



SŁUŻBA ZDROWIA W KAMPANII POLSKIEJ 1939 ROKU – SYNTEZA. CZĘŚĆ II. PRZYGOTOWANIA I PLANY WOJENNE

Medical services in the Polish campaign of 1939 –
a synthesis. Part II: Preparations and war plans



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 roku. W kolejnych częściach artykułu 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 roku. **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 roku 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 powodem masowo stwierdzanych powikłań septycznych ran, w tym licznych przypadków tężca. **Wnioski:** Do najważniejszych przyczyn, które doprowadziły do katastrofy sanitarnej w 1939 roku, należą: bardzo skromny potencjał wyjściowy służby zdrowia (deficyt kadr, niski poziom szpitalnictwa), małe nakłady finansowe na służbę zdrowia oraz brak odpowiednich rezerw materiałowych, centralizacja systemu zaopatrzenia sanitarnego, wiodąca rola kolei w planach ewakuacji sanitarnej, niski stopień motoryzacji Wojska Polskiego oraz polskiego społeczeństwa, zły stan dróg, a także 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 centralised medical supply system, reliance on railways for medical evacuation, the low degree of motorisation 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

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

DOI 10.53301/lw/208276

Praca wpłynęła do Redakcji: 05.05.2025

Zaakceptowano do druku: 15.07.2025

Opublikowano: 31.03.2026

Autor do korespondencji:

Aleksander Rutkiewicz

Wydział Nauk o Zdrowiu,

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Bielsko-Biała

e-mail: olorut@o2.pl

Wstęp

Artykuł jest kontynuacją pierwszej części pracy, w której kompleksowo omówiono potencjał polskiej służby zdrowia u progu wybuchu II wojny światowej. Zawarto w niej również uwagi metodologiczne. Część druga została w całości poświęcona przygotowaniom i planom wykorzystania służby zdrowia w czasie wojny.

Zadania służby zdrowia podczas wojny

Wstępem do rozważań nad organizacją i planem działań służby zdrowia podczas wojny musi być powrót do fundamentalnego pytania o rolę wojskowej służby zdrowia w trakcie działań wojennych. Odpowiedź na tak zadane pytanie odnaleźć można w wielu publikacjach i instrukcjach z okresu dwudziestolecia międzywojennego. W jednej z nich – skrypcie „Zaopatrywanie i ewakuacja w ramach pułku piechoty” z 1933 r. – czytamy: *Służba zdrowia przestaje być dodatkiem tylko do walki, a staje się jednym z ważniejszych czynników zwycięstwa, a zasadniczo podstawa jej działalności i główne zadanie to utrzymanie stanów liczbowych armii za pomocą:*

- *ochrony stanu zdrowotnego armii,*
- *leczenia, a więc przywracania zdolności do służby wojskowej wszystkim tym, którzy, czy to skutkiem zranienia czy uszkodzenia gazami, czy wskutek choroby zdolności do służby utracili* [1].

Za pojęciem „ochrony stanu zdrowotnego armii” kryje się szeroko pojęta profilaktyka, w tym zapobieganie chorobom zakaźnym (szczepienia, izolacja osób chorych, nadzór sanitarny nad ujęciami wody i żywnością itd.), a także edukacja zdrowotna żołnierzy, badania okresowe i bieżąca opieka lekarska. Choć z oczywistych powodów wojna przesuwa ciężar działań służby zdrowia na leczenie, profilaktyka nie traci na znaczeniu. Wręcz przeciwnie. Podczas działań zbrojnych rośnie niebezpieczeństwo wybuchu epidemii, wojna nie sprzyja higienie, rośnie ryzyko podejmowania przez żołnierzy ryzykownych zachowań, w tym seksualnych. Wojsko, wystawione na trudy walki i przemarszów, niedobór snu oraz niekorzystne warunki atmosferyczne, staje się podatne na choroby, kontuzje i wyczerpanie psychofizyczne.

Jeśli chodzi o leczenie, tylko pozornie obrażenia wojenne były priorytetem. Statystyki płynące z frontów I wojny światowej dobitnie wykazały, że głównym źródłem strat nie były rany, lecz choroby. Kampania polska 1939 roku trwała jednak krótko, a przebieg walk był gwałtowny i dynamiczny, dlatego na pierwszym planie znalazła się kwestia leczenia obrażeń wojennych.

Jeśli ranny nie zginął bezpośrednio po zranieniu, narażony był na rozwój powikłań. Pojawiają się tu dwa podstawowe zagadnienia kliniczne: krwotoki oraz zakażenia. Aby ranny przeżył, w obu przypadkach musiały zostać podjęte odpowiednie środki zaradcze już na wczesnym etapie leczenia i ewakuacji. Ograniczenia ówczesnej medycyny (również w obszarze ewakuacji medycznej) sprawiały, że jeśli w wyniku zranienia rozwijał się masywny krwotok, pacjent miał niewielkie szanse na przeżycie. W praktyce transport do szpitala polowego dla krwawiących rannych stanowił formę selekcji – przeżywali przede wszystkim ci, u których krwawienie nie było zbyt obfite.

Większe możliwości interwencji chirurgicznej istniały w przypadku zakażeń ran. Rana bojowa z natury jest brudna. Wraz z odłamkiem lub pociskiem do jej wnętrza dostają się fragmenty munduru, oporządzenia, zanieczyszczenia z powierzchni skóry. Jeśli nie jest należycie zabezpieczona opatrunkiem, grozi jej wtórna kontaminacja. Jest ona szczególnie niebezpieczna, jeśli do wnętrza rany dostanie się bogata w bakterie ziemia. Do najgroźniejszych należą zakażenia paciorkowcowe, a także zakażenia bakteriami beztlenowymi powodującymi zgorzel gazową i tężec. Przełomem w postępowaniu z ranami bojowymi była I wojna światowa. Wypracowany został wówczas pewien standard. W tym miejscu znów należy przytoczyć cytowany wcześniej skrypt: *Badania bakteriologiczne przeprowadzone w czasie wielkiej wojny* [I wojny światowej – aut.] wykazały, że *począwszy od 24 do 36 godzin całe otoczenie rany jest już głęboko zakażone. Po tym więc terminie przeprowadzony zabieg chirurgiczny daje gorsze rezultaty wyzdrowienia. Z powyższego wypływają jedne z głównych wskazań dla służby zdrowia, a także dla dowódców biorących jakikolwiek bądź udział w dysponowaniu organami służby zdrowia, mających jakikolwiek bądź wpływ na regulowanie ich pracy, a mianowicie:*

- *każdy ranny powinien być jak najszybciej dostawiony do rąk wykwalifikowanego chirurga,*
- *każdy ranny powinien być operowany możliwie szybko /najpóźniej w 24–36 godzin/ od chwili zranienia.*

Jeżeli wskutek wielkiego napływu rannych, względnie wielkich odległości transportowych byłoby niemożliwym przeprowadzenie w powyższym terminie operacji wszystkich rannych, w tym wypadku stosuje się t. zw. toaletę rany, polegającą na wycięciu zmiażdżonych pociskiem i zakażonych części. Wtedy przy dobrze nałożonym opatrunku rana może pozostać jałowa 4–5 dni, a w tym czasie ranny musi już dostać się do rąk wykwalifikowanego chirurga [1].

Powyższy wywód można podsumować następująco: dla rannych kluczowa jest szybka pomoc chirurgiczna. Aby postulat ten był możliwy do zrealizowania, potrzebne są:

- kadry chirurgiczne dysponujące sprzętem i materiałami;
- wydajny system ewakuacji oparty na efektywnych środkach transportu;
- opracowane zasady działania systemu i segregacji rannych;
- kadry pozachirurgiczne odpowiadające m.in. za wstępne zaopatrzenie rannych, przeprowadzenie segregacji medycznej i opiekę podczas transportu;
- koordynacja i dowodzenie, umożliwiające zarządzanie systemem oraz elastyczne reagowanie na zmieniającą się sytuację na froncie.

Jak się okazało, w większości powyższych obszarów polska służba zdrowia nie była przygotowana do wojny.

Doktrynalne założenia działania służby zdrowia w polu

Zasady działania służby zdrowia w warunkach polowych określał „Regulamin służby zdrowia w polu”, wprowadzony do użytku służbowego w 1929 roku, a w roku 1932 wydany po raz drugi [2]. Jego uzupełnieniem była seria instrukcji dotyczących m.in. pracy wojskowych zakładów leczniczych, działania służby zdrowia w formacjach wojskowych oraz wojskowych zakładach leczniczych w trakcie wojny, a także w pociągach sanitarnych. Wytyczne

w tym zakresie zawarto również w regulaminach kwatermistrzowskich [3–7].

Podstawą, na której oparty był system pomocy medycznej w polu, była zasada etapowej ewakuacji i leczenia, przy czym na każdym etapie obowiązywała segregacja rannych i chorych, na podstawie której decydowano o priorytetach ewakuacyjno-leczniczych. Wraz z kolejnymi szczeblami ewakuacji zwiększał się zakres pomocy udzielanej pacjentom. Schemat zakładał ewakuację z niższego szczebla siłami formacji sanitarnych szczebla wyższego (ryc. 1).

Za całokształt działań służby zdrowia wielkich jednostek (dywizji piechoty i brygad kawalerii) odpowiadał szef sanitarny (szef służby zdrowia). Pododdziałem sanitarnym szczebla dywizji piechoty była kompania sanitarna, natomiast brygady kawalerii – pluton sanitarny konny. W strukturach dywizji piechoty znajdować się miał również niewielki szpital polowy, jednak zasadniczo szpitale były jednostkami szczebla operacyjnego (armijnego).

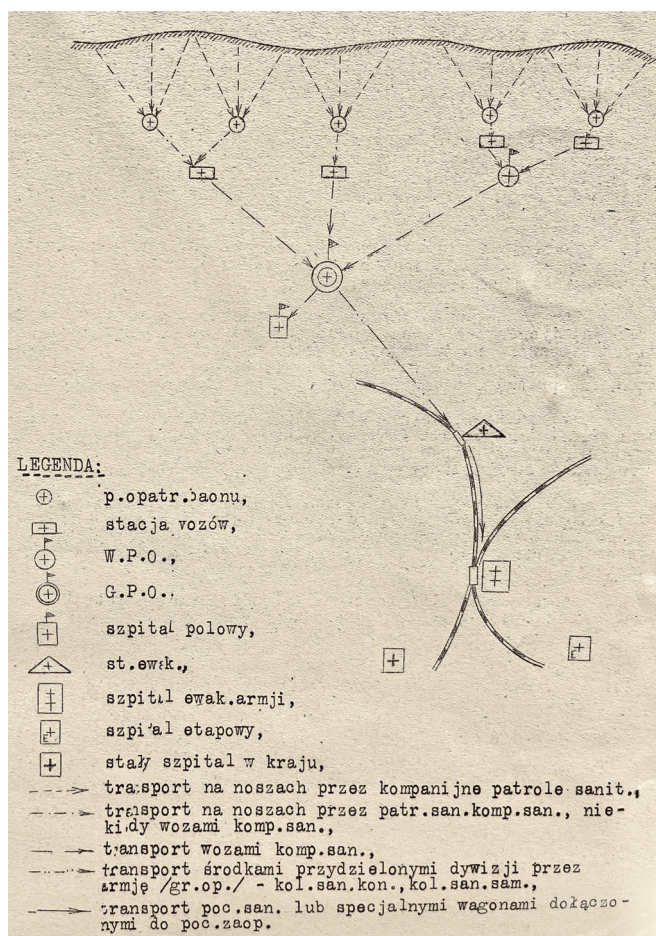
Pierwszej pomocy na polu bitwy udzielały patrole sanitarne kompanii piechoty (baterii artylerii) lub sanitariusze szwadronów kawalerii. Transport rannych do batalionowego lub pułkowego punktu opatrunkowego (BPO/PPO) odbywał się na noszach przenoszonych za pomocą specjalnych pasów lub na wózkach transportowych. W kawalerii transport rannych z pierwszej linii odbywał

się na koniu sanitariusza lub przy użyciu specjalnych noszy kawalerskich – płachty rozciągniętej pomiędzy końmi. W czasie natarcia lub w przypadku ciężkiego ostrzału wroga organizowano gniazda rannych, wykorzystując do tego naturalne osłony terenowe lub leje po wybuchach. Rozwinięcie BPO/PPO leżało w gestii lekarza batalionu piechoty lub pułku kawalerii. Na BPO pacjenci poddawani byli pierwszemu badaniu lekarskiemu. Lekarz stawiał wstępne rozpoznanie, wdrażał niezbędne leczenie (kontrola lub nałożenie opatrunków, doraźne zaopatrzenie krwawień, unieruchomienie złamań, podanie surowic zapobiegawczych oraz leków stymulujących układ krążenia), doraźnie wystawiał kartę ewakuacyjną i pobieżnie decydował o kolejności dalszej ewakuacji.

Z BPO/PPO rannych ewakuowano do głównego punktu opatrunkowego (GPO) dywizji piechoty lub brygady kawalerii. Za transport odpowiadała kompania sanitarna dywizji piechoty lub pluton sanitarny konny brygady kawalerii. Rannych podejmowano z tzw. stacji wozów, czyli miejsca, do którego najdalej dojeżdżały wozy sanitarne. Stacji wozów nie organizowano w kawalerii. Na tym etapie transport odbywał się za pomocą wozów konnych (ryc. 2).

Do GPO ranni trafiali bezpośrednio lub poprzez wysunięte punkty opatrunkowe (WPO), które także rozwijały siłami kompanii sanitarnej. Na GPO przeprowadzano zasadniczą segregację medyczną i decydowano o dalszych kierunkach ewakuacji. W systemie ewakuacji medycznej poziom pułku piechoty był pominięty. Naczelnym lekarzem pułku organizował punkt opatrunkowy jedynie w przypadku ataku gazowego, a jego zasadniczym zadaniem było koordynowanie pracy batalionowej służby zdrowia oraz organizacja dróg ewakuacji na poziomie pułku. Kierunek ewakuacji wyznaczał zasadniczo przebieg najbliższej linii kolejowej, przy której organizowano stację ewakuacyjną (ryc. 3 i ryc. 4).

Obowiązująca doktryna Wojska Polskiego zakładała marnowroby charakter walk. Struktura organizacyjna i zasa-



Rycina 1. Ogólny schemat ewakuacji sanitarnej. Źródło: „Zaopatrywanie i ewakuacja w ramach pułku piechoty” [1]



Rycina 2. Podstawowym środkiem transportu sanitarnego Wojska Polskiego na szczeblu taktycznym w 1939 r. były wozy konne, w tym takie jak ten, proste wozy taborowe wz. 19. W ramach mobilizacji materiałowej rekwirowano również wozy chłopskie, których stan techniczny bardzo często pozostawiał wiele do życzenia. Zdjęcie prawdopodobnie pochodzi z początku lat 30. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Rycina 3. Transport rannych na szczeblu operacyjnym odbywać się miał przede wszystkim koleją. W ramach mobilizacji planowano zestawić składy 36 pociągów stałych i półstałych, które mogły zostać uzupełnione pociągami improwizowanymi. Na fotografii jeden z wagonów sanitarnych ze stacji Poznań. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

dy działania służb w polu, w tym służby zdrowia, teoretycznie uwzględniały takie założenia. Dobrze oddają to słowa wstępu do cytowanej już instrukcji: *Realizacja zaopatrzenia i ewakuacji – szczególnie w wojnie ruchomej, przy wahających się i zmiennych frontach, w terenach ubogich w dobre drogi, jak u nas na obszarach wschodnich – napotka na liczne i różnorodne trudności. Rzeczą dowódcy jest te*



Rycina 4. Wnętrze sali opatrunkowo-zabiegowej jednego z wagonów sanitarnych. Składy pociągów miały być zestawione przez Ministerstwo Komunikacji, natomiast materiał sanitarny oraz intendencki miały dostarczyć kadry zapasowe szpitali okręgowych, które odpowiadały za mobilizację poszczególnych pociągów. Ograniczony budżet przeznaczony na zakup materiałów mobilizacyjnych znacznie utrudniał to zadanie. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

trudności przewidzieć, pokonać, przedsięwziąć na czas środki zaradcze [1].

Polski system ewakuacyjny nie miał sztywnego wzorca, a na poziomie operacyjnym można go było w dość swobodny sposób modyfikować, wzmacniając najbardziej newralgiczne kierunki dodatkowymi jednostkami służby zdrowia. Była to jednak tylko teoria. W praktyce brak rozwiniętego aparatu dowodzenia, głębokie deficyty w łączności, niedostateczna ilość środków transportu motorowego oraz oparcie ewakuacji na liniach kolejowych utrudniały, a niekiedy wręcz uniemożliwiały wprowadzenie jej w życie. Trzeba również zauważyć, że struktura organizacyjna służby zdrowia przesycona była dużymi i ciężkimi jednostkami szpitalnymi, które przewożone były taborem konnym, a czas potrzebny na ich rozwinięcie wynosił kilka godzin. W znacznym stopniu ograniczało to możliwość elastycznego wykorzystania szpitali w zależności od zmieniającej się sytuacji taktycznej.

Ogólny plan działania i mobilizacji służby zdrowia

Za przygotowanie służby zdrowia do wojny oraz opracowanie planów jej użycia odpowiadał Sztab Główny Wojska Polskiego (oddziały I i IV) w porozumieniu z Departamentem Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych. Centralnym organem nadzorującym cywilną służbę zdrowia był Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, w którym pracowali również przedstawiciele wojska (ryc. 5).

Przygotowania wojenne wojskowej służby zdrowia obejmowały trzy główne obszary:

- opracowanie organizacji wojennej służby zdrowia;
- planowanie mobilizacji;
- opracowanie wojennych tabel należności i przygotowanie zaopatrzenia.

Prowadzono również inwentaryzację personelu medycznego podlegającego i niepodlegającego mobilizacji (lekarzy, felczerów, dentystów, pielęgniarek, farmaceutów), a także szpitali, ośrodków zdrowia, aptek i składów aptecznych oraz innych instytucji ochrony zdrowia. Na mapy nanoszono budynki, które mogłyby stać się miejscem rozwinięcia szpitali polowych, a także studnie oraz bocznice kolejowe (ryc. 6).

W ostatnich latach pokoju współpraca pomiędzy organami wojskowymi a Ministerstwem Opieki Społecznej pozostawała wiele do życzenia. Nie opracowano i nie wdrożono w życie m.in. spójnego programu rozbudowy cywilnej infrastruktury szpitalnej, a tej która już była, nie przygotowano na wypadek wojny. Powodów było wiele, jednak wiodącym czynnikiem był brak funduszy. Podobnie było z przemysłem farmaceutycznym. Dopiero na kilka miesięcy przed wybuchem wojny interwencyjnie próbowano zwiększyć produkcję, m.in. surowic. Do sukcesów, które udało się osiągnąć, zaliczyć trzeba porozumienia dotyczące przygotowania składów sanitarnych przez ubezpieczalnie społeczne [8]. Pułkownik dr Babecki z Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej oceniał stan służby zdrowia jasno: *Cywilna służba zdrowia, podobnie jak i wojskowa, nie była przygotowana na wypadek wojny [9].*



Rycina 5. Gen. bryg. dr Stanisław Rouppert – do września 1939 r. Szef Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

Na myśleniu o przyszłej wojnie piętno odcisnął sposób postrzegania potencjalnego wroga. Przez lata za głównego przeciwnika uważano Związek Radziecki, a nie III Rzeszę. Zmiana orientacji strategicznej miała istotne znaczenie także dla służby zdrowia. W przypadku wojny na wschodzie korzystniejszy byłby chociażby rozkład infrastruktury służby zdrowia, z centrami produkcji farmaceutycznej oraz zapleczem szpitalnym zlokalizowanym na dalekich tyłach, poza bezpośrednim oddziaływaniem wroga.

Zgodnie z planem kwatermistrzowskim „W” teren Rzeczypospolitej został podzielony na obszar krajowy, będący pod jurysdykcją rządu, oraz obszar wojenny, podległy władzy Naczelnego Wodza. Z obszaru wojennego wydzielono obszar operacyjny przeznaczony do działań poszczególnych armii polowych [10]. W odniesieniu do służby zdrowia teren krajowy podlegał Szefowi Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych gen. bryg. dr. Stanisławowi Rouppertowi, natomiast za ogół spraw sanitarnych na obszarze wojennym odpowiadał Szef Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa. Na stanowisko to przewidziano płk. dr. Ksawerego Maszadro, komendanta Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie.



Rycina 6. W ramach przygotowań do wojny prowadzono inwentaryzację kadr oraz infrastruktury sanitarnej, a także obiektów i instalacji, które mogłyby zostać wykorzystane przez służbę zdrowia. Na tej oryginalnej mapie przygotowanej przez Referat Zasobów Terenowych Sztabu Dowództwa Okręgu Korpusu Nr VIII zaznaczono szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej, wytwórnie chemiczno-farmaceutyczne oraz apteki i drogerie na terenie Okręgu Korpusu Nr VIII. Źródło: Centralne Archiwum Wojskowe, sygn. I.303.7.600

Mobilizację jednostek służby zdrowia prowadziły zasadniczo szpitale okręgowe, Centrum Wyszkożenia Sanitarnego i Główna Składnica Sanitarna. Wybrane pułki piechoty miały mobilizować kompanie sanitarne dla własnych dywizji, a wybrane pułki kawalerii – plutony sanitarne konne dla brygad kawalerii. Z kolei kolumny samochodów sanitarnych miały zostać zmobilizowane przez bataliony pancerne. Regionalne okręgi PCK odpowiadały za mobilizację własnych struktur (tab. 1, ryc. 7 i ryc. 8).

Według planu mobilizacja miała zostać podzielona na mobilizację alarmową (niejawną, cichą) oraz mobilizację powszechną. W pierwszej kolejności gotowość miały osiągnąć oddziały sanitarne bezpośrednio obsługujące pole walki, tj. kompanie sanitarne dywizji piechoty oraz plutony sanitarne konne brygad kawalerii mobilizowanych w ramach mobilizacji alarmowej. Na stosunkowo wczesnym etapie mobilizacji alarmowej planowano również aktywację części szpitali polowych, szpitali wojennych, zespołów chirurgicznych oraz pociągów sanitarnych, które zakwalifikowano do tzw. „grupy żółtej”. Za ich mobilizację odpowiadały szpitale okręgowe w Warszawie, Grodnie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Toruniu i Przemyślu. W drugiej kolejności, już po ogłoszeniu mobilizacji powszechnej, planowano zmobilizować oddziały służby zdrowia szczebla operacyjnego (armijnego), a następnie kolejnych poziomów [11–13].

Tabela 1. Oddziały służby zdrowia ujęte w planie mobilizacyjnym. Opracowano na podstawie Rybka i Stepan [13]

Oddziały służby zdrowia	Jednostka mobilizująca	Ogólna liczba
Czołówki chirurgiczne	Centrum Wyszkożenia Sanitarnego	5
Domy ozdowieńców	Szpitala okręgowe	10
Drużyny ratownicze PCK	Okręgi PCK	325
Kolumny dezynfekcyjne okręgów korpusów	Szpitala okręgowe	10
Kolumny dezynfekcyjno-kąpielowe PCK	Okręgi PCK	37
Kolumny samochodów sanitarnych	Bataliony pancerne	17 (w tym 14 PCK)
Kolumny sanitarne konne	Dywizjony taborowe	30
Kompanie sanitarne	Szpitala okręgowe, pułki piechoty, batalion Korpusu Ochrony Pogranicza, Szkoła Podchorążych Piechoty Ośrodek Wyszkożenia Rezerw Piechoty	44
Odkazalnie kolejowe	Szpitala okręgowe	15
Ośrodki zapasowe służby zdrowia	Szpitala okręgowe	4
Plutony sanitarne konne	Pułki kawalerii	12
Pociągi sanitarne	Szpitala okręgowe	36
Polowe kolumny bakteriologiczno-chemiczne	Szpitala okręgowe, Centrum Wyszkożenia Sanitarnego	62
Polowe kolumny dezynfekcyjno-kąpielowe	Szpitala okręgowe	59
Polowe składnice sanitarne	Szpitala okręgowe	5
Punkty sanitarno-odżywcze PCK	Okręgi PCK	121
Samodzielne sekcje szpitali polowych	Szpitala okręgowe	21
Główne składnice sanitarne	Główna Składnica Sanitarna Nr 1, 10. Szpital Okręgowy Przemyśl	2
Szpitala ewakuacyjne	Szpitala okręgowe	7
Szpitala polowe	Szpitala okręgowe	52
Szpitala wojenne	Szpitala okręgowe, Centrum Wyszkożenia Sanitarnego	77
Szpitala wojenne ruchome	Szpitala okręgowe	5
Zespoły chirurgiczne	Szpitala okręgowe, Centrum Wyszkożenia Sanitarnego	42

Ogólny plan działania służby zdrowia zakładał, że ranni będą segregowani i zaopatrywani w warunkach polowych, a następnie ewakuowani zgodnie z opisanym wcześniej schematem. Ostateczna segregacja miała być przeprowadzana w szpitalach ewakuacyjnych armii. Ranni niezdolni do dalszej ewakuacji mieli pozo-

stać na obszarze wojennym (w szpitalach polowych wielkich jednostek lub armii) do czasu stabilizacji stanu klinicznego umożliwiającej transport. Leczenie docelowe pacjentów miało odbywać się w szpitalach wojennych w głębi obszaru operacyjnego oraz na obszarze krajowym. Transport w głąb kraju miał odbywać się przede wszystkim koleją [11].



Rycina 7. Istotną rolę w planach zabezpieczenia sanitarnego państwa na wypadek wojny odgrywał Polski Czerwony Krzyż. Według planów mobilizacyjnych PCK miał zmobilizować m.in. ponad 300 drużyn ratowniczych. Na fotografii pokazy ratownictwa sanitarnego zorganizowane na krakowskim rynku w czerwcu 1936 r. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Rycina 8. Na użytek wojska PCK miał wystawić również 37 kolumn dezynfekcyjno-kąpielowych. Na fotografii uwieczniono wozy taborowe jednej z takich kolumn podczas przejazdu ulicami Krakowa w czerwcu 1938 r. Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

Poznaniu, Łodzi, Krakowie i Warszawie do szpitali w głębi kraju. W okresie walk osłonowych, które miały ubezpieczać mobilizację powszechną i koncentrację wojsk, szpitale te miały pełnić rolę tymczasowych szpitali ewakuacyjnych do czasu zmobilizowania właściwych szpitali ewakuacyjnych poszczególnych armii. Niejasna była kwestia planów wykorzystania szpitali cywilnych. Wojsko zastrzegało sobie jednak prawo do zajęcia wybranych placówek, a stosowne pisma zostały przedstawione Ministerstwu Opieki Społecznej [11, 12].

Planowano, że w trakcie działań wojennych zaopatrywanie jednostek służby zdrowia w materiały medyczne będzie prowadzone centralnie z obu głównych składnic sanitarnych. Zakładano przy tym, że połowe składnice sanitarne w liczbie pięciu osiągną gotowość w 15. dniu mobilizacji [11, 12].

Analiza źródeł wskazuje, że płk dr Maszadro przed objęciem stanowiska nie uczestniczył w przygotowaniach służby zdrowia na wypadek wojny. Po zakończeniu kampanii zeznawał: *W pracach przygotowawczych do wojny udziału nie brałem i żadne prace z tytułu wyznaczonego mi stanowiska powierzone mi nie były. Dn. 27.VIII. wezwany zostałem do Sztabu Gł., gdzie polecono mi zapoznać się z przygotowanym przez Sztab O.d.B. [Ordre de bataille – aut.] (...) Razem z płk. lek. Łaskim i mjr. Zakrzewskim przestudiowałem sytuację sł. zdrowia, opracowaną przez Sztab Gł. na wypadek wojny. Nie podano mi jednak żadnych dokładnych danych co do O.d.B. oddziałów w polu, żadnej sytuacji taktycznej, żadnych przewidywań. Nie podano mi również składów personalnych armji ani dywizji [14]. W podobnej sytuacji znalazł się szef służby zdrowia Armii „Kraków” ppłk dr Władysław Gergovich, który relacjonował: *Jako szef sanitarny OK V [Okręgu Korpusu Nr V – aut.] nie mogłem w tym okresie czasu /2 miesiące w tym 2 tygodnie urlopu przeniesieniowego/ wnikać dokładnie w całokształt mobilizacji służby zdrowia Okręgu Korpusu. Uważam, że zmiana na stanowisku Szefa Sanit. OK na 2 miesiące przed wojną, a tym bardziej odsunięcie go od prac przygotowawczych w sztabie przyszłej armji nie mogły wpłynąć dodatnio na działalność służby zdrowia armji, zwłaszcza w pierwszych dniach prowadzenia wojny [11]. Podobną relację pozostawił mjr dr Feliks Schneider będący zastępcą Szefa Służby Zdrowia Armii „Pomorze” [15].**

Piśmiennictwo

1. Zaopatrywanie i ewakuacja w ramach pułku piechoty. Zeszyt I. Część teoretyczna. Centrum Wyszkożenia Piechoty, Rembertów 1934
2. Regulamin służby zdrowia w polu. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1929.
3. Regulamin służby zdrowia w wojskowych zakładach leczniczych. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1932
4. Służba zdrowia w formacjach wojskowych podczas wojny. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1935
5. Służba zdrowia w kompaniach i plutonach sanitarnych (konnych) oraz polowych przychodniach dentystycznych. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1934
6. Służba zdrowia w pociągach sanitarnych. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1934
7. Służba zdrowia w wojskowych zakładach leczniczych podczas wojny. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1935
8. Archiwum Instytutu Polskiego i Muzeum im. gen. Sikorskiego (dalej: IPMS), Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna, sygn. B.I.118, H. Mazanek, Studium Służby Zdrowia z okresu wojny polsko-niemieckiej we wrześniu 1939
9. 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, dokument z 18.3.1940.
10. Rezmer W. Operacyjna służba sztabów Wojska Polskiego w 1939 roku. Wydawnictwo Tetragon, Warszawa 2010, s. 31–48
11. IPMS, Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna, sygn. B.I.118, Protokół przesłuchania ppłk. dr. Władysława Gergovicha, szefa służby zdrowia Armii „Kraków”, dokument z 06.07.1942
12. IPMS, Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna, sygn. B.I.118, Kwestionariusz służby zdrowia – okres przedwojenny płk. dr. Jana Kawińskiego, zastępcy Szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, odpis z odpisu, dokument z 3.2.1940
13. Rybka R, Stepan K. Najlepsza broń. Plan mobilizacyjny „W” i jego ewolucja. Oficyna Wydawnicza „Adiutor”, Warszawa 2010
14. IPMS, Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna, sygn. B.I.118, protokół przesłuchania płk. dr. Ksawerego Maszadro, odpis, dokument z 3.2.1940
15. IPMS, Relacje z kampanii 1939 roku – służba sanitarna, sygn. B.I.118, protokół przesłuchania mjr. dr. Feliksa Schneidera, dokument z 10.8.1942