

MICHAŁ KORAB

Chirurgia w czasach wojny – losy majora lekarza Henryka Mazanka, kierownika grupy chirurgicznej Szpitala Ewakuacyjnego nr 21 w Lublinie, podczas kampanii wrześniowej 1939 roku

Surgery in Times of War – the Fate of Major Doctor Henryk Mazanek, Head of the Surgical Group of the Evacuation Hospital Number 21 in Lublin, during the September Campaign 1939

ABSTRAKT

W artykule przedstawiono losy wojenne mjr. lek. Henryka Mazanka, starszego ordynatora oddziału chirurgicznego Szpitala Okręgowego nr 5 w Krakowie, jednego z pionierów krwiolecznictwa w Polsce. We wrześniu 1939 r. kierował zespołem chirurgicznym szpitala nr 21 w Lublinie. Na kanwie jego doświadczeń ukazano trudności w pracy szpitala i pomocy ofiarom wojny oraz wnioski dotyczące niedostatków organizacji opieki medycznej w kampanii wrześniowej.

Major lekarz Henryk Mazanek był chirurgiem wojсковym. W pierwszych dniach wojny otrzymał przydział mobilizacyjny do Szpitala Ewakuacyjnego nr 21 w Lublinie. Szpital został uruchomiony w nocy z 7 na 8 września, od razu przyjmowano w nim pacjentów, którzy byli opatrywani i operowani. Przez cały okres pracy zmagano się z niedoborami materiałowymi i osobowymi. Placówkę ewakuowano do Lwowa rankiem 13 września, od tego momentu nie rozwinęła się ponownie aż do końca wojny. 18 września w Sniatyniu personel szpitala na rozkaz komendanta przejechał przez granicę rumuńską. Relacje mjr. Mazanka ukazują niedostatki w działalności służby zdrowia w początkowym okresie wojny. Braki kadrowe i logistyczne były potęgowane przez złą organizację pracy, a także nieprzemyślaną ewakuację szpitala. Te doświadczenia powinny być nauką dla osób odpowiadających za system ochrony zdrowia, którego dobra organizacja może bardzo pomóc działać lekarzom w sytuacjach kryzysowych.

ABSTRACT

The article presents the wartime fate of Maj. lek. Henryk Mazanek, senior orderly of the surgical department of the District Hospital No. 5 in Cracow, one of the pioneers of blood-letting in Poland. In September 1939, he headed the surgical team of Hospital No. 21 in Lublin. On the basis of his experience, the difficulties of the hospital's work and assistance to war victims were shown, as well as conclusions about the shortcomings of the organization of medical care in the September campaign.

Maj. lek. Henryk Mazanek was a military surgeon. In the first days of the war he received a mobilization assignment to the 21st evacuation hospital in Lublin. The hospital was opened on the night of September 7-8, and immediately received patients for dressing and surgery. Throughout the entire period of operation, shortages of materials and personnel were struggled with. The facility was evacuated to Lviv on the morning of September 13, and did not expand again until the end of the war. On September 18 in Sniatyn, the hospital staff crossed the Romanian border on the commandant's orders. Major Mazanek's account reveals the inadequacies of the health service in the early period of the war. Staff and logistical deficiencies were compounded by poor work organization, as well as the ill-considered evacuation of the hospital. These experiences should be a lesson for those in charge of the health care system, the good organization of which can greatly help doctors operate in crisis situations.

Słowa kluczowe: Henryk Mazanek, historia medycyny, chirurgia, kampania wrześniowa

Keywords: Henryk Mazanek, history of medicine, surgery, September campaign

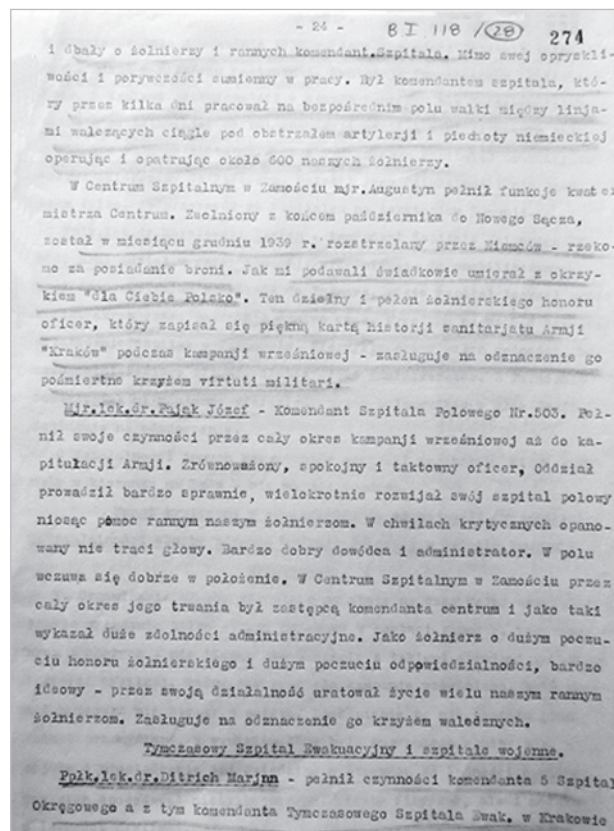
WSTĘP

Artykuł poświęcony jest wojennym losom lekarza chirurga, mjr. Henryka Mazanka, który w czasie wojny kierował zespołem chirurgicznym Szpitala Ewakuacyjnego nr 21 w Lublinie. W istocie jednak dotyczy problemu znacznie szerszego, a w dodatku niezwykle aktualnego: zapewnienia należytej opieki zdrowotnej w warunkach toczącej się wojny.

Nieprzypadkowo wybrano tę właśnie postać. Major Mazanek był chirurgiem ze sporym doświadczeniem klinicznym, który w czasie pokoju pełnił funkcje ordynatorskie w szpitalach wojskowych w Brześciu, Warszawie i Krakowie. Należał do pionierów krwiolecznictwa w Polsce. W Krakowie założył centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, gdzie przeprowadzał badania dotyczące konserwacji materiału pobranego od dawców i przetaczania krwi konserwowanej.

Mazanek w zeznaniach opisuje organizację i sposób funkcjonowania swojego macierzystego miejsca pracy – Szpitala Okręgowego nr 5 w Krakowie, zarówno przed rozpoczęciem wojny, jak i w pierwszych dniach jej trwania. Ukazał też problemy związane z uruchomieniem szpitala ewakuacyjnego nr 21, do którego otrzymał przydział wojenny. Opisując determinację personelu medycznego w niesieniu pomocy ofiarom wojny, pokazuje zmagania z brakiem podstawowych materiałów niezbędnych do pracy, a także z wyjątkowo trudnymi warunkami lokalowymi. Opierając się na jego relacji, pokazano ewakuację szpitala z zagrożonego Lublina na wschód i drogę, jaką major przebył, by przejść granicę rumuńską i finalnie dostać się do Francji. Ostatnia część artykułu zostanie poświęcona analizie krytycznych opinii doktora na temat organizacji opieki medycznej w trakcie kampanii wrześniowej. Ważny jest wniosek, iż niedostatki logistyczne i braki osobowe często znacznie zmniejszały potencjał nawet dobrze zorganizowanych placówek medycznych.

Warto zadać sobie pytanie o aktualność publikowanych treści i ich przydatność dla dzisiejszego czytelnika. Artykuł ukazuje realia działania systemu opieki medycznej w sytuacji skrajnie kryzysowej – konfliktu zbrojnego, który dla społeczeństwa polskiego w 1939 r. stał się wojną totalną, mającą bezpośredni wpływ na życie wszystkich obywateli kraju. Tylko z pozoru są to doświadczenia odległe. Od ponad dwóch lat trwa wojna w Ukrainie, która ma podobny charakter, wpływa również na bezpieczeństwo w regionie. Odwołanie się do sytuacji z września 1939 r., a zwłaszcza krytyczne



Ryc. 1. Przykład materiałów archiwalnych z Instytutu Sikorskiego w Londynie [1]

podejście do błędów, które wówczas popełniono, nasuwa istotne wnioski dla organizacji systemu ochrony zdrowia w sytuacjach kryzysowych mogących wystąpić w przyszłości.

Artykuł został napisany na podstawie niepublikowanych wcześniej materiałów źródłowych, do których należą w szczególności protokoły z przesłuchań mjr. Mazanka przed komisją powołaną w sprawie wyniku kampanii wojennej 1939 r. Miały one miejsce w Paryżu 3 grudnia 1939 r. i w Londynie 7 września 1942 r. Oryginały protokołów przesłuchań znajdują się w zbiorach Instytutu Polskiego i Muzeum im. gen. Sikorskiego w Londynie (Ryc. 1). Warto podkreślić, że we Francji w 1940 r. na polecenie naczelnych władz wojskowych mjr. Mazanek przygotował studium służby zdrowia, w którym – jak podał w zeznaniach przed wspomnianą komisją – oparł się nie tylko na fachowej wiedzy lekarskiej i własnych doświadczeniach, ale wykorzystał także udostępnione mu sprawozdania innych lekarzy-uczestników kampanii wrześniowej. Przeanalizowano

dostępą literaturę tematu i skonsultowano się z historykami zajmującymi się tematem wojny obronnej 1939 r.

DZIAŁALNOŚĆ W KRAKOWIE

Henryk Mazanek urodził się 27 listopada 1899 r. Przed rozpoczęciem wojny pracował na stanowisku starszego ordynatora oddziału chirurgicznego Szpitala Okręgowego nr 5 w Krakowie (Ryc. 2). Uważnie obserwował wzrost napięcia międzynarodowego, wyciągając wnioski dla służby zdrowia w potencjalnym konflikcie. Jesienią 1938 r., w czasie konfliktu zaolziańskiego, opierając się na doświadczeniach wojny hiszpańskiej, zorganizował w macierzystym szpitalu ośrodek krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W ośrodku prowadzono badania dotyczące konserwacji materiału pobranego od pacjentów i późniejszego przetaczania zakonserwowanego produktu. W zamyśle ośrodek miał zabezpieczać zapotrzebowanie na krew szpitali frontowych. Jak wspomina: „Po przedstawieniu władzom przełożonym konieczności utworzenia tego rodzaju ośrodka, kredyty uzyskałem, ośrodek urządziłem i następnie przez cały rok przeprowadzałem doświadczenia z przetaczaniem krwi konserwowanej” [1]. Działanie ośrodka zintensyfikowało się w sierpniu 1939 r. Doktor nawiązał współpracę z regionalnymi organizacjami kobiecymi w celu pozyskania większej liczby dawców. Udało mu się nawet zakonserwować i przygotować 10 l krwi, która miała być użyta w razie wybuchu wojny, jeszcze na jej początku. Niestety już w pierwszych dniach września działanie ośrodka zostało zdeorganizowane i przerwane, ponieważ pracujących tam lekarzy chirurgów skierowano do innych szpitali, a kadra lekarska przysłana w zamian, niemająca żadnego doświadczenia z zakresu zarówno chirurgii, jak i przetaczania krwi, nie była w stanie podjąć w nim pracy.

Kolejną inicjatywą rozpoczętą przez doktora była organizacja w szpitalu drugiej sali operacyjnej, wraz z instrumentarium. To przedsięwzięcie okazało się niezwykle istotne w pierwszych dniach wojny. Po rozwinięciu dodatkowego oddziału chirurgicznego okazało się bowiem, że w magazynach mobilizacyjnych nie ma dla niego przygotowanego instrumentarium, wobec czego trzeba było pracować na narzędziach pozyskanych wcześniej dodatkowo przez mjr. Mazanka. Warto zauważyć, że przydzielona obsada zastępcza, na miejsce oddelegowanych chirurgów, nie była należyta. Wśród zmobilizowanych lekarzy oficerów rezerwy był tylko jeden chirurg (dr Jakubowski), oprócz tego personel oddziału chirurgii stanowili: interniści, laryngolodzy, ginekolodzy, pulmonolodzy. Zespół ten miał za zadanie obsłużyć ok. 300 łóżek. Sytuacja była tym bardziej



Ryc. 2. Szpital Okręgowy nr 5 w Krakowie (działający do dzisiaj) [2]

skomplikowana, że placówka w Krakowie, jako szpital specjalistyczny, miała zajmować się pacjentami w stanie cięższym, dla których pomoc w szpitalach frontowych była niewystarczająca. W założeniu więc zespół składający się z przypadkowo dobranych, nieznanymi sobie wcześniej lekarzy i posiadający tylko jednego specjalistę chirurgii miał wykonywać zabiegi trudne, przekraczające możliwości szpitali polowych. Według opinii przesłuchiwanego sytuacja placówki krakowskiej nie należała do rzadkości i bardzo możliwe, że po pewnym czasie trwania działań wojennych struktura oddziałów chirurgicznych uległaby reorganizacji [1,3].

Oddziały chirurgii szpitala krakowskiego zostały poddane dużej próbie już na początku wojny. 1 września przyjęto ok. 50 osób z obrażeniami ciała odniesionymi na skutek bombardowań lotniska w trakcie pierwszego nalotu niemieckiego. Według relacji Mazanka rany były tak rozległe i skomplikowane, że nawet doświadczeni chirurdzy mieli problem w ich zaopatrywaniu. Po południu 1 września mjr Mazanek zdał oddział dr. Jakubowskiemu i zgodnie z przydziałem mobilizacyjnym (o którym nie został wcześniej poinformowany) wyjechał do Lublina.

DZIAŁALNOŚĆ W LUBLINIE

Major dotarł do Lublina po dwóch dniach podróży. „Z uwagi na trudności komunikacyjne przyjechałem tam dopiero w dniu 3 września. Celem dojechania do miejsca przeznaczenia przesiadałem się 6 razy pociągiem i dodatkowo używałem auta i furmanki” [1]. Po zameldowaniu się u komendanta Kadry 2 Szpitala Okręgowego został przydzielony do zespołu chirurgicznego szpitala ewakuacyjnego nr 21, który był w początkowym stadium organizacji. Na miejscu była już część personelu szpitala wraz z komendantem ppłk. Felicjanem Tukanowiczem (w czasie pokoju naczelnym lekarzem Komendy Miasta Warszawy) [3,4]. Mazanek stwierdził, że mobilizacja szpitala, który miał rozpocząć



Ryc. 3. Uroczystość otwarcia Jesziwas Chachmej Lublin, 1930 r., fot. autor nieznany [5]

działalność w siódmym dniu mobilizacji powszechnej, została źle przygotowana. Brakowało właściwie wszystkiego, począwszy od pomieszczeń, po zaprowiantowanie i umundurowanie szeregowych, którzy byli rozlokowani w wiosce pod Lublinem. Wszystkie przedmioty niezbędne do funkcjonowania organizowano oddolnie, naprędce. Budynki, które miał zająć szpital, były rozlokowane w różnych częściach miasta i według oceny lekarzy trzy z nich „na szpital w ogóle się nie nadawały” [1]. Nie było w nich żadnego wyposażenia – nawet łóżek czy sienników – bieżącej wody oraz kuchni. Ze wskazanych miejsc jedyną lokalizacją, w której szpital mógł być szybko uruchomiony, był budynek szkoły rabinackiej (Ryc. 3), posiadający łóżka, sienniki i pościel. W dniach 6 i 7 września do tego budynku zaczęto zwozić materiał sanitarny. W nocy z 7 na 8 września szpital, na ok. 450 łóżek (z docelowego tysiąca), zaczął działać. Od razu rozpoczęto przyjmowanie rannych pacjentów z frontu, głównie pokaleczonych odłamkami bomb.

Znaczne braki w wyposażeniu szpitala utrudniały jego funkcjonowanie. Kuchnia została uruchomiona dzięki zakupom w mieście oraz rekwizycji garnków. Od początku brakowało opatrunków jałowych, bandaży i podstawowych leków. Major w zeznaniach wymienia braki: morfiny, kamfory, roztworu soli fizjologicznej i surowicy przeciwężkowej. Niewielkie ilości tej ostatniej znaleziono w zestawach chirurgicznych, ale

nie nadawała się do użytku. Jej termin przydatności, początkowo wyznaczony na rok 1935, został sztucznie przedłużony przez naklejenie kartki z napisem: „przedłuża się ważność do r. 1937”. Sala operacyjna nie miała autoklawu i narzędzia trzeba było sterylizować w sąsiednim Szpitalu Żydowskim, co znacznie utrudniało pracę grupy chirurgicznej i pogarszało jej wydajność. Dodatkowo nie było możliwości wykonywania transfuzji krwi, z wyjątkiem tej pozyskanej od personelu szpitala. Placówka wyposażona została w jeden przestarzały aparat Rentgena, który mógłby działać, jednak nie założono do niego żadnej instrukcji. Aparat próbowano uruchomić trzech doświadczonych rentgenologów, ale nie potrafili tego zrobić.

W trakcie funkcjonowania szpitala pomoc otrzymało ok. 1000 pacjentów. Stan niektórych rannych był bardzo ciężki (mnogie obrażenia po wybuchach bomb). „Ranni przebywali w stanie opłakanym z opatrunkami prowizorycznymi założonymi niejednokrotnie przez kolegów” [3]. Mimo braków kadrowych i zaopatrzeniowych dzięki ofiarnej pracy personelu szpitala „każdy był odpowiednio zaopatrzony, zoperowany, pielęgnowany” [1].

Wobec ciągłego napływu rannych lekarze zaczęli na własną rękę szukać miejsc nadających się do szybkiego zaadaptowania na placówkę medyczną. Major zaproponował komendantowi wykorzystanie pobliskiego

budynku gimnazjum biskupiego – posiadał on wszystkie wymagane elementy wyposażenia: pewną liczbę łóżek i sienników, instalację wodną i działającą kuchnię. Władze wojskowe wyraziły zgodę na zajęcie obiektu, w którym byli tymczasowo zakwaterowani policjanci, ewakuowani z terenów już zajętych przez Niemców. „Po dłuższych z nimi pertraktacjach budynek ten wreszcie i to dość niechętnie opróżnili” [1]. W ciągu dwóch dni – 9 i 10 września – urządzono tam szpital na 250 łóżek, który nie został finalnie uruchomiony, gdyż otrzymano rozkazy ewakuacji.

EWAKUACJA

W dniach 11 i 12 września do komendanta jednostki zaczęły docierać sprzeczne rozkazy o ewakuacji. Ostateczny rozkaz otrzymano wieczorem 12 września i w nocy z 12 na 13 września szpital ewakuowano w kierunku Lwowa. Oficerowie lekarze musieli organizować transporty ewakuacyjne osobiście. Pomimo usilnych starań nie udało się uzyskać samochodów do ewakuacji rannych, dlatego użyto pociągów towarowych. Transport chorych odbył się w bardzo złych warunkach, w wagonach brakowało nawet słomy. Wyekspediowano dwa lub trzy takie pociągi, każdy skład miał przydzielonego lekarza i pewną liczbę pielęgniarek do zajmowania się chorymi podczas podróży. Drogą kolejową transportowano cały materiał sanitarny, chorych, większość lekarzy, pielęgniarek i szeregowych. Wiadomo, że co najmniej jeden z wysłanych pociągów dotarł do Lwowa, los innych jest nieznany [1].

Niewielka część personelu (w tym Mazanek i 30 sanitariuszy) wyjechała z Lublina samochodami jako kwatermistrze szpitala, aby zainstalować go w nowym miejscu [1].

Ze względu na walki w rejonie Rawy Ruskiej transport kołowy nie dojechał do Lwowa, ale został skierowany na Włodzimierz, gdzie szef sanitarny Naczelnego Dowództwa polecił lekarzom dotrzeć do Lwowa przez Tarnopol. Po przybyciu do Tarnopola (15 września) otrzymano rozkaz przejazdu do Kopyczyniec, gdzie koncentrowano jednostki służby zdrowia [6]. W dniu 17 września, po wkroczeniu bolszewików, wyruszone z Kopyczyniec na Horodenkę i Śniatyn, gdzie następnego dnia rano konwój przekroczył granicę rumuńską [1].

Podczas przejazdu przez Rumunię w miejscowości Focsani mjr Mazanek spotkał płk. dr. Zygmunta Łaskiego z Departamentu Zdrowia MSWojsk., który poinformował go o tworzeniu sanitariatu w miejscowości Tulcea. Stamtąd Mazanek uciekł po trzech tygodniach i po załatwieniu niezbędnych formalności w Bukareszcie wyjechał do Francji.

Ze szczątkowych informacji wynika, że w późniejszym okresie służył w szpitalach II Korpusu Polskiego we Włoszech. Jego dalsze losy po zakończeniu wojny nie są znane.

PRÓBA OCENY FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W KAMPANII WRZEŚNIOWEJ

W trakcie przesłuchania major został poproszony o wymienienie czynników, które jego zdaniem negatywnie rzutowały na organizację systemu ochrony zdrowia. Odpowiedzi przytoczone i przeanalizowane poniżej powinny zwrócić szczególną uwagę czytającego, gdyż są oceną człowieka działającego w strukturach różnych szpitali, w okresie najbardziej zintensyfikowanych działań wojennych.

Polska nie posiadała wystarczająco rozwiniętej struktury, równomiernie rozłożonych szpitali samorządowych. Sieć stosunkowo małych palcówek bardzo ułatwiłaby organizację szpitali polowych, każdy z nich mógłby stać się bazą dla nowo rozwijającego się w danym miejscu szpitala polowego. Takie ośrodki powinny mieć minimalne wyposażenie, składające się przede wszystkim z czynnej i należącej wyposażonej sali operacyjnej, gdzie ośrodek polowy mógłby przeprowadzać zabiegi. Dodatkowym wyposażeniem powinien być funkcjonujący aparat Rentgena, pewna liczba łóżek z pościelą, instalacja bieżącej wody i działająca kuchnia. Braki infrastruktury medycznej były szczególnie odczuwalne na Kresach, w czasie pokoju poziom opieki medycznej w tym rejonie był niewystarczający, co z nawiązką uwidoczniło się w warunkach czynnego konfliktu zbrojnego. Zdaniem doktora również liczba rozwijanych szpitali polowych i ewakuacyjnych była za mała. O prawdziwości tego sądu może świadczyć choćby przepełnienie jednostki w Lublinie (opisanej wyżej) w dniach 8-13 września.

Piętą achillesową było zaopatrzenie medyczne. Materiał sanitarny w wielkich ilościach magazynowano w centralnej składnicy w Warszawie i w jej małej filii w Przemyślu [3,7]. Do jego przewiezienia potrzebowano wielu pociągów. Skutkiem tego materiał ten nie mógł być dostarczony do jednostek polowych, a rozwinięcie składnic sanitarnych w trzecim tygodniu wojny okazało się całkowicie nierealne podczas tak dynamicznych działań obu stron. Rozwiązaniem problemu mogłoby być utworzenie kilku składnic sanitarnych przed wojną i równomierne gromadzenie materiału w różnych częściach kraju. Materiał winien być również magazynowy w miejscach, gdzie w zamierzeniu miały rozwijać się szpitale wojenne (np. garnizonowe izby chorych), tak aby posiadały wszystkie niezbędne rzeczy zawsze i by nie musiano ich naprędce organizować. Opisana

sytuacja dotyczyła także pościeli, bielizny szpitalnej, koców itp., za dostarczenie których odpowiadała służba intendentury (jak wówczas określano wojskowe służby logistyczne). Kupowanie łóżek czy materacy po ogłoszeniu mobilizacji – co przewidywały przepisy i na co były zarezerwowane środki – okazało się niemożliwe, sektor cywilny nie był w stanie zaspokoić tak szybko zwiększającego się popytu. Efektem były braki w podstawowym wyposażeniu. Przykładem mogą być wcześniej wspomniane garnki dla kuchni Szpitala Ewakuacyjnego nr 21 w Lublinie.

Przed wszystkim transport sanitarny w Wojsku Polskim opierał się na trakcji konnej, choć np. w armii niemieckiej był on w pełni zmotoryzowany. Samochodów nie miały ani kompanie sanitarne, ani szpitale wojenne. Z powodu zniszczenia linii kolejowych, w niewielkim stopniu można było wykorzystać pociągi sanitarne, na skutek tego rannych przewożono często pociągami towarowymi – jak w przypadku Lublina.

Zaopatrzenie w produkty lecznicze wyglądało podobnie jak zaopatrzenie w materiały sanitarne. Apteki w rejonie nie były przygotowane na nagłe zwiększenie zapotrzebowania na leki. Brakowało dosłownie wszystkiego. Należy zwrócić uwagę na niedostępność preparatów krytycznych do opieki nad pacjentami rannymi i urazowymi, jak morfina, sól fizjologiczna, surowica przeciwężcowa. W salach chirurgicznych brakowało narzędzi i autoklawów, co zmniejszało wydolność zespołów chirurgicznych. Centra krwiolęcznictwa nie działały ze względu na zmiany kadrowe, a nowo powstałe jednostki w takie zespoły nie były wyposażane. Przetaczanie krwi podczas kampanii było więc znacznie ograniczone. Innym problemem była dostępność bardziej zaawansowanych urządzeń, jak np. aparatów Rentgena, które wielokrotnie były przestarzałe i zwyczajnie nie nadawały się do uruchomienia.

Nie lepiej sytuacja wyglądała w cywilnej ochronie zdrowia [8]. Mała liczba lekarzy praktykujących na wsiach przyczyniała się do małej konsumpcji leków w okresie II RP. Niewielki popyt był czynnikiem hamującym rozwój przemysłu farmaceutycznego, ten z kolei nie mógł rozwinąć się do rozmiarów założonych w planach mobilizacyjnych. Z powodu braku masowych szczepień nie uodporniono ludności cywilnej od zasadniczych chorób zakaźnych: duru brzuszego i plamistego oraz czerwonki, które panowały w Polsce stale i były plagą ludności, zwłaszcza wschodniej części kraju. Wybuch epidemii tych chorób podczas wojny mógł mieć katastrofalne następstwa dla armii.

Kolejnym aspektem wartym przeanalizowania jest wykorzystanie zasobów ludzkich. Już w pierwszych dniach kampanii liczba chirurgów pracujących w Polsce okazała się dalece niewystarczająca. Było ich tak mało, że nie tworzyli nawet „kręgosłupa” działających

oddziałów chirurgicznych, przy założeniu wykorzystania pomocy lekarzy innych specjalności. Proces kształcenia chirurga okazał się być zbyt długi i kosztowny dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. W praktyce potrzeba było na to ok. 5-6 lat i w ciągu 20 lat niepodległego państwa nie udało się wykształcić odpowiednio wydolnego systemu promującego karierę chirurgiczną. Zespoły chirurgiczne, działające przed wojną w strukturach szpitali wojskowych, z chwilą mobilizacji zostały zdekompletowane, niekiedy bez wyraźnego praktycznego powodu, gdyż wojenne przydziały chirurgów do szpitali, które dopiero się organizowały, faktycznie skazywały je na bezczynność. Doprowadziło to do znacznego spadku wydajności zespołów operacyjnych i sparaliżowania pracy oddziałów. Podobnie przedstawiała się sytuacja lekarzy rezerwy innych specjalności; brak wcześniejszego przeszkolenia w zakresie przeznaczonych dla nich funkcji dodatkowo utrudniał pracę w nowym środowisku i ciężkich warunkach wojennych. Taki obraz wyłania się też z innych opisów wydarzeń wrześniowych. Major rezerwista lekarz Józef Heller [7] dopiero 12. dnia mobilizacji dotarł na miejsce koncentracji na skutek złego poinformowania. Tam stwierdził, że mimo wielkiego skupienia służb medycznych, ok. 2000 osób, pomoc pacjentom była udzielana w znikomym stopniu – przez brak właściwej organizacji. Również kpt. rez. dr Józef Machowicz, dyrektor szpitala powiatowego w Sochaczewie, przez 10 pierwszych dni trwania kampanii przemieszczał się z Warszawy do Lwowa, praktycznie nie lecząc pacjentów [8].

Ewakuacja szpitali, rozwiniętych uprzednio z wielkim trudem, przeprowadzana była chaotycznie, często ze szkodą dla pacjentów. Transportowani w fatalnych warunkach sanitarnych, dostawali się do niewoli w stanie o wiele gorszym niż przed ewakuacją szpitala, a wielu z nich umierało. Rozwiązaniem było niezmiennianie lokalizacji szpitali już rozłożonych i pozostawienie chorych pod opieką lekarzy ochotników. W czasie kampanii wrześniowej istniały miejsca, gdzie leczono rannych obu walczących stron, a w pracy pomagał także personel niemiecki.

Widoczny brak współpracy Ministerstwa Spraw Wojskowych z Ministerstwem Opieki Społecznej owocował brakiem skoordynowanych działań na poziomie centralnym, co potem uwydatniło się na niższych szczeblach [9].

PODSUMOWANIE

W sytuacjach skrajnie kryzysowych, jak konflikt zbrojny, obnażone zostają wszystkie niedomogi systemu ochrony zdrowia. Wrzesień 1939 r. jest najlepszym tego przykładem. Dziś, gdy w naszej części świata toczy

się regularna wojna, na czasie jest pytanie: na ile nasz system jest przygotowany do działania podczas aktywnego konfliktu zbrojnego? Należy przemyśleć i zorganizowany system powinien maksymalnie zniwelować pewne, zrozumiałe w tych warunkach, niedociągnięcia.

Major Mazanek, przedstawiając krytyczną analizę działania służby zdrowia w warunkach kampanii wrześniowej, sformułował szereg wniosków i propozycji, aktualnych również we współczesnych realiach. Szpitale polowe powinny być lokalizowane w miejscach ze stałym dostępem do bieżącej, czystej wody, tak aby nie musiały polegać na zaopatrzeniu beczkowozami. Konieczne jest posiadanie przez nie profesjonalnego, autonomicznego bloku chirurgicznego, z wyposażeniem w aparaturę, autoklawy i agregaty. Sprzęt sanitarny i akomodacyjny – łóżka, materace, pościel, opatrunki jałowe, bandaże – powinien być magazynowany w wielu równomiernie rozmieszczonych składnicach w terenie i miejscach wcześniej zaplanowanych do rozwinięcia szpitali polowych. To samo dotyczy zgromadzenia leków, których odpowiednie ilości są niezbędne do funkcjonowania ochrony zdrowia (analgetyki, surowica przeciwężcowa, antybiotyki). Bardzo ważne jest zaopatrzenie jednostek frontowych w preparaty krwiopochodne, niezbędne w leczeniu mnogich urazów, częstych w warunkach wojennych. Armia żołnierzy zaszczepionych jest o wiele bezpieczniejsza podczas aktywnego konfliktu – żołnierze zgrupowani w jednostkach i działający na froncie są grupą wyjątkowo podatną na wybuch epidemii przez duże zagęszczenie ludzi, przebywanie w złych warunkach sanitarnych itp. Populacja o odpowiednim współczynniku odporności grupowej, stosująca szczepionki, stanowi o wiele mniejsze ryzyko dla armii działającej na danym terytorium. Równie ważne jest odpowiednie wykorzystanie zasobów ludzkich. System mobilizacji służby zdrowia powinien stanowić adekwatną odpowiedź na szybko rosnące w pierwszych dniach wojny zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. Jeśli więc lekarze zostaną wcześniej zapoznani z przydziałami wojennymi i nowymi miejscami pracy, zdecydowanie szybciej do nich dotrą, co oznacza szybsze osiągnięcie gotowości do pracy. Rozbijanie wcześniej działających zespołów klinicznych, szczególnie chirurgicznych, wyraźnie wpływa na pogorszenie ich wydajności i jakości świadczonych przez te zespoły procedur medycznych. Ciągłość personelu stanowi też ważny element działania ośrodków wysoko wyspecjalizowanych, personel przygodny nie jest w stanie podjąć tam pracy bez wcześniejszego długiego

przeszkolenia, przez co ich działalność grozi zawieszeniem. Specjalizacją krytyczną w czasie konfliktu okazują się chirurdzy – ich doświadczenie i umiejętności w leczeniu ran i obrażeń są nieocenione. System opieki zdrowia powinien dysponować odpowiednią liczbą tych specjalistów, aby zachować wydolność. Ten wniosek jest szczególnie trudny w kontekście zmniejszającej się liczby chirurgów w Polsce i drastycznego wzrostu średniej wieku lekarzy tej specjalizacji.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego w Londynie, IPMS, sygn. B.I.118/63, Protokół przesłuchania mjr. dr. Henryka Mazanka przed Komisją powołana w związku z wynikiem kampanii wojennej 1939 r. z dnia 7 września 1942 r.
- [2] Mazur P., *Szpital Wojskowy przy ul. Wrocławskiej (5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie)*, [online:] <http://bankfoto.info/wp-content/uploads/2021/12/164097141461cf3c96d9259.jpg> – 22 XI 2023.
- [3] Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego w Londynie, IPMS, sygn. B.I.118/63, mjr dr Henryk Mazanek, Załącznik do zeszytu ewidencyjnego, Paryż, 3 grudnia 1939 r.
- [4] Rybka R., Stepan K., *Najlepsza broń. Plan mobilizacyjny „W” i jego ewolucja*, Oficyna Wydawnicza „Adiutor”, Warszawa (Polska) 2010, 594 (tabela mobilizacyjna Kadry 2 Szpitala Okręgowego w Chełmie).
- [5] Kalwińska E., *Jesziwa lubelska – Jeszywas Chachmej Lublin. Powstanie i rozwój lubelskiej Jesziwy w latach 1923-1939*, [online:] <https://teatrnn.pl/cache/dlibra/image/11/11519/1920x1280/> – 22 XI 2023.
- [6] Włodarkiewicz W., Wesołowski A., *Bezpieczeństwo militarne Rzeczypospolitej Polskiej. Koncepcja przedmościa rumuńskiego w dokumentach*, Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa 2022.
- [7] Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego w Londynie, IPMS, sygn. B.I.118/67, mjr rez. Józef Heller, kierownik filii PZH w Krakowie, Sprawozdanie z udziału w kampanii polskiej 1939 r., Bomlitz (Niemcy), 26 października 1945 r.
- [8] Instytut Polski i Muzeum gen. Sikorskiego w Londynie, IPMS, sygn. B.I.118/57, kpt. rez. dr Józef Machowicz, dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie, Załącznik do zeszytu ewidencyjnego, Paryż, 16 grudnia 1939 r.
- [9] Felchner A., *Polski wrzesień 1939 r. – wojna na dwa fronty*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Kielcach. Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Instytut Historii, Piotrków Trybunalski (Polska) 2000, 115-132.