



SŁUŻBA ZDROWIA W KAMPANII POLSKIEJ 1939 ROKU – SYNTEZA. CZĘŚĆ I: POTENCJAŁ SŁUŻBY ZDROWIA

Medical services in the Polish campaign of 1939 –
a synthesis. Part I: Medical service capacity



Aleksander Rutkiewicz^{1,2}

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Bielsko-Bialski, Polska
2. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Polska

Aleksander Rutkiewicz – 0009-0000-8398-5818

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Praca powstała w ramach projektu „Kampania polska 1939 roku – synteza”, prowadzonego przez Akademię Sztuki Wojennej. Celem trzyczęściowego artykułu jest kompleksowe przedstawienie działań polskiej służby zdrowia w trakcie kampanii polskiej 1939 r. W kolejnych częściach omówiono wyjściowy potencjał służby zdrowia, plany i przygotowania wojenne oraz udział służby zdrowia w kampanii wojennej. Podstawowe pytanie badawcze dotyczyło przyczyn załamania się systemu pomocy rannym we wrześniu 1939 r. **Materiał i metody:** Podstawowy zasób źródeł, który posłużył do opracowania artykułu, znajduje się w Centralnym Archiwum Wojskowym (Warszawa-Rembertów) oraz w Archiwum Instytutu Polskiego i Muzeum im. gen. Władysława Sikorskiego (Londyn). W syntezie uwzględniono również wcześniejsze ustalenia historyków, źródła drukowane oraz szeroki wybór wspomnień i relacji. **Wyniki:** Polska służba zdrowia poniosła w 1939 r. klęskę. System ewakuacji i pomocy rannym w ciągu kilku pierwszych dni wojny uległ załamaniu. Problemy z ewakuacją, szybko wyczerpujące się zapasy surowic profilaktycznych oraz spóźniona pomoc chirurgiczna były przyczyną masowo występujących powikłań septycznych ran, w tym licznych przypadków tężca. **Wnioski:** Do najważniejszych przyczyn, które doprowadziły do katastrofy sanitarnej w 1939 r., należały: bardzo skromny potencjał wyjściowy służby zdrowia (deficyt kadr, niski poziom szpitalnictwa), małe nakłady finansowe, brak odpowiednich rezerw materiałowych, centralizacja systemu zaopatrzenia sanitarnego, wiodąca rola kolei w planach ewakuacji sanitarnej, niski stopień motoryzacji Wojska Polskiego i społeczeństwa, zły stan dróg oraz sposób prowadzenia walki przez wroga (gwałtowne i głębokie uderzenia na tyły polskiego państwa, porażenie sieci komunikacyjnych, atakowanie celów cywilnych).

Abstract

Introduction and objective: This research paper was created as part of the project “Polish Campaign of 1939 – Synthesis” conducted by the War Studies University. The aim of this three-part article is to provide a comprehensive account of the role of the Polish health service during the 1939 campaign. The subsequent sections examine the initial capabilities of the health service, wartime planning and preparations, and the actual participation of medical services during the campaign. The primary research question focuses on the factors that led to the collapse of Poland’s medical services in September 1939. **Material and methods:** The author drew on historical materials collected at the Central Military Archive (Warsaw-Rembertów) and the Archives of the Polish Institute and the General Władysław Sikorski Museum (London). This synthesis also incorporates previous research by historians, published sources, and a wide range of personal recollections and testimonies. **Results:** The Polish health service suffered a defeat in 1939. The system for evacuating and treating the wounded collapsed within the first days of the war. Evacuation difficulties, rapidly depleting stocks of prophylactic serums, and delays in surgical care led to widespread complications from infected wounds, including numerous cases of tetanus. **Conclusions:** The main factors that led to the medical crisis in 1939 included the very limited initial capacity of the medical service (staff shortages, underdeveloped hospitals), low financial investment and insufficient material reserves, the highly centralized medical supply system, reliance on railways for medical evacuation, the low degree of motorization in both the Polish Army and society, poor road conditions, and the nature of the enemy’s operations – sudden, deep attacks on the rear, disruption of communication networks, and targeting of civilian areas.

Słowa kluczowe: służba zdrowia; ewakuacja medyczna; kampania polska 1939 roku

Keywords: medical services; medical evacuation; Polish campaign of 1939

DOI 10.53301/lw/204331

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.03.2025

Zaakceptowano do druku: 24.04.2025

Autor do korespondencji:

Aleksander Rutkiewicz

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Bielsko-Bialski,
Bielsko-Biała

e-mail: olorut@o2.pl

Wstęp

Kampania wojenna 1939 r. zakończyła się największą klęską w historii polskiej państwowości. W ciągu nieco ponad miesiąca Rzeczpospolita utraciła swoje terytorium, które zostało podzielone między dwóch okupantów – Rzeszę Niemiecką i Związek Radziecki. Wojsko Polskie w spektakularny sposób zostało pobite, a tylko niewielki odsetek zmobilizowanych żołnierzy zdołał przedostać się na teren państw neutralnych z zamiarem kontynuowania walki. Polskie władze polityczne znalazły się na uchodźstwie. W wyniku kampanii życie straciło tysiące polskich obywateli, zarówno cywilów, jak i żołnierzy. Dla ludności, która pozostała na obszarze przedwojennej Polski, rozpoczęła się czas przesładowań, eksterminacji, wywózek, biedy i głodu. W powszechnej pamięci przegrana w 1939 r. wiąże się z głęboką traumą. Konsekwencje napaści Niemiec i Związku Radzieckiego na Polskę miały daleko idące konsekwencje polityczne, społeczne i gospodarcze – nie tylko dla Polski, lecz dla całej Europy.

Pomimo upływu wielu lat i publikacji licznych prac poświęconych kampanii polskiej 1939 r., nie doczekała się ona kompleksowej i wielowymiarowej syntezy. Konieczność podjęcia prac nad tego typu opracowaniem dostrzegli pracownicy Akademii Sztuki Wojennej. Powołany w tym celu interdyscyplinarny zespół badawczy pod kierownictwem płk. dr. hab. Juliusza S. Tyma, prof. ASzWoj, otrzymał dotację celową Ministerstwem Edukacji i Nauki (nr MEiN/2021/DPI/319).

Wśród zagadnień wymagających głębszej analizy w ramach projektu znalazła się również problematyka szeroko pojętej logistyki, w tym służby zdrowia.

Poniższy artykuł jest efektem prac w ramach wspomnianego zespołu badawczego. Jego celem było przedstawienie w możliwie spójny sposób działań służby zdrowia w trakcie kampanii polskiej 1939 r. Całościowe ujęcie tematu wymagało uwzględnienia wyjściowego potencjału służby zdrowia, planów i przygotowań wojennych oraz przebiegu działań wojennych. Fundamentalne pytanie badawcze dotyczyło przyczyn załamania się systemu pomocy rannym we wrześniu 1939 r.

Zabezpieczenie medyczno-sanitarne państwa na wypadek wojny było zagadnieniem wielowymiarowym i niezwykle złożonym. W obszarze tym w sposób szczególnie wyraźny rysowała się współzależność struktur wojskowych i cywilnych. Podstawowe zadania wojskowej służby zdrowia, zdefiniowane w regulaminie „Służba zdrowia w polu” z 1929 r., miały charakter uniwersalny. Obejmowały one *przeciwdziałanie zmniejszaniu się stanów liczbowych wojsk przez zapobieganie chorobom oraz leczenie tych żołnierzy, którzy ubyli z powodu ran i chorób* [1]. Należy zauważyć, że o ile w warunkach pokoju zadania te mogły być realizowane siłami i środkami wojskowej służby zdrowia, o tyle wojenne rozwiniecie struktur wymagało mobilizacji rezerw kadrowych spośród środowiska cywilnych lekarzy, dentystów, farmaceutów oraz pozostałego personelu medycznego. Ich mobilizacja z natury rzeczy uszczuplała kadry cywilnych podmiotów leczniczych. Na wypadek wojny zamierzano wykorzystać potencjał różnych organizacji, przede wszystkim Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK) oraz – w pewnym zakresie – cywilnych szpitali. Co więcej, plany

zakładały, że na obszarze wojennym będą wykorzystywane cywilne zasoby materiałowe zgromadzone w aptekach. Wspólnym mianownikiem były częściowo również źródła zaopatrzenia w środki farmaceutyczne i opatrunkowe. Jeśli pojawiały się w tym zakresie deficyty, dotyczyły one obu obszarów – cywilnego i wojskowego. Działania wojenne nieuchronnie generowały straty w ludności cywilnej. Na jej przyjęcie musiały być gotowe – przynajmniej w teorii – szpitale cywilne. Omawiając przygotowania polskiej służby zdrowia do wojny oraz jej udział w kampanii 1939 r. trudno zatem w jednoznaczny sposób rozgraniczyć cywilną i wojskową służbę zdrowia.

Omówienie dotychczasowej literatury przedmiotu wykracza poza ramy niniejszego artykułu. Należy wymienić jednak najważniejsze publikacje wydane po 1989 r.: Czesława Marmury „Medyczna myśl wojskowa II Rzeczypospolitej” [2], Andrzeja Felchnera „Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)” [3], oraz Waldemara Rezmera „Operacyjna służba sztabów Wojska Polskiego w 1939 roku. Organizacja. Zasady funkcjonowania. Przygotowania do wojny” [4]. Choć prace te miały istotny wkład w naszą wiedzę na temat funkcjonowania polskiej służby zdrowia w okresie międzywojennym, w żadnej z nich nie dokonano szerszego omówienia działań służby zdrowia we wrześniu 1939 r.

Podstawowy zasób dokumentów archiwalnych, które posłużyły do opracowania niniejszego trzyczęściowego artykułu znajduje się w dwóch instytucjach: Centralnym Archiwum Wojskowym (CAW) w warszawskim Rembertowie oraz w Archiwum Instytutu Polskiego i Muzeum im. gen. Władysława Sikorskiego w Londynie (IPMS). Na szczególną uwagę zasługują relacje z kampanii 1939 r. zgromadzone w IPMS. Należy mieć na względzie, że zostały one sporządzone na uchodźstwie, we Francji lub Wielkiej Brytanii. Część z nich została złożona przed komisją powołaną w celu wyjaśnienia przyczyn klęski w 1939 r. Treść relacji mogła być zatem modyfikowana w taki sposób, aby przedstawić bieg wydarzeń i rolę ich autorów w konkretnym świetle. Trzeba więc podejść do nich z pewną dozą krytycyzmu i rezerwy. Istotnym źródłem historycznym, szczególnie dla opisu potencjału polskiej służby zdrowia, był „Mały Rocznik Statystyczny 1939” [5]. Podczas prac nad syntezą uwzględniono również dotychczasowe ustalenia innych historyków.

Potencjał kadrowy

Polska okresu międzywojennego cierpiała na niedostatek kadr medycznych. Ogółem w 1938 r. Rzeczpospolita posiadała 12 917 lekarzy. W przeliczeniu na liczbę ludności dawało to żałosny współczynnik 3,7 lekarza na 10 tys. mieszkańców. Tym samym w porównaniu z większością krajów europejskich plasowała się ona na szarym końcu. Spośród 18 krajów uwzględnionych w „Małym Roczniku Statystycznym 1939” Polska zajęła przedostatnie miejsce, wyprzedzając jedynie Litwę i Finlandię (tab. 1) [5]. Niekorzystnym czynnikiem była również skrajnie nierównomierna dystrybucja kadr. Ponad połowa lekarzy (53%) skupiona była w dużych miastach, liczących powyżej 100 tys. mieszkańców. Spośród województw najlepszą sytuacją pod tym względem panowała w krakowskim, najgorsza – w wołyńskim (tab. 2).

Tabela 1. Liczba lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wybranych krajach europejskich. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny [5]

Kraj	Rok	Liczba lekarzy / 10 tys. mieszkańców
Węgry	1936	11,2
Szwajcaria	1937	10,8
Włochy	1935	8,3
Łotwa	1936	7,9
Dania	1936	7,9
Norwegia	1936	7,7
Belgia	1934	7,4
Czechosłowacja	1936	7,4
Niemcy	1937	7,3
Holandia	1936	7,0
Francja	1937	6,5
ZSRR	1934	5,0
Bułgaria	1936	4,4
Szwecja	1936	4,3
Polska	1938	3,7
Jugosławia	1936	3,7
Litwa	1937	3,4
Finlandia	1937	3,4

Deficyt dotyczył także dentystów, których w 1938 r. było w kraju zaledwie 3686 (1,1 na 10 tys. mieszkańców) [5]. Dopełnieniem tego obrazu była dramatycznie mała liczba zawodowych pielęgniarek, których według oficjalnych statystyk w skali całej Polski pracowało 6674 (1,9 na 10 tys. mieszkańców) [5]. Pewnym uzupełnieniem kadr medycznych było 1403 felczerów [5]. Problem z tą grupą zawodową polegał na mocno zawężonych kompetencjach oraz zróżnicowanym poziomie merytorycznym.

Tabela 2. Liczba lekarzy w poszczególnych województwach w Polsce – stan na 1938 r. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny [5]

Województwo	Liczba	Na 10 tys. mieszkańców
Białostockie	427	2,3
Kieleckie	634	2,0
Krakowskie	1333	5,3
Lubelskie	479	2,0
Lwowskie	1653	4,9
Łódzkie	850	4,1
Nowogródzkie	205	1,8
Poleskie	219	1,7
Pomorskie	651	3,1
Poznańskie	886	3,5
Stanisławowskie	414	2,6
Śląskie	555	4,0
Tarnopolskie	337	2,0
Warszawa (miasto)	2816	22,1
Warszawskie	474	2,0
Wileńskie	619	4,6
Wołyńskie	365	1,6
Razem	12917	3,7

Z uwagi na to, że w dwudziestoleciu międzywojennym nie kształcono nowych felczerów, średnia wieku w tej grupie musiała być wysoka. Nieco lepiej sytuacja przedstawiała się w przypadku farmaceutów z wyższym wykształceniem, których w 1938 r. było 3787. Byli oni wspierani przez grupę 1638 pomocników aptecznych [5].

Problemem w oczach szefostwa wojskowej służby zdrowia był fakt, że w ogólnej liczbie lekarzy praktykujących na terenie II RP lwia część (szacowano, że ok. 40%) należała do mniejszości narodowych. Argumentowano, że w środowisku lekarskim (...) *żywiol polski stale się zmniejsza. Zjawisko to należy uznać za groźne, gdyż zdrowie narodu, najdroższy skarb, jaki posiadamy, zostaje w ten sposób stale przekazywany w ręce niepolskie* [6]. Można przypuszczać, że obawiano się również o to, jak personel służby zdrowia narodowości innej niż polska zachowa się w przypadku wybuchu konfliktu zbrojnego.

W sierpniu 1939 r. wojskowa służba zdrowia dysponowała 1215 oficerami w służbie czynnej, wśród których było 84 oficerów rezerwy. Na tę liczbę składało się 917 lekarzy, 116 farmaceutów, 59 dentystów i 123 innych oficerów, głównie sanitarnych, pełniących role administracyjne oraz instruktorskie [3]. Za sprawą rezerw potencjał kadrowy wojskowej służby zdrowia był jednak znacznie większy. Należy zauważyć, że mobilizacja rezerw powodowała jednocześnie uszczuplenie kadr cywilnych struktur służby zdrowia. Przykładem może być województwo pomorskie, w którym mobilizacji miało podlegać ponad 60% lekarzy [7].

Ze względu na długotrwałość kształcenia nie istniała możliwość interwencyjnego i szybkiego zwiększenia liczebności kadr medycznych w okresie poprzedzającym wojnę. Edukacja samych tylko lekarzy trwała przynajmniej siedem lat, z czego sześć przypadało na studia akademickie, a kolejny rok – na staż podyplomowy. Podkreślić należy, że adept medycyny zdobywał w tym czasie jedynie podstawowe kompetencje zawodowe. Wykształcenie specjalisty posiadającego odpowiednie doświadczenie kliniczne, szczególnie w specjalnościach zabiegowych, tak potrzebnych w trakcie wojny, zajmowało kilka kolejnych lat.

Trudno jednak pominąć fakt, że w okresie międzywojennym Polska podjęła wielki wysiłek, by zwiększyć liczbę medyków. Wydziały lekarskie funkcjonowały na uniwersytetach w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Wilnie. Wykładano na nich również stomatologię. Wyjątkiem była stolica, w której działała niezależna od uniwersytetu Akademia Stomatologiczna. W latach 1923–1938 liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę ludności zwiększyła się o ponad 50%. W przypadku dentystów wzrost ten był jeszcze większy i wynosił 175%. Wyjściowe deficyty kadrowe i potrzeby były jednak tak duże, że w ciągu dwadziestu lat funkcjonowania odrodzonej Polski nie udało się nawet zbliżyć do poziomu państw lepiej rozwiniętych.

Kształceniem kadr medycznych na użytek Wojska Polskiego zajmowało się Centrum Wyszkolania Sanitarne-go (CWSan.) w Warszawie (ryc. 1). Nauczanie odbywało się dwutorowo. Przyszli lekarze-oficerowie zawodowi realizowali program studiów medycznych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, a CWSan. od-



Rycina 1. Kuźnią oficerów zawodowych służby zdrowia (lekarzy, dentystów, farmaceutów) do 1939 r. było Centrum Wyszko-
lenia Sanitarnego, które mieściło się na warszawskim Ujazdowie. W czasach pokoju oficerowie zawodowi zabezpieczali większość
bieżących potrzeb wojska. Wojenne rozwinięcie struktury służby zdrowia wymagało mobilizacji setek profesjonalistów medycz-
nych, którzy na co dzień pracowali w cywilnej służbie zdrowia. Przy olbrzymim deficycie kadr medycznych, z którym borykała się
II Rzeczpospolita, mobilizacja rezerw uszczuplała i tak bardzo ograniczone zasoby wielu szpitali, aptek oraz przychodni lekarskich.
Na fotografii: uroczysta przysięga w Centrum Wyszko-
lenia Sanitarnego. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

powiadało za wykształcenie ogólnowojskowe oraz wojsko-
wo-lekarskie. Podobnie było w przypadku podchorążych
kształconych na kierunku farmacja, którzy mieli status
studentów Wydziału Farmacji Uniwersytetu Warszaw-
skiego. Z kolei przyszli dentyści wojskowi kształcili się
w Akademii Stomatologicznej.

Ogółem w latach 1922–1939 w CWSan. i w jego poprzed-
niczkach kształcono 601 podchorążych zawodowych,
z czego mury centrum opuściło 474 oficerów służby
zdrowia [3, 8]. Oprócz przygotowania kadr zawodowych
CWSan. szkoliło również podchorążych rezerwy, a także
zawodowych podoficerów sanitarnych. Liczba przeszkol-
onych rezerwistów jest trudna do ustalenia.

Absolwenci cywilnych kierunków medycznych (lekar-
skiego, stomatologicznego, farmaceutycznego) podlegali
12-miesięcznej obowiązkowej służbie wojskowej. Skła-
dało się na nią sześć miesięcy szkolenia w CWSan. oraz
kolejnych sześć – w ramach praktyki w formacji liniowej
lub odpowiednim zakładzie sanitarnym. W przypadku
lekarzy celem służby było przygotowanie rezerw goto-
wych do obsadzenia stanowisk młodszych lekarzy puł-
ków, lekarzy samodzielnych batalionów (dywizjonów),
dowódców kompanii sanitarnych dywizji piechoty lub
plutonów sanitarnych brygad kawalerii, bądź ordyna-
torów szpitali wojennych. Z kolei rezerwiści aptekarze
przewidziani byli do pracy w aptekach wojskowych, pra-
cowniach bakteriologiczno-chemicznych (laboratoriach)
oraz zakładach zaopatrzenia sanitarnego. Dentyści mieli

natomiast obsadzać stanowiska w polowych pracow-
niach dentystycznych.

Pułkownik dr Wincenty Babecki, który w 1939 r. pełnił
funkcję zastępcy dyrektora Departament Służby Zdrowia
Ministerstwa Opieki Społecznej, wskazywał na problem
nieodpowiednich kompetencji klinicznych lekarzy wojs-
kowych. Według jego oceny kształcenie podyplomowe
lekarzy wojskowych obejmowało głównie zagadnienia
tatyki sanitarnej, organizacji wojska, służby itd. Niewie-
le zaś miejsca poświęcano specjalistycznemu kształceniu
medycznemu. Miał być to efekt doktryny wprowadzonej
przez gen. dr. Felicjana Sławoja Składkowskiego, według
której *wojskowy lekarz powinien być przede wszystkim do-
brym oficerem, a potem „łapiduchem”*. (...) Co więcej, mło-
dzi lekarze wojskowi po zakończeniu edukacji i szkolenia
w CWSan. byli wysyłani do jednostek liniowych i tylko
*bardzo nieliczni uzyskiwali możliwość krótkiej specjalizacji
w szpitalach, zresztą najczęściej niedających dostatecznych
warunków dla ich doskonalenia* [9]. Dla kontrastu, nie-
rzadko zdarzało się, że mobilizowani lekarze rezerwiści
posiadali duże doświadczenie kliniczne wyniesione z pra-
cy w szpitalach, niejednokrotnie również specjalizacje,
a także tytuły naukowe. Ich stopnie wojskowe były przy
tym niewspółmiernie niskie w stosunku do kompetencji
zawodowych – część z nich posiadała stopnie podoficer-
skie, np. kaprała czy sierżanta „z cenzusem”.

Omawiając kwestie potencjału kadrowego szeroko poję-
tej służby zdrowia, nie sposób pominąć zasobów Polskie-

go Czerwonego Krzyża. W myśl rozporządzenia prezydenta RP głównym celem organizacji było *współdziałanie z instytucjami sanitarno-wojskowymi w czasie wojny i przygotowanie się do tego współdziałania w czasie pokoju* [10]. Zgodnie ze statutem, do zadań PCK w czasie wojny należało udzielanie pomocy i opieki żołnierzom poszkodowanym w wyniku działań wojennych (należącym zarówno do armii sojuszniczych, jak i wrogich), wsparcie jeńców wojennych, prowadzenie ewidencji strat oraz pomoc ludności cywilnej dotkniętej działaniami zbrojnymi. Potencjał organizacji mógł być wykorzystany również w warunkach pokojowych, m.in. podczas klęsk żywiołowych i epidemii [11]. Jej zasięg i możliwości były spore. Liczba dorosłych, którzy w 1939 r. byli zrzeszeni w 17 okręgach, przekraczała 300 tys. Do tego dochodziło blisko 450 tys. młodzieży [12, 13]. PCK prowadził szkolenia wśród ludności cywilnej oraz w instytucjach państwowych, przygotowywał punkty sanitarne i magazyny materiałów medycznych, organizował drużyny ratowniczo-sanitarne. Z perspektywy wojskowej służby zdrowia jednym z najważniejszych aspektów działalności PCK było przygotowywanie kadr pielęgniarskich, które w czasie kryzysu miały zasilić szpitale wojskowe. Organizacja prowadziła dwie szkoły pielęgniarskie – w Warszawie i Poznaniu. W 1939 r. Korpus Sióstr Służby Zdrowia PCK liczył ponad 700 pielęgniarek, z czego przeszło połowa była absolwentkami powyższych szkół [13].

Zaplecze szpitalne

Równie niekorzystnie pprezentowało się zaplecze szpitalne. W 1938 r. w Polsce funkcjonowało 677 szpitali posiadających łącznie 74 999 łóżek. W przeliczeniu na liczbę ludności dawało to współczynnik 21,7 łóżka na 10 tys. mieszkańców. Również pod tym względem Polska lokowała się na końcu europejskiej stawki (tab. 3). Wyraźne były przy tym znaczne dysproporcje pomiędzy

Tabela 3. Liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wybranych krajach. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny [5]

Kraj	Rok	Liczba łóżek / 10 tys. mieszkańców
Niemcy	1936	98,2
Kanada	1936	93,7
Australia	1935	84,2
Norwegia	1936	84,0
Austria	1936	77,3
Szwecja	1936	76,1
Dania	1936	65,8
Łotwa	1937	65,2
Finlandia	1937	63,7
Czechosłowacja	1936	54,0
Węgry	1936	53,2
Francja	1933	30,2
ZSRR	1934	28,0
Polska	1938	21,7
Bułgaria	1936	19,8
Grecja	1935	19,4
Jugosławia	1936	18,1
Litwa	1937	16,3

poszczególnymi regionami kraju (tab. 4). W zachodnich województwach, tj. pomorskim, poznańskim, łódzkim, kieleckim, śląskim i krakowskim, narażonych w pierwszej kolejności na zajęcie przez Niemców, skomasowane było 46,7% wszystkich szpitali i aż 56,3% łóżek. Jeżeli doliczymy do tego północne województwa bezpośrednio wystawione na atak z Prus Wschodnich (warszawskie, białostockie), daje to odpowiednio 60,3% i 67,2%. Na terenie województw wschodnich (wileńskiego, nowogródzkiego,

Tabela 4. Szpitale cywilne w Polsce z uwzględnieniem poszczególnych województw. Stan na 1938 rok. Źródło: Mały Rocznik Statystyczny [5]

Województwo	Liczba szpitali (% ogółu)	Liczba łóżek	
		Ogółem (% ogółu)	Na 10 tys. mieszkańców
Białostockie	34 (5,0%)	2333 (3,1%)	12,9
Kieleckie	42 (6,2%)	3224 (4,3%)	10,1
Krakowskie	48 (7,1%)	8167 (10,9%)	32,7
Lubelskie	39 (5,8%)	2812 (3,7%)	10,5
Lwowskie	31 (4,6%)	6243 (8,3%)	18,6
Łódzkie	51 (7,5%)	5584 (7,4%)	19,8
Nowogródzkie	18 (2,7%)	625 (0,8%)	5,4
Poleskie	16 (2,4%)	852 (1,1%)	6,8
Pomorskie	35 (5,2%)	5541 (7,4%)	47,0
Poznańskie	85 (12,6%)	9540 (12,7%)	42,1
Stanisławowskie	20 (3,0%)	1359 (1,8%)	8,6
Śląskie	55 (8,1%)	10174 (13,6%)	72,9
Tarnopolskie	14 (2,1%)	1035 (1,4%)	6,1
Warszawa (miasto)	63 (9,3%)	8045 (10,7%)	63,5
Warszawskie	58 (8,6%)	5867 (7,8%)	21,4
Wileńskie	37 (5,5%)	2506 (3,3%)	18,6
Wołyńskie	31 (4,6%)	1092 (1,5%)	4,8
Razem	677 (100%)	74999 (100%)	21,7

poleskiego, wołyńskiego, tarnopolskiego, stanisławowskiego), które w przypadku konfliktu z III Rzeszą mogłyby stanowić zaplecze szpitalne na dalekich tyłach, działało 136 stałych szpitali, dysponujących jedynie 9,9% wszystkich łóżek [5].

Problemem pozostawała nie tylko liczba szpitali i znajdujących się w nich łóżek. Duża część lecznic cywilnych, szczególnie na prowincji, była fatalnie wyposażona i miała nieliczną kadrę. Szpitale, w których zatrudniony był jeden lub dwóch lekarzy, nie należały do rzadkości. Część z nich pozbawiona była laboratoriów analitycznych i aparatów rentgenowskich. Brak możliwości wykonania zdjęć RTG utrudniał, a w niektórych przypadkach całkowicie uniemożliwiał przeprowadzenie zabiegów usunięcia ciał obcych, takich jak pociski i odłamki. Za przykład może posłużyć województwo łódzkie, w którym dokonany w okresie poprzedzającym wojnę przegląd szpitali cywilnych wykazał, że stan szpitalnictwa w powiatach był niedostateczny (tab. 5). W niektórych przypadkach, chociażby szpitala w Końskich, wprost wskazywano, iż jest

on „prymitywnie urządzony”. Dużym mankamentem budynku szpitalnego było ogrzewanie piecami kaflowymi. Nie był to zresztą jedyny szpital w województwie, który nie posiadał centralnego ogrzewania [14, 15].

Według raportu szefa Wydziału Techniczno-Lekarskiego Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych płk. dr. Jana Mintowta-Czyża, współpraca w okresie poprzedzającym wojnę pomiędzy Ministerstwem Opieki Społecznej, któremu podlegały szpitale cywilne, a Ministerstwem Spraw Wojskowych, pozostawiała wiele do życzenia. Według jego oceny tylko niewielka część szpitali cywilnych mogła stanowić zaplecze do rozwinięcia szpitali wojennych, a cywilna służba zdrowia nie była przygotowana do wojny [16]. Ocenę tę podzielał zastępca dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej płk dr Wincenty Babecki. W sprawozdaniu sporządzonym już po ewakuacji na teren Francji jasno wskazywał, że cywilna służba zdrowia nie była przygotowana do wojny. Jak zauważył, w okresie poprzedzającym wojnę przedstawiciele wojska budowali

Tabela 5. Szpitale cywilne w wybranych powiatach województwa łódzkiego. Opracowanie własne na podstawie: CAW [14, 15]

Powiat	Liczba szpitali w powiecie	Szpital	Łóżka (std. – maks.)	Personel					Wyposażenie			Ocena szpitalnictwa w powiecie*
				Lekarze	Pielęgniarki	Felczyrzy	Akuszarki	Siostry zakon.	RTG	Laboratorium	Diatermia	
Łaski	3	Łask – Szpital Powiatowy	50–75	1	4				Tak	Tak	Tak	Na ogół niedostateczny
		Pabianice – Szpital Miejski	94–120	2	5	1	1		Nie	Nie	Nie	
		Pabianice – Szpital Ubezpie. Społ.	92–120	2	6	1	3		Tak	Tak	Tak	
Wieluński	1	Wieluń – Szpital Wszystkich Świętych	90–120	2					Tak	Tak	Nie	Bardzo niedostateczny
Skierniewicki	1	Skierniewice – Szpital Powiatowy św. Stanisława	80–85	3					Tak	Tak	Nie	Niedostateczny
Sieradzki	3	Sieradz – Szpital Powiatowy św. Józefa	75–100	3	0		1	5	Tak	Tak	Tak	Niedostateczny
		Zduńska Wola – Szpital Miejski	25–40	1	3				Nie	Nie	Tak	
		Warta – Szpital Psychiatryczny	450–500	4	8				Nie	Nie	Nie	
Łowicki	1	Łowicz – Szpital Św.	80	2					Tak	Nie	Tak	Niedostateczny
Kutnowski	1	Kutno – Szpital Powiatowy Św. Walentego	107–120	4					Nie	Nie	Nie	Niedostateczny
Konecki	1	Końskie – Szpital Powiatowy Związku Komunalnego	50–80	2					Tak	Tak	Nie	
Piotrkowski	3	Piotrków Trybunalski – Szpital Św. Trójcy	120–150	3					Tak	Tak	Nie	Niedostateczny
		Piotrków Trybunalski – Szpital Ubezpieczalni Społecznej	80–150	2					No	Yes	No	
		Piotrków Trybunalski – Szpital Żydowski imienia Salomei i Markusa małżonków Braun	60–80	2					Yes	Yes	No	
Brzeziński	2	Tomaszów Mazowiecki – Szpital Miejski	125–150	2					Yes	Yes	Nie	Niedostateczny
		Brzeziny – Szpital Komunalny	50–55	2					No	No	Nie	

* Ocena oryginalna sporządzona przez autorów dokumentów

Tabela 6. Stałe szpitale wojskowe w 1939 r. Opracowano na podstawie: CAW [23], IPMS [16, 22]

Szpital	Miasto	Łóżka	Uwagi
Szpital Szkolny Centrum Wyszczolenia Sanitarnego (Szpital Ujazdowski)	Warszawa	800	
Instytut Chirurgii Urazowej	Warszawa	120	
1. Szpital Okręgowy	Warszawa	900	Nowy gmach w trakcie budowy
2. Szpital Okręgowy	Chełm	300	
Filia 2. Szpitala Okręgowego	Lublin	100	
3. Szpital Okręgowy	Grodno	400	W trakcie remontu
4. Szpital Okręgowy	Łódź	500	Nowy budynek
5. Szpital Okręgowy	Kraków	700	W trakcie remontu i rozbudowy
6. Szpital Okręgowy	Lwów	700	W trakcie remontu i rozbudowy
7. Szpital Okręgowy	Poznań	500	Wyremontowany i rozbudowany
8. Szpital Okręgowy	Toruń	400	Remont i rozbudowa w fazie projektowej
Filia 8. Szpitala Okręgowego	Grudziądz	200	
9. Szpital Okręgowy	Brześć nad Bugiem	500	Wyremontowany i rozbudowany
10. Szpital Okręgowy	Przemyśl	500	
Szpital Wojskowy Obszaru Warownego	Wilno	500	Wyremontowany i rozbudowany
Szpital Garnizonowy	Równe	150	Wyremontowany i rozbudowany
Szpital Garnizonowy	Radom	100	Nowy budynek, przeznaczony na ośrodek chirurgiczny na czas wojny

mylną wizję, że wojsko nie będzie korzystać ze szpitali cywilnych, wyjąwszy tylko nieliczne wypadki walk na terenie oślowym i że samo przewiduje organizację własnych szpitali wojennych. To stanowisko było mocno niewygodne dla Ministerstwa Opieki Społecznej, bo wytrącało mu ważny atut w nacisku na samorządy i ubezpieczalnie społeczne w zakresie rozbudowy szpitali. Stanowisko takie było (...) potwierdzone jeszcze przed samą wojną przez płk. Laskiego, kierownika Mob. Dep. Służby Zdrowia M.S.Wojsk [9]. Jeśli słowa Babeckiego polegają na prawdzie, to postawę kierownictwa wojskowej służby zdrowia można rozpatrywać w kategoriach krótkowzroczności, a nawet ignorancji. Inną sprawą jest, że szpitale cywilne dostały dyspozycje do opracowania planów znacznego zwiększenia liczby łóżek na wypadek wojny (o 40–100%). Brak przydzielonych funduszy na ten cel oraz wyjściowo trudne warunki materiałowo-sprzętowe i kadrowe sprawiały, że szanse na ich realizację były jednak niewielkie [17].

Lepiej prezentował się stan szpitalnictwa wojskowego (tab. 6). W 1939 r. siły zbrojne dysponowały łącznie dziesięcioma szpitalami okręgowymi. Były to duże, na ogół kilkusetłóżkowe, wielospecjalistyczne ośrodki, dysponujące oddziałami chirurgicznymi, własnymi aptekami, laboratoriami oraz pracownikami RTG. Największy z nich – 1. Szpital Okręgowy w Warszawie – posiadał 900 łóżek. Większość ze szpitali okręgowych była po remoncie i rozbudowie albo ich remont właśnie trwał. Najnowocześniejszym, bo nowo wybudowanym i oddanym do użytku w 1937 r., był 4. Szpital Okręgowy w Łodzi. Imponujący potencjał, przykładając polską miarę, miał również Szpital Szkolny CWSan. Sprawował on nie tylko funkcje kliniczne (dydaktyczne), był również wiodącym ośrodkiem naukowym wojskowej służby zdrowia. Stolica dysponowała także mniejszą, ale unikatową w skali kraju jednostką kliniczną – Instytutem Chirurgii Urazowej. Mniejsze szpitale wojskowe funkcjonowały w Wilnie, Radomiu i Równem. Poza szpitalami stałymi wojsko dysponowało

pięcioma szpitalami sezonowymi, kilkunastoma garnizonowymi izbami chorych z kilkudziesięcioma łóżkami każda, szeregiem mniejszych izb chorych oraz sanatoriów. Szacunkowo można przyjąć, że w przededniu wojny wojskowa służba zdrowia dysponowała około 9 tys. łóżek w szpitalach oraz ośrodkach sanatoryjnych. W szacunkach tych nie uwzględniono szpitali polowych, które miały się rozwinąć w ramach mobilizacji.

Potencjał materiałowo-sprzętowy

W 1939 r. w Polsce funkcjonowało 487 zakładów produkujących leki oraz środki stosowane w leczeniu [18]. Wytwarzano w nich m.in. niezwykle istotne z perspektywy pomocy rannym środki przeciwbólowe, w tym morfinę, eter do narkozy, heksobarbital, czyli dożylny środek znieczulenia ogólnego, oraz leki pobudzające układ krążenia, takie jak niketamid i nikotyna (tab. 7).

Rodzima produkcja farmaceutyczna szacunkowo pokrywała krajowe zapotrzebowanie na leki w 75% [18, 19]. Statystykę tę należy jednak obwarować pewnymi zastrzeżeniami. Po pierwsze, dostęp do opieki zdrowotnej w przedwojennej Polsce nie był powszechny, dlatego bieżący popyt na farmaceutyki nie był duży. Po drugie, statystyka ta odnosi się do warunków pokojowych, a nie pełnoskalowego konfliktu zbrojnego, podczas którego zapotrzebowanie na leki gwałtownie rośnie. Po trzecie, produkcja farmaceutyczna w Polsce w dużym odsetku uzależniona była od importu substratów i gotowych półproduktów. Trzeba przy tym odnotować, że krajem, z którego głównie sprowadzano przetwory chemiczne i farmaceutyczne, były Niemcy [5]. Po czwarte, niekorzystnie przedstawiała się lokalizacja zakładów farmaceutycznych. W województwach łódzkim i warszawskim skomasowano przeszło 53% wszystkich przedsiębiorstw. W dzielnicach zachodnich – na Śląsku, w Wielkopolsce i na Pomorzu – funkcjonowało ich około 21%. Kolejne

Tabela 7. Wybrane leki istotne dla pomocy rannym w działaniach wojennych produkowane w Polsce przed wybuchem II wojny światowej. Opracowanie własne na podstawie: Kikta [18], *Wytwórczość chemiczna w Polsce* [33], Łowicki i Breitman [34]

Środek	Nazwa handlowa	Przeznaczenie	Producent
Eter dietylowy		Wziewny środek anestetyczny	Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna „Elit”, Warszawa
			Zakłady Chemiczne „Synthesa” Sp. z o.o., Warszawa
			Spółka Akcyjna dla Przemysłu Chemicznego w Łańcucie
Heksobarbital	Sennarcol	Dożylny środek anestetyczny	Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn S.A., Warszawa
Morfina		Opioidowy lek przeciwbólowy	Warszawskie Towarzystwo „Motor” S.A.
			Polska Spółka Wytwarzania Chemicznych „Roche” S.A., Warszawa
Pantopon	Pantopon Roche	Mieszanina alkaloidów opium o działaniu przeciwbólowym i rozkurczowym	Polska Spółka Wytwarzania Chemicznych „Roche” S.A., Warszawa
Prokaina	Polocaina	Lek miejscowego znieczulenia	Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn S.A., Warszawa
Niketamid	Corpyrin	Środek pobudzający układ krążenia	Chemiczno-Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe F. Karpiński S.A., Warszawa
	Stiminol		Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn S.A., Warszawa
Kofeina		Środek pobudzający układ nerwowy i układ krążenia	Mokotowska Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna A. Gąsecki i Synowie S.A., Warszawa
			Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna „Geo” S.A., Warszawa
			Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego Magister Klawe S.A., Warszawa
			Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna AP Kowalski S.A., Warszawa
			Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna B. Krogulecki, Warszawa
			Fabryka Chemiczna „Pharmedia” Sp. z o.o., Warszawa
Kwas acetylosalicylowy	Motopirin	Lek przeciwbólowy i przeciwzapalny	Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn S.A., Warszawa
Sulfamidy	Septazin	Chemioterapeutyki bakteriostatyczne	Warszawskie Towarzystwo „Motor” S.A.
	Antistreptin		Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn S.A., Warszawa
			Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna „Geo” S.A., Warszawa

20% zakładów było zlokalizowanych w województwach południowych: krakowskim i lwowskim. W województwach wschodnich działało niespełna 6% przedsiębiorstw produkujących leki [18]. W przypadku zajęcia uprzemysłowionych zachodnich obszarów kraju, załamaniu musiała ulec zatem produkcja środków leczniczych. Po piąte, wreszcie, nawet 30% kapitału zakładów farmaceutycznych pochodziło z zagranicy [19].

Dużym osiągnięciem było uniezależnienie się Polski od importu surowców i szczepionek. Produkowano je łącznie w kilkunastu zakładach. Do największych z nich należał Zakład Produkcji Szczepionek i Surowców Towarzystwa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego Magister Klawe S.A. oraz Dział Produkcji Surowców i Szczepionek Państwowego Zakładu Higieny. Przed wojną wydajna produkcja krajowa pozwalała nawet na częściowy eksport nadwyżki za granicę [20]. Ale i tu konieczny jest pewien komentarz. Statystyka ta odnosi się bowiem do warunków pokojowych. Problem ujawnił się, gdy

w okresie poprzedzającym wojnę wojsko poprosiło o zwiększenie produkcji. Nastąpiło to dopiero po konferencji analityczno-uzgodnieniowej zorganizowanej w sierpniu 1939 r. przez Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych z udziałem pracowników Państwowego Zakładu Higieny oraz przedstawicieli zakładów Magister Klawe S.A. Okazało się wówczas, że zgromadzone zapasy surowicy przeciwżółciowej i przeciwgorzeliowej są na tyle małe, że najpewniej nie wystarczą do pokrycia zapotrzebowania nie tylko społeczeństwa, lecz nawet sił zbrojnych. Zapadała wówczas decyzja o możliwie maksymalnym zwiększeniu produkcji. Szkopuł w tym, że proces przygotowania surowców trwał około sześciu miesięcy [20].

W Polsce produkowano także środki dezynfekcyjne. W 1938 r. 15 zakładów dostarczyło ich przeszło 1000 ton. Niemałe możliwości dotyczyły środków opatrunkowych, których wytwarzaniem zajmowało się kilkadziesiąt firm. Na znacznie mniejszą skalę produkowano nici chirurgicz-

ne – jedwabne oraz katgutowe. W przypadku nici bioabsorbowalnych (katgutowych) problemem była jednak niska jakość rodzimego surowca – jelit jagnięcych. Z tego względu krajowe zakłady pokrywały jedynie połowę przedwojennego zapotrzebowania na ten asortyment – resztę importowano z zagranicy [18, 19]. W kraju wytwarzano wysokiej jakości instrumentarium chirurgiczne (produkowano je w trzech zakładach: A. Mann, J. Jodłowski, Olszewski), a także aparaty rentgenowskie i oprzyrządowanie do nich (m.in. firma Rurix, zakłady Braci Borowskich, Feliksa Walknowskiego czy Jana Babickiego).

Istotnym zagadnieniem w kontekście leczenia ofiar potencjalnego konfliktu zbrojnego było zorganizowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Wśród polskich ekspertów nie istniał jednak konsensus co do tego, która z metod transfuzji – bezpośrednia czy pośrednia, tj. krwi konserwowanej w butelkach – ma większy potencjał zastosowania w czasie wojny. Między innymi wokół tego zagadnienia okresowo skupiała się burzliwa dyskusja lekarzy wojskowych. Nie wchodząc w szczegóły zagadnienia, należy zauważyć, że stworzenie systemu przetaczania krwi było olbrzymim wyzwaniem. Oparcie go na metodzie bezpośredniej, polegającej na przetaczaniu krwi pacjentowi bezpośrednio od dawcy, wymagało posiadania puli potencjalnych dawców blisko ośrodków transfuzyjnych i szpitali. W warunkach wojennych z oczywistych względów było to trudne do spełnienia. Z kolei metoda wykorzystująca krew konserwowaną wymagała stworzenia sieci punktów krwiodawstwa, laboratoriów, zgromadzenia odpowiedniej ilości butelek oraz konserwantu, a także lodówek do przechowywania krwi. System oparty na krwi konserwowanej zależny był także od możliwości jej transportu w odpowiednich warunkach, co w polskich realiach stanowiło olbrzymie ograniczenie. Przed wybuchem II wojny światowej ośrodki zajmujące się krwiolecznictwem znajdowały się wyłącznie w większych miastach, głównie przy szpitalach, m.in. w Warszawie, Lwowie, Krakowie, Poznaniu, Gdyni. Na uwagę zasługuje fakt, że od 1936 r. przy Szpitalu Głównym PCK w Warszawie funkcjonował Instytut Przetaczania i Konserwacji Krwi. Drugi z ośrodków krwiodawstwa należący do PCK działał przy Stacji Wypadkowej w Łodzi [21]. W kontekście skali konfliktu, który wybuchł 1 września 1939 r., potencjał wymienionych wyżej ośrodków był jednak przysłówiową „kroplą w morzu potrzeb”.

Choć możliwości Polski w zakresie produkcji farmaceutycznej oraz innych środków medycznych nie wydawały się małe, na realny potencjał materiałowy kraju w tym zakresie rzutowała ogólna mizéria finansowa państwa. W miesiącach bezpośrednio poprzedzających wybuch wojny szpitale cywilne miały nie tylko zwiększyć liczbę miejsc dla pacjentów, ale również przygotować kilkumiesięczny zapas materiałów sanitarnych i leków. Problem w tym, że nie otrzymały na ten cel środków finansowych, przez co zadania tego albo nie były w stanie zrealizować, albo ilość zgromadzonych zapasów była daleko niewystarczająca [17]. Podobny problem dotyczył wojskowej służby zdrowia. Pisał o tym płk dr Jan Mintowt-Czyż w sprawozdaniu sporządzonym już na Zachodzie: *Wobec tego, że M.S.Wojsk. nie przydzieliło odpowiednich kredytów na zakup mat. san. mob. [materiału sanitarnego mobilizacyjnego – aut.] /kredyty te udało się dopiero uzyskać w kilku ostatnich latach/, kredyty te trzeba było stworzyć samym.*

*W tym celu użyto częściowo kredytów wegetacyjnych, wprowadzając oszczędności w wydatkach codziennych... [22]. Redukcja bieżących wydatków nie była jedynym sposobem pozyskania środków na materiał sanitarny. Drugim była działalność komercyjna szpitali wojskowych, które oferowały odpłatne usługi medyczne osobom cywilnym. Jak podawał płk Mintowt-Czyż, *opłaty za leczenie tych osób szły na t.zw. wznowienie kredytów Dep. Zdrowia i były kierowane prawie że wyłącznie na zakup sprzętu san. mob. W ostatnich latach wznowienia kredytów dawały około miliona złotych rocznie [22].* Zabiegiem, który pozwalał częściowo odciążyć budżet państwa przy zakupie materiałów sanitarnych, była decyzja o obowiązku posiadania zapasu konkretnych materiałów przez apteki prywatne oraz należące do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jednak i w tym wypadku apteki prywatne, nie posiadając dodatkowych środków finansowych zabezpieczonych na ten cel, miały duży problem z jego realizacją [17].*

Zapasy materiałów sanitarnych Wojska Polskiego ulokowano przede wszystkim w dwóch centralnych magazynach: w Głównej Składnicy Sanitarnej nr 1 w Warszawie (Powązkach) oraz Głównej Składnicy Sanitarnej nr 2 w Przemyśle. Podlegały one bezpośrednio Kierownictwu Zaopatrzenia Sanitarnego z siedzibą w Warszawie, na czele którego w 1939 r. stał ppłk farm. Tadeusz Moszczyński. Większy potencjał oraz bardziej rozbudowaną strukturę posiadała składnica warszawska. Oprócz Działu Magazynów Materiałów i Oporządzenia Polowego oraz Działu Magazynów Materiału Bieżącego, w jej ramach funkcjonowała także przetwórcza farmaceutyczna. W magazynach przechowywano m.in. leki, surowice i szczepionki, szkło laboratoryjne, środki opatrunkowe, polowe wyposażenie sanitarne, materiał dentystyczny, a także zapasowe przyrządy dezynfekcyjne i odkażające [23]. Składnica w Przemyśle w swej istocie pełniła jedynie funkcję stacji dystrybucyjnej, ponieważ sama otrzymywała materiał sanitarny ze składnicy warszawskiej na Powązkach i była od niej całkowicie zależna.

Ilość zgromadzonych materiałów sanitarnych budziła niepokój, szczególnie w odniesieniu do wybranego asortymentu, w tym leków, surowic i sanitarnego wyposażenia polowego. Dla przykładu w składnicy w Warszawie zgromadzono jedynie 43 tys. ampułek surowicy przeciwżółciowej i 40 tys. ampułek surowicy przeciwzgorzelinowej, natomiast składnica w Przemyśle w ogóle nie posiadała zapasu surowic. Skala niedoborów w tym zakresie stała się w pełni widoczna dopiero wtedy, gdy uświadomimy sobie, że na jednego rannego potrzeba było przynajmniej jednej ampułki surowicy przeciwżółciowej oraz dwóch ampułek surowicy przeciwzgorzelinowej [20].

Kierownik centrali odbiorczej Głównej Składnicy Sanitarnej Nr 1, kpt. dr farm. Stanisław Brzeziński, po zakończeniu kampanii ocenił, że: *Wojskowa Składnica Sanitarna w Warszawie na Powązkach nie była należycie zaopatrzona w materiał sanitarny na wypadek wojny. Za mało było materiału opatrunkowego oraz surowic zapobiegawczych (...) można przypuszczać, że w okresie przedwojennym tempo zakupu materiału sanitarnego nie uległo znacznemu zwiększeniu [24].* Z kolei mjr mgr farm. Kazimierz Butler, który kierował Działem Użytku Bieżącego tej samej instytucji, relacjonował: *Zwracałem uwagę płk. Moszczyńskiemu, dlaczego nie robimy większej ilości opatrunków osobistych – od-*

*powiedz zawsze była – nie mamy pieniędzy [25]. W innym dokumencie wskazywał: Zapasy na „mob.” [mobilizację – aut.] były minimalne. Dopiero w sierpniu b.r. [1939 r. – aut.] przyszło zarządzenie, że pewna ilość mat. san. z uż. bież. [materiału sanitarnego z użytku bieżącego – aut.] została zastrzeżona, jednak ten zapas był także bardzo niewystarczający [26]. Podobnie marnie wyglądały zapasy zgromadzone w Głównej Składnicy Sanitarnej Nr 2 w Przemyśle, na co wskazywał zastępca zarządcy składnicy, kpt. farm. Tadeusz Kulig [27]. Do zbliżonych wniosków, choć nie na podstawie własnych doświadczeń, lecz zebranych relacji, doszedł mjr dr Henryk Mazanek. W opracowaniu dotyczącym działań służby zdrowia podczas kampanii 1939 r. pisał: *Pomimo tego, że przewidziano na czas wojny tylko dwie składnice sanitarne, ilość zmagazynowanych w nich materiałów była stosunkowo niewielka. (...) W dziale materiałów użytku bieżącego nie było w magazynach większych ilości mat. sanit., ponieważ składnice ukończyły właśnie rozsyłanie materiałów do oddziałów według rozdzielnika (...) biuro zakupów nie zdążyło jeszcze zakupić nowych materiałów i w ten sposób w magazynach użytku bieżącego składnic nie było nawet ilości materiałów, które winny być nagromadzone według istniejących przepisów, a które winny wystarczyć na półroczną rację zaopatrzeniową armii podczas pokoju. (...) Ilości zaś zastrzeżone na mob. były również niewielkie, ponieważ dopiero w 1939 r. Depart. Zdrowia wydał zarządzenie zastrzegające pewną ilość mat. sanit. na mob. w Głównej Składnicy Sanit. Nr. 1 w Warszawie w większych ilościach był nagromadzony tylko materiał opatrunkowy [20].**

Pewien zapas materiału sanitarnego posiadały apteki wojskowe, które funkcjonowały w strukturach wszystkich stałych szpitali wojskowych, wybranych szpitali sezonowych oraz niektórych sanatoriów. Apteki zabezpieczały jednak przede wszystkim bieżące potrzeby lecznicze oraz izb chorych i nie mogły być traktowane jako źródła zaopatrzenia jednostek w polu.

O ile zaopatrzenie i wyposażenie stałych szpitali wojskowych w czasie pokoju nie budziło zastrzeżeń, o tyle jakość i ilość sprzętu, który miał znaleźć się na wyposażeniu mobilizowanych jednostek polowych, pozostawiała wiele do życzenia. Organami mobilizującymi oddziały służby zdrowia były przede wszystkim kadry zapasowe szpitali okręgowych. Nie posiadały one jednak zgromadzonych zapasów pozwalających na ich odpowiednie wyposażenie. Pułkownik Mintowt-Czyż wskazywał: *Zaopatrzenie szpitali w sprzęt wg planu mob. [mobilizacyjnego – aut.] musiało nastąpić z zakupów, względnie rekw. [rekwizycji – aut.] i to było całkowitą fikcją – szpitale te nie posiadały tak niezbędnych przedmiotów jak autoklawów i rentgenów. Sprzęt kwaterunkowy nie istniał wcale [22].* Bardzo alarmująco brzmiało również pismo inspektora armii gen. dyw. Mieczysława Norwida-Neugebauera z 12 czerwca 1939 r., dotyczące wyposażenia sanitarnego: *W ciągu wieloletnich inspekcji i obserwacji na ćwiczeniach międzydywizyjnych stwierdziłem, że wyposażenie wojenne przeznaczone dla formacji służby zdrowia W.J. [wielkich jednostek – aut.] nie odpowiada wymaganiom ze względu na jakość i w wielu wypadkach ze względu na konstrukcję sprzętu [28].* Były jednak i przykłady pozytywne. Wybitnie wyróżniała się na przykład wysoka jakość polowych zestawów chirurgicznych rodzimej produkcji. Niektórzy lekarze wręcz zwracali uwagę, że były one zbyt rozbudowane.

Pewną rolę w zaopatrywaniu jednostek wojskowej służby zdrowia podczas działań wojennych, o czym wspomniano wcześniej, miały odgrywać apteki cywilne. Dnia 27 marca 1939 r. Ministerstwo Opieki Społecznej wydało dyspozycję nakazującą aptekom posiadanie ściśle określonych ilości wybranych leków oraz środków medycznych [29]. W kolejnych miesiącach wprowadzano nieznaczne modyfikacje do listy, która łącznie obejmowała ponad 60 pozycji. Wśród nich znajdowały się m.in. 2 kg eteru do narkozy, 2 kg chloroformu do narkozy, 100 ampułek prokainy do znieczuleń nasiękowych, 5 kg 95% spirytusu, 400 ampułek morfiny, 10 fiolek surowicy przeciwżółciowej, 5 fiolek surowicy przeciwzgorzelinowej, 50 sztuk opatrunków osobistych, 200 sztuk bandaży, 25 kg waty, a także, co ciekawe, 40 l tlenu w balonach [30]. Łącznie w 1938 r. w Polsce funkcjonowało 2310 aptek [5]. Teoretycznie tworzyły one istotne zaplecze materiałowe. Niestety nie udało się ustalić, na ile dyrektywy dotyczące obowiązkowych zapasów zostały wprowadzone w życie. Należy również odnotować, że na ciągłość pracy aptek w warunkach wojennych niekorzystnie wpływała planowana mobilizacja, której podlegał znaczny odsetek ich pracowników, w tym farmaceutów.

Zapasami materiałów sanitarnych dysponował również PCK. Zgromadzono je w Składnicy Głównej PCK w Warszawie oraz w mniejszych składnicach okręgowych i oddziałowych.

Środki transportu i ewakuacji medycznej

Problem niedostatecznej motoryzacji Wojska Polskiego dotyczył również służby zdrowia. Przejawiał się on zarówno w niewystarczającej liczbie pojazdów motorowych, jak i w ich jakości. Z tego względu podstawowym środkiem ewakuacji medycznej na szczeblu taktycznym były wozy konne. Znaczną część z nich stanowiły stare i wysłużone wozy taborowe wz. 19. W planach zakładało także powszechne wykorzystanie do celów ewakuacji medycznej zarekwirowanych furmanek chłopskich. Większość z nich nie miała amortyzacji, a jedyna adaptacja do celów sanitarnych polegała na wyściełaniu dna wozu słomą. W takich warunkach ciężko ranni żołnierze skazani byli na udrękę podczas długiej jazdy po wyboistych drogach. Na kolejny problem dotyczący części sanitarnych wozów konnych zwracał uwagę gen. Norwid-Neugebauer, wskazując, że: *Kołowe środki transportowe obcych typów są w naszych warunkach terenowo-drogowych i dla naszych zwierząt pociągowych zbyt ciężkie, a ponadto rozstaw kół znacznie większy niż w naszym taborze krajowym nie odpowiada kolejom naszych dróg gruntowych [28].*

Większość ambulansów, którymi Wojsko Polskie dysponowało w 1939 r., została zakupiona z budżetu PCK (ryc. 2). Według szacunków płk. dr. Babeckiego liczba pojazdów dostarczonych przez tę organizację w latach poprzedzających wojnę wynosiła około 200 [9]. Ambulanse PCK skupione zostały w kolumnach samochodów sanitarnych, które podporządkowano administracyjnie i technicznie poszczególnym batalionom pancernym. Według planów bataliony te miały zmobilizować łącznie 17 kolumn samochodów sanitarnych, w tym 14 kolumn PCK [31]. Taka liczba kolumn samochodów sanitarnych pozwalała na ich wykorzystanie przede wszystkim na szczeblu operacyjnym, przy czym poszczególne armie



Rycina 2. Choć zdjęcie to wydaje się temu przeczyć, stopień motoryzacji Wojska Polskiego był żałośnie niski. Dotyczyło to również ambulansów motorowych, których niedostatek był bardzo wyraźny we wrześniu 1939 r. Większość sanitarek formalnie zakupiona została z funduszy Polskiego Czerwonego Krzyża. Pojazdy te podlegały jednak strukturom wojskowym, głównie batalionom pancernym, na barkach których spoczywało ich utrzymanie oraz obsługa. Na fotografii: uroczystość przekazania nowych ambulansów przez PCK. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

polowe mogły liczyć na przydzielenie najwyżej jednej lub dwóch z nich. Liczba ambulansów była na tyle mała, że żadna z dwóch brygad zmotoryzowanych Wojska Polskiego nie otrzymała własnej kolumny sanitarnej ani nawet zmotoryzowanego plutonu sanitarnego. Wystarczy wspomnieć, że cała 10. Brygada Kawalerii (zmotoryzowanej) na ogólną liczbę około 5 tys. etatów oraz przeszło 1100 pojazdów posiadała jedynie 20 ambulansów.

Bołączką służby zdrowia był nie tylko stopień nasycenia pojazdami mechanicznymi. Operacja zaolziańska, przeprowadzona jesienią 1938 r., która była swoistym sprawdzianem i poligonem doświadczalnym dla Wojska Polskiego, ujawniła, że stan techniczny pojazdów sanitarnych biorących w niej udział pozostawiał sporo do życzenia. Choć do bezpośredniego starcia ze stroną czeską nie doszło i kolumna sanitarna przydzielona do Grupy Operacyjnej „Śląsk” zasadniczo stała w odwodzie, podczas działań wyszły na jaw niedostatki konstrukcyjne ambulansów. W jednym z raportów zapisano: *Przydzielone samochody sanitarne często defektowały z trudem mogąc poddać większym wyzwaniom. Główną przyczyną tego zdaje się być konstrukcja. Na lekkim podwoziu samochodu osobowego o ciężkich osiach z motorem słabym i delikatnym ustawiono ciężkie karoserie, w skutek czego nie można żądać wysiłku wozu ciężarowego. Najczęstsze defekty dotyczyły przekładni biegów* [32].

Ze względu na ogólnie niski poziom motoryzacji kraju możliwości pozyskania improwizowanych środków ewakuacyjnych poprzez rekwirowanie pojazdów cywilnych

były bardzo ograniczone. Przewidywano, że w większych miastach możliwe będzie przejęcie i adaptacja do tego celu autobusów. Rozwiązanie to wchodziło jednak w grę tylko w ośrodkach dysponujących odpowiednim taborem, takich jak Lwów, Gdynia i Katowice.

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, a także doświadczenia wyniesione z wojny polsko-bolszewickiej, szczególne miejsce w polskiej doktrynie sanitarnej i systemie ewakuacji medycznej zajmowała kolej. Pociągi sanitarne organizacyjnie dzielono na stałe (będące w gotowości), półstałe (skadowane) oraz improwizowane. Pociągi „typu amerykańskiego”, pamiętające czasy poprzedniej wojny, składały się z 16 wagonów, o łącznej pojemności 360 miejsc leżących. Pociągi „typu polskiego” liczyły 30 wagonów i mogły przetransportować 150 pacjentów leżących i 100 siedzących. Plany mobilizacyjne przewidywały użycie 36 pociągów stałych i półstałych [31]. O ile nominalna liczba pociągów oraz ich możliwości w zakresie transportu pacjentów wydawały się imponujące, przygotowanie ich skutecznego wypełnienia zadań sprawiało znaczne trudności. Za zestawienie składów pociągów odpowiadało Ministerstwo Komunikacji, zaś materiał sanitarny oraz intendencki miały dostarczyć kadry zapasowe szpitali okręgowych. Opisane wcześniej problemy z zaopatrzeniem sanitarnym dotyczyły także pociągów [20]. Za truizm można uznać stwierdzenie, że pociągi sanitarne były nierozzerwalnie związane z liniami kolejowymi, gdyby nie fakt, że sieć kolejowa w II RP, szczególnie na terenach byłego zaboru rosyjskiego, nie była należycie rozwinięta. Szlaki ewakuacji rannych wy-



Rycina 3. Każda uroczystość przekazywania nowego samolotu sanitarnego odbywała się z wielką pompą i była szeroko nagłaśniana w mediach. Nie zmieniało to faktu, że flota około 30 samolotów sanitarnych RWD-13S oraz Lublin R.XVIIb w przypadku pełnoskalowego konfliktu zbrojnego realnie miała niewielki potencjał. RWD-13S jednocześnie mógł przewieźć jednego pacjenta, zaś R.XVIIb dwóch. Na fotografii: uroczystość przekazania nowego sanitarnego RWD na krakowskich Błoniach. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

znaczały zatem linie kolejowe, co rodziło spore problemy logistyczne i organizacyjne dla służby zdrowia.

Na tle opisywanych wyżej możliwości i ograniczeń polskiej służby zdrowia potencjał rodzimego lotnictwa sanitarnego był w praktyce znikomy. Flota około 30 samolotów sanitarnych Lublin R.XVIIb oraz RWD-13S, choć w latach pokoju bardzo dobrze sprawdzała się w transporcie najciężej chorych, ale tylko pojedynczych pacjentów, z odległych regionów kraju do ośrodków specjalistycznych w większych miastach, w przypadku pełnoskalowego konfliktu w żaden sposób nie mogła wpłynąć na ogólny obraz sytuacji (ryc. 3). Samolot Lublin R.XVIIb jednorazowo mógł przewieźć dwóch rannych na noszach, a RWD-13S – jednego. Teoretycznie do celów ewakuacyjnych można było zaadaptować kilka transportowych Fokkerów F-VII oraz maszyny należące do Linii Lotniczych „Lot”.

Piśmiennictwo

1. Służba zdrowia w polu. Warszawa: Ministerstwo Spraw Wojskowych, 1929
2. Marmura C. Medyczna myśl wojskowa II Rzeczypospolitej. Pruszków: Agencja Wydawnicza ULAK, 1998
3. Felchner A. Pod znakiem Eskulapa i Marsa. Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.). Oświęcim: Wydawnictwo Napoleon V, 2016
4. Rezmer W. Operacyjna służba sztabów Wojska Polskiego w 1939 roku. Organizacja. Zasady funkcjonowania. Przygotowania do wojny. Warszawa: Wydawnictwo Tetragon, 2010
5. Mały Rocznik Statystyczny 1939. Warszawa: Nakładem Głównego Urzędu Statystycznego, 1939
6. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, sygn. I.300.62.39. Pismo Departamentu Zdrowia Ministerstwa
7. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Oddział IV Sztabu Generalnego, sygn. I.303.7.600. Materiały dotyczące zasobów służby sanitarnej na terenie DOK VIII (Toruń), (bez daty).
8. Markowski B, red. Podchorążowie z Ujazdowa. Wspomnienia Szkoły Podchorążych Sanitarnych 1922–1939. Londyn: Nakładem Klubu Wychowanków Szkoły Podchorążych Sanitarnych, 1972
9. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. Sygn. B.I.118. Raport płk. lek. dr. W. J. Babeckiego w sprawie przygotowania Polski do wojny i współpracy administracji wojskowej i cywilnej w zakresie służby zdrowia, 18.03.1940
10. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 września 1927 r. o Stowarzyszeniu „Polski Czerwony Krzyż”. Dz.U. 1927 nr 79 poz. 688
11. Statut Stowarzyszenia „Polski Czerwony Krzyż”. Warszawa: Nakładem Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, 1939
12. Archiwum Akt Nowych. Powstanie i historia Polskiego Czerwonego Krzyża. Działalność PCK głównie w okresie okupacji 1939–1945. Wspomnienia i materiały Józefa Stemlera. Sygn. 2/762/0/2/8. Stemler J. Dzieło samopomocy i miłosierdzia – Polski Czerwony Krzyż w latach wojny 1939–1945. Rys ogólny. Warszawa: Wydawnictwo Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, (bez daty)
13. Uhma S., Bliźniewski R. Polski Czerwony Krzyż 1919–1959. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1959
14. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Biuro Inspekcji Głównego Inspektoratu Sił Zbrojnych, sygn. I.302.4.2157. Ewidencja szpitali, aptek, składów aptecznych, lekarzy i innego personelu niepodlegającego mobilizacji

15. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Oddział IV Sztabu Generalnego, sygn. I.303.7.596. Ewidencja i wykazy aptek oraz składów aptecznych, zasobów leków w aptekach w powiatach województwa łódzkiego. (bez daty)
16. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS), Ministerstwo Spraw Wojskowych – służba zdrowia. Sygn. B.I.12E, Załącznik do zeszytu ewidencyjnego płk. dr. Jana Mintowta-Czyży, L.863/39, odpis, dokument bez daty
17. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. sygn. B.I.118. Protokół przesłuchania płk. dr. Wincentego Babeckiego przed komisją powołaną w związku z wynikiem kampanii wojennej 1939 r., (bez daty)
18. Kikta T. Przemysł farmaceutyczny w Polsce (1823–1939). Warszawa: Polska Izba Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych, 2007
19. Kurkowska-Bondarecka K. Historia polskiego przemysłu farmaceutycznego. Warszawa: Stowarzyszenie Inżynierów i Techników Przemysłu Chemicznego, 1995
20. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. Sygn. B.I.118. Mazanek H, Studium Służby Zdrowia z okresu wojny polsko-niemieckiej we wrześniu 1939 r., (bez daty)
21. Paliga R. Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830–1951) od powstania listopadowego do utworzenia Instytutu Hematologii. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2012: 164–167
22. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Ministerstwo Spraw Wojskowych – służba zdrowia, sygn. B.I.12E. Kwestionariusz dla Służby Zdrowia w sprawie Zaopatrzenia Sanitarnego, płk dr Jan Mintowt-Czyż, odpis (bez daty)
23. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, sygn. I.300.62.54. Obsada służby zdrowia. 1939
24. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. Sygn. B.I.118, Załącznik do zeszytu ewidencyjnego kpt. dr. farm. Stanisława Brzezińskiego, 03.12.1939
25. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. Sygn. B.I.118, Załącznik do zeszytu ewidencyjnego mjr. mgr. farm. Kazimierza Butlera
26. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. Sygn. B.I.118. Kazimierz Butler – odpowiedź na kwestionariusz
27. Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego (IPMS). Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna. Sygn. B.I.118. T. Kulig – Odpowiedź na kwestionariusz w sprawie zaopatrzenia sanitarnego przed i podczas wojny pol-niem 2 1939 r., 17.01.1940 r.
28. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Główny Inspektorat Sił Zbrojnych. Sygn. I.302.4.2158. Pismo inspektora armii gen. dyw. M. Norwid-Neugebauera L.dz.3323/tj.39 z 12.06.1939 w sprawie wyposażenia sanitarnego
29. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Główny Inspektorat Sił Zbrojnych. Sygn. I.302.4.2158. Pismo mgr. P. Piłarskiego Kierownika Samodzielnego Referatu Wojskowego Ministerstwa Opieki Społecznej Nr W.1/132-9 w sprawie materiału leczniczego i opatrunkowego, który posiadać mają apteki, dokument z 26.06.1939
30. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW). Główny Inspektorat Sił Zbrojnych. Sygn. I.302.4.2158. Załącznik do pisma M.O.S. z 27.03.1939 nr Zf.5/6-9 poprawiony pismem z 28.06.1939 nr W.1/132-9
31. Rybka R., Stepan K. Najlepsza broń. Plan mobilizacyjny „W” i jego ewolucja. Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Adiutor”, 2010
32. Korbał J. Zaolzie – klęska tyłów? Część II: krytyka i wnioski. Technika Wojskowa Historia, 2023; 1: 18–30
33. Wytwórczość chemiczna w Polsce. Nakładem Związku Przemysłu Chemicznego Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 1937
34. Łowicki JA, Brejtman MJ. Farmakoterapia kliniczna. Nakładem czasopisma Współczesne Lecznictwo Farmaceutyczne i Fizykalne, Warszawa, 1937