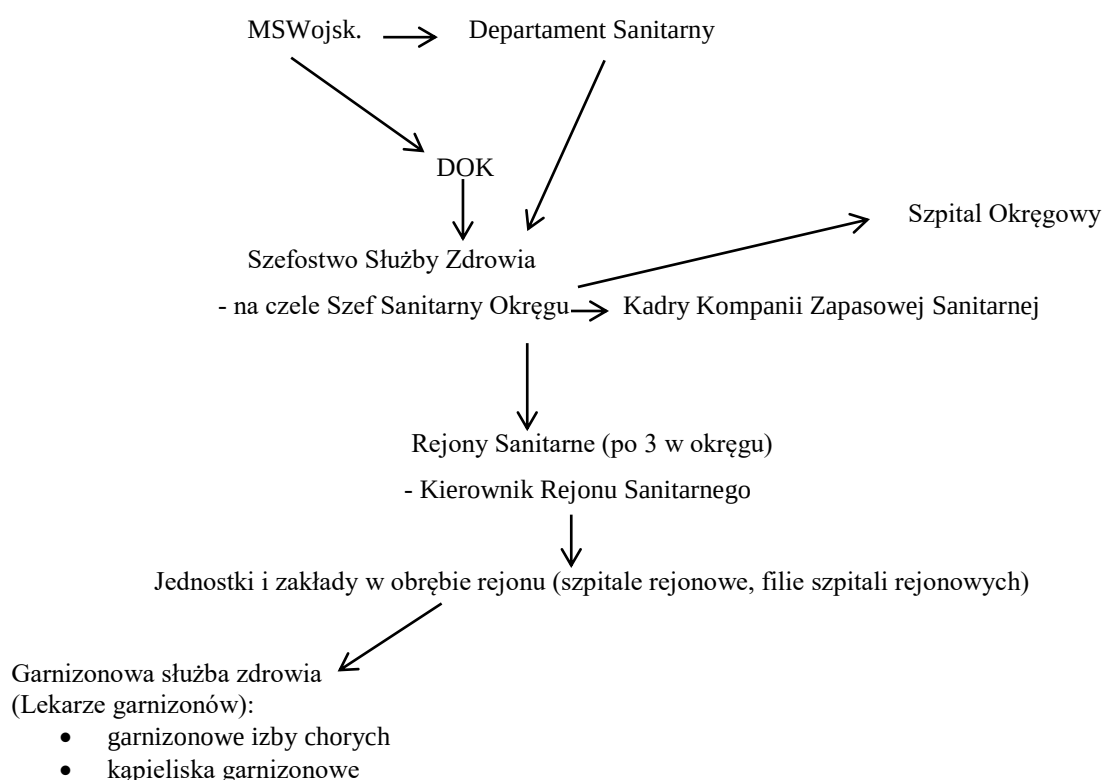
Dowódca Okręgu Korpusu sprawował z ramienia Ministra Spraw Wojskowych władzę wojskową na obszarze danego Okręgu Korpusu. Na czele każdego okręgu stał natomiast Dowódca Okręgu, który sprawował władzę wojskową bezpośrednio podlegając pod Ministra Spraw Wojskowych. Dowódcy Okręgu podporządkowane były, zaś wszystkie formacje stacjonujące na obszarze danego okręgu. Odpowiadały one przed nim pod względem mobilizacyjnym i administracyjnym. Dowództwu Okręgu Korpusu podlegały także Powiatowe Komendy Uzupełnień (PKU), które w późniejszym czasie przemianowano na Rejonowe Komendy Uzupełnień (RKU). Do ich zadań należała ewidencja: poborowych, rezerwistów, zajmowały się one także przeprowadzaniem samego poboru i opracowywały przydziały mobilizacyjne.

Przy Dowództwach Okręgów Korpusów w latach 1921-1939 istniały poszczególne szefostwa: Poboru i Remontów, Artylerii i Służby Uzbrojenia, Sanitarne, Łączności, Inżynierii i Saperów, Weterynarii, Duszpasterstwa, Intendentury. Ponadto w okresie przechodzenia wojska na tzw. „stopę pokojową” istniały także dodatkowe komórki organizacyjne przy DOK, takie jak: Urząd Opieki nad grobami wojennymi przy Szefostwie Duszpasterstwa, Wydział zaopatrzenia inwalidzkiego przy Szefostwie Intendentury, Dział kontroli gospodarczej, Wydział inwalidzko-superrewizyjny przy Szefostwie Sanitarnym, Referat osad żołnierskich przy Oddziale I Sztabu, Referat przemysłu wojennego⁴⁵⁷.

Struktura organizacyjna służby zdrowia w DOK, przedstawiała się następująco:

⁴⁵⁷ W. Jarno, *Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939*, Łódź 2001 r., s. 126.

Schemat 3.4 Organizacja struktury służby zdrowia w DOK w 1921.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: A. Felchner, dz. cyt., s. 34-40.

Szef sanitarny okręgu kierował całą służbą zdrowia na podległym mu terytorium. Pod jego bezpośrednie jego kierownictwo podlegały: szpital okręgowy, kadra kampanii sanitarnej zapasowej, kierownicy rejonów i personel szefostwa. Kadra kompanii zapasowej sanitarnej była jednostką pierwotną dla wszystkich pracowników służby zdrowia w okręgu. Prowadziła ona ewidencję oraz szkolenia. Ewentualnie miała ona także za zadanie zmobilizowanie połowych jednostek służby zdrowia oraz zaopatrzenie ich w personel medyczny w sprzęt.

Kierownicy rejonów nadzorowali natomiast personel medyczny w poszczególnych jednostkach i zakładach w obrębie rejonu. Ich zadaniem było także: prowadzenie przygotowań mobilizacyjnych (zarówno w zakresie personalnym, jak i materiałowym), czuwali nad stanem służby zdrowia danego terytorium oraz przygotowywali dane statystyczne z powyższego zakresu. Naczelnicy lekarze garnizonów mieli pod swoim dowództwem wszystkich lekarzy wojskowych stacjonujących w obrębie ich placówek.

Do połowy lipca 1921 r. został częściowo zakończony proces demobilizacji jednostek sanitarnych. Wówczas funkcjonowało jeszcze 8 kompanii i 4 plutony sanitarne, a wraz z nimi połowe przychodnie stomatologiczne. Nie zdecydowano się zdemobilizować

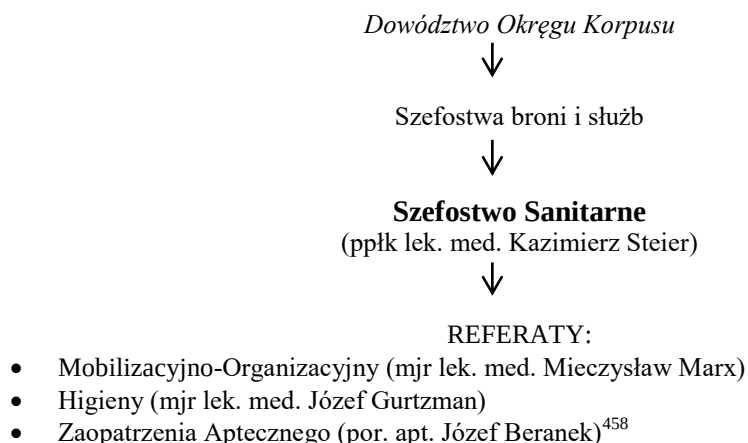
jeszcze placówek do walki z epidemiami. Jednakże wszystkie w/w pododdziały i zakłady stopniowo rozwiązywane były do końca 1922 r.

Po podpisaniu przez Polskę i Rosję Radziecką preliminarzów pokojowych Wojsko Polskiej rozpoczęło demobilizację i zaczęło przechodzić na organizację pokojową.

OGŁ został zlikwidowany 15.11.1921 r., a na jego miejsce utworzono Okręg Korpusu nr IV. Składał się on z następujących powiatów: łódzkiego, brzezińskiego, kutnowskiego, łaskiego, łęczyckiego, łowickiego, rawskiego, sieradzkiego, skierniewickiego, częstochowskiego, koneckiego, opoczyńskiego, piotrkowskiego, radomszczańskiego, wieluńskiego i włoszczowskiego. W takim składzie terytorialny OK nr IV przetrwał do 1922 r., kiedy to włączono do okręgu łódzkiego powiat lubliniecki, należący administracyjnie do województwa śląskiego. Sytuacja uległa zmianie w 1927 r., kiedy to powiat przeniesiony został do OK nr V.

Według nowej organizacji struktury dowództwa okręgu utworzono Szefostwa broni i służb, w tym Szefostwo Sanitarne. Według organizacji z listopada 1921 r. przedstawiało się ono w następujący sposób:

Schemat 3.8 Struktura Szefostwa Sanitarnego DOK nr IV w 1921 r.

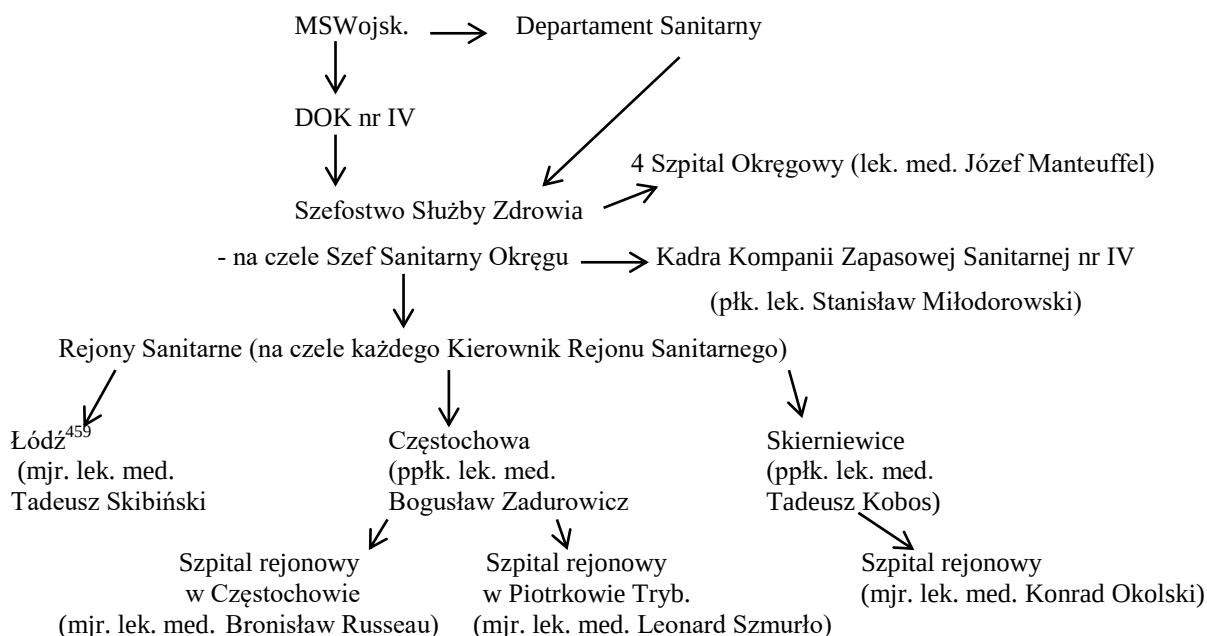


Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: W. Jarno, Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939, Łódź 2001 r.

⁴⁵⁸ W skład szefostwa wchodził także tymczasowo (do czasu likwidacji) Wydział Superrewizyjno-Inwalidzki, na którego czele stał ppłk. Stanisław Więckowski.

Struktura terenowa Szefostwa Sanitarnego przedstawiała się analogicznie do tych, które obowiązywały w innych Okręgach Korpusu.

Schemat 3.9 Struktura organizacyjna służby zdrowia w DOK nr IV w 1921.



Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: W. Jarno, Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939, Łódź 2001 r.

W roku 1924 Organizacja Dowództwa Okręgu Korpusu na stopie pokojowej wprowadziła kolejne zmiany. Wyłączono szefów broni i służb ze składu organizacyjnego Dowództwa Okręgu Korpusu (sprawowali tylko funkcje fachowych doradców dowódcy Okręgu Korpusu). Utworzono także (czasowo) stanowisko Inspektora Poborowego, zlikwidowano Oddział IV zaopatrzenia materiałowego oraz przemianowano Oddział II Informacyjny na Samodzielny Referat Informacyjny. Od tego momentu podział na referaty zależał od decyzji dowódców Okręgu Korpusu.

Szefostwo Sanitarne OK IV było zatem od 1924 r. do 1931 r. było samodzielnym organem szczebla okręgowego i podlegało bezpośrednio dowódcy okręgu. We wrześniu 1931 r. zostało ono jednak ponownie włączone do DOK nr IV, w którego to składzie istniało do wybuchu wojny.

W 1924 r. Szefostwo Sanitarne DOK IV liczyło pięć referatów:

⁴⁵⁹ W Łodzi nie powstał szpital rejonowy, ponieważ istniał 4 szpital Okręgowy.

- Ogólny (ppłk. lek. med. Mieczysław Marx)
- Sanitarno – Techniczny (ppłk. lek. med. Józef Gurtzman)
- Rewizyjno-Inwalidzki (ppłk. lek. med. Aleksander Mieleszko)
- Zaopatrzenia (ppłk. Mieczysław Kamieniobrodzki)
- Rachunkowo-Budżetowy (por. Edward Bartowski)

Szefowi Sanitarnemu DOK IV, podlegały ponadto: 4 szpital okręgowy, kadra kampanii zapasowej sanitarnej, batalion sanitarny oraz składnica sanitarna⁴⁶⁰. Także w 1924 r. w DOK nr IV zostały zlikwidowane dwa szpitale rejonowe w Skierniewicach i w Częstochowie. W Skierniewicach na miejsce zlikwidowanej placówki otworzono drugą garnizonową izbę chorych. Natomiast w Częstochowie powstała na krótko (1924-1925) filia szpitala okręgowego⁴⁶¹, która w 1925 r. została przemianowana także na garnizonową izbę chorych.

Ponadto w rejonie łódzkim istnienie Kadry Kompanii Zapasowej Sanitarnej nr IV trwało bardzo krótko. Rozkazem z dnia 15.08.1922 r. została ona przeformowana na 4 batalion sanitarny. Wówczas także ponownie wyodrębniono 4 Okręgową Składnicę Sanitarną. Batalion sanitarny 1.07.1931 r. został wcielony do szpitala okręgowego, kończąc tym samym samodzielne istnienie⁴⁶².

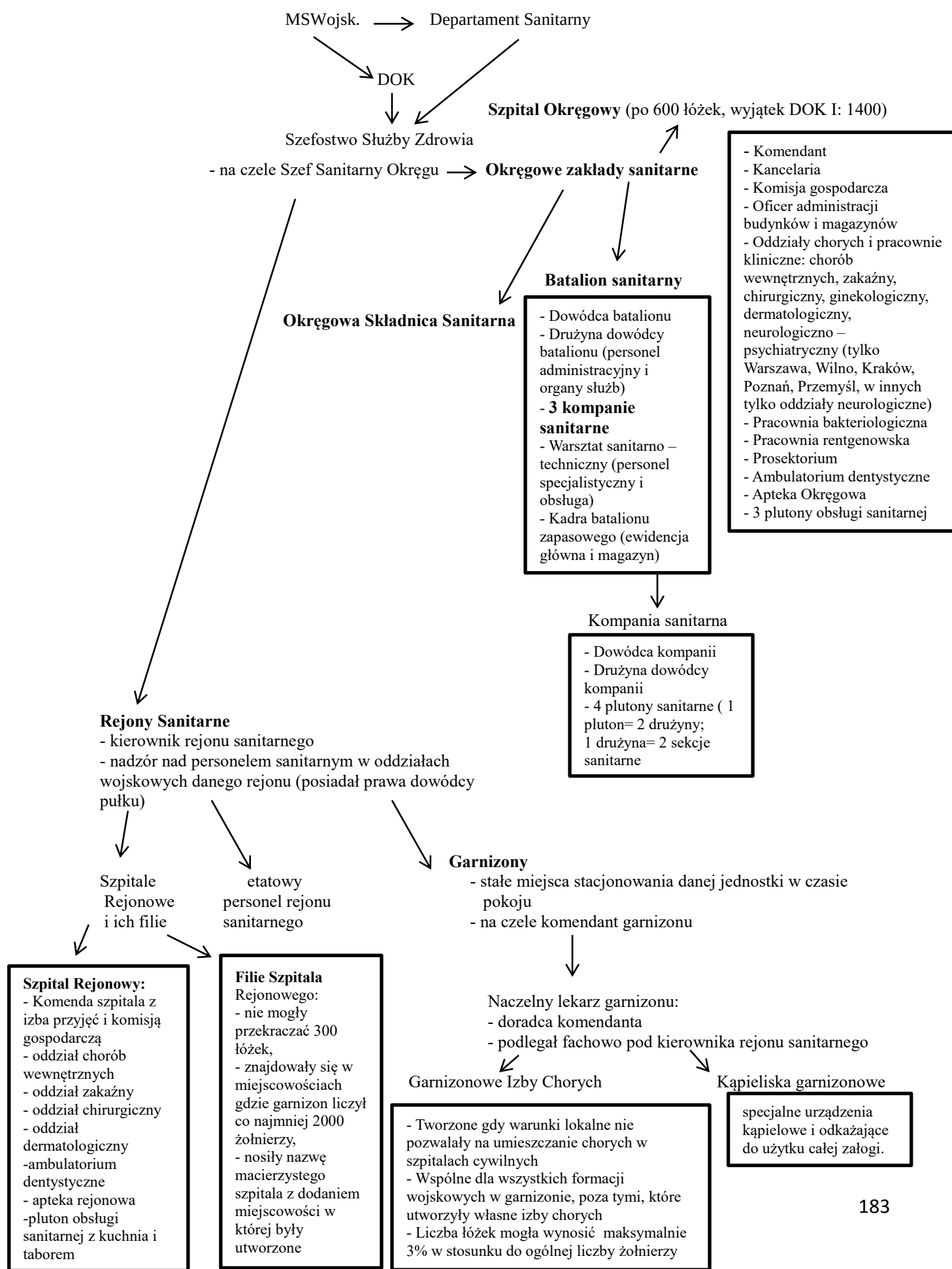
Poniższy schemat w uproszony sposób przedstawia wygląd terenowych służb zdrowia w latach 1921-1930.

⁴⁶⁰ W. Jarno, dz. cyt., s. 190.

⁴⁶¹ Na którego czele stał w 1925 r. por. Zygmunt Pracki.

⁴⁶² Tamże, s. 191-192.

Schemat 3.5 Terenowe służby medyczne DOK w latach 1925-1928



W latach 1926-35, DOK miały odmienne znaczenie i inny prestiż niż w latach wcześniejszych. Przejawem tego było m.in. obniżenie personalnego zaszeregowania tych instytucji. Jak podaje Lech Wyszczelski: „*Dowódca OK miał etat generała dywizji, a nie - jak wcześniej – generała broni. Obniżony został też etat jego zastępcy – zamieniony na pomocnika dowódcy (w wypadku DOK I był to I i II pomocnik dowódcy)*”⁴⁶³. Natomiast Witold Jarno powołując się bezpośrednio na rozkaz z dnia 12.08.1926 r. mówi o całkowitym zniesieniu stanowiska zastępców dowódców OK, z wyjątkiem DOK I w Warszawie⁴⁶⁴. Przez niepodanie daty Wyszczelski łatwo wprowadza czytelnika w błąd, bowiem dopiero 25.07.1928 r. zostali ustanowieni pomocnicy dowódców okręgów korpusów do spraw uzupełnień. Do 1939 r., kiedy to przywrócono stanowiska zastępców dowódców OK, pomocnicy zastępowali z urzędu dowódców okręgów korpusów w czasie ich nieobecności. W 1929 r. Utworzono Okręgowe Urzędy Przysposobienia Wojskowego i Wychowania Fizycznego, które przejęły z Oddziału Wyszkożenia sprawy przysposobienia wojskowego i wychowania fizycznego.

W DOK nr IV znaczącą zmianą w 1928 r. było przemianowanie Okręgowej Składnicy Sanitarnej nr IV na pomocniczą składnicę sanitarną. Zaś w styczniu 1929 r. składnice pomocnicze we wszystkich okręgach podzielone zostały na dwa typy: mniejsze i większe. Łódzką składnicę zaliczono do mniejszych i w lutym 1931 r. została ona zlikwidowana. Jej ostatecznie zamknięcie odbyło się 31 marca⁴⁶⁵.

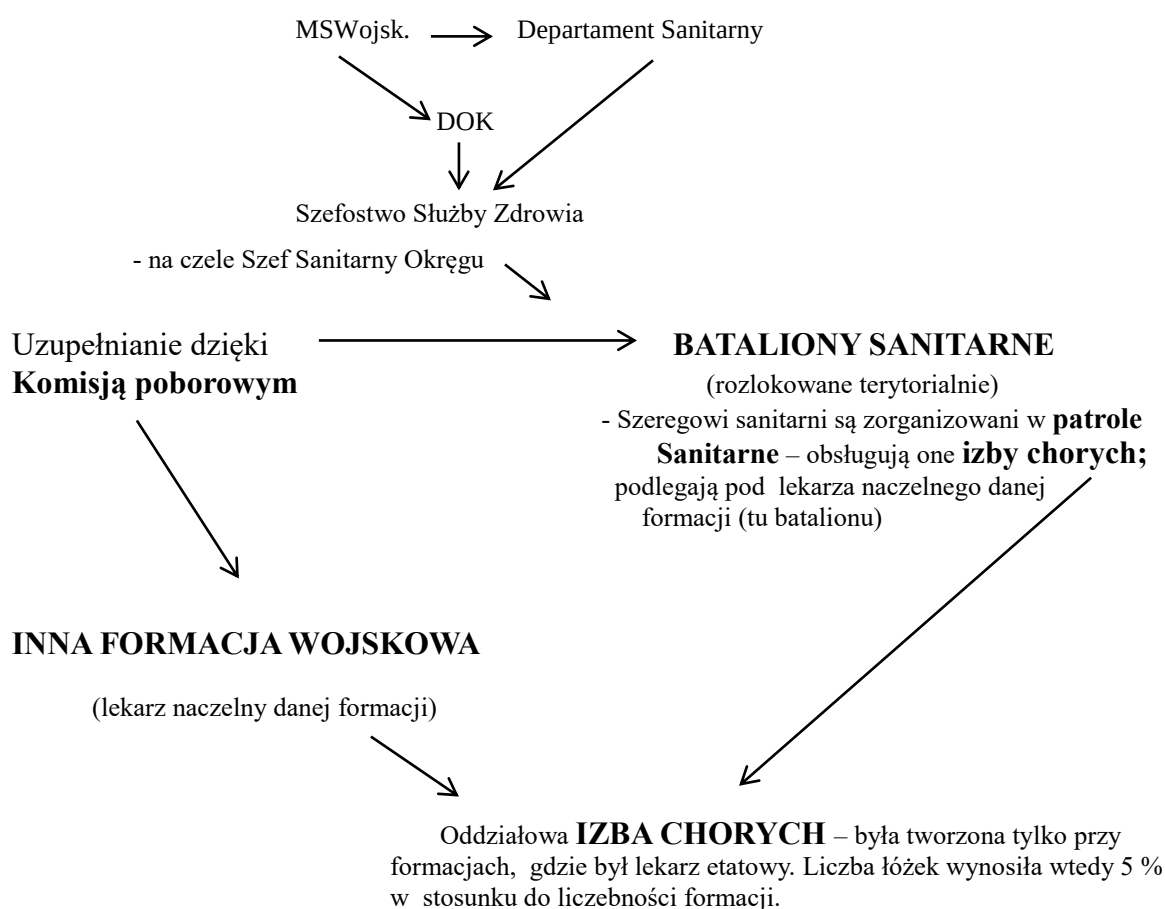
Służba zdrowia oprócz tzw. Szczepła terenowego prężnie działała w poszczególnych formacjach wojskowych. Służbę zdrowia w formacjach wojskowych prowadził właściwy personel oficerski i szeregowy służby zdrowia oraz pomocniczy personel szeregowy danej formacji wojskowej. W 1931 r. przedstawiała się następująco:

⁴⁶³ L. Wyszczelski, *Wojsko Polskie*..., dz., cyt., s. 61.

⁴⁶⁴ W. Jarno, dz. cyt., s. 126.

⁴⁶⁵ W kraju pozostawiono jedynie dwie składnice sanitarne nr 1 w Warszawie i nr 2 w Przemyśle.

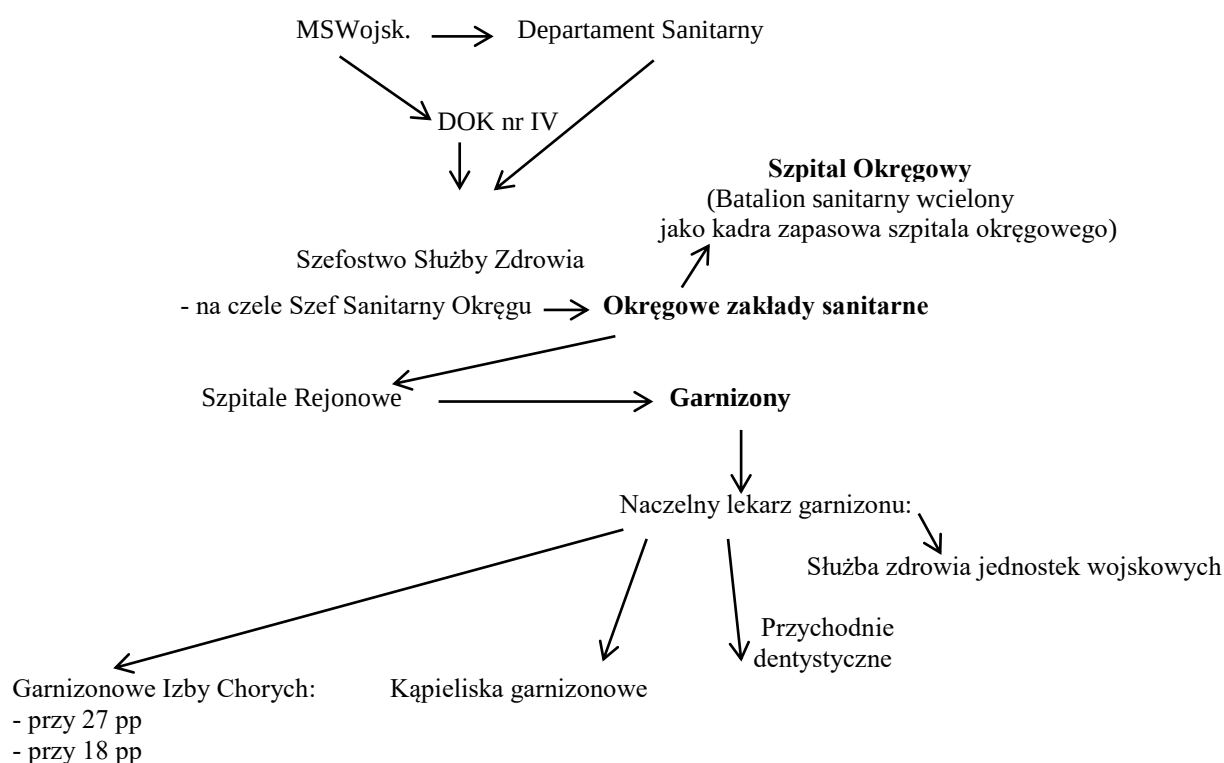
Schemat 3.6 Działalność służby zdrowia w formacjach wojskowych w 1931 r.



Źródło: Opracowanie własne.

Dodatkowo warto nadmienić, uzupełniając tym samym powyższy schemat, że tylko w piechocie, w każdej kompanii znajdował się podoficer sanitarny, który podlegał dowódcy kompanii. Podoficerowie sanitarni natomiast podlegali bezpośrednio odnośnemu lekarzowi. Oficerowie-lekarze, przewidziani organizacyjnie w formacjach wojskowych, podlegali dowódcom tych jednostek i odpowiedzialni byli przed nimi za prawidłowe funkcjonowanie służby zdrowia i stan zdrowotny formacji. Jeżeli konkretna jednostka wojskowa posiadała dwóch lub kilku lekarzy, jeden z nich był naczelnym lekarzem, kierującym, z medycznego punktu widzenia, działalnością wszystkich czynników służby zdrowia owej formacji.

Schemat 3.7. Terenowe służby medyczne DOK nr IV w latach 1931-1939



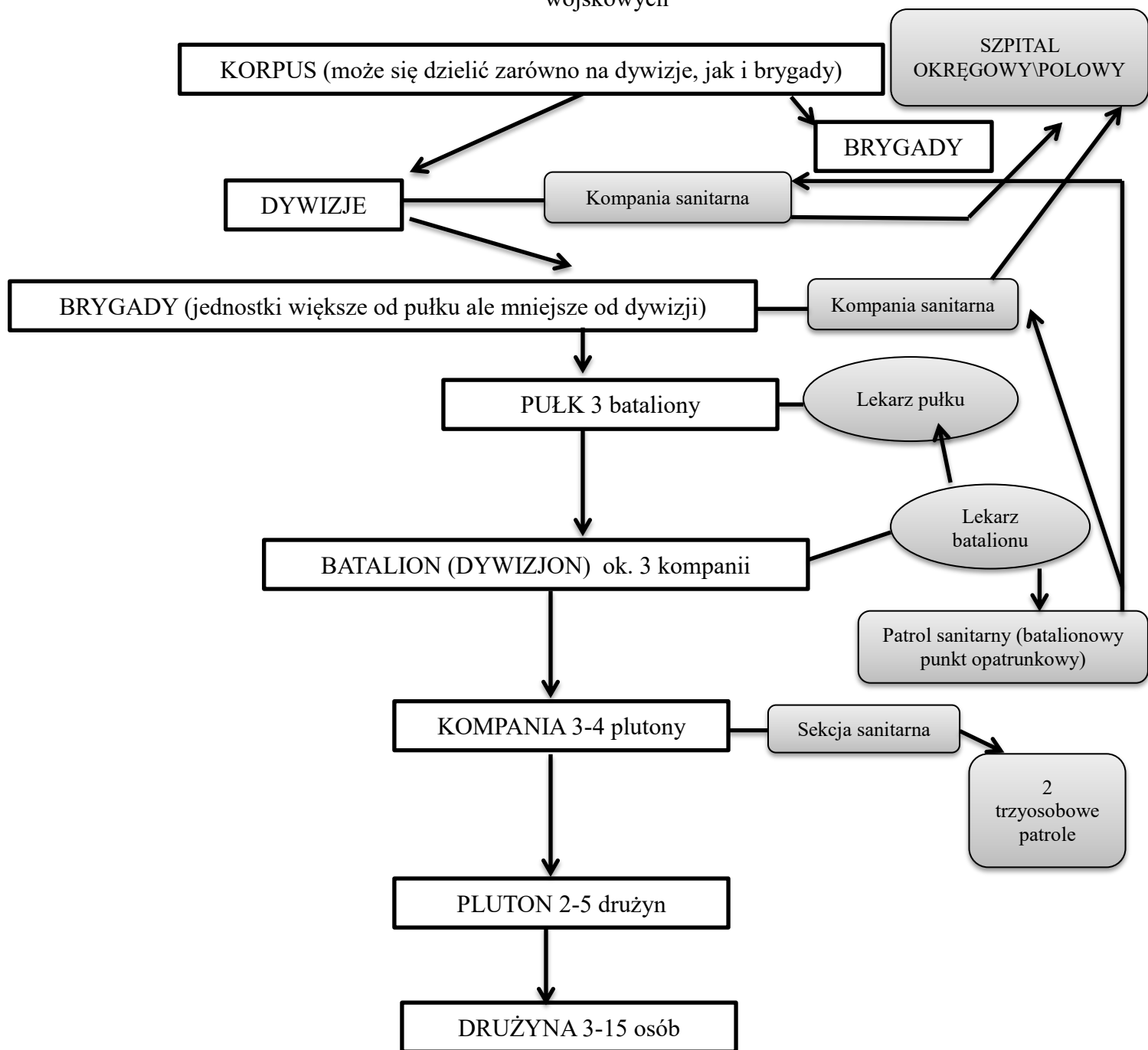
Źródło: Opracowanie własne.

Wstępowały także inne Garnizonowe izby chorych na obszarze OK IV. Mieściły się o w Piotrkowie Tryb. w latach 1923-1924, w Łowiczu w latach 1924-1927 oraz w Lublińcu w latach 1926-1927.

Służba zdrowia jednostek wojskowych była znacząco rozbudowana.

Lekarz etatowo występował przy każdym batalionie (dywizjonie) i pod względem fachowym odpowiadał przed naczelnym lekarzem pułku. Pod lekarza batalionu podlegał zaś patrol sanitarny, z którego mógł on utworzyć batalionowy punkt opatrunkowy. Na szczeblu kompanii istniała sekcja sanitarna, składająca się z dwóch trzyosobowych patroli. Przy dywizjach piechoty i brygadach jazdy znajdowały się kompanie sanitarne. Stanowiły one pośrednie ogniwo, pomiędzy batalionowym punktem opatrunkowym, a szpitalem polowym (nie były stałym elementem, w czasie pokoju zastępowały je szpitale okręgowe).

Schemat 3.2 Organizacja służby sanitarnej na poszczególnych szczeblach struktur wojskowych



Źródło: Opracowanie własne.

Z dniem 1.01.1933 r. w skład dowództw okręgów wojskowych zostały wcielone, bez zmiany nazwy i uprawnień, okręgowe urzędy wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego. Organizacja poszczególnych DOK przedstawiała się następująco:

- Wydział Ogólny

Referaty:

- Organizacyjno-administracyjny,
- Wszkolenia,
- Personalny,
- Wydział Mobilizacji i Uzupełnień

Referaty:

- Ogólny,
- Mobilizacji Personalnej,
- Mobilizacji Materiałowej i Koni,
- Uzupełnień.

Powstały także samodzielne referaty bezpieczeństwa. Natomiast w skład organizacyjny Dowództwa Okręgu Korpusu włączono Szefostwa: Uzbrojenia, Sanitarne, Weterynarii, Duszpasterstwa. W latach 1932-1933 przemianowano Wydział Ogólny na Samodzielny Referat Ogólny oraz usamodzielniono Referat Personalny i Oświatowy. 1.05.1934 r. zlikwidowano kompanie sztabowe. Natomiast 1.12.1934 r. zlikwidowano stanowiska inspektorów uzupełnień.

4.05.1939 r. została wprowadzona do użytku służbowego „Tymczasowa ogólna instrukcja organizacyjna Dowództwa Okręgu Korpusu na stopie pokojowej”, opracowana przez Departament Dowodzenia Ogólnego MSWojsk. Instrukcja miała charakter tymczasowy - dowódcy Okręgów Korpusu winni byli w terminie do 1.05.1940 r. przedstawić swoje uwagi, spostrzeżenia i wnioski. W stosunku do poprzedniej organizacji Dowództwa Okręgu Korpusu, instrukcja wprowadziła następujące zmiany:

- Utworzono stanowisko kwatermistrza, któremu podlegali szefowie służb (z wyjątkiem szefów służb duszpasterskich podlegających bezpośrednio dowódcy Okręgu Korpusu),
- Utworzono Samodzielny Referat Kwatermistrzowski;
- Powołano doradcę prawnego;
- Przemianowano Samodzielny Referat Ogólny na Wydział Ogólny.
- Referat Oświatowy utracił samodzielność i wszedł w skład Wydziału Ogólnego.
- Dowódcę Obrony Przeciwlotniczej (OPL) podporządkowano zastępcy dowódcy Okręgu Korpusu;
- Utworzono szefostwa:
 - Łączności,
 - Saperów;

- Samochodowe;

Wprowadzono także zmiany w podziale wydziałów i samodzielnych referatów na referaty.

Ogólne zmiany strukturalne w DOK zakończyła: „*Tymczasowa ogólna instrukcja organizacyjna Dowództwa Okręgu Korpusu na stopie pokojowej*”. Struktura służby zdrowia natomiast w DOK nr IV po dokonaniu ostatnich zmian w 1931 r. nie uległa już zmianom, aż do momentu wybuchu wojny 1939 r. W DOK latach 1921-1939 starano się ulepszać strukturę wojskowej służby zdrowia, tak aby wpłynęła ona korzystnie na stan zdrowia żołnierzy.

3.2 Szefowie sanitarni

3.2.1 Plk lek. med. Kazimierz Steier

Pierwszym szefem sanitarnym DOK nr IV w Łodzi został Kazimierz Steier. Urodzony 4.03.1870 r. w Przemyślu. Był synem Józefa i Józefy z Romankiewiczów. Swoją edukację początkową również odbywał w Przemyślu – ukończył tam gimnazjum. Następnie udał się do Karkowa w celu podjęcia studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego (UJ). Ukończył je w 1894 r. Był stypendystą wojskowym i specjalizował się w chirurgii i położnictwie. Odbywał praktyki we Lwowie u prof. Ludwika Rydygiera⁴⁶⁶. Jako pierwszy chirurg na świecie wykonał w 1881 r. częściowe wycięcie żołądka z powodów onkologicznych, a w 1921 r. resekcję wrzodu żołądka i części trzustki.

Jednocześnie po ukończeniu studiów został lekarzem wojskowym w cesarskiej i królewskiej Armii w 1894 r. Służył w jednostkach liniowych w Przemyślu. W 1899 r. pełnił służbę w 29 Pułku Artylerii Dywizyjnej w Jarosławiu. W 1907 r. pełnił służbę w 8 Galicyjskim Pułku Ułanów stacjonującym wówczas w Tarnopolu i Zborowie. W lutym 1914 r. natomiast pełnił służbę na stanowisku lekarza sztabowego Okręgu Uzupełnień Czerniowce, pozostając w ewidencji tamtejszego 41 Pułku Piechoty.

W czasie I wojny światowej był dowódcą kompanii sanitarnej na froncie serbskim, potem komendantem szpitali polowego i zakaźnego. Pod koniec wojny został wzięty do

⁴⁶⁶ P. Stawecki, *Słownik biograficzny generałów Wojska Polskiego 1918-1939*, Warszawa 1994 r., s. 319.

niewoli serbskiej. Po zwolnieniu, powrócił do niepodległej Polski obejmując komendę szpitala wojskowego w Przemyślu. 1.06.1919 r. otrzymał awans na pułkownika. Wówczas jego oddziałem macierzystym była Kompania Zapasowa Sanitarna Nr 2⁴⁶⁷.

Podczas wojny polsko-bolszewickiej dowodzi batalionem sanitarnym w Modlinie. Latem 1920 r. został przeniesiony ze stanowiska szefa sanitarnego Ekspozytury Dowództwa Okręgu Generalnego „Lublin” w Kowlu i Obszaru Warownego Brześć. do Kompanii Zapasowej Sanitarnej Dowództwa Okręgu Generalnego „Warszawa” na stanowisko dowódcy⁴⁶⁸. Później do 1921 r. był komendantem Obozu Izolacyjnego w Dęblinie. Od 1921 r. był szefem sanitarnym Okręgu Korpusu (OK) nr IV w Łodzi⁴⁶⁹.

5.02.1927 r. Prezydent RP mianował go generałem brygady, wyłącznie z prawem do tytułu. 30 kwietnia 1928 r. został przeniesiony w stan spoczynku⁴⁷⁰. Wówczas zamieszkał na stałe w Przemyślu przy ul. Grodzkiej 6, gdzie realizował się zawodowo jako lekarz chirurg i ginekolog⁴⁷¹.

W czasie okupacji ukrywał się w Nowym Sączu. Przeżył II wojnę światową. Zmarł 23.08.1958 r. w Przemyślu.

Odnaczony był: Złotym Krzyżem Zasługi z Koroną, Wojskowym Krzyżem Jubileuszowym, Krzyżem Pamiątkowy lat 1912-1913 oraz brązowym Medalem Jubileuszowym z 1898 r.⁴⁷².

Był żonaty z Marią z domu Molenda. Miał dwie córki: Stanisławę, zamężną z lekarzem Marianem Zennęgą i Annę zamężną ze Stanisławem Ciechanowskim.

3.2.2 Płk lek. med. Stefan Miłodrowski

Stefan Rajmund Wojciech Miłodrowski⁴⁷³ urodził się w Warszawie 31.08.1887 r.⁴⁷⁴ Dyplom lekarza uzyskał w 1904 r.⁴⁷⁵ Był on przede wszystkim dentystą, ale zajmował się

⁴⁶⁷ Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8 czerwca 1922 r., Warszawa 1922 r., s. 309.

⁴⁶⁸ Dziennik Personalny MSWojsk., nr 49, poz. 1164, z 22.12.1920 r., s. 1405.

⁴⁶⁹ Rocznik oficerski 1923 r., MSWojsk., Warszawa 1923 r., s. 1145.; Rocznik oficerski 1924 r., MSWojsk., Warszawa 1924 r., s. 1038.

⁴⁷⁰ Dziennik Personalny MSWojsk., nr 7 z 18.02.1927 r., s. 56.

⁴⁷¹ P. Stawecki, dz. cyt., s. 319.

⁴⁷² Wszystkie odznaczenia otrzymał od armii austriackiej.

⁴⁷³ Niektórzy historycy błędnie podają, iż był to Stanisław Miłodrowski. W źródłach nie odnalazłam nigdzie takiej osoby. Inni badacze, jak np. prof. A. Felchner podają także że szefem sanitarnym w latach 1927-1930 był Stefan Rajmund Wojciech Miłodrowski; Patrz więcej: A. Felchner, *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia wojska polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji 1939 r.)*, Oświęcim 2016 r., s. 245.

⁴⁷⁴ Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8 czerwca 1922 r., Warszawa 1922 r., s. 309; CAW, OOP/630, s. 1.

także chorobami wewnętrznymi. W swoim prywatnym gabinecie przyjmował w Łodzi w przy ul. Emilji 6⁴⁷⁶. O przeszłości Stefana Miłodrowskiego przed 1918 r. nie wiele wiadomo, jednakże sądząc po licznych odznaczeniach rosyjskich możemy domyślać się, iż służył w armii rosyjskiej: order św. Stanisława 2 i 3 stopnia, order św. Anny 2 stopnia, order św. Anny z mieczami 3 stopnia⁴⁷⁷.

Był żołnierzem II Korpusu Polskiego w Rosji, w którego to w skład weszli też żołnierze II Brygady Legionów Polskich pod dowództwem płk. Józefa Hallera (część sił Polskiego Korpusu Posiłkowego). W dniu 15.02.1918 r. przeszli oni przez front rosyjsko-austriacki pod Rarańczą i połączyli się z Korpusem pod Sorokami. Sama brygada została rozwiązana. Miłodrowski przeszedł do II Brygady i piastował w niej stanowisko szefa sanitarnego korpusu⁴⁷⁸. W 1918 r. pod Kaniowem dostał się do niewoli niemieckiej⁴⁷⁹.

Kolejno już przy gen. Józefie Hallerze zajmował stanowisko szefa sanitarnego I korpusu. Wraz z Błękitną Armią powrócił do niepodległej Polski.

Za działalność przedwojenną odebrał on czerwono-białą wstążkę Armii gen. Hallera⁴⁸⁰ oraz odznaczony był Krzyżem Walecznych⁴⁸¹.

Po licznych zasługach Stefan Miłodrowski otrzymał także awans na stopień pułkownika ze starszeństwem z dnia 1.06.1919 r.⁴⁸² Wówczas jego oddziałem macierzystym była Kompania Zapasowa Sanitarna Nr 2⁴⁸³.

W jego teczce biograficznej w Centralnym Archiwum Wojskowym czytam jego nienaganną opinię: „(...) o wysokim poczuciu obowiązku, niezmordowanie pilny i energiczny, pełni służbę z całym poświęceniem i bardzo dobrym wynikiem. Organizował i uzupełniał szybko zakłady i formacje sanitarne przerzucane na front i kierował wykształceniem pododdziału sanitarnego dla formacji tyłowych i frontowych”⁴⁸⁴.

Od stycznia 1920 r. pełnił funkcję zastępcy szefa sanitarnego Dowództwa Okręgu Generalnego (DOGen.) „Kielce”. Od 1922 r. zajmował stanowisko dowódcy IV Batalionu Sanitarnego w Łodzi. W 1927 r. został mianowany szefem sanitarnym DOK nr IV. Funkcję tę

⁴⁷⁵ Urzędowy spis lekarzy uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej oraz aptek w Drugiej Rzeczypospolitej, Warszawa 1924/1925, s. 277.

⁴⁷⁶ Tamże.

⁴⁷⁷ CAW, OOP/630, s. 1.

⁴⁷⁸ Koło 2. P. P. Legionów Polskich, *Garść wspomnień spod Rarańczy*, Warszawa 1938 r., s. 74.

⁴⁷⁹ *Złota Księga Korpusu Sanitarnego Polskiego 1797-1918*, opr. Ludwik Zembrzusi, Warszawa 1927 r., s. 164.

⁴⁸⁰ CAW, OOP/630, s. 1.

⁴⁸¹ *Złota Księga Korpusu Sanitarnego Polskiego...*, dz. cyt., s. 164.

⁴⁸² Rocznik oficerski 1923 r., MSWojsk., Warszawa 1923 r., s. 1197.

⁴⁸³ Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8 czerwca 1922 r., Warszawa 1922 r., s. 309.

⁴⁸⁴ CAW, OOP/630, s. 1.

pełnił do 1930 r. W czasie pełnienia ważnych funkcji w okręgu łódzkim zaangażowany był także w życie oficerskie. W 1928 r. jego nazwisko pojawiło się jako gospodarza balu oficerów IV Korpusu Łódź⁴⁸⁵. Oprócz sprasowywania szefostwa sanitarnego kontynuując prywatną praktykę lekarską. Jest jednym z wielu lekarzy specjalistów, którzy otworzyli pierwszą w Łodzi Lecznicę Lekarzy Specjalistów, mieszczącą się przy ul. Piotrkowskiej 17 i ul. Zachodniej 52⁴⁸⁶. Miłodrowski przyjmował w niej jako lekarz dentysta⁴⁸⁷.

W latach 1933 - 1934 r. pełnił funkcję dyrektora szpitala Ubezpieczalni im. przez. Ignacego Mościckiego (dziś Szpital im. Norberta Barlickiego w Łodzi). Warto nadmienić, iż w latach 1934 -1939 Wielospecjalistyczny Szpital im. I. Mościckiego wraz z przychodniami stanowił największy obiekt spośród 19 Szpitali Ubezpieczalni Społecznej w Polsce, który miał 850 stacjonarnych łóżek szpitalnych. Tuż przed wybuchem II Wojny Światowej, Szpital, podobnie jak inne placówki lecznictwa zamkniętego w Polsce, został dostosowany do warunków wojennych i potrzeb rannych żołnierzy oraz ludności cywilnej.

Stefan Miłodrowski w późniejszych latach pracował jako lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi⁴⁸⁸ i jeszcze w 1938 r. pełnił przez krótki czas ponownie obowiązki dyrektora szpitala im. I. Mościckiego (nastąpiła zmiana, po rezygnacji dr Jerzego Bujalskiego z tego stanowiska). Wówczas w szpitalu tym Miłodrowski pełnił funkcję starszego inspektora.

Jednocześnie Miłodrowski angażował się w działalność Związku Hallerczyków na terenie województwa łódzkiego, którego komitet lokalny z siedzibą w Łodzi znajdował się przy ulicy Piotrkowskiej nr 104. Płk. dr. Stefan Miłodrowski był jego przewodniczącym, członkami natomiast: int. Władysław Sikorski, Józef Witkowski, Teodor Stanikowski, Tadeusz Pałkowski, Edward Janowski, Stanisław Urbanowicz, Franciszek Król, Kazimierz Sipowicz i Seweryn Micherski. Cel powstania komitetu był w Dzienniku Łódzkim określony następująco: *„Komitet pracuje nad tem, ażeby uczcić pamięć poległych , pamięć ich poświęcenia, ich niezłomną wiarę w Niepodległość Polski. Symbol ich duchowych wartości powstanie z najdrobniejszych datków, powstanie wysiłkiem całego polskiego narodu, i dlatego też nawet najdrobniejsze ofiary na ten cel przyjmuje Chorągiew Pomorska Związku Hallerczyków w Bydgoszczy, ul. Marsz, Focha Nr. 1S (Nr. konta P. K. O. 205.395) ew. tet*

⁴⁸⁵ „Republika”, nr 38 z dnia 7 lutego 1928 r., s. 6.

⁴⁸⁶ „Hasło Łódzkie”, nr 52 z dnia 6 listopada 1927 r., s. 52.

⁴⁸⁷ „Republika”, nr 81 z dnia 23 marca 1929 r., s. 10.

⁴⁸⁸ Autorka nie odnalazła w jakim dokładnie szpitalu.

*Związek Hallerczyków w Łodzi - ul. Piotrkowska Nr. 104, którego Sekretariat czynny jest codziennie (prócz świąt) w godz. 5 - 10 wiecz.*⁴⁸⁹.

Tuż przed wybuchem II wojny światowej Miłodrowski działał w Polskim Towarzystwie Społecznym Lekarzy w Łodzi i w 1939 r. wszedł w skład nowego jego zarządu na stanowisku wiceprezesa⁴⁹⁰.

Losy Stefana Rajmunda Wojciecha Miłodrowskiego w czasie II wojny światowej nie są znane. Nie udało się także ustalić daty oraz przyczyny śmierci.

3.2.3 Plk lek. med. Mieczysław Marx



Urodził się w 29.11.1879 r.⁴⁹¹. Dyplom lekarza uzyskał w 1904 r.⁴⁹². Za swoją działalność w Polskim Czerwonym Krzyżu odznaczony był Odznaką Honorową PCK 3 stopnia.

Dr Mieczysław Marx. Zdjęcie wykonane do Sprawozdania Zarządu Łódzkiego PCK za rok 1938, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939 r., s. 8.

Pacjentów prywatnie przyjmował w Łodzi przy ul. Zagajnikowej 40⁴⁹³.

Po wojnie polsko-bolszewickiej w 1921 r. został mianowany na szefa referatu mobilizacyjno - organizacyjnego w Szefostwie Sanitarnym DOK IV Łódź. Wówczas wiadomo, że posiadał stopień majora.

Awans na pułkownika otrzymał ze starszeństwem z dniem 1.01.1928 r.⁴⁹⁴. Od 1930 r. stał jako szef sanitarny na czele Okręgu Korpusu Wojska Polskiego nr IV w Łodzi. Funkcję tę

⁴⁸⁹ „Dziennik Łódzki”, nr 89 z dnia 15.11.1931 r., s. 7.

⁴⁹⁰ „Orędownik”, nr 55 z dnia 8.03.1939 r., s. 6.

⁴⁹¹ Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r., s. 4.

⁴⁹² Tamże.

⁴⁹³ Spis lekarzy województwa łódzkiego przynależnych do Izby Lekarskiej w Łódzkiej. Stan z dn. 1.07.1931 r. [w:] Dziennik Urzędu Izb Lekarskich nr 9 z dn. 1.09.1931 r., s. 341.

⁴⁹⁴ Tamże.

sprawował do 1934 r. Jako lekarz zaangażowany był w działalność w Polskim Czerwonym Krzyżu. Należał do Zarządu Okręgu Łódzkiego PCK jako szef sanitarny w latach 1930-1938⁴⁹⁵

Mieczysław Marx wspierał kulturę. Był jednym z członków honorowych Towarzystwa Śpiewaczego „Lutnia” w Zgierzu⁴⁹⁶.

Niestety jego losy po 1934 r. nie są znane autorce.

3.2.4 Plk lek. med. Stanisław Więckowski

Stanisław Więckowski urodził się 12.06.1882 r. w Barchowie. Obecnie jest to wieś w województwie mazowieckim, w powiecie węgrowskim, w gminie Łochów, leżąca nad rzeką Liwie. Jego rodzicami byli Konstanty Więckowski i Eufrozyna z Radoszewskich. Na chrzcie otrzymał dwa imiona – Antoni i Stanisław – jednakże pierwszego z nich w dorosłym życiu używał bardzo rzadko, ponieważ go nie lubił.

Z Łodzią związany był już od 1891 r., kiedy to wraz z rodzicami w niej zamieszkał. Jednak już dwa lata później rodzina Więckowskich przeniosła się do Siedlec. Więckowski od 1897 r. przebywał w Warszawie i tam uczęszczał do gimnazjum. Maturę zdał dopiero w 1904 r. w Carskim Siole, niedaleko Petersburga. Liczne przeprowadzki rodziny wynikały z jej ciężkiej sytuacji materialnej i ze stałego poszukiwania nowych źródeł zatrudnienia przez Konstantego Więckowskiego. Stanisław był zdolnym uczniem i do każdej ze szkół do których uczęszczał pomagał w nauce słabszym kolegom. W ten sposób zdobywał pieniądze na czesne i umożliwiało mu to dalszą naukę⁴⁹⁷.

W 1904 r. rozpoczął studia humanistyczne na Uniwersytecie Warszawskim, jednakże po dwóch latach przerwał je. Przeniósł się do Krakowa, gdzie kontynuował naukę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego (UJ). 31.07.1911 r. otrzymał na nim tytuł doktora „wszechnauk lekarskich”.

Po ukończeniu studiów Więckowski powrócił do Łodzi i rozpoczął pracę jako medyk-diagnosta w szpitalu dla psychicznie chorych w podłódzkiej „Kochanówce”⁴⁹⁸. Następnie

⁴⁹⁵ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939 r., s. 8.

⁴⁹⁶ Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Śpiewaczego „Lutnia” w Zgierzu za lata 1907-1932, Wyd. Jubileuszowe. Nakładem Tow. Śpiew. „Lutnia” w Zgierzu, Zgierz 1932, s. 23.

⁴⁹⁷ K. A. Czernielewski, *Antoni Stanisław Więckowski (1882-1942). Wojskowy, lekarz, historyk i polityk*, Biblioteka Koniki miasta Łodzi, t. XI, Łódź 2015 r., s. 80.

⁴⁹⁸ Szpital im. dr Józefa Babińskiego, zwany „Kochanówką” powstał u progu XX wieku i był chlubnym dowodem humanitarnego podejścia do chorych psychicznie. Szpital powstał w czasach dynamicznego rozwoju przemysłowej Łodzi. Był trzecim, po szpitalu Jana Bożego w Warszawie i szpitalu w Tworzech, psychiatrycznym szpitalem w zaborze rosyjskim. Otwarcie 100 – łóżkowego zakładu nastąpiło w roku 1902 – A.

w owej placówce awansował na ordynatora i zastępcę dyrektora. W wyniku działań I wojny światowej „Kochanówka” poniosła duże straty. Ucierpiały praktycznie wszystkie budynki na terenie szpitala. Więckowski po wybuchu wojny nadal pracował w tym szpitalu, znacząco angażując się w usuwanie zniszczeń wojennych oraz ewakuację chorych do Łodzi.

W grudniu 1914 r., gdy wojska rosyjskie opuściły Łódź, Więckowski uznał, że czas najwyższy zaangażować się w ruch niepodległościowy. Był jednym z pierwszych lekarzy badających ochotników wyruszających na front. Wówczas również angażował się w działalność oświatową, organizując kursy dla pielęgniarzy i analfabetów, wygłaszając odczyty.

Od samego początku – bo już w okresie studiów w Warszawie - Więckowski związany był z lewicą, a zwłaszcza z Polską Partią Socjalistyczną, której członkami było wielu oficerów Legionów Polskich. W tamtym okresie szeroko znana była przyjaźń łącząca Więckowskiego i Andrzeja Struga – pisarza. Więckowski pisywał wówczas do pisma PPS-owskiego „Łodzianina” i z tego powodu był poszukiwany przez władze niemieckie. Warto wspomnieć, iż w jego działalności niepodległościowej czynnie wspierała go żona – Maria z Klewinów Więckowska⁴⁹⁹. Była ona z wykształcenia nauczycielką. Jako pierwsza w Polsce w 1919 r. zorganizowała pracownię psychologiczną, którą prowadziła do momentu wybuchu II wojny światowej. Oprócz tego podobnie jak mąż pisała artykuły o charakterze niepodległościowym i była organizatorką poradni zawodowej Towarzystwa Patronatu nad Młodzieżą Rzemieślniczą i Przemysłową oraz wieloletnim prezesem Towarzystwa Psychologicznego w Łodzi.

W początkach 1916 r. Stanisław opuścił Łódź. Być może był zagrożony aresztowaniem za swoją działalność niepodległościową. Wstępuje do Legionów. 25 lutego objął w stopniu porucznika stanowisko lekarza I batalionu 6 pułku piechoty Legionów Polskich. Bardzo szybko, bo w tym samym roku otrzymał awans na kolejny stopień wojskowy. Czynnie uczestniczył w walkach pod Polską Górą na Wołyniu i pobliskimi Sitowiczami w lecie 1916 r.⁵⁰⁰ W rozkazie okolicznościowym za odwagę dziękował mu osobiście podpułkownik Mieczysław Norwid-Neugebauer (późniejszy generał i inspektor armii).

Piasecki, Historia SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁODZI SZPITAL IM. J. BABIŃSKIEGO, <http://babinski.home.pl/cms/index.php/historia>, dostępność internetowa, z dn. 7.09.2016 r.

⁴⁹⁹ Dokładana data ślubu nie jest znana. Najprawdopodobniej było to ok. 1911 r. Dzieci kolejno urodziły się: Wanda Maria – 8.09.1912 r. i Witold Jędrzej – 11.05.1917 r.- M. Badurka, A. Felchner, B. Krzemińska, *Antoni Stanisław Więckowski – życie i działalność*, Warszawa 1989 r., s. 13.

⁵⁰⁰ K. A. Czernielewski, dz. cyt., s. 2.

W 1917 r. w Legionach zaczął narastać kryzys przysięgowy. Pułk, w którym służył Więckowski został rozformowany. Żołnierze i kadra oficerska-mieszkańcy zaboru rosyjskiego - trafili do obozów, pozostałych wcielono do karnych kampanii armii Austro-Węgierskiej i wysłano na front włoski. Stanisław Więckowski podjął inną decyzję składając przysięgę na wierność Radzie Regencyjnej, a tym samym cesarzom Niemiec i Austro-Węgier.

Jego decyzja – podobnie jak innych m.in. ppor. Stefana Roweckiego – nie wynikała z wyrachowania politycznego, ani z postawy germanofilskiej. Wierzył on, że przyjdzie czas starcia z okupantem, a wtedy każdy żołnierz polski będzie potrzebny do walki. Dlatego niepotrzebna była wówczas demonstracja patriotyczna, która nie prowadziłaby do utworzenia niepodległej Polski.

21.07.1917 r. Więckowskiemu polecono pełnić obowiązki lekarza 3 pułku piechoty legionów. 11 sierpnia przeszedł na takie same stanowisko tylko, że przy 2 pułku piechoty legionów. Po rozwiązaniu formacji legionowych został lekarzem II kursu szkoleniowego tworzonego wówczas pod dowództwem niemieckiej Polskiej Siły Zbrojnej. 20.12.1917 r. otrzymał awans na stopień kapitana. Funkcje lekarza II kursu szkoleniowego pełnił do 2 maja 1918 r., kolejno został lekarzem batalionowym 1 pułku piechoty Polskiej Siły Zbrojnej⁵⁰¹.

11.11.1918 r. powstaje po 123 latach niewoli niepodległa Polska. Działalność dr. Więckowskiego została wysoko doceniona po wojnie. Za służbę w 6 pułku piechoty legionów otrzymał w 1922 r. Krzyż Walecznych po raz pierwszy, drugi, trzeci i czwarty; został też wyróżniony (jako siódmy z kolei) Krzyżem Pamiątkowym 6 pp Legionów Polskich.

Dr. Stanisław Więckowski ponownie powrócił do Łodzi w listopadzie 1918 r. Objął wtedy funkcję lekarza w sztabie pułku piechoty VIII Okręgu Wojskowego, czyli późniejszego 28 pułku, a od sierpnia 1919 r. – 28 pułku Strzelców Kaniowskich. Niemal jednocześnie został mianowanym dowódcą łódzkiego Szpitala Okręgowego. 1.03.1919 r. zrezygnował z obowiązków lekarza w 28 pp i został mianowany naczelnym lekarzem garnizonu Łódź.

W 1919 r. Więckowski wziął udział w wojnie polsko-bolszewickiej. Opuścił Łódź, ponieważ został mianowany komendantem 402 szpitala polowego. Podczas działań wojennych awansował i został z dniem 1.08.1920 r. szefem sanitarnym 10 dywizji piechoty. Przebywał z nią na froncie do października 1920 r. i jako szef sanitarny powrócił do Łodzi.

Dzięki wyprawie wojskowej 1.04.1920 r. otrzymał awans oficerski, z pominięciem jednego stopnia, na podpułkownika.

⁵⁰¹ M. Badurka, A. Felchner, B. Krzemińska, dz. cyt., s. 16.

W 1921 r. po reorganizacji Wojska Polskiego i jego przechodzeniu na stopę pokojową, Więckowski 1.07.1921 r. objął stanowisko kierownika Wydziału Inwalidzko-Superrewizyjnego w IV Dowództwie Okręgu Korpusu nr IV w Łodzi⁵⁰². Wkrótce okazało się, iż sama praca zawodowa, którą Więckowski wykonywał niezwykle sumiennie i dokładnie, nie wystarcza. W 1921 r. powstała Liga Obrony Praw Człowieka i Obywatela⁵⁰³, którego to stał się członkiem i aktywnym działaczem, będąc równocześnie współzałożycielem jej oddziału łódzkiego. Oprócz tego ciągle się doksztalał. W dniach 13.03 – 15.05.1922 r. odbył kurs aplikacyjny przy Wojskowym Instytucie Sanitarnym w Warszawie, kończąc go z wynikiem celującym⁵⁰⁴.

W 1925 r. Więckowski objął obowiązki starszego ordynatora i kierownika „oddziału ocznego” (okulistyki) 4 szpitala Okręgowego w Łodzi. Doktor w swoich badaniach zajmował się w szczególności jaglicą – egipskim zapaleniem spojówek. W 1933 r. opublikował artykuł w „Lekarzu Wojskowym” właśnie o tej chorobie. Będąc kierownikiem tego oddziału został awansowany na stopień pułkownika 1.01.1929 r. Awans ten spowodowany był wysługą lat oraz bardzo dobrymi opiniami służbowymi.

W tym okresie oprócz działań wojskowych i medycznych w 1923 r. rozpoczął studia na Wydziale Filozoficznym UJ. Ukończył je w 1928 r. Pracę napisał pod kierunkiem prof. dr. Ludwika Piotrowicza: *„Julian Apostata jako administrator i prawodawca”*. Ukończywszy studia otrzymał dyplom „nauczyciela szkół średnich”; specjalizacja – „historia i nauki obywatelskie”⁵⁰⁵. Dzięki temu mógł się bardziej zaangażować w pracę pedagogiczną. Prowadził m.in. zajęcia z historii w prywatnej szkole żeńskiej Sobolewskiej - Konopczyńskiej. W 1930 r. ukazała się drukiem jego praca o Apostacie, a trzy lata później otrzymał tytuł doktora filozofii⁵⁰⁶. Po działaniach Więckowskiego widać było, że humanistyka była jego prawdziwą pasją, którą w późniejszych latach starał się rozwijać.

Niemal równolegle z tymi wydarzeniami następują awanse w wojsku. 1.02.1930 r. został zastępcą komendanta, a 8 kwietnia komendantem łódzkiego 4 Szpitala Okręgowego.

⁵⁰² Tamże, s. 19.

⁵⁰³ Liga Obrony Praw Człowieka i Obywatela, zał. w celu obrony swobód demokr., przeciwdziałania prześladowaniom polit. i nietolerancji, m.in. występowała w obronie więźniów polit. oraz domagała się likwidacji obozu w Berezie Kartuskiej; 1935–36 współpracowała z KPP i PPS; rozwiązana przez władze; gł. działacze: S. Posner, A. Strug, T. Duracz, H. Krahelska – Słownik PWN, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Liga-Obrony-Praw-Czlowieka-i-Obywatela;3932505.html>, dostępność internetowa, z dn. 13.09.2016 r.

⁵⁰⁴ M. Badurka, A. Felchner, B. Krzemińska, dz. cyt., s. 24.

⁵⁰⁵ Tamże, s. 21.

⁵⁰⁶ K. A. Czernielewski, dz. cyt., s. 7.

Więckowski był człowiekiem ciągle uczącym się i doksztalującym. 24 października do końca grudnia 1932 r. uczestniczył w VII Kursie Doskonalenia Oficerów Sztabowych.

Z początkiem 1934 r. otrzymał propozycję pełnienia funkcji szefa sanitarnego Okręgu Korpusu nr IV w Łodzi, objął ją z dniem 30 kwietnia i pełnił ją do momentu przejścia w stan spoczynku, do 30.11.1935 r.

Stanisław Więckowski: lekarz, wojskowy, historyk, humanista, pedagog, do licznych jego zajęć i zainteresowań należy jeszcze wspomnieć o wolnomularstwie.

Masoneria (wolnomularstwo) – działający niejawnie antyklerykalny ruch etyczny – istniała na terenach Polski od XVIII w. Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. masoni zaktywizowali się. W 1920 r. powołano Wielką Lożę Narodową – Polacy Zjednoczeni, rok później Wielką Lożę Narodową Polski i Radę Najwyższą Polski. Zwalczana była ona w Polsce ze względu na swój bardzo laicki charakter. W Łodzi loża masońska powstała w 1926 r., otrzymała imię Gabriela Narutowicza. Więckowski z samą masonerią związał się już na początku lat 20. Natomiast w Łodzi przez wiele lat był mistrzem loży w tym mieście. Należało do niej wielu łódzkich lekarzy: Wincenty Tomaszewicz, Seweryn Sterling, Antoni Tomaszewski. Znaleźli się także w niej wybitni działacze oświatowi, tacy jak: Stefan Kopciński⁵⁰⁷ czy Zygmunt Lorentz⁵⁰⁸. Loża łódzka w 1938 r. uległa samorozwiązaniu, tuż przed wydaniem rządowego dekretu o zakazie masońskiej działalności w Polsce.

Po odejściu z wojska Więckowski ze zdwojoną siłą rozpoczął swoją działalność społeczną, oświatową i medyczną. W latach 1936-1937 stał na czele łódzkiego Oddziału Ligi Obrony Praw Człowieka i Obywatela. W listopadzie 1937 r. organizacja zostaje rozwiązana przez władze, zatem Więckowski przenosi w czerwcu 1938 r. pole swojej działalności na Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Historycznego (PTH). W roku akademickim 1938/1939 rozpoczął prowadzenie zajęć z historii starożytnej w łódzkim oddziale Wolnej Wszechnicy Polskiej. Prowadził tam cykl wykładów pt.: „*Następcy Konstantyna Wielkiego*”. Lata 1937-1939 to także okres gdzie Więckowski publikuje liczne artykuły naukowe w „Przeglądzie Klasycznym” i w „Przeglądzie Historycznym”.

⁵⁰⁷ Stefan Kopciński (ur. 3.03.1878 r. w Stradlicach, zm. 10.06.1934 r. w Warszawie) – polski lekarz neurolog i psychiatra. Był wybitnym działaczem oświatowym. Jego wysiłki miały decydujące znaczenie dla wprowadzenia w Łodzi powszechnego obowiązku szkolnego, co wówczas było inicjatywą pionierską. Był działaczem Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci oraz jednym z liderów Towarzystwa Uniwersytetu Robotniczego (od 1922 – jego sekretarzem generalnym). Należał do Polskiej Partii Socjalistycznej.

⁵⁰⁸ Zygmunt Lorentz (ur. 13.09.1894 r. w Orzeszkowie w powiecie łęczyckim, zm. 5.10.1943 r. w Łodzi) – polski historyk i działacz kulturalny, współorganizator i pierwszy prezes łódzkiego oddziału Polskiego Towarzystwa Historycznego.

Nadal wykonywał on zawód lekarza. Pracował jako lekarz ambulatoryjny na Bałutach, najbiedniejszej łódzkiej dzielnicy w latach II Rzeczypospolitej. Przy okazji nie tracił kontaktu z młodzieżą. Od 1935 r. był organizatorem Ogniska Pracy Patronatu nad Nieletnimi, którego celem było zapobieganie i zwalczanie przestępczości wśród nieletnich, a także zapewnianie opieki nad młodzieżą bezdomną i opuszczoną⁵⁰⁹.

Gdy II Rzeczpospolita wkraczała w ostatnie lata pokoju, Więckowski w 1938 r. miał 56 lat, wówczas to rozwinął swoją działalność polityczną. Był jednym ze współzałożycieli łódzkiego oddziału Klubu Demokratycznego. W kwietniu 1939 r. w wyniku łączenia Klubów powstało Stronnictwo Demokratyczne (SD). Stanisław Więckowski był jednym z czterech jego prezesów (w 1940 r.) .

W momencie wybuchu II wojny światowej w 1939 r. Więckowski przebywał w Warszawie. Zgłosił się do Dowództwa Okręgu Korpusu, jednak nie został zmobilizowany. Chciał powrócić do Łodzi, lecz tam był poszukiwany przez Gestapo, dlatego postanowił ukrywać się w stolicy. Związał się z organizacją konspiracyjną Polskiej Ludowej Akcji Niepodległościowej (PLAN), która już jesienią 1939 r. została rozbita przez okupanta. W 1940 r. objął funkcję prezesa Zarządu Głównego SD. Oprócz tego reprezentował swoją partię w Politycznym Komitecie Porozumiewawczym Stronnictw Politycznych przy Delegaturze Rządu na Kraj. Należy zaznaczyć bowiem, że Stronnictwo Więckowskiego uznawało rząd na uchodźstwie, jego przedstawiciele zaś weszli w skład instytucji Polskiego Państwa Podziemnego.

W nocy z 9 na 10.06.1942 r. Więckowski został aresztowany przez Gestapo i osadzony na Pawiaku. Wywieziony został stamtąd do obozu koncentracyjnego Auschwitz. Otrzymał tam numer obozowy: 75894. W Auschwitz pracował jako lekarz okulista. Pomagał w miejscowym laboratorium. Co do śmierci Więckowskiego badacze mają różne zdanie – niektórzy twierdzą, że został rozstrzelany – choć tej wersji zaprzecza fakt, iż komendantura obozu pozwoliła mu na pracę lekarza. Gdyby miał być przeznaczony na egzekucję nie zostałby skierowany do pracy lekarza. Zmarł 31 grudnia 1942 r. najprawdopodobniej na skutek wycieńczenia i zakażenia ogólnego bądź na atak serca.

Stanisław Więckowski istny człowiek renesansu zajmujący się różnymi dziedzinami, wybitna persona o szerokim zakresie zainteresowań. W imię jego pamięci nie tylko łódzka ulica nosi jego imię, ale także ulice jego imienia znajdują się we Wrocławiu na Przedmieściu Oławskim oraz w centrum Szczecina.

⁵⁰⁹ M. Badurka, A. Felchner, B. Krzemińska, dz. cyt., s. 29.

3.2.5 Plk lek. med. Edward Wertheim

Urodził się 13.10.1887 r.⁵¹⁰ w Żarkach. Obecnie jest to miasto w województwie śląskim, w powiecie myszkowskim. Pochodził z rodziny żydowskiej osiadłej w Kieleckiem. Jego rodzina od dawna była zasłużona dla Polski – jego pradziad był oficerem w armii Księstwa Warszawskiego, a babka – kurierką w powstaniu styczniowym. Studiował medycynę na Uniwersytecie Jagiellońskim. Dyplom lekarza uzyskał w 1914 r.⁵¹¹ Będąc jeszcze studentem Wertheim wstąpił do polskiej paramilitarnej organizacji społeczno–wychowawczej Związek Strzelecki „Strzelec”.

W czasie I wojny światowej walczył w 1 pułku piechoty Legionów, z którym to przekroczył granice Królestwa Polskiego. Kampanię legionową odbył jako lekarz w 1 Brygadzie, następnie w 3 pułku piechoty i w 2 pułku ułanów. Brał udział w walkach karpackich w 1915 r., w 1916 r. ciężko ranny podczas odwrotu, dostał się do rosyjskiej niewoli, z której uciekł.

Po kryzysie przysięgowym w 1917 r. wystąpił z wojska i do Polskiej Organizacji Wojskowej (POW) na terenie Galicji. W listopadzie 1918 r. wstąpił ponownie do wojska, brał udział w obronie Lwowa, a następnie w wojnie polsko–bolszewickiej.

Z dniem 1.06.1919 r. otrzymał awans na stopień majora⁵¹². W 1923 r. w stopniu majora odznaczony był już czterokrotnie Krzyżem Walecznych⁵¹³. Wówczas był starszym lekarzem 26 pułku artylerii lekkiej⁵¹⁴. Funkcję tą sprawował w latach 1923–1924. Od 1924 skierowany został do garnizonu w Skierniewicach, gdzie pełnił funkcję lekarza. Wówczas także prowadził prywatną praktykę lekarską przejmując chorych w Skierniewicach przy ul. Sienkiewicza 8⁵¹⁵. Ponadto był w Kielcach komendantem szpitala wojskowego najprawdopodobniej do 1933 r.

Z dniem 1.01.1930 r. otrzymał awans na stopień podpułkownika⁵¹⁶.

W 1934 r. otrzymał przeniesienie i został mianowany komendantem okręgowego szpitala wojskowego w Łodzi. Od 1935 r. do stycznia 1939 r. sprawował funkcję szefa sanitarnego IV

⁵¹⁰ Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r., s. 8.

⁵¹¹ Tamże.

⁵¹² Rocznik oficerski 1923 r., MSWojsk., Warszawa 1923 r., s. 1199.

⁵¹³ Tamże, s. 1145.

⁵¹⁴ Tamże.

⁵¹⁵ Urzędowy spis lekarzy uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej oraz aptek w Drugiej Rzeczypospolitej, Warszawa 1924/1925 r., s. 344.

⁵¹⁶ Rocznik oficerski 1932 r., MSWojsk., Warszawa 1932 r., s. 323.



OK w Łodzi⁵¹⁷. Jednocześnie jako lekarz wspierał Oddział Łódzki PCK. Od 1935 r. wchodził w skład Zarządu Łódzkiego Oddziału PCK, właśnie jako szef sanitarny IV OK.

Płk. dr Edward Wertheim. Zdjęcie wykonane do Sprawozdania Zarządu Łódzkiego PCK za rok 1938, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939 r., s. 8

W 1937 r. Był jednym z inicjatorów budowy szpitala wojskowego przy ul. Żeromskiego 113, szpitala wojskowego nr. IV DOK im. gen. bryg. dra med. Felicjana Sławoja Składkowskiego (obecnie Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów). Wówczas posiadał rangę pułkownika⁵¹⁸.

Edward Wertheim ponadto w latach 1935-1938 był czynnym działaczem społecznym. Pełnił stanowisko wiceprezesa Oddziału Łódzkiego Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK), później należał on do Zarządu Łódzkiego PCK, jako jego członek⁵¹⁹.

W latach 1937-1939 mieszkał w Łodzi przy ul. Gdańskiej 46⁵²⁰. Od momentu powstania kół legionowych był wielokrotnie wybierany prezesem okręgowym koła 3 p. p. legionów. W *Głosie Porannym* z dn. 16 stycznia czytamy: „*W dniu wczorajszym o godz. 11 rano, na 3 godziny przed śmiercią, został ponownie na rocznym zebraniu Trzeciaków jednomyślnie obrany na prezesa*”⁵²¹. Jego życie było docenione przez liczne odznaczenia – nie tylko otrzymał czterokrotnie wspomniany już wcześniej Krzyż Walecznych, ale także: Krzyż Niepodległości, Złoty Krzyż Zasługi, francuski medal wojenny, Odznakę Orląt Lwowskich⁵²².

Edward Wertheim zmarł 15.01.1939 r. w Łodzi. Został pochowany 18 stycznia na cmentarzu garnizonowym na Dołach w kwaterze legionowej⁵²³.

⁵¹⁷ W. Jarno, Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939, Łódź 2001 r., s.190.

⁵¹⁸ Stanisław Gałęzowski, *Kronika konkursu. Konkurs powszechny sarp. na projekt szkicowy okręgowego szpitala wojskowego w Łodzi*, [w:] „Architektura i Budownictwo”, XI 1935, Warszawa 1935 r., s. 17.

⁵¹⁹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939 r., s. 9.

⁵²⁰ Księga adresowa miasta Łodzi i Województwa Łódzkiego. Rocznik 1937-1939, Zarząd Miejski w Łodzi, Łódź 1937 r., s. 455.

⁵²¹ „Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki” nr 16, z dn. 16.01.1939 r., s. 4.

⁵²² Tamże.

⁵²³ „Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki” nr 18, z dn. 18.01.1939 r., s. 6.

3.2.6 Plk lek. med. Kazimierz Baranowski

Urodził się 8.06.1891 r. w Hermanówce (dawna gmina Hermanówka w powiecie kijowskim, obecnie Ukraina) jako syn Władysława i Oktawii z domu Nałęcz.

W latach 1901-1909 Kazimierz uczył się w II Gimnazjum w Żytomierzu, następnie podjął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu św. Włodzimierza w Kijowie. W 1918 r. otrzymał dyplom doktora wszech nauk medycznych⁵²⁴, nostryfikowany w 1920 r. na Uniwersytecie Warszawskim⁵²⁵. Początkowo swoją praktykę prywatną prowadził w Warszawie i przyjmował zainteresowanych w budynku przy ul. Pokornej 12⁵²⁶.

W czasie I wojny światowej był kolejno: - młodszym ordynatorem sanatorium dla nerwowo chorych oficerów w Szpitalu Czerwonego Krzyża przy Sztapie XXV Korpusu, w Światoszczyne pod Kijowem; - od czerwca 1916 r. do maja 1917 r. był młodszym, a następnie starszym lekarzem 486 pułku piechoty, a od maja 1917 r. lekarzem w 3. Pułku Strzelców, który latem tego roku wszedł w skład I Korpusu Polskiego na Wschodzie⁵²⁷.

Najprawdopodobniej na początku 1919 r. powrócił do kraju. Od 6.01.1919 r. służył w Departamencie Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wojskowych, a od 1.03.1921 r. był referentem Szefostwa Sanitarnego Dowództwa Okręgu Generalnego I Warszawa, później referentem w Departamencie VIII Sanitarnym MSWojsk. Na stopień porucznika awansował 1.06.1920 r. Na kapitana 6.10.1920 r., a na majora 29.05.1922 r.⁵²⁸.

Od listopada 1922 r. do listopada 1923 r. pełnił funkcję eksperymentatora w Instytucie Badawczym Broni Chemicznej. W latach 1923-1924 odbył kurs doszkalający w Wyższej Szkole Wojennej, jako hospitant. Krótko służył jako lekarz w 11 pułku piechoty. Od maja 1924 r. pracował w I Okręgowym Szefostwie Sanitarnym, w 1930 r. objął dowództwo 1 baonu sanitarnego. 1.01.1931 r. awansowany do stopnia podpułkownika służby stałej. 23 października 1931 r. został przydzielony do Oddziału IV (Kwatermistrzowskiego) Sztabu Głównego⁵²⁹.

Od 1931 r. wykładał w Wyższej Szkole Wojennej. 7.04.1934 r. został wykładowcą w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego w Warszawie. Od przełomu 1933/1934 pracował jako

⁵²⁴ Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r., s. 10.

⁵²⁵ Urzędowy spis lekarzy uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej oraz aptek w Drugiej Rzeczypospolitej, Warszawa 1924/1925 r., s. 182.

⁵²⁶ Tamże.

⁵²⁷ Kazimierz Baranowski [w:] Spis powstańczych biogramów, Archiwum Muzeum Powstania Warszawskiego, <http://www.1944.pl/powstancze-biogramy/kazimierz-baranowski,2012.html>, dostępność internetowa z dn. 25.10.2016 r.

⁵²⁸ Tamże.

⁵²⁹ Tamże.

lekarz w Zakładzie Przyrodoleczniczym Kasy Chorych w Warszawie. W październiku 1935 r. został komendantem 9 Szpitala Okręgowego, w kwietniu 1936 r. - komendantem 5. Szpitala Okręgowego, a w 1938 r. - komendantem 8. Szpitala Okręgowego. W lutym 1939 r. został szefem Szefostwa Sanitarnego DOK IV w Łodzi którym był także w chwili wybuchu wojny. 19 marca 1939 r. awansowany do stopnia pułkownika służby stałej korpusu sanitarnego.

Kazimierz Baranowski od razu przystąpił do walki konspiracyjnej, przyjmując pseudonim „Kazia”. Był pierwszym szefem sanitarnym Komendy Głównej ZWZ/AK w latach 1940-1942⁵³⁰. Jednym z jego pierwszych rozkazów było gromadzenie leków i materiałów sanitarnych, by uchronić je przed okupantem. W Warszawie wykorzystano magazyny apteczne I Wojskowego Szpitala Wojskowego, Szpitala Ujazdowskiego i Szpitala Maltańskiego. Stworzono pod patronatem PCK składnicę sanitarną przy ul. Jaworzyńskiej 6, którą z powodu zagrożenia dekonspiracją przeniesiono na ul. Pańską 3. Składnica ta, kierowana przez mgr Zenona Olszewskiego, przetrwała do Powstania. Równocześnie od marca 1944 r. działał w PCK - m.in. kierował lecznicą PCK przy ul. Piusa XI⁵³¹.

W czasie powstania warszawskiego walczył w oddziale "Bakcyl" (Sanitariat Okręgu Warszawskiego Armii Krajowej) - przydział nieznany.

Po powstaniu wyjechał z Warszawy i z rannymi trafił do Krakowa.

Kazimierz Baranowski zmarł 3.10.1945 r. w Warszawie i pochowany został na Cmentarzu Powązkowskim⁵³².

Za swoją długoletnią służbę został odznaczony: Medalem Niepodległości, Złotym Krzyżem Zasługi, orderami rosyjskimi: Krzyżem św. Anny II klasy z Mieczami oraz Krzyżem św. Stanisława II klasy z Mieczami⁵³³.

3.3 Okręgowe organy wykonawcze służby zdrowia

Szefowi sanitarnemu w IV Okręgu Korpusu od 1921 r. podlegały bezpośrednio cztery organy wykonawcze, do których należały: 4 okręgowy szpital, kadra kompanii zapasowej sanitarnej, batalion sanitarny oraz składnica sanitarna⁵³⁴.

⁵³⁰ W latach 1942-1944 funkcję tę pełnił płk dr med. Leon Strehl "Feliks", który w czasie wojny obronnej w 1939 r. sprawował funkcję szefa sanitarnego Armii "Warszawa".

⁵³¹ Kazimierz Baranowski [w:] Spis powstańców biogramów, Archiwum Muzeum Powstania Warszawskiego, <http://www.1944.pl/powstancze-biogramy/kazimierz-baranowski,2012.html>, dostępność internetowa z dn. 25.10.2016 r.

⁵³² Tamże.

⁵³³ Tamże.

Szpital Okręgowy w Łodzi stanowił najważniejszy element z powyżej wymienionych. Już jesienią 1919 r. stanowił on stałe ogniowo wojskowych placówek służby zdrowia. Łączył on w sobie funkcje: lecznicze, mobilizacyjne, szkoleniowe i ewidencyjne. Był on zakładem macierzystym dla wszystkich formacji polowych i zakładów sanitarnych formowanych w okręgu łódzkim – dlatego też zdaniem autorki w tym podrozdziale należy poświęcić mu najwięcej uwagi.

3.3.1 Szpitalnictwo wojskowe w Łodzi

3.3.1.1 Szpitale wojskowe w Łodzi

Lecznictwo wojskowej w Łodzi zostało uruchomione zaraz po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w listopadzie 1918 r. Uruchomiono wówczas następujące szpitale wojskowe⁵³⁵:

- w budynku dawnego szpitala Rosyjskiego Czerwonego Krzyża przy ul. Pańskiej 113⁵³⁶ (baraki na ok. 1000 łóżek) – szpital garnizonowy
- szpital Zapasowy nr 1 na 1000 łóżek – dla zakaźnie chorych,
- szpital tymczasowy w gmachu byłego gimnazjum rosyjskiego na 200 łóżek (ob. III LO),
- szpital tymczasowy w budynku dawnego gimnazjum niemieckiego na 600 łóżek (ob. Budynek przy al. Kościuszki, dawn. Wydział Filologii UŁ),
- szpital Zapasowy nr 2 (230 łóżek) – dla wenerycznie chorych przy ul. Łomżyńskiej

Ponadto władze wojskowe 1.04.1919 r. wydzierżawiły od firmy Karola Scheiblera budynek szpitala fabrycznego przy ul. Przędzalnianej 75, umiejscawiając w nim filę szpitala garnizonowego, w którym to znajdował się oddział chirurgiczny (ob. Szpital im. Jonschera). Liczba łóżek szpitalnych ulegała ciągłym zmianom i tak w: 1919 r. wynosiła od 80 do 200, 1920 r. od 200 do 500, w 1921 r. ok. 200⁵³⁷, a w latach 30 ok. 100⁵³⁸. Ordynatorem filii chirurgicznej był wybitny chirurg ppłk dr med. Michał Dobulewicz, jego zastępcą natomiast

⁵³⁴ Analogicznie struktura służby zdrowia przedstawiała się w innych OK od 1921 r. – CAW, Dz. Rozk. DOK nr IV. Rozkaz tajny nr 105 z dn. 30.11.1921 r.

⁵³⁵ J. Fijałek, J. Indulski, *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990 r., s. 372.

⁵³⁶ Obecnie ul. Żeromskiego 113.

⁵³⁷ S. Rudzki, *Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce* [w:] „Lekarz Wojskowy” R. VIII, t. IX, nr 5, 1927 r., s. 492-498.

⁵³⁸ *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polski* na r. 1938, Warszawa 1938 r., s. 354.

mjr dr med. Klemens Michnik. Pracował tam także lekarz kontraktowy Paweł Rymkiewicz⁵³⁹. Początkowo leczeni byli w szpitalu żołnierze polscy i jeńcy rosyjscy, a w późniejszym czasie również osoby wojskowe i cywilne uprawnione do leczenia w placówkach lecznictwa wojskowego. W momencie otwarcia szpitala wojskowego przy ul. Żeromskiego 113 filia chirurgiczna została tam przeniesiona zaczęła stanowić jeden z wielu oddziałów⁵⁴⁰.

Warto nadmienić, że także w Szpitalu psychiatrycznym w Kochanówce od 1919 r. przyjmowani byli żołnierze. Szpital zgodził się bowiem na propozycję Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych udzielenia 25-30 łóżek dla umysłowo chorych i pozostających na obserwacji żołnierzy. Liczba leczonych żołnierzy w 1919 r. wynosiła 35 osób, w roku kolejnym zaś już 225. Prowadzenie oddziału wojskowego wymagało wystawiania orzeczeń wojskowych ówczesny dyrektor szpitala (w latach 1913-1924) – Antoni Feliks Mikulski wstąpił we wrześniu 1919 r. do wojska. „Kochanówka” obsługiwała wojsko jeszcze przez dwa lata. Ostatni chorzy wojskowi opuścili szpital 12.08.1921 r.⁵⁴¹

W 1920 r. dochodzi do połączenia wszystkich szpitali tymczasowych i powstaje jeden szpital Zapasowy nr 3 na 260 łóżek⁵⁴².

3.3.1.2 Szpital Okręgowy w Łodzi

Szpital Okręgu Generalnego Łódzkiego⁵⁴³, kolejno Okręgowy Szpital Łódź⁵⁴⁴, a od 22.08.1921 r. Szpital Okręgowy nr IV Łódź był najważniejszym, trwałym ogniwem w całej sieci placówek wojskowej służby zdrowia.

Zadania tych placówek w latach 1918-1939 ulegały zmianom. W 1919 r. miały one spełniać funkcje: lecznicze, mobilizacyjne, szkoleniowe i ewidencyjne. Leczenie w szpitalach wojskowych było dostępne dla wszystkich żołnierzy danego okręgu oraz dla uprawnionych

⁵³⁹ *Szpital im. dra med. Karola Jonschera w Łodzi 1884-1984*, pod. red. Jana Fijałka, Łódź 1984 r., s. 26.

⁵⁴⁰ Po przeniesieniu filii wojskowej oddziału chirurgicznego na ul. Żeromskiego 113, władze miejskie podjęły decyzję o otwarciu z dniem 1.10.1937 r. Publicznego Szpitala Miejskiego św. Antoniego przy ul. Przędzalnianej 75. W budynku oprócz sal dla chorych mieściły się sale opatrunkowe, operacyjne, pracownia rentgenowska, laboratorium analityczno-kliniczne, komora dezynfekcyjna, pokoje dla ordynatorów, gabinet dyrektora, apteka podręczna, biblioteka, kancelaria, kaplica, kuchnia i pralnia. W budynku frontalnym zaś pomieszczenia administracyjno-gospodarcze oraz mieszkania dla lekarzy i służby pomocniczej. Dyrektorem szpitala i ordynatorem Oddziału Neurologicznego został dr med. Bronisław Frenkel szpital przyjmował do leczenia chorych na: "choroby wewnętrzne, skórne, weneryczne, nerwowe i psychiczne". Szpital posiadał też trzy „Schroniska dla spokojnych umysłowo chorych”: przy ul. Sędziowskiej 14, w Helenówku i w Radogoszczu Langówka liczące łącznie 270 łóżek. – Tamże, s. 28.

⁵⁴¹ *Szpital dla nerwowo i psychicznie chorych im. dra med. Józefa Babińskiego w Łodzi 1902-1987 (dawna „Kochanówka”)*, pod. red. Stefana Pytłasa, Henryka Sułata, Tadeusza Wierzbickiego, Łódź 1988 r., s. 23.

⁵⁴² J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 372.

⁵⁴³ Wydział statystyczny magistratu m. Łódź, *Informator miasta Łodzi z kalendarzem na rok 1920 r.*, Łódź 1920 r. s. 340.

⁵⁴⁴ A. Felchner, dz. cyt., s. 114.

do leczenia wojskowego⁵⁴⁵. Każdy szpital w razie konfliktu zbrojnego miał obowiązek wystawienia określone jednostki sanitarne (7-10 szpitali polowych, 2-3 ambulatoria dentystyczne, 3 pociągi sanitarne, 1 etapową odwszalnię, 1 pociąg dezynfekcyjno-kąpielowy, 1 odkaźnię kolejową, 1-3 kolumn sanitarnych (samochodowych), 2-3 pralnie polowe)⁵⁴⁶. Ponadto każdy szpital gromadził wszystkich żołnierzy danego okręgu, których przeznaczał do służby sanitarnej. Tworzył oddział sanitarny przy szpitalu. Po odpowiednim szkoleniu żołnierze ci byli kierowani do poszczególnych placówek służby zdrowia. Ostatnią z funkcji szpitala była funkcja ewidencyjna, którą to przede wszystkim pełnił komendant szpitala. Omówiona zostanie ona w następnym podrozdziale.

Zakres czynności szpitala z 1919 r., przedstawiony powyżej szybko uległ zmianie, bowiem już 1921 r. Wraz z instrukcją wydaną w 1925 r. szpitale okręgowe otrzymały następujące funkcje: leczenie, badanie i wystawianie orzeczeń i świadectw, doszkalanie fachowe oficerów korpusu sanitarnego i szeregowców sanitarnych, przygotowanie szpitala na wypadek wojny⁵⁴⁷.

W przepisach kolejna zmiana pojawia się w 1931 r. i jest ona ostatnią. Pojawiają się następujące zadania okręgowych szpitali wojskowych: leczenie szpitalne i ambulatoryjne osób wojskowych i osób uprawnionych do leczenia szpitalnego; badanie i wystawianie orzeczeń oraz świadectw wojskowo-lekarskich; pozyskiwanie rekrutów do wojskowej służby zdrowia i wyszkalanie ich dla potrzeb owej służby; prowadzenie ewidencji personelu szeregowego służby zdrowia oraz personelu oficerskiego; uzupełnianie składów osobowych jednostek nieewidencyjnych służby zdrowia; mobilizacja oraz demobilizacja wszystkich formacji służby zdrowia pod względem personalnym i materiałowym; przechowywanie i konserwowanie materiałów potrzebnych szpitalowi do mobilizacji formacji służby zdrowia⁵⁴⁸.

Każdy Szpital Okręgowy posiadał w czasie pokoju 600 łóżek, z wyjątkiem Szpitala Okręgowego w Warszawie, posiadającego 1400 łóżek.

Szpital Okręgowy składał się z następujących elementów:

- Komendanta
- Kancelarii

⁵⁴⁵ Patrz: podrozdział 2.4 i 2.5

⁵⁴⁶ A. Felchner, *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia wojska polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji 1939 r.)*, Oświęcim 2016 r., s. 77.

⁵⁴⁷ Tamże.

⁵⁴⁸ Tamże, s. 78.

- Komisji gospodarczej
- Oficera administracji budynków i magazynów
- Oddziału chorych i pracowni klinicznych: chorób wewnętrznych, zakaźny, chirurgiczny, ginekologiczny, dermatologiczny, neurologiczno – psychiatryczny (tylko Warszawa, Wilno, Kraków, Poznań, Przemyśl, w innych tylko oddziały neurologiczne)
- Pracowni bakteriologicznej
- Pracowni rentgenowskiej
- Prosektorium
- Ambulatorium dentystycznego
- Apteki Okręgowej
- 3 plutonów obsługi sanitarnej

Historia łódzkiego szpitala wojskowego rozpoczyna się jeszcze przed I wojną światową, kiedy to po „buncie łódzkim”⁵⁴⁹ Rosyjski Czerwony Krzyż w 1893 r. wystąpił z inicjatywą zorganizowania szpitala ogólnego na 120 łóżek. W statucie nowo powstałej placówki miał znaleźć się zapis, że ci przedsiębiorcy, którzy wniosą wkład minimalny (1500 srebrnych rubli-koszt inwestycyjny 1 łóżka) w budowę szpitala, będą zwolnieni od obowiązku zakładania własnych fabrycznych szpitali⁵⁵⁰. Większość fabrykantów łódzkich, zatrudniających powyżej 500 robotników skorzystało z takiej propozycji i chętnie przyłączyli się do budowy szpitala. Szpital został otworzony w maju 1897 r. ze składek zebranych od łódzkich przemysłowców. Był to niewielki szpital, który wówczas nazywany był popularnie „fabrycznym”. Miał on służyć robotnikom łódzkim zatrudnionym w wielu mniejszych zakładach przemysłowych. Placówka otworzona została na placu między ówczesnymi ulicami: Łąkową i Pańską. Początkowy adres podawany był jako Łąkowa 26, a w późniejszym czasie jako Pańska 113.

Szpital był mały i bardzo słabo wyposażony. Chociaż w źródłach odnajdujemy informację, że oddział chirurgiczny był zorganizowany dobrze. Kierowany był on przez ucznia znakomitego polskiego chirurga prof. Jana Mikulicza – dra med. Bronisława Kadera⁵⁵¹. Ponadto szpital posiadał fachową opiekę pielęgniarską sprawowaną przez siostry elżbietanki. Placówka chętnie była wspierana nie tylko przez finansującą ją grupę przemysłowców, ale także przez łódzkich lekarzy, którzy popierali idee jego istnienia i chętnie włączyli się do jego działalności leczniczej.

⁵⁴⁹ Bunt łódzki – sześciodniowy strajk powszechny i masowe manifestacje, do których doszło w Łodzi w pierwszych dniach maja 1892 r. Skończyły się one krwawą interwencją carskiego wojska i policji.

⁵⁵⁰ J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 172.

⁵⁵¹ Tamże, s. 174.

Według Krzysztofa Stefańskiego szpital składał się z pięciu piętrowych pawilonów⁵⁵², jednak Jan Fijałek i Janusz Indulski podają, iż posiadał: „*pięć drewnianych i murowanych parterowych pawilonów*”⁵⁵³. Ostatecznie szpital liczył nie 120, lecz 100 łóżek.

Po wybuchu I wojny światowej w pierwszych dniach sierpnia 1914 r. w wyniku niemieckiego natarcia na Kalisz i Piotrków, rozpoczęła się we wrześniu ewakuacja rosyjskich szpitali. Ze wszystkich palcówek (ambulatoriów i szpitala) Rosyjskiego Czerwonego Krzyża został ewakuowany zarówno personel lekarski, jak i pomocniczy. Szpital Rosyjskiego Czerwonego Krzyża został ewakuowany 6.09.1914 r. Cały sprzęt, leki oraz środki opatrunkowe zostały zabrane wraz z nim⁵⁵⁴.

Błąd popełniony przez władze rosyjskie, starano się naprawić po ponownym wkroczeniu wojsk rosyjskich do miasta 27.10.1914 r.⁵⁵⁵ Zgodnie z zaleceniami powołano Polski Komitet Pomocy Sanitarnej, który miał pomóc przy ponownym uruchomieniu zlikwidowanego wcześniej szpitala. W założeniach władz rosyjskich miał on pomieścić 3000 łóżek⁵⁵⁶. Szpitala odtworzyć się nie udało, jednak w przededniu bitwy o Łódź (16.09. - 6.12.1914 r.) utworzono w dawnych jego pomieszczeniach przy ul. Pańskiej Lazaret Etapowy im. Piotrogradzkich Wyższych Zakładów Naukowych⁵⁵⁷.

5.12.1914 r. w wyniku zmian na froncie Łódź opuścili ostatni rosyjscy żołnierze. W lazarecie etapowym pozostali tylko ciężko ranni i chorzy, reszta została ewakuowana. Następnego dnia do Łodzi wkroczyli Niemcy.

Po zakończeniu wojny w 1918 r. gmach byłego szpitala Rosyjskiego Czerwonego Krzyża został od razu wykorzystany jako szpital garnizonowy. Żołnierzy umieszczano w barakach na ok. 1000 łóżek. Pawilony i baraki, w których znajdowały się poszczególne oddziały były w fatalnym stanie technicznym. Ze względu na brak miejsc w szpitalu władze wojskowe 1.04.1919 r. wydzierżawiły od firmy Karola Scheiblera budynek szpitala fabrycznego przy ul. Przędzalnianej 75, umiejscawiając w nim filę szpitala garnizonowego, w którym to znajdował się oddział chirurgiczny (ob. Szpital im. Jonschera).

⁵⁵² K. Stefański, *Gmachy użyteczności publicznej dawnej Łodzi. Banki, hotele, szpitale, szkoły, teatry...*, Łódź 2000 r., s. 59-60.

⁵⁵³ J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 172.

⁵⁵⁴ Tamże, s. 258.

⁵⁵⁵ K. A. Czernielewski, *Polskie formacje zbrojne w Łodzi od przybycia Legionów w październiku 1914 r. do powstania garnizonu Wojska Polskiego w listopadzie 1918 r.* [w:] „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” t. 2, 2011 r., s. 107.

⁵⁵⁶ Tamże, s. 261.

⁵⁵⁷ Tamże.

W czerwcu 1920 r. weszła w życie nowa organizacja służby sanitarnej, wprowadzająca istotną zmianę dla szpitala okręgowego. Oddział sanitarny szpitala został przemianowany na sanitarną kampanię zapasową i został usamodzielniony. Kampania stała się od tej pory macierzystą formacją personelu wojskowej służby zdrowia w okręgu⁵⁵⁸.

W 1921 r., kiedy to wojsko zaczęło przechodzić na stopę pokojową szpital posiadał ok. 600 łóżek⁵⁵⁹, a w jego skład wchodziło sześć oddziałów: 1. chorób wewnętrznych, 2. chirurgiczny (filia ul. Przędzalniana 75), 3. chorób skórnych i wenerycznych, 4. chorób oczu (filia oddziału 3 i 4 znajdował się przy ul. Łomżyńskiej 17\19), 5. chorób nerwowych i umysłowych, 6. chorób uszu, nosa i gardła. W latach kolejnych powstał jeszcze oddział zakaźny. Warto także nadmienić, iż do roku 1921 pod okręgowy szpital w Łodzi podlegał sezonowy szpital wojskowy w Ciechocinku.

Powstały szpital wojskowy w Łodzi nie spełniał wymogów za równo pod względem leczenia jak i warunków sanitarnych. Pomieszczenia według Komisji Perlustracyjnej nr V, która przeprowadziła 6 i 7.12.1920 r. oględziny szpitala, nie spełniały zakładanych norm dla zdrowotnej placówki wojskowej⁵⁶⁰.

Projektów budowy szpitala było kilka. Ogłoszono konkurs na projekt szpitala. Program projektu był bardzo szczegółowy: *„Szpital projektuje się na 300 łóżek. Sale chorych nie większe niż na 8 łóżek powinny posiadać o ile możliwości oświetlenie wschodnie lub południowe, zachodnie mniej pożądane. Północne jest niedopuszczalne. Korytarze wewnętrzne o wymaganej szerokości 3 metry winny mieć dostateczne oświetlenie, uzyskane*

przerwami w jednym z traktów, oraz o ile możliwości umieszczeniem okien w końcach korytarzy. Bloki skierowane ze wschodu na zachód winny być jednotraktowe z oknami korytarzy zwróconymi na północ. Szerokość korytarza również 3 metry. Operacyjne sale powinny mieć światło północne. Konstrukcja budynku: ściany zewn. murowane z cegły, stropy ogniotrwałe, dach o konstrukcji żelbetowej (z nieznacznym spadkiem). Budynek winien mieć od 4-ch do 6-ciu kondygnacyj, oprócz wysokiej suteryny. Każdy z oddziałów szpitala stanowi odrębną całość pod względem dozoru lekarskiego. Oddziały winny być oddzielane od siebie drzwiami oszklonymi. Linja zabudowy nowego gmachu od ulicy Biskupa Bandurskiego winna odstępować od miejskiej linii regulacyjnej zabud. na 10 mtr. (t. j. odległość parkanu od nowego budynku będzie $7,5 + 10,00 = 17,50$). Od ul. Żeromskiego linja zabudowy nowego gmachu winna odstępować od miejsk. linii regul. zabudowy na 6 mtr. (tym sposobem

⁵⁵⁸ W. Jarno, dz. cyt., s. 48.

⁵⁵⁹ K. Czernielewski, W. Jarno, dz. cyt., s. 198.

⁵⁶⁰ CAW, I. 300. 62., t. 32.

oznaczona na planie sytuac. 1. reguł, zabud. Będzie wyrażać parkan otaczający teren szpitala od strony ul. Żeromskiego. Mieszkania dla sióstr winny być w samym gmachu szpitala lub w najbliższej łączności z nim. Mieszkania dla ogrodnika, palacza, elektromontera i dozorczy pożądane są nie w gmachu szpitala, przyczem pomieszczone winny być w parterze”⁵⁶¹.

Pierwsze posiedzenie Sądu Konkursowego odbyło się 23.01.1935 r. W składzie sądu znajdowały się następujące osoby: Delegat Dep. Zdrowia MSWojsk. – płk. dr Jan Czyż, Delegat Dep. Budownictwa MSWojsk. – arch. Franciszek Lilpop, Delegat Dep. Budownictwa MSWojsk. – arch. Edgar Norwerth, Komendant Szpitala OK. IV w Łodzi – Edward Wertheim, Delegat Szefostwa Budownictwa O.K.W. – kpt. inż. Stanisław Więckowski.

Do konkursu zostało przyjętych 22 projektów, z czego do dalszej eliminacji przeszły projekty nr.: 5,7,9,10,11,12,14,16,18 i 20⁵⁶². Ostatecznie Sąd przyznał następujące nagrody:

- I nagroda (3000 zł) - projekt nr 9 – arch. Stanisław Odyniec-Dobrowolski
- II nagroda (2000 zł) – projekt nr 14 – arch. Jadwiga Dobrzyńska i arch. Zygmunt Łoboda
- III nagroda (1500 zł) – projekt nr 5 – arch. Gustaw Trzeciński

Przyznane zostały także cztery IV nagrody po 600 zł, dla projektów: nr 7, 10, 16 i 12⁵⁶³.

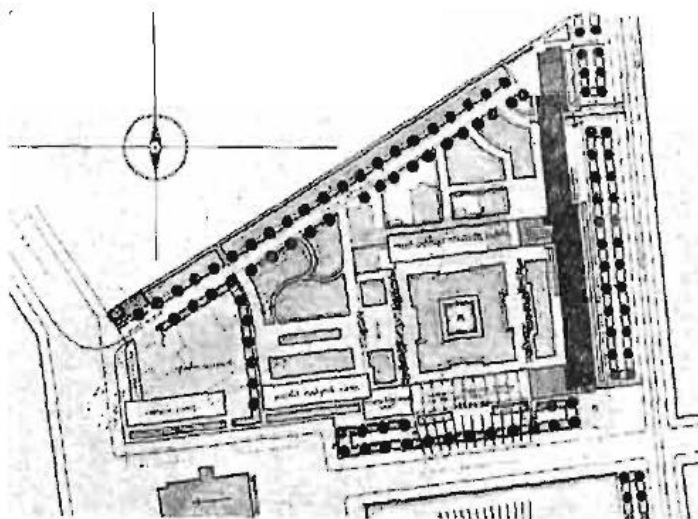
Ocena wygranego projektu przedstawiała się następująco: „Ogród dla chorych wyjątkowo duży. Izba przyjęć i dowóz chorych b. dobry. Usytuowanie Ambulatorjum, Roentgena, Bakterjologii i Świetlicy dobre. Usytuowanie kontrolowanego wejścia na teren szpitala b. dobre. Układ wejść do szpitala i mieszkań dobry. Transport tramwajowy chorych do Izby przyjęć umożliwiony. Naświetlenie sal dobre (na wschód), aczkolwiek pewną ujemną, stroną jest niemożność w danej sytuacji wykorzystania widoku na ogród. Komunikacja dla odwiedzających dobra. Dobre rozmieszczenie klatek schodowych. Oddziały dobrze rozplanowane. Oświetlenie korytarzy na ogół dobre. Rozplanowanie pralni, kuchni i dźwigów gospodarczych dobre. Mieszkania dobrze rozplanowane. Projekt wyróżnia się prostoty założenia, przejrzystością układu i ekonomicznej konstrukcją (1 rząd słupów wewnętrznych). Architektura zewnętrzna i układ brył dobre”⁵⁶⁴.

⁵⁶¹ Konkurs powszechny sarp na projekt szkicowy Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r., s. 17.

⁵⁶² Tamże, s. 18.

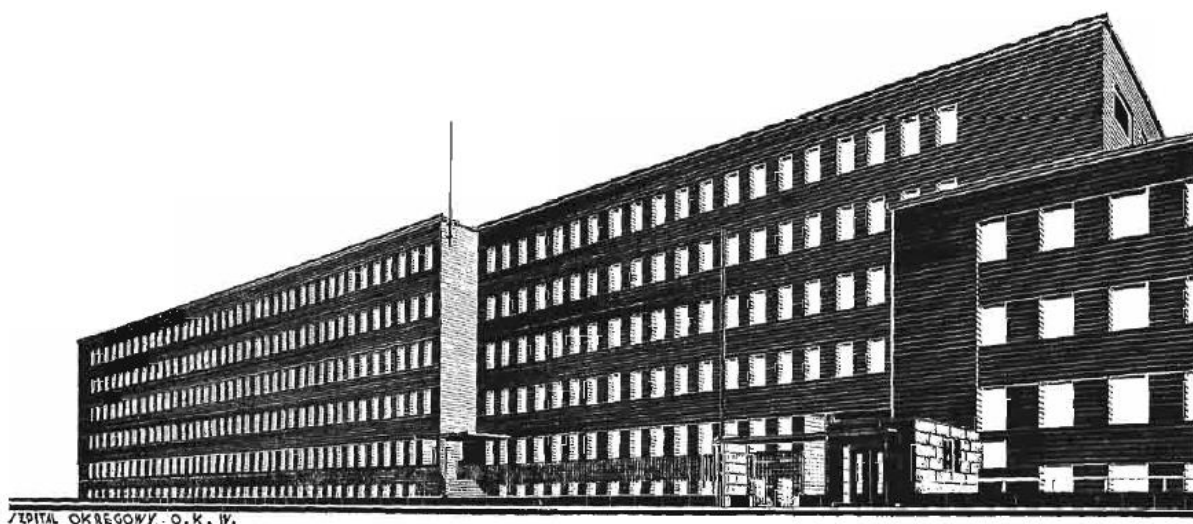
⁵⁶³ Patrz więcej: Konkurs powszechny sarp na projekt szkicowy Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r., s. 18.

⁵⁶⁴ Tamże, s. 22.

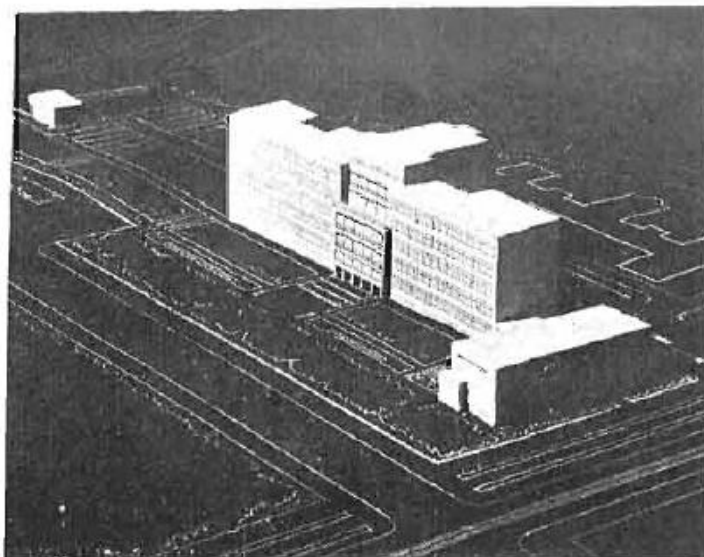


Źródło: *Konkurs powszechny sarp na projekt szkicowy Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi* [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r., s.19.

Nr. 9. Arch. St. Odyniec-Dobrowolski. I nagr.



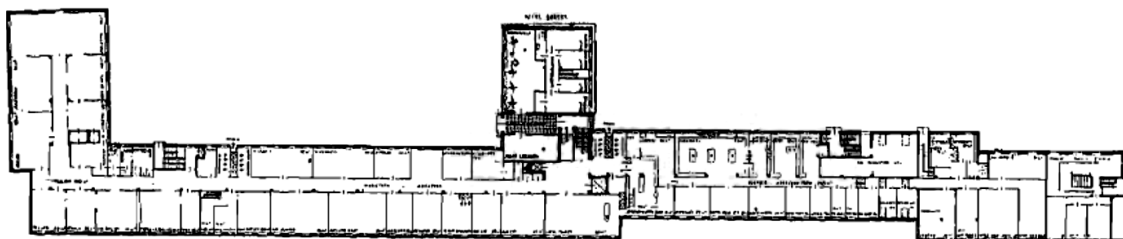
Projekt nr 9 Szpitala Okręgowego w Łodzi – arch. Stanisław Odyniec-Dobrowolski – Źródło: *Konkurs powszechny sarp na projekt szkicowy Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi* [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r., s. 20.



Źródło: *Konkurs powszechny sarp na projekt szkicowy Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi* [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r., s. 20.

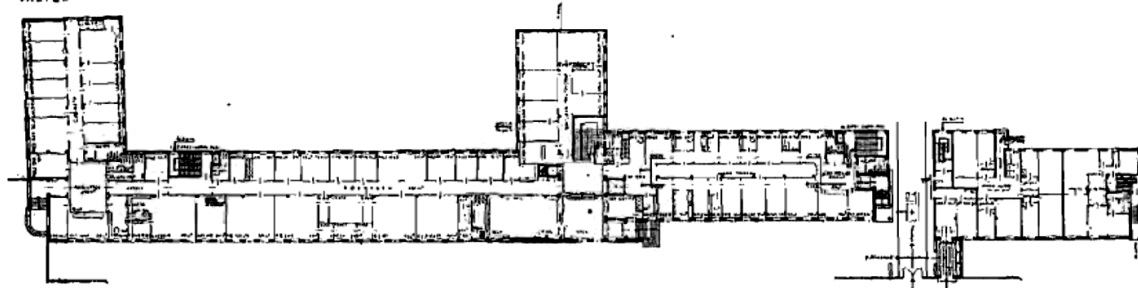
Nr. 14. Arch.: J. Dobrzyńska i Z. Łoboda. II nagr.
Perspektywa.

SUTEREN



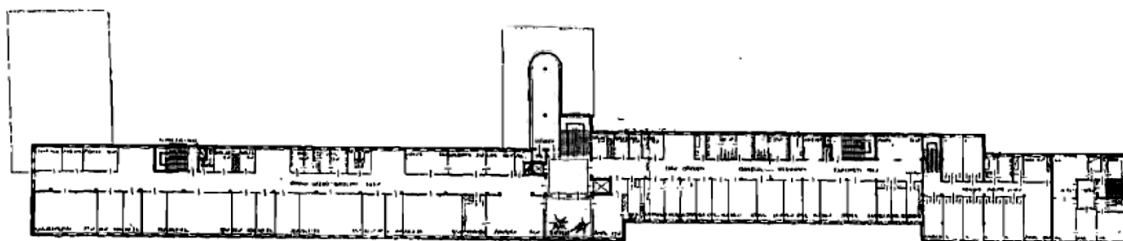
Rzut suterren. Skala 1 : 1000.

PARTER



Rzut parteru. Skala 1 : 1000.

I PIĘTRO



Rzut I piętra. Skala 1 : 1000.

Konkurs na szpital wojskowy w Łodzi. Projekt Nr. 9. Arch. St. Odyniec-Dobrowolski. I nagroda.

Źródło: *Konkurs powszechny* Źródło: *Konkurs powszechny sarp na projekt szkiełony Okręgowego Szpitala Wojskowego w Łodzi* [w:] „Architektura i Budownictwo”, nr 1, XI 1935 r., Warszawa 1935 r., s. 20.

Nowoczesny modernistyczny gmach szpitala umieszczono na miejscu starego, burząc stare baraki. Otwarcie Wojskowego Szpitala w Łodzi im. gen. dra med. Felicjana Sławoja-Składkowskiego nastąpiło 18.09.1937 r.⁵⁶⁵. Jednakże rozkaz o otwarciu szpitala został wydany dzień wcześniej, tzn. 17.09.1937 r. i w nim także odnajdujemy przykaz o nadaniu mu powyższego imienia⁵⁶⁶.

⁵⁶⁵ „Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki”, z dn. 19.09.1937 r., s. 258; „Kurjer Łódzki” z dn. 19.09.1937 r., s. 5.; J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 372-373; Inną datę podaje tylko dodatek do niedzielnego „Kurjera Łódzkiego” z dn. 26.09.1937 r. Mówi on, że uroczystości otwarcia odbywały się 19.09.1937 r. – ze względu na późniejsze wydanie, autorka uważa, że jest to źródło mniej wiarygodne od poprzednich – nie wyklucza błędu w druku – patrz więcej: „Łódź w ilustracjach – dodatek niedzielny do „Kurjera Łódzkiego”, nr 39, z dn. 26.09.1937 r., s. 1.

⁵⁶⁶ K. Czernielewski, W. Jarno, dz. cyt., s.198.

Na uroczystość otwarcia szpitala do Łodzi przybył w Warszawy wiceminister spraw wojskowych gen. Aleksander Litwinowicz, szef departamentu sanitarnego MSWojsk. – gen. Stanisław Rouppert oraz inni generałowie: Jan Kołłątaj-Srzednicki i Stanisław Józef Kozicki. Obecny był także przedstawiciel kościoła – biskup polowy Józef Feliks Gawlina. Ponadto obecni byli również dowódcy poszczególnych dywizji stacjonujących w okręgu łódzkim⁵⁶⁷. Uroczystość niewątpliwie była doniosłą. Najpierw odbyło się uroczyste nabożeństwo, a po nim biskup Gawlina dokonał poświęcenia gmachu. Następnie po licznych przemówieniach, miało miejsce przekazanie dwóch karabinów maszynowych i czterech karabinów ręcznych, ufundowanych przez personel szefostwa budowlanego OK IV oraz przez przedsiębiorców, którzy gmach budowali. Karabiny zostały przekazane na użytek armii polskiej, a konkretnie oddziałom stacjonującym w Łodzi. Na sam koniec uroczystości odsłonięte zostało popiersie marszałka Józefa Piłsudskiego⁵⁶⁸.



Otwarcie IV okręgowego szpitala wojskowego im. gen. Sławoja Składkowskiego w Łodzi. Wejście do szpitala, fot. NN, (ze zbiorów Narodowego Archiwum Cyfrowego, sygn. 1-W-720-2)



Uczestnicy uroczystości słuchają przemówienia gen. Stanisława Roupperta. Widoczni także m.in.: biskup polowy Józef Gawlina (w pierwszym rzędzie 3. z prawej), gen. Aleksander Litwinowicz, prezydent Mikołaj Godlewski, wicewojewoda Stefan Wendorff, fot. Henryk Ross, Łódź, (ze zbiorów Narodowego Archiwum Cyfrowego, sygn. 1-W-720-1).

⁵⁶⁷ „Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki”, z dn. 19.09.1937 r., s. 258.

⁵⁶⁸ „Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki”, z dn. 19.09.1937 r., s. 258; „Kurjer Łódzki” z dn. 19.09.1937 r., s. 5.



Lata 1937-1939, IV Szpital Okręgowy im. gen. dyw. dra med. Felicjana Sławoja-Składkowskiego, fot. NN, zbiory:
<http://lodz.fotopolska.eu/112184,foto.html>.

Gmach szpitala stanął na zbiegu ulic Żeromskiego i Bandurskiego. Jak pisano w „Głosie Porannym”: *„Nowy gmach nowoczesnie urządzony, ułatwi pracę lekarzom i pomoże chorym szybciej odzyskać zdrowie”*.

W momencie inauguracji szpitala dysponował on 400 łózkami. Otworzono w nim oddziały: internistyczny i chorób zakaźnych (80 i 20 łózek), chirurgiczny (100 łózek), ginekologiczno-położniczy (50 łózek), neurologiczny (35 łózek), psychiatryczny (24 łóżka), laryngologiczny (50 łózek) i oczny (50 łózek)⁵⁶⁹. Oprócz oddziałów przy szpitalu znajdowała się także: apteka, pracownia rentgenologiczna, bakteriologiczna i analityczna oraz przychodnia dentystyczna. Oddział skórno-wenerologiczny nadal znajdował się poza szpitalem i mieścił się przy ul. Łomżyńskiej, podsiadał on ok. 100 łózek⁵⁷⁰.

Szpitalne sale w gmachu były zbudowane tak, aby chorzy odczuwali w nich jak największy komfort: *„Wzorując się na przykładach francuskich nie wykonano wewnątrz*

⁵⁶⁹ *Łódzki szpital im. WAM ma już 75 lat* [w:] „Dziennik Łódzki” z dn. 8.12.2012 r., <http://www.dzienniklodzki.pl/artukul/715513,lodzki-szpital-im-wam-ma-juz-75-lat,id,t.html>, dostępność internetowa z dn. 20.01.2017 r.

⁵⁷⁰ Tamże.

w jednolitym kolorze białym lecz zastosowano przyjemne barwy, przy czym każde piętro utrzymane jest w innym tonie, a więc zielonym, żółtym, czerwonym i niebieskim. Co kilka pokoi znajdują się śliczne świetlice wypoczynkowe z wygodnymi fotelami i kwiatami. Na każdym piętrze urządzono wygodne leżalnie z olbrzymimi oknami (...), a na pierwszym piętrze znajduje się dodatkowo wielki taras dla odpoczynku na powietrzu”⁵⁷¹.

W zapisie zachowanym w Archiwum Związku Kombatantów i Byłych Więźniów Politycznych Oddział w Łodzi odnajdujemy zapis o szpitalu z 1939 r.: „Szpital był nowoczesnym szpitalem zbudowanym w l. 30, doskonale zaopatrzony i zagospodarowanym. Dysponował nawet wewnętrzną linią tramwajową z połączeniem z dworcami PKP i miastem. Przeznaczony zasadniczo na 200 łóżek (...) – wobec obszernych sal mógł pomieścić w razie wojny potrójną ilość rannych. Szpital posiadał:

- oddział chirurgiczny – ordynator płk. dr. med. Michał Dobulewicz; zastępca ordynatora ppłk. dr. med. Kazimierz Mielnik.
- oddział wewnętrzny – ordynator ppłk. dr. med. Leon Waclaw Olszewski
- oddział okulistyczny – ordynator mjr. dr. med. Jan Łuc
- oddział laryngologiczny – ordynator mjr. dr. med. Stanisław Ankudowicz
- oddział neurologiczny – ordynator ppłk. dr. med. Waclaw Jeżewski
- pracownia rentgenologiczna – kierownik mjr. dr. med. Teodor Herman Hellwing.

Oddział zakaźny i skórno-weneryczny mieścił się w filii szpitala przy ul. Łomżyńskiej”⁵⁷².

Podczas okupacji szpital był wykorzystywany przez służbę zdrowia armii niemieckiej. Po zakończeniu II wojny światowej w 1945 r. przejęło go Wojsko Polskie. Podczas wojny sam budynek szpitala nie ucierpiał, jednak jego wnętrza zostały zdewastowane, a sprzęt medyczny wywieziony przez okupanta.

3.3.1.3 Sylwetki komendantów Szpitala Okręgowego w Łodzi

Na czele Szpitala Okręgowego stał komendant. Do głównych jego zadań należał nadzór nad daną plecówką oraz szeroko rozumiana ewidencja. Poprzez wyznaczonych przez siebie oficerów komendant prowadził dokładny spis wszystkich żołnierzy służby zdrowia danego okręgu. Miał on w stosunku do całego personelu szpitala i chorych prawa dowódcy pułku.

⁵⁷¹ Tamże.

⁵⁷² Archiwum Związku Kombatantów i Byłych Więźniów Politycznych Oddział w Łodzi, *Szpital wojskowy WAM w 40 –lecie istnienia*, t. 304, k.6, s. 1.

W Łodzi na przestrzeni omawianych lat stanowisko to siedmiokrotnie było zmieniane. Poniższa tabela przedstawia zmiany na stanowisku komendanta Szpitala Okręgowego od listopada 1918 r. do września 1939 r.

Komendanci Szpitala Okręgowego w Łodzi w latach 1918-1939

Komendanci	Szpital wojskowy
- kpt. dr med. Antoni Stanisław Więckowski (listopad 1918 r. – maj 1919 r.) - ppłk. Lek. med. Bogusław Zadurowicz (maj 1919 r.- 1921 r.)	Szpital Okręgu Generalnego Łódzkiego\ Okręgowy Szpital Łódź
- płk lek. dr med. Józef Manteuffel (1921-1927) - płk lek. med. Józef Gurtzman (1927-1930) - płk dr med. Antoni Stanisław Więckowski (1930-1934) - ppłk. lek. med. Edward Wertheim (1934-1935) - ppłk. dr med. Władysław Michałowski (1935-1939)	Szpital Okręgowy nr IV Łódź

Źródło: K. Czernielewski, W. Jarno, *Garnizon łódzki wojska polskiego 1918-1939*,
Toruń 2008 r., s. 196-199.

Pierwszym komendantem został w listopadzie 1918 r. kpt. dr med. Antoni Stanisław Więckowski⁵⁷³, który ponadto sprawował wówczas także funkcję: naczelnego lekarza VIII Okręgu Wojskowego, naczelnego lekarza załogi miasta Łodzi oraz naczelnego lekarza 28 pułku piechoty. Obowiązki jako komendanta szpitala okręgowego pełnił do końca maja 1919 r., ponieważ wyruszył on na front i objął stanowisko komendanta 402 szpitala polowego.

Jego następcą został ppłk. lek. med. Bogusław Zadurowicz, który przejął stanowisko komendanta szpitala okręgu generalnego w końcu maja 1919 r. i pełnił ją do 1921 r.

⁵⁷³ Sylwetka Stanisława Więckowskiego była omawiana wcześniej, patrz więcej: szefowie sanitarni, Antoni Stanisław Więckowski, s. 181.

Pierwszą informację o Zadurówiczu odnajdujemy w „Słowie Polskim” z 2.05.1899 r., w którym to dowiadujemy się, iż otrzymał awans na lekarza pułkowego I klasy⁵⁷⁴.

Natomiast w źródłach z 1914 r. odnajdujemy dr Bogusława Zadurówicza jako delegata Galicyjskiego Towarzystwa Łowieckiego z Tarnowa⁵⁷⁵. Założyć zatem możemy, że zanim Polska odzyskała niepodległość zamieszkiwał tamte rejony.

Był on chirurgiem. W późniejszym okresie pracował w Łodzi przy ul. Konstantynowskiej 20, gdzie znajdowała się lecznica II, oddziału powiatowego kasy chorych⁵⁷⁶. Po wybuchu II wojny światowej przebywał we Lwowie. Jego nazwisko odnajdujemy na liście członków Lwowskiej Izby Lekarskiej uprawnionych do głosowania do Rady Izby w dniu 17.12.1939 r.⁵⁷⁷, wówczas mieszkał przy ul. Długosza 7⁵⁷⁸.

Od 1921 r. po zmianach terytorialnych w wojsku polskim, funkcję komendanta IV szpitala okręgowego pełnił płk lek. dr med. Józef Manteuffel. Urodzony dnia 24.05.1870 r.⁵⁷⁹ wywodził się z linii polsko-inflanckiej rodziny Manteuffłów. Był synem Ryszarda Manteuffla-Szoega, powstańca styczniowego, i Jadwigi z Benisławskich⁵⁸⁰. Ukończył studia medyczna na uniwersytecie w Dorpacie. Dyplom lekarski uzyskał w 1896 r.⁵⁸¹ Specjalizował się w chirurgii i praktykował w Rydze. W 1916 r. został zmobilizowany do armii carskiej i został mianowany komendantem szpitala wojskowego w Ostrowiu pod Pskowem. W 1919 r. repatriował się do Polski, wstąpił do wojska polskiego⁵⁸². Awans na pułkownika otrzymał ze starszeństwem z dnia 1.06.1919 r.⁵⁸³ Funkcję komendanta IV szpitala okręgowego pełnił do 1927 r. Kolejno opuścił Łódź i zajął się ratowaniem majątku Hieronimów w powiecie białostockim, będący własnością nieletnich synów swego zmarłego przyjaciela Aleksandra Ramma. W 1937 r., Józef Manteuffel mógł już przenieść się do Krasnego ze Słomianki, gdzie

⁵⁷⁴ *Awans majowy w armii*, [w:] „Słowo Polskie”, nr 103 z dn. 2 maja 1899 r., Lwów 1899 r., s. 3

⁵⁷⁵ *Spis członków i delegatów Galicyjskiego Towarzystwa Łowieckiego wedle powiatów, Lwów 1914 r.*, s. 61.

⁵⁷⁶ *Kalendarz informator na województwo łódzkie na rok 1924*, cz. 1, Łódź 1924 r., s. 124; *Kalendarz informator na województwo łódzkie na rok 1923*, Łódź 1923 r., s. 124.

⁵⁷⁷ *Lista członków Lwowskiej Izby Lekarskiej uprawnionych do głosowania do Rady Izby w dn. 17.12.1939 r.*, s. 9

⁵⁷⁸ Tamże.

⁵⁷⁹ *Lista starszeństwa oficerów zawodowych*. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8.06.1922 r., Warszawa 1922 r., s. 309.

⁵⁸⁰ Józef Gustaw Ignacy bar. Manteuffel-Szoega [w:] *Genealogia Potomków Sejmu Wielkiego*, pod. red. Marka Jerzego Minakowskiego, <http://www.sejm-wielki.pl/b/zi.3.96.proband>, dostępność z dn. 29.12.2016 r.

⁵⁸¹ CAW, I. 371.4, t. 223 - Imienny wykaz oficerów i równorzędnych wojsk sanitarnych względem służby zdrowia w myśl rozporządzenia MSWojsk. L. 609/9 z dnia 1 lutego 1922 r.

⁵⁸² *Biografia płk. Józefa Manteuffla* [w:] „Zabłudów i Okolice”, nr 5, maj 2012 r., s. 6.

⁵⁸³ *Lista starszeństwa oficerów zawodowych*. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8.06.1922 r., Warszawa 1922 r., s. 309.

mieszkał w leśniczówce przez kilka ostatnich lat⁵⁸⁴. Niestety, niedługo cieszył się swoim dworem. Jesienią 1939 r. został aresztowany przez Sowietów. Najpierw trzymany był w więzieniu w Mińsku, a potem zginął w Ostaszkowie. Jego najbliższej rodzinie – żonie Marii Mintowt-Czyż z Woronny z córkami: Ireną i Anną⁵⁸⁵ – udało się wyjechać we wrześniu 1939 r. za granicę⁵⁸⁶.

Po pułkowniku Józefie Manteufflu stanowisko komendanta Szpitala Okręgowego w Łodzi w 1927 r. przejął płk lek. med. Józef Gurtzman. Urodził się on 1.07.1877 r.⁵⁸⁷ Awans na podpułkownika otrzymała ze starszeństwem z dnia 1.06.1919 r.⁵⁸⁸ Był lekarzem chorób wewnętrznych. Przyjmował w 1920 r. w Łodzi w budynku przy ul. Cegielnianej 7 m.8⁵⁸⁹. W 1921 r. stał na czele referatu Higieny w Szefostwie Sanitarnym DOK nr IV. Wiemy, że w 1925 r. mieszkał w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 175, a od 1931 r. w Łodzi przy ul. Wólczańskiej 222⁵⁹⁰. 13.12. 1931 r. został wybrany do Rady Izby Lekarskiej w Łodzi na lata 1932-1934⁵⁹¹. W wyborach do Rady Izby Lekarskiej w 1934 r. został już wybrany jako zastępca⁵⁹².

Jego następcą na stanowisku komendanta szpitala wojskowego został płk dr med. Antoni Stanisław Więckowski. Jego osoba szerzej przedstawiana była w poprzednim rozdziale, podobnie jak kolejnego komendanta szpitala okręgowego ppłk lek. med. Edward Wertheim.

Kolejną osobą piastującą stanowisko komendanta szpitala wojskowego w Łodzi był ppłk dr med. Władysław Michałowski. Urodził się on 21.10.1891 r. w Drażnie na ziemi Mińskiej⁵⁹³. Ukończył gimnazjum w Słucku. Dyplom lekarza uzyskał na Wydziale Lekarskim na Uniwersytecie w Moskwie⁵⁹⁴ w 1914 r.⁵⁹⁵.

⁵⁸⁴ Biografia płk. Józefa Manteuffla [w:] „Zabłudów i Okolice”, nr 5, maj 2012 r., s.6-7.

⁵⁸⁵ Józef Gustaw Ignacy bar. Manteuffel-Szoegge h. wł. (ID: zi.3.96.probant) [w:] *Genealogia Potomków Sejmu Wielkiego*, pod. red. Marka Jerzego Minakowskiego, <http://www.sejm-wielki.pl/b/zi.3.96.probant>, dostępność z dn. 29.12.2016 r.

⁵⁸⁶ *Krasne* [w:] *Dwory i pałace pogranicza*, <http://dworypogranicza.pl/index.php/dwory/61-krasne>, dostępność z dn. 29.12.2016 r.

⁵⁸⁷ MSWojsk., *Lista starszeństwa oficerów zawodowych*, Warszawa 1922 r., s. 311.

⁵⁸⁸ Tamże.

⁵⁸⁹ „Głos Polski”, nr 54 z dn. 24.02.1920 r., s. 7.

⁵⁹⁰ *Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej R.2*, nr 9, Warszawa 1931 r., s. 338.

⁵⁹¹ *Z łódzkiej izby lekarskiej* [w:] „Republika” nr 342, z dn. 15.12.1931 r., s. 8.

⁵⁹² *Nowa izba lekarska łódzkiego okręgu została wybrana w niedzielę* [w:] :] „Republika” nr 347, z dn. 18.12.1934 r., s. 5.

⁵⁹³ CAW, KZ 23-157, s. 2.

⁵⁹⁴ Tamże.

⁵⁹⁵ *Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r.*, s. 12.

W 1914 r. wcielony został do armii rosyjskiej. W czasie pełnienia służby zorganizował Związek Wojskowych Polaków 14 Artylerii Brygady w Rumunii i był też jego prezesem od 10.06.1917 r. do 6.10.1917 r.⁵⁹⁶.

Służył w Wojsku Polskim od 27.08.1919 r.⁵⁹⁷ i pełnił w nim funkcję lekarza na froncie i w kraju, a mianowicie: Lekarz Baonu Pińsko-Wołyńskiego, Naczelný Lekarza Jazdy Tatarskiej, Szwadron Zapasowy 13 Pułku Ułanów, Naczelný Lekarz 77 pp., Szef Sanitarny 29 Dywizji Piechoty, Naczelný Lekarz 82 pp., Referent Szefa Sanitarnego OK nr IX, Komendant Kadry Zapasowej 9 Szpitala Okręgowego i od 25.11.1935 r. Komendant 4 Szpitala Okręgowego w Łodzi⁵⁹⁸.

Stopień majora otrzymał ze starszeństwem z dnia 1.07.1923 r.⁵⁹⁹, a stopień podpułkownika 1.01.1933 r.⁶⁰⁰. W 1938 r. minęło 19 lat, jak pracował w służbie państwowej⁶⁰¹. Za wzorową służbę odznaczony został Złotym Krzyżem Zasługi w 1938 r.⁶⁰² oraz Medal Brązowy za Długoletnią służbę (rozkaz DOK. IV. Nr 9/38. pkt. 2.)⁶⁰³. Jak pisał o nim Szef Sanitarny OK IV dr Wertheim: „(...)Przyczynił się w dużej mierze do urządzenia nowego gmachu 4 Szpitala okręgowego(...)”⁶⁰⁴.

Po zakończeniu działań wojennych we wrześniu 1939 r. dostał się do niewoli radzieckiej. Wywieziony został wraz z innymi oficerami do obozu w Starobielsku. Zamordowany został w Charkowie, a pochowany w Piatichatkach⁶⁰⁵.

5.09.1939 r. z zagrożonego miasta IV szpital okręgowy i większość służb sanitarnych poszczególnych jednostek ewakuowano na Lubelszczyznę. Personel szpitala został wzięty do niewoli w Brześciu nad Bugiem i trafił do Kozielska i Starobielska. W Katyniu i Charkowie

⁵⁹⁶ CAW, KZ 23-157, s. 2.

⁵⁹⁷ Tamże, s. 1.

⁵⁹⁸ Tamże, s. 2.

⁵⁹⁹ Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r., s. 12.

⁶⁰⁰ CAW, KZ 23-157, s. 1.

⁶⁰¹ Tamże.

⁶⁰² Tamże.

⁶⁰³ Tamże.

⁶⁰⁴ Tamże, s. 2.

⁶⁰⁵ *Bóg lubi tych, co bronią wartości,*

http://www.siedlce.pl/index.php?option=16&action=news_show&news_id=4133, dostępność z dn.23.01.2017 r.

zamordowano 69 lekarzy tego szpitala, z których sześciu było oficerami służby stałej, trzech – w stanie spoczynku, a 60 z nich było oficerami rezerwy⁶⁰⁶.

3.3.2 Kadra kompanii zapasowej sanitarnej, 4 batalion sanitarny, IV Okręgowa Składnica Sanitarna w Łodzi

Kadra kompanii zapasowej sanitarnej, 4 batalion sanitarny, IV Okręgowa Składnica Sanitarna w Łodzi – są to pozostałe okręgowe organy wykonawcze łódzkiej służby zdrowia, które w takim kształcie uformowane zostały w 1921 r.

Jesienią 1919 r. najważniejszym stałym ogniwem wojskowych placówek służby zdrowia był 4 szpital okręgowy. To właśnie w nim zostały utworzone dwa oddziały: sanitarny i szkolny, które jako sanitarna formacja zapasowa dostarczały uzupełnień dla wszystkich zakładów sanitarnych w okręgu. Także od 1919 r. istniała już na terenie Okręgu Gen. Łódź nr IV (OGŁ) Okręgowa Składnica Sanitarna⁶⁰⁷.

W czerwcu 1920 r. nastąpiła reorganizacja służby sanitarnej, w wyniku której oddział sanitarny szpitala okręgowego stał się samodzielną jednostką. Przemianowano go wówczas na Sanitarną Kompanię Zapasową. Stała się ona macierzystą formacją personelu wojskowej służby zdrowia w okręgu. Składała się ona z: komendanta, pięciu oddziałów (ewidencyjnego, szkolnego, uzupełnień, przejściowego, kontrolno-technicznego) oraz z Okręgowej Składnicy Sanitarnej - włączonej wówczas do jej składu⁶⁰⁸.

W 1921 r. mamy do czynienia z kolejną reorganizacją medycznych struktur wojskowych, w tym łódzkich. Powstaje wówczas kadra kompanii zapasowej sanitarnej, która utworzona została z połączenia Kompanii Zapasowej Sanitarnej i 4 Okręgowej Składnicy Sanitarnej.

Kadra kompanii zapasowej sanitarnej składała się z: komendy kadry (komendant, kancelaria, izba chorych, komisja gospodarcza), kancelarii ewidencyjnej, oddziału szkolnego, warsztatu sanitarno-technicznego oraz Okręgowej Składnicy Sanitarnej.

Nowo powstały organ wykonawczy służby zdrowia był jednostką zasilającą w personel medyczny OK nr IV Łódź. Składnica sanitarna zaś zaopatrywała siły zbrojne okręgu łódzkiego w materiały sanitarne. Kadra kompanii zapasowej sanitarnej funkcjonowała bardzo

⁶⁰⁶ P. Cichocki, *Obchody 70 rocznicy zbrodni katyńskiej – katastrofa smoleńska* [w:] Kronikarz 2009/2010 R. 8 nr 14, s. 425.

⁶⁰⁷ W. Jarno, dz. cyt., s. 47.

⁶⁰⁸ Tamże, s. 48.

krótko. Została ona rozwiązana rozkazem z dn. 5.08.1922 r. Wówczas ponownie została usamodzielniona Okręgowa Składnica Sanitarna, a w miejsce kadry powołany został 4 batalion sanitarny.

4 batalion został sformowany w garnizonie Łódź w koszarach przy ulicy 11 Listopada (ob. Legionów), na bazie zlikwidowanej Kadry Kompanii Zapasowej Sanitarnej Nr IV. Pododdział był okręgową instytucją służby zdrowia podległą bezpośrednio szefowi sanitarnemu Dowództwa Okręgu Korpusu Nr IV oraz jednostką ewidencyjną dla wszystkich oficerów i szeregowych pełniących służbę w formacjach sanitarnych i liniowych OK IV, w tym w 4 Szpitalu Okręgowym w Łodzi oraz w szpitalach rejonowych w Częstochowie, Piotrkowie i Skierniewicach. Ponadto batalion wypełniał funkcje szkoleniowe oraz mobilizacyjne.

W 1926 r. jednostka została skadowana i przemianowana na Kadrę 4 Batalionu Sanitarnego. W 1928 r. w kadrze batalionu służbę pełniło tylko dwóch oficerów administracyjnych, działu sanitarnego: kpt. Michał Dzikiewicz (komendant) i por. Leon Okulicz.

Z dniem 1.07.1931 r. Kadra 4 Batalionu Sanitarnego została „wcielona bez zmiany nazwy i zadań do 4 Szpitala Okręgowego” w Łodzi⁶⁰⁹. Kolejno przemianowana została na Kadrę Zapasową 4 Szpitala Okręgowego (KZ 4 Szpit. Okr.). Od tego momentu 4 Szpital Okręgowy był jednostką mobilizującą. Komendant szpitala był odpowiedzialny za przygotowanie mobilizacji, a komendant kadry zapasowej za jej przeprowadzenie.

Zgodnie z planem mobilizacyjnym „W” Kadra Zapasowa 4 Szpitala Okręgowego przed wykonaniem nałożonych na nią zadań mobilizacyjnych sama mobilizowała się w alarmie, w grupie jednostek oznaczonych kolorem żółtym, do etatu wojennego Kadry Mobilizującej Nr 4. Kadra mobilizująca była organizacją przejściową. Po wykonaniu zadań mobilizacyjnych ulegała likwidacji⁶¹⁰.

Kolejno dowódcami batalionu/komendantami kadry byli⁶¹¹:

- płk lek. Stefan Rajmund Wojciech Miłodrowski - dowódca batalionu (1922-1926)
- kpt. Michał Dzikiewicz (1926-1928)
- kpt./mjr Józef Wetula (1928-1931)⁶¹²

⁶⁰⁹ Dziennik Rozkazów Ministra Spraw Wojskowych, nr 15, poz. 183, z dn. 30.05.1931 r.

⁶¹⁰ Patrz więcej: P. Zarzycki, *Plan mobilizacyjny "W", Wykaz oddziałów mobilizowanych na wypadek wojny*, Pruszków, 1995 r.; R. Rybka, K. Stepan, *Najlepsza broń. Plan mobilizacyjny "W" i jego ewolucja*, Warszawa, 2010 r.

⁶¹¹ W. Jarno, dz. cyt., s. 192.

- ppłk lek. Stanisław Ostrowski (1931-1938)
- mjr lek. Franciszek Goertz (1938-1939)⁶¹³

Ostatnim okręgowym organem wykonawczym służby zdrowia była Okręgowa Składnica Sanitarna, która ponownie stała się samodzielną jednostką w dn. 5.08.1922 r. W Łodzi mieściła się ona przy koszarach przy ul. 11 listopada (ob. Legionów).

Zaopatrywała ona siły zbrojne okręgu łódzkiego w: materiały sanitarne, urządzenia szpitalne, lekarstwa, przybory lekarskie, potrzebne dla zadań leczniczych wojska oraz w materiały weterynarii wojskowej. Zajmowała się także przechowywaniem rezerw materiałowych, dokonywaniem drobnych napraw przyborów lekarskich i urządzeń szpitalnych oraz wytwarzaniem pewnych rodzajów leków, urządzeń szpitalnych, oporządzenia polowego i środków opatrunkowych. Zaopatrzenie poobierała z Centralnej Składnicy Sanitarnej w Warszawie.

Po 1926 r., kiedy to batalion sanitarny został skadrowany, składnica gromadziła także zapasy sanitarne dla polowych jednostek sanitarnych wystawionych przez OK nr IV w razie działań mobilizacyjnych.

W 1928 r. została przemianowana na pomocniczą składnicę sanitarną. W styczniu 1929 r. została zaliczona do grupy większych składnic sanitarnych⁶¹⁴. W lutym 1931 r. większość składnicy została zlikwidowana. Pozostawione zostały tylko dwie: w Warszawie i w Przemyśle⁶¹⁵.

⁶¹² Mjr Józef Wetula s. Mateusza, ur. 2.01.1894 r. Uczestnik wojny 1920. Por. mianowany ze starsz. 1.06.1921. Służył w zapas. kompanii san. nr 2 oraz w Dep. San. MSWojsk. W 1928 komendant 4 baonu san. W 1932 przeniesiony do Kierownictwa Zaopatrzenia San. w Warszawie. Mjr od 1 I 1931. Odznaczony Krzyżem Walecznych czterokrotnie. Żonaty z Heleną z Flaszczyńskich, miał syna Mirosława. Zabity w 04.1940 r. Katyniu. Pochowany na Polskim cmentarzu w Katyniu - Patrz więcej: CAW, I.300-62,teczka 54; <https://nekropole.info/pl/Jozef-Wetula>.

⁶¹³ Franciszek Goertz, ur. 25.03.1899 r., awans na kapitana otrzymał z dniem 1.01.1930 r., kolejno major. Dyplom szkoły medycznej otrzymał w 1925 r. – MSWojsk., Lista starszeństwa oficerów zawodowych korpusu sanitarnego, Warszawa 1931, s. 28.

⁶¹⁴ W okręgach korpusu składnice sanitarne zostały podzielone na mniejsze i większe – Tamże, s. 192.

⁶¹⁵ A. Felchner, dz. cyt., s. 68.

3.4 Problemy zdrowotne żołnierzy OK nr IV Łodzi w latach 1919-1931

Wszystko co zakłóca prawidłowemu funkcjonowaniu naszego organizmu jest problemem zdrowotnym – chorobą. Patologia rozumiana jako nauka bada przyczyny (patogeneza), mechanizmy i skutki dolegliwości. To właśnie z powodu chorób pojawiała się u żołnierzy czasowa niedyspozycja, a tym samym niezdolność do służby wojskowej. W latach 1922-1931 oficer chorował średnio 17,2 dni w roku, podoficer – 18,0, a szeregowy niezawodny – 13,1 dni⁶¹⁶. Należy zaznaczyć, iż przypadki chorobowe oficerów i podoficerów były cięższe niż szeregowych, o czym zresztą świadczy dłuższy okres chorowania.

W każdym Okręgu Korpusu można było zaobserwować pewną statystkę chorób – ich wzrost lub spadek. W tym podrozdziale autorka postara się omówić dostępne dokumenty statystyczne z lat 1922-1931 i przedstawić obraz chorób występujących w OK nr IV Łódź⁶¹⁷.

CHOROBY NAGMINNE

Do grup chorób zakaźnych (infekcyjnych) zaliczane były choroby takie jak: osp, odra, płonica, dur plamisty, dur pierwotny, dur brzuszny, czerwonka, grypa, nagminne zapalenie ślinianki przyusznej, ostre zapalenie migdałków, choroby wyrostka robaczkowego. Warto nadmienić, iż wówczas do tego rodzaju chorób zaliczano także te wywoływane przez robaki (np. owsica), pierwotniaki (np. malaria) i małe stawonogi (np. wszawica). Obecnie te choroby nazywane są chorobami pasożytniczymi.

W zdecydowanej większości zachorowalność na te choroby zależała od stosowania prawidłowej higieny. Największa liczba zachorowań miała miejsce w latach wojny i zaraz po (1918-1922), później przypadki zachorowań zdarzały się ale były one nieliczne w porównaniu do innych chorób.

OSPA WIETRZNA (*varicella*)

Ostra wirusowa choroba zakaźna z charakterystyczną pęcherzykową wysypką pojawiającą się w kilku rzutach. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową. Okres wylęgania to od 14 do 21 dni⁶¹⁸.

⁶¹⁶ CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 15.

⁶¹⁷ W niektórych przypadkach jednostek chorobowych udało się wydłużyć lata i rozpocząć omawianie danej choroby od 1919 r. Jednak w większości przypadków nie zachowały się źródła wyodrębniające sam okręg łódzki.

⁶¹⁸ Patrz więcej: *Ospa wietrzna* [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. II, Warszawa 1989 r., s. 856.

Była chorobą bardzo rzadko występującą w wojsku, zresztą także jak i wśród ludności cywilnej, nie mniej pojawiała się. Średnio rocznie dawała ok. ośmiu zachorowań. Ogółem od 1922 do 1931 odnotowano 80 zachorowań na ta chorób, żaden nie był śmiertelny. W IV OK odnotowano sześć przypadków, na tle innych korpusów nie był to zły wynik.

Tabela 3.4.1. Liczba chorych żołnierzy na ospę wietrzną według Okręgów Korpusu w latach 1922-1931

Okręg Korpusu	Liczba chorych żołnierzy
nr I Warszawa	21
nr II Lublin	2
nr III Grodno	11
nr IV Łódź	6
nr V Kraków	2
nr VI Lwów	16
nr VII Poznań	2
nr VIII Toruń	12
nr IX Brześć	5
nr X Przemyśl	3

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34,
*Sprawozdanie statystyczne o stanie
zdrowotnym armji.*
W okresie dziesięciolecia 1922-1931,
s. 51

PŁONICA (*scarlatina*)

Płonica (szkarlatyna) jest ostrą chorobą zakaźną głównie wieku dziecięcego wywołaną przez bakterię – paciorkowca. Przed drugą wojną światową była najczęstszą chorobą wieku dziecięcego o bardzo ciężkim przebiegu. Śmiertelność wynosiła 25% (obecnie poniżej 1%). Zakażenie jest przekazywane na drodze kropelkowej. Wrota zakażenia: błony śluzowe gardła, uszkodzona skóra (płonica przyranna, jako nadkażenie)⁶¹⁹.

W dwudziestoleciu międzywojennym zajmowała ona poważne piąte miejsce w grupie chorób nagminnych. Pociągała za sobą ok. 130 zachorowań i sześć zgonów rocznie wśród żołnierzy Wojska Polskiego. Jako główną przyczynę tej choroby wśród wojskowych Pracownia Higieny i Statystyki przy Centrum Wyszukolenia Sanitarnego w Warszawie podaje wysoki procent rekrutów pochodzących z terenów wiejskich, wśród których wielu nie chorowało w dzieciństwie na tę chorobę przez co nie nabyli odporności na nią. W roku 1920

⁶¹⁹ Patrz więcej: *Płonica (szkarlatyna)*, [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 921.

zachorowało na płonicę 543 żołnierzy, w roku kolejnym liczba ta zmalała do 162⁶²⁰. Tak znacząca poprawa wynikała z ustabilizowania się sytuacji wojennej i zakończenia wojny z Rosją bolszewicką. Poniżej przedstawiona jest tabela, która obrazuje nam zachorowania na płonicę dla kolejnych lat. DOK nr IV na tym tle wypadł bardzo dobrze. Miał najmniejszą średnią zachorowalność na tą chorobę.

Wahania zachorowalności na płonicę w DOK były nieznaczne jednakże zwraca uwagę kwestia dużo wyższej zachorowalności na tę chorobę w miesiącach zimowych⁶²¹.

Tabela 3.4.2 Płonica w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	14	26	35	45	19	26	13	11	17	19	22
	na 1000 st. licz.	0,28	0,49	0,75	0,98	0,44	0,59	0,29	0,23	0,36	0,40	0,45
nr II Lublin	L. abs.	5	4	3	7	9	16	16	7	8	13	9
	na 1000 st. licz.	0,17	0,13	0,13	0,30	0,43	0,72	0,70	0,30	0,35	0,57	0,38
nr III Grodno	L. abs.	16	8	38	36	29	21	17	10	17	17	21
	na 1000 st. licz.	0,27	0,21	1,27	1,14	1,01	0,70	0,54	0,30	0,54	0,53	0,65
nr IV Łódź	L. abs.	2	6	3	1	2	6	8	5	1	10	4
	na 1000 st. licz.	0,11	0,27	0,22	0,07	0,15	0,41	0,58	0,38	0,08	0,72	0,30
nr V Kraków	L. abs.	14	4	16	17	16	9	15	7	6	15	12
	na 1000 st. licz.	0,53	0,14	0,67	0,67	0,70	0,37	0,57	0,26	0,22	0,55	0,46
nr VI Lwów	L. abs.	8	23	19	13	22	18	10	10	26	14	16
	na 1000 st. licz.	0,27	0,84	0,80	0,56	1,04	0,79	0,40	0,41	1,02	0,56	0,67
nr VII Poznań	L. abs.	12	4	9	20	17	6	8	3	14	23	12
	na 1000 st. licz.	0,45	0,19	0,43	0,86	0,73	0,25	0,32	0,12	0,54	0,87	0,48
nr VIII Toruń	L. abs.	6	5	7	27	18	13	12	15	16	39	16
	na 1000 st. licz.	0,23	0,18	0,25	0,86	0,62	0,42	0,38	0,47	0,51	1,21	0,51
nr IX Brześć	L. abs.	11	5	8	2	16	12	18	13	9	3	10
	na 1000 st. licz.	0,4	0,18	0,36	0,09	0,79	0,61	0,79	0,58	0,42	0,14	0,44
nr X Przemyśl	L. abs.	4	13	11	15	5	7	11	9	13	16	10
	na 1000 st. licz.	0,16	0,46	0,50	0,63	0,23	0,31	0,53	0,45	0,63	0,76	0,57
RAZEM	L. abs.	92	98	149	183	153	134	128	90	127	169	132
	na 1000 st. licz.	0,29	0,32	0,58	0,69	0,63	0,52	0,48	0,34	0,48	0,63	0,50
	% śmiertelności	8,7	5,1	4,7	4,4	1,9	6,7	4,7	5,5	4,7	3,6	4,5

⁶²⁰ Dr Gustaw Szulc, dz. cyt., s. 8.

⁶²¹ CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 52.

ODRA (*morbilli*)

Ostra i bardzo zaraźliwa choroba zakaźna wywoływana przez wirusy. Źródłem zakażenia jest chory w okresie kataralnym i w pierwszych dniach wystąpienia wysypki. Wirusy dostają się do organizmu przez drogi oddechowe (zakażenie kropelkowe lub pyłowe), namnażają się głównie w błonie śluzowej krtani, tchawicy, oskrzeli i oskrzelików, gdzie powstają nacieki ropne. Okres wylęgania trwa od 9 do 11 dni⁶²².

Odra zdarzała się nieco rzadziej w wojsku polskim niż płonica. Dawała także bardzo małą ilość zgonów. W DOK nr IV średnia zachorowalność w omawianych latach wynosiła osiem i nie była ona najwyższą, ale także nie najniższą. Znajdowała się po środku statystyk. Zachorowalność największa była w DOK III Grodno, DOK I Warszawa, najmniejsza w DOK VII Poznań i DOK V Kraków. Zgony na tą chorobę przypadały nierównomiernie: w 1923 r. – cztery zgony – wszystkie w DOK III Grodno, w 1925 r. – sześć zgonów z których pięć było w DOK III i 1 w DOK IV Łódź.

Jeśli chodzi o rozkład przypadków odry według miesięcy to według danych, najwięcej zachorowań wypadło w miesiącach: styczniu, lutym i marcu, a najmniej zaś w sierpniu i wrześniu. Zaznaczyć należy że wszystkie zgony na tą chorobę wypadły właśnie w miesiącach zimowych⁶²³.

Tabela 3.4.3 Odra w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	56	12	1	23	29	21	20	17	17	2	20
	na 1000 st. licz.	1,10	0,22	0,02	0,50	0,68	0,48	0,45	0,36	0,36	0,04	0,42
nr II Lublin	L. abs.	-	4	2	3	72	10	5	2	5	4	11
	na 1000 st. licz.	-	0,13	0,09	0,13	3,40	0,45	0,22	0,09	0,22	0,17	0,49
nr III Grodno	L. abs.	58	11	5	91	52	10	18	16	44	2	31
	na 1000 st. licz.	1,00	0,28	0,17	2,90	1,81	0,33	0,57	0,49	1,39	0,06	0,90
nr IV Łódź	L. abs.	7	26	3	11	4	11	5	4	4	7	8
	na 1000 st. licz.	0,43	1,17	0,21	0,74	0,29	0,76	0,37	0,31	0,30	0,50	0,51
nr V Kraków	L. abs.	3	5	-	16	8	1	4	1	-	-	4
	na 1000 st. licz.	0,11	0,18	-	0,64	0,35	0,04	0,15	0,04	-	-	0,15

⁶²² Patrz więcej: *Odra*, [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. II, Warszawa 1989 r., s. 814.

⁶²³ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 54.

nr VI Lwów	L. abs.	5	11	8	11	14	14	9	2	10	9	9
	na 1000 st. licz.	0,17	0,40	0,33	0,47	0,66	0,61	0,36	0,08	0,39	0,36	0,38
nr VII Poznań	L. abs.	1	-	-	4	11	1	1	1	4	5	3
	na 1000 st. licz.	0,04	-	-	0,17	0,47	0,04	0,04	0,04	0,15	0,19	0,11
nr VIII Toruń	L. abs.	7	3	-	3	18	14	36	4	6	17	11
	na 1000 st. licz.	0,26	0,11	-	0,09	0,62	0,46	1,14	0,12	0,19	0,53	0,35
nr IX Brześć	L. abs.	5	-	6	6	16	2	21	6	15	3	8
	na 1000 st. licz.	0,18	-	0,27	0,28	0,79	0,09	0,92	0,27	0,71	0,14	0,37
nr X Przemyśl	L. abs.	5	4	1	7	6	4	6	2	2	9	4
	na 1000 st. licz.	0,20	0,14	0,05	0,29	0,27	0,18	0,29	0,10	0,10	0,43	0,21
RAZEM	L. abs.	147	76	26	175	230	88	125	55	107	58	109
	na 1000 st. licz.	0,46	0,25	0,10	0,66	0,94	0,34	0,47	0,21	0,40	0,21	0,40

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 51

BŁONICA (*diphteria*)

Błonica nazywana inaczej dyfterytem jest chorobą zakaźną wywoływaną przez bakterie – maczugowce błonicy. Zakażenie następuje od człowieka chorego lub nosiciela, drogą kropelkową albo przez kontakt. Okres wylęgania trwa od dwu do siedmiu dni⁶²⁴

Tą chorobę spotkano w wojsku polskim w latach II RP stosunkowo rzadko. Średnio obliczano 24 zachorowania na rok i mniej niż 1 zgon rocznie. Z lat 1922-1931 obliczono że we wszystkich Okręgach Korpusu zachorowało 239 żołnierzy z czego ośmiu zmarło⁶²⁵.

W OK nr IV Łódź nie odnotowano żadnego zgonu z powodu tej choroby, a zachorowań odnotowano w ciągu 10 lat zaledwie 10. W porównaniu do innych Okręgów Korpusu był to pozytywny wynik. W lutym 1929 r. odnotowano w OK nr IV Łódź tylko jeden przypadek tej choroby⁶²⁶.

Tabela 3.4.4. Liczba chorych żołnierzy na błonicę według Okręgów Korpusu w latach 1922-1931

Okręg Korpusu	Liczba chorych Żołnierzy	Liczba zgonów
nr I Warszawa	79	2

⁶²⁴ Patrz więcej: *Błonica, dyfteryt*, [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. I, Warszawa 1989 r., s. 116.

⁶²⁵ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne*....dz. cyt., s. 56.

⁶²⁶ *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

nr II Lublin	10	1
nr III Grodno	13	0
nr IV Łódź	10	0
nr V Kraków	20	0
nr VI Lwów	18	0
nr VII Poznań	6	0
nr VIII Toruń	46	2
nr IX Brześć	14	3
nr X Przemyśl	23	0

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 51

DUR PLAMISTY (*typhus exanthematicus*)

Inaczej nazywana tyfusem plamistym – jest bakteryjną chorobą zakaźną, przyczyną wielu epidemii i śmierci milionów ludzi na całym świecie. Wywołują ją bakterie *Rickettsia prowazekii*, czyli riketsje przenoszone przez wszy i pchły. Riketsje powodują u wszy i pcheł porowatość ścian przewodu pokarmowego i przyspieszają ich śmierć. Chore insekty wydają bakterie z kałem oraz wymiocinami. Jeśli człowiek zakażony takimi pasożytami drapie się, zaczyna rozcierać toksyny na skórze, które wnikają do organizmu. Pchły i wszy zakażają człowieka również podczas samego ssania krwi. Znajdujące się nawet na ubraniu riketsje zachowują zdolność zakażenia przez 2-3 tygodnie⁶²⁷.

W dwudziestoleciu międzywojennym dur plamisty stanowił duży problem i jeszcze w roku 1922 dał 1041 zachorowań i 79 zgonów⁶²⁸. Z biegiem lat oczywiście starano się zwalczać chorobę. W znacznym stopniu ograniczyła ją szczepionka przeciwtyfusowa, którą wynalazł w 1919 r. Rudolf Weigl – polski biolog, prekursor zastosowania owadów, głównie wszy odzieżowej jako zwierzęcia laboratoryjnego do hodowli zarazka tyfusu.

Mimo szczepionek, choroba stanowiła nadal niebezpieczeństwo epidemii, w razie pogorszenia się higieny osobistej żołnierzy.

W OK nr IV Łódź w ciągu dziesięciu lat odnotowano trzy zgony na ta chorobę. Pod względem zachorowań tylko mniejszą statystykę od okręgu łódzkiego miał OK nr VII Poznań. W garnizonach łódzkich często sprawdzano stan sanitarny obiektów, o czym

⁶²⁷ Patrz więcej: *Dur plamisty* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. I, Warszawa 1989 r., s. 244.

⁶²⁸ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne*....dz. cyt., s. 58.

świadczyć mogą miesięczne sprawozdania sanitarno-opisowe z garnizonu łódzkiego⁶²⁹. Dbano by żołnierze utrzymywali należytą higienę i stale to kontrolowano – być może to dzięki temu, okręgowi łódzkiemu udawało się osiągać tak dobre wyniki w walce z tą chorobą.

Tabela 3.4.5. Dur plamisty w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	105	21	7	7	2	3	-	1	1	-	15
	na 1000 st. licz.	2,08	0,39	0,15	0,15	0,05	0,07	-	0,02	0,02	-	0,30
nr II Lublin	L. abs.	120	14	1	1	6	1	2	-	1	-	15
	na 1000 st. licz.	4,07	0,46	0,04	0,04	0,29	0,04	0,09	-	0,04	-	0,50
nr III Grodno	L. abs.	384	49	33	17	8	1	3	5	2	5	50
	na 1000 st. licz.	6,50	1,30	1,1	0,54	0,28	0,03	0,10	0,15	0,06	0,15	1,0
nr IV Łódź	L. abs.	21	8	-	1	-	-	1	-	-	-	3
	na 1000 st. licz.	1,29	0,36	-	0,07	-	-	0,07	-	-	-	0,18
nr V Kraków	L. abs.	24	10	3	7	-	-	-	-	-	-	4
	na 1000 st. licz.	0,90	0,36	0,13	0,29	-	-	-	-	-	-	0,17
nr VI Lwów	L. abs.	44	38	12	5	4	1	2	-	-	-	11
	na 1000 st. licz.	1,48	1,39	0,50	0,21	0,19	0,04	0,08	-	-	-	0,39
nr VII Poznań	L. abs.	19	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2
	na 1000 st. licz.	0,71	0,10	0,09	-	-	-	-	-	-	-	0,09
nr VIII Toruń	L. abs.	29	4	-	3	-	-	-	1	3	-	4
	na 1000 st. licz.	1,10	0,14	-	0,09	-	-	-	0,03	0,09	-	0,14
nr IX Brześć	L. abs.	273	26	11	1	2	1	-	1	-	-	32
	na 1000 st. licz.	9,95	1,0	0,50	0,05	0,10	0,05	-	0,05	-	-	1,16
nr X Przemyśl	L. abs.	22	10	1	7	3	4	-	1	-	-	5
	na 1000 st. licz.	0,89	0,35	0,04	0,29	0,14	0,18	-	0,05	-	-	0,19
RAZEM	L. abs.	1041	182	70	49	25	11	8	9	7	5	141
	na 1000 st. licz.	3,27	0,60	0,27	0,19	0,10	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,46

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 55.

DUR POWROTNY (*typhus recurrens*)

Jest chorobą zakaźną wywoływaną przez krętki z rodzaju *Borrelia*, najczęściej *Borrelia recurrentis*. Bakterie przenoszone są przez wszy odzieżowe i kleszcze. Dur przenoszony

⁶²⁹ Sprawozdania sanitarno-opisowe dokładniej omówione będą przez autorkę w następnym podrozdziale.

przez kleszcze to dur endemiczny, a dur przenoszony przez wszy – to dur epidemiczny. Okres wylęgania to od pięciu do ośmiu dni⁶³⁰.

Dur powrotny już w okresie II RP był chorobą, która bardzo rzadko występowała. Na pewno dużo rzadziej niż dur płamisty. Był on przede wszystkim problemem występującym wśród ludności cywilnej, w szczególności w latach 1922-1923. Poczynając jednak od roku 1926 praktycznie nie odnotowywano już tej choroby. Rocznie zdarzały się po dwa, trzy przypadki zachorowań. W ciągu dziesięciu lat odnotowano 19 zgonów na tą chorobą, w tym jeden w OK nr IV. Średnia zachorowalność w łódzkim okręgu wynosiła 3 chorych.

Tabela 3.4.6. Dur powrotny w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	72	12	3	-	1	-	-	1	2	-	9
	na 1000 st. licz.	1,43	0,22	0,07	-	0,02	-	-	0,02	0,04	-	0,19
nr II Lublin	L. abs.	110	6	1	-	-	-	-	-	-	-	12
	na 1000 st. licz.	3,74	0,20	0,04	-	-	-	-	-	-	-	0,40
nr III Grodno	L. abs.	314	10	1	1	-	2	-	-	-	-	33
	na 1000 st. licz.	5,30	0,26	0,03	0,03	-	0,07	-	-	-	-	0,57
nr IV Łódź	L. abs.	21	1	1	2	-	1	-	-	-	-	3
	na 1000 st. licz.	1,29	0,45	0,07	0,14	-	0,07	-	-	-	-	0,20
nr V Kraków	L. abs.	9	11	1	3	-	-	-	-	-	-	2
	na 1000 st. licz.	0,35	0,40	0,04	0,12	-	-	-	-	-	-	0,09
nr VI Lwów	L. abs.	12	2	2	3	1	1	-	1	-	-	2
	na 1000 st. licz.	0,40	0,07	0,08	0,13	0,05	0,04	-	0,04	-	-	0,08
nr VII Poznań	L. abs.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
	na 1000 st. licz.	0,18										0,02
nr VIII Toruń	L. abs.	3	-	-	-	-	-	1	3	-	-	0,7
	na 1000 st. licz.	0,11	-	-	-	-	-	0,03	0,09	-	-	0,03
nr IX Brześć	L. abs.	245	14	2	-	-	-	-	-	-	-	26
	na 1000 st. licz.	8,90	0,54	0,09	-	-	-	-	-	-	-	0,95
nr X Przemyśl	L. abs.	11	-	-	-	1	-	-	-	-	2	1,4
	na 1000 st. licz.	0,43	-	-	-	0,05	-	-	-	-	0,09	0,06
RAZEM	L. abs.	802	56	11	9	3	4	1	5	2	2	90
	na 1000 st. licz.	2,52	0,18	0,04	0,03	0,01	0,02	0,004	0,02	0,008	0,007	0,28

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji.*

⁶³⁰ Patrz więcej: *Dur powrotny* [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. I, Warszawa 1989 r., s. 245.

DUR BRZUSZNY (*typhus abdominalis*)

Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana Gram-ujemnymi pałeczkami *Salmonella enterica*, serotyp *Typhi* (*Salmonella Typhi*). Wywołują ją bakterie z grupy salmonelli, które w temperaturze 60 °C giną już po kilkunastu minutach. Źródłem zakażenia może być brudna woda, nieumyte owoce, a także nieczystości zawierające w sobie pałeczki *Salmonella Typhi*.

W wojsku II RP pomimo szczepień ochronnych - przeciwtyfusowych, systematycznie powtarzanych co sześć miesięcy dur brzuszny powodował znaczną ilość zachorowań (średnio 181 rocznie). Choroba ta zajmowała pierwsze miejsce wśród zgonów na choroby nagminne.

W latach 1920-1921 zachorować miało na nią aż 14 463 żołnierzy⁶³¹.

W *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji w okresie dziesięciolecia 1922-1931* doszukiwano się następujących przyczyny występowania, aż takiej ilości tej infekcji: „przyczyn (...) szukać należy w niezadowalającym zaopatrzeniu oddziałów, szczególnie w czasie ćwiczeń letnich, w wodę, w barakach usuwania odpadków i nieczystości oraz w tem, że choroba ta występuje wciąż dość często wśród ludności cywilnej”⁶³².

Największa ilość przypadków zachorowań na dur brzuszny przypadała na OK nr IV Łódź. Jednakże obserwując dane statystyczne widzimy, że także w OK nr IV zachodziły największe wahania roczne – świadczyć to może o tym, że nie były to stałe liczby chorych, tylko nagłe przypadki lub małe epidemie.

Zwiększenie się nasilenia duru brzusznego następowało w dwóch okresach: wrześniowym i zaraz po letnich ćwiczeniach. Pozwalało to stwierdzić, że wpływ na szerzenie się tej choroby miały muchy, ponieważ największy rozwój tych owadów przypadał w miesiącach letnich (sierpniu i lipcu).

Śmiertelność duru brzusznego wahał się dość znacznie, zarówno w poszczególnych latach, jak i na ternach różnych okręgów korpusu, w granicach od 9,2 do 18,6 i średnio wynosił 14,4%⁶³³. W OK nr IV w latach 1922-1931 odnotowano 18 zgonów⁶³⁴.

⁶³¹ Dr Gustaw Szulc, dz. cyt., s. 8.

⁶³² CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 62.

⁶³³ Tamże.

⁶³⁴ Tamże, s. 60.

Tabela 3.4.7. Dur brzuszny w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	63	62	42	50	64	47	24	33	14	21	42
	na 1000 st. licz.	1,25	1,16	0,92	1,09	1,50	1,07	0,54	0,71	0,30	0,45	0,90
nr II Lublin	L. abs.	43	24	9	28	7	14	8	15	6	28	18
	na 1000 st. licz.	1,45	0,79	0,39	1,22	0,33	0,63	0,35	0,34	0,26	1,22	0,70
nr III Grodno	L. abs.	69	33	42	39	45	37	21	28	11	16	34
	na 1000 st. licz.	1,17	0,86	1,40	1,24	1,58	1,23	0,67	0,85	0,35	0,50	0,98
nr IV Łódź	L. abs.	10	23	12	8	11	27	15	4	51	17	18
	na 1000 st. licz.	0,61	1,04	0,82	0,54	0,81	1,87	1,09	0,31	3,80	1,23	1,22
nr V Kraków	L. abs.	21	13	9	7	15	6	7	10	13	3	10
	na 1000 st. licz.	0,83	0,47	0,38	0,28	0,66	0,25	0,26	0,37	0,49	0,11	0,41
nr VI Lwów	L. abs.	31	15	30	7	12	20	8	17	2	10	15
	na 1000 st. licz.	1,04	0,55	1,26	0,30	0,56	0,87	0,32	0,69	0,08	0,40	0,61
nr VII Poznań	L. abs.	17	15	12	4	7	4	4	3	1	5	7
	na 1000 st. licz.	0,63	0,72	0,58	0,17	0,30	0,17	0,16	0,12	0,04	0,19	0,31
nr VIII Toruń	L. abs.	3	5	25	8	16	6	4	12	12	7	10
	na 1000 st. licz.	0,11	0,18	0,89	0,26	0,55	0,19	0,13	0,37	0,38	0,22	0,33
nr IX Brześć	L. abs.	23	9	22	10	12	19	7	5	6	5	12
	na 1000 st. licz.	0,84	0,34	1,00	0,47	0,59	0,91	0,30	0,23	0,28	0,23	0,52
nr X Przemyśl	L. abs.	19	25	16	14	13	25	13	11	3	6	15
	na 1000 st. licz.	0,75	0,88	0,72	0,59	0,59	1,12	0,62	0,56	0,14	0,28	0,63
RAZEM	L. abs.	299	224	219	175	202	205	111	138	119	118	181
	na 1000 st. licz.	0,94	0,74	0,86	0,66	0,83	0,81	0,42	0,52	0,45	0,44	0,67

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 60.

CZERWONKA (*Dysenteria*)

Ostra choroba zakaźna w szczególności jelita grubego, której objawem jest uporczywa biegunka i obecność krwi oraz śluzu w stolcu. Wywoływana jest przez bakterie gram ujemne – Shigella. Zakażenie następuje przez bezpośredni kontakt z chorym lub przez spożycie zakażonych pokarmów⁶³⁵.

W dwudziestoleciu międzywojennym czerwotka, mimo szczepień ochronnych, była najczęstszą przyczyną zachorowań i zgonów w 1920 r. z pośród wszystkich chorób

⁶³⁵ Patrz więcej: *Czerwonka bakteryjna* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. I, Warszawa 1989 r., s. 200.

nagminnych. Począwszy od 1922 r. liczba zachorowań na nią zaczęła zmniejszać się i w latach 30 spadła już do liczb nieznacznych.

Największą liczbę zachorowań notowano w OK nr VII Poznań. Przyczynę takiej liczebności źródła upatrują w bardzo silnej epidemii tej choroby na owych terenach w 1924 r. Bardzo ciekawą rzeczą jest fakt, iż najmniejszą liczbę zachorowań odnotowywano w OK nr IV Łódź, gdzie przecież dur brzuszny występował najczęściej spośród wszystkich Okręgów Korpusu. Być może wytłumaczenia należy szukać w pozytywnej roli służby zdrowia Korpusu łódzkiego – szeroko rozumianej profilaktyki.

Największa liczba przypadków zachorowań przypadała na sierpień i kolejno na wrzesień. Ogólna liczba zgonów od 1922 do 1931 wynosiła 141. Cztery zgony odnotowano w OK nr IV. Śmiertelność czerwonki wahała się bardzo znacznie zarówno w poszczególnych latach, jak i w OK, jednakże średnio wynosiła ona 3,7%⁶³⁶.

Tabela 3.4.8. Czerwonka w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	370	318	317	23	4	6	1	5	-	4	105
	na 1000 st. licz.	7,33	5,95	6,87	0,50	0,09	0,14	0,02	0,11	-	0,09	2,11
nr II Lublin	L. abs.	87	6	142	1	9	91	418	23	1	3	78
	na 1000 st. licz.	2,94	0,19	6,17	0,04	0,42	4,11	18,2	1,00	0,04	0,13	3,32
nr III Grodno	L. abs.	148	7	18	3	29	14	3	4	2	3	23
	na 1000 st. licz.	2,50	0,18	0,60	0,09	1,02	0,47	0,10	0,12	0,06	0,09	0,52
nr IV Łódź	L. abs.	35	4	1	-	7	1	-	1	-	-	5
	na 1000 st. licz.	2,16	0,18	0,07	-	0,51	0,07	-	0,07	-	-	0,31
nr V Kraków	L. abs.	82	99	28	27	6	21	5	42	3	13	32
	na 1000 st. licz.	3,08	3,55	1,17	1,06	0,26	0,86	0,19	1,57	0,11	0,47	1,23
nr VI Lwów	L. abs.	47	38	94	12	11	41	9	4	3	3	26
	na 1000 st. licz.	1,58	1,38	3,96	0,51	0,47	1,78	0,36	0,16	0,12	0,12	1,03
nr VII Poznań	L. abs.	63	23	705	52	14	7	8	11	2	8	89
	na 1000 st. licz.	2,34	1,11	33,90	2,23	0,6	0,29	0,32	0,44	0,08	0,31	4,16
nr VIII Toruń	L. abs.	41	12	39	20	15	16	5	9	38	1	20
	na 1000 st. licz.	1,56	0,42	1,37	0,64	0,52	0,52	0,16	0,28	1,20	0,03	0,67
nr IX Brześć	L. abs.	243	7	213	-	2	-	-	1	1	-	47
	na 1000 st. licz.	8,83	0,37	9,68	-	0,10	-	-	0,05	0,05	-	1,91

⁶³⁶ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 65.

nr X Przemysł	L. abs.	32	7	8	1	18	16	2	9	14	3	11
	na 1000 st. licz.	1,26	0,24	0,36	0,04	0,82	0,72	0,10	0,45	0,68	0,14	0,48
RAZEM	L. abs.	1148	521	1565	139	115	213	451	109	64	38	436
	na 1000 st. licz.	3,61	1,71	6,14	0,53	0,47	0,84	1,71	0,41	0,24	0,14	1,58

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 60.

GRYPA (influeza)

Ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem grypy. Występuje najczęściej w postaci większych epidemii. Grypa przenosi się pomiędzy ludźmi drogą kropelkową. Okres jej wylegania trwa od kilkunastu godzin do trzech dni. W większości przypadków zachorowanie na gripę powoduje obłózną chorobę, w części przypadków mogą występować powikłania i zdarzają się też przypadki śmierci, szczególnie u dzieci, osób starszych i obciążonych innymi, dodatkowymi poważnymi chorobami⁶³⁷.

To właśnie grypa w II RP stanowiła największy odsetek zachorowań wśród chorób nagminnych. W skrajnych i wyjątkowych przypadkach była przyczyną zgonów⁶³⁸. Wiele przypadków grypy, o czym należy pamiętać, było leczonych w izbach chorych, dlatego liczby umieszczone w *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931* są zaniżone. W OK nr IV Łódź odnotowano cztery zgony na tą chorobę, a we wszystkich OK w ciągu dziesięciu lat 55 zgonów. Przykładowo w lutym 1929 r. odnotowano 56 przypadków tej jednostki chorobowej⁶³⁹.

Tabela 3.4.9. Grypa w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	280	230	262	499	856	594	811	848	1296	685	636
	na 1000 st. licz.	5,55	4,30	5,68	10,90	20,0	13,4	18,1	18,10	27,51	14,54	13,81
nr II Lublin	L. abs.	249	248	136	243	336	449	403	471	299	283	312
	na 1000 st. licz.	8,45	8,12	5,93	10,53	16,0	20,3	17,87	20,26	12,92	12,35	13,27
nr III Grodno	L. abs.	524	131	151	375	562	742	782	848	940	746	580
	na 1000 st. licz.	8,85	3,38	5,00	11,9	19,7	24,8	25,1	25,69	29,63	23,0	17,71
nr IV Łódź	L. abs.	73	60	83	114	217	324	343	407	366	274	226

⁶³⁷ Patrz więcej: *Grypa, influenza* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. I, Warszawa 1989 r., s. 370.

⁶³⁸ Jeden zgon na gripę zdarzał się na 600 zachorowań leczonych w zakładach leczniczych - CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne*..., dz. cyt., s. 65.

⁶³⁹ *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

	na 1000 st. licz.	4,50	2,72	5,67	7,70	15,9	22,5	25,1	30,72	27,25	19,85	16,19
nr V Kraków	L. abs.	32	42	65	34	218	191	158	244	194	200	138
	na 1000 st. licz.	1,21	1,51	2,73	1,34	9,6	7,8	5,92	9,11	7,22	7,30	5,37
nr VI Lwów	L. abs.	206	168	282	343	265	446	536	328	534	217	333
	na 1000 st. licz.	6,91	6,10	11,9	14,6	12,5	19,45	21,6	13,30	20,96	8,68	13,60
nr VII Poznań	L. abs.	95	10	22	24	34	34	2	57	103	48	43
	na 1000 st. licz.	3,53	0,48	1,10	1,03	1,47	1,43	0,08	2,26	3,98	1,83	1,72
nr VIII Toruń	L. abs.	129	94	164	167	189	212	364	185	256	122	188
	na 1000 st. licz.	4,90	3,32	5,8	5,33	6,55	6,93	11,6	5,76	8,10	3,78	6,21
nr IX Brześć	L. abs.	120	142	206	177	348	501	473	554	640	449	361
	na 1000 st. licz.	4,35	5,43	9,36	2,23	17,3	23,8	20,6	24,92	30,08	21,0	15,91
nr X Przemyśl	L. abs.	93	24	123	149	304	395	239	303	398	307	233
	na 1000 st. licz.	3,68	0,84	5,50	6,27	13,8	17,8	11,5	15,30	19,19	14,52	10,84
RAZEM	L. abs.	1801	1149	1494	2125	3327	3888	4111	4245	5026	3331	3050
	na 1000 st. licz.	5,68	3,78	5,86	8,04	13,6	15,2	15,57	15,85	18,81	12,34	11,40

Źródło: CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 67.

NAGMINNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH (*meningitis cerebrospinalis epidemica*)

W literaturze współczesnej na tą chorobę spotykamy wiele nazw: meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, czy też dręt看ica karku. Schorzenie wywołuje dwoinka zapalenia opon (*Meningococcus*, *Neisseria intracellulańs*), Gram-ujemna, wykryta przez Weichselbauma w 1887 r. Na schorzenie to chorują dzisiaj przeważnie małe dzieci (do 5 r. życia 75%)⁶⁴⁰. Diagnostyka zakażeń wywoływanych przez meningokoki jest bardzo trudna, gdyż niekiedy pierwsze objawy mylone są z objawami towarzyszącymi rozwojowi grypy.

W dwudziestoleciu międzywojennym choroba ta w wojsku zdarzała się często. Dawała średnio 51 zachorowań rocznie, z których 25 kończyło się śmiercią. Stanowiła ona drugą z kolei co do częstości, tuż za dudem brzuszny, przyczynę zgonów w grupie chorób nagminnych.

W okręgu łódzkim średnio chorowało na nią ok. 3 osób rocznie. Najwięcej przypadków odnotowano w 1927 r. – osiem, a najmniej w roku 1922 i 1924. W lutym 1929 r. odnotowano

⁶⁴⁰ Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, <http://msdkardiologia.pl/meningokokowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych/>, dostępność internetowa z dn. 9.09.2017 r.

dwa tego typu schorzenia – były one jedyne w tym roku⁶⁴¹. Na tle innych OK, Łódź znajdowała się w dolnej części listy zachorowań na nagminne zapalenie opon mózgowych, bowiem mniejszą średnią zachorowalność posiadały tylko: OK II Lublin, OK VII Poznań i OK VIII Toruń.

Tabela 3.4.10. Nagminne zapalenie opon mózgowych w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	17	9	18	13	12	6	5	4	6	8	9,8
	na 1000 st. licz.	0,34	0,17	0,39	0,28	0,28	0,14	0,11	0,09	0,13	0,17	0,21
nr II Lublin	L. abs.	-	2	3	4	4	-	-	2	4	-	1,9
	na 1000 st. licz.	-	0,06	0,13	0,17	0,19	-	-	0,09	0,17	-	0,08
nr III Grodno	L. abs.	9	5	7	7	10	5	11	15	9	11	8,9
	na 1000 st. licz.	0,15	0,13	0,23	0,22	0,35	0,17	0,20	0,46	0,18	0,34	0,25
nr IV Łódź	L. abs.	1	3	1	2	3	8	4	2	4	3	3,1
	na 1000 st. licz.	0,07	0,14	0,07	0,14	0,22	0,55	0,29	0,15	0,30	0,22	0,22
nr V Kraków	L. abs.	6	25	6	3	2	3	2	2	1	1	5,1
	na 1000 st. licz.	0,22	0,92	0,25	0,12	0,09	0,12	0,08	0,07	0,04	0,04	0,20
nr VI Lwów	L. abs.	3	4	12	4	5	6	9	9	5	5	6,2
	na 1000 st. licz.	0,10	0,15	0,51	0,17	0,29	0,26	0,36	0,36	0,20	0,20	0,26
nr VII Poznań	L. abs.	1	-	4	1	1	1	4	1	3	11	2,7
	na 1000 st. licz.	0,04	-	0,19	0,04	0,04	0,04	0,16	0,04	0,12	0,48	0,11
nr VIII Toruń	L. abs.	2	1	1	2	1	2	3	8	3	7	3,0
	na 1000 st. licz.	0,08	0,04	0,04	0,06	0,03	0,07	0,09	0,25	0,09	0,22	0,10
nr IX Brześć	L. abs.	3	5	4	4	1	5	11	10	5	4	5,2
	na 1000 st. licz.	0,11	0,19	0,18	0,18	0,05	0,24	0,48	0,45	0,24	0,19	0,23
nr X Przemysł	L. abs.	2	10	8	6	13	2	3	4	3	1	5,2
	na 1000 st. licz.	0,08	0,35	0,36	0,25	0,59	0,09	0,14	0,20	0,14	0,05	0,23
RAZEM	L. abs.	44	64	64	46	52	38	52	57	43	51	51
	na 1000 st. licz.	0,14	0,21	0,25	0,17	0,21	0,15	0,19	0,21	0,16	0,19	0,19

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 69.

⁶⁴¹ *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

CHOROBY ZAKAŻNE PRZYPADKOWE

W dwudziestoleciu międzywojennym była to grupa dziesięciu chorób, bardzo niejednorodnych i mających duże znaczenie z punktu widzenia profilaktyki i administracji służby zdrowia.

RÓŻA (*erysipelas*)

Choroba zakaźna wywoływana przez paciorkowce ropne, objawiająca się ograniczonym zapaleniem skóry, któremu towarzyszy bardzo silny odczyn ogólny ustroju. Zakażenie następuje w miejscu uszkodzenia skóry, niekiedy wokół ran. Róża charakteryzuje się wysoką temperaturą ciała, nagłym początkiem i szybkim przebiegiem.⁶⁴²

W dwudziestoleciu międzywojennym róża występowała często. Najmniej jej przypadków zdarzało się w: OK nr VII Poznań, OK nr VIII Toruń, najwięcej, zaś w OK nr DOK nr III Grodno.

W OK nr IV Łódź największa liczba chorych przypadła na 1927 r., a najmniejsza na 1929 r. Średnio na różę chorowało rocznie ok. 17 żołnierzy. Najmniejsza liczba chorych przypadała na letnie miesiące, tzn.: lipiec, sierpień i wrzesień. Przebieg róży był zazwyczaj dość łagodny. Procent śmiertelności był niewielki wynosił 1,3%. W latach 1922-1931 odnotowano 48 zgonów w tym tylko jeden w OK nr IV Łódź⁶⁴³.

Tabela 3.4.11. Róża w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	51	59	87	84	80	65	63	89	63	96	74
	na 1000 st. licz.	1,02	1,10	1,89	1,82	1,86	1,48	1,40	1,90	1,34	2,03	1,58
nr II Lublin	L. abs.	24	8	10	46	52	51	39	51	28	41	35
	na 1000 st. licz.	0,81	0,26	0,44	2,00	2,47	2,30	1,70	2,20	1,21	1,79	1,51
nr III Grodno	L. abs.	50	35	50	80	42	46	81	87	101	95	67
	na 1000 st. licz.	0,85	0,91	1,66	2,54	1,47	1,54	2,60	2,63	3,18	2,93	2,03
nr IV Łódź	L. abs.	18	16	12	19	11	22	27	9	18	17	17
	na 1000 st. licz.	1,11	0,72	0,82	1,28	0,48	1,53	2,00	0,68	1,34	1,23	1,12
nr V Kraków	L. abs.	20	37	23	20	25	37	36	27	14	49	29
	na 1000 st. licz.	0,75	1,33	0,97	0,79	1,10	1,51	1,35	1,01	0,52	1,78	1,11
nr VI Lwów	L. abs.	57	40	43	36	36	42	28	33	60	87	46

⁶⁴² Patrz więcej: *Róża* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1094.

⁶⁴³ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne*....dz. cyt., s. 73.

	na 1000 st. licz.	1,92	1,45	1,82	1,54	1,70	1,83	1,12	1,36	2,35	3,48	1,36
nr VII Poznań	L. abs.	8	-	14	23	7	20	11	15	29	23	15
	na 1000 st. licz.	0,29	-	0,68	1,0	0,30	0,84	0,45	0,59	1,12	0,88	0,62
nr VIII Toruń	L. abs.	23	3	10	21	14	24	24	50	23	66	25
	na 1000 st. licz.	0,87	0,11	0,35	0,67	0,48	0,78	0,76	1,59	0,63	2,05	0,83
nr IX Brześć	L. abs.	19	15	27	19	26	48	24	37	47	29	29
	na 1000 st. licz.	0,69	0,57	1,23	0,87	1,30	2,23	1,04	1,67	2,20	1,35	1,32
nr X Przemysł	L. abs.	20	17	36	49	33	22	32	33	26	44	31
	na 1000 st. licz.	0,79	0,60	1,61	2,06	1,50	1,0	1,50	1,67	1,25	2,08	1,41
RAZEM	L. abs.	290	230	312	397	326	377	362	431	406	547	368
	na 1000 st. licz.	0,91	0,76	1,23	1,50	1,34	1,48	1,38	1,61	1,52	2,00	1,37

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 75.

TEŻEC (*tetansu*)

Jest to ostre zakażenie przyranne spowodowane laseczką tężca i ogólne zatrucie ustroju jadami wytwarzanymi przez te bakterie. Zakażenie następuje zwykle przez zabrudzenie ran ziemią, do której laseczki tężca dostały się z kałem zwierząt⁶⁴⁴. Tęzec występuje na całym świecie. Zwierzęciem najczęściej zapadającym na tę chorobę jest koń, który jest jej naturalnym nosicielem. Inne zwierzęta, jak choćby psy, koty, bydło i świnie są mniej wrażliwe. Natomiast ptaki są odporne. Bardzo podatny jest człowiek.

W armii II RP tęzec zdarzał się sporadycznie . Ogółem latach 1922-1931 było 40 przypadków tej choroby, 26 z nich zakończyło się śmiercią, co dawało średnią śmiertelność 65%.

W OK nr IV Łódź odnotowano 5 zachorowań na tą chorobę, z czego 3 zakończyły się śmiercią.

Tabela 3.1.12. Liczba chorych żołnierzy na tęzec według Okręgów Korpusu w latach 1922-1931

Okręg Korpusu	Liczba chorych żołnierzy	Liczba zgonów
nr I Warszawa	10	6
nr II Lublin	3	3
nr III Grodno	2	2

⁶⁴⁴ Patrz więcej: *Tęzec* [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1238.

nr IV Łódź	5	3
nr V Kraków	4	2
nr VI Lwów	5	3
nr VII Poznań	1	1
nr VIII Toruń	3	2
nr IX Brześć	2	2
nr X Przemyśl	5	2

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 51

OSTRE ZAPALENIE MIGDAŁKÓW

Najczęściej towarzyszy mu także zapalenie gardła. Ostre zapalenie gardła i migdałków podniebiennych jest wywoływane zakażeniem. U dorosłych powodem jest najczęściej infekcja wirusowa (90–95% przypadków), natomiast u dzieci bakteryjna (w większości przypadków wywoływana przez paciorkowca. Najczęściej, zarówno bakteryjnym, jak i wirusowym zapaleniem gardła można się zarazić od osoby chorej – drogą kropelkową lub przez kontakt bezpośredni⁶⁴⁵.

Według osoby sporządzającej *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931* ostre zapalenia migdałków powinno znaleźć się w grupie chorób nagminnych. Zdarzało się bardzo często, a w latach 30 zauważono jego nasilenie. W latach 20 średnio ok. 1500 żołnierzy rocznie zapadało na tą chorobę, natomiast w latach 30 już ok. 2000, a w roku 1931 odnotowano 2587 przypadków zachorowań. Mimo dużej liczby zachorowań pocieszającym faktem było to, że śmiertelność wynosiła 0.09%. Średnio na 1000 osób przypadał 1 zgon.

W OK nr IV Łódź średnio 61 osób rocznie chorowało na ostre zapalenie migdałków. Największą liczbę, bo 136 przypadków odnotowano w 1929 r. (w samym miesiącu lutym było ich 33)⁶⁴⁶. Najmniejszą zaś w roku 1923 – cztery przypadki. W latach 1922-1931 w OK nr IV Łódź nie odnotowano żadnego zgonu.

⁶⁴⁵ Zapalenie gardła i migdałków – przyczyny, objawy, leczenie, <http://wylecz.to/pl/choroby/uklad-oddechowy/zapalenie-gardla-i-migdalekow.html>, dostępność internetowa, z dn. 10.09.2017 r.

⁶⁴⁶ *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

Tabela 3.4.13. Ostre zapalenie migdałków w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	23	317	142	200	342	473	754	741	574	722	429
	na 1000 st. licz.	0,45	5,95	3,08	4,35	7,95	10,8	16,8	15,83	12,18	15,32	9,27
nr II Lublin	L. abs.	9	2	62	109	229	226	232	305	178	214	157
	na 1000 st. licz.	0,30	0,07	2,70	4,75	10,90	10,20	10,20	13,11	7,68	9,35	6,93
nr III Grodno	L. abs.	30	29	64	149	289	382	344	341	424	432	248
	na 1000 st. licz.	0,50	0,75	2,12	4,74	10,10	12,80	11,0	10,34	13,37	13,33	7,91
nr IV Łódź	L. abs.	10	4	35	63	51	66	64	136	114	62	61
	na 1000 st. licz.	0,62	0,18	2,40	4,25	3,75	4,56	4,70	10,26	8,50	4,50	4,38
nr V Kraków	L. abs.	40	106	80	66	116	123	142	73	155	132	103
	na 1000 st. licz.	1,57	3,82	3,38	2,71	5,10	5,02	5,34	2,73	5,77	4,80	4,02
nr VI Lwów	L. abs.	46	32	69	98	125	207	189	138	297	272	147
	na 1000 st. licz.	1,54	1,17	2,90	4,17	5,86	9,05	7,65	5,57	11,65	10,88	6,04
nr VII Poznań	L. abs.	30	7	6	3	59	18	4	3	57	39	23
	na 1000 st. licz.	1,11	0,34	0,29	0,13	2,53	0,76	0,16	0,12	2,20	1,48	0,91
nr VIII Toruń	L. abs.	17	3	17	74	116	107	72	18	14	59	50
	na 1000 st. licz.	0,62	0,11	0,60	2,34	4,0	3,50	2,30	0,56	0,45	1,83	1,63
nr IX Brześć	L. abs.	6	34	65	49	149	148	116	153	296	238	125
	na 1000 st. licz.	0,22	1,30	2,97	2,28	7,40	7,05	5,05	6,90	13,91	11,15	5,82
nr X Przemysł	L. abs.	66	29	77	139	142	165	158	127	303	417	162
	na 1000 st. licz.	2,61	1,02	3,45	5,85	6,43	7,43	7,56	6,42	14,61	19,70	7,51
RAZEM	L. abs.	277	563	617	950	1618	1915	2075	2035	2412	2587	1505
	na 1000 st. licz.	0,85	1,85	2,43	3,60	6,60	7,47	7,86	7,62	9,03	9,60	5,60

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 76.

JAGLICA (*trachoma*)

Jaglica, inaczej zwana egipskim zapaleniem spojówek⁶⁴⁷ lub przewlekłym pęcherzykowym zapaleniem rogówki, to zakaźna choroba oczu, która w wojsku okresu dwudziestolecia pojawiała się tak często jak gruźlica czy choroby weneryczne. Jaglica

⁶⁴⁷ Patrz więcej: *Jaglica* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. II, Warszawa 1989 r., s. 450.

przyczynia się do przerostu spojówki, tworzenia się grudek i zmian bliznowatych, zmian zapalnych rogówki, co w konsekwencji może prowadzić do utraty wzroku⁶⁴⁸.

Dla okręgu łódzkiego jaglica była zmorą – którą często odnajdujemy w różnego rodzaju źródłach z epoki⁶⁴⁹. W dwudziestoleciu międzywojennym była chorobą nieuleczalną, dlatego tak bardzo się jej obawiano. Bardzo często doprowadzała żołnierzy do kalectwa – trwałej utraty wzroku.

Jaglica występowała najczęściej w OK nr III Grodno i w OK nr IV Łódź w cyfrach bezwzględnych. Procentowo najwięcej chorych było w OK nr IV.

W ciągu kilku lat udało się zmniejszyć zachorowalność na tą chorobę. W regionie łódzkim w latach 1928-1929⁶⁵⁰ wybuchła epidemia jaglicy i dopiero pod koniec 1931 r. udało się ją opanować.

Pomimo dość dobrych efektów profilaktyki obliczano, iż w razie mobilizacji z powodu tej choroby wojsko nie będzie mogło powołać do broni ok. 50 000 żołnierzy. Aby ograniczyć wybuch epidemii zwyczajnie nie przyjmowano chorych z podejrzeniem jej wystąpienia. W latach 30 w łódzkim corocznie z czynnej służby wojskowej odrzucano od 70 do 90 żołnierzy. Na początku lat 30 i w ich końcowym okresie udało się w każdym Okręgu Korpusu zmniejszyć zachorowalność na jaglicę. Był to ogromny sukces sanitarny.

Tabela 3.4.14. Jaglica w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	106	153	210	230	109	142	80	146	134	61	137
	na 1000 st. licz.	2,10	2,86	4,55	5,00	2,53	3,24	1,78	3,11	2,84	1,29	2,93
nr II Lublin	L. abs.	401	98	77	54	61	76	67	39	32	19	92
	na 1000 st. licz.	13,5	3,21	3,34	2,34	2,89	3,44	2,95	1,68	1,39	0,83	3,56
nr III Grodno	L. abs.	347	267	291	150	166	150	137	85	156	137	189
	na 1000 st. licz.	5,87	6,90	9,66	4,77	5,10	5,02	4,39	2,57	4,92	4,22	5,34
nr IV Łódź	L. abs.	278	158	72	5	66	141	363	232	81	23	142
	na 1000 st. licz.	17,1	7,12	4,92	0,34	4,80	9,77	26,50	17,51	6,03	1,66	8,31
nr V Kraków	L. abs.	102	43	53	69	63	54	15	45	48	34	53
	na 1000 st. licz.	3,84	1,54	2,24	2,73	2,77	2,20	0,56	1,68	1,79	1,24	2,06
nr VI Lwów	L. abs.	111	144	92	46	22	30	69	37	42	27	62

⁶⁴⁸ Jaglica, <https://portal.abczdrowie.pl/jaglica>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.

⁶⁴⁹ Autorka w dalszej części pracy wyjaśni przyczyny występowania tej choroby w OK nr IV i omówi stosowaną wobec niej profilaktykę.

⁶⁵⁰ W lutym 1929 r. odnotowano 19 przypadków chorych żołnierzy na jaglicę - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

	na 1000 st. licz.	3,72	5,24	3,88	1,97	1,03	1,30	2,78	1,50	1,65	1,08	2,42
nr VII Poznań	L. abs.	95	26	1	3	135	43	5	22	50	14	39
	na 1000 st. licz.	3,52	1,25	0,05	0,13	5,77	1,73	0,20	0,87	1,93	0,53	1,60
nr VIII Toruń	L. abs.	95	84	119	167	131	157	208	118	92	66	124
	na 1000 st. licz.	3,65	2,97	4,21	5,34	4,50	5,13	6,60	3,67	2,91	2,05	4,10
nr IX Brześć	L. abs.	45	17	13	22	29	22	21	16	14	28	23
	na 1000 st. licz.	1,64	0,65	0,59	1,05	1,44	1,04	0,92	0,72	0,65	1,30	1,00
nr X Przemysł	L. abs.	645	248	140	97	55	33	6	2	1	17	124
	na 1000 st. licz.	25,50	8,70	6,26	4,10	2,50	1,49	0,29	0,10	0,05	0,80	4,99
RAZEM	L. abs.	2225	1238	1068	843	837	848	971	742	650	426	985
	na 1000 st. licz.	7,00	4,08	4,19	3,20	3,41	3,32	3,68	2,78	2,43	1,57	3,57

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 82.

OSTRY GOŚCIEC STAWOWY

Gościec stawowy jest powszechną nazwą reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), które jest często występującą chorobą reumatyczną. Obejmuje się tą nazwą dolegliwości i zmiany chorobowe w narządzie ruchu, tj. w stawach, w mięśniach, w kościach, powstające w różnych przyczyn. Do objawów gościa stawowego zalicza się przede wszystkim bóle stawów, ograniczenie ich ruchomości, a także deformacje. Choroby stawów znacznie utrudniają pacjentom sprawne funkcjonowanie⁶⁵¹.

W dwudziestoleciu międzywojennym wyróżniano jego dwie formy pochodzenia ostrego gościa stawowego: infekcyjną i toksyczną „(...) łącznie z szeregiem spraw bakteryjnych, którym objawy stawowe bardzo często towarzyszą, a więc: rzeżączka, kiła, czerwotka, dur brzuszny, szkarlatyna, zakażenie popołogowe, róża drętwnica (...)”⁶⁵². Gościec zatem kojarzony był z chorobami zakaźnymi, ponieważ one powodowały nasilenie się jego objawów. Uważano, że jego przyczyną jest zarazek. Dzisiaj wiemy, że przyczyny są dwie: czynniki genetyczne lub zaburzenia immunologiczne.

Jest to choroba, która w wojsku II RP występowała stale i była często spotykanym problemem. Średnio na 1000 żołnierzy prawie cztery leczone były na gościec. Rzadko choroba ta kończyła się śmiercią. W ciągu omawianych lat zanotowano tylko sześć zgonów, w tym dwa w OK nr IV Łódź. W statystykach najlepiej wypadały OK nr VIII Toruń, OK nr

⁶⁵¹ Patrz więcej: *Reumatyzm* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1075.

⁶⁵² H. Cianciara, *W sprawie leczenia cierpień gościowych szczepionką „Cutivaccin” Paul’a* [w:] „Lekarz Wojskowy” t. XV, Warszawa 1930 r., s. 13.

X Przemysł i OK nr IV Łódź. Średnio co roku w okręgu łódzkim na gościec chorowało 47 żołnierzy. Najmniej chorowało w roku 1923, natomiast w końcu lat dwudziestych i początku lat 30 statystyka uległa pogorszeniu⁶⁵³.

Tabela 3.4.15. Ostry gościec stawowy w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	31	52	105	89	270	259	270	354	318	351	210
	na 1000 st. licz.	0,61	0,98	2,27	1,94	6,3	5,9	6,03	7,55	6,75	7,45	4,58
nr II Lublin	L. abs.	50	22	62	33	147	164	156	208	86	94	102
	na 1000 st. licz.	1,70	0,72	2,69	1,44	7,10	7,44	6,86	8,95	3,72	4,10	4,47
nr III Grodno	L. abs.	71	2	45	50	134	146	108	101	144	156	95
	na 1000 st. licz.	1,18	0,05	1,50	1,58	4,7	4,87	3,45	3,06	4,53	4,82	2,97
nr IV Łódź	L. abs.	48	12	50	34	49	34	37	69	60	73	47
	na 1000 st. licz.	2,96	0,54	3,42	2,30	2,16	2,37	2,72	5,20	4,47	5,27	3,14
nr V Kraków	L. abs.	24	15	80	77	119	127	91	97	157	118	91
	na 1000 st. licz.	0,90	0,54	3,38	3,03	5,60	5,20	3,42	3,62	5,84	4,29	3,58
nr VI Lwów	L. abs.	44	24	131	153	115	116	108	103	118	118	103
	na 1000 st. licz.	1,47	0,87	5,53	6,53	5,40	5,05	4,35	4,17	4,63	4,73	4,27
nr VII Poznań	L. abs.	29	-	4	15	106	115	127	128	112	119	76
	na 1000 st. licz.	1,08	-	0,19	0,65	4,54	4,85	5,10	5,08	4,30	4,53	3,03
nr VIII Toruń	L. abs.	15	8	20	57	60	83	141	177	40	122	72
	na 1000 st. licz.	0,57	0,28	0,71	1,81	2,08	2,71	4,50	5,50	1,27	3,78	2,32
nr IX Brześć	L. abs.	35	35	85	117	126	99	125	81	79	112	89
	na 1000 st. licz.	1,27	1,34	3,90	5,45	6,28	4,70	5,45	3,64	3,71	5,20	4,10
nr X Przemysł	L. abs.	39	51	74	73	97	74	69	64	58	95	69
	na 1000 st. licz.	1,54	1,79	3,34	3,08	4,38	3,33	3,30	3,22	2,80	4,50	3,13
RAZEM	L. abs.	386	221	656	698	1223	1217	1232	1382	1172	1358	954
	na 1000 st. licz.	1,21	0,73	2,57	2,64	5,00	4,74	4,66	5,17	4,40	5,04	3,62

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 79.

⁶⁵³ W lutym 1929 r. odnotowano 19 przypadków tej choroby w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

Pogorszające się statystyki mogą świadczyć o nieznajomości właściwych przyczyn tej choroby w dwudziestoleciu międzywojennym, a co za tym idzie stosowano niewłaściwe procedury w celu jej zapobiegania.

ZAPALENIE ROPNE TKANKI PODSKÓRNEJ

Bakteryjne zakażenia skóry to choroby wywoływane przez bakterie infekujące skórę. Dzieli się na ropne zakażenia skóry oraz nieropne. Do ropnych zakażeń zaliczamy te:

- wywoływane przez gronkowce - zapalenie mieszków włosowych, czyraki (gronkowcowe zapalenie mieszka włosowego)
- paciorkowce - róża, czyli paciorkowcowa infekcja skóry
- gronkowce i paciorkowce jednocześnie - liszajec zakaźny – choroba występująca epidemicznie w skupiskach ludzi, a szczególnie dzieci (przedszkola, żłobki, internaty).

Do nieropnych takie choroby jak: różycę, promienicę, łupież rumieniowy, boreliozę, skórne odmiany gruźlicy, kiłę i rzeżączkę⁶⁵⁴.

W latach międzywojnia pod nazwą zapalenie ropne tkanki podskórnej rozumiano podobnie jak dziś „ropne cierpienia skóry”. Były to jednostki chorobowe bardzo rozpowszechnione w wojsku. Występowały także najczęściej w grupie tzw. „Przypadkowych chorób zakaźnych”. Dużą częstotliwość tych przypadków ówczesne władze wojskowe upatrywały w nadal niedostatecznej higienie osobistej żołnierza.

Zgony z powodu ropnych zapaleń tkanki podskórnej zdarzał się raczej z powodu jej powikłań. W latach 1922-1931 odnotowano 50 zgonów, w tym dwa w OK nr IV Łódź. Okręg łódzki znajdował się w czołówce, jeśli chodzi o częstotliwość zachorowania na te choroby. Gorsza sytuacja przedstawiała się jedynie w OK nr VI Lwów i OK nr IX Brześć. Średnio na 1000 żołnierzy ok. 23 w Łodzi miał problemy skórne. Największą zachorowalność w OK nr IV odnotowano w 1930⁶⁵⁵, najmniejszą, zaś w 1923 r.

⁶⁵⁴ M. Spalek, Ropne (bakteryjne) zakażenie skóry – przyczyny, objawy i leczenie, <http://wylecz.to/pl/choroby/dermatologia/ropne-bakteryjne-zakazenie-skory-przyczyny-objawy-i-leczenie.html>, dostępność internetowa z dn. 13.09.2017 r.

⁶⁵⁵ W lutym 1929 r. odnotowano 25 przypadków tej choroby w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

Tabela 3.4.16. Zapalenie ropne tkanki podskórnej w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	189	160	163	366	848	1042	1007	1106	1001	1259	714
	na 1000 st. licz.	3,74	3,01	3,52	7,95	19,8	23,80	24,00	23,61	21,25	26,72	15,74
nr II Lublin	L. abs.	208	138	203	329	644	841	846	718	612	533	507
	na 1000 st. licz.	7,05	4,52	8,93	14,3	30,3	38,0	33,7	30,88	26,44	23,26	21,73
nr III Grodno	L. abs.	177	3	30	123	362	702	533	760	757	900	436
	na 1000 st. licz.	3,00	0,08	1,00	3,91	12,7	23,5	17,0	23,05	23,86	27,76	13,58
nr IV Łódź	L. abs.	176	148	127	172	298	431	324	406	603	496	318
	na 1000 st. licz.	10,9	6,67	8,68	11,6	22,0	30,6	23,6	30,65	44,90	35,93	22,55
nr V Kraków	L. abs.	24	97	149	96	586	861	593	546	551	465	397
	na 1000 st. licz.	0,94	3,45	6,27	3,76	25,8	35,2	22,3	20,39	20,51	16,87	15,54
nr VI Lwów	L. abs.	196	343	668	702	698	769	781	949	992	816	691
	na 1000 st. licz.	6,57	12,50	28,20	29,90	32,70	33,60	31,40	38,49	38,94	32,65	28,50
nr VII Poznań	L. abs.	168	63	65	-	91	34	-	-	4	31	46
	na 1000 st. licz.	6,25	3,03	3,12	-	3,91	1,43	-	-	0,15	1,18	1,91
nr VIII Toruń	L. abs.	262	83	192	130	147	213	51	63	63	8	121
	na 1000 st. licz.	9,50	2,94	6,79	4,16	5,10	6,95	1,60	1,96	2,00	0,25	4,12
nr IX Brześć	L. abs.	232	367	409	357	585	844	664	1019	1141	1032	665
	na 1000 st. licz.	8,40	14,00	18,60	16,50	29,20	40,10	29,0	45,85	53,63	48,24	30,35
nr X Przemyśl	L. abs.	159	94	270	459	640	606	519	571	534	613	446
	na 1000 st. licz.	6,27	3,30	12,1	19,4	29,1	27,2	24,7	28,84	25,75	29,0	20,56
RAZEM	L. abs.	1791	1496	2276	2734	4899	6343	5318	6138	6258	6153	4341
	na 1000 st. licz.	5,63	4,92	8,94	10,35	20,0	24,90	20,15	22,98	23,42	22,79	16,41

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 83.

ZAPALENIE OSTRE SZPIKU KOSTEGO (osteomyelitis acuta)

Zapalenie kości i szpiku (łac. osteomyelitis) – zróżnicowana grupa chorób spowodowanych rozwojem reakcji zapalnej w zakresie tkanki kostnej. Samo zapalenie oznacza zaburzenie równowagi fizykochemicznej komórek i tkanek o charakterze swoistym lub nieswoistym. W przypadku osteomyelitis dotyczy ono kości oraz szpiku kostnego. Znane jest od starożytności i pozostaje jedną z najtrudniejszych do wyleczenia chorób zakaźnych. Charakterystycznymi elementami obrazu jest postępująca degradacja kości i przebiegający podokostnowo proces wtórnego kostnienia. Drobnoustroje mogą dotrzeć do kości przez

ciągłość z przyległych tkanek, wnikać drogą krwionośną albo zostać przeniesione w konsekwencji urazu lub zabiegu chirurgicznego. Najczęściej izolowanym patogenem pozostaje gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*).

W wojsku polskim w okresie II RP umieszczano pod nazwą *zapalenie szpiku kostnego*, nie tylko same zapalenie samoistne – które w wojsku spotykane było rzadko, ale głównie powikłania ropne po złamanych kościach, w szczególności po złamaniach otwartych. W latach 1922-1931 odnotowano 557 zachorowań i trzy zgony na tę chorobę.

W OK nr IV Łódź nie zanotowano żadnego zgonu i tylko sześć zachorowań, gdzie w porównaniu do innych okręgów korpusu liczby te były zdecydowanie wyższe. Na przykład w OK nr V Kraków – 224 przypadki, a w OK nr I Warszawa 116 przypadki⁶⁵⁶.

CHOROBY NARZĄDÓW ODDECHOWYCH

Do tej grupy zaliczano wszystkie choroby narządów oddechowych – wyłączono z nich jednak gruźlicę, która została wyodrębniona jako najczęściej występująca choroba układu oddechowego. Infekcje umieszczone w tej grupie były stosunkowo bardzo jednorodne, o podobnej etiologii: choroby górnych dróg oddechowych, choroby oskrzeli, choroby płuc, choroby opłucnej. To właśnie one były najczęściej leczone ze wszystkich chorób w wojskowych zakładach leczniczych – rocznie ok. 15 000 tys. przypadków zachorowań i ok. 100 zgonów⁶⁵⁷. Zarówno zachorowalność, jak i śmiertelność w omawianej grupie była zazwyczaj stała i nie wykazywała w statystykach wojskowych wyraźnych spadków.

Tabela 3.4.17. Choroby narządów oddechowych w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	2650	2756	3087	3373	3398	3167	2528	2844	2609	2447	2886
	na 1000 st. licz.	52,50	51,69	66,90	73,50	79,30	72,30	56,47	60,72	55,40	52,02	62,08
nr II Lublin	L. abs.	1457	1704	1280	1315	1975	1819	1463	1656	1018	926	1461
	na 1000 st. licz.	49,10	55,80	55,60	57,0	93,0	82,0	64,20	71,22	43,98	40,40	61,23
nr III Grodno	L. abs.	2200	1379	1566	1881	1943	2238	2328	2434	2081	2438	2049
	na 1000 st. licz.	37,20	35,60	52,0	59,50	67,80	74,90	74,58	73,82	65,60	75,20	61,62

⁶⁵⁶ CAW, I.300.62., t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 81.

⁶⁵⁷ Tamże, s. 107.

nr IV Łódź	L. abs.	982	792	631	470	731	788	895	1390	861	743	828
	na 1000 st. licz.	60,50	35,70	43,15	31,80	53,70	54,70	65,43	104,94	64,11	53,83	56,78
nr V Kraków	L. abs.	2068	1515	1375	1414	1638	1473	1489	1528	1262	904	1467
	na 1000 st. licz.	78,0	54,40	57,85	55,60	71,90	60,10	55,83	57,06	46,98	32,84	57,05
nr VI Lwów	L. abs.	1366	1731	1735	1808	1479	1311	1448	1422	1594	1188	1508
	na 1000 st. licz.	45,6	63,0	73,19	77,0	69,40	57,20	58,47	57,66	62,57	47,54	61,16
nr VII Poznań	L. abs.	1300	559	823	830	903	841	1002	1057	905	959	918
	na 1000 st. licz.	48,20	27,09	39,60	35,70	38,60	35,20	40,37	41,98	34,95	36,56	37,82
nr VIII Toruń	L. abs.	856	875	1216	1234	1402	1368	1175	1498	1151	1225	1200
	na 1000 st. licz.	32,40	30,96	43,02	39,40	48,50	44,50	37,39	46,60	36,39	37,91	40,57
nr IX Brześć	L. abs.	832	1036	1121	853	1214	1937	1714	1322	1409	1652	1309
	na 1000 st. licz.	30,30	39,68	50,96	39,70	60,50	92,00	74,78	59,48	66,23	77,20	59,08
nr X Przemyśl	L. abs.	1231	1231	1647	1651	1647	1362	1276	1161	1182	1132	1352
	na 1000 st. licz.	48,50	43,17	73,69	69,70	74,50	61,20	61,06	58,65	57,00	53,53	60,10
RAZEM	L. abs.	14942	13578	14481	14829	16330	16304	15318	16312	14072	13614	14978
	na 1000 st. licz.	47,0	44,71	56,84	56,12	66,65	63,78	58,06	61,07	52,65	50,44	55,736

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 83.

Największą liczbę chorych odnotowywał Okręgi Korpusu: nr I Warszawa, nr III Grodno i nr II Lublin. Najmniej zachorowań przypadało na OK nr VII Poznań. W okręgu łódzkim średnio rocznie na 1000 żołnierzy chorowało w przybliżeniu ok. 57. W trakcie prowadzenie wojskowej statystyki najlepiej w OK nr IV wpadł rok 1925, wówczas zachorowalność wynosiła ok. 32 żołnierzy na 1000, najgorzej zaś przedstawił się rok 1929⁶⁵⁸, wtedy na 1000 żołnierzy 100 chorowało na choroby układu oddechowego⁶⁵⁹.

Od pory roku liczba zachorowań także ulegała zmianom. Największa przypadała na miesiące: styczeń, luty, marzec i kwiecień, najmniejsza - na koniec lata – sierpień, wrzesień⁶⁶⁰.

⁶⁵⁸ W samym lutym 1929 r. odnotowano 185 przypadków w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

⁶⁵⁹ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 108.

⁶⁶⁰ Tamże, s. 109.

GRUŻLICA

Gruźlica jako choroba w *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, została potraktowana jako oddzielna grupa układu oddechowego. Wynikało to z częstotliwości jej występowania w szeregach wojska polskiego. Wyodrębnione zostały:

- gruźlica prosówkowa - to dolegliwość charakteryzująca się podostrym bądź ostrym uogólnionym zarażeniem gruźliczym w organizmie z powodu rozprzestrzeniania się prątków gruźlicy drogą krwi,
- gruźlica płuc,
- gruźlica innych narządów.

Gruźlica prosówkowa występowała rzadko. Średnio co roku w całym wojsku polskim chorowało na nią ok. ośmiu żołnierzy⁶⁶¹. Oczywiście gruźlica płuc (tuberculosis pulmonum) występowała znacznie najczęściej, dlatego też na niej autorka skoncentruje swoją uwagę.

Zachorowalność na gruźlicę w różnych okręgach korpusu różniła się znacząco. Bardzo wysoką zachorowalność i umieralność notowano w OK nr V Kraków. Z tego faktu wynikało, że w tym okręgu znajdowały się dwa sanatoria przeciwgruźlicze w: Zakopanym i Rajczy. Poza OK nr V, dużą zachorowalność odnotowywano także w OK nr II Lublin i w OK nr IV Łódź.

W Łodzi w 1919 r. gruźlica była przyczyną niemal jednej trzeciej zgonów wśród cywilów. Na tą chorobę zmarło 2 770 osób (81 na 10 000 mieszkańców), natomiast w 1936 r. - 1 208 (14,3 na 10 000, ponad 14% zjeść) . Taki stan rzeczy miał ogromny wpływ na oddziały stacjonujące w Łodzi.

Na przestrzeni lat zachorowalność w OK IV raczej utrzymywała się na stałym poziomie. Gdy wyciągniemy średnią zachorowalności na przestrzeni dziesięciu lat w OK IV wynosi ona 9,53 na 1000 żołnierzy. Poniżej tabela obrazuje nam dokładnie jak przedstawiało się to w omawianym okresie:

Tabela 3.4.18. Gruźlica w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	339	394	194	246	296	191	254	193	173	173	245

⁶⁶¹ Tamże, s. 85.

	na 1000 st. licz.	6,70	7,38	4,20	5,35	6,90	4,35	5,65	4,12	3,67	3,66	5,19
nr II Lublin	L. abs.	306	311	223	438	334	403	916	572	449	327	428
	na 1000 st. licz.	10,37	10,18	9,70	19,10	15,80	18,26	4,03	24,60	19,40	14,27	14,57
nr III Grodno	L. abs.	332	161	114	158	164	141	144	112	111	103	154
	na 1000 st. licz.	5,62	4,16	3,79	5,00	5,73	4,72	4,63	3,40	3,50	3,18	4,37
nr IV Łódź	L. abs.	146	165	152	168	94	132	88	122	162	183	141
	na 1000 st. licz.	9,00	7,44	10,40	11,35	6,94	9,17	6,46	9,21	12,06	13,25	9,53
nr V Kraków	L. abs.	291	317	245	310	359	337	275	429	557	573	369
	na 1000 st. licz.	10,90	11,39	10,35	12,22	15,80	13,07	10,30	16,02	20,74	20,08	14,09
nr VI Lwów	L. abs.	155	236	123	134	109	122	125	130	97	78	131
	na 1000 st. licz.	5,20	8,58	5,18	5,74	5,10	5,32	5,07	5,27	3,81	3,12	5,24
nr VII Poznań	L. abs.	145	100	89	79	76	41	32	11	26	50	65
	na 1000 st. licz.	5,38	4,82	4,28	3,40	3,27	1,72	1,24	0,44	1,00	1,91	2,75
nr VIII Toruń	L. abs.	190	121	177	112	114	66	77	133	257	116	136
	na 1000 st. licz.	7,22	4,28	6,26	3,60	3,94	2,15	2,46	4,13	8,13	3,58	4,57
nr IX Brześć	L. abs.	100	124	95	80	80	85	100	66	123	93	95
	na 1000 st. licz.	3,64	4,74	4,31	3,70	3,98	4,04	4,37	2,97	5,78	4,35	4,19
nr X Przemyśl	L. abs.	162	211	184	242	103	123	86	65	51	50	128
	na 1000 st. licz.	6,40	7,40	8,23	10,24	4,70	5,55	4,15	3,28	2,46	2,36	5,48
RAZEM	L. abs.	2166	2140	1596	1967	1729	1641	2097	1833	2006	1746	1892
	na 1000 st. licz.	6,80	7,04	6,27	7,45	7,06	6,42	7,94	6,86	7,51	6,47	6,98

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 86.

Liczba chorych na gruźlicę zwiększała się w miesiącach zimowych i wczesną wiosną.

Najmniejsza zachorowalność występowała w latach: 1926-1928, największa zaś w latach 30 XX w. Według mjr dr M. Telatyckiego – specjalisty z zakresu suchot z tamtego okresu właśnie w Wojsku Polskim w latach 30 zachorowalność na gruźlicę zwiększyła się czterokrotnie. W ciągu pięciu lat od chwili zachorowania umierało ok. 70 % chorych⁶⁶². W Wojsku Polskim najwięcej przypadków gruźlicy notowano wśród kadry podoficerskiej.

⁶⁶² M. Telatycki, *Zagruźliczenie wojska i możliwości walki z gruźlicą w armij* [w:] „Lekarz Wojskowy”, 1934 r. T. XXIII,4, 183-193.

OK nr IV Łódź także w latach 30 posiadał dużą zachorowalność na gruźlicę. Przyczynę tak wielu zachorowań w okręgu łódzkim upatrywano w tym, że „(...) *przeważa element żołnierski, pochodzący z Łodzi i innych miast fabrycznych, słabszy fizycznie i bardziej zakażony gruźlicą*”⁶⁶³. Poniekąd ówczesne władze wojskowe miały rację. Gruźlica, bowiem jest chorobą zakaźną, która rozwija się, gdy organizm jest słaby, nie ma biologicznych sił do obrony. Może to wynikać ze złych warunków lub niehigienicznego trybu życia - pracy ponad siły, stresu, niewyspania lub używek.

Liczba zgonów na gruźlicę jest trudna do oszacowania, ponieważ osoby cierpiące na tą chorobę były zwalniane z wojska. Statystyki z roku na rok były lepsze, a procentowa ilość chorych w wojsku polskim malała. Zatem należy pamiętać, że poprawa zachorowalności na gruźlicę nie była wynikiem prowadzenia odpowiedniej profilaktyki czy leczenia.

CHOROBY PASOŻYTNICZE I GRZYBICE

Jest to kolejna grupa chorób wyodrębniona w *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*. Obejmuje ona dziesięć jednostek chorobowych – bardzo różnorodnych. Zaliczono do niej: zimnicę, czerwonkę pełzakową, tasiemca, bąblowca, glistnicę, włośnicę, promienicę, świerzb i parchy. Były to przypadłości, które występowały dużo rzadziej niż, np. gruźlica.

ZIMNICA (malaria)

Jest to najpowszechniejsza choroba pasożytnicza występująca w krajach tropikalnych. Ma ona gwałtowny przebieg i przenoszona jest przez ugryzienia komarów. Wywołuje ją obecność pasożyta (tzw. zarodźca) znajdującego się w szpiku kostnym, śledzionie, węzłach chłonnych czy krwinkach czerwonych u człowieka.

W pierwszych latach 20 XX w. była jeszcze chorobą w wojsku polskim, która zdarzała się dość często, jednakże od połowy lat 20 zachorowalność na nią gwałtownie zaczęła spadać. W ciągu lat 1922-1931 odnotowano tylko cztery zgony. Nasilenie tej choroby wzrastało w czerwcu i lipcu.

W OK nr IV Łódź największą zachorowalność odnotowano w roku 1922. Stopniowo liczba ta ulegała zdecydowanemu zmniejszeniu, tak że w roku 1931 w okręgu łódzkim nie było żadnego przypadku malarii. Wynikało to przede wszystkim z klimatu, w którym to omawiana infekcja nie mogła się rozwinąć.

⁶⁶³ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 88.

Tabela 3.4.19. Zimnica (malaria) w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	829	216	131	137	101	145	95	31	7	7	170
	na 1000 st. licz.	16,4	4,04	2,84	3,0	2,4	3,3	2,1	0,66	0,15	0,15	3,50
nr II Lublin	L. abs.	414	123	30	20	20	18	18	5	6	1	65
	na 1000 st. licz.	14,0	4,03	1,30	0,87	0,95	0,82	0,79	0,22	0,26	0,04	2,28
nr III Grodno	L. abs.	360	50	29	32	26	21	6	8	6	-	54
	na 1000 st. licz.	6,08	1,29	0,96	1,03	0,91	0,70	0,19	0,24	0,19	-	1,16
nr IV Łódź	L. abs.	186	47	22	10	4	3	4	-	3	-	28
	na 1000 st. licz.	11,4	2,12	1,50	0,68	0,30	0,15	0,29	-	0,22	-	1,67
nr V Kraków	L. abs.	183	43	23	18	15	11	2	-	-	-	29
	na 1000 st. licz.	6,90	1,54	0,97	0,71	0,66	0,45	0,08	-	-	-	1,13
nr VI Lwów	L. abs.	247	63	36	52	30	8	5	4	1	3	45
	na 1000 st. licz.	8,30	2,26	1,52	2,22	1,40	0,35	0,20	0,16	0,04	0,12	1,65
nr VII Poznań	L. abs.	189	28	6	10	-	1	-	-	1	-	23
	na 1000 st. licz.	7,03	1,35	0,28	0,43	-	0,04	-	-	0,04	-	0,92
nr VIII Toruń	L. abs.	80	18	30	20	8	9	4	1	5	3	18
	na 1000 st. licz.	3,04	0,64	1,06	0,64	0,27	0,29	0,13	0,03	0,16	0,09	0,64
nr IX Brześć	L. abs.	1082	879	292	182	86	41	73	39	28	34	274
	na 1000 st. licz.	39,2	33,6	13,27	8,45	4,27	1,96	3,19	1,75	1,31	1,59	10,8
nr X Przemyśl	L. abs.	236	41	54	29	11	4	-	1	-	2	38
	na 1000 st. licz.	9,35	1,44	2,42	1,22	0,50	0,19	-	0,05	-	0,09	1,53
RAZEM	L. abs.	3806	1508	653	510	301	261	207	89	57	50	744
	na 1000 st. licz.	11,95	4,96	2,56	1,94	1,23	1,02	0,78	0,33	0,21	0,19	2,52

Źródło: CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 91.

ŚWIERZB (scabies)

Świerzb jest pasożytniczą chorobą skóry, znaną człowiekowi od najdawniejszych czasów. Pierwsze opis tej jednostki chorobowej pochodzą ze starożytności. Wywoływana jest ona przez świerzbowca ludzkiego – pasożyta zewnętrznego należącego do rzędu roztoczy. Rozmnaża się on na powierzchni skóry człowieka oraz zwierząt i żywi się jej komórkami. Do zakażenia świerzbem może dojść na skutek bezpośredniego kontaktu (np. poprzez podanie ręki) lub pośredniego, czyli przez wspólne korzystanie z niektórych przedmiotów codziennego użytku (np. ręczników czy pościeli). Pasożyt świerzbowca jest bardzo odporny i poza organizmem żywiciela może przeżyć nawet do trzech dni.

W latach międzywojnia świerzb był bardzo dobrze znaną chorobą i tak naprawdę jej występowanie służyło jako wskaźnik higieny w wojsku. Średnio w wojskowych zakładach leczniczych rocznie leczono około 0,5 żołnierza na 1000 stanu liczebnego. Średnia ta podawana była bez chorych leczonych w formacjach wojskowych. Zatem mogła być ona znacznie większa. Mimo, że w początkach lat 30 liczba zachorowań na świerzb malała to i tak tą chorobę spotykano w wojsku. Mogło to tylko świadczyć o tym, że nadal występowały braki w higienie osobistej żołnierzy.

Największa zachorowalność na świerzb występowała: w OK nr VI Lwów i w OK nr IX Brześć. Najmniejsza, zaś w OK nr VII Poznań i OK nr VIII Toruń. Dla okręgu łódzkiego średnia zachorowalność wynosiła 1,24 na 1000 żołnierzy – zatem średnio co roku u 18 żołnierzy w okręgu łódzkim leczono świerzb. Najwięcej przypadków tej choroby odnotowano w 1922 r. - 86. W latach 1923-1925 w OK nr IV nie odnotowano tego typu schorzenia. Natomiast już w roku 1926 wystąpiło ono w 37 przypadkach. W kolejnych latach liczba chorych zmniejszała się⁶⁶⁴, aby ostatecznie w początku lat 30 znów zwiększyć swoją liczbę⁶⁶⁵.

Tabela 3.4.20. Świerzb w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	265	186	133	54	71	82	79	76	73	42	106
	na 1000 st. licz.	5,25	3,50	2,88	1,17	1,65	1,87	1,76	1,62	1,55	0,89	2,21
nr II Lublin	L. abs.	128	99	18	47	123	112	51	54	39	10	68
	na 1000 st. licz.	4,35	3,24	0,78	2,04	5,83	5,03	2,24	2,33	1,69	0,44	2,80
nr III Grodno	L. abs.	150	41	26	30	54	150	167	102	83	115	92
	na 1000 st. licz.	2,54	1,06	0,86	0,95	1,90	5,02	5,35	3,09	2,62	3,56	2,69
nr IV Łódź	L. abs.	86	-	-	-	37	14	4	5	16	21	18
	na 1000 st. licz.	5,32	-	-	-	2,70	0,97	0,29	0,38	1,19	1,52	1,24
nr V Kraków	L. abs.	128	80	27	51	77	58	16	31	13	22	50
	na 1000 st. licz.	4,82	2,88	1,14	2,01	3,40	2,36	0,60	1,11	0,48	0,80	1,96
nr VI Lwów	L. abs.	177	195	163	90	110	97	113	66	99	61	117
	na 1000 st. licz.	5,93	7,10	6,90	3,86	5,16	4,23	4,57	2,66	3,85	2,44	4,67
nr VII Poznań	L. abs.	6	6	3	3	10	1	1	6	1	3	4

⁶⁶⁴ W lutym 1929 r. odnotowano 1 przypadek tej choroby w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 364.

⁶⁶⁵ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 94.

	na 1000 st. licz.	0,22	0,29	0,14	0,13	0,43	0,04	0,04	0,24	0,04	0,11	0,17
nr VIII Toruń	L. abs.	-	-	9	2	-	7	10	9	11	9	6
	na 1000 st. licz.	-	-	0,32	0,06	-	0,28	0,32	0,28	0,35	0,28	0,18
nr IX Brześć	L. abs.	125	172	76	15	135	189	90	38	50	64	96
	na 1000 st. licz.	4,55	6,60	3,47	0,70	6,65	9,0	3,93	1,71	0,34	3,00	4,00
nr X Przemysł	L. abs.	59	54	77	60	16	20	11	50	49	112	51
	na 1000 st. licz.	2,33	1,90	3,45	2,54	0,72	0,90	0,53	2,52	2,37	5,30	2,26
RAZEM	L. abs.	1124	833	532	352	633	730	542	437	434	459	608
	na 1000 st. licz.	3,52	2,74	2,10	1,33	2,60	2,88	2,05	1,64	1,63	1,70	2,22

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 94.

POZOSTAŁE CHOROBY PASOŻYTNICZE I GRZYBICZE

Jest to grupa chorób występująca w okręgach korpusu, a tym samym w OK nr IV bardzo rzadko. Zaliczamy do nich: czerwonkę pełzakową, tasiemca, bąblowca, glistnicę, włośnicę, promienicę i parchy.

Czerwonkę pełzakową wywołuje pasożyt – pełzak okrężnicy. Zakażenie następuje przez spożycie: owoców, zakażonej wody i innych produktów spożywczych zakażonych cystami⁶⁶⁶. W II RP odnotowano 23 przypadki tej choroby, jeden przypadek w OK nr IV Łódź.

Tasiemczyce to choroby wywoływane przez tasiemce - zaliczane do robaczyc. Najpowszechniej występującymi w Polsce robaczycami są tasiemczyce. W przewodzie pokarmowym człowieka może pasożytować wiele gatunków tasiemców. Wszystkie tasiemce muszą mieć dwóch żywicieli (wyjątkiem jest tasiemiec karłowaty)⁶⁶⁷. W dwudziestoleciu międzywojennym uwzględniono w statystykach ogólną nazwę – tasiemiec, jednak nazwa łacińska *taenia*, sugeruje nam że chodziło o tasiemca uzbrojonego. W latach 1922-1931 w wojsku ta jednostka chorobowa notowana średnio 47 razy na rok. Zgonów na nią nie odnotowano. We wszystkich okręgach korpusu tasiemiec wystąpił u 468 żołnierzy. W OK nr IV Łódź liczba chorych była najmniejszą i wynosiła 16 przypadków. Największą zaś liczbę odnotowano w OK nr VIII Toruń - 83⁶⁶⁸.

⁶⁶⁶ Patrz więcej: W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, A. Zieliński, *Choroby zakaźne i pasożytnicze : epidemiologia i profilaktyka*, Bielsko-Biała 2004 r., s. 210.

⁶⁶⁷ Patrz więcej: E. Ozga Michalski, *TASIEMCZYCA – CHOROBA WYWOŁYWANA PRZEZ TASIEMCĘ*, https://www.pfm.pl/baza_chorob/choroby-odzwierzece/tasiemczyca-8211-choroba-wywoływana-przez-tasiemce/498, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.

⁶⁶⁸ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 93.

Bąblowiec, czyli echinokokoza jest chorobą pasożytnicza wywoływana przez pęcherzowe postacie tasiemców: tasiemca jednojamowego (*Echinococcus granulosus*), występującego głównie u psów oraz tasiemca wielojamowego (*Echinococcus multilocularis*), występującego u lisów. Postacie dojrzałe tych tasiemców bytują w organizmach mięsożernych zwierząt leśnych, głównie lisów, rzadziej jenotów, także psów, w innych gatunkach psowatych; bąblowicę mogą przenosić także koty⁶⁶⁹.

W wojsku II RP rozpoznany był w ciągu dziesięciu lat tylko 38 razy, natomiast zgonów odnotowano trzy. W OK nr IV Łódź zachorowało trzech żołnierzy. Zgonów żadnych nie było. Największa liczba zachorowań wystąpiła w OK nr III Grodno – 19 przypadków, a w OK nr V Kraków, OK nr VII Poznań i OK nr VIII Toruń bąblowca nie odnotowano w ogóle⁶⁷⁰.

Glista ludzka (łac. *ascaris lumbricoides hominis*) – pasożyt ludzki z rodzaju *Ascaris* bytujący w jelicie cienkim człowieka. Chorobę przez niego wywoływaną, nazywamy glistnicą. Jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorobą pasożytniczych na świecie⁶⁷¹.

W wojskowych okręgach korpusu odnotowywano glistę ludzką około 150 razy. Największą ilość w OK nr VI Lwów – 85, najmniej, bo tylko jeden przypadek w OK nr VII Poznań. W OK nr IV Łódź odnotowano trzy zachorowania na tą chorobę⁶⁷².

Włośnica jest chorobą pasożytniczą, która powstaje na skutek obecności włośnia krętego (nicienie z rodzaju *Trichinella*). Zakażenia chorobą następuje podczas spożywania mięsa, które zostało zaatakowane przez larwy (nie ma możliwości zarażenia od innego człowieka). W strefie klimatu umiarkowanego może to być mięso dzików, owiec, świń, koni, królików lub kóz. Zarażenie ma gwałtowny przebieg i może powodować powikłania, a nawet śmierć. Najlepszą profilaktyką przed włośnicą jest obróbka cieplna mięsa i długie gotowanie⁶⁷³.

Włośnica nie była popularną chorobą w wojsku polskim w omawianym okresie. We wszystkich okręgach korpusu odnotowana była tylko 36 razy. Największą jej ilość odnotowano w OK nr I Warszawa – 14, a w OK nr V Kraków i OK nr VII Poznań włośnicy nie odnotowano w ogóle. W OK nr IV Łódź odnotowano trzy zachorowania na tą chorobę⁶⁷⁴.

Promienica inaczej nazywana aktynomikozą jest chorobą o podłożu bakteryjnym. Jej nazwa wywodzi się od promienistego układu nitek bakterii powodujących infekcję.

⁶⁶⁹ Patrz więcej: M. Mazur, Bąblowiec - pasożyt niczym nowotwór, <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-pasozytnicze,bablowiec--tasiemiec----objawy-i-leczenie-zakazenia-pasozytem,artykul,1623366.html>, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.

⁶⁷⁰ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 93.

⁶⁷¹ Patrz więcej: *Glistnica* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. I, Warszawa 1989 r., s. 345.

⁶⁷² CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 93.

⁶⁷³ Patrz więcej: *Włośnica* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1343.

⁶⁷⁴ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 93.

Promienica ma charakter przewlekły - może się ciągnąć przez wiele miesięcy. Wywołuje ją bakteria beztlenowa z grupy promieniowców o nazwie *Actinomyces israeli*, która może być składnikiem fizjologicznej flory bakteryjnej w jamie ustnej. Dlatego też choroba zaczyna się rozwijać najczęściej właśnie tam, a następnie zajmuje skórę w okolicy podżuchwowej, zazwyczaj po jednej stronie szyi. Rozwojowi promienicy sprzyjają: próchnica zębów, zakażenia przywierzchołkowe oraz urazy w obrębie jamy ustnej⁶⁷⁵.

Była ona bardzo rzadko występującą chorobą w wojsku II RP. Odnotowano zaledwie 14 zachorowań na tą jednostkę chorobową w: OK nr I Warszawa – trzy, OK nr IV Łódź – cztery, OK nr VI Lwów - trzy, OK nr Toruń – jeden i OK nr IX Brześć – trzy⁶⁷⁶.

Parchy – dziś choroba ta nazywana jest grzybicą woszczynową lub strupniem woszczynowym (łac. *tinea favosa capitis*). Jest to jedna z odmian grzybicy głowy, znacznie różniąca się wyglądem od pozostałych. To grzybica owłosionej skóry głowy z dużymi, grubymi strupami, bliznowaceniem i łysieniem. Dawniej grzybicę woszczynową uważano za wadę genetyczną. Zmieniło się to w momencie, gdy odkryto, że choroba ta jest dolegliwością infekcyjną wywoływaną grzybami z gatunku *Trichophyton schoenleinii*. Innymi rzadszymi grzybami leżącymi u podłożu choroby są: *Trichophyton schoenleinii*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *quinckeanum* oraz *Trichophyton galinae*. Do zakażenia dochodzi w bardzo łatwy sposób - drogą bezpośrednią (od osoby zakażonej) lub drogą pośrednią (na skutek używania tych samych grzebieni, szczotek czy innych przyrządów fryzjerskich). Grzybica woszczynowa zwykle rozwija się w regionach, w których istnieje niski poziom higieny⁶⁷⁷.

W latach 1922-1931 w wojsku ta jednostka chorobowa odnotowana była 669 razy. Największą liczbę zachorowań odnotowano w: OK nr I Warszawa – 284, OK nr III Grodno – 102 i w OK nr IX Brześć – 83. Najmniejsza zaś liczba chorujących występowała w OK nr VII Poznań – 1 i OK nr VIII Toruń – 9. W okręgu łódzkim w ciągu dziesięciu lat zanotowano 19 żołnierzy chorujących na parchy⁶⁷⁸.

⁶⁷⁵ Patrz więcej: M. Raczkowska, Promienica: bakteryjna CHOROBA SKÓRY, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/skora/promienica-bakteryjna-choroba-skory_38779.html, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.

⁶⁷⁶ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 93.

⁶⁷⁷ Grzybica woszczynowa, <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-skory,grzybica-woszczynowa,artykul,1697462.html>, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.; Patrz więcej: *Grzybice skóry* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. I, Warszawa 1989 r., s. 372-373.

⁶⁷⁸ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 95.

CHOROBY WENERYCZNE

Choroby weneryczne zajmowały, co do częstości, drugie miejsce wśród chorób leczonych w wojskowych zakładach leczniczych.

W początkowych latach po odzyskaniu niepodległości na statystykę niewątpliwie miała wpływ I wojna światowa, a kolejno także wojna polsko-bolszewicka (1919-1921) – sprzyjało to bowiem ogólnej rozwiązłości żołnierzy, ale także kobiet, które szukały w prostytutce środków zarobkowych. Dlatego też lata 1918-1922 posiadają bardzo dużą liczbę zachorowań na wszelakie choroby weneryczne (kiła, rzeżączka, wrzód miękki). Po wojnie bolszewickiej liczba chorych wynosiła ok. pół miliona. Po interwencji władz wojskowych liczba ta w latach 1921-1931 zaczęła spadać, ale pomimo trudów i tak była wysoka. Szacowało się że na 30 obywateli przypada 1 chory. Chorych w armii oceniano na ok. 3-4 %, czyli ok. 8-10 tysięcy. Wówczas najwięcej zachorowań stwierdzano w okręgach: toruńskim, łódzkim, krakowskim, warszawskim i lwowskim, a najmniejszą w OK VII Poznań.

W OK nr IV Łódź początkowo zachorowalność była jedną z większych w Polsce i wynosiła 69,0 na 1000 żołnierzy. Należy jednak pamiętać w całym kraju wartości te były bardzo wysokie. Jednakże już w ciągu roku w OK Łódź zredukowano liczbę zachorowań o ponad połowę. W kolejnych latach, aż do roku 1931 zachorowalność utrzymywała się praktycznie na stałym poziomie.

Tabela 3.4.21. Zachorowalność na wszystkie choroby weneryczne w OK nr IV w latach 1922-1931

Rok	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Liczba absolutna	1123	728	584	532	590	577	545	506	491	388
Na 1000 żołnierzy	69	32,8	40,0	35,9	43,5	40,0	39,85	38,2	36,56	28,1

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 97.

KIŁA (lues, syphilis)

Choroba przenoszona głównie drogą płciową, wywoływana przez krętka białego. Do zakażenia może również dojść drogą przezłożyskową.

Pierwsze objawy tego kiły pierwotnej występują najczęściej po około trzech tygodniach od zarażenia chociaż warto nadmienić, że mogą ujawnić się zarówno po trzech dniach jak i trzech miesiącach. Objawy jednak są charakterystyczne i niemożliwe do niezauważenia – najczęściej prowadzą do sporego dyskomfortu zakażonego. Przy tego typu kile występuje najczęściej bezbolesne owrzodzenie na zainfekowanym miejscu – w przypadku kobiet to

pochwa, a w przypadku mężczyzn prącie jednak objawy kiły mogą pojawić się także na innych częściach ciała, w tym na języku, w gardle czy na wargach. Ponieważ owrzodzenie nie boli, zdarza się, że jest ono niezauważone i znika samoistnie po kilku tygodniach. Nie oznacza to jednak, że kiła została wyleczona – ona przeszła po prostu w kolejną fazę: wtórną bądź utajoną.

W dwudziestoleciu międzywojennym ten typ kiły był na tyle widoczny, że żołnierzy posiadający tą przypadłość byli podczas poboru od razu kierowani na leczenie. Przypadki kiły pierwotnej, które zdarzały się w wojsku były zatem w większości wynikiem zakażenia się już w trakcie trwania służby. Kiła pierwotna jest wyodrębniona jako występująca w wojsku, jednakże nie posiadamy dokładnych zestawień według okręgów korpusów dotyczących tej jednostki chorobowej.

Kolejnym stadium nieleczzonej kiły pierwotnej jest tzw. kiła wtórna. Występuje ona w postaci zakaźnej wysypki, która najczęściej pojawia się na dłoniach i stopach, a chory zaraża się poprzez dotyk zainfekowanych części ciała – wysypka znika samoistnie, co jednak nie oznacza wyleczenia choroby. Oprócz plamek i grudek na skórze, pacjent uskarża się często na gorączkę, bóle głowy i gardła, utratę wagi oraz włosów. Wystąpić może u niego zapalenie opon mózgowych i powiększenie węzłów chłonnych. Objawy kiły w fazie wtórnej pojawiają się mniej więcej po trzech do sześciu tygodni od stadium pierwotnego choroby.

Kiła wtórna stanowiła stadium znacznie groźniejsze – pozostawała w zainteresowaniu badaczy, przez co była ona bardziej znaną w okresie II RP.

Największą średnią liczbę zachorowań odnotowano w: OK nr V Kraków – 15,02 na 1000 żołnierzy, OK nr III Grodno – 12,51 na 1000 żołnierzy i w OK nr II Lublin – 11,82 na 1000 żołnierzy. Najmniejsza zaś liczba chorujących występowała w OK nr VII Poznań – 4,24 na 1000 żołnierzy. W okręgu łódzkim w ciągu dziesięciu lat zanotowano, że średnio co roku na kiłę wtórną chorowało ok. 126 żołnierzy. W OK nr IV Łódź najgorsza sytuacja pod względem zachorowań na tą chorobę był w roku 1926, wtedy na 1000 żołnierzy 12 chorowało na kiłę wtórną. Kolejno od roku 1928 sytuacja uległa znacznej poprawie⁶⁷⁹ – wówczas zachorowalność na kiłę wtórną w okręgu łódzkim nie przekroczyła 2,30 na 1000 żołnierzy⁶⁸⁰.

Tabela 3.4.22. Kiła wtórna w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

⁶⁷⁹ W lutym 1929 r. odnotowano 18 przypadków tej choroby w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

⁶⁸⁰ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 101.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	836	588	588	516	340	331	318	377	241	274	441
	na 1000 st. licz.	16,5	11,0	12,7	11,3	7,94	7,55	7,10	8,05	5,12	5,82	9,31
nr II Lublin	L. abs.	531	359	289	389	216	274	264	282	119	171	289
	na 1000 st. licz.	18,0	11,8	12,56	16,9	10,2	12,40	11,6	12,13	5,14	7,44	11,82
nr III Grodno	L. abs.	816	409	320	338	318	397	406	444	409	403	426
	na 1000 st. licz.	13,5	10,6	10,62	10,70	11,10	13,20	13,0	13,47	12,89	12,43	12,51
nr IV Łódź	L. abs.	349	218	205	125	159	99	23	30	27	24	126
	na 1000 st. licz.	21,6	9,90	14,01	8,40	11,70	6,85	1,69	2,27	2,01	1,73	8,02
nr V Kraków	L. abs.	576	371	371	376	347	412	457	384	424	137	386
	na 1000 st. licz.	21,6	13,7	15,61	14,9	15,3	16,8	17,2	14,34	15,78	4,97	15,02
nr VI Lwów	L. abs.	495	375	307	240	197	275	208	197	191	173	266
	na 1000 st. licz.	16,6	13,6	12,95	10,3	9,26	12,0	8,43	8,00	7,49	6,91	10,55
nr VII Poznań	L. abs.	266	263	182	81	67	44	41	15	8	8	97
	na 1000 st. licz.	9,90	12,70	8,75	3,50	2,87	1,85	1,65	0,60	0,31	0,30	4,24
nr VIII Toruń	L. abs.	653	419	457	228	191	268	164	189	187	183	294
	na 1000 st. licz.	24,8	14,8	16,16	7,33	6,60	8,75	5,24	5,88	5,91	5,66	10,11
nr IX Brześć	L. abs.	207	133	207	153	214	233	291	180	163	201	198
	na 1000 st. licz.	7,53	5,1	9,41	7,03	10,6	11,1	12,68	8,10	7,67	9,46	8,87
nr X Przemyśl	L. abs.	418	331	236	280	233	173	127	103	135	143	218
	na 1000 st. licz.	16,5	11,6	10,55	11,82	10,6	7,8	6,1	5,20	6,51	6,76	9,34
RAZEM	L. abs.	5147	3466	3161	2726	2282	2506	2299	2201	1904	1717	2741
	na 1000 st. licz.	16,20	11,40	22,41	10,30	9,35	9,80	8,71	8,24	7,12	6,36	10,0

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 101.

Kolejnym etapem schorzenia po przejściu stadium pierwotnego bądź wtórnego jest kiła utajona. Kiła tego rodzaju występuje mniej więcej w rok po zakażeniu i nie charakteryzuje się żadnymi objawami. Właśnie ta faza znacznie utrudnia jej leczenie bowiem chory często nie ma świadomości zakażenia. To groźny etap choroby bowiem brak objawów nie oznacza oczywiście braku jej rozwoju⁶⁸¹.

Dlatego też w wojsku II RP twierdzono, że na ten typ kiły prawie nikt nie choruje. Najprawdopodobniej było to błędne stwierdzenie. Nie dając objawów kiła utajona była

⁶⁸¹ Patrz więcej: Kiła, <http://kila.info.pl/objawy-kily/>, dostępność internetowa z dn. 22.09.2017 r.

lekceważona przez ówczesnych lekarzy. Jednakże taki stan rzeczy miał korzystny wpływ na statystyki wojskowe, co cieszyło ówczesne władze.

RZEŻĄCZKA (gonorrhoea)

Nazywana także wiewiorem lub tryperem – choroba zakaźna, przenoszona drogą płciową, której czynnikiem etiologicznym jest gram-ujemna bakteria – dwoinka rzeżączki. Źródłem zakażenia tej choroby jest chory człowiek lub zakażone przedmioty codziennej higieny, których używał. Najczęstszą drogą infekcji jest kontakt seksualny z osobą zakażoną⁶⁸².

W wojsku II RP odnotowano dwa zgony na rzeżączkę. Jeden w OK nr II Lublin w 1926 r., drugi zaś w OK nr VIII Toruń w 1929 r. Największa liczba chorujących występowała kolejno w: OK nr VIII Toruń, OK nr IV Łódź i w OK nr VI Lwów. W okręgu łódzkim jawił się bardzo duży problem tej choroby wenerycznej. Na 1000 żołnierzy praktycznie co 22 na nią chorował. Najgorsza sytuacja przedstawiała się zaraz po wojnie w 1922 r., wtedy odnotowano 553 chorych żołnierzy. Sytuacja w kolejnych latach uległa poprawie, ale liczba chorujących zawsze utrzymywała się do roku 1928⁶⁸³ powyżej 20 chorujących na 1000 żołnierzy. Dopiero z początkiem lat 30 sytuacja zdrowotna uległa zdecydowanej poprawie. Liczba chorujących zmniejszyła się do ok.14 na 1000 żołnierzy⁶⁸⁴.

Tabela 3.4.23. Rzeżączka w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	1215	922	770	753	888	812	723	782	928	957	875
	na 1000 st. licz.	24,0	17,30	16,70	16,40	20,70	18,50	16,10	16,70	19,70	20,31	18,64
nr II Lublin	L. abs.	578	402	363	583	344	359	362	336	376	334	404
	na 1000 st. licz.	19,50	13,20	15,78	25,30	16,30	16,25	15,90	14,50	16,24	14,57	16,75
nr III Grodno	L. abs.	1052	695	520	542	564	547	558	537	497	519	603
	na 1000 st. licz.	17,80	18,0	17,27	17,20	19,70	18,30	17,90	16,29	15,67	16,01	17,41
nr IV Łódź	L. abs.	553	399	346	356	340	316	295	243	229	193	327
	na 1000 st. licz.	34,10	18,0	23,65	24,0	25,0	21,90	21,60	18,35	17,05	13,98	21,77
nr V Kraków	L. abs.	754	760	605	331	315	442	421	405	318	340	469

⁶⁸² Patrz więcej: *Rzeżączka* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1103.

⁶⁸³ W lutym 1929 r. odnotowano 22 przypadki tej choroby w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 364.

⁶⁸⁴ CAW,I.300.62.,t. 34, Sprawozdanie statystyczne..., dz. cyt., s. 102.

	na 1000 st. licz.	28,4	27,3	25,47	13,10	13,90	18,00	15,80	15,12	11,84	12,39	18,13
nr VI Lwów	L. abs.	967	660	323	403	457	511	492	403	409	377	500
	na 1000 st. licz.	32,40	24,0	13,62	17,30	21,50	22,30	19,90	16,34	16,05	15,04	19,85
nr VII Poznań	L. abs.	747	421	482	432	287	311	336	304	269	260	385
	na 1000 st. licz.	27,80	20,30	23,20	18,50	12,30	13,10	13,50	12,07	10,39	9,93	16,10
nr VIII Toruń	L. abs.	1075	882	851	865	827	864	618	655	727	625	799
	na 1000 st. licz.	41,0	31,20	30,12	27,70	28,60	28,20	19,70	20,37	23,00	19,35	26,92
nr IX Brześć	L. abs.	559	515	339	345	414	418	335	342	296	319	388
	na 1000 st. licz.	20,3	19,70	15,40	16,0	20,60	19,90	14,60	15,39	13,91	14,90	17,07
nr X Przemysł	L. abs.	852	585	343	322	291	340	244	226	165	143	351
	na 1000 st. licz.	33,70	20,50	15,40	13,50	13,20	15,20	11,67	11,42	7,96	6,78	14,93
RAZEM	L. abs.	8352	6241	4942	4932	4727	4920	4384	4233	4214	4067	5101
	na 1000 st. licz.	26,24	20,55	19,40	18,68	19,32	19,24	16,60	15,85	15,77	15,06	18,67

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 102.

WRZÓD MIĘKKI (chancroid, ulcus molle)

Dziś nazywany jest wrzodem wenerycznym – jest chorobą zakaźną, przenoszoną drogą płciową, której czynnikiem etiologicznym są gram-ujemne pałeczki *Ducureya*. Zakażenie następuje w czasie stosunku płciowego z inną osobą zakażoną. Okres wylegania trwa trzech do siedmiu dni. Po zakażeniu na narządach płciowych tworzy się krosta, przekształcająca się następnie w bardzo bolesne i ropne owrzodzenie, o dnie i brzegach miękkich i podminowanych, otoczone zapalną obwódką, w którego najbliższym sąsiedztwie mogą powstawać liczne, nowe wrzody. U części chorych rozwijają się powikłania w postaci ropnego zapalenia, z towarzyszącym rozpadem pachwinowych węzłów chłonnych, zwykle po jednej stronie⁶⁸⁵.

W okresie dwudziestolecia międzywojennego był znacznie rzadziej spotykany niż kiła czy rzeżączka. Największa liczba chorujących występowała kolejno w: OK nr I Warszawa, OK nr IV Łódź i OK nr VIII Toruń. Ponownie okręg łódzki znajdował się w czołówce zachorowań na kolejną chorobę weneryczną. Średnio rocznie co trzeci żołnierz na 1000 był chory na wrzód. Najgorsza sytuacja przedstawiała się zaraz po wojnie w 1922 r., wtedy odnotowano 108 chorych żołnierzy. Sytuacja w kolejnych latach uległa znaczącej poprawie – w 1926 r. nawet zmniejszono zachorowalność do 0,04 na 1000 żołnierzy. Jednakże już w latach

⁶⁸⁵ *Wrzód miękki* [w:] Mała Encyklopedia Medycyny, t. III, Warszawa 1989 r., s. 1357-1358.

kolejny, aż do 1930 zachorowalność wynosiła powyżej 3,5 na 1000 żołnierzy. Dopiero wartość ta spadała w roku 1931⁶⁸⁶.

Tabela 3.4.24. Wrzód miękkki w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	310	191	161	134	215	264	192	318	368	249	241
	na 1000 st. licz.	6,15	3,51	3,50	2,90	5,03	6,09	4,27	6,79	7,81	5,28	5,12
nr II Lublin	L. abs.	87	34	39	42	21	33	86	96	82	48	57
	na 1000 st. licz.	2,95	1,11	1,69	1,80	1,0	1,49	3,75	4,13	3,55	2,09	2,36
nr III Grodno	L. abs.	134	64	45	15	14	37	31	199	157	75	76
	na 1000 st. licz.	2,26	1,65	1,49	0,50	0,49	1,23	1,0	6,04	4,95	2,32	2,19
nr IV Łódź	L. abs.	108	41	17	18	28	62	50	77	58	36	50
	na 1000 st. licz.	6,67	1,86	1,17	1,21	0,04	4,32	3,67	5,81	4,32	2,60	3,17
nr V Kraków	L. abs.	106	40	29	14	7	15	-	8	2	-	22
	na 1000 st. licz.	4,00	1,44	1,22	0,55	0,31	0,61	-	0,30	0,07	-	0,85
nr VI Lwów	L. abs.	98	41	21	29	46	19	95	81	112	56	60
	na 1000 st. licz.	3,28	1,49	0,89	1,24	2,16	0,83	3,80	3,28	4,39	2,23	2,36
nr VII Poznań	L. abs.	76	69	56	21	39	30	60	89	46	41	53
	na 1000 st. licz.	2,93	3,33	2,70	0,90	1,68	1,26	2,41	3,53	1,77	1,56	2,21
nr VIII Toruń	L. abs.	110	147	104	53	23	92	100	65	55	96	84
	na 1000 st. licz.	4,20	5,21	3,68	1,70	0,80	3,0	3,18	2,02	1,74	2,97	2,88
nr IX Brześć	L. abs.	85	70	60	15	13	37	41	87	71	24	50
	na 1000 st. licz.	3,10	2,68	2,74	0,70	0,64	1,76	1,78	3,91	3,33	1,12	2,17
nr X Przemysł	L. abs.	153	42	26	18	10	62	23	66	54	38	49
	na 1000 st. licz.	6,05	1,47	1,17	0,76	0,45	2,78	1,10	3,33	2,61	1,80	2,15
RAZEM	L. abs.	1267	739	558	359	416	651	678	1086	1005	663	742
	na 1000 st. licz.	4,00	2,43	2,20	1,36	1,70	2,55	2,56	4,07	3,76	2,45	2,71

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 103.

⁶⁸⁶ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 103.

CHOROBY NARZĄDÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Do nich zaliczano zwykle Wole (łac. struma) – powiększenie tarczycy wywołane przez różne czynniki oraz chorobę Basedowa (łac. struma diffusa toxica). Choroba Gravesa-Basedowa jest jedną z chorób autoimmunologicznych o podłożu genetycznym, która przebiega z nadczynnością tarczycy. Przyczyna choroby nie jest znana, ale charakterystyczne dla choroby Basedowa jest istnienie we krwi przeciwciał, które stymulują komórki tarczycy, powodując zwiększone wytwarzanie hormonów tarczycy.

W międzywojniu chorzy żołnierze z wyraźnie rozwiniętymi objawami zarówno woli jak i choroby Basedowa (powiększenie tarczycy, wytrzeszcz oczu, obrzęk przedgoleniowy, akropachia tarczycowa – obrzęk palców rąk lub niekiedy stóp) nie byli przyjmowani do wojska. Jeśli chorobę wykryto już podczas służby byli zwalniani z wojska na drodze superrewizji. Dlatego też w statystykach zanotowano stosunkowo niewielką liczbę przypadków na tego typu zachorowania. Średnio rocznie chorowało ok. 269 rocznie, a w ciągu lat 1922-1931 odnotowano 18 zgonów⁶⁸⁷.

W okręgu łódzkim średnio rocznie chorowało 13 żołnierzy. Najgorsza sytuacja przedstawiała się zaraz po wojnie w 1922 r., wtedy odnotowano 36 chorych żołnierzy. Sytuacja w kolejnych latach uległa poprawie, jednakże była ona zmienną. Na przykład 1925 r. w OK nr IV odnotowano tylko dwa przypadki cierpiących na choroby wydzielania wewnętrznego, natomiast już w 1926 r. liczba chorych zwiększyła się do 15 zakażonych. Kolejno znowu statystyki ulegały poprawie w 1927 r., aby w 1929 r. zwiększyć się⁶⁸⁸.

Tabela 3.4.25. Choroby wydzielania wewnętrznego, w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	14	22	4	19	10	14	6	7	17	28	14
	na 1000 st. licz.	0,28	0,41	0,08	0,41	0,23	0,32	0,13	0,15	0,36	0,59	0,30
nr II Lublin	L. abs.	15	22	12	20	25	22	4	8	9	5	14
	na 1000 st. licz.	0,51	0,72	0,52	0,87	1,19	1,0	0,18	0,34	0,38	0,22	0,59
nr III Grodno	L. abs.	42	10	18	26	38	57	86	36	34	31	38
	na 1000 st. licz.	0,71	0,25	0,60	0,82	1,33	1,90	2,75	1,09	1,07	0,96	1,15
nr IV Łódź	L. abs.	36	13	21	2	15	1	6	18	3	16	13
	na 1000 st. licz.	2,22	0,58	1,44	0,13	1,10	0,07	0,44	1,36	0,22	1,16	0,86

⁶⁸⁷ Tamże, s. 106.

⁶⁸⁸ Tamże.

nr V Kraków	L. abs.	61	107	44	29	79	95	71	75	18	31	61
	na 1000 st. licz.	2,30	3,84	1,86	1,11	3,50	3,87	2,66	2,80	0,67	1,12	2,38
nr VI Lwów	L. abs.	29	11	7	5	10	18	60	28	18	6	19
	na 1000 st. licz.	1,00	0,40	0,29	0,21	0,47	0,78	2,43	1,13	0,71	0,24	0,76
nr VII Poznań	L. abs.	3	-	3	3	-	27	3	1	8	-	5
	na 1000 st. licz.	0,11	-	0,14	0,13	-	1,13	0,12	0,04	0,31	-	0,20
nr VIII Toruń	L. abs.	27	97	29	26	61	88	24	73	83	110	62
	na 1000 st. licz.	1,05	3,45	1,03	0,83	2,10	2,88	0,76	2,27	2,62	3,41	2,03
nr IX Brześć	L. abs.	6	4	2	9	9	12	15	26	43	32	16
	na 1000 st. licz.	0,22	0,15	0,09	0,41	0,45	0,57	0,65	1,17	2,03	1,50	0,72
nr X Przemyśl	L. abs.	53	40	29	43	30	15	17	37	7	4	28
	na 1000 st. licz.	2,08	1,40	1,30	1,82	1,36	0,67	0,82	1,86	0,34	0,19	1,18
RAZEM	L. abs.	286	326	169	182	277	349	292	309	240	263	269
	na 1000 st. licz.	0,90	1,07	0,66	0,69	1,14	1,36	1,11	1,15	0,90	0,97	1,00

Źródło:
CAW
L.300
.62.,t.
34,
Sprawozdanie
statystyczne
o
stanie
e
zdrowotnym
armii
.
W
okresie
dziesięciolecia
1922-1931,
s. 106.

CHOROBY NARZĄDÓW TRWIENIA

Do tej grupy chorób zaliczano:

- choroby jamy ustnej, ślinianek (oprócz nagminnego zapalenia ślinianek) i przełyku,
- choroby żołądka, jelit i gruczołów trawiennych
- choroby wyrostka robaczkowego
- choroby otrzewnej⁶⁸⁹.

Choroby te razem wzięte wykazywały stały wzrost w wojsku polskim w latach II RP. Wzrost ten łatwo było zaobserwować przede wszystkim na jednostkach chorobowych dobrze już wówczas znanych i zbadanych, np. na zapaleniu wyrostka robaczkowego. Żołnierze bowiem, którzy trafiali do wojskowych zakładów leczniczych, byli prawidłowo diagnozowani na daną przypadłość. W innych schorzeniach, np. w chorobach żołądka, nie było to tak oczywiste. Stąd wiem, że zachorowalność na zapalenie wyrostka robaczkowego w armii polskiej w latach 1922-1931 wzrosła czterokrotnie⁶⁹⁰.

Umieralność, jednakże mimo wzrostu zachorowań na choroby narządów trawienia utrzymywała się na stałym poziomie – nie zwiększała się. Wówczas tłumaczono to wzrostem łeższych przypadków w/w chorób w zmienionych warunkach żywienia wojska. Chodziło

⁶⁸⁹ Tamże, s. 112.

⁶⁹⁰ Tamże, s. 113.

przede wszystkim o dwie zmiany. Pierwszą w 1924 r., kiedy to chleb został zamieniony z pytłowego, na chleb bardziej otrębiasty, wypiekany z mąki 82% przemiału żyta – wówczas nastąpił pierwszy wyraźny wzrost infekcji. Drugą w 1926 r., gdy wprowadzono ryczałtową gospodarkę żywnościową, polegającą na tym, że oddziały same zakupywały żywność w granicach ustalonego ryczałtu. Tym samym zrezygnowano z centralnego zaopatrywania oddziałów w żywność przez Intendenturę. Jednakże zmiana zaopatrywania oddziałów spotkała się raczej z dobrym przyjęciem i jej zadaniem była właśnie poprawa jakości produktów spożywczych. Zatem błędów doszukiwano się raczej nie w samej jakości produktów spożywczych, a w ich sposobie przechowywania i przygotowania.

Zwiększenie się liczby chorujących na choroby narządów trawienia tłumaczono także tym, że to lekarze kierowali do zakładów leczniczych większą liczbę żołnierzy, mimo że przypadek infekcji był lżejszy⁶⁹¹.

Tabela 3.4.26. Choroby narządów trawienia, w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	1059	1135	1445	1338	1619	1946	2350	2438	2499	2724	1856
	na 1000 st. licz.	21,0	21,30	31,3	29,0	37,60	44,50	52,50	52,06	53,06	57,81	40,01
nr II Lublin	L. abs.	497	388	314	442	926	751	829	1150	695	840	683
	na 1000 st. licz.	16,80	12,70	13,64	19,20	43,80	34,0	36,30	49,45	30,02	36,66	29,27
nr III Grodno	L. abs.	1227	595	522	631	788	1112	1389	1469	1313	1683	1073
	na 1000 st. licz.	20,60	15,40	17,33	20,00	27,60	37,10	44,50	44,56	41,40	51,91	32,04
nr IV Łódź	L. abs.	408	312	266	199	316	389	425	649	526	510	400
	na 1000 st. licz.	25,2	14,1	18,19	13,40	23,20	27,00	31,00	49,00	39,17	36,94	27,72
nr V Kraków	L. abs.	667	752	663	888	932	1030	892	722	821	737	810
	na 1000 st. licz.	25,2	27,00	27,90	35,00	41,00	42,00	33,40	26,96	30,57	26,74	31,58
nr VI Lwów	L. abs.	1156	700	753	916	845	925	1261	1498	1571	1313	1094
	na 1000 st. licz.	38,50	25,00	31,76	39,20	39,60	40,30	50,00	60,75	61,67	52,54	43,97
nr VII Poznań	L. abs.	491	333	327	387	529	858	930	866	803	810	633
	na 1000 st. licz.	18,2	16,15	15,73	16,50	22,60	36,10	37,50	34,39	31,01	30,87	25,95
nr VIII Toruń	L. abs.	561	485	675	782	684	918	985	842	871	920	772
	na 1000 st. licz.	21,40	17,20	23,88	25,10	23,70	30,00	31,30	26,19	27,54	28,47	25,48

⁶⁹¹ Tamże, s. 113-117.

nr IX Brześć	L. abs.	780	512	804	757	803	976	1065	1124	1171	1265	926
	na 1000 st. licz.	28,40	19,63	35,97	35,20	10,00	46,30	46,30	50,57	55,04	59,11	41,65
nr X Przemyśl	L. abs.	625	446	576	706	814	875	670	755	745	944	716
	na 1000 st. licz.	24,70	15,65	25,77	29,80	36,90	39,40	32,10	38,14	35,92	44,64	32,30
RAZEM	L. abs.	7471	5658	6345	7046	8256	9780	10796	11513	11015	11746	8963
	na 1000 st. licz.	23,47	18,64	24,90	26,67	33,90	38,26	40,90	43,11	41,22	43,52	33,46

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 114.

W Okręgach Korpusu największa zachorowalność przypadała w OK nr VI Lwów, OK nr IX Brześć i w OK I Warszawa. Najmniejsza w OK nr VII Poznań i OK nr II Lublin. W okręgu łódzkim sytuacja zdrowotna na tle innych OK dot. tych chorób przedstawiała się dobrze. Średnio w OK nr IV rocznie chorowało ok. 400 żołnierzy. W trakcie prowadzenie wojskowej statystyki najlepiej wpadł rok 1925, wówczas zachorowalność wynosiła ok. 13 żołnierzy na 1000, najgorzej zaś przedstawił się rok 1929, wtedy na 1000 żołnierzy ok. 49 chorowało na choroby układu trawiennego⁶⁹². W lutym 1929 r. odnotowano aż 66 chorych⁶⁹³.

CHOROBY NARZĄDÓW UKŁADU KRAŻENIA

Układ krwionośny to zamknięty obieg, który zajmuje się w naszym organizmie transportem gazów, substancji odżywczych, hormonów, produktów przemiany materii, itp. Składa się z serca i naczyń krwionośnych, którymi transportowana jest krew.

Do chorób układu krążenia w II RP zaliczano: choroby serca, osierdzia i naczyń. Poddane były one jednej statystyce i razem wzięte można było je podzielić na dwa pięcioletnie okresy, tzn.: 1922-1926 i 1927-1931. W pierwszym okresie liczba zachorowań był znacznie niższa niż w drugim, ale w latach 1922-1926 średnia liczba zgonów była zdecydowanie większa. Jednakże w ciągu omawianych lat roczne wahania średnich nie różniły się znacznie ani co do liczby przypadków zachorowań, ani co do liczby zgonów⁶⁹⁴.

Zauważalnym było zmniejszanie się śmiertelności, od 1922 r., gdzie wynosiła ona 2,6% do 1931 r. – 0,6%. Jednak nie wynikała ona z ulepszenia metod leczenia, tylko z dokładnej selekcji żołnierzy na komisjach wojskowych i zwalnianiu ich ze służby, jeśli tak ową chorobę

⁶⁹² Tamże, s. 114.

⁶⁹³ *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 364.

⁶⁹⁴ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 117.

wykryto w trakcie jej trwania. Gdy rozpoznano u żołnierza jakąkolwiek chorobę narządów układu krążenia od razu był on zwalniany z wojska na drodze superrewizji.

Dowódcy OK mieli się ścigać nie w leczeniu swoich podopiecznych, a w szybszym rozpoznawaniu chorób i zwalnianiu „chorych jednostek” ze służby: *„Liczba zachorowań na choroby narządów krążenia w poszczególnych okręgach korpusu różni się znacznie, jednakże nie może to być składane na karb ich większej lub mniejszej ilości, gdyż zależą one od lepszej lub gorszej kwalifikacji przy poborze oraz o sprawniejszym ich zwalnianiu w drodze superrewizji”*⁶⁹⁵.

Najwięcej żołnierzy chorowało w OK nr: III – Grodno, nr I Warszawa i IX Brześć. Najmniejsza zachorowalność natomiast występowała w OK nr VIII Poznań, OK nr VI Lwów i OK nr X Przemyśl.

W łódzkim okręgu korpusu średnio rocznie chorowało 179 żołnierzy, praktycznie co 13 na 1000 miał problemy z układem krążenia. Po roku 1922 odnotowano spadek zachorowań, który utrzymał się w miarę na równym poziomie do 1926 r. Jednakże od 1927 r. nastąpił wzrost zachorowań i w roku 1929 osiągnął apogeum - ok. 31 chorych na 1000 żołnierzy⁶⁹⁶. W kolejnych latach średnia zachorowań miała już tendencję spadkową.

Tabela 3.4.26. Choroby narządów krążenia, w latach 1922-1931 według Okręgów Korpusu – zachorowania.

Okręg Korpusu		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Średnia
nr I Warszawa	L. abs.	515	587	630	698	493	638	630	621	769	673	625
	na 1000 st. licz.	10,20	11,00	13,66	15,20	11,50	14,50	14,00	13,26	16,30	14,26	13,40
nr II Lublin	L. abs.	302	276	135	223	331	420	504	349	267	231	304
	na 1000 st. licz.	10,20	9,60	5,86	9,65	15,70	19,00	22,20	15,00	11,54	10,07	12,90
nr III Grodno	L. abs.	360	238	367	304	453	500	633	564	567	544	453
	na 1000 st. licz.	6,10	6,20	12,20	9,63	15,80	16,70	20,10	17,10	17,90	16,79	13,85
nr IV Łódź	L. abs.	234	106	101	69	65	144	195	410	278	192	179
	na 1000 st. licz.	14,4	4,80	6,90	4,65	4,80	10,00	14,30	30,95	20,65	13,91	12,54
nr V Kraków	L. abs.	374	379	291	241	329	325	248	250	340	416	319
	na 1000 st. licz.	14,20	13,60	12,24	9,50	1,45	13,20	9,33	9,33	12,02	15,10	12,30
nr VI Lwów	L. abs.	169	162	160	158	167	113	257	316	244	312	206
	na 1000 st. licz.	5,67	5,91	6,74	6,73	7,85	4,93	10,40	12,81	9,62	12,48	8,31

⁶⁹⁵ Tamże, s. 118.

⁶⁹⁶ W lutym 1929 r. odnotowano 61 przypadków chorych w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 363.

nr VII Poznań	L. abs.	181	85	132	233	103	75	135	183	156	64	135
	na 1000 st. licz.	6,72	4,10	6,37	9,95	4,35	3,15	5,45	7,27	6,03	2,45	5,59
nr VIII Toruń	L. abs.	192	197	223	179	265	422	305	398	307	304	279
	na 1000 st. licz.	7,30	6,95	7,90	5,73	9,20	13,70	9,75	12,38	9,70	9,40	9,20
nr IX Brześć	L. abs.	103	107	156	187	358	476	375	309	354	321	275
	na 1000 st. licz.	3,74	4,07	7,10	8,68	17,80	22,70	16,30	13,90	16,60	15,00	12,60
nr X Przemyśl	L. abs.	172	145	199	211	205	186	146	234	194	177	187
	na 1000 st. licz.	6,80	5,05	8,93	8,90	9,32	8,40	7,00	11,82	9,35	8,37	8,40
RAZEM	L. abs.	2602	2282	2394	2503	2769	3299	3428	3634	3476	3234	2962
	na 1000 st. licz.	8,16	7,51	9,40	9,48	11,32	12,91	12,98	13,61	13,00	11,98	11,04

Źródło: CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 119.

USZKODZENIA

Uszkodzenia w omawianym okresie nie było niczym innym jak szeroko rozumianymi urazami chirurgicznymi. Zaliczano do nich: uszkodzenia części miękkich, uszkodzenia kości i stawów, utratę kończyny lub jej część, uszkodzenia narządów wewnętrznych i zmysłów, przepukliny, odmrożenia, oparzenia, rażenia słoneczne, rażenia piorunem, utonięcia, uduszenia, samouszkodzenia⁶⁹⁷.

Średnio rocznie ulegało w/w wypadkom ok. 7023 żołnierzy. Największa ilość przypadła w OK nr VI Lwów, OK nr III Grodno i OK nr V Kraków. Najmniejsza zaś w: OK nr IX Brześć, OK nr X Przemyśl i OK nr VIII Poznań⁶⁹⁸.

OK nr IV Łódź znajdował się zaraz za okręgiem poznańskim. Średnia zachorowalność wynosiła 371. Średnio na 1000 żołnierzy ok. 25 doświadczało urazu. Liczba obrażeń utrzymywała się raczej na stałym poziomie, dopiero w latach 30 uległa zdecydowanemu zmniejszeniu. Największa liczba uszkodzeń w łódzkim miała miejsce w roku 1929⁶⁹⁹, wówczas na 1000 żołnierzy ok. 38 było poszkodowanych, najmniejsza zaś w 1931, kiedy to na 1000 żołnierzy ok. 16 chorowało⁷⁰⁰.

⁶⁹⁷ CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 126-130.

⁶⁹⁸ Tamże, s. 128.

⁶⁹⁹ W samym lutym 1929 r. odnotowano 97 przypadków uszkodzeń w OK nr IV Łódź - *Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r., s. 366.

⁷⁰⁰ W statystykach wojskowych zostały uwzględnione tylko następujące urazy: uszkodzenia części miękkich, uszkodzenia kości i stawów, utrata kończyny lub jej części, uszkodzenia narządów wewnętrznych i zmysłów - CAW,I.300.62.,t. 34, *Sprawozdanie statystyczne...*, dz. cyt., s. 128.

Powyżej wymienione grupy chorób i jednostek chorobowych występowały najczęściej w OK nr IV Łódź. W *Sprawozdaniu statystycznym o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931* wymienione były także inne grupy chorobowe, które naprawdę zdarzały się sporadycznie, bądź wcale, ale były też takie, które w w/w sprawozdaniu potraktowane były bardzo ogólnikowo. Wnioskować można, że choroby te nie miały tak dużego znaczenia, bądź wiedza o nich dopiero „raczkowała”. Przykładem może być tu grupa chorób „ogólnych”, do których zaliczano: wady rozwojowe, zaburzenia przemiany materii, gnilca⁷⁰¹, skazy krwotoczne, zatrucia i zaburzenia anafilaktyczne.

3.5 Problemy zdrowotne OK nr IV w latach 1934-1937 na przykładzie garnizonu Łódź

W poprzednim rozdziale zostały omówione problemy zdrowotne dla OK nr IV w latach 1922-1931. Zachowane źródła statystyczne pozwalają na przedstawienie lat kolejnych, jednakże nie dla całości okręgu. Na szczęście najlepiej zachowane są materiały dotyczące Łodzi (do 1937 r.) – głównego ośrodka IV Okręgu Korpusu.

Z roku 1934 posiadamy dwa dokumenty, a mianowicie sprawozdanie sanitarno-opisowe Garnizonu Łódź za cały rok oraz za miesiąc grudzień. Z roku 1935 nie posiadamy sprawozdania rocznego, ale zachowane są dużo dokładniejsze sanitarne sprawozdania miesięczne od stycznia do listopada. Za rok 1936 – tak jak za rok 1934 - zachowane są dwa dokumenty: sprawozdanie miesięczne za grudzień i całościowe sprawozdanie roczne. Sprawozdania sanitarne za rok 1937 posiadamy od stycznia do października z tym, że brakuje sprawozdania za miesiąc sierpień, nie zachowało się także sprawozdanie roczne.

Na przykładzie wojsk stacjonujących w łódzkim garnizonie autorka omówi statystkę i problemy chorób, które w większości były podobne i charakterystyczne dla całego IV Okręgu Korpusu.

⁷⁰¹ Szkorbut (gnilec, cynga, łac. scorbutus) – choroba wielonarządowa, wywołana niedoborem kwasu askorbinowego w pożywieniu.

ROK 1934

W ciągu 1934 r. w garnizonie łódzkim zaobserwowano dwie epidemie chorób zakaźnych: świnki i grypy. Epidemia świnki dominowała w kwietniu i w maju, natomiast grypa uaktywniła się w końcu roku. Odnotowano także w 10 Kaniowskim Pułku Artylerii Lekkiej (10 pal) 5 przypadków duru brzusznego. Występowały sporadycznie przypadki płonicy, róży, nagminnego zapalenia opon mózgowych, jaglicy i gruźlicy. W raporcie podkreślony jest fakt, że przypadki gruźlicy zostały wykryte u żołnierzy w pierwszych miesiącach ich służby – zatem chorowali oni na nią już przed wstąpieniem do wojska. Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź z grudnia 1934 r. podaje, że: „(...) na terenie garnizonu nagminnego występowania chorób zakaźnych nie było. Zanotowano kilkanaście sporadycznych wypadków grypy, jeden wypadek płonicy, dwa wypadki róży (...)”⁷⁰². Wśród ludności cywilnej natomiast odnotowano w grudniu 1934 r. zmniejszenie się ilości chorób zakaźnych. Jedynie zachorowanie na płonicę miało dość duże nasilenie.

W roku 1934 nastąpiło dość duże wzmożenie zachorowań na choroby weneryczne. Jak podkreślano: (...) *największe nasilenie ilościowe, miesiącach przypadających na wcielenie rekrutów, czyli na choroby nabyte przed wcieleniem (...)*”⁷⁰³.

Liczba nieszczęśliwych wypadków i samobójstw w stosunku do lat poprzednich nie zmniejszyła się. Samych samobójstw zanotowano pięć, w tym jedno strzelca rezerwy. Wypadki śmierci w skutek nieszczęśliwych wypadków również nie uległy redukcji w porównaniu z latami wcześniejszymi. Głównymi przyczynami śmierci były: utonięcia, wypadki kolejowe i samochodowe – jak podkreślał raportujący – „*zawsze w skutek własnej nieostrożności*”⁷⁰⁴.

Odzież i bielizna u żołnierzy garnizonu łódzkiego była ogólnie w stanie dobrym i ulegała stałej poprawie. W Łodzi brakowało pralni garnizonowej, jednak pralnie oddziałowe istniały i funkcjonowały dość dobrze.

Zaopatrzenie ilościowe w wodę w niektórych łódzkich koszarach było niewystarczające. Przykładowo przy koszarach 31 Pułku Strzelców Kaniowskich przez małą wydajność studni wodociągowej zostały częściowo unieruchomione instalacje wodociągowo-kanalizacyjne. Jakościowo woda była wszędzie zdatna do użytku.

⁷⁰² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź z XII. 1934 r.*, s. 1.

⁷⁰³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1934*, s. 1.

⁷⁰⁴ Tamże.

Ogólnie w porównaniu do roku 1933 stan sanitarny w garnizonie łódzkim uległ poprawie. Koszary 10-ego Kaniowskiego Pułku Artylerii Lekkiej (10 pal) oraz 4-ego Pułku Artylerii Ciężkiej (4 pac) zostały przyłączone do kanalizacji miejskiej. Izby Chorych wszystkich oddziałów za wyjątkiem 10 pal zostały przyłączone do wodociągów, otrzymały łazienki, wodne ustępy i umywalki. Widoczna była zwiększona troska o czystość i higienę.

Lekarze garnizonu w 1934 r. leczyli nie tylko osoby wojskowe, ale także członków ich rodzin. Podkreślano, że lekarze „(...) przeciętnie dokonują (...) około 20 wizyt miesięcznie na mieście i około 20 wizyt laboratoryjnych”⁷⁰⁵. W okresie epidemii, np. grypy liczba wizyt wzrastała dwukrotnie. Warto nadmienić, iż wizyty u dzieci do lat 7 wykonywał lekarz cywilny – pediatra, zakontraktowany, co znakomicie podnosiło wyniki leczenia wśród dzieci na terenie stacjonowania łódzkiego garnizonu⁷⁰⁶.

Ludności cywilna w Łodzi miała stałą, znaczną liczbę zachorowań na: płonice, błonice, dur brzuszny, nagminne zapalenie opon mózgowych i choroby weneryczne. Choroby te występowały z pewnymi wahaniami w zależności od pory roku.

W końcówce raportu sanitarnego zawsze pojawiał się podpunkt: „Braki sanitarne garnizonu”, w nich umieszczano plany, które poprawiłby stan sanitarny łódzkich koszar.

W 1934 r. wymienione zostały następujące rzeczy: „1) *Celem byłoby utworzenie jednej wzorowej pod względem budynkowym i wyekwipowania garnizonowej Izby Chorych, ze skasowaniem obecnych Izb w pododdziałach i pozostawienia tylko przychodni.* 2) *Konieczne przeniesienie przychodni wenerycznej i ocznej do rejonu koszar, gdyż obecna odległość około 6 km ogromnie utrudnia leczenie szeregowych.* 3) *Zmniejszenie ciasnot zakwaterowania tak, aby była ona pod względem kubatury powietrza na salach sypialnych choć zbliżona do obowiązujących norm.* 4) *Dalsza rozbudowa urządzeń wodociągowo-kanalizacyjnych koszar, podniesienie stanu budynkowego, wprowadzenie ruchomych śmietników-skrzyń, zmiana niektórych budynków kontraktowanych, a nie odpowiednich na inne (np. budynek przy ulicy Kilińskiego dla Komp. Telegraf. Nr 10)*”⁷⁰⁷.

ROK 1935

W roku 1935 w garnizonie łódzkim choroby zakaźne były najczęściej spotykanymi z infekcji. W styczniu wybucha epidemia grypy na terenie całego garnizonu. Ilość

⁷⁰⁵ Tamże, s. 2.

⁷⁰⁶ Tamże.

⁷⁰⁷ Tamże, s. 3.

zachorowań była bardzo duża, przebieg infekcji był jednak łagodny i krótki, rzadko występowały powikłania⁷⁰⁸.

Tabela 3.5.1. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – styczeń 1935 r.

Nazwa choroby	Oddziały garnizonu Łódź				
	31 pSK	28 pp	10 pal	4 pac	Oddziały przydzielone (inne)
Świnka	1	-	-	-	-
Grypa	45	59	4	5	28
Angina	16	4	1	1	4
Gruźlica	1	-	-	-	-

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1935*, s. 1

W kolejnym miesiącu w całym garnizonie nadal panowała grypa. Przebieg zachorowań był na ogół łagodny, ale coraz częściej występowały powikłania płucne i laryngologiczne. Wśród ludności cywilnej także panowała silna epidemia grypy. Pojawiało się dużo wypadków anginy i odry, malała natomiast liczba chorych na dur brzuszny⁷⁰⁹.

Tabela 3.5.2 Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – luty 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Grypa	128
Zapalenie ślinianki przyusznej	4
Zapalenie opon mózgowych	-
Zapalenie migdałków ostre	22
Róża	-

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1935*, s. 1.

W marcu epidemia grypy osiągnęła największe nasilenie. Przebieg choroby był dość ciężki i występowała duża ilość powikłań płucnych oraz laryngologicznych. Sumarycznie przedstawiały się one następująco:

Tabela 3.5.3. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – marzec 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Grypa	259

⁷⁰⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1935*, s. 1.

⁷⁰⁹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1935*, s. 1.

Angina	53
Świnka	3
Róża	4
Gruźlica	3

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1935*, s. 1.

W kwietniu 1935 r. odnotowano 114 przypadków grypy, czyli liczba chorych spadła. Natomiast zachorowalność na anginę wzrosła do 61 przypadków. Róża utrzymywała się na takim samym poziomie chorujących. Epidemia grypy wśród ludności cywilnej był nadal w dużym nasileniu. Poza tym zwiększyła się liczba zakaźnych chorób dziecięcych i anginy⁷¹⁰.

Tabela 3.5.4 Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – kwiecień 1935 r.

Nazwa choroby	Oddziały garnizonu Łódź				
	31 pSK	28 pp	10 pal	4 pac	Oddziały przydzielone (inne)
Grypa	22	75	11	11	15
Angina	19	17	11	7	7
Róża	-	1	1	-	2
Płonica	1	-	-	-	-
Zapalenie opon mózgowych	1	-	-	-	-
Zapalenie ślinianki przyusznej	1	-	-	-	-

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935*, s. 1

Z chorób zakaźnych w maju 1935 r. zanotowano 63 przypadki anginy, z czego najwięcej z 31 Pułku Strzelców Kaniowskich (pSK) (27), z 28 pułku piechoty (pp) (20) i z 10 pal (11)⁷¹¹. Stosunkowo duża jej ilość była w ścisłym związku z panującą anginą wśród ludności cywilnej, do czego przyczyniła się zmienność pogody i temperatury w omawianym miesiącu. Oprócz anginy odnotowano inne choroby zakaźne, które przedstawia poniższa tabela:

⁷¹⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935*, s. 1.

⁷¹¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935*, s. 1.

Tabela 3.5.5. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – maj 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Angina	58
Grypa	51
Gościec stawowy	7
Róża	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935*, s. 1.

W czerwcu wspomniano o jednym przypadku szkarlatyny i trzech przypadkach świnki w 4 Dywizjonie Samochodowym, oraz o 44 przypadkach anginy w 31 pSK Stan zdrowia ludności cywilnej Łodzi w czerwcu 1935 r. był dobry. Nie stwierdzono nasilenia chorób zakaźnych. Nie wystąpiła także żadna epidemia⁷¹².

Tabela 3.5.6. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – czerwiec 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Angina	59
Świnka	3
Szkarlatyna	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1935*, s. 1.

W lipcu w łódzkim garnizonie odnotowano w sumie 80 przypadków chorób zakaźnych. Największą ilość stanowiła angina i grypa, najmniejszą zaś płonica i dur brzuszny. Z tym, że dur brzuszny miał pojawić się wśród nowo wcielonych rekrutów do 31 pSK.

Choroby zakaźne w większych skupiskach ludności bardzo łatwo się rozprzestrzeniały mimo stosowania środków prewencyjnych. W mieście Łodzi w lipcu 1935 r. zanotowano 92 przypadki duru brzusznego, 55 płonicy i 48 błonicy. W rejonie znajdującym się bezpośrednio w sąsiedztwie koszar odpowiednio: 17 przypadków duru, siedem płonicy i siedem błonicy⁷¹³. Podjęte zostały odpowiednie działania w celu zminimalizowania zachorowania wśród żołnierzy garnizonu łódzkiego, a sytuacja zdrowotna ludności cywilnej Łodzi była stale kontrolowana⁷¹⁴.

⁷¹² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1935*, s. 1.

⁷¹³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1935*, s. 1.

⁷¹⁴ Więcej o akcjach zapobiegawczych w kolejnym podrozdziale.

Tabela 3.5.7. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – lipiec 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Angina	37
Grypa	31
Róża	3
Gruźlica	3
Gościec stawowy	2
Zapalenie ślinianki przyusznej	2
Płonica	1
Dur brzuszny	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1935*, s. 1.

W sierpniu 1935 r. w sumie odnotowano 68 przypadków chorób zakaźnych wśród żołnierzy⁷¹⁵. Liczba chorujących na te jednostki chorobowe zatem uległa zmniejszeniu. W czołówce nadal pozostawały dwie choroby: angina i grypa. Ponadto odnotowano jeden przypadek płonicy.

Tabela 3.6.8 Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – sierpień 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Angina	37
Grypa	30
Płonica	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc sierpień 1935*, s. 1.

We wrześniu nagminne występowania chorób zakaźnych nie było. Mimo zdecydowanego zmniejszenia się ich liczebności to i tak odnotowanych zostało 16 przypadków anginy, 15 przypadków grypy i jeden przypadek – wcześniej w roku 1935 nie notowanego – gościca stawowego⁷¹⁶. Wśród okolicznej ludności cywilnej odnotowano zwiększoną ilość zachorowań na dur brzuszny i zakaźne choroby dziecięce⁷¹⁷.

⁷¹⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc sierpień 1935*, s. 1.

⁷¹⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1935*, s. 1.

⁷¹⁷ Tamże.

W październiku oprócz stale występującej grypy i anginy, której liczba chorujących żołnierzy zwiększyła się odpowiednio dla grypy do 29 przypadków, a dla anginy do 28 to odnotowano po jednym przypadku róży i świnki. Innych chorób zakaźnych, ani epidemii nie zanotowano. Ludność cywilną Łodzi cechowała wzmożona zachorowalność na gripę, płonicę i błonicę. Zmniejszyła się ilość zachorowań na dur brzuszny, ale zwiększyła na wrzód miękki⁷¹⁸.

Nagminnego wystąpienia chorób zakaźnych w garnizonie w listopadzie nie było. Wśród ludności cywilnej miasta Łodzi nastąpiło duże nasilenie grypy i anginy. Zmniejszyła się liczba zachorowań na dur brzuszny. Pojawiać się zaczęły zachorowania na dur plamisty⁷¹⁹.

Wśród wojska zaznaczyło się nasilenie anginy i grypy, a ponadto występowały następujące choroby:

Tabela. 3.5.9. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – listopad 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Dur brzuszny	1
Płonica	1
Gościec stawowy	1
Gruźlica	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc listopad 1935*, s. 1.

Łącznie za rok 1935 wszystkich chorób zakaźnych w garnizonie Łódź było 1252 przypadki. Z czego w największym nasileniu występowała angina i grypa. Największa zachorowalność wystąpiła w miesiącach: marcu i kwietniu, najmniejsza zaś w listopadzie i we wrześniu.

Kolejną grupą chorób bardzo wnikliwie omawianą w miesięcznych sprawozdaniach garnizonu łódzkiego były choroby weneryczne. W styczniu 1935 r. wymienione są w zestawieniu tylko dwie choroby weneryczne: kiła i rzeżączka. Odnotowano tylko jednego chorego na kiłę w 31 pSK. W pozostałych oddziałach garnizonu w Łodzi chory wenerycznie nie było. Ilościowo zachorowania na choroby weneryczne przedstawiały się następująco:

⁷¹⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1935*, s. 1

⁷¹⁹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc listopad 1935*, s. 1.

Tabela 3.5.10. Liczba chorych żołnierzy na choroby weneryczne w oddziałach garnizonu Łódź – luty 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Kiła pierwotna	-
Kiła utajona	2
Kiła inna	-
Rzeżączka	6
Wrzód weneryczny	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1935*, s. 1.

„W marcu 1935 r. ilość chorób wenerycznych zwiększyła się bardzo przez wcielenie nowych rekrutów do wojska. Wśród nowo przyjętych rekrutów stwierdzono ok. 8% chorych”⁷²⁰. W źródłach o sanitarnym aspekcie wojska polskiego w okresie dwudziestolecia międzywojennego takie wytłumaczenie wzrostu zachorowań znajdujemy bardzo często. Rzeczywiście mogło mieć ono wpływ na zwiększenie się liczby chorych wenerycznie, jednakże na pewno nie było to jedyne źródło zachorowań. Należy bowiem przypomnieć, że w ówczesnym okresie choroba weneryczna uchodziła za wstydlivą, a dla żołnierzy i oficerów wręcz za hańbiącą. Wiele osób ją ukrywało lub było jej nieświadomymi nosicielami. Poprzez niezachowywanie higieny, brak wiedzy – zarażało się coraz większe grono osób – w tym cywile. W OK nr IV Łódź szeroko były prowadzone akcje zapobiegawcze, które zmniejszały ilość zachorowań⁷²¹.

W kwietniu 1935 r. zanotowano dziewięć przypadków rzeżączki, z czego pięciu chorych znajdowało się w 31 pSK. Ponadto w garnizonie łódzkim pojawiły się: cztery przypadki wrzodu miękkiego i jeden przypadek kiły pierwotnej⁷²².

W maju 1935 liczba chorujących na rzeżączkę zmniejszyła się do pięciu osób. Do trzech spadła liczba chorych żołnierzy na wrzód miękki. Natomiast chorych z kiłą odnotowano dwa przypadki⁷²³.

⁷²⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1935*, s. 1.

⁷²¹ Więcej o akcjach zapobiegawczych w kolejnym podrozdziale.

⁷²² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935*, s. 1.

⁷²³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935*, s. 1.

W kolejnym miesiącu na cztery przypadki rzeżączki, dwa odnotowano w 31 pSK, a dwa w 4 Szpitalu Okręgowym. Pojawił się także jeden chory na kiłę w 4 pac oraz dwa przypadki wrzodu miękkiego w koszarach 31 pSK.

Tabela 3.5.11. Liczba chorych żołnierzy na choroby weneryczne w oddziałach garnizonu Łódź – czerwiec 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Rzeżączka	4
Wrzód miękki	2
Kiła	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1935*, s. 1.

W lipcu 1935 r. łącznie na choroby weneryczne chorowało dziewięciu żołnierzy. Najwięcej na kiłę, bo pięciu. Odnotowano także trzy przypadki rzeżączki i jeden wrzodu miękkiego⁷²⁴.

W sierpniu i we wrześniu 1935 r. łącznie było 17 zachorowań na choroby weneryczne. Dziesięć przypadków odnotowano w sierpniu natomiast siedem we wrześniu. Zwalczanie i zapobieganie chorobom wenerycznym nadal odbywało się przy pomocy środków ochronnych i pogadanek. Odnotowano osiem przypadków rzeżączki i dwa przypadki kiły w sierpniu⁷²⁵. Natomiast we wrześniu liczba chorych na rzeżączkę spadła do trzech, a kiły do jednego przypadku. Jednakże we wrześniu pojawiły się dodatkowe trzy przypadki chorych na wrzód miękki⁷²⁶.

W październiku 1935 r. wzrosła liczba chorujących. Zwraca uwagę duża ilość przypadków wrzodu miękkiego, co zgadzało się z notowaniami raportujących cywilnych, którzy również stwierdzili duży wzrost tego zachorowania w Łodzi. Akcja zapobiegania była prowadzona według ustalonego programu w poszczególnych oddziałach⁷²⁷.

⁷²⁴ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1935*, s. 1.

⁷²⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc sierpień 1935*, s. 1.

⁷²⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1935*, s. 1.

⁷²⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1935*, s. 1.

Tabela 3.5.12. Liczba chorych żołnierzy na choroby weneryczne w oddziałach garnizonu
Łódź – październik 1935 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Rzeżączka	4
Wrzód miękki	4
Kiła	3

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1935*, s. 1.

W listopadzie 1935 r. zaś przybyło dużo nowych przypadków rzeżączki. Miała ona oczywiście występować pośród nowo wcielonych poborowych. Poza rekrutami w całym garnizonie miał być odnotowany tylko jeden przypadek tej choroby⁷²⁸.

Oprócz chorób zakaźnych oraz wenerycznych w garnizonie łódzkim występowały także inne przypadki chorób i uszkodzeń.

W styczniu 1935 r. wystąpiły dwa tzw. nieszczęśliwe wypadki. W 4 pac strzelec został kopnięty przez konia w wyniku czego miał złamane podudzie, a w 31 pSK wystąpił przypadek uszkodzenia stawu kolanowego u jednego z żołnierzy podczas ćwiczeń narciarskich. Nagła śmierć wystąpiła u jednego z żołnierzy 31 pSK, który zmarł w szpitalu „(...) w parę godzin po zachorowaniu śród objawów padaczki”⁷²⁹.

W lutym odnotowano dużą ilość nieszczęśliwych wypadków: 15. Największa ilość wystąpiła w oddziałach artylerii. Kilka z nich spowodowanych było gołoledzią. Śmierci poza leczeniem oraz samobójstw nie było. Woda we wszystkich oddziałach została przebadana. Była ona bakteriologicznie dobra i ilościowo wystarczająca. Jedynie w 31 pSK z powodu niewydolności studni były nieczynne instalacje wodociągowo-kanalizacyjne⁷³⁰.

W marcu samouszkodzeń i samobójstw nie odnotowano. Nieszczęśliwych wypadków było sześć z czego trzy w 4 pac. Wypadków śmierci poza leczeniem nie było. Odzież i bielizna szeregowych na ogół była ilościowo i jakościowo w stanie dostateczny. Jednakże w związku z powiększeniem się stanu liczebnego w garnizonie uległa pogorszeniu. Poprzez zwiększenie liczbowe rekrutów także zaopatrzenie w wodę stało się problemem: „(...) zaopatrzenie w wodę zaledwie wystarczające ilościowo i do czasu zainstalowania wodociągu

⁷²⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc listopad 1935*, s. 1.

⁷²⁹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1935*, s. 1.

⁷³⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1935*, s. 1.

nie będzie odpowiednie z punktu widzenia higieny. W 31 pSK studnia zaopatrująca urządzenia wodociągowe nadal nieczynna⁷³¹. Kwatery żołnierskie były na ogół ciasne, kubatura powietrza na salach sypialnianych według raportu była niewystarczająca. Leczenie członków rodzin przeprowadzali lekarze oddziałowi. W związku z epidemią grypy zdecydowanie zwiększyła się liczba wizyt domowych. Na przykład lekarz 28 pp w marcu 1935 r. dokonał 43 wizyt⁷³².

W kwietniu 1935 r. zarówno masowych zachorowań, jak i samouszkodzeń w garnizonie łódzkim nie było. Z nieszczęśliwych wypadków zanotowano:

- „Strzelec z 31 pSK na przepustce został zraniony w głowę siekierą. Przebywał w 4 szpitalu Okręgowym w Łodzi.
- W 4 pac miało miejsce samobójstwo.
- W 10 pal zanotowano jeden przypadek rany tłuczonej podudzia, na skutek kopnięcia przez konia oraz jeden przypadek złamania kości, którego przyczyną było nadeptanie przez konia⁷³³.

Wypadków śmiertelnych poza leczeniem nie było. Na zapalenie grypowe płuc zmarł w 4 Szpitalu Okręgowym jeden szeregowy⁷³⁴. Bielizna i odzież we wszystkich oddziałach w kwietniu stały na poziomie dobrym i w stanie zadowalającym. Jakość wody oraz żywności także odnotowywano na poziomie dobrym. Stan sanitarny koszar natomiast był dostateczny, bowiem panowała „ciasnota” w koszarach (spiętrowane łóżka). Niekorzystne były także umywalnie na salach jadalnych z drewnianą podłogą, co sprzyjało rozwojowi bakterii. 69 członków rodzin żołnierzy leczono w domu, a 62 ambulatoryjnie. Stan zdrowia ludności cywilnej m. Łodzi był w kwietniu bez szczególnych wpływów na zdrowie w oddziałach. Żadnej epidemii nie zanotowano.

W maju masowych zachorowań nie było. Z nieszczęśliwych wypadków zanotowano:

- 1) „rana cięta powieki górnej zadana przez kolegę w czasie wychowania fizycznego,
- 2) złamanie powikłane na wskutek ugryzienia przez konia (...)
- 3) złamanie kości piszczelowej w czasie rozprawy,
- 4) rany klute policzka zadane przez nieznanych osobników w czasie bójki,

⁷³¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1935*, s. 1.

⁷³² Tamże.

⁷³³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935*, s. 1.

⁷³⁴ Tamże.

5) *rana cięta łuku brwiowego na skutek uderzenia przez kolegę (...)*”⁷³⁵.

Wypadków śmierci poza leczeniem nie było. Leczone domowo 50 członków rodzin żołnierzy, a ambulatoryjnie 43. W Łodzi wśród cywilów odnotowanych było dużo przypadków anginy, co nie pozostało bez konsekwencji wobec stacjonujących w mieście oddziałów wojskowych. Warunki sanitarne koszar pozostawały bez zmian, odnotowano jednak pewne braki i potrzeby sanitarne. W 10 pal brakowało pomieszczeń na Izbę Chorych, a w 31 pSK z najważniejszych potrzeb podkreślano: naprawę i remont rejonu zakwaterowania III baonu, naprawę rynsztoków i ścieków w obrębie pułku oraz zakupienie metalowych skrzyń na śmieci. W 28 pp wymieniano brak umywalki z bieżącą wodą w gabinecie lekarskim, a w 4 Dywizji Żandarmerii brak urządzeń kanalizacyjnych, dobrych umywalek i ustępów⁷³⁶.

W kolejnym miesiącu z nieszczęśliwych wypadków zanotowano:

- 1) jeden przypadek rany kłutej brzucha bagnetem w 10 pal,
- 2) jeden przypadek rany postrzałowej strzelca z 28 pp,
- 3) próbę samobójczą w 28 pp z użyciem jodiny (żołnierz został odratowany i wyleczony)⁷³⁷.

W garnizonie nie odnotowano śmierci poza leczeniem, ani w wyniku samobójstwa⁷³⁸. Porad domowych rodzinom wojskowym lekarze udzielili w liczbie 35, a ambulatoryjnych 44.

W lipcu zachorowań masowych nie było. Samouszkodzenia i nieszczęśliwe wypadki odnotowane w/w miesiącu to:

- 1) złamanie kości śródstopia
- 2) rana postrzałowa twarzy z pistoletu zadana przez innego żołnierza na sali żołnierskiej,
- 3) rana tłuczona podudzia po upadku z jaszczu⁷³⁹.

Wypadków śmierci poza leczeniem nie odnotowano⁷⁴⁰. Ponadto leczono domowo 37 członków rodzin żołnierzy, a ambulatoryjnie 47.

⁷³⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935*, s. 1.

⁷³⁶ Tamże.

⁷³⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1935*, s. 1.

⁷³⁸ Tamże.

⁷³⁹ Jaszcz - jednoosiowy pojazd służący, przede wszystkim w artylerii konnej, do przewożenia amunicji artyleryjskiej.

⁷⁴⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1935*, s. 1.

W sierpniu nie odnotowano żadnego przypadku samouszkodzenia, natomiast z nieszczęśliwych wypadków zapisano:

- 1) 2 rany postrzałowe ślepakami , jedna w 28 pp druga w 31 pSK,
- 2) ranę tłuczoną podudzia po upadku z konia w 10 pał⁷⁴¹.

Wypadków śmierci poza leczeniem nie było. W domu leczono 37 członków rodzin żołnierzy, natomiast ambulatoryjnie 49. Stan sanitarny koszar, higiena żołnierzy oraz czystości ich bielizny i odzieży cały czas opisywany był w sprawozdaniach podobnie – ich stan po prostu nie ulegał zmianie.

We wrześniu 1935 r. zachorowań masowych nie było, a samouszkodzeń nie zanotowano. Stwierdzono natomiast bardzo dużą ilość urazów, związanych z tym, że w ciągu okresu sprawozdawczego oddziały brały udział w ćwiczeniach dywizyjnych i między dywizyjnych. Wypadków nagłej śmierci nie zanotowano. Szczególnych okoliczności sanitarnych we wrześniu nie odnotowano. Zadecydował o tym fakt, że poszczególne łódzkie formacje wojskowe przebywały na manewrach⁷⁴². Leczenie członków rodzin wojskowych lekarz garnizonu w w/w miesiącu nie przeprowadzał.

W październiku wystąpił jeden śmiertelny wypadek w kadrze 4 Dywizjonu Samochodowego w skutek nieszczęśliwego przygniecenia strzelca przez auto⁷⁴³. Poza tym nie odnotowano innych uszkodzeń śmiertelnych, zamachów samobójczych ani samouszkodzeń. Wystąpiły jakieś drobne urazy, jednak nie zostało one wymienione w sprawozdaniu. Raportujący odsyła do dokumentów poszczególnych oddziałów⁷⁴⁴. Leczenia członków rodzin wojskowych lekarz garnizonu w październiku nie przeprowadzał.

W listopadzie 1935 r. samobójstw ani samouszkodzeń nie odnotowano w garnizonie łódzkim. Dokonano natomiast szczegółowego badania, kontroli jakości i dostępności wody w koszarach garnizonowych. Samo zaopatrzenie w wodę okazało się dobre – była ona zdatna do użytku w stanie surowym⁷⁴⁵. W listopadzie odbyło się wcielenie poborowych z rocznika 1914 r. Stan fizyczny poborowych jak wspomniano w sprawozdaniu: „(...) na ogół nie gorszy

⁷⁴¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc sierpień 1935*, s. 1.

⁷⁴² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1935*, s. 1.

⁷⁴³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1935*, s. 1.

⁷⁴⁴ Tamże.

⁷⁴⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc listopad 1935*, s. 1.

niż z poprzednich wcieleń”⁷⁴⁶. Leczenia członków rodzin wojskowych lekarz garnizonu w listopadzie nie przeprowadzał.

ROK 1936

Nagminnego występowania chorób zakaźnych w roku 1936 nie odnotowano. Uderza znikoma ilość zachorowań na dur brzuszny, mimo stosunkowo dużej ilości wypadków tej choroby w Łodzi wśród ludności cywilnej. Żadnych specjalnych zarządzeń dla walki z chorobami zakaźnymi w omawianym roku nie wydawano.

Jeśli chodzi o liczbę chorych żołnierzy na choroby zakaźne to odnotowano 553 przypadków. Najwięcej żołnierzy chorowało na grypę i anginę, najmniej na dur brzuszny. Poniższa tabela przedstawia dokładnie liczbę chorych żołnierzy w oddziałach garnizonu Łódź na choroby zakaźne w 1936 r.⁷⁴⁷

Tabela 3.5.13. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – 1936 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Grypa	342
Angina	162
Gościec stawowy	20
Gruźlica	11
Róża	5
Zapalenie opon mózgowych	5
Płonica	3
Świnka	3
Czerwonka	1
Dur brzuszny	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936*, s. 1.

Ze sprawozdania z grudnia 1936 r. dowiadujemy się, że również w końcowe omawianego roku nagminnego występowania chorób zakaźnych nie było. W samym grudniu stwierdzono zachorowania tylko na dwie choroby zakaźne: grypę - 23 zachorowania i anginę - 11

⁷⁴⁶ Tamże.

⁷⁴⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936*, s. 1.

zachorowań⁷⁴⁸. Powyższe potwierdza tylko całosciowe statystyki zachorowań, że te dwie choroby zakaźne był najczęściej notowane w garnizonie łódzkim w roku 1936.

W Łodzi wśród ludności cywilnej przez cały rok 1936 stwierdzono duże nasilenie chorób zakaźnych, a w szczególności: duru brzuszego, gruźlicy oraz chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Zagrożenie stanowiły także choroby weneryczne, które występowały w omawianym roku w bardzo dużym nasileniu⁷⁴⁹.

Liczba chorujących wenerycznie w roku 1936 w łódzkim garnizonie wynosiła 70 żołnierzy. Najwięcej przypadków odnotowano rzeżączki, najmniej wrzodu wenerycznego.

Tabela 3.5.14. Liczba chorych żołnierzy na choroby weneryczne w oddziałach garnizonu Łódź – 1936 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Rzeżączka	46
Kiła	20
Wrzód weneryczny	4

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936*, s. 1.

Powyższe statystyki nie były jednak rzetelne. Raportujący następująco podsumowuje powyższe wyniki: „*Nie daje to (...) istotnego obrazu ilości zachorowań na choroby weneryczne w czasie służby wojskowej, gdyż większa część tych zachorowań skierowanych do szpitala należy odnieść na konto poborowych lub rezerwistów wcielanych do wojska jako chorych wenerycznie lub też w szczególnej odniesieniu do kiły, są to sprawy stare, utajone, wykrywane przypadkowo (...)*”⁷⁵⁰. Walka z chorobami wenerycznymi była prowadzona w poszczególnych oddziałach. Naczelný lekarz garnizonu był w stałym kontakcie z Urzędem Sanitarno-Obyczajowym dla wykrywania i usuwania źródeł zakażenia. Miał on też kontakt ze stacjami zapobiegawczymi PCK, dzięki którym prowadzona była szersza profilaktyka weneryczna obejmująca także ludność cywilną.

Masowych zachorowań w 1936 r. nie odnotowano. Ilość nieszczęśliwych wypadków na ogół uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem ubiegłym. Największe ilości wykazują pułki

⁷⁴⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc grudzień 1936*, s. 1.

⁷⁴⁹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936*, s. 1.

⁷⁵⁰ Tamże.

artylerii, w szczególności 10 pal oraz kadra 10 baonu pancernego. W roku 1936 stwierdzano kilka przypadków samouszkodzeń, których celem było uchylenie się od służby wojskowej.

Odnotowano dwa wypadki samobójstw szeregowych z 28 pp i jeden przypadek zamachu samobójczego w 4 pac. Ponadto w raporcie odnajdujemy także jeden wypadek „nagłej śmierci sercowej podoficera zawodowego 10 Baonu Panc.⁷⁵¹”.

Garnizon łódzki nadal nie posiadał pralni garnizonowej. Odzież i bielizna żołnierzy w utrzymywana była w dobrym stanie. Oddziały nadal były niedostatecznie zaopatrzone w wodę. Jednakże jakościowo - bakteriologiczne badania wody wszędzie wykazały, że woda była zdatną do picia. Żywnienie żołnierzy na ogół stało na dobrym poziomie. Magazyny żywnościowe natomiast pod względem budowlanym były w stanie dostatecznym. Największym problemem było przechowywanie mięsa we wszystkich oddziałach, za wyjątkiem 10 pal, napotymano bowiem na trudności ze względu na brak odpowiednich magazynów mięsnych.

Stan sanitarny koszar przedstawiał się bez zmian w porównaniu z rokiem poprzednim. Wszystkie pomieszczenia koszarowe były zbyt ciasne, a niektóre jak na przykład koszary 3 baonu 4 pac nie nadawały się w zupełności do pełnionej funkcji. Łaźnia garnizonowa była czynna przez cały rok i działała sprawnie.

W brakach sanitarnych Garnizonu Łódź zostały w *Sprawozdaniu Sanitarno-Opisowym za rok 1936*, wymienione następujące rzeczy:

- 1) Nadmierne oddalenie przychodni skórno-wenerycznej od koszar.
- 2) Brak pralni garnizonowej.
- 3) Brak instalacji wodociągowo-kanalizacyjnych w koszarach.
- 4) Brak skrzyń metalowych w koszarach przeznaczonych na wywożenie śmieci i brak organizacji spójnego wywożenia śmieci.
- 5) Zaszczurzenie koszar⁷⁵².

ROK 1937

Choroby zakaźne tak jak w poprzednich sprawozdaniach, także i w tym wymieniane były na pierwszym miejscu. Bardzo się ich bowiem obawiano i starano się zachowywać wobec nich dużą ostrożność.

⁷⁵¹ Tamże.

⁷⁵² Tamże.

Już w styczniu 1937 r. we wszystkich oddziałach garnizonu stwierdzono dużą epidemię grypy. W izbach chorych i w szpitalach leczono łącznie 457 żołnierzy, w tym 21 chorowało na zapalenie płuc. Ponad to co najmniej taka sama ilość szeregowych przeszła grypę ambulatoryjnie. Na ogół przebiegi choroby były lekkie, bez powikłań. Czas trwania infekcji wahał się od 5 do 8 dni. Najczęstszym powikłaniem które wstępowało było zapalenie płuc, rzadszym zapalenie ucha środkowego. W dwóch przypadkach pojawiły się bardzo ciężkie powikłania: zapalenia jamy ustnej i przełyku. Oprócz grypy w styczniu 1937 r. odnotowano także dużą liczbę zatruc żółdkowo-jelitowych. Z innych chorób zakaźnych stwierdzono 10 chorych na anginę oraz 2 wypadki świnki⁷⁵³. Wśród ludności cywilnej miasta Łodzi stwierdzono ogromne nasilenie grypy oraz wzmożenie duru brzuszego⁷⁵⁴.

W lutym 1937 r. powoli wygasła duża epidemia grypy. Łącznie odnotowano 152 przypadki zakaźnie chorych, z czego 150 żołnierzy chorowało na grypę.

Stan zdrowia ludności cywilnej w mieście Łodzi uległ poprawie, zanotowano bowiem malejącą epidemię grypy, która jeszcze w omawianym miesiącu dawała masowe zachorowania. Pojawiły się także przypadki nagminnego zachorowania na zapalenie opon mózgowych, głównie wśród dzieci. Inne choroby zakaźne utrzymały się na zwykłym poziomie. W okolicach Łodzi (Tomaszów Mazowiecki) stwierdzono dwa wypadki duru płamistego⁷⁵⁵.

Tabela 3.5.15. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – luty 1937 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Grypa	130
Angina	15
Świnka	5
Gruźlica	2

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1937 r.*, s. 1.

W kolejnym miesiącu nagminnego występowania chorób zakaźnych nie odnotowano. W sumie odnotowano 99 chorych na choroby zakaźne. Ponownie największą liczbę stanowili

⁷⁵³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1937*, s. 1.

⁷⁵⁴ Tamże.

⁷⁵⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1937*, s. 1.

chorzy na grypę – 66 przypadków. Ponadto stwierdzono: 27 zainfekowanych na anginę, 4 na świnkę i 2 na gruźlicę⁷⁵⁶.

Ludność cywilna miasta Łodzi wykazała w marcu 1937 r. zwiększenie zachorowań na odrę, zapalenie opon mózgowych oraz nastąpiły powikłania po epidemii grypy: zapalenia zatok bocznych nosa, zapalenia opłucnej. W Strykowie i Tomaszowie Mazowieckim odnotowano dziewięć przypadków duru plamistego⁷⁵⁷.

W kwietniu ze względu na wiosenne przesilenie liczba chorujących gwałtownie zwiększyła się. Potwierdzono 108 zainfekowanych zakażnie żołnierzy. Nadal największą liczbę przypadków stanowiła grypa⁷⁵⁸.

U ludności cywilnej miasta Łodzi nie odnotowano wzrostu zachorowań na choroby zakaźne, jednak ilość zachorowań na dur brzuszny utrzymywał się nadal – jednakże fakt ten nie miał wpływu na stan zdrowia żołnierzy⁷⁵⁹.

Tabela 3.5.16. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – kwiecień 1937 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Grypa	74
Angina	14
Świerzb	8
Świnka	5
Szkarlatyna	3
Gruźlica płuc	2
Gruźlica skóry	1
Jaglica	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1937*, s. 1.

W maju udało się opanować sytuację chorób zakaźnych i ich liczba zaczęła spadać. Łącznie odnotowano 48 przypadków. Nadal na miejscu pierwszym utrzymywała się grypa, jednak liczba na nią chorujących spadła do 25. Ponadto stwierdzono: 15 zarażonych na

⁷⁵⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1937*, s. 1.

⁷⁵⁷ Tamże.

⁷⁵⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1937*, s. 1.

⁷⁵⁹ Tamże.

anginę, 3 na gościec stawowy, 2 przypadki gruźlicy i po jednym chorującym na gruźlicę skóry, różę i płonicę⁷⁶⁰.

W maju 1937 r. nie stwierdzono zwiększenia się chorób zakaźnych. Stan zdrowia ludności cywilnej był bez wpływu na stan zdrowia żołnierzy⁷⁶¹.

W następnym miesiącu łącznie odnotowano 54 przypadki zakaźnie chorych. W porównaniu do miesiąca poprzedniego liczba chorych minimalnie zwiększyła się. Liczba chorujących na grypę utrzymywała się na stałym poziomie i wynosiła, tak jak w poprzednim miesiącu 25 chorych. Oprócz najczęściej występującej grypy stwierdzono zachorowania na: anginę, różę, dur brzuszny, gruźlicę płuc, jaglicę i zapalenie ślinianki przyusznej.

W czerwcu 1937 r. nie stwierdzono zwiększenia się chorób zakaźnych. Stan zdrowia ludności cywilnej był bez wpływu na stan zdrowia żołnierzy⁷⁶².

Tabela 3.5.17. Liczba chorych żołnierzy na choroby zakaźne w oddziałach garnizonu Łódź – czerwiec 1937 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Grypa	25
Angina	21
Róża	3
Dur brzuszny	2
Gruźlica płuc	1
Jaglica	1
Zapalenie ślinianki przyusznej	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937*, s. 1.

W lipcu 1937 r. liczba chorujących na choroby zakaźne znacząco spadła. W sumie zainfekowanych było tylko 13 żołnierzy łódzkiego garnizonu. Tym razem najwięcej chorowało na anginę – osiem osób. Poza tym odnotowano trzech chorych na grypę i po jednym przypadku róży i świnki⁷⁶³.

⁷⁶⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1937*, s. 1.

⁷⁶¹ Tamże.

⁷⁶² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937*, s. 1.

⁷⁶³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1937*, s. 1.

W mieście Łodzi natomiast nastąpiło nasilenie się duru brzuszego. Inne choroby zakaźne występowały, ale w niewielkiej ilości – swoją ilością nie zagrażały wojsku⁷⁶⁴.

We wrześniu liczba chorujących ponownie wzrosła do 39. Nadal najwięcej zainfekowanych było żołnierzy na anginę, ich liczba zwiększyła się do 18. Kolejno odnotowano 16 przypadków grypy i po jedynym przypadku: zimnicy, świnki, róży, nagminnego zapalenia opon mózgowych i gruźlicy płuc⁷⁶⁵. W Łodzi ciągle wzrastało zagrożenie dudem brzuszny, a ponadto odnotowano znaczne wzmożenie płonicy⁷⁶⁶.

W kolejnym miesiącu – przede wszystkim ze względu na panujące warunki pogodowe – liczba chorych rosła. W sumie zainfekowanych było 41 żołnierzy. Ponownie grypa wiodła prym. Odnotowano jej 20 przypadków. Kolejna był angina – 19 i po jednym przypadku: róży i gruźlicy płuc⁷⁶⁷. W październikowym okresie sprawozdawczym nastąpiło nasilenie się w mieście Łodzi grypy i anginy wśród dorosłych oraz płonicy u dzieci⁷⁶⁸.

Choroby weneryczne w roku 1937, wydawałoby się że były dużo rzadziej odnotowywane niż w latach poprzednich. Spowodowane było to faktem, iż każdy przypadek zachorowania wenerycznego u żołnierza łódzkiego garnizonu tłumaczono zainfekowaniem przed wcieleniem go do wojska. W sprawozdaniach notowano tylko przypadki konieczne. Dlatego względem tej grupy chorób zdaniem autorki nie jest w pełni rzetelne.

W styczniu 1937 r. w garnizonie odnotowano trzy przypadki rzeżączki. Oprócz tego wykryto choroby weneryczne u czwórki nowo wcielonych rekrutów⁷⁶⁹.

W kolejnym miesiącu liczba wenerycznie chorych zwiększyła się. Odnotowano łącznie dziewięciu chorych żołnierzy. Najwięcej było zainfekowanych na rzeżączkę – pięciu. Ponadto w sprawozdaniu zapisano trzy przypadki kiły i jeden przypadek wrzoda wenerycznego⁷⁷⁰.

W marcu nie odnotowano ani jednego wypadku zachorowania⁷⁷¹. Jednakże w kwietniu liczba chorujących gwałtownie wzrosła do 18. Wówczas 15 żołnierzy łódzkiego garnizonu

⁷⁶⁴ Tamże.

⁷⁶⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1937*, s. 1.

⁷⁶⁶ Tamże.

⁷⁶⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1937*, s. 1.

⁷⁶⁸ Tamże.

⁷⁶⁹ W sprawozdaniu nie podano jakie to były choroby - CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1937*, s. 1.

⁷⁷⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1937*, s. 1.

⁷⁷¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1937*, s. 1.

oficjalnie chorowało na rzeżączkę, a 3 na kiłę⁷⁷². W maju liczbę chorujących udało się władzą wojskowym zmniejszyć do dwóch chorujących żołnierzy na rzeżączkę⁷⁷³. W czerwcu ponownie liczba chorujących spadła ale nie do liczby zerowej. Chorowało łącznie 10 żołnierzy⁷⁷⁴.

Tabela 3.5.18 Liczba chorych żołnierzy na choroby weneryczne w oddziałach garnizonu Łódź – czerwiec 1937 r.

Nazwa choroby	Liczba chorych
Rzeżączka	6
Kiła	3
Wrzód weneryczny	1

Źródło: CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937*, s. 1.

W kolejnym miesiącu odnotowano tylko dwa przypadki rzeżączki⁷⁷⁵. We wrześniu liczba chorujących zwiększyła się do sześciu, z czego pięciu żołnierzy zainfekowanych było rzeżączką, a jeden kiłą⁷⁷⁶. W ostatnim sprawozdaniu za miesiąc październik zapisano trzy przypadki chorych wenerycznie, z czego dwa na rzeżączkę i jeden na kiłę⁷⁷⁷.

W roku 1937 r. masowych zachorowań w łódzkim garnizonie nie odnotowano.

W styczniu nie było przypadków samobójstw ani samouszkodzeń. Pojawiły się natomiast nieszczęśliwe wypadki, których było osiem: pięć w 10 pał, dwa w 31 pSK i jeden w 28 pp⁷⁷⁸. Wypadków śmierci poza leczeniem nie było. Leczenie rodzin wojskowych przeprowadzali lekarze oddziałowi łódzkiego garnizonu. Wykonali oni w styczniu ogółem 256 wizyt domowych, głównie z powodu grypy⁷⁷⁹.

⁷⁷² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1937*, s. 1.

⁷⁷³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1937*, s. 1.

⁷⁷⁴ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937*, s. 1.

⁷⁷⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1937*, s. 1.

⁷⁷⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1937*, s. 1.

⁷⁷⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1937*, s. 1.

⁷⁷⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1937*, s. 1.

⁷⁷⁹ Tamże.

W lutym miał miejsce jeden zamach samobójczy – próba zatrucia – zakończona całkowitym wyleczeniem żołnierza. Ciężkich uszkodzeń ciała nie zanotowano. Wystąpił jeden drobny uraz w 10 pal. Odbłyły się wcielenia poborowych do oddziałów artylerii, a w dn. 3-5.02.1937 r. miały miejsce ćwiczenia między garnizonowe – mimo złego stanu pogody, silnej odwilży i kończącej się epidemii grypy w oddziałach – stan zdrowotny żołnierzy był na ogół dobry⁷⁸⁰.

W marcu 1937 zgłoszono sześć nieszczęśliwych wypadków w 10 pal, z czego wystąpiły dwa uszkodzenia ciężkie. Duża ilość nieszczęśliwych wypadków w 10 pal zdarzała się co miesiąc⁷⁸¹.

W kwietniu przeprowadzono kontrolę sanitarną koszar. Wnioski były takie same jak w miesiącach i latach poprzednich: zbyt ciasne pomieszczenia. Garnizon łódzki nadal nie posiadał pralni garnizonowej, pomimo to zarówno odzież, jak i bielizna żołnierzy w utrzymywana była w dobrym stanie. Nadal narzekano na to, iż oddziały nadal nie były dostatecznie zaopatrzone w wodę. Woda jednakże była zdatną do picia, co wykazały badania jakościowo – bakteriologiczne. Żywnienie żołnierzy na ogół stało na dobrym poziomie. Lekarze garnizonu wykonali w kwietniu 68 domowych wizyt u członków rodzin żołnierzy, natomiast porad ambulatoryjnych udzielono w liczbie 39⁷⁸².

W maju zanotowano trzy nieszczęśliwe wypadki w łódzkim garnizonie: ranę tłuczoną głowy, ranę ciętą przedramienia i postrzał ślepym nabojem. Wszystkie te wypadki należały do lekkich uszkodzeń ciała. Ponadto lekarze wojskowi wykonali 47 wizyt domowych u członków rodzin żołnierzy i udzielono 40 porad ambulatoryjnych⁷⁸³.

W kolejnym miesiącu zanotowano pięć nieszczęśliwych wypadków: ranę ciętą grzbietu stopy, postrzał w klatkę piersiową ślepym nabojem, złamanie 12 kręgu piersiowego, złamanie żebra oraz ranę tłuczoną głowy. Odnotowano jeden wypadek śmiertelny poza leczeniem z powodu gruźlicy płuc w czasie udzielonego żołnierzowi urlopu zdrowotnego. Wykonano 33 wizyty domowe u członków rodzin żołnierzy oraz 36 porad ambulatoryjnych⁷⁸⁴.

⁷⁸⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1937*, s. 1.

⁷⁸¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1937*, s. 1.

⁷⁸² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1937*, s. 1.

⁷⁸³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1937*, s. 1.

⁷⁸⁴ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937*, s. 1.

W lipcu żadnych samobójstw oraz samouszkodzeń nie było. Nie odnotowano także nieszczęśliwych wypadków poza pułkiem artylerii lekkiej, gdzie w wyniku przebywania tej formacji na poligonie miały miejsce cztery poważne uszkodzenia ciała. Wypadków śmierci poza leczenie nie było⁷⁸⁵.

We wrześniu zanotowano jedno samobójstwo ze skutkiem śmiertelnym w 28 pp. Także w tym pułku odnotowano jeden wypadek z ciężkim uszkodzeniem ciała⁷⁸⁶.

W ostatnim omawianym miesiącu w roku 1937 zanotowano ponownie zamach samobójczy w 28 pp, poprzez poderżnięcie sobie gardła. W momencie pisania raportu żołnierz był w trakcie leczenia – nie wiemy czy zdołano go wyleczyć. Odnotowany został także zamach samobójczy w 10 pal poprzez przebicie bagnetem – ten przypadek jednak zakończył się natychmiastową śmiercią⁷⁸⁷.

Dokładne przedstawienie *Sprawozdań Sanitarno-Opisowych Garnizonu Łódź* w latach 1934-1937, pozwoliło na zobrazowanie problemów zdrowotnych żołnierzy przebywających w garnizonie łódzkim, a tym samym zarysowanie powyższych kwestii wobec wszystkich żołnierzy w OK nr IV Łódź.

Najważniejszymi z nich były grupy chorób: zakaźnych, wenerycznych oraz urazów chirurgicznych. W wyniku analizy powyższych sprawozdań widać, iż najczęściej występującą z chorób zakaźnych była grypa i angina. Wśród chorób wenerycznych, zaś dominowała rzeżączka i kiła. Wiadomo, że liczby zachorowań podawane były tylko i wyłącznie dla garnizonu łódzkiego, zatem dla całego OK nr IV musiały być one znacznie wyższe. W tym podrozdziale bardziej niż na statystyce, zależało autorce na przedstawieniu rodzaju chorób występujących wśród środowiska żołnierskiego. Przedstawiony fragment miał posłużyć jako przykład największego ośrodka wojskowego w OK nr IV – Łodzi, dla którego to materiały archiwalne zachowały się w największym stopniu.

⁷⁸⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1937*, s. 1.

⁷⁸⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1937*, s. 1.

⁷⁸⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1937*, s. 1.

3.6 Profilaktyka chorób żołnierzy OK nr IV na przykładzie garnizonu Łódź

W poprzednich rozdziałach obszernie została omówiona statystyka chorób występujących na terenie zarówno OK nr IV w latach 1922-1931, jak i samego łódzkiego garnizonu 1934-1937. Na przykładzie wojsk stacjonujących w Łodzi można z dużą dokładnością omówić szeroko rozumianą profilaktykę i sposoby leczenia chorób występujących w OK nr IV, należy bowiem pamiętać, iż problemy zdrowotne, omówione we wcześniejszym podrozdziale były podobne i charakterystyczne dla całego IV Okręgu Korpusu.

Rocznie w latach 1922-1931 w wojskowych zakładach leczniczych leczono ok. 100 000 żołnierzy i ok. 3000 oficerów⁷⁸⁸. Była to dość znacząca liczba, doliczając ponadto ok. 11 000 osób cywilnych leczących się w wojskowych placówkach.

W OK nr IV średnio rocznie chorowało ok. 6169 oficerów i szeregowych. Na 1000 zdrowych przypadało, aż 420 chorych. W łódzkich wojskowych zakładach leczniczych leczono ok. 1182 cywilów rocznie⁷⁸⁹. W porównaniu do innych Okręgów Korpusu był to jeden z gorszych wyników.

Za wszelką cenę starano się poprawić powyższą statystkę – zrozumiano, że aby zmniejszyć liczbę chorych, należy zastosować szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną w łódzkich oddziałach wojskowych. Pomimo, że sama koncepcja zdrowia, jego ochrony, profilaktyki i promocji powstała stosunkowo niedawno, a jej początki datuje się na lata 70 XX w. wraz z rozwojem ruchu nowego zdrowia publicznego w Kandzie, to w łódzkim OK była ona już widoczna w okresie dwudziestolecia międzywojennego.

Profilaktyka zdrowotna to działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. Obecnie w profilaktyce wyodrębniane są jej następujące fazy:

- profilaktyka pierwotna/pierwszorzędowa (I fazy) – zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka:
 - ✓ swoista – mająca na celu zapobiec konkretnej chorobie (np. szczepienia ochronne, podawanie witaminy D małym dzieciom aby zapobiec krzywicy)⁷⁹⁰,
 - ✓ nieswoista – mająca na celu zapobieganiu wielu chorobom (np. karmienie piersią, racjonalne żywienie, aktywność fizyczna),

⁷⁸⁸ CAW, I.300.62., t. 34, *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*, s. 27.

⁷⁸⁹ Tamże, s. 31.

⁷⁹⁰ Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, <http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/index.php?c=article&id=9&print=1>, dostępność internetowa, z dn. 18.10.2017 r.

- profilaktyka wtórna (II fazy) – zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (testy przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie, badania profilaktyczne),
- profilaktyka III fazy – zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań⁷⁹¹. Do III fazy możemy zaliczyć następujące podgrupy:
 - ✓ przywrócenie (rehabilitację) lub zastąpienie (np. proteza) uszkodzonych funkcji
 - ✓ pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowaniu swojego stanu
 - ✓ przeciwdziałanie izolacji społecznej
 - ✓ pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej⁷⁹².

Przeglądając uważnie dokumenty z okresu dwudziestolecia międzywojennego możemy na pewno odnaleźć pierwsze dwie fazy profilaktyki zdrowotnej stosowanej w garnizonie łódzkim i w niepełnym stopniu fazę III.

Do fazy I, swoistej na pewno w garnizonie łódzkim możemy zaliczyć szczepienia ochronne, które stosowane były regularnie przede wszystkim na nowo wcielanych rekrutach. W całym omawianym okresie dotyczyły one dwóch chorób zakaźnych: ospy i duru brzuszego.

Poborowi byli obejmowani szczepieniami ochronnymi przeciw ospie i durowi w odstępach 7-10 dniowych⁷⁹³. Szczepień przeciwko ospie dokonywano za pomocą wirusa krowianki⁷⁹⁴. Wówczas była to jedyna szczepionka, w której podawano żywe, w pełni wirulentne⁷⁹⁵ wirusy. Podawana była ona metodą skaryfikacji: piętnastokrotnie, szybko nakłuwano skórę skaryfikatorem lub igłą uprzednio zanurzonymi w szczepionce. Rankę poszczepienną zaklejało się gazikiem, aby nie dopuścić do zakażenia pozostałych części ciała. Między czwartym, a 14 dniem po szczepieniu w jego miejscu pojawiały się zmiany w postaci grudek, pęcherzyków i białawych, wklęsłych krost (w tej kolejności). Zazwyczaj okres ten przebiegał z gorączką, rzadko osiągającą 39 °C i więcej oraz powiększeniem regionalnych

⁷⁹¹ Co to jest profilaktyka i promocja zdrowia?, <http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/co-to-jest-profilaktyka/item/301-co-to-jest-profilaktyka-i-promocja-zdrowia>, dostępność internetowa z dn. 12.10.2017.

⁷⁹² Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, <http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/index.php?c=article&id=9&print=1>, dostępność internetowa, z dn. 18.10.2017 r.

⁷⁹³ CAW.I.371.4, t. 221, *Szczepienie rekrutów*, rocz.1904, s. 1.

⁷⁹⁴ Krowianka (łac. variola vaccinia) – wirusowa choroba zakaźna występująca u bydła domowego i świń wywoływana przez wirusa krowianki.

⁷⁹⁵ Wirulencja, zjadliwość drobnoustrojów – zdolność wniknięcia, namnożenia się oraz uszkodzenia tkanek zainfekowanego organizmu przez dany typ patogenu (zdolny do wywoływania infekcji).

węzłów chłonnych. Dzisiaj wiemy, dzięki licznym badaniom, że szczepienia przeciw ospie obarczone są pewnym ryzykiem powikłań. Na szczęście w wyniku badań nad kolejnymi szczepami "szczepionkowego" wirusa krowianki ryzyko staje się coraz mniejsze. W efekcie powikłań wystąpić może: wtórne ropne zapalenie skóry, zmiany w narządach wywołane zakażeniem bakteryjnym. W ciężkich przypadkach pojawić się może: krowianka posocznicowa, zapalenie jąder, zapalenie mózgu oraz zaburzenia krążenia.

Oprócz szczepień rekrutów dokonywano regularnych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (ospa, dur). Na przykład w roku 1934 przeprowadzane były szczepienia ochronne zgodnie z przepisami sanitarnym o zapobieganiu chorobom zakaźnym. Jesienią 1934 r. zostały przeprowadzone masowe szczepienia przeciwdurowe. W raporcie odnotowano, iż skuteczność szczepionki była bardzo duża, ponieważ na terenie całego łódzkiego garnizonu odnotowano tylko pięć wypadków duru brzuszego. Żołnierze, którzy byli poddani szczepieniu nie zachorowali w ogóle. Dlatego też władze wojskowe wnioskowały „(...) o dużej skuteczności szczepień, tem bardziej, że wśród ludności cywilnej Łodzi dur brzuszny panuje endemicznie”⁷⁹⁶.

Kolejno w sprawozdaniach Sanitarno - Opisowych Garnizonu Łódź od stycznia 1935 r. do czerwca 1937 odnajdujemy często powtarzające się szczepienia przede wszystkim przeciw tym dwóm wyżej wymienionym chorobom: ospie i durowi. W styczniu 1935 r. w garnizonie łódzkim odbyły się tylko szczepienia przeciwdurowe⁷⁹⁷, ale już w marcu szczepiono na obie choroby⁷⁹⁸. W kwietniu 1935 r. zaszczepiono przeciw durowi i ospie:

- w 28 pp 1027 rekrutów
- w 31 pSK 23 rekrutów⁷⁹⁹.

Wojskowa służba zdrowia, co należy podkreślić, nie dbała tylko i wyłącznie o samych żołnierzy, ale także o ich rodziny. Dlatego też np. w maju 1935 r. przeprowadzana była akcja szczepień tylko dla dzieci przy 4 Szpitalu Okręgowym na błonicę i płonicę⁸⁰⁰.

W czerwcu 1935 r. szczepień przeciwdurowych dokonano wśród rezerwistów 31 pSK, 28 pp i 4 Dywizjonu Samochodowego⁸⁰¹. W 1936 r. szczepienia ochronne przeciw durowi

⁷⁹⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1934*, s. 2.

⁷⁹⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1935*, s. 1.

⁷⁹⁸ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1935*, s. 1.

⁷⁹⁹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935*, s. 1.

⁸⁰⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935*, s. 1.

i ospie dokonano wśród wszystkich wcielonych do oddziałów poborowych. Zaszczepiono także przeciw durowi powołanych na ćwiczenia rezerwistów⁸⁰².

W styczniu 1937 r. zaszczepiono jedynie wcielonych poborowych do 10 kompanii telegraficznej⁸⁰³. W marcu szczepienia przeprowadzono w obu pułkach artylerii i w kadrze 4 Szpitala Okręgowego⁸⁰⁴. W kolejnym miesiącu zaszczepiono przeciw ospie i przeciw durowi 1449 wcielonych poborowych do pułku piechoty, poza tym w owym pułku dokonano ponownych szczepień starszych roczników⁸⁰⁵. W maju odbyły się szczepienia ochronne dla rekrutów później wcielonych⁸⁰⁶, a w czerwcu zaszczepiono przeciw durowi brzuszemu 50 rezerwistów w 4 Dywizjonie Żandarmerii oraz podawano szczepionki w 10 pal i w kadrze 4 Szpitala Okręgowego⁸⁰⁷.

W garnizonie łódzkim stosowano profilaktykę wobec poszczególnych grup chorobowych. Najczęściej występującymi były choroby zakaźne i choroby weneryczne.

Jako profilaktykę gruźlicy – choroby zakaźnej układu oddechowego - stosowano sanatoria lecznicze, które wówczas traktowane były także jako miejsca leczenia już zarażonych żołnierzy. Najbardziej popularnymi były sanatoria przeciwgruźlicze w Zakopanym i w Rajczy. Pierwszeństwo do sanatoriów mieli oficerowie. Dostanie się do tego typu zakładów leczniczych było dość trudnym zadaniem. Osoby, które zakwalifikowały się do leczenia musiały złożyć specjalne podanie o przyjęcie. Kwalifikacja do kuracji nie oznaczała bowiem przyjęcia osoby do sanatorium. Pacjent musiał do podania załączyć tzw. „kartę badania” – był to dokument lekarski, który przedstawiał opis choroby pacjenta⁸⁰⁸. Zaznaczano jednak, że: *„Nie należy identyfikować „karty badania” z orzeczeniem lekarskim i w wypadkach, gdy osoba wojskowa z powodu choroby płuc prosi o wdrożenie postępowania rewizyjno-lekarskiego, urlop lub zapomogę ewentualnie w innych celach*

⁸⁰¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1935*, s. 1.

⁸⁰² CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936*, s. 1.

⁸⁰³ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1937*, s. 1.

⁸⁰⁴ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1937*, s. 1.

⁸⁰⁵ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1937*, s. 1.

⁸⁰⁶ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1937*, s. 1.

⁸⁰⁷ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarno-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937*, s. 1.

⁸⁰⁸ CAW.I.371.4, t. 220, L. 6537/26. Wyd. II, *Sanatoryjne leczenie chorych na płuca – karta badania*, s. 1.

szluzbowych – niezbedne jest nadal dolaczenie do tego rodzaju podania orzeczenia lekarskiego, wzgl. swiadcstwa wojskowo-lekarskiego”⁸⁰⁹.

Kolejną chorobom, której się bano – poprzez jej nieuleczalność - była jaglica. W garnizonie łódzkim oprócz masowego odrzucania chorych osób podczas poboru, podobnie jak tych chorych na gruźlicę, stosowano częste badania wody. Bowiem dużym problemem w Łodzi była kanalizacja, a w zasadzie jej brak. Zdatna woda do picia i do codziennej higieny była niezbędna. W momencie, gdy studnia w koszarach 28 pułku Strzelców Kaniowski uległa awarii, gwałtownie wzrosła liczba chorych na oczy – jaglicę. Zakażenie bowiem dużo łatwiej rozprzestrzeniało się w brudnej wodzie⁸¹⁰. Starano się zatem w garnizonie łódzkim podnieść standard czystości wody, aby zapobiec ewentualnej epidemii jaglicy.

Problemem w łódzkich koszarach, tak jak w każdym większym skupisku ludzkim, były problemy pasożytnicze. W pomieszczeniach żołnierskich roiło się od pluskw, wszy i pcheł – należało je likwidować i zapobiegać im, poprzez wzmożoną higienę żołnierzy oraz utrzymywanie czystości pomieszczeń. Często w meldunkach łódzkich odnajdujemy prośby o: „(...) przeprowadzenie dezynfekcji izb żołnierskich oraz wskazanie źródła zakupu radykalnych środków dezynfekujących”⁸¹¹. Bano się bardzo pasożytów, które przenosiły różne choroby: „(...) Sprawę proszę traktować jako bardzo pilną (...)”⁸¹². Wiedzano bowiem, że grozi to wybuchem epidemii.

Kolejną chorobą z braku higieny był świerzb. Oprócz prewencji utrzymania czystości i zmniejszenia gęstości zamieszkania żołnierzy w koszarach, to do samego leczenia świerzbu wojsko stosowało maść Wilkinsona⁸¹³. Preparat opracowany został przez brytyjskiego lekarza J.H. Wilkinsona w XIX wieku. Stosowano go do użytku zewnętrznego. Dawniej produkowany był on w Polsce w laboratoriach galenowych⁸¹⁴. Obecnie sporządzany jest w recepturze aptecznej. Mimo maści choroba miała u pacjentów częste nawroty dlatego wymagane było leczenie szpitalne, które trwało ok. 2 tyg.⁸¹⁵ Oprócz maści stosowano także tzw. metodę Hubera. Ciało chorego na świerzb pędzlowano roztworem 40% tio-siarczanu

⁸⁰⁹ Tamże, s. 2.

⁸¹⁰ CAW.I.371.4, t. 220, 28 pułk Strzelców Kaniowski, nr 855, s. 1

⁸¹¹ CAW.I.371.4, t. 220, Pomocnicza Składnica Uzbrojenia nr 4, nr 950, s. 1.

⁸¹² Tamże.

⁸¹³ CAW.I.320.28, t. 174, Wyciąg z instrukcji specjalnej Szef. San. OK III. Nr 8/39 – przesłanie, s. 1.

⁸¹⁴ Lek galenowy – zwyczajowa nazwa leku aptecznego, sporządzonego z surowców roślinnych, zwierzęcych i/lub mineralnych według przepisu zamieszczonego w farmakopei lub receptariuszu (np. Receptarium polonicum Głowackiego). Dawniej terminem tym określano wszystkie leki sporządzane w aptece. Obecnie leki galenowe są stosowane głównie jako środki pomocnicze przy wyrobie leków recepturowych.

⁸¹⁵ CAW.I.320.28, t. 174, Wyciąg z instrukcji specjalnej Szef. San. OK III. Nr 8/39 – przesłanie, s. 1.

sodu wyłączając twarz i szyję. Następnie po 15 minutach smarowano całe ciało roztworem 5% kwasu solnego. Po 15 minutach obie czynności powtarzano po raz kolejny. Po tym zabiegu chory musiał założyć czystą bieliznę i ubranie. Na drugi dzień zabieg powtarzano po raz kolejny, po czym chorego dokładnie kąpano i uważano że jest wyleczony. Ta z metod była dużo bardziej rozpowszechniona w II RP, niż maść Wilkinsona. W *Wyciągu z instrukcji specjalnej Szef. San. OK III. Nr 8/39* raczej odnajdujemy zachęcenie aby właśnie ją stosować, a dowództwo podawało następujące argumenty: „(...) jest tania, nie niszczy bielizny, nie wywołuje podrażnień skóry i nie ma przykrego zapachu, szybko leczy (...), w odpowiednich warunkach nadaje się nawet do leczenia ambulatoryjnego”⁸¹⁶.

Tężec był kolejną chorobą przed którą ostrzegało wojsko. Chorobą zakaźną, ale nie zaraźliwą. Miała ona w szczególności dotyczyć oddziały saperskie i pionierskie. Jednakże ostrzegano, że nie tylko rany większych rozmiarów, ale nawet najmniejsze skaleczenie, jak zderzenie naskórka poszczególnymi częściami rynsztunku, drutem kolczastym, kamieniami czy gałęziami może stanowić zagrożenie zarażenia się tężcem⁸¹⁷. Lekarz wojskowy zawsze stał przed dylematem czy na daną ranę podać surowicę czy tylko pozostać przy opatrunku. Nie można było jej stosować prewencyjnie do każdej rany, dlatego że była ona dość kosztowna. Poza tym przy częstym podawaniu surowicy jednemu żołnierzowi mogło dojść do anafilaksji⁸¹⁸. Nie zastosowanie surowicy także budziło niepokój - „wybuchu po kilku dniach u danego osobnika choroby”⁸¹⁹. W końcu został odnaleziony „złoty środek”. Podjęto decyzję, że: „(...) przy ranach rozległych zawsze stosuje się surowicę p-tężcową, przy ranach zaś mniejszych i skaleczeniach maść rtęciową (...)”⁸²⁰. Sposób ten okazał się niezawodny. Podoficerowie sanitarni zostali odpowiednio pouczeni, a na czas manewrów zostali wyposażeni w większą ilość maści.

Do profilaktyki tyfusu plamistego w okręgu łódzkim służyła skrupulatnie prowadzona statystyka. Wspomniany był on w wykazach aptekarzy wojskowych w DOG nr IV Łódź z 1918 r. W tabelach widniała oddzielna kolumna, w której to urzędnik wpisywał czy dana osoba tyfus plamisty przechodziła⁸²¹. Była to ważna informacja, ponieważ osoba która już raz

⁸¹⁶ Tamże.

⁸¹⁷ Tamże.

⁸¹⁸ Anafilaksja, wstrząs anafilaktyczny (łac. anaphylaxia, commotus anaphylacticus; ang. anaphylaxis, anaphylactic shock) – to rodzaj nagłej, ciężkiej reakcji alergicznej lub niealergicznej, która może być przyczyną zgonu.

⁸¹⁹ CAW.I.320.28, t. 174, Wyciąg z instrukcji specjalnej Szef. San. OK III. Nr 8/39 – przesłanie, s. 1.

⁸²⁰ Tamże.

⁸²¹ CAW.I.371.4, t.12, Wykaz aptekarzy wojskowych w Łodzi z dn. 26.01.1918 r., s.1.

chorowała na tą chorobą, nabierała pewnej odporności i prawdopodobieństwo, iż ponownie na nią zapadnie było znikome.

Łódzkie władze wojskowe monitorowały nie tylko stan zdrowotny żołnierzy, ale także zwracały uwagę na środowisko cywilne, gdzie choroby zakaźne rozprzestrzeniały się w szybki tempie. Przy każdym większym zagrożeniu ze strony ludności cywilnej władze wojskowe były od razu informowane. W przypadku wystąpienia ogniska chorobowego w pewnych wsiach czy miastach, w pobliżu których np. odbywały się ćwiczenia, od razu podawano w raportach jakie to były infekcje: „(...) *Dla informacji podaję, że stwierdzono choroby zakaźne: tyfus plamisty, brzusznym, jaglicę, szkarlatynę, dyfteryt. W następujących miejscowościach:*

- Powiat Łask- wieś Wola Wiązowa i Nowa Wola, gm. Dąbrowa Rusiecka – tyfus brzusznym, poza tym w całym powiecie jaglica.

- W Piotrkowie i rejonie – liczna płonica oraz dur brzusznym (endemicznie)

- W powiecie Sieradz: rejon Złoczewa – sporadyczne wypadki dyfterytu

- W powiecie Radomsko: bardzo liczna jaglica, sporadyczne wypadki tyfusu brzusznego, płonicy i tym podobne zwłaszcza we wsi Silnicze gm. Maluszyn oraz w Gomunicach gm. Dobroszyce.

- W rejonie Wielunia i Działoszyna stan zdrowotny ludności jest na ogół dobry”⁸²².

Aby zabezpieczać żołnierzy przed zagrożeniem zakażenia ze strony cywilów wydawano szereg instrukcji zdrowotnych, które miały temu zapobiegać. Każdy dłuższy postój lub kwaterunek wśród ludności cywilnej miał być poprzedzony wywiadem sanitarnym z zakresu chorób zakaźnych. Styczność wojska z ludnością cywilną (kwaterunek w domach, nabywanie produktów z gospodarstw) należało ograniczać do minimum. Należało zwracać szczególną uwagę na wodę pitną: „(...) *zabronić picia surowej wody z prywatnych studzienek domowych, gotować dodatkowo kawę lub herbatę, która mogła być zabrana do manierek przez każdego żołnierza (...), gotować wodę na wrzutnikach i ostudzoną wydawać w miejscach postoju, chlorować wodę za pomocą wody Javela*⁸²³ (...)”⁸²⁴. Oprócz dokładnej kontroli wody pitnej

⁸²² CAW.I.320.28, t. 174, 28 Pułk Strzelców Kaniowskich, nr 930, Zarządzenie zdrowotne na okres wspólnych ćwiczeń nr 2, s. 1.

⁸²³ Substancja używana do uzdatniania wody. Jej pomysłodawcą był Claude Luis Berthollet, który założył pierwszą na świecie wytwórnię środków bielących. Berthollet założył swoją fabryczkę w 1789 r. w podparyskiej miejscowości Javel. Produkt Bertholleta powstawał przez przepuszczanie gazowego chloru przez ług potasowy. W ten sposób na rynku pojawił się produkt zwany „eau de Javel”, czyli woda z Javel. Pomysł Bertholleta na biznes podpatrzył szkocki chemik Charles Tennant i otworzył bielarnię w Glasgow, gdzie zamiast przepuszczać chlor przez ług potasowy, użył taniego mleka wapiennego – Patrz więcej: M. Orel-Regucka, *Apteczna historia*

należało także sprawdzać żywność. W szczególności kontroli podlegało surowe mięso. Karminie żołnierzy kielbasą było niewskazane, a przechowywanie pozostałości żywności zabronione. Wydany był także zakaz spożywania surowych owoców (zagrożenie zakażenia czerwönką). Wszelkie produkty spożywcze musiały być dobrze zabezpieczone, a odpadki kuchenne miały być zakopywane w ziemi. Na dłuższych postojach był obowiązek zorganizowania ustępów polowych zgodnie z obowiązującymi regulaminami⁸²⁵.

Ponadto przed wymarszem lekarze baonów mieli obowiązek skontrolowania stanu i dopasowania obuwia oraz onuc⁸²⁶. W czasie odpoczynków i po marszach, jak tylko sytuacja pozwoliła żołnierze mieli nakazać moczenia i mycia nóg⁸²⁷.

Kolejną grupą chorobową w fazie I profilaktyki swoistej w okręgu łódzkim były choroby weneryczne. W tym przypadku stosowano dwa sposoby zapobiegawcze: pierwszy - skoncentrowano się na promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej, prowadzonej głównie przez lekarzy wojskowych oraz drugim – wprowadzano szereg zasad dyscyplinarnych.

Promocja zdrowia dziś określana jest jako „proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad ich zdrowiem oraz jego polepszenie i wzbogacenie”⁸²⁸. Jest to najczęściej używana definicja pochodząca z Karty Ottawskiej z 1986 r. Uszczegółowiając, promocja zdrowia: koncentruje się na życiu codziennym całej populacji, a nie tylko na osobach znajdujących się w sytuacji zagrożenia określoną chorobą. Edukacja zdrowotna jest pojęciem szerszym, ponieważ odnosi się do ludzi w całym okresie trwania życia, obejmując swym obszarem działania różne formy uczenia się i nauczania.

Obie formy odnajdujemy jako sposób zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorobom wenerycznym w okręgu łódzkim. Choć uważam, że forma edukacji zdrowotnej dotyczyła przede wszystkim oficerów, którzy kształcili się w szkołach oficerskich, gdzie wykładane im były przedmioty związane z higieną i pierwszą pomocą. Szeregowcy zaś zdani byli tylko na promocję zdrowia stosowaną w poszczególnych garnizonach wojskowych.

Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1934 r., wspomina o stosowaniu różnego rodzaju formy walki z chorobami wenerycznymi. Tego typu schorzenia

chloru, <http://www.aptekarzpolski.pl/2016/11/apteczna-historia-chloru/>, dostępność internetowa, z dn. 18.08.2017 r.

⁸²⁴ CAW.I.320.28, t. 174, 28 Pułk Strzelców Kaniowskich, nr 930, Zarządzenie zdrowotne na okres wspólnych ćwiczeń nr 2, s. 1.

⁸²⁵ Tamże.

⁸²⁶ Onuca – kwadratowy (ok. 40×40 cm) lub prostokątny (ok. 40×80 cm) kawałek tkaniny lnianej lub bawełnianej flaneli używany zamiast skarpet. Onuca prostokątna używana była do butów z wysoką cholewką.

⁸²⁷ CAW.I.320.28, t. 174, 28 Pułk Strzelców Kaniowskich, nr 930, Zarządzenie zdrowotne na okres wspólnych ćwiczeń nr 2, s. 1.

⁸²⁸ Karski J.B., praca zbiorowa, „Promocja Zdrowia”, Warszawa 1999 r., s. 21.

dla żołnierzy czy oficerów II RP były wstydlive – większość z nich je ukrywało. Władze wojskowe, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób wenerycznych musiały je najpierw „wykryć”. Dlatego „(...) z inicjatywy Szefa San. O.K. nr IV w miesiącu październiku podjęto energiczną akcję znalezienia chorób wenerycznych drogą: 1) pogadaniek lekarskich, 2) pogadaniek religijnych, 3) pogadaniek oświatowych, 4) wyświetlania filmu, 5) zakupywania i rozdania pakietów indywidualnych „veto”, 6) akcji pozawojskowej na terenie miasta. Pod koniec roku uwidoczniły się wyraźnie dodatnie skutki tej akcji”⁸²⁹.

Łódzkie władze wojskowe zaczęły doceniać profilaktykę w latach 30 - od stycznia 1935 r. trwała tzw. „akcja zapobiegawcza” – przeciw chorobom wenerycznym. W tzw. stacjach zapobiegawczych lekarze wygłaszali pogadanki na temat szeroko rozumianej profilaktyki przeciw chorobom wenerycznym. Oprócz stacji wojskowych był także od stycznia 1935 r. czynne stacje zapobiegawcze organizowane przez Polski Czerwony Krzyż, z których sporadycznie korzystali także żołnierze. Jedną z takich stacji znajdowała się w Łodzi przy ul. Żeromskiego.

Akcje zapobiegawcze planowo zmniejszały ilość zachorowań, jednak po przyjęciu nowych żołnierzy statystyka uległa pogorszeniu. Wówczas na kolejny miesiąc planowano ponownie rozdawanie „pakietów veto”.

W Łodzi odnotowywano sporą liczbę chorych wenerycznie. Jej ilość łódzkie władze wojskowe tłumaczyły tym, że: „(...)strzelcy młodszego rocznika nie posiadają „Veto”, niektórzy z nich chorowali przed wcieleniem, a obecnie nastąpił nawrót choroby (...)”⁸³⁰. Niestety nie udało się autorce ustalić dokładnie co znajdowało się w owych „pakietach” – jedynie drogą domysłu możemy stwierdzić, że mogły to być prezerwatywy, być może jakieś środki czystości czy też ulotki. Akcja zapobiegawcza odbywała się systematycznie, praktycznie co miesiąc, nadal drogą pogadaniek.

Oprócz tego w 31 pSK w maju 1935 r. zapoczątkowano ankietę na temat życia płciowego i alkoholizmu. Zakończenie ankiety miało nastąpić w czerwcu⁸³¹. Jednakże nie odnajdujemy w kolejnych sprawozdaniach tak owej – najprawdopodobniej pomysł nie został sfinalizowany, bądź też ankietę nie zachowała się.

⁸²⁹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1934 r.*, s. 1.

⁸³⁰ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935*, s. 1.

⁸³¹ CAW.I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935*, s. 1.

Formą działań porządkowych stosowanych wobec żołnierzy było także wysyłanie na teren miasta patroli garnizonowych, w skład których wchodził przedstawiciel Urzędu Sanitarno-Obyczajowego. Najczęściej patrolowano ul. Konstantynowską (ob. Legionów) oraz ul. św. Jerzego – na tych dwóch ulicach bowiem najczęściej dochodziło do spotkań żołnierzy z paniami lekkich obyczajów. Żołnierzy przyłapany na takim spotkaniu był piętnowany przez dowództwo garnizonu⁸³².

Ponadto warto dodać, że żołnierz opuszczający garnizon na urlop, musiał otrzymać tzw. „świadeństwo czystości”.

Profilaktyka fazy I, nieswoista – zapobiegająca wielu chorobom, była w latach dwudziestolecia międzywojennego także popularna, podobnie jak wyżej omówiona swoista.

Przed wszystkim starano się dbać o czystość i jak najlepsze warunki sanitarne koszar i innych wojskowych obiektów. Dlatego też co jakiś czas bielono izby żołnierskie – w celu lepszego utrzymania ich w czystości⁸³³.

Ponadto odbywały się inspekcje sanitarne w koszarach, które kontrolowały nie tylko pomieszczenia, ale także higienę osobistą żołnierzy, czystość ich odzieży i bielizny. Jedną z takich inspekcji sanitarnych miała miejsce w koszarach 10 Kaniowskiego Pułku Artylerii Lekkiej (10 pal) w dniu 13.12.1932 r.⁸³⁴. W trakcie przeprowadzania takiego „sanitarnego sprawdzenia” brano pod uwagę kilka elementów.

Po pierwsze ubiór żołnierzy, czy byli oni schludnie i czysto ubrani, czy każdy z nich posiadał swoją szczoteczkę do zębów i czy jej używał. Kąpiel była bardzo ważną. Szeregowi mieli obowiązek się kąpać raz w tygodniu w łaźni garnizonowej. Codzienna poranna toaleta odbywała się w specjalnych ubikacjach, do których z koszar 10 pal przechodziło się przez podwórko. Jedną z nich miała 46 kranów, drugą 24. Pierwsza zaopatrzona była w piec, druga tak owego nie posiadała. Do mycia nóg służyły cztery blaszane naczynia. Brudna woda spływała lub była wylewana do rynsztoków⁸³⁵.

Po drugie sprawdzano rozmieszczenie łóżek, czy są one pojedyncze i ile ich znajduje się w pomieszczeniu. Łóżka sprawdzano czy nie było w nich pluskw. Także ustępy musiały znajdować się w odpowiedniej odległości od koszar, tak aby nie zagrażały ogólnej higienie żołnierzy. W koszarach 10 pal ustępy posiadały 24 oczka i nie były skanalizowane, dlatego

⁸³² K. Czernielewski, W. Jarno, dz. cyt., s. 301.

⁸³³ CAW.I.371.4, t. 220, Pomocnicza Składnica Uzbrojenia nr 4, nr 950, s. 1.

⁸³⁴ CAW.I.371.4, t. 220, L.dz. nr 156/San., s. 1.

⁸³⁵ Tamże.

też dół kloaczny oczyszczany był w miarę potrzeb za pomocą beczek asenizacyjnych. Podłoga w ubikacjach była asfaltowa, a do jej mycia wodę trzeba było nosić wiadrami⁸³⁶.

Po trzecie kontrolowano jakość jedzenia. Sprawdzano czy podaje się żywność żołnierzom zgodnie z przyjętym jadłospisem, jak duże są porcje i czy jedzenie jest wystarczająco urozmaicone. Ważnym przy tym punkcie była także czynność mycia naczyń, które myte były w koszarach w specjalnym pomieszczeniu, gdzie do tego celu w dwóch dużych kotłach gotowało się wodę. Kontroli i to dużej podlegała także woda. W Łodzi to ona stanowiła odwieczny problem przy utrzymaniu higieny. I tak na przykład przy kontroli trzech studni w koszarach 10 Kaniowskiego Pułku Artylerii Lekkiej w dniu 13.12.1932 r. stwierdzono, że woda z żadnej z nich nie jest zdatna do picia w stanie surowym⁸³⁷.

Po czwarte oprócz jakości jedzenia sprawdzano miejsce, gdzie było ono przygotowywane - kuchnię. Miała być ona regularnie bielona, utrzymana w nienagannym porządku, a kucharze musieli być czysti i nosić fartuchy. Obowiązkowa w koszarowej kuchni była misa z wodą obok której leżało mydło do mycia rąk. W kuchni czerpano wodę z kranu – przy czym obok niego widniała tabliczka z napisem, iż woda nie jest zdatną do picia⁸³⁸.

Po piąte sprawdzana była izba chorych, która znajdowała się w specjalnie wynajętym pomieszczeniu – w dawnej stróżówce fabrycznej. Pomieszczenie to w koszarach 10 pal było ciasne. Składało się z czterech małych pokoi, z czego jeden z nich stanowił poczekalnię, drugi był pokojem do badań, w którym oprócz wykonywania zabiegów, znajdowały się szafy z lekami i materiałem opatrunkowym. W trzecim stało 5 łóżek dla pacjentów, a w czwartym znajdowało się łóżko dla dyżurnego sanitarnego oraz składzik szczotek i środków czystości. Przy pokoju dyżurnego znajdowała się jeszcze mała komóreczka, w której to składowano ubrania chorych. Chorzy korzystali z osobnych ustępów o czterech oczkach. Znajdowały się one w podwórzu i były oddalone od 100 kroków od izby chorych⁸³⁹.

Po każdej z inspekcji sanitarnej osoba kontrolująca czystość wykonywała raport, w których podawane były wnioski, które miały posłużyć do polepszania sytuacji sanitarnej w koszarach. Z powyższej inspekcji oficer raportujący wyciągnął następujące wnioski: *„Koszary w tym stanie, jak są dzisiaj, są za ciasne na pełny pokojowy stan ludzi; wymagają koniecznie skanalizowania ich, wtedy może i woda w studniach poprawi się. Na noc należałoby stawiać w sieni/ na schodach kubły do wynoszenia dla „cienkiego interesu”, by*

⁸³⁶ Tamże.

⁸³⁷ Tamże.

⁸³⁸ Tamże.

⁸³⁹ Tamże.

*szeregowi nie musieli w czasie zimna biegać do dość odległych ustępów. Pomieszczenie obecne na izbę chorych zupełnie się nie nadaje. Należałoby dla izby chorych gdzieś w sąsiednich mieszkalnych domach nająć pomieszczenie na parterze, które więcej odpowiadałoby swemu назначeniu niż obecne*⁸⁴⁰.

Oprócz inspekcji sanitarnych ważnym elementem profilaktyki nieswoistej w łódzkim garnizonie było przestrzeganie zarządzeń sanitarnych przy organizacji obozów letnich⁸⁴¹. Już przy samym wyborze miejsc odbywania się obozów brano pod uwagę nie tylko tereny atrakcyjnie finansowo, ale także zwracano dużą uwagę na walory zdrowotne danej miejscowości. Przebywanie bowiem oddziałów na terenach np. wilgotnych, malarycznych, mogłoby w konsekwencji wpłynąć niekorzystnie: „(...) na stan zdrowia żołnierzy, narażając ich na niebezpieczeństwo, szczególnie kadrę zawodową, która po kilka miesięcy znajdowałaby się co roku w takiej miejscowości”⁸⁴².

Ponadto ważną kwestią przy wyborze miejsca była jakość wody – jej zdatność do picia, gotowania i mycia naczyń. Woda musiała także znajdować się w danym miejscu w wystarczającej ilości, tak aby starczyło jej do codziennego użytkowania⁸⁴³.

Izby chorych na obozach letnich musiały być odpowiednio przygotowane do przyjęcia ewentualnych pacjentów. Miały one znajdować się w barach, w ostateczności ich organizacja dozwolona była w namiotach⁸⁴⁴.

Wojskowe władze sanitarne miały obowiązek zapewnić żołnierzom, uczestniczącym w obozach odpowiednią odzież. Szeregowi musieli być zaopatrzeni w płaszcze oraz koce na wypadek pogorszenia się warunków pogodowych. W szczególności przepis ten dotyczył organizacji obozów w miesiącach: maj, sierpień i wrzesień⁸⁴⁵.

Uczestnicy takiego obozu musieli także mieć zapewniony ewentualny transport do najbliższego szpitala wojskowego⁸⁴⁶. Nie tylko w czasie obozów letnich kontrolowano sanitariat i higienę, nawet podczas wspólnych ćwiczeń wydawano odpowiednie zarządzenia zdrowotne zapobiegające ewentualnym epidemiom – w szczególności odnosiły się one do chorób zakaźnych.

⁸⁴⁰ Tamże.

⁸⁴¹ CAW.I.371.4, t. 221, L.dz. 6134/26.Wydz.II, Zarządzenie sanitarne w związku z odejściem oddziałów do obozów letnich, s. 1.

⁸⁴² CAW.I.371.4, t. 221, L.dz. 6134/26.Wydz.II, Zarządzenie sanitarne w związku z odejściem oddziałów do obozów letnich, s. 1.

⁸⁴³ Tamże.

⁸⁴⁴ Tamże.

⁸⁴⁵ Tamże, s. 2.

⁸⁴⁶ Tamże.

Do fazy II profilaktyki, czyli do zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie w garnizonie łódzkim upatruje przede wszystkim: badania bakteriologiczne oraz kontrolę zdrowia żołnierzy w czasie poboru.

W wojsku nie stworzono samodzielnej placówki specjalistycznej, zajmującej się tylko chorobami zakaźnymi i higieną, istniały jednak specjalistyczne pracownie przy największych szpitalach. Wojsko ściśle współpracowało z Państwowym Zakładem Higieny, dlatego badania bakteriologiczne zlecane przez MSWojsk. odbywały się zarówno w pracowniach wojskowych, jak i cywilnych. Pracownie obu typów miały ze sobą współpracować i wspierać się w badaniach. Współpracowały one na „zasadach wzajemności” – nie musiały się szczegółowo z nich rozliczać⁸⁴⁷. Warto jednak zaznaczyć, iż w samej Łodzi pracownia chemiczno – bakteriologiczna 4 Szpitala Okręgowego badań dla urzędów cywilnych nie wykonywała. Potwierdza to meldunek płk lek. dr. Józefa Manteuffela z 17.IV. 1926 r.⁸⁴⁸. Do zadań wspomnianej pracowni należały przede wszystkim badania bakteriologiczno-chemiczne, niezbędne do orientowania się w stanie sanitarnym wojska, badania wody oraz produktów spożywczych.

Kolejną formą II fazy profilaktyki był szczegółowo sprawdzany stan zdrowia poborowych na komisjach wojskowych.

Wiedziano, że aby kontrole przebiegały szczegółowo i nie dopuszczały one do wojska jednostek chorych, każdy lekarz biorący udział w poborze wojska musiał być odpowiednio poinformowany, na co przy badaniu miał zwrócić szczególną uwagę. Powyższe zadanie należało do szefów sanitarnych danego Okręgu Korpusu to oni zaznajamiali „(...) lekarzy wojskowych komend poborowych z ich obowiązkami i prawami w komisjach poborowych oraz z zasadami badania i kwalifikowania poborowych w myśl obowiązujących przepisów o badaniu i ocenie zdolności fizycznej do służby wojskowej /„San.5/30-szer./” oraz instrukcji do „San.5/30”, jak również w myśl wytycznych, które wyda Szef Departamentu Zdrowia MSWojsk.”⁸⁴⁹. Zatem do poboru miały służyć przepisy San. 5./30, które przed każdą rekrutacją były szczegółowo omawiane. Wyodrębniono w nich przede wszystkim dwie choroby: gruźlicę i jaglicę⁸⁵⁰.

Oprócz przepisów obowiązujących podczas poboru kontrolowano także samych lekarzy w komisji czy tak owych przestrzegają. Aby osiągnąć należyte wyniki przy poborze

⁸⁴⁷ CAW.I.371.4, t. 220, Współdziałanie pracowni bakteryjnych wojskowych i państwowych cywilnych, s. 1.

⁸⁴⁸ Tamże, 2.

⁸⁴⁹ CAW.I.371.4, t. 220, Pobór główny mężczyzn rocz. 1914 r., s. 3.

⁸⁵⁰ Metody badania rekrutów na gruźlicę i jaglicę były omówione przez autorkę we wcześniejszych rozdziałach.

głównym polecano: „(...) jak najczęstsze kontrolowanie czynności wojskowych członków komisji poborowych mojemu pomocnikowi, a czynności lekarzy wojskowych szefowi sanitarnemu. Podczas kontroli należy zwrócić szczególną uwagę na ścisłości przestrzegania przez personel wojskowy komend poborowych wszystkich wskazówek zawartych w instrukcjach (...)”⁸⁵¹.

Każda komisja poborowa miała obowiązek przedstawienia sprawozdania z przebiegu poboru. W załączniku do pisma DOK nr IV nr 131/Uzup.35. odnajdujemy schemat takiego sprawozdania. Składało się ono z trzech części: I – Czynności przygotowawczych do poboru, II – Przeprowadzenia poboru i z III – Wniosków. Punkt II składał się z siedmiu podpunktów. Dla nas najważniejszym jest podpunkt szósty – choroby nagminne. Osoba sporządzająca sprawozdanie miała za zadanie: „wymienić gminy, w których poborowi chorują na jaglicę, gruźlicę oraz podać procent tych chorób na ogólną ilość poborowych danego powiatu. Podać również czy i jakie środki zaradczo stosują władze w danym powiecie przeciw gruźlicy i jaglicy i jakie wyniki w porównaniu z rokiem poprzednim osiągnęła akcja przeciwgruźlicza i przeciwjaglicza”⁸⁵². Był to zatem punkt istotny dla wojskowych władz sanitarnych i zapewne pieczołowicie sprawdzany. Nie powinno to dziwić, bowiem czujność w kwestii chorób nagminnych mogła pomóc w zapobiegnięciu w wojsku epidemii.

Do III fazy szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej zaliczyłabym wszelkie ośrodki leczniczo-szkolenie powstałe w 1921 r. Tworzone one były w związku z przechodzeniem wojska na „pokojową organizację”. W kraju takie placówki powstały w: Małkini koło Warszawy, Krakowie, Lwowie, Poznaniu i Lipowicy koło Przemyśla. Po zmianach w 1923 r. działały następujące specjalistyczne placówki: Wojskowy Instytut Przyrodniolecniczy w Warszawie (przy Instytucie istniała wytwórnia protez); Zakład Leczniczo-Protezowy dla inwalidów wojennych w Krakowie, Zakład Leczniczo-Protezowy dla inwalidów wojennych we Lwowie (działał przy nim jedyny w kraju oddział wojskowy dla ociemniałych) oraz Zakład Leczniczo-Protezowy dla inwalidów wojennych w Poznaniu.

W okręgu łódzkim nie znajdował się zakład czy też instytut o podobnym profilu. Choć oczywiście wyżej wymienione placówki przyjmowały żołnierzy i oficerów z trenów całej Polski, a wytwórnie protez wysyłały swoje produkty do każdego okręgu wojskowego.

W Łodzi pomoc chirurgiczną oraz psychiatryczną, nie tylko dla inwalidów wojennych, pełnił w 4 Szpital Okręgowy. W nim znajdował się zarówno oddział chirurgiczny, jak

⁸⁵¹ CAW.I.371.4, t. 220, Pobór główny mężczyzn rocz. 1914 r., s. 11.

⁸⁵² CAW.I.371.4, t. 220, Załącznik do pisma DOK nr IV nr 131/Uzup.35, s. 1.

i psychiatryczny. W łódzkim oddziale chirurgicznym nie rozgraniczono chirurgii ogólnej i ortopedii – na oddziale przeprowadzano wszystkie operacje od chirurgii szczękowej zaczynając, a kończąc na operacjach urologicznych. Ciężko więc było o wykonanie w pełni dobrej profilaktyki, która miała na celu przywrócenie pacjenta do zdrowia.

Ta ostatnia faza profilaktyki zdrowotnej była najsłabiej rozwiniętą, nie tylko w okręgu łódzkim, ale i w większości wojskowych okręgach w okresie II RP.

Powyższe przykłady potwierdzają liczne metody profilaktyczne, które stosował nie tylko łódzki garnizon, ale większość garnizonów w DOK nr IV. Wojskowe władze sanitarne już wówczas zdawały sobie sprawę, że lepiej jest zapobiegać chorobom, niż je leczyć. Stąd powstawały liczne instrukcje sanitarne, które miały służyć jako wytyczne do „wojskowej profilaktyki”. Szeregowych żołnierzy, słabiej wykształconych, edukowano poprzez liczne akcje zapobiegawcze i edukacyjne. Wiedzano bowiem, że „świadomość” w kwestiach zdrowotnych, stanowi jeden z ważniejszych elementów do utrzymywania zdrowych żołnierzy.

Profilaktyka utrzymywania porządku i dbałości o higienę osobistą na pewno poprawiała stan zdrowotny żołnierzy. Należy jednak pamiętać, że oprócz przeciwdziałaniom chorobom w wojsku także poprawiała się sytuacja materialno-bytowa ludności cywilnej, a co za tym idzie, jej poziom zdrowotności, który miał znaczący wpływ na wojsko. Pomimo postępu medycyny i stosowanej profilaktyki choroby nadal były groźne dla życia i zdrowia żołnierzy.

3.7 Rola cywilnej służby sanitarnej - Polski Czerwony Krzyż w okręgu łódzkim

„Ranny i chory żołnierz – to sierota wojskowy. Wchodzi nagle, jako odpadek wielkiej produkcji wojennej, do bezdusznej, skomplikowanej maszyny - bezsilny, zdenerwowany, często bezwolny. Trzeba włożyć duże wysiłki, aby w tej maszynie pracowało serce matczyne, które więcej kocha właśnie to dziecko, które jest nieszczęśliwe i zbolale, a więc nieużyteczne dla pracy i w tym leży szczytne i wielkie zadanie Czerwonego Krzyża podczas wojny” .

Józef Piłsudski

W okręgu łódzkim, tak samo jak w innych rejonach Polski, cywilna służba zdrowia od samego początku istnienia niepodległego państwa polskiego stanowiła „nierozwalny” element wojskowej służby zdrowia. Bez wsparcia cywilnego personelu medycznego oraz dużej liczby ochotników zrzeszonych w organizacjach społecznych – wojskowa służba zdrowia nie mogłaby osiągnąć dobrego poziomu jaki reprezentowała. Jednakże, mimo dobrych chęci przez cały okres II Rzeczypospolitej w okręgu łódzkim odczuwalny był brak służb medycznych i sanitarnych. Nie udało się owych braków uzupełnić do roku 1939. Jakość wykonywanych usług medycznych stała na dobrym i bardzo dobrym poziomie, mimo to wyspecjalizowanych osób – personelu medycznego i niższego personelu medycznego było za mało.

Okręg łódzki w kwestii szkolenia personelu medycznego był tym bardziej pokrzywdzony, gdyż nie posiadał on na swoim terenie wyższej uczelni medycznej.

W Łodzi nie było żadnej wyższej uczelni, która by kształciła lekarzy – nie mówiąc już o wojskowej szkole medycznej. Każdy łódzianin, który chciał zajmować się powyższą profesją musiał ukończyć jeden z pięciu uniwersytetów państwowych w Polsce tzn.: w Warszawie, Krakowie, we Lwowie, w Wilnie lub w Poznaniu. Dopiero od 1922 r. zaczęło powstawać w Polsce specjalistyczne szkolnictwo wojskowe, które to zaczęło profesjonalnie kształcić medyczną służbę wojskową. Najważniejszą uczelnią była Wojskowa Szkoła Sanitarna w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie, która to powstała na bazie Szkoły Aplikacyjnej Korpusu Oficerów Sanitarnych. Kolejno w 1923 r. przemianowana została na Oficerską Szkołę Sanitarną, a w 1928 r. na Szkołę Podchorążych Sanitarnych, by w roku 1930 przejść kolejną reorganizację w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego. Istniały także inne szkoły kształcące z zakresu medycyny wojskowej: Instytut Chirurgii Urazowej w Warszawie czy Instytut Przeciwwgazowy.

Łódź jeszcze miała długo poczekać na swoją specjalistyczną medyczną szkołę wojskową. Choć idea powstania wyższego szkolnictwa medycznego w Łodzi zrodziła się w okresie II Rzeczypospolitej.

W Łodzi było wielu zwolenników powołania uczelni. Do zdecydowanych orędowników tej idei można było zaliczyć, m.in.: chirurga, prof. Wincentego Tomaszewicza (1876-1965), który związany był z Łodzią od 1925 r., współorganizatora leczenia społecznego, radnego

ostatniej przedwojennej Rady Miejskiej w Łodzi i członka Zarządu Miasta Łodzi⁸⁵³ oraz doktora Tadeusza Mogilnickiego (1879-1940), który od 1905 r. powiązany był ze Szpitalem Anny Marii w Łodzi, którego później był dyrektorem.

21.07.1938 r. odbyło się spotkanie w celu utworzenia wyższej uczelni lekarskiej w Łodzi, na którym obecny był m.in.: Mikołaj Godlewski – ówczesny prezydent Łodzi, wspomniani wyżej – dr T. Mogilnicki i dr Tomaszewicz, łódzki biskup dr Kazimierz Tomczak, szef sanitarny – płk. dr Edward Wertheim. Całemu spotkaniu przewodniczył Aleksander Heiman-Jarecki⁸⁵⁴ - był on fundatorem kilku budynków szkolnych i bibliotecznych (np. Biblioteki Miejskiej im. J. Piłsudskiego w Łodzi), oraz parków, np. Parku im. Jana Matejki w Łodzi. Spotkanie na pewno zapoczątkowało poważne rozmowy odnośnie utworzenia w Łodzi akademii medycznej.

W grudniu 1938 r. łódzka Rada Miejska uchwaliła, że gmach uczelni stanie na placu miejskim niedaleko Julianowa. Pod jego budowę przeznaczono działkę o powierzchni 6 ha⁸⁵⁵. Także w 1938 r. rozpoczęto starania o fundusze na budowę obiektu. Środki w wysokości 2 mln zł wyasygnowały władze centralne. Mimo przeznaczenia środków z budżetu centralnego wciąż brakowało funduszy. Konieczność uzbierania pieniędzy na budowę i wyposażenie uczelni stała się jednym z kluczowych powodów powołania 10.12.1938 r., na mocy decyzji Wojewody Łódzkiego, stowarzyszenia o nazwie Organizacja Wyższej Uczelni Lekarskiej (OWUL), któremu przewodniczył łódzki biskup dr Kazimierz Tomczak⁸⁵⁶.

Na początku 1939 r. wydawało się, że wszystko zmierza ku dobremu. Jednakże nadal brakowało funduszy na realizację budowy akademii medycznej. Trud i wysiłek łódzkiej społeczności został przerwany we wrześniu 1939 r. przez wybuch II wojny światowej⁸⁵⁷.

W wyższych szkołach medycznych kształcili się głównie mężczyźni. Oczywiście kobiety też były dopuszczane w okresie II RP do wykonywania zawodu lekarza. Jednakże lekarki w okresie międzywojennym w Polsce stanowiły zdecydowaną mniejszość. Zawód lekarski był wykonywany przez kobiety przed I wojną światową, a pod koniec dwudziestolecia „płeć

⁸⁵³ B. Kempieńska-Mirosławska, *Geneza łódzkiej medycyny akademickiej. Od idei, przez uniwersytet do akademii*, <http://panaceum.lodz.pl/geneza-%C5%82%C3%B3dzkiej-medycyny-akademickiej-od-idei-przez-uniwersytet-do-akademii>, dostępność internetowa z dn. 12.12.2017 r., s. 1.

⁸⁵⁴ „Orędownik” nr 166 z dn. 23.07.1938 r., s. 7.

⁸⁵⁵ B. Kempieńska-Mirosławska, dz. cyt., s. 1.

⁸⁵⁶ Statut Stowarzyszenia: „Organizacja Wyższej Uczelni Lekarskiej w Łodzi”, Łódź 1938 r., s. 3-11.

⁸⁵⁷ Patrz więcej: B. Kempieńska-Mirosławska, *Geneza łódzkiej medycyny akademickiej. Od idei, przez uniwersytet do akademii*, <http://panaceum.lodz.pl/geneza-%C5%82%C3%B3dzkiej-medycyny-akademickiej-od-idei-przez-uniwersytet-do-akademii>, dostępność internetowa z dn. 12.12.2017 r.

piękna” stanowiła ponad 15% lekarzy (1939 r.), w wielkich miastach ponad 20%, a w Warszawie bez mała 25%. Kobiety wówczas dopuszczono już do wszystkich specjalizacji medycznych, a nie tylko do dawno uznanych „specjalności kobiecych” (położnictwo, ginekologia, pediatria). Powyższa statystyka według Janusza Żarnowskiego⁸⁵⁸ jest bardzo zbliżona do obliczeń Elżbiety Więckowskiej, według której w 1938 r. w miastach powyżej 100 000 mieszkańców liczba kobiet-lekarzy stanowiła 20-procentowy odsetek⁸⁵⁹.

Zdecydowanie częściej wybieraną profesją przez kobiety z zakresu medycyny był zawód pielęgniarki. Taki stan rzeczy wynikał przede wszystkim z trudności, na jakie napotykały kobiety, by dostać się na studia medyczne. Wiele z nich nie miało środków finansowych na naukę, odpowiednich „kontaktów”, bądź po prostu wystarczającego samozaparcia, by podejmować tego typu studia. Wyściem z takich sytuacji było kształcenie się w zawodzie pielęgniarki, ponieważ profesja była bardzo zbliżoną. Kobiety nie musiały rezygnować ze swoich zainteresowań, a z biegiem czasu, jak się okaże, mogły się doszkalać i w końcu podjąć swoje wymarzone studia⁸⁶⁰.

Zatem kobiety, w postaci pielęgniarek, zaczęły zasilać personel medyczny – zarówno ten cywilny jak i wojskowy. W Łodzi niestety także nie istniała szkoła pielęgniarska. Cały wysiłek szkolenia kobiet w zakresie medycznym spadł na największą cywilną organizację w okręgu łódzkim wspierającą wojsko – Polski Czerwony Krzyż.

Już w kwietniu 1919 r. w Łodzi i w Ozorkowie powstały pierwsze oddziały Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża (PTCK). Głównym jego zadaniem było organizowanie pomocy poszkodowanym w czasie I wojny światowej - inwalidom wojennym, sierotom po zaginionych rodzinach oraz szerzenie oświaty zdrowotnej wśród ludności zagrożonej gruźlicą płuc i innymi chorobami zakaźnymi⁸⁶¹.

Okręg Łódzki Polskiego Czerwonego Krzyża został powołany na mocy uchwały Komitetu Głównego PCK w dniu 24.04.1924 r. Jednakże mimo chęci do końca roku trudno było go zorganizować. Opóźnienie to miało wynikać z „(...) pewnego rodzaju słabej ruchliwości prowincjonalnych miejscowych oddziałów, które po większej części nie wykazują

⁸⁵⁸ J. Żarnowski, *Kobiety w strukturze społeczno-zawodowej Polski międzywojennej*, [w:] *Równe prawa i nierówne szanse. Kobiety w Polsce międzywojennej*, pod red. A. Żarnowskiej i A. Szwarcza, Warszawa 2000 r., s. 104.

⁸⁵⁹ E. Więckowska, *Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004 r., s. 48.

⁸⁶⁰ A. Rybińska, *Rola, działalność i znaczenie kobiet w AK. Wybór biografii regionu łódzkiego*, Toruń 2016 r., s. 70-71.

⁸⁶¹ PCK w Okręgu Łódzkim – krótki rys historyczny, http://www.pck.pl/pages.6_139.html, dostępność internetowa z dn. 12.12.2017 r.

dostatecznej żywotności i zdają się jakby zanikać w swej działalności (...)»⁸⁶². Zarząd łódzki zwoływał kilka razy zjazdy miejscowych oddziałów - nie dochodziły one jednak do skutku poprzez brak zainteresowania. Poproszono w końcu Zarząd Główny o pomoc. Trudną do przeprowadzenia organizacją Okręgu Łódzkiego PCK miał się zająć specjalnie opłacony urzędnik, który jednak po pewnym czasie zrezygnował z powierzonego mu zadania. Ostatecznie utworzona została specjalna komisja organizacyjna okręgu. Na dzień 28.11.1926 r. zwołano do Łodzi zjazd delegatów oddziałów miejscowych PCK, na który przybyli delegaci pięciu oddziałów z: Piotrkowa, Zgierza, Ozorkowa, Łęczycy i Pabianic. Na zjeździe obecni byli także przedstawiciele z Komitetu Głównego. Po owym spotkaniu struktury PCK w okręgu łódzkim zaczęły się w końcu kształtować, a z dniem 30.03.1926 r. zostało wybrane na posiedzeniu zarządu prezydium łódzkiego okręgu PCK⁸⁶³:

- Dr Skalski Stanisław – prezes
- Chwałowska Aniela
- Dr Miłkaszewski Bolesław
- Barciński Stefan – skarbnik
- Gajewicz Leon – sekretarz

Na zastępców do prezydium wybrani zostali: Hermina Arctowa i dr Józef Kalisz. Ponadto do prezydium weszli także Urlichsowa Maria i Fiedler Zygmunt, jako delegaci do Zarządu Głównego w Warszawie.

Praca Oddziału Łódzkiego Czerwonego Krzyża - jako największego w okręgu była znacząco wyróżniająca się na tle innych. Oddział w Łodzi podzielony został na poszczególne sekcje:

- Sekcję Sióstr,
- Budowy szpitala,
- Sanitarną,
- Opieki na szpitalami,
- Czerwony Krzyż Młodzieży,
- Dożywiania dzieci,
- Ambulatorium,
- Odczytową,
- Propagandy,

⁸⁶² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927, s. 3.

⁸⁶³ Tamże. s. 4.

- Dochodów niestałych⁸⁶⁴.

W okresie wojny polsko-bolszewickiej 1918-1921, niemal w każdym miasteczku rozwijała się działalność czerwono krzyżka. W momencie utworzenia Łódzkiego Okręgu PCK pomimo objęcia swoim zasięgiem siedmiu powiatów, tylko niektóre z nich w: Łodzi, Ozorkowie, Piotrkowie, Pabianicach i Zgierzu wykazywał aktywność. W 1929 r. zasięg działalności został poszerzony o jeszcze jeden oddział w Zgierzu. Ponadto w fazie organizacyjnej były nowe Oddziały w: Tomaszowie, Łasku, Tuszynie, Rudzie Pabianickiej i Strykowie.

Do obowiązków Okręgu PCK należało: organizowanie oddziałów prowincjonalnych, zajmowanie się wszelakimi sprawami pogotowia sanitarnego Okręgu i przygotowanie kadr pielęgniarskich na wypadek wojny, klęski lub katastrofy żywiołowej. Głównie w tych trzech kierunkach rozwinęła się praca łódzkiego PCK.



Mapa Okręgu Łódzkiego PCK 1928 r., źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 20.

W skład Zarządu łódzkiego PCK w 1928 r. wchodziło wielu znanych lekarzy wojskowych, m.in. Stanisław Więckowski⁸⁶⁵. Na szefa sanitarnego Okręgu PCK wybrano dr Józefa Kalisza.

W roku 1929 Polski Czerwony Krzyż zakończył pierwsze dziesięciolecie swojego istnienia i pracy na terenie łódzkim. Pomimo trudności, jak walki o granice czy wojna polsko-bolszewicka, PCK w Łodzi „(...) mimo niesłychanych braków i trudności

⁸⁶⁴ Tamże, s. 6-7.

⁸⁶⁵ Tamże, s. 8.

organizacyjnych, chlubnie zdał egzamin swej pracy dla państwa i armii” - tak donośnie w łódzkim sprawozdaniu PCK z 1929 r. podsumowano jego działalność.

W kwietniu 1929 r. odbyły się w Łodzi uroczystości związane z jubileuszem. Patronat nad nimi objął ówczesny Wojewoda Łódzki Władysław Jaszczółta. W Komitecie honorowym zaś wzięli udział: ks. biskup dr W. Tymieniecki, dr K. Tomczak, dowódca OK gen. Małachowski, pastor superintendent Dietrich, konsulowie państw obcych oraz wielu innych przedstawicieli władz miejskich i samorządowych. 11.04.1929 r. miało miejsce spotkanie Komitetu Obywatelskiego w celu uczczenia 10-lecia PCK, na którym to postanowiono wezwać społeczeństwo do większego zaangażowania w budowę szpitala PCK w Łodzi.

W dn. 27.04.1929 r. biskup W. Tymieniecki poświęcił kamień węgielny pod budowę szpitala na placu przy ul. Krzemienieckiej⁸⁶⁶.



Poświęcenie kamienia węgielnego pod budowę szpitala PCK w Łodzi na placu przy ul. Krzemienieckiej przez biskupa W. Tymienieckiego, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 4

⁸⁶⁶ W 1931 r. budynek szpitalny na 60 łóżek był gotowy do oddania publicznego. Brakło jednak pieniędzy na urządzenie wewnętrzne szpitala. Oprócz właściwego budynku szpitalnego ukończono także prowizoryczne drewniane budynki użytkowe takie jak: garaż dla sanitarek, kostnicę i pomieszczenie przeznaczone do sekcji zwłok. Ułożono także naokoło budynku trotuar i drogę wjazdową. Zarząd Okręgu PCK przede wszystkim postawił sobie cel wyszkolenia personelu sanitarnego. Budynek szpitala ukończono, jednak nadal brakowało środków finansowych aby go uruchomić. Dlatego też w 1934 r. postanowiono go wydzierżawić Zarządowi Miasta Łodzi na pomieszczenie I Miejskiego Domu Wychowawczego dla niemowląt na okres 5 lat. Budynek w 1936 r. został otynkowany. Ponadto wykonano wejście frontowe do budynku w sztucznym kamieniu z daszkiem oraz schodami, pokryto wszystkie gzymsy i parapety okienne blachą cynkową. W roku 1937 została przeprowadzona pełna konserwacja budynku. Zatem, aż do momentu wybuchu II WŚ budynek wybudowany przez łódzki PCK służył najmłodszym łódzianom - Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 14-15; Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 15-17.



Szpital PCK w Łodzi – wygląd pod koniec 1929 r., fot. NN , źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 11.



Budynek szpitala PCK w Łodzi 1937 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 16.

Następnego dnia rozpoczęły się uroczystości jubileuszowe łódzkiego PCK, które rozpoczęły się nabożeństwem biskupa W. Tymienieckiego w katedrze. W tym samym czasie odbywało się nabożeństwo w kościele ewangelickim św. Jana, odprawiane przez superintendenta Dietrich. Kolejno Zarząd PCK złożył wieniec pod Grobem Nieznanego Żołnierza i rozpoczął się pochód przez miasto, w którym udział wzięli: przedstawiciele Zarządu Głównego PCK, Zarządów Okręgów i Oddziałów, kompania honorowa 28 Pułku Strzelców Kaniowskich, siostry zawodowe, siostry pogotowia sanitarnego PCK, miejscowe koła młodzieży PCK oraz ich delegacje z innych miast, Łódzka Ochotnicza Straż Ogniowa,

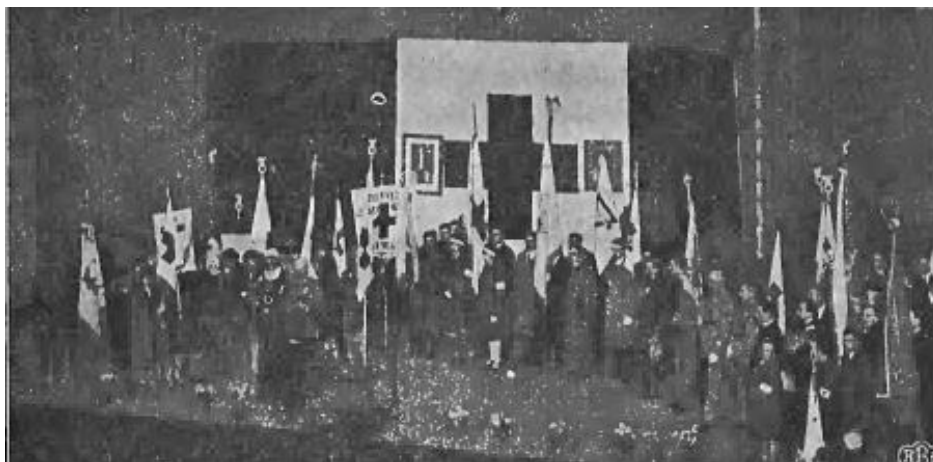


Związek Hallerczyków, Łódzkie Towarzystwo Sportowe Sokół, harcerstwo i wiele innych⁸⁶⁷.

Defilada łódzkiego PCK w dn. 28.04.1929, z okazji 10 –lecia PCK, fot. NN , źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 6.

⁸⁶⁷ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 4-5.

Cała defilada zakończyła się w sali filharmonii – akademią, na której to przemówienie okolicznościowe wygłosił m.in. płk dr Stanisław Więckowski. Na gali wręczono także odznaczenia zasłużonym działaczom oraz dyplomy uznania. Z łódzkich lekarzy wojskowych dyplom uznania otrzymali m.in.: ppłk. lek. med. Józef Gurtzman i płk lek. med. S. Więckowski⁸⁶⁸.



Uroczysta akademia w filharmonii łódzkiej z okazji obchodów 10-lecia łódzkiego PCK, fot. NN , źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 5.

W 1929 r. wprowadzona została ważna zmiana organizacyjna w łódzkim PCK. Mianowicie nastąpiło całkowite odłączenie Oddziału Łódzkiego od Okręgu. Konsekwencją takiej decyzji był wybór na zebraniu walnym PCK w dn. 23.04.1929 oddzielnych władz dla Okręgu i Oddziału, zostały także przedstawione oddzielne preliminarze budżetowe. Ze względu jednak na obchody 10-lecia, Zarząd Oddziału Łódzkiego PCK ukonstytuował się dopiero w październiku 1929 r.⁸⁶⁹.

Biuro Okręgu Oddziału Łódzkiego PCK mieściło się w lokalu przy ul. Piotrkowskiej 96 . W biurze pracowało sześć osób: Dyrektor Okręgu, Kierowniczka Biura, Referentka Komisji Okręgowo-Oddziałowej Kół Młodzież PCK, kasjer, kancelistka i goniec.

Zarząd Okręgu Łódzkiego PCK na rok 1931 przedstawiał się następująco:

- Zygmunt Fiedler – prezes
- Dr Józef Kalisz - vice prezes
- Franciszek Michejda – vice prezes
- Maria Ulrichsowa – sekretarz generalny

⁸⁶⁸ Tamże s. 5.

⁸⁶⁹ Tamże s. 7.

- Stanisław Podciechowski – skarbnik

Ponadto w skład Zarządu wchodziło także sześciu członków, wśród których znajdował się m. in. płk. dr Mieczysław Marx, ówczesny szef sanitarny OK nr IV Łódź⁸⁷⁰.

Ważną kwestią dla wojska było powołanie w 1928 r. sekcji intendencji przy Łódzkim Okręgu PCK. Zaczęła ona jednak w pełni funkcjonować dopiero w roku następnym. Jej zadaniem była inwentaryzacja całego majątku łódzkiego oddziału PCK. Przesortowano i zakwalifikowano zasoby według ich zdolności użytkowej. Ponadto założono nowy inwentarz dostosowany do potrzeb instytucji w związku z jej zadaniem współpracy z wojskiem. Zakupiono stację sanitarno-odżywczą, którą z braku miejsca w lokalu zdeponowano w 4 Składnicy Sanitarnej OK nr IV Łódź⁸⁷¹.

W 1931 r. na terenie łódzkiego okręgu PCK znajdowało się 16 oddziałów. Według ówczesnych władz PCK była to wystarczająca liczba. Powiat łódzki posiadał cztery oddziały, powiat brzeziński trzy, powiaty: łaski, łęczycki i sieradzki – dwa, a jeden oddział znajdował się w powiatach: piotrkowskim, radomszczańskim i wieluńskim⁸⁷².

W roku 1933 nadal znajdowało się w Okręgu Łódzkim 16 oddziałów PCK. Tym razem na czele okręgu stanął wojewoda Aleksander Hauke-Nowak⁸⁷³. Organizacja poszczególnych oddziałów znacznie uległa poprawie. Zwracano bardzo dużą uwagę na propagandę w szeregach PCK. Organizowano różnego rodzaju odczyty, zamieszczono reklamy w prasie i wyświetlano reklamy w kinach. Wszystkie te działania miały jeden cel – zachęcić społeczeństwo z okręgu łódzkiego do wzmożonego działania społecznego w obrębie organizacji⁸⁷⁴.

W 1937 r. w Okręgu Łódzkim PCK, funkcjonowało 28 oddziałów. Koła PCK (dla dorosłych) podlegały oddziałom. Niektóre znajdowały się w siedzibach samych oddziałów, ale zdecydowana większość rozsiana była w terenie. Na przykład Oddział w Łodzi w 1937 r. posiadał 12 kół PCK: w Brusach, Chojnach, Czarnocinie, Konstantynowie, Radogoszczu, Tuszyńie i sześć kół w miejskich w samej Łodzi⁸⁷⁵.

W roku 1937 wśród działaczy łódzkiego Czerwonego Krzyża ponownie pojawia się wielu lekarzy wojskowych, m.in. płk dr Edward Wertheim, który otrzymał odznakę honorową PCK, w 1937 pełniący funkcję vice prezesa zarządu oddziału w Łodzi.

⁸⁷⁰ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 5.

⁸⁷¹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 10.

⁸⁷² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 6.

⁸⁷³ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1933 r., Łódź 1934, s. 5.

⁸⁷⁴ Tamże, s. 9-10.

⁸⁷⁵ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 8.

Na dzień 1.01.1938 cały Okręg Łódzki PCK posiadał łącznie 18 926 członków. Z czego w samym Oddziale w Łodzi notowano 6 353⁸⁷⁶. Był to zdecydowanie dominujący liczebnie Oddział PCK w całym okręgu. Dla porównania kolejnym pod względem liczebności oddziałem był Oddział w Skarżysku, który liczy łącznie 1790 członków⁸⁷⁷. Prezesem Zarządu Okręgu PCK w Łodzi w 1938 r. był Fiedler Zygmunt. Nadal Okręg PCK obejmował 8 powiatów woj. łódzkiego, 4 powiaty województwa warszawskiego: kutnowski, łowicki, rawsko-mazowiecki, skierniewicki oraz 4 powiaty województwa kieleckiego: częstochowski, konecki, opoczyński, włoszczowski. Łącznie zatem obejmował ogromny obszar 16 powiatów. Na tym obszarze znajdowało się 23 oddziałów PCK i 100 Kół PCK⁸⁷⁸. W samej Łodzi liczba Kół wzrosła do 16⁸⁷⁹.

Znacząco także wzrosła liczebność Młodzieżowych Kół PCK, która na dzień 1.01.1938 wynosiła 906 kół do których należało 54 367 członków⁸⁸⁰, co stanowiło ok. 1/5 części ogólnej wszystkich członków Czerwonego Krzyża Młodzieży w całej ówczesnej Polsce.

Ogólna liczba członków dorosłych na dzień 1.01.1939 wynosiła 26 071 (w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 4 881)⁸⁸¹. Podsumowując statystkę rozwoju Łódzkiego Okręgu PCK od 1929 wyglądała ona następująco:

STATYSTYKA ROZWOJU OKRĘGU ŁÓDZKIEGO POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA.							
O k r e s	Oddziałów	Kół P. C. K.	Członków dorosłych	Komisji Oddz. Kół Mł.	Kół Mł.	Członków młodzieży	Posterunki ratownicze drogowe
rok 1929	12	3	7.131	2	78	6.194	—
" 1930	16	1	8.102	4	118	7.565	—
" 1931	16	4	8.167	8	203	11.954	27
" 1932	16	15	8.143	11	278	15.836	35
" 1933	15	25	9.416	12	372	19.599	36
" 1934	15	42	11.337	14	468	27.558	36
" 1935	23	78	19.333	20	776	44.250	51
" 1936	23	84	18.926	21	836	43.689	51
" 1937	23	97	21.190	22	906	54.367	55
" 1938	23	100	26.071	23	959	60.672	55

UWAGA. Podane liczby wykazują stan na dzień 31. XII. każdego roku.

Statystyka rozwoju PCK w latach 1929-1938, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 18.

⁸⁷⁶ Tamże, s. 9.

⁸⁷⁷ Tamże.

⁸⁷⁸ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 14.

⁸⁷⁹ Tamże, s. 15.

⁸⁸⁰ Tamże, s. 11.

⁸⁸¹ Tamże, s. 16.

Wspieraniem łódzkiego wojska w zakresie sanitarnym zajmowały się: Sekcja Sióstr, Sekcja Sanitarna, Opieki nad Szpitalami Wojskowymi oraz Odczytowa.

SEKCJA SIÓSTR PCK

Zajmowała się ona weryfikacją i rejestracją sióstr czynnych i rezerwowych. Głównym bowiem celem tej sekcji było przysposobienie jak największej liczby sióstr. Tworzenie wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej – był to jeden z głównych priorytetów działalności PCK, w tym Oddziału w Łodzi. Na wypadek wojny, czy też innej katastrofy miały sanitarnie wspierać oddziały wojskowe.

Regularnie PCK organizowano w Łodzi kursy dla pielęgniarek. Pierwszy odbył się 12.01.1926 r. i trwał trzy miesiące. Kurs prowadzili wykwalifikowani lekarze: Dr Kalisz i dr Skalski, ale także doświadczona pielęgniarka: Chawłowska Aniela. Powyższy kurs ukończyło 57 kobiet⁸⁸². Absolwentki kursów odbywały praktykę szpitalną w okręgowym szpitalu wojskowym, trwającą osiem miesięcy i wszystkie z nich złożyły zobowiązanie do stawienia się do pracy w PCK w przypadku wybuchu wojny. Od ochotniczek za praktyki pobierano opłatę wysokości 10 zł od osoby. Dochód z tego źródła był przekazywany na pomoce naukowe, niezbędne podczas kursów. Siostry w szpitalach wojskowych zostały jednakowo umundurowane, czego wymagała higiena i porządek. W tym względzie Oddział Łódzki PCK starał się wspierać finansowo kobiety, kupując im materiał na mundury i rozkładając spłatę należności na raty. Siostry mogły także korzystać z zaliczek zwrotnych z funduszy Oddziałowego Czerwonego Krzyża – na ten cel wyznaczono kredyt w wysokości 2000 zł⁸⁸³.

W 1926 r. sekcja zaczęła prowadzić akta osobiste sióstr zatrudnionych na terenie DOK nr IV, które obejmowały krótki życiorys oraz szczegóły co do wykonywanych prac. Takie same akta prowadzone były dla sióstr rezerwy.

Prace Okręgowej Sekcji Sióstr w 1928 r. polegały głównie na przeprowadzaniu rejestracji wszystkich sióstr czynnych i rezerwowych na terenie okręgu. Ponadto uskutecziano przydziały oraz utrzymywano stały kontakt sanitarny z władzami wojskowymi. Okręg łódzki PCK posiadał w 1928 r. 16 sióstr czynnych i 126 sióstr rezerwy⁸⁸⁴. Na czele sekcji sióstr w 1928 r. stanęła Maria Ulrichsowa – której to Zarząd Okręgu PCK powierzył wszelkie sprawy związane z siostrami PCK zatrudnianymi na terenie łódzkim.

⁸⁸² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927, s. 7.

⁸⁸³ Tamże, s. 8.

⁸⁸⁴ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 5.

W okręgu łódzkim w 1928 r. bardzo odczuwalny był problem braku wykwalifikowanych pielęgniarek, które mogłyby uczyć inne kobiety „*nie posiadając Domu Macierzystego, ani szkoły pielęgniarek Okręg nie jest na razie w możliwości zorganizowania szkolenia na terenie całego Okręgu, gdyż w mniejszych środowiskach jest to utrudnione z powodu braku wykładowców*”⁸⁸⁵. W samej Łodzi jednakże takie kursy się odbywały i bez problemu przyjmowane były na nie także kandydatki z innych miejscowości. Oprócz oddziału łódzkiego, także oddział w Piotrkowie organizował kursy sanitarne.

Organizowane były kursy trzymiesięczne. Przyjmowane były na nie kandydatki, które ukończyły co najmniej cztery klasy szkoły średniej lub siedem klas szkoły powszechnej. Wykłady kursowe obejmowały zagadnienia z: anatomii, bakteriologii, chirurgię, desmurgię⁸⁸⁶, farmakologię, gospodarstwo szpitalne, organizację wojskową, higienę, pielęgniarstwo, technikę sanitarną, dezynfekcję, walkę gazową⁸⁸⁷. Kursy prowadzone były bezinteresownie przez łódzkich lekarzy specjalistów z każdego zakresu. Odbywały się one w sali Seminarium Nauczycielskiego przy ul. Ewangelickiej 11/13 (ob. Roosevelta). Absolwentkom kursów wydawane były świadectwa, a te które ukończyły dodatkowo sześciomiesięczną praktykę szpitalną, otrzymywały również świadectwa odbytej praktyki i były rejestrowane jako siostry rezerwy. Praktyki odbywały się w 4 szpitalu okręgowym, pod nadzorem czynnych siostr PCK.

Wyjątkowo uzdolnione kursantki wysyłane były przez Oddział Łódzki PCK do Domu Macierzystego w Warszawie – przykładowo w 1928 r. wysłano dwie kobiety, które po złożeniu egzaminu państwowego znalazły zatrudnienie jako siostry Czerwonego Krzyża w 4 szpitalu Okręgowym w Łodzi.



Otwarcie kursu sanitarnego, Łódź 1928 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 20.

⁸⁸⁵ Tamże.

⁸⁸⁶ Desmurgia (gr. desmos - więz, więzadło) – dział chirurgii, którego domeną są opatrunki. W kręgu zainteresowania desmurgii leży zarówno materiał służący do zaopatrywania ran, czyli opatrunków, jak również jego budowa, funkcja oraz sposób założenia.

⁸⁸⁷ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 20.

Sekcji siostr podlegał znajdujące się na terenie okręgu łódzkiego PCK siostry zawodowe zatrudnione przez szpitale i instytucje wojskowe oraz siostry pogotowia sanitarnego. Na terenie okręgu w 1929 r. pracowało 17 siostr zawodowych⁸⁸⁸. Wspierała swoje podopieczne: w porozumieniach z władzami wojskowymi odnośnie ich przydziałów, finansowo – udzielała bezprocentowych pożyczek zwrotnych - w 1929 udzielono cztery takie pożyczki na łączną sumę 900 zł, kierowała siostry na dodatkowe przeszkolenia oraz przedstawiała do odznaczeń najbardziej zasłużone.

Sekcja pośredniczyła w uzyskaniu posad dla zarejestrowanych siostr bez zajęcia, kierowała swoje podopieczne na dyżury prywatne. W 1929 r. nawiązano porozumienie z dyrektorami miejscowych szpitali oraz z Kasą Chorych w sprawie zatrudniania siostr PCK także w tych instytucjach⁸⁸⁹.

Ogólnie w 1929 r. sekcja zarejestrowała 150 siostr, z czego 12 zostało skierowanych na dyżury, a trzy uzyskały stałą posadę. 20 siostr skierowano na praktykę szpitalną, jednakże tylko połowa ją ukończyła⁸⁹⁰.



Kurs przeszkolenia dla pielęgniarek zawodowych - Łódź 1929 r., fot. NN, , źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 13.

Sekcja Sióstr pracowała bardzo intensywnie w 1931 r. Jak podkreślano „(...) *pod względem fachowym siostry pogotowia sanitarnego Okręgu Łódzkiego stoją na wysokim*

⁸⁸⁸ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 13.

⁸⁸⁹ Tamże.

⁸⁹⁰ Tamże.

*poziomie i 90% sióstr zarejestrowanych w Okręgu, zawodowo trudni się pielęgniarstwem*⁸⁹¹. Sekcja skierowała w 1931 r. na dwutygodniowe szkolenie do szpitala wojskowego 20 sióstr pogotowia sanitarnego, które pracowały w innych zawodach.

Siostry uczestniczyły aktywnie we wszystkich uroczystościach organizowanych w 1931 r. w Okręgu, m.in. w: tygodniu PCK – podczas którego 11 siostrom czynnym zatrudnionym w 4 szpitalu okręgowym wręczone zostały odznaki honorowe; W uroczystości PW i WF organizowanej w Spale – gdzie obsługiwały punkt sanitarno –odżywczy; Podczas uroczystości z okazji dnia dziecka – gdzie pełniły dyżury w punktach sanitarnych zorganizowanych w łódzkich parkach.

Sekcja ponadto nadal zajmowała się ewidencją nowych sióstr. Za rok 1931 odnotowano następującą statystykę:

- zarejestrowano 235 sióstr pogotowia sanitarnego,
- wydano ogółem 221 kart ewidencyjnych,
- wydano 67 świadectw praktyki szpitalnej oraz 71 świadectw z pełnego kursu dla sióstr pogotowia sanitarnego,
- skierowano 58 absolwentek kursu na praktykę do szpitali⁸⁹².

W grudniu 1931 r. Sekcja Sióstr zwołała Walne Zgromadzenie sióstr pogotowia sanitarnego Okręgu Łódzkiego, na którym zostały wybrany Zarząd, skład Rady Nadzorczej Kasy Pożyczkowo-Oszczędnościowej Sióstr Okręgu Łódzkiego oraz Zarząd Koła Sióstr Pogotowia Sanitarnego PCK. W Walnym Zgromadzeniu wzięło udział ok. 150 sióstr z całego okręgu⁸⁹³.



Uroczystość dekorowania sióstr odznakami honorowymi PCK w 4 szpitalu okręgowym w Łodzi w 1931 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 21.

⁸⁹¹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 19.

⁸⁹² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 20-22.

⁸⁹³ Tamże s. 22.

W 1933 r. sekcja kontynuowała swoją pracę, „wdrożoną już na stałe tory”, dążąc do faktycznego zgrupowania wszystkich sióstr pogotowia sanitarnego przy Okręgu. Pod względem wyszkolenia siostry PCK z Okręgu Łódzkiego stały na wysokim poziomie, ponieważ przez „(...) ostatnie cztery lata przechodziły sześciomiesięczny kurs teoretyczny, a zatem odbywały sześciomiesięczną, a często nawet i dłuższą praktykę szpitalną”⁸⁹⁴. Dlatego też duża liczba sióstr PCK znajdowała zatrudnienie w charakterze pielęgniarek stałych w szpitalach i innych zakładach leczniczych. Obliczano, że ponad 50% łódzkich sióstr PCK po odbytych szkoleniach znalazło stałe zatrudnienie. W roku 1933 przeszkolono 40 nowych sióstr PCK. Ponadto:

- 52 siostry zostały wysłane na praktykę do szpitali,
- wydano 35 świadectw praktyki szpitalnej oraz 44 świadectw z pełnego kursu dla sióstr pogotowia sanitarnego,
- jedna siostra została przyjęta na stałą posadę, a pięć na dyżury prywatne⁸⁹⁵.

Przy Sekcji sióstr zostało założone Koło Sióstr Pogotowia Sanitarnego, które zrzeszyło w 1933 r. 104 siostry. Praca Sekcji Sióstr w 1937 r. odbywała się pod hasłem zrzeszania sióstr w Kołach Sióstr Pogotowia Sanitarnego. Koła zorganizowane zostały w Łodzi przy Okręgu oraz w Oddział w: Częstochowie, Kutnie i Skierniewicach. Przy kołach funkcjonował różnego rodzaju sekcje:

- odczytowa – wygłaszano podczas niej wykłady i prelekcje;
- bibliotekarska – zajmowała się wypożyczaniem książek dla sióstr PCK,
- obchodowa – organizowała różnego rodzaju uroczystości,
- pomocy koleżeńskiej – organizowała doraźne dożywianie sióstr oraz udzielała krótkoterminowych pożyczek z funduszu danego koła,
- wywiadów społecznych – prowadziła wywiady w środowiskach gruźliczych, przeważnie po domach robotniczych i bezrobotnych,
- opieki nad obłożnie chorymi – prowadziła dyżury przy obłożnie chorych na gruźlicę w domach osób ubogich i bezrobotnych, pełniący przy nich opiekę⁸⁹⁶.

⁸⁹⁴ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1933 r., Łódź 1934, s. 21.

⁸⁹⁵ Tamże s. 21-22.

⁸⁹⁶ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 26.



Do momentu wybuchu II wojny światowej, zadania i cele omawianej sekcji pozostawały bez zmian.

Przewodnicząca Sekcji Sióstr w latach 1934-1939, dr Jadwiga Szustrowa, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 8.

SEKCJA SANITARNA PCK

Do sekcji sanitarnej PCK należało ważne zadanie przygotowania sanitarnej kolumny samochodowej. W roku 1926 nie było to jednak możliwe, ponieważ wszelkie środki zarówno finansowe jak i ludzkie „pochłaniał” szpital PCK powstający w Łodzi. Zarząd Główny w Warszawie podjął wówczas decyzję o odroczeniu na trzy lata przygotowania w/w kolumny sanitarnej. Warunkiem jednak było odłożenie na specjalnym rachunku kwoty w wysokości 15 000 zł, przeznaczonej na wykonanie nadwozi – w razie gdyby zaszła taka konieczność. Jednakże na posiedzeniu Zarządu 11.05.1926 r. decyzja została zmieniona. Uznano bowiem za konieczne jak najszybsze utworzenie sanitarnej kolumny samochodowej w Łodzi. Na ten cel Oddział Łódzki PCK zaciągnął kredyt w wysokości 50 000 zł. Z powyższego funduszu utworzono pierwszy pluton kolumny sanitarnej, składający się z pięciu samochodów, firmy „Skasa i Żarnecki” – ich karoseria wykonana została według projektu opracowanego przez Komisję mobilizacyjną Oddziału Łódzkiego. Samochody zostały przyjęte przez specjalną komisję do użytku⁸⁹⁷.

Łódzki PCK, a w szczególności sekcja sanitarna kładła ogromny nacisk na tworzenie tzw. drużyn ratunkowych, które miały wspierać ludność cywilną w zakresie obrony przeciwgazowej. W 1928 r. Oddział Łódzki wyszkolił trzech nowych instruktorów, którzy ukończyli pełny kurs przygotowawczy z powyższego zakresu w Warszawie. Łącznie w 1928 r. Okręg Łódzki PCK posiadał dziewięciu instruktorów obrony przeciwgazowej⁸⁹⁸. Instruktorzy szeroko propagowali zdobytą wiedzę, wygłaszając różnego rodzaju wykłady i odczyty, które dotyczyły nie tylko obrony przeciwgazowej i działania gazów trujących, ale

⁸⁹⁷ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927, s. 9.

⁸⁹⁸ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 4.

także podstawowych zagadnień ratownictwa medycznego. Zdawano sobie bowiem sprawę, że na ewentualną wojnę chemiczną, oprócz wojska musi być przygotowana ludność cywilna.

W myśl uchwały z międzynarodowej konferencji ekspertów w Brukseli ze stycznia 1928 r., zalecono aby na polu ratownictwa ogólnego i przeciwgazowego dot. ludności cywilnej z Czerwonym Krzyżem współpracowały inne organizacje społeczne. Zarząd Główny PCK podjął taką współpracę z Zarządem Głównym Ligii Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej (LOPP). W rezultacie porozumienia został opracowany podział obowiązków między powyższymi instytucjami. Do zakresu obowiązków PCK, należało „*szkolenie fachowego personelu instruktorskiego i wykonawczego dla swych sekcji i drużyn, organizowanie drużyn ratowniczych, zaopatrywanie drużyn w odpowiednie środki ratownicze i lecznicze, urządzenie kąpielisk i punktów dezynfekcyjnych dla odkażania odzieży, przygotowanie szpitali i leczenie zagazowanych*”⁸⁹⁹. Powyższe zalecenia dot. ludności cywilnej, jednak w przypadku wybuchu wojny – zagazowanych i poszkodowanych żołnierzy także leczyłyby oddziały sanitarne zorganizowane przez PCK.

Na terenie województwa łódzkiego postanowiono zorganizować obronę przeciwgazową na posiedzeniu zwołanym przez Wojewodę Łódzkiego w grudniu 1928 r. Wówczas powołano Komitet, któremu powierzono wykonanie i zorganizowanie całej akcji wspólnie z Okręgiem Łódzkim PCK oraz Wojewódzką Ligą Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej. Na specjalnym posiedzeniu przedstawiciele obydwu instytucji opracowali plan prac na przyszłość. W pierwszej kolejności postanowiono zorganizować kurs przygotowawczy dla inspektorów głównych. Kurs ten miał się rozpocząć w początkach 1929 r.⁹⁰⁰. Żeby móc zacząć przeprowadzać kursy, należało najpierw zaopatrzyć instruktorów w odpowiedni sprzęt gazowy. Sekcja zakupiła jeden dla instruktorów, a drugi otrzymała z Zarządu Głównego PCK dla drużyn ratowniczych.



Sprzęt naukowy łódzkich drużyn sanitarnych 1928 r., źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 20.

⁸⁹⁹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 5.

⁹⁰⁰ Tamże.

Sekcja kontynuowała także działalność ratowniczą – dysponując tylko dwoma samochodami sanitarnymi - organizowała zabezpieczenia medyczne podczas różnego rodzaju imprez sportowych, wyścigów konnych, ale także podczas uroczystości. 29-30.06.1928 r. oraz w dn. 1.08.1928 r. odbył się w Łodzi Diecezjalny Kongres Eucharystyczny, podczas którego do miasta napłynęła znaczna liczba osób. PCK został poproszony o zabezpieczenie sanitarne kongresu. Oprócz utworzenia punktów sanitarnych w mieście i zabezpieczenia pewnej liczby łóżek w szpitalu PCK, dodatkowo na ulicach miasta stacjonowały siostry PCK oraz lekarze.

Sekcja Sanitarna kontynuując swoją pracę z 1928 r. koncentrowała się na wyszkoleniu personelu sanitarnego. W 1929 r. zorganizowano trzy miesięczny kurs dla siostr pogotowia sanitarnego PCK. Na kurs uczęszczało 41 słuchaczek, z czego tylko 31 go ukończyło. Kurs prowadzony był przez lekarzy specjalistów – nie pobierano za niego opłat⁹⁰¹.

W 10.1928 sekcja sanitarna razem z Wydziałem Zdrowia Magistratu m. Łodzi i Kasą Chorych, zorganizowała kurs przeszkolenia sanitarnego dla pielęgniarek. Uwzględnił on *„specjalne potrzeby oraz konieczność uzupełnienia wiadomości teoretycznych z dziedziny pielęgniarstwa dla pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach i instytucjach miejskich i Kas Chorych”*⁹⁰². Na powyższy kurs uczęszczało: 18 pielęgniarek ze szpitali miejskich, 16 pielęgniarek z Kasy Chorych oraz 22 siostry PCK. Wszystkie 56 kobiet ukończyło kurs z wynikiem pozytywnym⁹⁰³. Sekcja sanitarna wspólnie z LOOP organizowała także kurs ratownictwa przeciwgazowego, angażując przy tym wykładowców i dostarczając odpowiedni sprzęt. Na terenie okręgu łódzkiego PCK w 1929 r. zarejestrowanych było w sumie: pięć drużyn ratowniczych PCK, 10 instruktorów głównych obrony przeciwgazowej, 43 komendantów drużyn oraz 40 zastępców komendantów⁹⁰⁴. Pierwszy raz w historii łódzkiego PCK w roku 1929 wysłano na specjalne kursy do Szkoły Gazowej w Warszawie, pierwszą kandydatkę na instruktora głównego obrony przeciwgazowej. Ponadto urządzane były kursy ratownictwa ogólnego dla wyższych klas w łódzkich szkołach gimnazjalnych⁹⁰⁵.

Na „wezwanie łódzkich władz wojskowych” sanitarki z oddziału: łódzkiego, ozorkowskiego, piotrkowskiego i łączyckiego PCK brały udział w sześciotygodniowych

⁹⁰¹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 14.

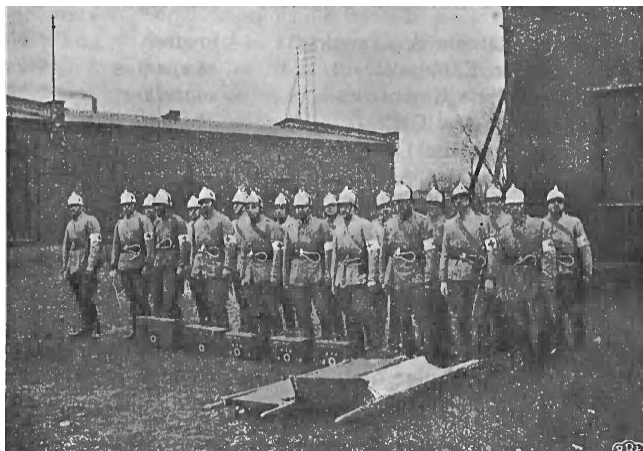
⁹⁰² Tamże.

⁹⁰³ Tamże.

⁹⁰⁴ Tamże.

⁹⁰⁵ Tamże.

manewrach wojskowych. W sześciu przypadkach sanitarki przewoziły chorych żołnierzy z prowincji do szpitala wojskowego w Łodzi.



Drużyna ratownicza PCK przy Straży Ogniowej w Łodzi 1929 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 15.

W 1931 r. sekcja sanitarna funkcjonowała bardzo dobrze. Prowadziła ona ożywioną działalność we wszystkich działach swojej pracy.

Przygotowała już ósmy sześciomiesięczny kurs dla siostr pogotowia sanitarnego, który zakończony został w kwietniu 1931 r. egzaminami. Pozytywnie kurs ukończyło 60 słuchaczek. Kolejny kurs – dziewiąty – rozpoczął się 14.09 i przyjęto na niego 83 słuchaczki⁹⁰⁶.



Zakończenie ósmego kursu dla siostr pogotowia sanitarnego w Łodzi w 1931 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 16.

⁹⁰⁶ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 16.

Oprócz kursów dla sióstr pogotowia sanitarnego, sekcja sanitarna okręgu organizowała kursy szkoleniowe dla personelu drużyn ratowniczych PCK. Takie kursy organizował m.in. Oddział PCK w Pabianicach - dwa kursy zakończone egzaminami w marcu i w czerwcu, które łącznie ukończyło 38 osób, z czego pięć zostało podinspektorami. Oddział w Łodzi natomiast zorganizował w 1931 r., aż trzy takie kursy, które łącznie ukończyło 44 osoby⁹⁰⁷.

Pierwszy kurs w Łodzi zorganizowany był przy Kole Rezerwistów nr 3 na Widzewie. Drużyna została przeszkolona w liczbie 22 osób i brała ona później udział w pokazach obrony przeciwgazowej i przeciwlotniczej LOPP w Rudzie Pabianickiej.



Drużyna ratownicza PCK w Łodzi 1931 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 32.



Zakończenie kursu drużyn ratowniczych w Pabianicach – 1931 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 55.

⁹⁰⁷ Tamże, s. 17.

Drugi kurs odbył się w żeńskich Oddziałach Związku Strzeleckiego. Na ten kurs zapisało się 36 dziewcząt, jednak tylko 17 z nich ukończyło go z wynikiem pozytywnym.

Trzeci kurs zorganizowany był dla absolwentów Szkoły Powszechnej nr 36, który to ukończyło 22 ochotników.

Łącznie na dzień 31.12.1931 cały Okręg Łódzki PCK posiadał w zakresie drużyn ratowniczych: 10 – instruktorów głównych, 162 – podinstruktorów, 556 – ratowników. Na wyposażeniu 21 pełnych drużyn ratowniczych znajdowało się 15 pełnych kompletów ekwipunku, a zatem wyposażenie osób było niewystarczające. Problem ten wynikał z braku wystarczających środków finansowych. Widoczny był także wyraźny brak instruktorów głównych⁹⁰⁸.

Nadal Okręg Łódzki PCK szkolił także młodzież, organizując kurs ratownictwa ogólnego w szkołach. W 1931 r. taki kurs odbył się w pięciu łódzkich szkołach. Każdy z kursów kończył się egzaminem przed komisją, w skład której wchodził dyrektor szkoły i dwóch lekarzy⁹⁰⁹.

Tabela 3.7.1. Liczba uczniów, którzy ukończyli kurs ratownictwa ogólnego PCK przeprowadzony w łódzkich szkołach w 1931 r.

Szkoła	Liczba uczniów
Seminarium Nauczycielskie Żeńskie	58
Gimnazjum Żeńskie im. Szczanieckiej	33
Gimnazjum Żeńskie Sobolewskiej	21
Szkoła Powszechna nr 22	20
Szkoła Handlowa Męska	10
Łącznie	142

Źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 18.

Dużo większa jest liczba dziewcząt, które kończyły powyższy kurs. Wynikało to z pewnej mody i postulatów, że to kobiety mają pewne wrodzone predyspozycje do „roli opiekunek - pielęgniarek”. Dlatego też kurs cieszył się większą popularnością wśród płci pięknej. Ponadto przygotowywały on młode dziewczęta do podjęcia ewentualnej drogi kariery w kierunku medycznym – pielęgniarskim lub lekarskim.

W kolejnym dziale sekcji sanitarnej, tzn. w dziale pogotowia drogowego w 1931 r. została sporządzona ewidencja posterunków drogowych, które zostały zaopatrzone w apteczki.

⁹⁰⁸ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 17.

⁹⁰⁹ Tamże.

Zarządy poszczególnych oddziałów miały obowiązek ich kontrolowania i w razie konieczności uzupełniania brakującego materiału opatrunkowego.

Biuro Okręgu w Łodzi prowadziło ponadto sprzedaż apteczek ratowniczych: autobusowych, drogowych oraz samochodowych.

Sześć wozów sanitarnych – taką liczbę posiadał na stanie Łódzki Okręg PCK w 1931 r. Po jednym w oddziale w: Pabianicach, Łęczycy, Ozorkowie i Piotrkowie oraz dwa w oddziale w Łodzi⁹¹⁰. Samochody sanitarne oczywiście służyły do transportu chorych zarówno w miastach, jak i do komunikacji międzymiastowej. Posiadanie jak największej liczby samochodów było bardzo pożądane, jednak ze względów finansowo-gospodarczych nie możliwe do realizacji. Żaden bowiem oddział PCK w okręgu łódzkim w latach 30 nie był w stanie pokrywać kosztów eksploatacji auta sanitarnego z otrzymanych od chorych dochodów, ponieważ przewozów było zbyt mało⁹¹¹.

W 1932 r. odbył się już 10 sześciomiesięczny kurs dla sióstr pogotowia sanitarnego. Został on zakończony egzaminem w kwietniu 1937 r. Ukończyły go z wynikiem pozytywnym 73 słuchaczki⁹¹². Była to największa frekwencja od czasów odbycia się pierwszego kursu.

Ponadto 1933 r. został zorganizowany i przeprowadzony szereg kursów szkolących personel drużyn ratowniczych PCK. Podkreślano, że „(...) szkolenie drużyn ratowniczych w latach ubiegłych napotykało w terenie na duże trudności z powodu braku uświadomienia szerszego ogółu społeczeństwa o niebezpieczeństwie, jakie niesie ze sobą wojna lotniczo-gazowa dla ludności cywilnej (...)”⁹¹³. W roku 1933 sytuacja uległa zmianie – już nie tylko młodzież, ale także ludzie dorośli zaczęli przywiązywać uwagę do powyższych szkoleń.

Kursy z ratownictwa i obrony przeciwgazowej zaczęto prowadzić także dla lekarzy. Tymczasowa organizacja oraz program tych kursów został zatwierdzony przez Ministerstwo Opieki Społecznej Departamentu Służby Zdrowia 20.04.1933 r. Zarząd Okręgu Łódzkiego PCK wytyczne otrzymał dopiero w dn. 3.06.1933 r., pomimo to zdążył jeszcze do grudnia 1933 r. zorganizować trzy takie kursy dla lekarzy z Łodzi⁹¹⁴.

Kursy dla młodzieży w szkołach nadal był prowadzone bardzo intensywnie. Oddział łódzki zorganizował kursy ratownictwa ogólnego, w których to w roku 1933 wzięło udział 93 uczniów. Oprócz tego zorganizowany został jeden kurs ratownictwa przeciwgazowego

⁹¹⁰ Tamże, s. 18.

⁹¹¹ Tamże.

⁹¹² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1933 r., Łódź 1934, s. 17.

⁹¹³ Tamże.

⁹¹⁴ Tamże, s. 18.

w gimnazjum żeńskim, gdzie przeszkolono 37 słuchaczek. Oddział PCK w Zgierzu, także podjął się organizacji kursu ratownictwa ogólnego i zarazem przeciwigazowego, który pomyślnie ukończyły 33 uczennice gimnazjum żeńskiego⁹¹⁵.

W 1936 r. łódzki oddział PCK otworzył pierwszą w kraju stację przetwarzania i konserwowania krwi oraz stację wypadkową. W 1937 r. Zarząd PCK zorganizował instytucję „dawców krwi”. Siostry PCK poddawały krew badaniu i określały jej grupę serologiczną. Dzięki temu Okręg Łódzki PCK posiadał pewien zapas krwi, który udostępniał potrzebującym chorym⁹¹⁶.

3.11.1936 r. rozpoczął się 14 kurs sanitarny dla sióstr pogotowia sanitarnego, który zakończył się egzaminem w dn. 8.02.1937. Po nim kandydatki odbyły trzy miesięczną praktykę szpitalną. Kolejny 15 kurs rozpoczął się 22.11.1937. Ponadto od 1.07 do 17.09.1937 prowadzony był pierwszy w Okręgu Łódzkim PCK kurs przygotowujący uczestniczki do egzaminu państwowego dla pielęgniarek⁹¹⁷. Kursy pielęgniarskie w 1937 r. prowadziły także niektóre oddziały PCK⁹¹⁸.

Na rok 1937 przewidziano reorganizację istniejących już drużyn ratowniczych na sekcje ratownicze oraz dotychczasowego programu szkolenia na nowy. Dlatego też powstrzymano się od szkolenia nowych ratowników. Prace ograniczono do przeprowadzania ćwiczeń okresowych i pogadek z istniejącymi drużynami – celem utrzymania ich na odpowiednim poziomie wyszkolenia. W końcu roku 1937 przeprowadzono zapowiedzianą reorganizację, tworząc siedmioosobowe sekcje ratownicze. Kilka oddziałów otrzymało



wówczas w formie subwencji materiałowej ekwipunek nowego typu⁹¹⁹.

Drużyny ratownicze PCK na defiladzie w Częstochowie, podczas tygodnia PCK w 1937 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 36.

⁹¹⁵ Tamże, s. 19-20.

⁹¹⁶ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 24.

⁹¹⁷ Tamże, s. 22.

⁹¹⁸ W Sprawozdaniu Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 nie zostały wymienione.

⁹¹⁹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 23.

Samochody sanitarne w 1937 r. posiadały oddziały w: Łodzi, Skierniewicach oraz w Pabianicach. Utrzymywane były one zdecydowanie bardziej dla celów propagandowych, niż praktycznych, ponieważ nadal ich posiadanie było zbyt kosztowne – liczba wykonywanych przewozów nie pokrywała kosztów eksploatacyjnych⁹²⁰.



Samochód sanitarny pogotowia wypadkowego Okręgu PCK w Łodzi, 1937 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 48.

Pogotowie lekarskie wypadkowe mieściło się w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 190. W Łodzi pogotowie wyjeżdżało w 1937 r. 3936 razy. Ponadto wykonano 461 przewozów chorych z domów do lecznicy. Oddział łódzki było jedynym oddziałem w okręgu, w którym zwracało się utrzymanie samochodów⁹²¹.

Przy Okręgu Łódzkim PCK został zorganizowany 15-ty trzymiesięczny kurs dla sióstr pogotowia sanitarnego, który rozpoczął się w listopadzie 1937 r. i z pomyślnym wynikiem ukończyło go 22 kobiet. Kolejny 16-ty kurs rozpoczął się 26.09.1938 r. i z pozytywnym wynikiem zakończyło go 44 słuchaczki⁹²².

Zdarzało się także, że same oddziały organizowały kursy dla sióstr pogotowia sanitarnego. Taki kurs został zorganizowany przez Oddział PCK w Częstochowie i ukończyły go pozytywnie 26 siostry.

W 1938 r. przy Okręgu Łódzkim PCK zostały zrealizowane trzy kursy przygotowujące siostry do zdawania egzaminu państwowego dla pielęgniarek. Pierwszy kurs odbył się od

⁹²⁰ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 25.

⁹²¹ Tamże, s. 48.

⁹²² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 29.

17.02 do 5.05 – zdało go 57 pielęgniarek, drugi od 26.04 do 30.06 – zdało do 59 pielęgniarek i trzeci od 18.11.1938 do 24.01.1939, który ukończyło pozytywnie 73 pielęgniarki⁹²³.

Ponadto na prośbę Wojewódzkich Władz Sanitarnych Zarząd Okręgu PCK zorganizował dwa kursy ratownictwa i obrony przeciwgazowej dla lekarzy. Kursy te (30 godzinne) w kwietniu i grudniu 1938 r. i odbyło je 48 lekarzy⁹²⁴.

ORGANIZACJA OCHOTNICZEJ SŁUŻBY ZDROWIA PCK

W 1938 r. PCK otrzymało nowe zadanie utworzenia nowych jednostek: Ochotniczej Służby Zdrowia PCK. W ich skład weszły: drużyny ratownicze PCK, punkty sanitarno-odżywcze PCK oraz kolumny sanitarno-dezynfekcyjne. Potrzebny sprzęt dla tych jednostek dostarczył Zarząd Główny PCK. Poszczególne oddziały w okręgu zaczęły organizować kursy, aby merytorycznie doszkolić nowo powstałe komórki⁹²⁵.

Kolumna Sanitarna Okręgu Łódzkiego PCK została postawiona we wrześniu 1938 r. w stan gotowości. Brała czynny udział w zajmowaniu Zaolzia – wpierała sanitarnie wysłane tam wojska⁹²⁶.

W 1938 r. powołano także sekcje ratowniczo-sanitarne PCK. Przeznaczone były one do udzielania pomocy medycznej ludności cywilnej z zakresu ratownictwa i pomocy przeciwgazowej. W związku z tym na terenie całego okręgu odbywały się kursy doszkalające powyższe sekcje. Ogólnie odbyło się 31 takich kursów.

W oddziale łódzkim zorganizowano skoszarowany kurs dla sekcji sanitarnych, który odbył się przy 4 szpitalu okręgowym i ukończyło go 38 osób⁹²⁷. Poza tym oddział łódzki

zrealizował jeszcze 10 kursów otwartych dla drużyn sanitarnych i sekcji ratowniczych.



Sekcja ratowniczo-sanitarna w Skierniewicach, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 70.

⁹²³ Tamże.

⁹²⁴ Tamże.

⁹²⁵ Tamże, s. 29-30.

⁹²⁶ Tamże, s. 30.

⁹²⁷ Tamże, s. 55.

SEKCJA OPIEKI NAD SZPITALAMI WOJSKOWYMI

Do jej zadań należała opieka nad żołnierzami pozostającymi na kuracji w 4 szpitalu okręgowym. Nie była to jednak pomoc sanitarna jak w przypadku sekcji sióstr, ale pomoc edukacyjna i zapewniająca „rozrywki” chorym. W 1926 r., organizowane były w szpitalu kursy dokształcające analfabetów i półanalfabetów. Przeciętna frekwencja na kursach wynosiła ok. 83%, a ponadto *„widoczna była chęć zdobycia i pogłębiania wiedzy, żołnierze pracowali z zamięłowaniem”*⁹²⁸. Ponadto urządzone były odczyty i pogadanki dla żołnierzy z zakresu: historii, geografii, geologii, itp.⁹²⁹. Tematy przeprowadzanych pogadanek były różne, np.: „Żeromski”, „Reymont”, „Staszic”, „Ludność Polski”, Chrzest Litwy” czy „Bitwa pod Grochowem”⁹³⁰.

Na czele tej sekcji w 1928 r. stanęła Chawłowska Aniela⁹³¹. Oprócz prowadzonych już wcześniej kursów nauki czytania i pisania, wysyłano na oddziały liczne czasopisma, takie jak: „Cyrulik”, „Tygodnik Ilustrowany”, „Mucha” czy „Świat”. Na oddział oczno-weneryczny wysyłano zaś specjalnie opracowane, ujęte w oddzielne tomy dodatki ilustrowane. Na tym oddziale także założono aparat radiowy, który to wówczas stanowił największą rozrywkę dla chorych żołnierzy.



Radio w szpitalu przy ul. Łomżyńskiej w Łodzi 1928 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 16.

⁹²⁸ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927, s. 9.

⁹²⁹ Tamże.

⁹³⁰ Tamże.

⁹³¹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 9.

W 1928 r. dla żołnierzy zorganizowane były święta Bożego Narodzenia i Święta Wielkanocne. Każdy z chorych przebywający wówczas w szpitalu otrzymał paczkę, zawierającą drobne upominki, jak: kalendarzyk, notesik, papier listowy, ołówek, słodycze, pierniki, papierosy i zapalki⁹³².

Zwyczajem z lat poprzednich PCK obdarował w 1929 r. drobnymi upominkami, żołnierzy przebywających na oddziałach w szpitalach wojskowych na Święta Wielkanocne oraz Boże Narodzenie. Delegaci Zarządu Oddziału Łódzkiego PCK „(...) odwiedzali wszystkie oddziały szpitalne i po złożeniu życzeń żołnierzom wręczali każdemu choremu torebkę opatrzoną znakiem czerwonego krzyża, zawierająca słodycze, papierosy i drobne upominki”⁹³³. Na Wielkanoc wręczono 430 paczek, a na Boże Narodzenie 220⁹³⁴.

Na oddziale chirurgicznym przy ul. Przędzalnianej założono nowy odbiornik radiowy. Zarówno powyższy jak i ten na oddziale oczno-wenerycznym przy ul. Łomżyńskiej były konserwowane przez PCK⁹³⁵.

Tradycyjne dla żołnierzy przebywających w szpitalach dostarczano czasopisma i gazety.

W roku 1931 ponownie organizowano paczki na święta – jednak w porównaniu do lat poprzednich były one lepiej wyposażone. Każda paczka zawierała: papierosy, zapalki, mydło, kalendarzyk, papeterię, czekoladę, piernik oraz skromny upominek w postaci scyzoryka, portmonetki lub innego przedmiotu⁹³⁶. Ponadto dostarczano chorym żołnierzom także gry planszowe, takie jak: warcaby czy szachy.

W 1931 r. wymieniono na oddziale ocznym radio: „Sekcja zainstalowała nowoczesny cztero-lampowy odbiornik radjowy na sieć elektryczną (...) jeden głośnik ustawiony został na tym oddziale, a drugi (...) na oddziale skórny w tym samym budynku”⁹³⁷. Przy drugim odbiorniku na oddziale chirurgicznym, zamontowano dodatkowy głośnik, który ustawiono na piętrze budynku. W sprawozdaniu Zarząd PCK bardzo chwalił tą inwestycję: „(...) oddziały (...) zostały doskonale wyposażone w nowoczesny sprzęt radjowy, który dostarcza chorym żołnierzom wysoko - kulturalnej i pożytecznej rozrywki”⁹³⁸.

⁹³² Tamże, s. 16.

⁹³³ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 18.

⁹³⁴ Tamże.

⁹³⁵ Tamże.

⁹³⁶ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 35-36.

⁹³⁷ Tamże, s. 36.

⁹³⁸ Tamże.

Sekcja nadal prowadziła nauczanie analfabetów – tym razem został zatrudniony do tego celu nauczyciel. Prowadził on wykłady cztery razy w tygodniu po dwie godziny, według programu ustalonego ściśle z władzami wojskowymi.

W czasie Świąt Wielkanocnych rozdano 280 paczek, a na Boże Narodzenie 232 paczki.

Artyści Teatru Miejskiego dwa razy w 1937 r. organizowali przedstawienia dla chorych w szpitalach.

Od roku 1937 zauważalne jest zwiększenie współpracy Młodzieżowych Kół PCK z wojskiem. Czerwony Krzyż Młodzieży z Oddziału w Łodzi w roku 1937 organizował obchody 19 rocznicy odzyskania niepodległości pod hasłem: „Młodzież z wojskiem”⁹³⁹.

Koła Młodzieży PCK brały udział w defiladzie wojskowej z okazji dn. 11.11. Ponadto stale rozpoczęły „współpracę z wojskiem” – organizując np. „choinkę” dla chorych żołnierzy – wspierając tym samym w działaniach sekcję opieki nad szpitalami wojskowymi⁹⁴⁰.



Koła Młodzież PCK składają wieńce na płycie Nieznanego Żołnierza w Łodzi, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 55.

SEKCJA ODCZYTOWA

Ta sekcja stanowiła bardzo ważny element łódzkiej edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim skierowana była do osób cywilnych, jednak dotyczyła ona wszystkich mieszkańców Łodzi – w tym żołnierzy w niej stacjonujących.

Odczyty i pogadanki Oddziału Łódzkiego PCK wygłaszane były przez miejscowych lekarzy, prawie co niedziela, w godzinach popołudniowych w użyczonej na ten cel przez Zarząd Polskiej „Y.M.C.A” sali i cieszyły się one znaczącą frekwencją. Średnio miało na jedno spotkanie uczęszczać od 200 do 300 zainteresowanych⁹⁴¹. W 1926 r. przeprowadzono łącznie 29 wykładów dot. zdrowia, m. in.: „Kąpiel, jako czynnik zdrowotny, jej znaczenie

⁹³⁹ Koła Młodzieży PCK opiekowały się także grobami żołnierzy poległych - Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 40.

⁹⁴⁰ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 51.

⁹⁴¹ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927, s. 12.

niegdyś i dzisiaj”, „Choroba, zapobieganie chorobom i leczenie chorób”, „O gruźlicy i jej zwalczaniu”, „Samoobrona organizmu w walce z chorobami zakaźnymi” i wiele innych⁹⁴². Na czele sekcji odczytowej stanęła w 1928 r. Moglinicka Stefania⁹⁴³. Nadal odbywały się odczyty w sali Zarządu Polskiej „Y.M.C.A”. Łącznie odbyło się 34 odczytów. Miały łącznie zgromadzić 4080 słuchaczy.

Tabela 3.7.2. Frekwencja na odczytach organizowanych przez Oddział Łódzki PCK w latach 1922-1928

Rok	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Liczba słuchaczy	4200	2730	4500	960	5800	2800	4080

Źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 17.

Odczyty edukacyjne odbywał się do końca wybuchu II wojny światowej.

W 1929 r. odbył się 31 odczytów. Nowością w 1929 r. było organizowanie wykładów w innych mniejszych oddziałach w: Zgierzu, Aleksandrowie Łódzkim i Konstantynowie Łódzkim⁹⁴⁴.

W 1931 r. zorganizowano łącznie 33 odczyty⁹⁴⁵ i wówczas sekcja posiadała już własną specjalną salę odczytową i salę do ćwiczeń.

W 1937 r. wygłoszono 25 referatów⁹⁴⁶, a w 1938 r. - 35⁹⁴⁷. Odczyty nadal były organizowane w roku 1939⁹⁴⁸, jednak brak jest dokładniej statystyki ile referatów zostało wygłoszonych.

TYGODNIE PCK W ŁODZI

Tygodnie PCK były cyklicznie organizowanym wydarzeniem na skalę całego kraju. W okręgu łódzkim rozpoczęły się z momentem jego utworzenia, a zatem już w roku 1926⁹⁴⁹. Zazwyczaj odbywał się one na przełomie dwóch miesięcy - maja i czerwca i organizowane były co roku. Podczas tej inicjatywy propagowano działalność PCK i kwestowano na jego

⁹⁴² Tamże, s. 12-13.

⁹⁴³ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 9.

⁹⁴⁴ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930, s. 17-18.

⁹⁴⁵ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 34.

⁹⁴⁶ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 49.

⁹⁴⁷ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939, s. 56.

⁹⁴⁸ Głos Poranny nr 43 z dn. 12 lutego 1939 r., s. 7.

⁹⁴⁹ W 1926 r. Tydzień czerwonego krzyża odbywał się od 30.05 do 6.06 - Ilustrowana Republika nr 143, z dn. 25 maja 1926 r., s. 5.

rzecz – zbierano na powyższych kwestach pokaźne sumy. Na przykład w 1931 r. organizowany był wielki tydzień PCK, który odbywał się od 10 do 17 maja⁹⁵⁰. Pomimo trwania wielkiego kryzysu gospodarczego, efekt materialny kwesty był zadowalający. 14 Oddziałów⁹⁵¹ zebrało 29,950 zł 69 gr - odejmując od tego koszty organizacji całego wydarzenia, tzn. 5150 zł 69 gr, czysty dochód wyniósł 24 800 zł⁹⁵².



Tygodnie PCK były popularne w całej Polsce, także w Łodzi. Plac Wolności podczas tygodnia PCK w 1928 r., fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929, s. 6.



Inauguracja „Tygodnia Polskiego Czerwonego Krzyża”, odbywającego się 1-10.06.1937, fot. NN, źródło: Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938, s. 11.

⁹⁵⁰ Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 9.

⁹⁵¹ Tylko 14 Oddziałów z terenu Okręgu Łódzkiego PCK zdało do Zarządu dokładne sprawozdania finansowe.

⁹⁵² Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932, s. 9.

Powyższy podrozdział miał za zadanie pokazanie czytelnikowi znaczącej roli cywilnej służby zdrowia w zakresie wsparcia wojska. W okręgu łódzkim taką siłą wspierającą była przede wszystkim organizacja społeczna Polskiego Czerwonego Krzyża. Bez pomocy, która została udzielona, przede wszystkim przez sekcję sanitarną i sekcję siostr łódzkie szpitale - nie tylko szpital wojskowy - świeciłyby pustakami w zakresie pomocniczego personelu medycznego.

Oprócz wsparcia personalnego łódzcy żołnierze otrzymywali od organizacji „wsparcie duchowe” – chorzy żołnierze otaczani byli dobrą opieką w szpitalu wojskowym, nie tylko pod względem medycznym, ale i edukacyjnym. Starano się im zapewnić jak największy komfort pobytu – organizując radio czy też wystawiając przedstawienia.

Podjęto próbę edukacji łódzkiego żołnierza, poprzez organizację odczytów i wykładów z zakresu higieny, zdrowia i profilaktyki przeciw najgroźniejszym chorobom.

Pod koniec lat trzydziestych zrodziła się także idea zintegrowania środowiska młodzieżowego PCK z wojskiem – co zaowocowało powstaniem wśród społeczności łódzkiej pewnej potrzeby edukacji patriotycznej – coraz większą chęcią uczestnictwa cywilów w życiu żołnierskim.

3.8 Łódzka służba zdrowia 1939 r. w relacjach

Środowisko lekarskie w Łodzi w dwudziestolecie międzywojennym od pierwszych lat niepodległości mocno wspierało idee medyczno – społeczne i w miarę warunków i możliwości rozwijało się. Całą służbę sanitarną w Łodzi w sensie organizacyjnym można podzielić na: lecznictwo samorządowe (miejskie i ubezpieczeniowe), lecznictwo charytatywne i prywatne oraz wojskowe (państwowe). W monografii Jana Fijałka i Janusza Indulskiego pt. *„Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne”*, sektory tzw. cywilne są opisane dokładnie i precyzyjnie, natomiast wojskowa służba zdrowia potraktowana została dość pobieżnie.

Wojskowa służba zdrowia w Łodzi opierała się na utworzonym w 1921 r. Okręgowym Korpusie nr IV, który pojawił się wraz ze zmianą wojskowej administracji terenowej. Sieć placówek medyczno-wojskowych świadczyła usługi dla wojskowych, funkcjonariuszy Policji

Państwowej oraz dla urzędników. Rodziny w/w sektorów również mogły korzystać z usług wojskowych instytucji medycznych.

Lecznictwo wojskowe w Łodzi zostało uruchomione w listopadzie 1918 r. i do 1939 r. zostały utworzone następujące palcówki:

- Szpital Zapasowy nr 1 na 1000 łóżek – dla zakaźnie chorych, przy ul. Żeromskiego 113; Tymczasowy Szpital w gmachu byłego gimnazjum rosyjskiego na 200 łóżek (przy ul. Sienkiewicza); Tymczasowy Szpital w gmachu byłego gimnazjum niemieckiego na 600 łóżek (ob. Aleja Kościuszki – były gmach Wydziału Filologii UŁ) oraz Szpital Zapasowy nr 2 na 230 łóżek (dla wenerycznie chorych) przy ul. Łomżyńskiej⁹⁵³.
- 1 czerwca 1919 r. – władze wojskowe wydzierzały od firmy Karola Scheiblera, budynek szpitala fabrycznego przy ul. Przędzalnianej 75, urządzając w nim filę szpitala wojskowego z oddziałem chirurgicznym⁹⁵⁴.

W 1920 r. nastąpiła zmiana organizacyjna i w miejsce tymczasowych szpitali ulokowanych w gmachach szkolnych utworzono Szpital Zapasowy nr 3 na 260 łóżek. Oprócz tego DOK nr IV wspomagany był przez Wojskowy Szpital PCK oraz Szpital Oddziału Łódzkiego PCK na 165 łóżek⁹⁵⁵.

Najważniejszym w łódzkim był Szpital Zapasowy nr 1, Szpital Wojskowy lub także pojawiający się pod nazwą Szpitala Centralnego przy ul. Żeromskiego 113. W latach 1934-1937 szpital ten przeszedł generalny remont i został wyposażony w nowoczesny sprzęt medyczny. 18 września 1937 r. uroczystie został otwarty czteropiętrowy gmach Wojskowego Szpitala Okręgowego w Łodzi im. gen. dra med. Felicjana Sławoja-Składkowskiego.

W zapisie zachowanym w Archiwum Związku Kombatantów i Byłych Więźniów Politycznych Oddział w Łodzi o szpitalu w 1939 r.: *„Szpital był nowoczesnym szpitalem zbudowanym w l. 30, doskonale zaopatrzony i zagospodarowanym. Dysponował nawet wewnętrzną linią tramwajową z połączeniem z dworcami PKP i miastem. Przeznaczony*

⁹⁵³ J. Fijałek, J. Indulski, *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990 r., s. 372.

⁹⁵⁴ 17.10.1937 r.- Filia Chirurgiczna Szpitala Garnizonowego została przeniesiona do nowego gmachu Szpitala Wojskowego przy ulicy Żeromskiego 113; 01.10.1937 r. Po opuszczeniu Szpitala przez wojsko, Zarząd Miasta Łodzi podpisał dalszą umowę dzierżawy Szpitala, w wyniku czego z dniem 1.10.1937r. rozpoczął swoją działalność Publiczny Szpital Miejski pod wezwaniem Św. Antoniego.

⁹⁵⁵ J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 372.

zasadniczo na 200 łóżek (...) – wobec obszernych sal mógł pomieścić w razie wojny potrójną ilość rannych. Szpital posiadał:

- oddział chirurgiczny – ordynator płk. dr. med. Michał Dobulewicz; zastępca ordynatora ppłk. dr. med. Kazimierz Mielnik.
- oddział wewnętrzny – ordynator ppłk. dr. med. Leon Waław Olszewski
- oddział okulistyczny – ordynator mjr. dr. med. Jan Łuc
- oddział laryngologiczny – ordynator mjr. dr. med. Stanisław Ankudowicz
- oddział neurologiczny – ordynator ppłk. dr. med. Waław Jeżewski
- pracownia rentgenologiczna – kierownik mjr. dr. med. Teodor Herman Hellwing.

Oddział zakaźny i skórnoweneryczny mieścił się w filii szpitala przy ul. Łomżyńskiej. Komendantem szpitala był płk. dr. med. Wiczyław Michałowski⁹⁵⁶.

Napięta sytuacja polityczna i zbliżające się widmo konfliktu zbrojnego miały wpływ na łódzką służbę zdrowia. Od grudnia 1937 r. zaczęto organizować szkolenia przeciwlotnicze i przeciwpożarowe dla pracowników publicznej służby zdrowia. Przy wsparciu lekarzy oraz pielęgniarek rozpoczęto 2 tygodniowe kursy sanitarne z zakresu niesienia pierwszej pomocy rannym i zagazowanym – akcja ta nasiliła się zdecydowanie wiosną 1939 r.

Od października 1938 r. komenda DOK nr IV poleciła ustanowić we wszystkich łódzkich szpitalach stałe posterunki obrony przeciwlotniczej, wyznaczyć komendantów obiektów, przygotować należycie urządzone i wyposażone schrony w piwnicach, zaopatrzyć personel w maski przeciwgazowe, założyć w oknach przyciemniane story⁹⁵⁷, wyposażyć sale operacyjne szpitali w odrębne agregaty energetyczne, sporządzić wykazy niezbędnych zapasów leków, środków opatrunkowych oraz żywności⁹⁵⁸. Można zaobserwować, iż od pierwszego kwartału 1939 r. zaczęła pojawiać się coraz większa liczba rozporządzeń dotyczących szpitali na wypadek wojny. I tak na przykład rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 8 marca 1939 r.⁹⁵⁹, mówiło ono o tym, iż „wszystkie dyrekcje szpitali w kraju zostały zobowiązane do opracowania do 31 maja 1939 r. specjalnych elaboratów dotyczących wewnętrznej organizacji na wypadek wojny”⁹⁶⁰. Co to oznaczało w praktyce dla Okręgu łódzkiego? Otóż cały ciężar ewentualnej mobilizacji został przeniesiony na szpital wojskowy – miał on

⁹⁵⁶ Archiwum Związku Kombatantów i Byłych Więźniów Politycznych Oddział w Łodzi, *Szpital wojskowy WAM w 40 –lecie istnienia*, t. 304, k.6, s. 1.

⁹⁵⁷ Zasłony na okna.

⁹⁵⁸ Archiwum Państwowe w Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi. Wydział Zdrowia Publicznego, sygn. 18709.

⁹⁵⁹ Patrz więcej: APŁ, Zarząd Miejski w Łodzi. Wydział Zdrowia Publicznego, sygn. 18709 nlb.

⁹⁶⁰ J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 422.

opracować stosowny plan, który oczywiście musiał być konsultowany i zaakceptowany przez szefa sanitarnego Okręgu Korpusu oraz dowódcę DOK. W Łodzi skoncentrowano się przede wszystkim na powiększaniu tzw. „bazy łóżkowej”. Szpitale cywilne, które posiadały odpowiednie warunki sanitarno-higieniczne zaczęły być rozbudowywane i powiększane. Za takowe uznano:

- szpital ewangelicki sióstr „Diakonis”(ul. Północna 42) - 120 łóżek,
- szpital im. L. I. Poznańskich (ul. Sterlinga 1/3) – 180 łóżek,
- szpital ewangelicki św. Jana (ul. Wólczńska 195) – 75-100 łóżek,
- szpital sióstr z Bordeaux (ul. Wigury 19) – 50 łóżek,
- szpital pediatryczny „Anny Marii” (ul. Rokicińska 15) – ok. 260 łóżek,
- szpital prywatny gin.-poł. „Betleem” (ul. Podleśna 15, ob. ul. M. Skłodowskiej-Curie) – ok. 100 łóżek,
- szpital miejski św. Józefa (ul. Drewnowska 75) – 150 łóżek
- szpital Ubezpieczalni Społecznej (ul. Zagajnikowa, ob. ul. Kopcińskiego) – 500 łóżek,
- miejski szpital powszechny na Radogoszczy (ul. Kniaziewicza 1) – ok. 350 łóżek.

Łącznie zatem bez obiektów o charakterze wojskowym szpitale łódzkie mogły dodatkowo dysponować ok. 1800 łóżek. Jednakże problem pojawiał się z personelem, który to owe miejsca mógł obsługiwać. Pomocy miasto w tym zakresie szukało wśród: robotnic i robotników, których doszkalano, członków PCK oraz harcerzy. *„Zwiększenie kadr oddziałów miało przebiegać w następującym stosunku:*

1. dla ostrych chorób zakaźnych o 100 %
2. dla chirurgii o 20%
3. dla chorób wewnętrznych o 20%
4. wenerycznych i skórnych o 20%
5. dziecięcych o 20%”⁹⁶¹.

W powyższym zestawieniu widać, jak ówczesne władze nie doceniały znaczenia chirurgii i jak nisko oceniano jej potrzeby. Przyjmując stan liczebny lekarzy z dnia 31 grudnia 1938 r. w Polsce było 12 592 lekarzy medycyny z czego 611 znajdowało się w Łodzi⁹⁶². W warunkach pokojowych przypadało ok. 20 łóżek na jednego lekarza, natomiast

⁹⁶¹ Tamże, s., 423.

⁹⁶² Tamże.

w warunkach wojennych liczba łóżek wzrastała do 30. Przydział ten stosowany był jednakże na tzw. oddziałach zabiegowych, natomiast na niezabiegowych mógł on wynosić nawet od 40 do 50 łóżek. Starano się za wszelką cenę uzupełnić braki personalne. W związku z tym także Zarząd PCK w Łodzi w połowie sierpnia 1939 r. został zaangażowany do pracy i zobowiązany do zorganizowania punktów sanitarno-odżywczych w mieście oraz do utworzenia Punktu Zbornego, który miał służyć pomocą wojskowej służbie zdrowia. Komendantem tego oddziału został kierownik wyszkolenia ratownictwa sanitarnego PCK w Łodzi – Michał Łukomski. Owy punkt liczył 70 osób i składał się przede wszystkim z działaczy PCK (lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy). Posiadał on własny tabor konny oraz był dość dobrze wyposażony⁹⁶³.

Mimo ogromnych starań i chęci władz, zbyt krótki okres czasu nie pozwolił na uzupełnienie kadr personalnych. Owe braki utrzymywały się aż do momentu wybuchu wojny.

1.09.1939 r. jednostki Wojska Polskiego rozpoczęły walkę z nazistowskim najeźdźcą. Jednocześnie do udzielenia pomocy pierwszym rannym przystąpiły poddziały i jednostki służby zdrowia. Plan zabezpieczenia medycznego na wypadek wojny z Niemcami opierał się na ogólnym planie działań Wojsk Polskich, opracowanym przez Sztab Główny. Z góry był on nastawiony na działanie obronne wobec militarnej i ekonomicznej przewagi nieprzyjaciela. Zasadniczo plan przewidywał dwie fazy wojny. W pierwszej z nich działania strony polskiej miały na celu zahamowanie natarcia wroga, zadanie mu strat przy jednoczesnym wycofywaniu się w głąb kraju. Druga faza wojny, a tym samym planu uzależniona była przede wszystkim od sytuacji na froncie francusko-niemieckim, a bazą terenową tego okresu walk miała być południowo-wschodnia część kraju⁹⁶⁴. Plan zabezpieczenia medycznego na wypadek wojny z Niemcami, oparty był następujących przesłankach: *„Działania wojenne będą miały charakter obronnych i odwrotowych; Działania wojenne mogą rozpocząć się przez zaskoczenie; Należy liczyć się z opuszczaniem północno – zachodnich obszarów kraju, aż po Wisłę; Terminy mobilizacyjne jednostek służby zdrowia są długie; W początkowym okresie wojny należy zarezerwować pewną ilość miejsc w szpitalach cywilnych dla potrzeb wojska”*⁹⁶⁵. W planie przewidywano także, iż służba zdrowia wielkich jednostek (oprócz rezerwowych) będzie mogła przyłączyć się do walki w etatowym składzie, ponieważ

⁹⁶³ Tamże, s. 423.

⁹⁶⁴ A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego w kampanii wrześniowej*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej”, zeszyt 11, 1967 r., s. 43.

⁹⁶⁵ Tamże, s. 44.

kompanie sanitarne oraz dywizyjne szpitale polowe miały 2-3 dniowe okresy mobilizacyjne. Jednakże służba zdrowia w armii oraz okręgów etapowych z chwilą rozpoczęcia działań wojennych nie osiągnie pełnego składu etatowego.

Po 1.09.1939 r. wojskowa służba medyczno – sanitarna nie była w pełni przygotowana do wypełniania swoich powinności⁹⁶⁶. Ogromna większość jednostek służby zdrowia formowała się dopiero w trakcie mobilizacji powszechnej. Wyjątek stanowiły mobilizowane w alarmie dywizje i brygady sanitarne (nie posiadały one swoich szpitali polowych), część zespołów chirurgicznych i przeciwgazowych oraz 9 pociągów sanitarnych i 21 kolumn samochodów sanitarnych⁹⁶⁷.

Większość szpitali polowych także znajdowała się w trakcie mobilizacji (tylko szpitale polowe z dywizji O.K. VII [Poznań] i O.K. VIII [Toruń] zostały zmobilizowane w trybie alarmowym). Wojskowe szpitale okręgowe przygotowane były na przyjęcie rannych, ale z powodu problemów transportowych żołnierze bardzo często trafiali do najbliższych szpitali cywilnych i placówek zdrowia, pod opiekę ludności cywilnej⁹⁶⁸. Przedwojenny, wydawałoby się genialny pomysł z mobilnymi pociągami sanitarnymi nie sprawdził się, bowiem mimo oznakowania medycznego pociągi masowo były bombardowane przez Luftwaffe. Rannych transportowano przede wszystkim na wozach, bądź ciężarówkami nocą, aby nie zwracać uwagi nieprzyjaciela.

Trudność w funkcjonowaniu zarówno wojskowej, jak i cywilnej służby zdrowia we wrześniu 1939 r. powiększył brak wyszkolonej kadry. Sytuację pogorszyła jeszcze masowa ewakuacja społeczeństwa, która przecież obejmowała także lekarzy i medyczny personel pomocniczy⁹⁶⁹. Bardzo często zdarzało się tak, że w całym szpitalu znajdował się jeden lekarz (albo nawet nie) i kilka pielęgniarek. Taka sama sytuacja dotyczyła sanitariuszek, które z początkiem wojny skierowane były do pracy w szpitalach wojskowych, a mianowicie one również otrzymywały rozkazy wyjścia z wojskiem. W punktach opatrunkowych i szpitalach polowych występował, także tzw. kryzys mobilizacyjny. *„Kryzys ten – naturalny i nieunikniony – występował w służbie zdrowia w wielu przypadkach w ostrej formie. Związki kadry zawodowej były małe, a żołnierze rezerwy potrzebowali pewną ilość czasu ażeby się asymilować, poznać wzajemnie, wciągać do służby”*⁹⁷⁰.

⁹⁶⁶ A. Bernaś – Kostynowicz, *Spółeczeństwo polskie w wojnie obronnej 1939*, Warszawa 1988 r., s. 145-146.

⁹⁶⁷ A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego...*, dz. cyt., s. 45.

⁹⁶⁸ A. Bernaś – Kostynowicz, *Spółeczeństwo...*, dz. cyt., s. 145-146.

⁹⁶⁹ A. Bernaś – Kostynowicz, *Spółeczeństwo...*, dz. cyt., s. 147.

⁹⁷⁰ A. Słowiński, *Służba zdrowia Wojska Polskiego...*, dz. cyt., s. 46.

Mimo powyższych trudności uznaje się, że nastroje panujące w służbie zdrowia w okresie kampanii wrześniowej były dobre. Nie zauważono bowiem zniechęcenia, ale wręcz przeciwnie widoczna była duża chęć do pracy. Na podkreślenie zasługuje fakt, że cały personel, w tym także kobiety, służby zdrowia wykazywał maksimum wysiłku w niesieniu pomocy i leczeniu rannych żołnierzy⁹⁷¹.

Mobilizacja łódzkich lekarzy częściowo rozpoczęła się już w kwietniu 1939 r. Mobilizację powszechną służby sanitarnej ogłoszono dopiero w ostatnim dniu sierpnia trwała ona do 5 września, czyli do ewakuacji władz i urzędów wojskowych w Łodzi. Jak czytamy w relacji dr. Stanisława Pniewskiego, który sam został zmobilizowany w 1939 r. jako kapelan formowanego szpitala polowego H104 – szpital ten był organizowany w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej w fabryce Gayera przez IV Okręgowy Szpital Wojskowy⁹⁷²: *Los tego szpitala przedstawiał się podobnie ja wielu innych – po pieśpiesznym formowaniu w pierwszych dniach wojny – wyruszył w kierunku przeznaczenia, jednak atakowany z powietrza i z lądu przez nieprzyjaciela nie rozwinął się ani razu jako szpital i udzielał pomocy i opatrywał rannych w marszu. Trasa tego szpitala przechodziła przez Kolumnę (5.09.1939) – potem Lublinek, Konstantynów, Zgierz potem koło Skierniewic i do Warszawy. IV Okręgowy Szpital wojskowy podobno organizował również 106 i 108 Szpitale polowe. Według zdania mjr. Lucjana Zielińskiego szpitale powyższe miały numery: 404,406,408. Ponadto według relacji dr. J. Kalisza w Łodzi był formowany 28 i 42 szpitale polowe. Z dniem wybuchu wojny do Okręgowego Szpitala przy ul. Żeromskiego 113 – napłynęli pierwsi ranni z pod Wielunia. Lecz już w nocy z 3 na 4 września ewakuowano w kierunku wschodnim szpital łącznie z personelem, sprzętem i z lżej rannymi*⁹⁷³. W nocy z 5 na 6 września 1939 r. wojskowa służba zdrowia, która ewakuowała szpital garnizonowy przy ul. Żeromskiego 113 opuściła miasto. Personel szpitala wraz z jego komendantem płk. drem med. W. Michałowskim, przeznaczył wszystkie własne i zarekwirowane środki lokomocji do przewozu ciężko chorych i rannych żołnierzy. Zabrano wówczas 8 karatek Miejskiego Pogotowia Ratunkowego, które następnie zostały przejęte przez 7 pułk artylerii WP w Zamościu⁹⁷⁴. Ewakuacja, która wbrew interesom miasta oraz ludności cywilnej objęła także: straż pożarną, magazyny żywności

⁹⁷¹ Więcej o służbie zdrowia w kampanii wrześniowej i w początkowej fazie drugiej wojny światowej, patrz więcej: S. Wojtkowiak, *Służba zdrowia w początkowym okresie drugiej wojny światowej 1939-1941. Skrypt wykładu dla studentów Wydziału Lekarskiego*, Łódź 1972 r., s. 4-15.

⁹⁷² *Na komendanta tego szpitala wyznaczono mjr. dr. Hellwinga* - Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 304, k. 6, s. 6.

⁹⁷³ Tamże.

⁹⁷⁴ J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 430.

i składnice sanitarne. W dniach 5-7 września 1939 r. Łódź ogarnęła wielka fala ewakuacyjna. Miasto opuściło ok. 60 tys. mieszkańców, w tym wielu łódzkich lekarzy. Jednakże część wybitnych medyków pozostała, nie bacząc na zagrożenia ze strony hitlerowców, nie wyobrażali sobie oni bowiem porzucania chorych. Do nich m.in. należeli: dr. Aleksandra Margolis – dyrektor szpitala na Radogoszczy, dr. Antoni Tomaszewski – ordynator oddziału chirurgicznego szpitala na Radogoszczy, prof. dr. Wincenty Tomaszewicz, dr. Stanisław Sławiński – szpital im. I. Mościckiego. *„W szpitalu „Kochanówka” pozostało zaledwie dwóch lekarzy, przybyłych nota bene 3 września z transportem 300 ewakuowanych chorych z Warty, a w szpitalu im. Mościckiego z 80 pielęgniarek pozostało 20”*⁹⁷⁵.

Wraz z rozwijającą się niekorzystnie dla Polski sytuacją na froncie do łódzkich szpitali trafiało coraz więcej rannych. Czytając pracę Leona Pokuty odnajdujemy relację: *„Do łódzkich szpitali przybywali żołnierze szeregowi, podoficerowie i oficerowie różnych stopni z różnymi urazami doznanymi w czasie starć z wrogiem. Łódź bowiem była punktem rozdzielczym, skąd później kierowano żołnierzy, jeńców wojennych do Oflagów*⁹⁷⁶ *i Stalagów*⁹⁷⁷*, położonych na zachodzie”*⁹⁷⁸. Po ewakuacji Wojskowego Szpitala do opieki ciężko rannych i chorych – pozostawiono niezbędny, ale nieliczny personel lekarski i pielęgniarski. Komendantem pozostałości szpitala został kpt.rez. dr. med. Leopold Dengiel, doskonały chirurg i uprzednio ordynator szpitala Ewangelickiego w Łodzi. Miał do pomocy kilku lekarzy narodowości niemieckiej. Jako siostra przełożona pozostała Apolonia Gordon, doświadczona, o wyjątkowych zdolnościach organizacyjnych i fachowych, mając do pomocy siostry powołane drogą mobilizacji, operacyjną: Genowefę Denarowicz – Leśniewiczową oraz Helenę Kisiel i inne... ”⁹⁷⁹.

Niemcy przybyli do szpitala wojskowego w dniu 7.09.1939 r., wraz ze swymi lekarzami i pielęgniarkami – opanowując administrację i lecznictwo i zastrzegając łóżka dla rannych Niemców, pozostawiając tylko nosze dla Polaków i to na korytarzach. Przez kilka dni napływali ranni zwożeni sanitarkami, z pól bitewnych, zarówno Niemcy, jak i Polacy, tak, że

⁹⁷⁵ Tamże, s. 431.

⁹⁷⁶ Oflag, skrót od *Offizierslager für kriegsgefangene Offiziere* – niemiecki obóz jeniecki, w którym trzymani byli oficerowie wzięci do niewoli w czasie działań wojennych lub okupacyjnych. W czasie II wojny światowej Niemcy utworzyli około 130 oflagów (ich liczba ulegała zmianie w różnym okresie).

⁹⁷⁷ Stalag (niem. skrót od *Stammlager für kriegsgefangene Mannschaften und Unteroffiziere*) – w czasie II wojny światowej niemiecki obóz jeniecki dla szeregowców i podoficerów. Oddzielną kategorię stanowiły obozy Stalag Luft (*Stammlager für kriegsgefangene Luftwaffenangehörige*) pod zarządem Luftwaffe, przeznaczone dla lotników wszelkich stopni oraz Marlag (*Kriegsmarine-Kriegsgefangenen-Mannschaftsstammlager*) przeznaczone dla podoficerów i szeregowych marynarki wojennej.

⁹⁷⁸ Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 320, k. 1, s. 6.

⁹⁷⁹ Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 304, k. 6, s. 7.

wkrótce szpital miał rannych po brzegi. Czytamy w zachowanych archiwaliach iż sytuacja była ciężka: „*W łódzkich szpitalach polowych już po zajęciu miasta przez okupanta było bardzo ciężko. Brakowało opatrunków, leków, pościeli. Żołnierze z początku bardzo załamani trudem odyskiwali równowagę duchową, a potem nastrój jedności i patriotyzmu.*”⁹⁸⁰. Starano się podtrzymywać ich na duchu. W szczególności przyczyniły się do tego „*siostry szpitalne, lekarze oraz ludność, która odwiedzała szpitale i brała w opiekę rannych*”⁹⁸¹. Dużo zawdzięczano tym ostatnim, jak wspomina mgr Stefan Kran w relacji: „*Mieszkańcy Łodzi okazali się wtedy bardzo ofiarnymi ludźmi. Znosili do szpitala bieliznę, opatrunki, watę, owoce dla rannych. Jakże często na moim łóżku były kwiaty. Nawet nie wiem od kogo. Byłem wdzięczny za tę pamięć i czyjeś dobre serce*”⁹⁸². Pozostały personel medyczny dawał z siebie wszystko by uratować, jak największą liczbę rannych. „*Zabiegi i operacje trwały pełny dzień, od rana do wieczora, a nawet w nocy. W pierwszych kilku tygodniach śmiertelność wśród rannych była bardzo wielka. Każdego ranka wywożono zmarłych. Liczba ich wynosiła czasem kilku a nawet kilkunastu*”⁹⁸³.

Po opanowaniu całkowitym miasta 8 września Niemcy zaczęli likwidować polską – łódzką służbę zdrowia, zastępując ją swoją niemiecką. Z relacji dowiadujemy się, iż: „*Wystawiono warty niemieckie, (początkowo uzbrojeni Volksdeutsche, potem Wachmani) – świadczyło to o tym, iż nie są to już szpitale polskie, dla polskich żołnierzy, a szpitale jenieckie. Wartami obstawiono w Łodzi i wszystkie szpitale cywilne, jeśli w nich znajdowali się Polacy ranni lub chorzy żołnierze. Warty te podlegały komendzie placu mieszczącego się przy ul. Pomorskiej 18. Komendantem placu był wówczas gen. mjr. Ritter von Vittersfaben. Niemcy dążyli do tego by rozproszonych, często trafiających tak przypadkowo – lub często z transportu, jako do najbliższych w drodze szpitali cywilnych – polskich rannych żołnierzy – zgromadzić w większych, specjalnych szpitalach, gdzie łatwiej ich można było upilnować przed uciezkami – i mieć nad nimi kontrolę wojskową i lekarską*”⁹⁸⁴.

IV Okręgowy Szpital Wojskowy w Łodzi zarządzeniem niemieckich władz miał być od 12 września przeznaczony tylko dla Niemców, podobnie zresztą jak i wszystkie szpitale nowoczesne w Łodzi (szpital na ul. Zagajnikowej, na ul. Wólczańskiej, na ul. Pustej (po 1945 Wigury)). „*Polskich rannych żołnierzy Niemcy postanowili umieścić w kilku pomieszczeniach*

⁹⁸⁰ Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 320, k. 1, s. 7.

⁹⁸¹ Tamże, s. 8.

⁹⁸² Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 328, k. 2, s. 1.

⁹⁸³ Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 320, k. 1, s. 8.

⁹⁸⁴ Archiwum ZKRPIBWP w Łodzi, t. 304, k. 6, s. 7-8.

zastępczych, pozostawiając społeczeństwu łódzkiemu zorganizowanie tam szpitali improwizowanych:

- a) *w szkole Włókienniczej przy Żeromskiego 115*
- b) *w koszarach 26 pp/28 pp pułku Strzelców Kaniowskich, mieszczących się przy ulicy Żeligowskiego 7/9*
- c) *w gmachu ubezpieczalni społecznej przy ul. Leczniczej 6.*

*Ponadto przejściowo postanowili Niemcy zgromadzić część rannych w szpitalu im. Poznańskich przy ul. Sterlinga 1/3*⁹⁸⁵.

Zarządzenia te były niezgodne z konwencją genewską. Niektórzy jednak lekarze niemieccy starali się postępować zgodnie z sumieniem lekarskim. W okresie przejściowym pozwolono leczyć jeńców – rannych i ciężko chorych żołnierzy, póki nie uzyskają tzw. zdolności transportowej w szpitalach dotychczasowych, np. w okręgowy szpitalu.

W konsekwencji prowadzonej polityki przez okupanta do końca 1939 r. rozbił on dotychczasową strukturę polskich placówek leczniczych w Łodzi, zagrabiając ich majątek oraz na drodze wysiedleń, aresztowań i mordów obniżył liczbę łódzkich lekarzy z ok. 600 do ok. 140 (a w styczniu 1940 r. o kolejne 40 pochodzenia żydowskiego)⁹⁸⁶. Znaczna część została zamordowana także przez NKWD w 1940 r. w Katyniu, Starobielsku i Ostaszkowie oraz w getcie łódzkim w latach 1940 – 1944 (61 osób)⁹⁸⁷.

Większość pracowników zdrowia pomimo trudności włączyła się do walki zbrojnej z wrogiem, następnie dzieląc los reszty żołnierzy i oficerów polskich na polach bitew, w obozach jenieckich, obozach dla internowanych w Rumunii i na Węgrzech, czy też uczestnicząc na terenie kraju w walce konspiracyjnej. Poprzez ewakuacje wojsk sanitarnych na wschód wielu lekarzy nie uniknęło śmierci na terenach ówczesnego ZSRR. Problem braków personalnych, który przez cały okres II RP władze polskie starały się uzupełnić w ciągu 2 lat został bezpowrotnie utracony. Mimo to, starano się kontynuować służbę zdrowia i ją odtwarzać w miarę możliwości przy odtwarzanych formacjach Wojska Polskiego na różnych frontach, czy też w utworzonym Polskim Państwie Podziemnym.

⁹⁸⁵ Tamże.

⁹⁸⁶ J. Fijałek, J. Indulski, dz. cyt., s. 442.

⁹⁸⁷ Tamże, s. 425-428.

ZAKOŃCZENIE

Zabezpieczenie medyczne - oprócz skutecznej broni, dobrego sprzętu, męstwa i ofiarności żołnierzy - jest istotnym elementem wartości bojowej wojska, dlatego wraz z rozwojem struktur wojskowych wzrastało znaczenie wojskowych służb sanitarnych.

Rolę centralnych organów służby zdrowia w okresie II RP, pełnił Minister Spraw Wojskowych (MSWojsk.), i Departament Sanitarny Ministerstwa Spraw Wojskowych. Minister Spraw Wojskowych sprawował ogólne kierownictwo nad wojskową służbą zdrowia jako jedną ze służb administracyjnych, w stosunku do całych Sił Zbrojnych. Fachowym organem pracy ministra w tym zakresie był Departament Sanitarny MSWojsk.

W okresie dwudziestolecia międzywojennego w powyższych jednostkach dochodziło do licznych zmian strukturalnych, które miały udoskonalać – czasem metodą prób i błędów – ich funkcjonowanie, a przede wszystkim miały usprawnić i poprawić jakość wojskowej służby zdrowia.

Wojskowa służba zdrowia odnalazła swoje miejsce nie tylko w administracyjnych strukturach MSWojsk., ale także w jego strukturach terenowych.

Od października do listopada 1918 r., rozpoczęło się formowanie terytorialnych struktur Wojska Polskiego. Rozkazem MSWojsk. z 17 listopada 1918 r. po raz pierwszy w niepodległej Polsce dokonano podziału terytorialnego na Okręgi Generalne (OGen.).

W roku 1921 zlikwidowano Okręgi Generalne, a na ich miejsce powołano Okręgi Korpusów (OK). Odpowiadały one za zaopatrzenie, szkolenie oraz dyscyplinę, podlegających im formacji wojskowych. Powołanych zostało dziesięć OK. W Łodzi utworzony został - IV Okręg Korpusu. Całą służbę sanitarną w Łodzi w sensie organizacyjnym można, zaś podzielić na: lecznictwo samorządowe (miejskie i ubezpieczeniowe), lecznictwo charytatywne i prywatne oraz wojskowe (państwowe)⁹⁸⁸. Pion wojskowy podlegał Szefostwu Służby Zdrowia przy OK, na którego czele stał - Szef Sanitarny Okręgu.

Szefowi Sanitarnemu w IV Okręgu Korpusu od 1921 r. podlegały bezpośrednio cztery organy wykonawcze, do których należały: 4 okręgowy szpital, kadra kompanii zapasowej sanitarnej, batalion sanitarny oraz składnica sanitarna. Niewątpliwie Szpital Okręgowy w Łodzi stanowił najważniejszy element z powyżej wymienionych, zapewniał on opiekę medyczną wojskowym i osobom uprawnionym do leczenia wojskowego.

⁹⁸⁸ W monografii Jana Fijałka i Janusza Indulskiego pt. *„Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne”*, sektory tzw. cywilne są opisane dokładnie i precyzyjnie, natomiast wojskowa służba zdrowia potraktowana została dość pobieżnie.

Wojskowa służba zdrowia w okresie II RP, zarówno ta na szczeblu krajowym jak i okręgowym, stawiała sobie określone cele i pełniła ustalone funkcje.

Stawiano na intensywny rozwój systemu kształcenia wojskowo-medycznego, w celu uzupełnienia braków personalnych.

W Łodzi nie było żadnej wyższej uczelni, która by kształciła lekarzy – nie mówiąc już o wojskowej szkole medycznej. Każdy łodzianin, który chciał zajmować się powyższą profesją musiał ukończyć jeden z pięciu uniwersytetów państwowych w Polsce tzn.: w Warszawie, Krakowie, we Lwowie, w Wilnie lub w Poznaniu. Dopiero od 1922 r. zaczęło powstawać w Polsce specjalistyczne szkolnictwo wojskowe, które to zaczęło profesjonalnie kształcić medyczną służbę wojskową. Najważniejszą uczelnią była Wojskowa Szkoła Sanitarna w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie, która to powstała na bazie Szkoły Aplikacyjnej Korpusu Oficerów Sanitarnych. Kolejno w 1923 r. przemianowana została na Oficerską Szkołę Sanitarną, a w 1928 r. na Szkołę Podchorążych Sanitarnych, by w roku 1930 przejść kolejną reorganizację w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego. Istniały także inne szkoły kształcące z zakresu medycyny wojskowej: Instytut Chirurgii Urazowej w Warszawie czy Instytut Przeciwwgazowy.

Do 1930 r. utworzono także wiele szkół pielęgniarstwa. Większości z nich została założona przez wykształcone pielęgniarki przybywające z zachodu Europy. Z obcych wzorów czerpano, również wytyczne oraz programy, które tworzone były przy Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek i jej agend. Do końca 1925 r. utworzono następujące szkoły: Wyższą Szkołę Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu, Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa, Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie, Szkołę Pielęgniarstwa na Czystym w Warszawie, Szkołę Pielęgniarstwa PCK oraz Szkołę Pielęgniarstwa przy Szpitalu Powszechnym we Lwowie.

Zastosowany przed wojną system szkolenia zawodowych pracowników sanitariatu wojskowego cechował wyraźny dualizm. Wynikał on z otrzymywania wykształcenia medycznego na uczelni cywilnej, natomiast szkolenia i wychowania na uczelni wojskowo – medycznej. Powyższy system kształcenia określano jako dobry. Udało się na pewno zmniejszyć zapotrzebowanie personalne w wojskowej służbie zdrowia, jednak w momencie wybuch II wojny światowej, było ono nadal nie wystarczające.

Wojskową służbę sanitarną wspierała cywilna służba zdrowia. Oprócz niej wspomagały ją także, różnego rodzaju organizacje np.: Komitet Społeczny Przysposobienia Kobiet do Obrony Kraju przekształcony w 1928 r. w Organizację Przysposobienia Kobiet do Obrony Kraju (PKdoOK) – na których to podwalinach na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dn.

11 lutego 1939 r., utworzono Przysposobienie Wojskowe Kobiet. W marcu 1939 r. w Warszawie, odbył się Nadzwyczajny Walny Zjazd Przysposobienia Wojskowego Kobiet, podczas którego delegatki szesnastu organizacji kobiecych uchwaliły powołanie Pogotowia Społecznego Przysposobienia Wojskowego Kobiet – które to w znaczącej części miało wspierać wojskową służbę zdrowia.

W okręgu łódzkim, tak samo jak w innych rejonach Polski, cywilna służba zdrowia od samego początku istnienia niepodległego państwa polskiego stanowiła immanentny element wojskowej służby zdrowia. Bez wsparcia cywilnego personelu medycznego oraz dużej liczby ochotników zrzeszonych w organizacjach społecznych – wojskowa służba zdrowia nie mogłaby osiągnąć dobrego poziomu jaki reprezentowała.

Już w kwietniu 1919 r. w Łodzi i w Ozorkowie powstały pierwsze oddziały Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża (PTCK). Sam Okręg Łódzki Polskiego Czerwonego Krzyża został powołany na mocy uchwały Komitetu Głównego PCK w dniu 24 kwietnia 1924 r. Do obowiązków Okręgu PCK należało: organizowanie oddziałów prowincjonalnych, zajmowanie się wszelakimi sprawami pogotowia sanitarnego Okręgu i przygotowanie kadr pielęgniarskich na wypadek wojny, klęski lub katastrofy żywiołowej. Głównie w tych trzech kierunkach rozwinęła się praca łódzkiego PCK. Wspieraniem łódzkiego wojska w zakresie sanitarnym w strukturze PCK zajmowały się: sekcja sióstr, sekcja sanitarna, opieki nad szpitalami wojskowymi oraz odczytowa. Bez pomocy, która została udzielona przez PCK, przede wszystkim przez sekcję sanitarną i sekcję sióstr łódzkie szpitale - nie tylko szpital wojskowy - świeciłyby pustakami w zakresie pomocniczego personelu medycznego. Oprócz wsparcia personalnego łódzcy żołnierze otrzymywali od organizacji „wsparcie duchowe” – chorzy otaczani byli dobrą opieką w szpitalu wojskowym, nie tylko pod względem medycznym, ale i edukacyjnym. Starano się im zapewnić jak największy komfort pobytu – organizując radio czy też wystawiając przedstawienia. Podjęto próbę edukacji łódzkiego żołnierza, poprzez organizację odczytów i wykładów z zakresu higieny, zdrowia i profilaktyki przeciw najgroźniejszym chorobom. Pod koniec lat trzydziestych zrodziła się także idea zintegrowania środowiska młodzieżowego PCK z wojskiem – co zaowocowało powstaniem wśród społeczności łódzkiej pewnej potrzeby edukacji patriotycznej – coraz większą chęcią uczestnictwa cywilów w życiu żołnierskim.

Problemy zdrowotne w Wojsku Polskim w dwudziestoleciu międzywojennym stanowiły ważną kwestię dla ówczesnych władz.

W każdym Okręgu Korpusu można było zaobserwować pewną statystkę chorób – ich wzrost lub spadek. Do najważniejszych z nich, należy zaliczyć: gruźlicę, choroby

weneryczne, chorobę oczu - jaglicę, choroby zakaźne\nagminne oraz urazy chirurgiczne. Powyżej wymienione spotykane były najczęściej w okresie dwudziestolecia, zarówno w skali krajowej jak i w OK nr IV Łódź.

Bardzo popularne były choroby zakaźne (infekcyjne) takie jak: ospa, odra, płonica, dur plamisty, dur pierwotny, dur brzuszny, czerwotka, grypa, nagminne zapalenie ślinianki przyusznej, ostre zapalenie migdałków, choroby wyrostka robaczkowego.

W zdecydowanej większości zachorowalność na te choroby zależała od stosowania prawidłowej higieny. Największa liczba zachorowań miała miejsce w latach 1918-1922. Później przypadki zachorowań zdarzały się, ale były one nieliczne w porównaniu do innych chorób.

Choroby narządów oddechowych – choroby górnych dróg oddechowych, choroby oskrzeli, płuc, opłucnej. To właśnie one były najczęściej leczone ze wszystkich chorób w wojskowych zakładach leczniczych – rocznie ok. 15 000 tys. przypadków zachorowań i ok. 100 zgonów. Zarówno zachorowalność, jak i śmiertelność w omawianej grupie była zazwyczaj stała i nie wykazywała w statystykach wojskowych wyraźnych spadków.

Spośród nich wyodrębniana była jednak gruźlica – której częstotliwość występowania była bardzo duża. W Łodzi w 1919 r. gruźlica była przyczyną niemal jednej trzeciej zgonów wśród cywilów. Na tą chorobę zmarło 2 770 osób (81 na 10 000 mieszkańców), natomiast w 1936 r. - 1 208 (14,3 na 10 000 mieszkańców, ponad 14% zjeść) .

Choroby weneryczne zajmowały, co do częstości, drugie miejsce wśród chorób leczonych w wojskowych zakładach leczniczych.

W początkowych latach po odzyskaniu niepodległości na statystykę niewątpliwie miała wpływ I wojna światowa, a kolejno także wojna polsko-bolszewicka (1919-1921) – sprzyjało to bowiem ogólnej rozwiązłości żołnierzy, ale także kobiet, które szukały w prostytucji środków zarobkowych. Dlatego też lata 1918-1922 posiadają bardzo dużą liczbę zachorowań na wszelakie choroby weneryczne (kiła, rzeżączka, wrzód miękkie). Po wojnie bolszewickiej liczba chorych wynosiła ok. pół miliona. Po interwencji władz wojskowych liczba ta w latach 1921-1931 zaczęła spadać, ale pomimo trudów i tak była wysoka. Szacowało się że na 30 obywateli przypada 1 chory. Chorych w armii oceniano na ok. 3-4 %, czyli ok. 8-10 tysięcy. Wówczas najwięcej zachorowań stwierdzano w okręgach: toruńskim, łódzkim, krakowskim, warszawskim i lwowskim, a najmniejszą w OK nr VII w Poznaniu.

Chorobą zakaźną, która traktowana była indywidualnie, we wszystkich opracowaniach i sprawozdaniach statystycznych była jaglica – inaczej zwana egipskim zapaleniem spojówek lub przewlekłym pęcherzykowym zapaleniem rogówki. Ta zakaźna choroba oczu pojawiała

się w wojsku tak często jak gruźlica czy choroby weneryczne. Dla okręgu łódzkiego jaglica była zmorą, którą często odnajdujemy w różnego rodzaju źródłach z epoki. W dwudziestoleciu międzywojennym była chorobą nieuleczalną, dlatego tak bardzo się jej obawiano. Bardzo często doprowadzała żołnierzy do kalectwa – trwałej utraty wzroku. Jaglica w cyfrach bezwzględnych występowała najczęściej w OK nr III Grodno i w OK nr IV Łódź. Procentowo najwięcej chorych odnotowywano w OK nr IV w Łodzi.

Władze wojskowe walczyły z problemami zdrowotnymi żołnierzy i ową walkę należy ocenić wysoko, bowiem statystyki zachorowań z pierwszych lat po odzyskaniu niepodległości znacząco uległy poprawie. Za wszelką cenę starano się ulepszyć powyższą statystkę – rozumiano, że aby zmniejszyć liczbę chorych, należy zastosować szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną w łódzkich oddziałach wojskowych. Pomimo, że sama koncepcja zdrowia, jego ochrony, profilaktyki i promocji powstała stosunkowo niedawno, a jej początki datuje się na lata 70 XX w. wraz z rozwojem ruchu nowego zdrowia publicznego w Kandzie, to w łódzkim OK była ona już widoczna w okresie dwudziestolecia międzywojennego.

Liczne metody profilaktyczne takie jak: szczepienia ochronne, propagowanie czystości i higieny, prowadzenie statystyki – monitorowanie zachorowań wśród ludności cywilnej, wprowadzanie zasad dyscyplinarnych (zaostrożenie przepisów sanitarnych przy poborze do wojska) i wiele innych - stosował nie tylko łódzki garnizon, ale większość garnizonów w OK nr IV. Wojskowe władze sanitarne już wówczas zdawały sobie sprawę, że lepiej jest zapobiegać chorobom, niż je leczyć. Stąd powstawały liczne instrukcje sanitarne, które miały służyć jako wytyczne do „wojskowej profilaktyki”. Szeregowych żołnierzy, słabiej wykształconych, edukowano poprzez liczne akcje zapobiegawcze i edukacyjne. Wiedzano bowiem, że „świadomość” w kwestiach zdrowotnych, stanowi jeden z ważniejszych elementów do utrzymywania zdrowych żołnierzy.

Profilaktyka utrzymywania porządku i dbałości o higienę osobistą na pewno poprawiała stan zdrowotny żołnierzy. Należy jednak pamiętać, że oprócz przeciwdziałaniom chorobom w wojsku także poprawiała się sytuacja materialno-bytowa ludności cywilnej, a co za tym idzie, jej poziom zdrowotności, który miał znaczący wpływ na wojsko. Pomimo postępu medycyny i stosowanej profilaktyki choroby nadal były groźne dla życia i zdrowia żołnierzy.

Reasumując powyższe rozważania można stwierdzić, że w ciągu krótkiego okresu czasu, wojskowa służba zdrowia, zarówno na szczeblu krajowym jak i w IV OK w Łódź, zdołała zorganizować swoje struktury od podstaw. Ich konstrukcja była przemyślana. Częste reorganizacje miały na celu jej udoskonalanie.

Potrafiła stawić czoła problemom kadrowym, które w początkowym okresie istnienia niepodległego Państwa Polskiego, znajdowały się w rozpaczliwym stanie. Aby wspierać medyczny personel wojskowy, angażowano cywilną służbę zdrowia oraz różnego rodzaju organizacje, m. in. Polski Czerwony Krzyż, bez którego to sytuacja personelu medycznego w łódzkim okręgu była by tragiczną.

Z licznymi problemami zdrowotnymi radzono sobie na tyle, na ile pozwalały na to środki techniczne, finansowe, a także ówczesna wiedza medyczna. Duża ilość sprawozdań medycznych i prowadzone statystyki pokazują, że zdrowotność polskiej armii była bardzo ważną kwestią dla ówczesnych władz. Do tego stopnia, że w przypadku chorób wenerycznych – wyniki interpretowano na korzyść wojska. Zazwyczaj bowiem liczba chorujących wzrastała w momencie przyjęcia nowych rekrutów do wojska. Chorzy poborowi byli „wy tłumaczeniem” pogorszającej się statystyki – wzrostu liczby chorych wenerycznie żołnierzy. W źródłach o sanitarnym aspekcie wojska polskiego w okresie dwudziestolecia międzywojennego takie wytłumaczenie wzrostu zachorowań znajdujemy bardzo często. Rzeczywiście mogło mieć ono wpływ na zwiększenie się liczby chorych wenerycznie, jednakże na pewno nie było to jedyne źródło zachorowań. Należy bowiem przypomnieć, że w ówczesnym okresie choroba weneryczna uchodziła za wstydliwą, a dla żołnierzy i oficerów wręcz za hańbiącą. Wiele osób ją ukrywało lub było jej nieświadomymi nosicielami. Poprzez niezachowywanie higieny, brak wiedzy – zarażało się coraz większe grono osób – w tym cywile.

Wojskowa służba zdrowia zapewniała właściwą opiekę polskiemu żołnierzowi. Wprowadzano zasady profilaktyki zdrowia, jego higieny. Próbowano różnego rodzaju metod. Od prostych - straszenia - aby prości żołnierze pojęli istotę dbania o własne zdrowie, do nowoczesnych – szczepionek, odczytów – znacząco wybiegających poza epokę.

Łódzka wojskowa służba zdrowia w ogólnym rozrachunku na tle kraju znajdowała się po środku rankingu. Miała ona w pewnych aspektach mocne strony, ale także słabsze. Do mocnych należy na pewno zaliczyć – nieocenioną – działalność łódzkiego PCK, a także bardzo dobrą – elitę lekarzy – dowódców, którzy stali na jej czele. Brak środków finansowych, a co za tym idzie gorsze wyposażenie koszar, odbiło się na zwiększonej liczbie chorób zakaźnych, a przede wszystkim jaglicy. Dużym problemem w łódzkim OK były także choroby weneryczne.

Po powstaniu nowoczesnego gmachu szpitala okręgowego w 1937 r. – w OK nr IV Łódź wszystko zmierzało w dobrym kierunku. Zmiany były widoczne. Postępowały z biegiem lat – nie można więc postawić zarzutu, że były one zbyt wolne. Nikt nie mógł przypuszczać, że

Polacy będą mieć tylko 20 lat na organizację i zasilenie kadrowe wojskowej służby zdrowia. Włożono maksymalne chęci w możliwość ich tworzenia i ulepszania. Dlatego też po 1 września 1939 r. pomimo, że całe środowisko medyczne przedwojennej Polski ofiarnie wspierało działania Wojska Polskiego, to wojskowa służba medyczno – sanitarna nie była w pełni przygotowana do wypełniania swoich powinności. W największym stopniu ujawniły się braki kadrowe, techniczne i materialne - które wynikały ze zbyt krótkiego okresu pokoju, a co za tym idzie, czasu na ich stworzenie i ulepszenie.

Mimo powyższych trudności uznaje się, że nastroje panujące w służbie zdrowia w okresie kampanii wrześniowej były dobre. Bardzo dobrze współpracowała ze sobą cywilna i wojskowa służba zdrowia - w obliczu zagrożenia widać było stałą współpracę i chęć działania. Oba piony mogły liczyć na pomoc ze strony oddziałów PCK. Cały personel medyczny w niesieniu pomocy potrzebującym wkładał maksimum siły w swoją pracę, co nie wątpliwie należy docenić.

WYKAZ SKRÓTÓW

AK – Armia Krajowa
BK – Brygada Kawalerii
BŚRW - Biuro Ścisłej Rady Wojennej
CAW – Centralne Archiwum Wojskowe
CSS – Centralna Składnica Sanitarna
CWPiech. – Centrum Wyszukolenia Piechoty
CWSan. – Centrum Wyszukolenia Sanitarnego
DCW – Doświadczałne Centrum Wyszukolenia
DOGen. – Dowództwo Okręgu Generalnego
DOGŁ – Dowództwo Okręgu Generalnego Łódź
DOK – Dowództwo Okręgu Korpusu
DP – Dywizja Piechoty
GISZ – Generalny Inspektor Sił Zbrojnych
GUZA – Główny Urząd Zaopatrywania Armii
LOPP – Liga Obrony Powietrznej i Przeciwigazowej
MSWojsk. – Ministerstwo Spraw Wojskowych
MWRiOP – Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
NDWP – Naczelne Dowództwo Wojska Polskiego
OGen. – Okręg Generalny
OGŁ – Okręg Generalny Łódź
OK – Okręg Korpusu
OKOP – Obywatelski Komitet Obrony Przeciwigazowej
ON – Obszar Nadmorski
OPL – Obrona Przeciwlotnicza
OTO – Oficerski Trybunał Orzekający
OW – Obszar Warowny
OWUL – Organizacja Wyższej Uczelni Lekarskiej
pac – pułk artylerii ciężkiej
pal – pułk artylerii lekkiej
PCK – Polski Czerwony Krzyż
PKdoOK – Przysposobienie Kobiet do Obrony Kraju
PKU – Powiatowe Komendy Uzupełnień

POW – Polska Organizacja Wojskowa

pp – pułk piechoty

pSK – pułk Strzelców Kaniowskich

PSZ – Polskie Siły Zbrojne

PTCK – Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża

PTH – Polskie Towarzystwo Historyczne

PUWFiPW – Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego

PWK – Przysposobienie Wojskowe Kobiet

PZH – Państwowy Zakład Higieny

RKU – Rejonowe Komendy Uzupełnień

SD – Stronnictwo Demokratyczne

SG – Sztab Generalny

ŚRW – Ścisła Rada Wojenna

TRS – Tymczasowa Rada Stanu

WINO – Wojskowy Instytut Naukowo – Oświatowy

WINW – Wojskowy Instytut Naukowo-Wydawniczy

WP – Wojsko Polskie

ZWZ – Związek Walki Zbrojnej

BIBLIOGRAFIA

MATERIAŁY ARCHIWALNE:

- **Centralne Archiwum Wojskowe**

CAW, Dz. Rozk. DOK nr IV. Rozkaz tajny nr 105 z dn. 30.11.1921 r.

CAW, I.300.62, t. 32

CAW, I.300.62, t. 34 - *Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji. W okresie dziesięciolecia 1922-1931*

CAW, I.320.28, t. 174, 28 Pułk Strzelców Kaniowskich, nr 930, Zarządzenie zdrowotne na okres wspólnych ćwiczeń nr 2

CAW, I.320.28, t. 174, Wyciąg z instrukcji specjalnej Szef. San. OK III. Nr 8/39 – przesłanie

CAW, I.371.4, t. 220, 28 pułk Strzelców Kaniowski, nr 855

CAW, I.371.4, t. 220, L. 6537/26.Wydz. II, *Sanatoryjne leczenie chorych na płuca – karta badania*

CAW, I.371.4, t. 220, L.dz. nr 156/San.

CAW, I.371.4, t. 220, Pobór główny mężczyzn rocz. 1914 r.

CAW, I.371.4, t. 220, Pomocnicza Składnica Uzbrojenia nr 4, nr 950

CAW, I.371.4, t. 220, Współdziałanie pracowni bakteryjnych wojskowych i państwowych cywilnych

CAW, I.371.4, t. 220, Załącznik do pisma DOK nr IV nr 131/Uzup.35

CAW, I.371.4, t. 221, L.dz. 6134/26.Wydz.II, Zarządzenie sanitarne w związku z odejściem oddziałów do obozów letnich

CAW, I.371.4, t. 221.

CAW, I.371.4, t. 223 - Imienny wykaz oficerów i równorzędnych wojsk sanitarnych względem służby zdrowia w myśl rozporządzenia MSWojsk. L. 609/9 z dnia 1 lutego 1922 r.

CAW, I.371.4, t.12, Wykaz aptekarzy wojskowych w Łodzi z dn. 26.01.1918 r.

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź z XII. 1934 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1934 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarne-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc sierpień 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc listopad 1935 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za rok 1936 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc grudzień 1936 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc styczeń 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc luty 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc marzec 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc kwiecień 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc maj 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc czerwiec 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc lipiec 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc wrzesień 1937 r.*

CAW, I.372.34, t.71, Komenda Garnizonu Łódź, *Sprawozdanie Sanitarно-Opisowe Garnizonu Łódź za miesiąc październik 1937 r.*

CAW, KZ 23-157

CAW, OOP/630

CAW, Spis b. oddziałów sanitarnych 1918—1921, Warszawa 1964 r. (maszynopis).

CAW.I.371.4, t. 221, Szczepienie rekrutów, rocz.1904

- **Archiwum Związku Kombatantów i Byłych Więźniów Politycznych Oddział w Łodzi,**

Archiwum ZKRPiBWP w Łodzi, *Szpital wojskowy WAM w 40 –lecie istnienia*, t. 304

Archiwum ZKRPiBWP w Łodzi, t. 320

Archiwum ZKRPiBWP w Łodzi, t. 328

- **Archiwum Państwowe w Łodzi**

Zarząd Miejski w Łodzi. Wydział Zdrowia Publicznego, sygn. 18709

- **Archiwum Muzeum Powstania Warszawskiego**

Kazimierz Baranowski [w:] Spis powstańczych biogramów - <http://www.1944.pl/powstancze-biogramy/kazimierz-baranowski,2012.html>, dostępność internetowa z dn. 25.10.2016 r.

DOKUMENTY, ŹRÓDŁA DRUKOWANE:

Dziennik Rozkazów Wojsk. MSWojsk. nr 25, poz. 468, z 1921 r.

Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 18, poz. 466 z 1920 r.

Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 8, poz. 158, z 1920 r.

Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 9, poz. 178, z 1920 r.

Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 92, poz. 158, z 1919 r.

Dziennik Personalny MSWojsk., nr 49 z 22.12.1920 r.

Dziennik Personalny MSWojsk., nr 7 z 18.02.1927 r.

Dziennik Praw Królestwa Polskiego, nr 14, poz. 31, 1918 r.

Dziennik Rozkazów MSWojsk. nr 40, poz. 858, 1920 r.

Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych z dnia 1 listopada 1918 r., nr 2, poz. 25.

Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych z dnia 4 listopada 1918 r., nr 3, poz. 26.

Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych z dnia 4 listopada 1918 r., nr 3, poz. 35.

Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych z dnia 4 listopada 1918 r., nr 3, poz. 26.

Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej R.2, nr 9, Warszawa 1931 r.

Dziennik Ustaw 1918 r., nr 14 poz. 30.

Dziennik Ustaw 1918 r., nr 17 poz. 38.

Dziennik Ustaw 1919 r., nr 32 poz. 265.

Dziennik Ustaw RP 1926, nr 79, poz. 444.

Dziennik Ustaw RP 1926, nr 79, poz. 445.

Dziennik Ustaw RP z 1926 r., nr 108, poz. 633.

Dziennik Ustaw RP z 1926 r., nr 79, poz. 445, art. 2.

Dziennik Ustaw RP z 1936 r., nr 38, poz. 286.

Lista członków Lwowskiej Izby Lekarskiej uprawnionych do głosowania do Rady Izby w dn. 17.12.1939 r.

Lista starszeństwa oficerów zawodowych Korpusu Sanitarnego, MSWojsk., Dep. San., Warszawa 1930 r.

Lista starszeństwa oficerów zawodowych. Załącznik do Dziennika Personalnego Ministerstwa Spraw Wojskowych Nr 13 z 8 czerwca 1922 r., Warszawa 1922 r.

Ministerstwo Spraw Wojskowych, Dziennik Rozkazów 1930 r., nr 12, poz. 139.

MSWojsk., *Regulamin Służby Zdrowia w wojskowych zakładach leczniczych*, Warszawa 1932 r.

MSWojsk., *Tymczasowa instrukcja o ochronie przeciwigazowej*, Warszawa 1924 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1926 r., Łódź 1927 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1928 r., Łódź 1929 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1929 r., Łódź 1930 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1931 r., Łódź 1932 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1933 r., Łódź 1934 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1937 r., Łódź 1938 r.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1938 r., Łódź 1939 r.

Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polski na r. 1938, Warszawa 1938 r.

Rocznik oficerski 1923 r., MSWojsk., Warszawa 1923 r.

Rocznik oficerski 1924 r., MSWojsk., Warszawa 1924 r.

Rocznik oficerski 1932 r., MSWojsk., Warszawa 1932 r.

Spis członków i delegatów Galicyjskiego Towarzystwa Łowieckiego wedle powiatów, Lwów 1914 r.

Spis lekarzy województwa łódzkiego przynależnych do Izby Lekarskiej w Łódzkiej. Stan z dn. 1 lipca 1931 r. [w:] Dziennik Urzędu Izb Lekarskich nr 9 z dn. 1 września 1931 r.,

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Śpiewaczego „Lutnia” w Zgierzu za lata 1907-1932, Wyd. Jubileuszowe. Nakładem Tow. Śpiew. „Lutnia” w Zgierzu, Zgierz 1932 r.

Statut Stowarzyszenia: „Organizacja Wyższej Uczelni Lekarskiej w Łodzi”, Łódź 1938 r.

Urzędowy spis lekarzy uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej oraz aptek w Drugiej Rzeczypospolitej, Warszawa 1924/1925 r.

Ustawa konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r. , Dziennik Ustaw RP z 1935 r.

Dziennik Praw Królestwa Polskiego, nr 1, poz.1, 1918 r.

Dziennik Praw Królestwa Polskiego, nr 5, poz. 8, 1918 r.

Dziennik Praw Królestwa Polskiego, nr 13, poz. 27, 29.10.1918 r.
Dziennik Rozkazów MSWojsk. nr 4, poz. 57, 12.11. 1918 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 11, poz. 275 z 15.12.1918 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 8, poz. 325, 25.01.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 8, poz. 327, 25.01.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 10, poz. 372, 30.01.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 11, poz. 393, 1.02.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 12, poz. 441, 4.02.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 15, poz. 532, 11.02.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 22, poz. 736, 27.02.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 24, poz. 782, 4.03.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 25, poz. 837, 6.03.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 40, poz. 1291, 10.04.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 42, poz. 1368, 15.04.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 45, poz. 1507, 26.04.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 45, poz. 1514, 26.04.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 69, poz. 2232, 24.06.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 30, poz. 986, 8.09.1919 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 7, poz. 133, 9.03.1920 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 14, poz. 352, 4.05.1920 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 15, poz. 352, 11.05.1920 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk., nr 33, poz. 727, 14.09.1920 r.
Dziennik Urzędowy województwa krakowskiego, nr. 2, 15.02.1923 r.
Dziennik Rozkazów Wojsk, nr 3, poz. 27, z dn. 20.01.1930 r.
Dziennik Rozkazów MSWojsk., nr 1, poz. 2, 9.01.1931 r.
Dziennik Rozkazów MSWojsk., nr 15, poz. 183, 30.05.1931 r.
Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, z dn. 27 listopada 1918 r., nr 6, poz. 115 (Rozkaz L. 18).
Dziennik Rozporządzeń Ministerstwa Spraw Wojskowych, z dn. 27 listopada 1918 r., nr 6, poz. 116 (Rozkaz L. 19).

WYDAWNICTWA Z EPOKI:

Andrzejewski J., *Maska przeciwgazowa używana w Polsce*, Nakładem LOPP, 1930 r.
Armia Polska na Wschodzie, Centrum Wyszkożenia, Ośrodek Wyszkożenia Sanitarnego, *Podręcznik higieny Wojskowej*, Jerozolima 1944 r.
Awans majowy w armii, [w:] „Słowo Polskie”, nr 103 z dn. 2 maja 1899 r., Lwów 1899 r.

- Bałaban T., *Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo – lekarskiego* [w:] „Lekarz Wojskowy”, nr 4, 1920 r.
- Bałaban T., *Ocena postępów zwalczania jaglicy* [w:] „Lekarz Wojskowy”, t. XXXI, 1938 r.
- Brummer W., *Sztab Generalny WP, Naczelne Dowództwo WP* [w:] *Spis władz wojskowych 1918–1921*, Warszawa 1936 r.
- Cianciara H., *W sprawie leczenia cierpień gościowych szczepionką „Cutivaccin” Paul’a* [w:] „Lekarz Wojskowy” t. XV, Warszawa 1930 r.
- Gałęzowski S., *Kronika konkursu. Konkurs powszechny sarp. na projekt szkicowy okręgowego szpitala wojskowego w Łodzi*, [w:] „Architektura i Budownictwo”, XI 1935, Warszawa 1935 r.
- Herman M. W., *O ranach postrzałowych I o pierwszym opatrunku*, Lwów 1913 r.
- Koło 2. P. P Legionów Polskich, *Garść wspomnień spod Rarańczy*, Warszawa 1938 r.
- Kumaniecki K. W., *Odbudowa Państwowości Polskiej*, Warszawa – Kraków 1924 r.
- Liga Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej, *Naucz się bronić przed gazami bojowymi. Zbiór pytań, odpowiedzi i przykazań z obrony przeciwgazowej*, Warszawa 1933 r.
- Marynowski Z., *Drużyny odkażające*, Warszawa 1937 r.
- MSWojsk., *Badanie i ocena fizycznej i psychicznej zdolności do służby wojskowej podoficerów i szeregowców wykonujących powszechny obowiązek wojskowy*, Warszawa 1937 r.
- MSWojsk., *Podręcznik podoficera sanitarnego*, Warszawa 1939 r.
- Mund-Mierzecki H., *Co każdy żołnierz o chorobach wenerycznych wiedzieć powinien*, Warszawa 1919 r.
- Neyman Z., *Służba sanitarna podczas wojny polsko – rosyjskiej 1830-1831 i 1919-1920 r. a obecna jej organizacja na czas wojny*, „Lekarz Wojskowy”, t. XIV, 1929 r.
- Osmolski W., *1922-1932 (artykuł na dziesięciolecie CWSan.)*, „Lekarz Wojskowy”, t. XX, 1932 r.
- Polski Czerwony Krzyż 1919-1929. Wydawnictwo Jubileuszowe na dziesięciolecie istnienia Polskiego Czerwonego Krzyża*, pod. red. Anny Roszkowskiej, Warszawa 1929 r.
- Rudzki S., *Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce* [w:] „Lekarz Wojskowy” R. VIII, t. IX, nr 5, 1927 r.
- Sokołowski A., *Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów*, [w:] „Lekarz wojskowy”, nr 2, 1920 r.
- Sprawozdanie szpitali wojsk. za miesiąc luty 1929 r.* [w:] „Lekarz Wojskowy”, Rok X-tom XV, styczeń-czerwiec 1930 r.
- Szulc G., *Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w Wojsku Polskim*, Warszawa 1929 r.
- Szymański J., *Okulistyka w skróceniu*, Kurytyba-Brazylia, 1920 r.
- Telatycki M., *Zagruźliczenie wojska i możliwości walki z gruźlicą w armij* [w:] „Lekarz Wojskowy”, 1934 r. T. XXIII, 4.

Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej ze szczegółowym uwzględnieniem zasad ratownictwa przeciwgazowego, pod. red. ppłk. dr. Władysława Radziszewskiego i mjr. Józefa Chrzęszczewskiego, Warszawa 1935 r.

Wyszomirski T., *Pierwsze dni sądownictwa wojskowego w niepodległej Polsce*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy”, 1938 r.

Zembrzuski L., *Krótki szkic z dziejów Wojskowej Rady Sanitarnej, Wojskowego Instytutu Sanitarnego i Wojskowej Szkoły Sanitarnej*, „Lekarz Wojskowy”, t. IV, 1925 r.

Złota Księga Korpusu Sanitarnego Polskiego 1797-1918, opr. Ludwik Zembrzuski, Warszawa 1927 r.

PRASA:

Dodatek niedzielny do „Kurjera Łódzkiego”, nr 39, z dn. 26.09.1937 r.

„Dziennik Łódzki”, nr 89 z dnia 15.11.1931 r.

„Głos Polski”, nr 54 z dn. 24.02.1920 r.

„Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki”, z dn. 19.09.1937 r.

„Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki”, nr 16, z dn. 16.01.1939 r.

„Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki” nr 18 z dn. 18.01.1939 r.

„Głos Poranny : dziennik społeczny, polityczny i literacki”, nr 19, z dn. 18.01.1939 r.

„Hasło Łódzkie”, nr 52 z dn. 6.11.1927 r.

„Ilustrowana Republika” nr 143, z dn. 25.05.1926 r.

„Kurjer Łódzki” z dn. 19.09.1937 r.

Łódzki szpital im. WAM ma już 75 lat [w:] „Dziennik Łódzki” z dn. 8.12.2012 r., <http://www.dzienniklodzki.pl/arttykul/715513,lodzki-szpital-im-wam-ma-juz-75-lat,id,t.html>, dostępność internetowa z dn. 20.01.2017 r.

„Orędownik” nr 166 z dn. 23.07.1938 r.

„Orędownik”, nr 55 z dn. 8.03.1939 r.

„Republika”, nr 38 z dn. 7.02.1928 r.

„Republika”, nr 81 z dn. 23.03.1929 r.

Z łódzkiej izby lekarskiej [w:] „Republika” nr 342, z dn. 15.12.1931 r.

ENCYKOPEDIE, SŁOWNIKI, KALENDARZE, INFORAMTORY:

Almanach oficerski na rok 1923/1924; praca zbiorowa, dział IV, z. 3.

Kalendarz informator na województwo łódzkie na rok 1923, Łódź 1923 r.

Kalendarz informator na województwo łódzkie na rok 1924, cz. I, Łódź 1924 r.

Księga adresowa miasta Łodzi i Województwa Łódzkiego. Rocznik 1937-1939, Zarząd Miejski w Łodzi, Łódź 1937 r.

Mała Encyklopedia Medycyny, t. I - III, Warszawa 1989 r.
Słownik terminologiczny sztuk pięknych. Warszawa, 1969 r.
Stawecki P., *Słownik biograficzny generałów Wojska Polskiego 1918-1939*, Warszawa 1994 r.
Wydział statystyczny magistratu m. Łódź, *Informator miasta Łodzi z kalendarzem na rok 1920 r.*, Łódź 1920 r.

OPRACOWANIA:

1000 słów o chemii i broni chemicznej, pod. red. Zygryda Witkiewicza, Warszawa 1987 r.
Abramek Z., *Powstanie i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża 1912-1951*, Warszawa 2001 r.
Badurka M., Felchner A., Krzemińska B., *Antoni Stanisław Więckowski – życie i działalność*, Warszawa 1989 r.
Bernaś – Kostynowicz A., *Spółeczeństwo polskie w wojnie obronnej 1939 r.*, Warszawa 1988 r.
Biografia płk. Józefa Manteuffla [w:] „Zabłudów i Okolice”, nr 5, maj 2012 r.
Böhm T., *Z dziejów naczelných władz wojskowych II Rzeczypospolitej. Organizacja i kompetencje Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1918 – 1939*, Warszawa 1994 r.
Cichocki P., *Obchody 70 rocznicy zbrodni katyńskiej – katastrofa smoleńska* [w:] *Kronikarz* 2009/2010 R. 8 nr 14
Cutter Z. J., *Polskie wojska saperskie w 1939 r. : organizacja, wyposażenie, mobilizacja i działania wojenne*, Częstochowa 2003 r.
Cutter Z. J., *Saperzy II Rzeczypospolitej*, Warszawa 2005 r.
Czarnecka R. , *Organizacja Sztabu Generalnego WP (Naczelnego Dowództwa WP) w latach 1918 – 1921*, dostępność internetowa z dn. 12.11.2014 r.
Czarnecka R., *Organizacja Ministerstwa Spraw Wojskowych (MSWojsk.) w latach 1918-1921*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” nr 27, , Warszawa 2005 r.
Czernielewski K. A., *Antoni Stanisław Więckowski (1882-1942). Wojskowy, lekarz, historyk i polityk*, Biblioteka Koniki miasta Łodzi, t. XI, Łódź 2015 r.
Czernielewski K. A., *Polskie formacje zbrojne w Łodzi od przybycia Legionów w październiku 1914 r. do powstania garnizonu Wojska Polskiego w listopadzie 1918 r.* [w:] „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” t. 2, 2011 r.
Czubiński A., *Przewrót majowy 1926 r.*, Warszawa 1989 r.
Felchner A., *Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia wojska polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji 1939 r.)*, Oświęcim 2016 r.
Felchner A., *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918r. do mobilizacji w 1939 r.)*. *Rozprawa habilitacyjna*, cz. 1, Łódź - Warszawa 1990 r.
Fijałek J., Indulski J., *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990 r.,

- Garlicki A., *Przewrót majowy*, Warszawa 1979 r.
- Generał J. Romer, *Pamiętniki*, Warszawa 2001 r.
- Grata P., *Polityka Państwa Polskiego wobec inwalidów wojennych w latach 1918-1939*, [w:] „Polityka i Społeczeństwo” nr 8, Rzeszów 2011 r.
- Gryglewski R. W., *Krótki rys historii psychiatrii wojennej* [w:] „Zeszyty naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace historyczne” 141, z. 4, 2014 r.
- Ignatowicz A., *Przygotowanie obronne społeczeństwa w Polsce 1921 – 1939*, Warszawa 2010 r.
- Jarno W., *Okręg Korpusu Wojska Polskiego nr IV Łódź 1918-1939*, Łódź 2001 r.
- Jurga T., *Regularne jednostki Wojska Polskiego w 1939 r.*, Warszawa 1975 r.
- Karski J.B., praca zbiorowa, „Promocja Zdrowia”, Warszawa 1999 r.
- Kęsik J., *Naród pod bronią. Społeczeństwo w programie polskiej polityki wojskowej 1918 - 1939*, Wrocław 1998 r.
- Konopski L., *Broń chemiczna na terenach Polski* [w:] „Biuletyn Chemik”, nr. 6, 2010 r.
- Korolczuk A., Gołębiowski A., Tomko – Gwoździwicz M., *Od nostalgii do PTSD* [w:] „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 3, 2009 r.
- Kozłowski W., Jarno W., *10 Dywizja Piechoty w wojnie obronnej 1939 r.*, Pruszków 2016 r.
- Krassowski B., *Polska kartografia wojskowa (1919-45)*, Warszawa 1974 r.
- Łukaszewicz J., *Liga Obrony Powietrznej Państwa* [w:] „Skrzydłata Polska” nr 11, 2003 r.
- Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A., *Choroby zakaźne i pasożytnicze: epidemiologia i profilaktyka*, Bielsko-Biała 2004 r.
- Markert A. E., *Przysposobienie Wojskowe Kobiet* [w:] *Służba kobiet w formacjach mundurowych w XXI wieku*, pod. red. Aleksandry Skrabacz, Warszawa 2008 r.
- Mordawski H., *Polskie lotnictwo wojskowe 1920-1939. Od triumfu do tragedii*, Wrocław 2011 r.
- Odrodzenie Wojska Polskiego 1918-1921 w materiałach Centralnego Archiwum Wojskowego*, pod red. Andrzeja Czesława Żaka, Warszawa 2008 r.
- Pawlak J., *Polskie eskadry w latach 1918-1939*, Warszawa 1989 r.
- Piątek J. J., *Generalny Inspektorat Kawalerii w strukturach najwyższych władz wojskowych*, "Grot. Zeszyty Historyczne" 2004, nr 20.
- Pionnier M., *Charakterystyka zawartości zespołów akt dowództw - Broni Pancernych, Łączności i Saperów z lat 1929-1939*, Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej Nr 4, Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa 1972 r.
- Pionnier M., *Charakterystyka zawartości zespołów akt dowództw - Broni Pancernych, Łączności i Saperów z lat 1929-1939*, „Biuletyn Wojskowej Służby Archiwalnej” Nr 4, Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa 1972 r.
- Polkowski K., *Święto Oficerskiej Szkoły Sanitarnej*, „Lekarz Wojskowy”, t. VIII, 1926 r.
- Przyjemski S., *Organizacja wojskowego wymiaru sprawiedliwości u progu niepodległości II Rzeczypospolitej*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy”, 1988 r., nr 3.
- Ratajczyk G., *Żandarmeria Wojska Polskiego II Rzeczypospolitej*, Toruń 2004 r.

- Rutkowski S., *Zarys dziejów polskiego szkolnictwa wojskowego*, Warszawa 1970 r.
- Rybińska A., *Rola, działalność i znaczenie kobiet w AK. Wybór biografii regionu łódzkiego*, Toruń 2016 r.
- Rybka R., Stepan K., *Najlepsza broń. Plan mobilizacyjny "W" i jego ewolucja*, Warszawa, 2010 r.
- Słowiński A., *Służba zdrowia Wojska Polskiego w kampanii wrześniowej*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej”, zeszyt 11, 1967 r.
- Stawecki P., *Wojsko Marszałka Józefa Piłsudskiego 12 V 1926-12 V 1935*, Warszawa 2004 r.
- Stefański K., *Gmachy użyteczności publicznej dawnej Łodzi. Banki, hotele, szpitale, szkoły, teatry...*, Łódź 2000 r.
- Szpital dla nerwowo i psychicznie chorych im. dra med. Józefa Babińskiego w Łodzi 1902-1987 (dawna „Kochanówka”)*, pod. red. Stefana Pytłasa, Henryka Sułata, Tadeusza Wierzbickiego, Łódź 1988 r.
- Szpital im. dra med. Karola Jonschera w Łodzi 1884-1984*, pod. red. Jana Fijałka, Łódź 1984 r.
- Żubański R., *Polska broń pancerna 1939*, Wydawnictwo MON, Warszawa 1989 r.
- Wiatr J., *Przyczynki do historii materialowego przygotowania obrony Polski w latach 1921-1939*, „Bellona” 1959 z. 3.
- Więckowska E., *Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004 r.
- Wojtkowiak S., *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973 r.
- Wojtkowiak S., *Służba zdrowia w początkowym okresie drugiej wojny światowej 1939-1941. Skrypt wykładu dla studentów Wydziału Lekarskiego*, Łódź 1972 r.
- Wojtkowiak S., *Szkolnictwo Medyczne w Wojsku Polskim*, Łódź 1968 r.
- Wojtkowiak S., Talar J., Majewski W., Piotrkowski F., *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974 r.
- Wyszczelski L., *Ministerstwo Spraw Wojskowych (1918-1939)*, Warszawa 2010 r.
- Wyszczelski L., *Wojsko Polskie w latach 1918-1921*, Warszawa 2001 r.
- Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, pod. red. W. Zaniewskiej, Warszawa 1974 r.
- Zarzycki P., *Plan mobilizacyjny "W", Wykaz oddziałów mobilizowanych na wypadek wojny*, Pruszków, 1995 r.
- Zawacka E., *Czekając na rozkaz. Pogotowie Społeczne Organizacji Przysposobienia Wojskowego Kobiet w przededniu II wojny światowej*, Lublin 1992 r.
- Zawacka E., *Szkice z dziejów wojskowej służby kobiet*, Toruń 1992 r.
- Żarnowski J., *Kobiety w strukturze społeczno-zawodowej Polski międzywojennej*, [w:] *Równe prawa i nierówne szanse. Kobiety w Polsce międzywojennej*, pod red. A. Żarnowskiej i A. Szwarcza, Warszawa 2000 r.
- Żygulski Z., Wielecki H., *Polski mundur wojskowy*, Kraków, 1988 r.

STRONY INTERNETOWE:

Bidziński J., *Początek neurochirurgii warszawskiej (1935-1947)*,

http://www.tlw.waw.pl/index.php?id=19&newsy_id=74, dostępność internetowa, z dn. 13.02.2016 r.

Bóg lubi tych, co bronią wartości,

http://www.siedlce.pl/index.php?option=16&action=news_show&news_id=4133, dostępność z dn. 23.01.2017 r.

Choroby weneryczne, <http://www.choroby-weneryczne.com/>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.

Co to jest profilaktyka i promocja zdrowia?, <http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/co-to-jest-profilaktyka/item/301-co-to-jest-profilaktyka-i-promocja-zdrowia>, dostępność internetowa z dn. 12.10.2017.

Gruźlica - objawy, badanie, leczenie, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/gruzlica-objawy-badanie-leczenie_35416.html, dostępność internetowa z dn. 6.02.2016 r.

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, <http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/index.php?c=article&id=9&print=1>, dostępność internetowa, z dn. 18.10.2017 r.

Gruźlica - objawy, badanie, leczenie, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/gruzlica-objawy-badanie-leczenie_35416.html, dostępność internetowa z dn. 6.02.2016 r.

Grzybica woszczynowa, <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-skory,grzybica-woszczynowa,artykul,1697462.html>, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.

Historia Polskiego Czerwonego Krzyża,

<http://www.pck.pl/media/repository/pliki/historiaPCK.pdf>, dostępność, z dn. 1.12.2013 r.

Jaglica, <https://portal.abczdrowie.pl/jaglica>, dostępność internetowa, z dn. 6.02.2016 r.

Józef Gustaw Ignacy bar. Manteuffel-Szoegel [w:] *Genealogia Potomków Sejmu Wielkiego*, pod. red. Marka Jerzego Minakowskiego, <http://www.sejm-wielki.pl/b/zi.3.96.probant>, dostępność z dn. 29.12.2016 r.

Kempińska-Mirosławska B., *Geneza łódzkiej medycyny akademickiej. Od idei, przez uniwersytet do akademii*, <http://panaceum.lodz.pl/geneza-%C5%82%C3%B3dzkiej-medycyny-akademickiej-od-idei-przez-uniwersytet-do-akademii>, dostępność internetowa z dn. 12.12.2017 r.,

Kiła, <http://kila.info.pl/objawy-kily/>, dostępność internetowa z dn. 22.09.2017 r.

Kozak Z., *Towarzystwo Obrony Przeciwgazowej 1924-1928*,

http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b23/b23_8.pdf, dostępność internetowa, z dn. 19.05.2016 r.

Krasne [w:] *Dwory i pałace pogranicza*, <http://dworypogranicza.pl/index.php/dwory/61-krasne>, dostępność z dn. 29.12.2016 r.

Leaper D. J., Harding K. G, *Rany urazowe I chirurgiczne*, <http://www.wydawnictwopzwł.pl/download/225270100.pdf>, dostępność internetowa, z dn. 11.02.2016 r.

Leczenie, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Leczenie>, dostępność internetowa, z dn. 7.01.2016 r.

Mazur M., *Bąblowiec - pasożyt niczym nowotwór*, <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-pasozytnicze,bablowiec--tasiemiec----objawy-i-leczenie-zakazenia-pasozytem,artykul,1623366.html>, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.

Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, <http://msdkardiologia.pl/meningokokowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych/>, dostępność internetowa z dn. 9.09.2017 r.

Morawski T., *Losy wychowanków Szkoły Podchorążych Sanitarnych pierwszych dziewięciu promocji (1922-30). Na podstawie archiwum dr Romana Jakubskiego*, [w:] Medycyna Nowożytna 8/2, 2001 r., http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny-r2001-t8-n2/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny-r2001-t8-n2-s95-130/Medycyna_Nowozytna_studia_nad_historia_medycyny-r2001-t8-n2-s95-130.pdf, dostępność internetowa z dn. 23.02.2018 r., s. 98.

Narodziny Wojska Polskiego (październik – grudzień 1918), <https://caw.wp.mil.pl/plik/file/wydawnictwa/narodziny.pdf>, dostępność internetowa z dn. 19.02.2018 r.

Orel-Regucka M., *Apteczna historia chloru*, <http://www.aptekarzpolski.pl/2016/11/apteczna-historia-chloru/>, dostępność internetowa, z dn. 18.08.2017 r.

Ozga Michalski E., *TASIEMCZYCA – CHOROBA WYWOŁYWANA PRZEZ TASIEMCE*, https://www.pfm.pl/baza_chorob/choroby-odzwierzece/tasiemczyca-8211-choroba-wywoływana-przez-tasiemce/498, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017 r.

Panie marszałku, jak żyć? Ceny i zarobki w II RP, <http://biznes.newsweek.pl/panie-marszalku-jak-zyc--ceny-i-zarobki-w-ii-rp,104856,1,1.html>, dostępność internetowa, z dn. 13.02.2016 r.

PCK w Okręgu Łódzkim – krótki rys historyczny, http://www.pck.pl/pages,6_139.html, dostępność internetowa z dn. 12.12.2017 r.

Piasecki A., *Historia SPECJALISTYCZNY PSYCHIATRYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁODZI SZPITAL IM. J. BABIŃSKIEGO*, <http://babinski.home.pl/cms/index.php/historia>, dostępność internetowa, z dn. 7.09.2016 r.

Raczkowska M., *Promienica: bakteryjna CHOROBA SKÓRY*, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/skora/promienica-bakteryjna-choroba-skory_38779.html, dostępność internetowa, z dn. 19.09.2017

Rzadkowolska M., *Działalność Wojskowego Instytutu Naukowo – Wydawniczego w Łodzi 1945-1948*, s. 140-141, http://www.caw.wp.mil.pl/plik/file/biuletyn/r4/r4_5.pdf, dostępność internetowa z dn. 28.12.2014 r.

Skrzypczak D., *Zespół akt Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych z lat 1918-1939*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b10/b10_2.pdf, dostępność internetowa, z dn. 20.10.2015 r.

Słownik PWN, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Liga-Obrony-Praw-Czlowieka-i-Obywatela;3932505.html>, dostępność internetowa, z dn. 13.09.2016 r.

Spalek M., *Ropne (bakteryjne) zakażenie skóry – przyczyny, objawy i leczenie*, <http://wylecz.to/pl/choroby/dermatologia/ropne-bakteryjne-zakazenie-skory-przyczyny-objawy-i-leczenie.html>, dostępność internetowa z dn. 13.09.2017 r.

Wawrzyński T., *Akta dotyczące organizacji i działalności służby zdrowia WP w latach 1918-1939*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b12/b12_6.pdf, dostępność internetowa z dn. 18.10.2015 r.

Wojciechowski T., *Źródła wojskowe do dziejów przemysłu w latach 1918-1939*, http://www.caw.wp.mil.pl/plik/file/biuletyn/b1/b1_7.pdf, dostępność internetowa z dn. 11.05.2015 r.

Wrona A., *Zawartość aktowa zespołu akt Departamentu Kawalerii Ministerstwa Spraw Wojskowych*, http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b4/b4_5.pdf, dostępność internetowa z dn. 11.05.2015 r.

Wróbel M., *Historia Instytutu w latach: 1918-1924*, http://bip.pzh.gov.pl/public/print.php?id_menu_item=137220, dostępność internetowa z dn. 15.02.2016 r.

Zapalenie gardła i migdałków – przyczyny, objawy, leczenie, <http://wylecz.to/pl/choroby/uklad-oddechowy/zapalenie-gardla-i-migdalokow.html>, dostępność internetowa, z dn. 10.09.2017 r.

Żandarmeria wojskowa w czasie II wojny światowej, <http://zw.wp.mil.pl/pl/39.html>, dostępność internetowa z dn. 22.02.2018 r.