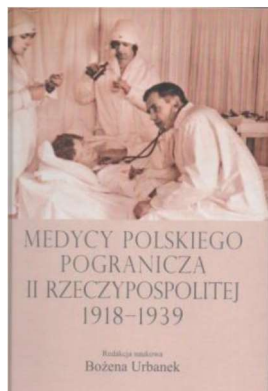


Artur Ochał

**Służba sanitarna Korpusu Ochrony Pogranicza (1929–1939).
Lekarze i sanitariusze w służbie żołnierzy i ludności kresowej II Rzeczypospolitej.**



Artykuł został opublikowany w 2018 r. na łamach wydawnictwa pokonferencyjnego Polskiej Akademii Nauk pt. *Medycy Polskiego Pogranicza II Rzeczypospolitej 1918-1939*, pod red. Bożeny Urbanek.

Kresy Wschodnie II Rzeczypospolitej Polskiej, dzięki opowieściom naszych dziadków i rodziców – powojennych repatriantów, wydają nam się miejscem urokliwym i egzotycznym, głównie za sprawą młodzieńczych lub dziecięcych wspomnień osób opowiadających. Ale wspomnienia te weryfikowane przez dokumenty i doniesienia prasowe, mogą zostać zredukowane, ukazując trudną i nieidylliczną, kresową rzeczywistość. Polska administracja obejmująca po 1921 r. swoją władzą wschodnie obszary powstałego po latach zaborów państwa, musiała borykać się z wieloma problemami. Jedną z takich palących kwestii była ochrona granicy i zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom na pograniczu polsko–radzieckim i polsko–litewskim. W latach 1921–1924 podejmowano wprawdzie próby utworzenia skutecznej formacji granicznej, która byłaby w stanie przeciwstawić się radzieckiej dywersji i pospolitemu bandytyzmowi, ale dopiero po dramatycznych wydarzeniach 1924 r., Rada Ministrów podjęła decyzję o utworzeniu specjalnej formacji wojskowej, tj. Korpusu Ochrony Pogranicza. Doświadczenie kolejnych 15–lat wykazały, że była to decyzja ze wszech miar słuszna, gdyż formacja ta stała się skuteczną ochroną i zabezpieczeniem ze strony sąsiednich, wrogich nam państw. Formacja złożona z różnych służb i specjalności stała się z czasem efektywnym organem administracji specjalnej, chroniącej ludność i własnych żołnierzy. Jedną z takich służb odpowiedzialnych za żołnierzy przydzielonych do KOP była służba zdrowia, która ze względu na pozamedyczny zakres swojej działalności określana była także, jako służba sanitarna. Dzieje poszczególnych służb KOP, w tym również służby sanitarnej zasadniczo nie doczekały się odrębnego, szerszego omówienia, za wyjątkiem krótkiego studium Pawła Skubisza *Służby Korpusu Ochrony Pogranicza w latach 1924–1929*, zamieszczonego w „Biuletynie” Centralnego Ośrodka

Szkolenia Straży Granicznej w Koszalinie¹. Niestety, w opracowaniu tym tylko jeden akapit poświęcono służbie zdrowia. Wprawdzie w 2007 r. ukazał się artykuł Józefa Piotra Knapa pt. „*Służba zdrowia Korpusu Ochrony Pogranicza (1924–do mobilizacji 1939)*”², ale został on opublikowany na łamach powyższego „Biuletynu”, który będąc wydawnictwem o resortowym charakterze, docierał do bardzo wąskiego kręgu czytelników - funkcjonariuszy i pracowników tej formacji. Z tego też względu powyższy artykuł nie dotarł do szerszego kręgu historyków zajmujących się dziejami medycyny wojskowej. Należy wspomnieć jeszcze dwa przedwojenne artykuły z tego zakresu, tj. Aleksandra Cybulskiego, *Stan zdrowotny Korpusu Ochrony Pogranicza w latach 1925–1931*, zamieszczony na łamach „Lekarza Wojskowego”³, będący szczegółowym omówieniem statystyk zachorowalności i umieralności żołnierzy KOP, oraz tekst autorstwa kpt. dr. lek. Kornela Mikulewicza *Praca społeczna lekarzy Korpusu Ochrony Pogranicza*⁴, także opublikowany na łamach „Lekarza wojskowego” w 1934 r.

Wprawdzie, jak ocenia Józef Piotr Knap, historia służby zdrowia Wojska Polskiego II Rzeczypospolitej została już stosunkowo dobrze poznana i opracowana m.in. dzięki badaniom Tadeusza Brzezińskiego, Andrzeja Felchnera, Czesława Marmury, Romana Wankiewicza⁵ i innych, ale dzieje służby medycznej KOP są nadal zagadnieniem stosunkowo słabo poznanym, szczególnie w zakresie działań wojennych w 1939 r. Stan ten to wynik niemal zupełnego braku źródeł archiwalnych (tj. rozkazów, meldunków) i relacji żołnierzy, szczególnie z okresu mobilizacji i walk oddziałów KOP z sowieckim agresorem. Istnieją jednak możliwości odtworzenia działalności tej służby przed wybuchem wojny. Zachowane dokumenty proveniencji KOP, przechowywane w zasobach Archiwum Straży Granicznej w Szczecinie, pomimo znacznych braków, dają możliwość badań nad służbą sanitarną KOP w okresie od momentu utworzenia formacji w 1924 r. do częściowej mobilizacji w marcu 1939 r. Z tego też względu warto, opierając się o artykuł Józefa Piotra Knapa, dodając nowe ustalenia i szczegóły uzyskane z kwerend dokumentów, przypomnieć dzieje tej tak ważnej dla KOP służby pełnionej przez lekarzy wojskowych oraz sanitariuszy. Przy czym aby właściwie

¹ P. Skubisz, *Służby Korpusu Ochrony Pogranicza w latach 1924–1929*, „Biuletyn” COS SG w Koszalinie 2005, nr 4, s. 206–214.

² J. P. Knap, *Służba zdrowia Korpusu Ochrony Pogranicza (1924–do mobilizacji 1939)*, „Biuletyn” COS SG w Koszalinie 2007, nr 4, s. 183–204.

³ A. Cybulski, *Stan zdrowia Korpusu Ochrony Pogranicza w latach 1925–1931*, „Lekarz wojskowy” 1933, nr 7, s. 339–351; c.d. „Lekarz wojskowy” nr 8, s. 400–413.

⁴ K. Mikulewicz, *Praca społeczna lekarzy Korpusu Ochrony Pogranicza*, „Lekarz wojskowy” 1934, nr 4, s. 5–11 (w zbiorach Biblioteki Narodowej także, jako nadbitka).

⁵ T. Brzeziński, *Służba zdrowia Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie 1939–1946. Z Armią Andersa z ZSRR ku Polsce*, 2008; A. Felchner, *Szpitala wojskowe II Rzeczypospolitej*, „Wojskowy Przegląd Historyczny” 1996, nr 3, s. 102–126; *idem*, *Służba zdrowia Wojska Polskiego: (od jesieni 1918 r. do mobilizacji w 1939 r.)*, 1990; Cz. Marmura, *Medyczna myśl wojskowa II Rzeczypospolitej*, 1998; R. Wankiewicz, *Ocena pracy służb zdrowia w czasie wojny obronnej 1939 r.*, Bydgoszcz 1987.

ocenić znaczenie i rolę lekarzy i sanitariuszy tej formacji, należy w ogólnym stopniu zapoznać czytelnika z genezą jej utworzenia i warunkami służby żołnierzy.

Korpus Ochrony Pogranicza był specjalną formacją wojskową, która w okresie 1924–1939 czujnie strzegła i zdecydowanie broniła polskiej granicy wschodniej przed atakami sowieckiej dywersji i litewskich bojówek oraz zwalczała przemyt z Litwy, Niemiec i Rumunii. Jej struktura i zadania przez lata ewoluowały, przez co stała się sprawnym organem polskiego państwa i ważnym elementem sił zbrojnych II Rzeczypospolitej. Jego utworzenie w 1924 r. było następstwem sytuacji jaka wytworzyła się na kresach wschodnich po wojnie polsko–rosyjskiej (1918–1921). Wschodnie pogranicze po ratyfikacji polsko–radzieckiego traktatu pokojowego w Rydze (30 kwietnia 1921 r.), nadal nie było miejscem stabilnym i bezpiecznym dla mieszkającej tam ludności, zwłaszcza, że władze Rosji Radzieckiej nie zarzuciły swoich planów przeniesienia „płomienia” rewolucji do krajów Europy Zachodniej. Pomimo formalnego wyznaczenia granicy polsko–radzieckiej i nawiązania stosunków dyplomatycznych, bolszewicy w rzeczywistości nie uznawali postanowień pokojowych i dostępnymi sposobami dążyli do destabilizacji sytuacji w Polsce. Osłabienie Polski stwarzałoby możliwość wywołania białoruskiej lub ukraińskiej irredenty, a w ich konsekwencji przypuszczalnie rozpad państwa polskiego. Podsyćanie konfliktów wewnętrznych i antagonizowanie antypolsko nastawionych mniejszości narodowych, stwarzało radzieckiej dyplomacji możliwość osłabienia autorytetu Polski na arenie międzynarodowej. Granica wschodnia II Rzeczypospolitej pozostawała w ciągłym zagrożeniu, zwłaszcza że ze względów topograficznych była łatwa do przekroczenia, a trudna do zabezpieczenia przed radzieckimi grupami dywersyjnymi i miejscowymi bandami. Wg ustaleń historyków wojskowości, w okresie od marca 1921 do kwietnia 1924 r., na terenie kresów odnotowano aż 259 wypadków bandyckich, inspirowanych z terenu Związku Radzieckiego. Ich eskalacja nastąpiła w drugiej połowie 1923 r. i związana była z radziecką akcją osłonową dla przewidywanej w tym czasie rewolucji komunistycznej w Niemczech. Celem sowieckich ataków były polskie zaścianki, dwory, plebanie, obiekty komunikacyjne, posterunki policji i wojska, a nawet kresowe miasteczka. Rabowano ludność, pozbawiano ją dobytku i żywego inwentarza, dochodziło do gwałtów i morderstw mieszkańców pogranicza. Szczególnie zagrożone były osady położone wzdłuż granicy, gdyż, w większości wypadków, bandy dywersyjne i rabunkowe wycofywały się na terytorium Związku Radzieckiego, gdzie miały oparcie w instytucjach wojskowych i mogły przygotowywać kolejne napady. Bezkarność sowieckiej dywersji stawiała znak zapytania nad polskimi możliwościami opanowania sytuacji na kresach wschodnich i ukazywała niestabilność miejscowej

administracji. Szczególnie, że sowiecka akcja dywersyjna związana była m.in. z uznaniem polskiej granicy wschodniej przez Radę Ambasadorów w marcu 1923 r. oraz podpisaniem protokołu o jej ostatecznej delimitacji w lipcu 1924 r.

Równie niespokojne było pogranicze polsko–litewskie, gdzie ze względu na brak unormowania stosunków dyplomatycznych i wytyczonej linii granicznej, dochodziło do incydentów zbrojnych, w większości inspirowanych przez władze litewskie. Ponadto, w kompleksach leśnych Białostoczczyzny i Grodzieńszczyzny działały prolitewskie oddziały białoruskie, prowadzące antypolską partyzantkę. Celem ich ataków byli głównie Polacy zamieszkujący w strefie przygranicznej, właściciele majątków ziemskich i dużych gospodarstw rolnych.

Aktywność radzieckich i litewskich grup dywersyjnych zbiegła się w czasie z likwidacją jednostek wojskowej Straży Granicznej i pośpiesznym przekazaniem ochrony granicy oddziałom Policji Państwowej (1 lipca 1923 r.). Sytuacja na kresach z tygodnia na tydzień zaczynała się wymykać spod kontroli władz, zwłaszcza, że nieliczne i nieprzygotowane oddziały policji oprócz pilnowania granicy, skierowano także do ochrony szlaków komunikacyjnych, mostów i linii kolejowych. Mimo prób uszczelnienia granicy przez przydzielenie dodatkowych sił policyjnych, sytuacja nie ulegała poprawie, a liczba i zakres napadów utwierdziła władze w przekonaniu, że dla zapewnienia porządku i bezpieczeństwa, konieczne stało się użycie jednostek wojskowych. Stosunkowo szybko udało się spacyfikować pogranicze polsko–litewskie, ale trudniejsza do opanowania okazała się sytuacja na pograniczu polsko–radzieckim, gdzie przydzielone oddziały miały jedynie wspierać działania policji. Skala wydarzeń, jakie miały miejsce w lipcu i sierpniu 1924 r. (napady na Wiszniew i Stołpce), zmusiły władze państwowe do przeprowadzenia natychmiastowych zmian w systemie ochrony granicy, tj. do utworzenia specjalnej formacji wojskowej. W dniach 21–22 sierpnia 1924 r. w Spale, pod przewodnictwem prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, odbyło się posiedzenie Rady Ministrów poświęcone kwestii bezpieczeństwa na pograniczu polsko–radzieckim. Wobec prawdopodobnie nieskutecznego wprowadzenia stanu wyjątkowego oraz niemożności podjęcia ostrej akcji dyplomatycznej wobec Związku Radzieckiego, na wniosek ministra spraw wojskowych gen. dyw. Władysława Sikorskiego, postanowiono utworzyć Korpus Ochrony Pogranicza (KOP), jako formację wojskową, scentralizowaną i samodzielną, ale podległą Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, co miało ułatwić współdziałanie z administracją oraz innymi organami bezpieczeństwa publicznego.

Na przełomie sierpnia i września 1924 r. zainteresowane resorty przystąpiły do opracowania struktury oraz dokumentów organizacyjnych, a szczególnie zasad działania formacji wojskowej w ramach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. KOP miał zostać zorganizowany przez Ministerstwo Spraw Wojskowych z oficerów i podoficerów zawodowych oraz szeregowych obowiązkowej służby wojskowej. W związku z koniecznością pilnego utworzenia formacji, już 12 września 1924 r. gen. Sikorski, wydał rozkaz o formowaniu KOP dla objęcia ochrony granic ze Związkiem Radzieckim, Litwą oraz Łotwą. 17 września ukazał się rozkaz i instrukcja określające strukturę organizacyjną, etaty dowództw i jednostek formacji oraz ich zadania. Pierwszym dowódcą i faktycznym jej organizatorem mianowany został gen. dyw. Henryk Odrowąż-Minkiewicz (ur. 1880 r. – zg. 1940 r.), który jak odnotowuje Józef Piotr Knap, był niedoszłym lekarzem, gdyż przez pewien czas studiował medycynę na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie⁶.

Nowa formacja graniczna zyskała charakter stałego, zorganizowanego w sposób wojskowy organu wykonawczego II Rzeczypospolitej Polskiej. W okresie służby pokojowej w zakresie ochrony granicy, służby granicznej oraz finansowo podlegała Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, pod względem personalnym, uzbrojenia, wyposażenia oraz zaopatrzenia zależna była od Ministerstwa Spraw Wojskowych. W okresie od października 1924 r. do marca 1926 r. dla ochrony granicy polsko-radzieckiej, polsko-litewskiej i polsko-łotewskiej sformowano: dowództwo KOP w Warszawie, sześć brygad KOP w skład, których weszło łącznie 24 bataliony piechoty KOP oraz 19 szwadronów kawalerii KOP, które objęły ochroną granicę wschodnią. Jesienią 1927 r. w ramach reorganizacji struktur KOP, we wszystkich brygadach utworzone zostały bataliony odwodowe, w tym 29 Batalion KOP w Suwałkach (w składzie 6 Brygady KOP), o mieszanym graniczno-odwodowym charakterze, który objął ochroną 75,7 km fragment granicy polsko-niemieckiej z Prusami Wschodnimi. Jednostki formacji przejęły także ochronę fragmentu granicy polsko-rumuńskiej wzdłuż Dniestru. W 1932 r. jednostki KOP ochraniały łącznie 2316,38 km granicy wschodniej, tj. 2/5 całej granicy II Rzeczypospolitej Polskiej⁷. Według stanu na dzień 1 stycznia 1931 r. służbę w KOP pełniło 732 oficerów i chorążych oraz 22.545 szeregowców (podoficerów i szeregowych)⁸. Struktura KOP w kolejnych latach, aż do wybuchu wojny w 1939 r. ulegała

⁶ J. P. Knap, *Służba...*, s. 185.

⁷ Oddziały KOP ochraniały w tym czasie: 1.475,056 km granicy polsko-radzieckiej, 112,885 km polsko-łotewskiej, 539,812 km polsko-litewskiej, 75,7 km polsko-niemieckiej i 112,925 km polsko-rumuńskiej. Zob. Archiwum Straży Granicznej w Szczecinie (dalej: ASG), Dowództwo KOP, sygn. 177/147, Komunikat dyslokacyjny KOP, Warszawa 1932 r.

⁸ Stan etatowy KOP na dzień 1 stycznia 1931 r., [w:] *O Niepodległą i granice. Korpus Ochrony Pogranicza 1924–1939. Wybór dokumentów*, wstęp i oprac. M. Jabłonowski, Warszawa – Pułtusk 2001, s. 208–214.

stopniowym przeobrażeniom m.in. w związku ze zmianami sytuacji geopolitycznej w Europie. Zmieniła się m.in. liczba i rozmieszczenie batalionów KOP oraz ich podległość brygadam i pułkom. Tworzono nowe pododdziały tj. posterunki żandarmerii, kompanie saperów, bataliony forteczne, oddziały artylerii.

Do głównych zadań KOP należało m.in.: zabezpieczenie znaków i urządzeń granicznych przed celowym lub przypadkowym zniszczeniem; zabezpieczenie dochodów państwa z tytułu opłat celnych (ochrona celna); zapobieganie nielegalnemu przekraczaniu granicy przez organy obce oraz przez osoby nieuprawnione, zapobieganie przenoszeniu antypolskich opracowań; ściganie wrogiej i antypaństwowej działalności, a także walka z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych i ochrona granicy pod względem wojskowym w dziedzinie obronności państwa. W miarę upływu czasu, formacja zaczęła realizować dodatkowe zadania o charakterze charytatywnym i społecznym na rzecz miejscowej ludności (m.in. w zakresie opieki zdrowotnej i oświatowej), których celem miało być umacnianie polskiej państwowości oraz przyciąganie i przywiązanie mieszkańców do II Rzeczypospolitej Polskiej. Działania te nastawione były m.in. na wspieranie rozwoju gospodarczego kresów, pomoc w zwalczaniu nędzy oraz aktywizowania ludności dla podniesienia ogólnego poziomu jej życia i świadomości państwowej. W wielu miejscowościach załogi strażnic KOP spontanicznie pomagały mieszkańcom w walce z żywiołami i ich skutkami, m.in. z pożarami i klęskami powodzi. Wielokrotnie były też inicjatorami i organizatorami obchodów świąt państwowych i kościelnych, a także różnorodnych imprez sportowych, oświatowych i kulturalnych.

Podstawową jednostką w ramach KOP były bataliony graniczne, przeznaczone do bezpośredniej ochrony granicy. Były one jednostkami samodzielnymi w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa na pograniczu oraz administracyjnym i gospodarczym. Ze względu na konieczność zapewnienia żołnierzom i kadrze zawodowej należytej opieki medycznej, w trudnych warunkach wschodniego pogranicza i przy znacznym rozproszeniu oddziałów (strażnice, plutony graniczne, dowództwa kompanii granicznych, szwadrony kawalerii), stanowiska lekarzy utworzone zostały w strukturze dowództw batalionów. Prawdopodobnie przy ich tworzeniu oparto się na doświadczeniach wcześniejszych formacji granicznych (m.in. Batalionów Celnych i wojskowej Straży Granicznej), które także miały lekarzy na szczeblu batalionów. Dla lekarzy przewidziane zostały etatowe stanowiska kapitanów, a jako personel pomocniczy przydzielono im podoficerów sanitarnych (etat sierżanta) oraz patrol sanitarny (etatowo kapral i dwóch szeregowych). W 1937 r. do obsady izb chorych dodano

dwóch sanitariuszy (szeregowych)⁹. Stanowiska lekarzy przewidziane były wyłącznie dla oficerów korpusu sanitarnego (służby zdrowia), którzy wchodzili w skład kadry Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych. Pod względem służbowym lekarze podlegali bezpośrednio dowódcom batalionów, a pod względem fachowym początkowo referentowi, a następnie szefowi służby zdrowia w Dowództwie KOP w Warszawie. Zgodnie z instrukcją organizacyjną z 1924 r. do ogólnych zadań lekarzy formacji należały:

- nadzór nad stanem zdrowotnym batalionu,
- nadzór nad wychowaniem fizycznym żołnierzy ze stanowiska lekarskiego,
- prowadzenie izby chorych, leczenie osób wojskowych w batalionie i roztaczanie opieki lekarskiej nad osobami do wojskowego leczenia uprawnionymi¹⁰,
- szkolenie personelu sanitarnego funkcyjnych w batalionie,
- prowadzenie księgowości odnośnie materiału sanitarnego w myśl przepisów o gospodarce materiałowej¹¹.

Należy w tym miejscu uzupełnić, że lekarze formacji sprawowali także opiekę medyczną nad kadrami i żołnierzami z samodzielnych szwadronów kawalerii, a w latach trzydziestych także kompanii saperów oraz pododdziałów żandarmerii i artylerii KOP, które administracyjnie i gospodarczo przydzielone były do najbliższych im batalionów.

Ważną zmianą etatową dotyczącą lekarzy, była innowacja wprowadzona podczas reorganizacji struktury KOP zarządzanej w 1937 r. przez dowódcę formacji gen. bryg. Jana Kruszewskiego. Mianowicie, tylko w jednym z batalionów wchodzących organizacyjnie w skład brygad „Grodno”, „Polesie” i „Podole” oraz pułków „Wilno”, „Głębokie”, „Wilejka”, „Snów” i „Zdołbunów” przewidziano niejako „ruchomy” etat lekarza w stopniu majora, podczas gdy w pozostałych batalionach były kapitańskie. Z przyjętej dla niego zasady wynikało, że w ramach brygady lub pułku etat ten mógł być przesunięty do tego batalionu,

⁹ W kwietniu 1937 r. do obsady izb chorych przydzielono po dwóch szeregowców w związku z planowanym na jesień zwiększeniem etatu dowództw batalionów. Zob. Rozkaz ministra spraw wojskowych gen. dyw. Wł. Sikorskiego w sprawie organizacji KOP. Pokojowy etat drużyny dowódcy Batalionu Ochrony Pogranicza, [w:] *O Niepodległą...*, s. 26–27; S. Michałowski, *Organizacja służby zdrowia*, „Korpus Ochrony Pogranicza w pierwszą rocznicę objęcia służby na wschodniej granicy Rzeczypospolitej 1924–1925”, 1925, s. 16–18; ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/50, Rozkaz tajny nr 19 z 30 IV 1937 r., k. 131.

¹⁰ Zgodnie z uchwałą RM z 28 I 1934 r. podaną w Dzienniku Rozkazów MSWojsk. nr 5/34 p. 94 prawo do wojskowej pomocy lekarskiej przysługiwał członkom rodzin żołnierzy. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/20, Rozkaz nr 27 z 19 V 1934 r., k. 221.

¹¹ Instrukcja organizacyjna batalionu ochrony pogranicza i szwadronu ochrony pogranicza, Warszawa 17 IX 1924 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 37–41; J. P. Knap, *Służba...*, s. 185.

którego warunki służby zdrowia będą wymagać lekarza o większym doświadczeniu¹². W praktyce przydzielano go lekarzowi najbardziej doświadczonemu, z najdłuższym stażem. Po otrzymaniu awansu na to stanowisko, stawał się on nieetatowym referentem służby zdrowia w dowództwie brygady lub pułku.

W momencie utworzenia KOP tj. w październiku 1924 r., niezbędne materiały i wyposażenie sanitarne przydzielone zostały do batalionów z zapasów centralnych Wojska Polskiego. Formowane oddziały miały otrzymać po dwa opatrunki osobiste na każdego oficera i szeregowego w batalionie i szwadronie kawalerii. Ponadto, przydział obejmował na każdy batalion: jedną torbę lekarską, dwie torby sanitarne podoficerskie, dwie torby sanitariuszy i połowy punkt opatrunkowy wyposażony według norm wojennych. W miejscu stacjonowania dowództwa batalionu planowano utworzenie izb chorych z 10 łózkami¹³. Jednostki KOP już z początkiem listopada 1924 r., niemal „z marszu” przejęły ochronę najbardziej zagrożonych odcinków granicy polsko–radzieckiej. Wielkie, bezdrożne przestrzenie wschodniego pogranicza, zły stan dróg i niemal zupełny brak infrastruktury granicznej, a szczególnie budynków strażnic i koszar utrudniał w tych pierwszych miesiącach tworzenie odpowiednich ambulatoriów i izb chorych. Tworzono zapewne prowizoryczne izby chorych w pomieszczeniach wynajmowanych od miejscowej ludności, gdyż dopiero w 1925 r. ruszył program budowy strażnic i koszar dla KOP realizowany przez Ministerstwo Robót Publicznych. Pomimo tych trudności, formacja zmuszona była do medycznego zabezpieczenia oddziałów i uchronienia żołnierzy od rozmaitych chorób epidemicznych rozpowszechnionych wśród ludności kresowej. W tym celu izby chorych KOP, zazwyczaj oddalone od szpitali powiatowych, ze względu na konieczność leczenia ciężko chorych zostały bardziej usamodzielnione niż ambulatoria wojskowe, dzięki dobremu wyekwipowaniu i zaopatrzeniu w narzędzia oraz materiały medyczne. Wyposażono je m.in. w mobilne aparaty dezynfekcyjne oraz we francuskie aparaty kąpielowe typu „Baindouche” (prysznic). Prócz tego, kwatermistrzostwa batalionów miały jak najszybciej zorganizować pralnie żołnierskiej bielizny oraz organizować periodyczne (co tygodniowe) kąpiele żołnierzy w łaźniach¹⁴. W pododdziałach, gdzie było to możliwe zostały urządzone własne łaźnie, natomiast w

¹² Zarządzenie dowódcy KOP gen. bryg. J. Kruszeńskiego w sprawie zmian w organizacji KOP, Warszawa 23 II 1937 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 389–405.

¹³ Instrukcja ministrów spraw wojskowych Wł. Sikorskiego oraz spraw wewnętrznych C. Ratajskiego o przejęciu od armii oddziałów sformowanych dla KOP, Warszawa 14 X 1924 r., *O Niepodległą...*, s. 41–46; Zarządzenie ministra spraw wojskowych gen. dyw. Wł. Sikorskiego w sprawie formowania oddziałów KOP, [16] II 1925 r., *O Niepodległą...*, s. 50–56; S. Michałowski, *Organizacja...*, s. 17.

¹⁴ Wg oceny dr. Mikulewicza w tym okresie, na pograniczu jeden lekarz cywilny przypadał na 2–3 gminy, a w miastach powiatowych nawet na 10 sąsiednich gmin. Zob. K. Mikulewicz, *Praca społeczna...*, s. 1; S. Michałowski, *Organizacja...*, s. 17.

pozostałych miejscach zakwaterowania żołnierze mogli korzystać z łaźni prywatnych opłacanych z ryczałtu kąpielowego. Na przełomie 1927/1928 r. rozpoczęto budowę własnych łaźni, ale ich wykończenie było utrudnione ze względu na brak funduszy. W okresie letnim, gdy pozwalały na to warunki terenowe i atmosferyczne, zalecano kąpiele w rzekach lub stawach¹⁵.

Według zestawienia z 1931 r., po zakończeniu formowania i reorganizacji struktur formacji, funkcjonowało 30 izb chorych, tj. we wszystkich batalionach oraz w Centralnej Szkole Podoficerskiej (CSP) KOP „Osowiec”. Zgodnie z etatem materiałowym, w każdej z nich, na wyposażeniu były m.in. połowe punkty opatrunkowe. Ponadto, formacja dysponowała wyposażonymi: 31 torbami lekarskimi (dwie w CSP KOP), 198 torbami podoficerów sanitarnych oraz 365 torbami dla sanitariuszy¹⁶. Przy założeniu, że każda z toreb przypisana była do lekarza lub sanitariusza, możliwości medyczne KOP należy szacować na 31–32 lekarzy wojskowych oraz 563 sanitariuszy we wszystkich pododdziałach KOP. Każda izba chorych KOP wyposażona była w urządzenia dezynfekcyjno–kąpielowe (względnie kąpielowe i dezynfekcyjne). Warto wspomnieć, że przy niektórych izbach chorych tworzone były stacje zapobiegawcze przeciw chorobom wenerycznym. Decyzję o ich tworzeniu podejmował zazwyczaj lekarz batalionu w oparciu o statystykę zachorowań¹⁷. Według stanu formacji z grudnia 1938 r., w jej strukturze funkcjonowały łącznie 31 batalionowe i jedna dywizjonowa (w Niewirkowie)¹⁸ izby chorych. Stan ten uległ zmianie w marcu 1939 r., gdy na skutek rozformowania batalionu uległa likwidacji izba chorych w Suwałkach. Utworzono natomiast kolejne izby chorych w nowych, karpackich batalionach KOP (Skole, Dolina/Delatyń, Worochta, Komańcza, Dukła)¹⁹.

System opieki nad rannymi i chorymi żołnierzami KOP zakładał, że podstawowa opieka medyczna miała być sprawowana przez lekarzy batalionowych, w kierowanych przez nich izbach chorych (ambulatoriach). Natomiast poważne przypadki (w tym choroby zakaźne)

¹⁵ Ryczałt kąpielowy obliczany był na pojedynczego żołnierza, uwzględniał najem łaźni (wg lokalnych warunków), koszt opału, mydła i drobne wydatki. W 1927 r. w zależności od lokalizacji batalionu wynosił on od 6,4 do 13,3 zł. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/13, Rozkaz nr 70 z 11 VI 1927 r., k. 309–311; *ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 7 z 25 I 1928 r., k. 23.

¹⁶ *Ibidem*, sygn. 177/577, Etaty materiałowe służby zdrowia, Warszawa 1931 r., k. 5–6.

¹⁷ Każdy wykryty przypadek choroby wenerycznej u żołnierzy podlegał informowaniu do powiatowego urzędu zdrowia. Doniesienie o zakażeniu wysyłane było także do Szefostwa Służby Zdrowia KOP, które przysyłało je do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia MSW, która podejmowała ogólnie działania administracyjno–sanitarne. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 10 z 27 I 1925 r., k. 27; rozkaz nr 132 z 5 XII 1925 r., k. 456; *ibidem*, sygn. 177/12, Rozkaz nr 39 z 20 IV 1926 r., k. 126; *ibidem*, sygn. 177/577, Etaty materiałowe służby zdrowia, Warszawa 1931 r., k. 9.

¹⁸ W związku z utworzeniem w 1937 r. Dywizjonu Kawalerii KOP „Niewirków”, w jego strukturze utworzono etat lekarza (kpt.) i izbę chorych. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/49, Rozkaz tajny nr 49 z 30 XI 1936 r. k. 228.

¹⁹ J. Prochwicz, *Formacje Korpusu Ochrony Pogranicza w 1939 roku*, Warszawa 2003, s. 62–63.

miały być leczone w szpitalach wojskowych (rejonowych lub okręgowych). Ze względu jednak na zróżnicowany do nich dostęp i możliwości transportowe chorych, dopuszczano możliwość leczenia żołnierzy w pobliskich szpitalach cywilnych tj. rejonowych i sejmikowych. Ponadto, w przypadkach niecierpiących zwłoki, gdy natychmiastowa pomoc lekarza wojskowego nie była możliwa, dozwolone było korzystanie z pomocy miejscowych lekarzy i dentystów za odpłatnością²⁰. Chorzy potrzebujący specjalistycznego leczenia, po wcześniejszym uzgodnieniu z szefem służby zdrowia KOP mogli być kierowani do wojskowego Szpitala Okręgowego nr I lub do Instytutu im. Marszałka Piłsudskiego w Warszawie. Na podobnych zasadach odbywało się kierowanie chorych na otwartą gruźlicę do specjalistycznego, wojskowego szpitala rejonowego w Nowym Sączu (szpital przynależny do okręgu korpusu nr V w Krakowie) oraz w Rajczy (zamknięty w 1929 r.). Natomiast chorzy na gruźlicę mogli być kierowani do Zakopanego, gdzie mieściło się wojskowe sanatorium im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. Oprócz tego, od listopada 1929 r. chorzy na gruźlicę żołnierze zawodowi mogli być przydzielani do szpitala (sanatorium) dr. Edwarda Łotockiego w Zakopanem²¹. Na szczęście, przypadki gruźlicy płuc nie były zbyt częste w KOP. W przypadku chorób neurologicznych i psychiatrycznych stwierdzonych u żołnierzy KOP, chorzy mieli być kierowani do szpitala szkolonego Centrum Wyszkozenia Sanitarnego w Warszawie²².

Warto pamiętać, że w etacie KOP z 1924 r. nie przewidywano tworzenia stanowisk lekarskich na szczeblu dowództw brygad, jedynie w dowództwie KOP w Warszawie utworzono stanowisko samodzielnego referenta służby zdrowia (etat podpułkownika), któremu przydano ordynansa osobistego. W maju 1925 r., w związku z formowaniem kolejnych jednostek i dalszą rozbudową struktur formacji, w strukturze dowództwa KOP utworzono Szefostwo Służby Sanitarnej (etat szefa podwyższono do pułkownika). Natomiast etaty lekarzy batalionowych podniesiono do stopnia majora²³. Pierwszym referentem, a

²⁰ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 35 z 6 IV 1925 r., k. 117–118; *ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 31 z 26 III 1928 r., k. 99; *ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 114 z 26 XI 1928 r., k. 371; S. Michałowski, *Organizacja...*, s. 17.

²¹ Chorzy na otwartą gruźlicę (prątkujący) nie mogli być leczeni w sanatoriach. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 10 z 27 I 1925 r., k. 27; rozkaz nr 34 z 3 IV 1925 r., k. 115–116; *ibidem*, sygn. 177/15, Rozkaz nr 69 z 4 XII 1929 r., k. 340–341; *ibidem*, sygn. 177/16, Rozkaz nr 1 z 15 I 1930 r., k. 7; rozkaz nr 48 z 5 XI 1930 r., k. 288.

²² *Ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 1 z 11 I 1936 r., k. 4.

²³ Rozkaz ministra spraw wojskowych gen. dyw. Wł. Sikorskiego w sprawie organizacji KOP. Pokojowy etat dowództwa KOP. Instrukcja organizacyjna dla wyższych dowództw ochrony pogranicza, Warszawa 14 IX 1924 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 24–25, 34–37; Pismo ministra spraw wewnętrznych S. Smolskiego do szefa Oddziału IV Sztabu Generalnego ppłk. S. Kwaśniewskiego w sprawie zmian w pokojowych etatach KOP. Pokojowy etat Dowództwa KOP i drużyny dowódcy batalionu ochrony pogranicza, Warszawa 10 V 1925 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 60–63.

następnie szefem służby zdrowia KOP został mianowany ppłk lek. Stanisław Michałowski²⁴. W późniejszym okresie stosowano nazwę Szefostwo Zdrowia KOP, a ostatecznie w maju 1936 r. zmieniono ją na Szefostwo Sanitarne KOP. W jego strukturze od 1934 r. funkcjonował referat rewizyjno–lekarski KOP, kierowany przez doświadczonego lekarza wojskowego mjr. dr. lek. Kazimierza Maresza²⁵.

Szefowie służby sanitarnej KOP	
ppłk. lek. Stanisław Michałowski	1924 – 28 lutego 1930 r.
mjr dr lek. Felicjan Tukanowicz	5 II 1930 – 18 VIII 1930 r. czasowo p.o. i w zastępstwie
ppłk./płk. lek. Kazimierz Miszewski II	23 IV 1930 r. – 4 XI 1932 r.
płk. dr lek. Antoni Szwojnicky	4 XI 1932 – 30 V 1934 r.
płk. dr lek. Władysław Wincenty Dowbór-Markiewicz II	13 IV 1934 r. – maj 1938 r.
płk. dr lek. Bronisław Fortunat Stroński	maj 1938 r.– wrzesień 1939 r.
Oficerowie Szefostwa Służby Sanitarnej KOP	
mjr lek. Kazimierz Maresz	1 II 1934 r.– wrzesień 1939 r.

Źródło: ASG, Rozkazy dowódcy KOP 1925–1939; J. P. Knap, *Służba...*, s. 198–199.

Według opracowania ppłk. Michałowskiego z 1925 r., pomimo obiektywnych trudności związanych z tworzeniem się służby sanitarnej KOP i cięższych warunków służby na granicy, stan zdrowotny żołnierzy KOP nie ustępował stanowi oddziałów wojskowych stacjonujących wewnątrz kraju. Również dr Aleksander Cybulski w swoim opracowaniu z 1933 r. zwrócił uwagę, że ogólna zachorowalność żołnierzy KOP była dużo niższa niż w armii, co mogło być wynikiem lepszej odporności ze względu na dłuższy pobyt na powietrzu i dużo ruchu. Odnotowuje przy tym, że przyczyna ta mogła być prozaiczna, gdyż poprzez rozrzucenie oddziałów w terenie (strażnice i plutony graniczne), żołnierze zgłaszali się do lekarza tylko w rzeczywistej potrzebie. Ponadto, dochodził jeszcze jeden czynnik tj. do służby

²⁴ *Lista imienna dowódców oddziałów KOP oraz oficerów dowództwa Korp. i dowództw bryg., „Korpus Ochrony Pogranicza w pierwszą rocznicę objęcia służby na wschodniej granicy Rzeczypospolitej 1924–1925”, Warszawa 1925, s. 34–35; ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/14, Rozkaz nr 103 z 20 X 1928 r., k. 325; J. P. Knap, *Służba...*, s. 185.*

²⁵ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/49, Rozkaz tajny nr 21 z 4 V 1936 r., k. 126.

w KOP wcielani byli szeregowi fizycznie rozwinięci i zdrowi, wyselekcjonowani już w pułkach przydzielających.

Zachorowalność i umieralność żołnierzy KOP w latach 1925–1931.

Lata	Oficerowie		Podoficerowie		Szeregowcy		Razem	
	Zachorowania	Zgony	Zachorowania	Zgony	Zachorowania	Zgony	Zachorowania	Zgony
1925	111	3	813	9	6047	70	6971	82
1926	168	1	842	13	7379	55	8389	69
1927	171	2	914	12	7678	53	8763	67
1928	205	5	1021	6	9387	67	10613	78
1929	215	1	1055	14	9757	71	11027	86
1930	214	3	1069	11	11224	47	12507	61
1931	139	0	847	12	11190	45	12176	57
Razem	1223	15	6561	77	62662	408	70446	500

Źródło: A. Cybulski, *Stan zdrowotny.*, s. 341²⁶.

W ocenie dr. Cybulskiego opartej na statystykach sprawozdań lekarzy batalionowych, najczęściej przypadków zachorowań wśród żołnierzy KOP odnotowano w grupie „choroby innych narządów” obejmującej choroby narządów krwiotwórczych i chłonnych, narządów i dróg moczowych, narządów płciowych, choroby skórne. Na drugim miejscu znalazła się grupa chorób narządów oddychania, na trzecim choroby narządów krążenia, a na czwartym uszkodzenia ciała. Michałowski i Cybulski zwrócili jednak uwagę na większą liczbę żołnierzy rannych i zabitych w porównaniu z oddziałami wojska (szczególnie w 1925 r.). Był to wynik charakteru służby na granicy w tym okresie tj. ciągłego pogotowia bojowego, udziału w starciach i potyczkach z sowieckimi bandami dywersyjnymi i rabunkowymi, incydentów granicznych, starć z przemytnikami itp.²⁷. Prócz tego, w porównaniu z jednostkami armii, wśród żołnierzy KOP odnotowano większy odsetek chorób wenerycznych²⁸, co było

²⁶ Nie dysponujemy statystyką zachorowań i zgonów w KOP za lata 1932–1939.

²⁷ A. Cybulski, *Stan zdrowotny.*, s. 340–342; S. Michałowski, *Organizacja.*, s. 17.

²⁸ Według ustaleń J. P. Knapa, w Polsce po zakończeniu działań wojennych w 1920 r. liczba chorych wenerycznie (m.in. na kiłę i rzeżączkę) sięgała 1,1 mln. Ogniska rodzimej kiły endemicznej, związanej z zacołaniem, biedą i zagęszczeniem ludności wiejskiej występowały m.in. na pograniczu polsko–rumuńskim (Huculszczyzna) i polsko–łotewskim (Braclawszczyzna). Odkryto je w latach trzydziestych. Natomiast liczbę chorych na rzeżączkę w 1925 r. szacowano na 175 tys. Zob. J. P. Knap, *Służba.*, s. 191.

wynikiem szerszych kontaktów z ludnością pogranicza²⁹. Załogi strażnic i plutonów granicznych, często rozmieszczone w wiejskich chatach, znajdowały się w bezpośrednim kontakcie z ludnością, która na skutek wcześniejszych działań wojennych i bytności różnych armii (rosyjskiej, austriacko-węgierskiej, niemieckiej, ukraińskiej, bolszewickiej) była nosicielami różnorodnych chorób. W tych pierwszych miesiącach służby, trudno było nielicznej kadrze oficerskiej i podoficerskiej skutecznie zapanować nad żołnierzami rozlokowanymi we włościańskich chatach, co sprzyjało tzw. „wałęsanu się wojska”. Ponadto, według przypuszczeń oficerów KOP, władze sowieckie „nasyłały” zarażone prostytutki do miejsc stacjonowania żołnierzy, aby w ten sposób osłabić stacjonujące tam oddziały KOP. Jedyną skuteczną metodą zwalczania tego negatywnego zjawiska oprócz leczenia, było izolowanie żołnierzy od zagrożeń przez profilaktykę i ciągłe uświadamianie³⁰.

Jednym z poważnych problemów zdrowotnych na Kresach Wschodnich II Rzeczypospolitej (szczególnie części północno-wschodniej) była epidemia jaglicy (*trachoma*)³¹, która była główną przyczyną ślepoty ludności na pograniczu. Kapitan Kobylański oceniał w 1930 r., że „sprawa jaglicy jest na kresach kwestią palącą [...] są całe wsie, gdzie prawie w każdym domu jest ktoś chory na jaglicę, a wielu nawet dotkniętych zupełną ślepotą”³². Z tego też względu do walki z tą chorobą zostały wykorzystane m.in. ambulatoria batalionów Brygady KOP „Wilno” i Pułku KOP „Głębokie”. Według statystyk Centrum Wyszkozenia Sanitarnego w latach 1924–1931 w oddziałach KOP odnotowano łącznie 542 przypadki zachorowania na jaglicę. Najwięcej przypadło na rok 1926, gdy zdiagnozowano ją u 108 chorych. W kolejnych latach liczba ta stopniowo się zmniejszała, dochodząc w 1931 r. do 56 przypadków³³. Jednym z lekarzy specjalizujących się w leczeniu jaglicy był mjr lek. Kazimierz Chmielewski z Batalionu KOP „Suwałki”, który w latach trzydziestych był kierownikiem Poradni Przeciwjaglicznej w Domu Zdrowia Ziemi

²⁹ Według statystyki szpitala rejonowego w Równem za czerwiec 1925 r. na 45 chorych na kiłę (syfilis), aż 26 było z KOP, a na 27 chorych na rzeżączkę, 11 było z KOP. Oddział weneryczny w Równem przyjmował m.in. chorych z 1. Brygady KOP i 18. Batalionu KOP. Oddział został zlikwidowany z początkiem 1926 r. Od tego czasu chorzy wenerycznie kierowani byli do wojskowego szpitala okręgowego nr II w Chełmie. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 98 z 18 IX 1925 r., k. 355–356; *ibidem*, sygn. 177/12, Rozkaz nr 6 z 18 I 1926 r., k. 19.

³⁰ Kobiety zarażone, zajmujące się prostytutką były wysiedlane przez władze administracyjne. We wszystkich „zagrożonych” strażnicach, szwadronach i odwodach tworzone stacje zapobiegawcze. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 98 z 18 IX 1925 r., k. 355–356.

³¹ Jaglica – przewlekłe zapalenie rogówki i spojówek wywołane przez bakterię *Chlamydia trachomatis*. Zараżenie następuje poprzez bezpośredni kontakt z zakażoną wydzieliną spojówek, używania brudnych ręczników i odzieży. Do zakażenia dochodzi w wczesnym dzieciństwie, natomiast blizny powodujące ślepotę powstają w wieku dorosłym. W 1930 r. w Polsce odnotowano 24.329 przypadków jaglicy, głównie na terenie Wileńszczyzny. Zob. J. P. Knap, *Służba...*, s. 191.

³² J. W. Kobylański, *Działalność służby zdrowia*, „Korpus Ochrony Pogranicza w siódmą rocznicę objęcia służby na granicach Rzeczypospolitej 1930–1931”, Warszawa 1931, s. 30; J. P. Knap, *Służba...*, s. 192.

³³ A. Cybulski, *Stan zdrowotny...*, s. 349 (tab. 12), 350.

Suwalskiej. Po odejściu z KOP w 1935 r. do Centrum Wyszkożenia Sanitarnego w Warszawie rozpoczął specjalizację z zakresu chorób ocznych³⁴.

Należy w tym miejscu wspomnieć, że dowództwo KOP umożliwiało zainteresowanym lekarzom udział w szkoleniach fachowych, ale pod warunkiem zapewnienia zastępstwa w batalionie przez lekarza sąsiedniego lub przy pomocy lekarzy cywilnych. Przykładowo, w lutym 1929 r. Polskie Towarzystwo Eugeniczne i Warszawski Oddział Towarzystwa Dermatologicznego organizowały w Warszawie kurs z zakresu choroby weneryczne – syfilis (kiła). Do udziału zaproszono także lekarzy KOP³⁵.

Bagniste tereny Polesia, położone wzdłuż Prypeci i Piny oraz ich dopływów były endemią malarii (zimnicy) wywoływanej przez pierwotniaki przenoszone przez komary. Malaria była jedną z chorób, która dotykała m.in. żołnierzy służących w batalionach Brygady KOP „Polesie” (tj. „Ludwikowo”, „Sienkiewicz” i „Dawidgródek”), Pułku KOP „Snów” oraz marynarzy Flotylli Pińskiej Marynarki Wojennej. Z tego też względu, w ramach profilaktyki żołnierze służący na Polesiu używali do służby siatek ochronnych³⁶, a ambulatoria KOP i apteczki kompanii granicznych i szwadronów zostały zaopatrzone w tabletki chininy (chlorowodrek chininy) podstawowego leku na malarię. Zagrożenie i dokuczliwość ze strony komarów i meszek była na tyle duża, że dowódca flotylli zdecydował się na rozpylanie nad akwenem Prypeci i jej dopływów środka owadobójczego (zieleni malachitowej). Józef Piotr Knap ocenia, że zachorowalność żołnierzy na Polesiu musiała być stosunkowo wysoka³⁷, natomiast według statystyki za lata 1924–1931 na malarię zachorowało tylko 210 żołnierzy KOP, najczęściej w okresie kwiecień–lipiec³⁸. Tereny Polesia były także miejscem występowania twardzieli (*rhinoscleroma*) nazywanej również „trądem Słowian” tj. zakaźnej choroby górnych dróg oddechowych powodującej m.in. deformacje twarzy. Na szczęście w oddziałach KOP w latach 1924–1929 wystąpiły tylko 24 przypadki tej choroby, a w kolejnych dwóch latach nie odnotowano zachorowań³⁹.

³⁴ A. Ochał, *Słownik oficerów i chorążych Korpusu Ochrony Pogranicza w Suwałkach (1929–1939)*, Suwałki 2009, s. 30–28.

³⁵ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/15, Rozkaz nr 9 z 13 II 1929 r., k. 40.

³⁶ W 1926 r. koszt siatki przeciw komarom wynosił 4,25 zł. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/12, Rozkaz nr 91 z 19 X 1926 r., k. 314.

³⁷ J. P. Knap, *Służba...*, s. 193.

³⁸ A. Cybulski, *Stan zdrowotny...*, „Lekarz wojskowy 1933 nr 8, s. 400

³⁹ Zgodnie z zarządzeniem MSW, każdy wykryty przypadek choroby podlegał meldowaniu. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/21, Rozkaz nr 19 z 16 III 1935 r., k. 149; A. Cybulski, *Stan zdrowotny...*, s. 349 (tab. 12), 350.

Wraz z budową koszar dla KOP i przenoszeniem żołnierzy do nowych strażnic, wzmocniona została dyscyplina, a co za tym idzie ograniczono bezpośrednie kontakty z ludnością, zmniejszając tym samym ryzyko zachorowań. Pułkownik Michałowski oceniając stan zdrowotny żołnierzy formacji pod koniec 1925 r., zauważał, że uciążliwe skądinąd rozdrobnienie oddziałów KOP miało swoje zalety, gdyż w przypadkach wystąpienia chorób zakaźnych, łatwiej można było ją umiejscowić, ustalić jej źródło i poprzez izolowanie nie dopuścić do dalszego rozpowszechniania się, co często trudno było przeprowadzić w warunkach koszarowych. Dodatkim czynnikiem poprawiającym zdrowotność żołnierzy KOP była także służba w ciągłym ruchu i na powietrzu, co hartowało i wzmacniało ich fizycznie, czyniąc odporniejszymi na choroby. W ocenie szefa sanitarnego, dynamiczny charakter służby w KOP pozytywnie wpływał na psychikę i morale żołnierzy, którzy nie mogli narzekać na monotonię koszarowych zajęć i ćwiczeń⁴⁰. W lutym 1926 r. komisja epidemiologiczna Wojskowego Instytutu Sanitarnego oceniła, że żołnierze KOP w związku z charakterem służby byli szczególnie narażeni na choroby zakaźne tj. tyfus plamisty, czerwotka (dyzenteria), błonica, płonica, odra, ospa. Z tego też względu dowódca KOP gen. Minkiewicz polecił przeprowadzenie obowiązkowych szczepień żołnierzy, którzy nie byli szczepieni przed przydzieleniem do KOP. Szczepienia ochronne szczepionką „Tetra i krowianka ospowa” zostały przeprowadzone we wszystkich pododdziałach (także na strażnicach) wiosną 1926 r. W przypadku wystąpienia choroby zakaźnej w oddziale, wszyscy żołnierze mieli zostać ponownie zaszczepieni. W 1926 r. w związku z kilkoma przypadkami tyfusu plamistego w oddziałach KOP, gen. Minkiewicz polecił zwrócić szczególną uwagę na higienę żołnierzy, dokładną dezynfekcję umundurowania, a w strażnicach jego prasowanie. Od wiosny 1928 r. w związku z utrzymującym się stanem zagrożenia tyfusem plamistym, zgodnie z poleceniem dowódcy formacji szczepieni byli już wszyscy żołnierze, za wyjątkiem nowo wcielonych, którzy przeszli szczepienia w pułkach przydzielających. Szczepienia odbywały się w okresie kwiecień–maj. Od 1935 r. szczepienia prowadzone były w porze jesiennej (przed 15 października)⁴¹. Na przełomie 1926/1927 szef służby zdrowia KOP

⁴⁰ S. Michałowski, *Organizacja...*, s. 17–18.

⁴¹ Początkowo rozważano możliwość szczepień metodą rosyjskiego bakteriologa i immunologa Alexandre Besredka (Biezriedka), jednak w marcu 1925 r. zalecono zastosowanie szczepionki „Tetra”. Szczepionki dostarczane były przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie. Natomiast w celu tępienia gnid i wszy na strażnicach KOP zalecano prasowanie dobrze rozgrzanyymi żelazkami. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 2 z 8 I 1925 r., k. 7–8; *ibidem*, sygn. 177/12, Rozkaz nr 30 z 22 III 1926 r., k. 86; rozkaz nr 105 z 13 XII 1926 r., k. 374; *ibidem*, sygn. 177/13, Rozkaz nr 32 z 21 III 1927 r., k. 149; *ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 35 z 4 IV 1928 r., k. 107; *ibidem*, sygn. 177/15, Rozkaz nr 20 z 5 IV 1929 r., k. 97; *ibidem*, sygn. 177/15, Rozkaz nr 8 z 25 II 1930 r., k. 45; *ibidem*, sygn. 177/17, Rozkaz nr 7 z 17 II 1931 r., k. 40; *ibidem*, sygn. 177/19, Rozkaz nr 16 z 16 III 1934 r., k. 110; *ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 24 z 28 IV 1934 r., k. 190; *ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 40 z 7 IX 1936 r., k. 315.

przestrzegał przed lekceważeniem grypy (hiszpanki), która pojawiła się w niektórych batalionach. Wdrożone zostały zalecenia, co do wyżywienia, wyposażenia żołnierzy w ciepłą bieliznę oraz podniesienia stanu sanitarnego koszar, a wszystkie przypadki zachorowań miały być diagnozowane przez lekarzy⁴². W latach 1924–1931 we wszystkich batalionach KOP odnotowano łącznie 5417 przypadków zachorowań na gripę, w tym 10 ze skutkiem śmiertelnym. Najwięcej przypadków (1910) zdiagnozowano w 1930 r., w następnym roku liczba spadła do 933 chorych⁴³. W maju 1936 r. dowódca KOP, w związku z pojawiającymi się przypadkami czerwonki na Wołyniu, polecił przeprowadzić szczepienia ochronne wszystkich żołnierzy pełniących służbę w Brygadzie KOP „Wołyń” i Pułku KOP „Sarny” (łącznie sześć batalionów). Szczepienie odbywało się doustnie w ciągu kolejnych trzech dni⁴⁴.

W przypadkach pokąsania żołnierzy przez wściekłe zwierzęta, lekarze KOP mieli zaopatrywać się w aptekach cywilnych w miastach powiatowych zobowiązanych do posiadania do sprzedaży zapasu świeżych szczepionek. Koszty zakupu pokrywała formacja po akceptacji przez szefa służby zdrowia KOP. W wyjątkowo ciężkich przypadkach pogryzień, chory mógł być leczony na koszt formacji w najbliższym zakładzie Pasteurowskim⁴⁵. Józef Piotr Knap analizując etat materiałowy środków medycznych przeznaczonych dla jednostek KOP, zwraca uwagę, że w każdej izbie chorych przewidziano zapas 10 ampulek, w każdym punkcie opatrunkowym po 5 ampulek surowicy przeciwężcowej. W jego ocenie zgromadzenie surowicy (antytoksyny) w jednostkach położonych na kresach, bardzo korzystnie świadczy o organizacji służby zdrowia KOP. Dopiero w 1932 r. w Wojsku Polskim rozpoczęto próby szczepień profilaktycznych, przeciwężcowych, ale do wybuchu wojny nie udało się ich wdrożyć na szerszą skalę. Ponadto na wyposażeniu izb chorych KOP przewidziano po 6 ampulek surowicy przeciwbłoniczej, gdyż błonica (dyfteryt) była chorobą zakaźną, która stanowiła spore zagrożenie w Polsce i Europie. Surowica była w tym czasie jedynym skutecznym lekiem przeciwko tej chorobie, który należało podać choremu jak najszybciej. Do katalogu zagrożeń należy też zaliczyć zakaźne choroby przewodu pokarmowego, m.in. czerwonkę i

⁴² Zalecano m.in. wietrzenie sal pod nieobecność żołnierzy, nie dopuszczanie do wyziębienia sal poniżej 10–12 stopni, a wypoczynek ozdrowieńców miał trwać, co najmniej tydzień. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/13, Rozkaz nr 12 z 3 II 1927 r., k. 49–50.

⁴³ A. Cybulski, *Stan zdrowotny...*, s. 347 (tab. 10), 349.

⁴⁴ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/49, Rozkaz nr 24 z 27 V 1936 r., k.142–143.

⁴⁵ Prawo do takiego leczenia przysługiwało także członkom rodziny żołnierza KOP. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/12, Rozkaz nr 47 z 17 V 1926 r., k. 170.

wzmiankowany już tyfus plamisty, schorzenia będące plagą kresowych miasteczek i wsi, niemal zupełnie pozbawionych wodociągów i kanalizacji⁴⁶.

W artykule Józefa Piotra Knapa znajdziemy także opis nieustalonej choroby, jaka wystąpiła w sierpniu 1938 r. w jednej z kompanii Batalionu KOP „Sarny” stacjonującego na Polesiu: „w ciągu kilku dni zachorowało 50 proc. stanu kompanii. [...] choroba objawiała się wysoką gorączką i biegunką. Zachodziło nawet podejrzenie celowego zatrucia; do kompanii zjechała komisja sanitarna złożona z wysokich stopniem lekarzy wojskowych oraz żandarmeria wojskowa. Dochodzenie prowadził major żandarmerii. Skończyło się jednak szczęśliwie; nikt z żołnierzy nie zmarł, sabotażu nie wykryto. Przypuszczalnie powodem epidemii były komary, które masowo wystąpiły w tym czasie i przeniosły jakieś niezbyt groźne bakterie”⁴⁷.

Józef Piotr Knap zwraca także uwagę, że w zestawieniu osprzętu i materiałów medycznych dla batalionowych izb chorych uwzględniono m.in. stół operacyjny, komplet narzędzi chirurgicznych i laboratorium diagnostyczne, co pozwalało na wszechstronne badania i zabiegi w zakresie ortopedii, laryngologii, urologii, stomatologii⁴⁸. To zestawienie potwierdza fakt, że ambulatoria KOP były w dużo większym stopniu samodzielne niż izby chorych w jednostkach armii. Świadczy też o tym, jak szerokiej wiedzy i doświadczenia wymagano od lekarzy przydzielonych do formacji, którzy w wielu przypadkach zdani byli na własne, samodzielne diagnozy i związane z tym decyzje o zabiegach lub leczeniu.

Lekarze wojskowi przydzielani byli do pełnienia służby w KOP na tych samych zasadach, co pozostali oficerowie różnych służb i broni. Kadre oficerską KOP stanowili oficerowie służby czynnej, czasowo przenoszeni z jednostek armii przez Ministerstwo Spraw Wojskowych. Przenoszeni oni byli do formacji etatowo, służbowo i gospodarczo, pozostając jedynie ewidencyjnie w swoich korpusach osobowych i dotychczasowych formacjach wojskowych (głównie w pułkach piechoty i kawalerii). Według pierwotnych założeń, służbę w formacji miała pełnić sprawdzona i dobrze wyszkolona kadra oficerska. W początkowym okresie, ze względu na trudy i warunki służby granicznej, niewielu oficerów zgłaszało się do służby w KOP, stąd większość z nich przenoszona była zarządzeniami ministra. Sytuacja ta stopniowo ulegała zmianie i pod koniec lat trzydziestych służba w KOP postrzegana była już, jako swoiste wyróżnienie dla najlepszych oficerów wojska. Ze względu na trudne i specyficzne warunki służby, od oficerów kierowanych do formacji wymagano dużej

⁴⁶ J. P. Knap, *Służba...*, s. 194.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 196.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 196.

samodzielności i odpowiedzialności, koniecznej przy pełnieniu codziennej służby bez kontroli i nadzoru ze strony dowódców wyższych szczebli. Ich służba w KOP zasadniczo miała trwać w jednym ciągu nie dłużej niż cztery lata⁴⁹, po którym to okresie mieli być z powrotem przeniesieni do macierzystych jednostek. Ograniczenie czasowe dotyczyło głównie oficerów liniowych (w batalionach i szwadronach), gdyż w przypadkach szczególnie korzystnych dla dobra formacji, mogli zostać oni zatrzymani na dłużej (na własną prośbę lub na wniosek dowództwa formacji). Ponowne powołanie oficera do służby w formacji mogło nastąpić dopiero po upływie trzech lat służby w armii. W przypadku awansu oficerowie mieli być odsyłani na stanowiska zasadnicze swojej broni⁵⁰. Oficerom przeniesionym z KOP na skutek przesłużenia przepisane go okresu służby przyznawano prawo do przeniesienia na koszt skarbu państwa, oraz prawo przydziału do garnizonów stacjonujących w głębi kraju, gdyż służba w formacji (za wyjątkiem służby w dowództwie KOP) uznawana była za służbę w garnizonach kresowych. Statystyka służby oficerów służby zdrowia KOP wskazuje, że ze względu na swoją fachowość zazwyczaj służyli oni dużo dłużej niż przewidywały to wytyczne ministerstwa. Przykładowo, mjr lek. Stanisław Mickaniewski służył w Batalionie KOP „Sejny” przez 12 lat⁵¹, a mjr lek. Chmielewski był lekarzem Batalionu KOP „Suwałki” przez 8 lat i dwa miesiące⁵². Zdecydowana większość lekarzy pełniących służbę w początkowych latach istnienia KOP została lekarzami wojskowymi po tym jak po zakończonej wojnie polsko–rosyjskiej (1918–1921), skierowano ich na cywilne studia medyczne w zamian za odsługę w wojsku. W grupie tej byli m.in. mjr lek. Mickaniewski, mjr lek. Chmielewski, kpt. lek. Marian Kordzik, kpt. lek. Henryk Mioduszewski, kpt. Jerzy Vogl, kpt. lek. Bolesław Herchold i wielu innych. Według zestawienia z marca 1929 r. aż 21 lekarzy na 31 pełniących w tym czasie służbę w formacji, zobowiązanych było do odsługi, co stanowiło aż 68 proc. stanu⁵³. Przyjmując stan faktyczny oddziałów KOP na dzień 1 stycznia 1931 r. na 23.277 żołnierzy oraz liczbę lekarzy pełniących w nim służbę na 30 (tyle ile batalionów i CSP KOP), to na każdego z nich przypadało 776 żołnierzy. Lekarze KOP, którzy chcieli kształcić się w fachowej specjalizacji, ale odpowiadającej rzeczywistym potrzebom służby, mogli od 1927 r. składać podania o przydział na roczny kurs specjalizacji medycznej.

⁴⁹ J. Knap błędnie podaje, że służba oficera w KOP trwała 3 lata. Zob. J. P. Knap, *Służba...*, s. 186.

⁵⁰ Centralne Archiwum Wojskowe w Warszawie–Rembertowie (dalej: CAW), Dziennik Rozkazów MSWojsk. 1928, nr 1 z 7 I 1928 r., poz. 6, wytyczne przeniesień oficerów.

⁵¹ A. Ochał, *Major lekarz Stanisław Mickaniewski – sejneński lekarz wojskowy, do końca wierny żołnierskiej przysiędze*, „Rocznik Augustowsko–Suwalski” 2014, s. 251–264.

⁵² A. Ochał, *Słownik...*, s. 12.

⁵³ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/15, Rozkaz nr 15 z 13 III 1929 r., k. 77.

Musieli się jednak zobowiązać do odsługi w wojsku przez okres kolejnych trzech lat⁵⁴. W przypadku lekarzy pełniących służbę w garnizonach mieszanych, w których stacjonowały jednostki armii i oddziały KOP, mogli być oni wyznaczani do pełnienia dyżurów w garnizonowych izbach chorych. Jednym z takich garnizonów były Suwałki, gdzie lekarz KOP pełnił służbę w wyznaczonych dniach w garnizonowej izbie chorych w koszarach im. Tadeusza Kościuszki, gdzie miał obowiązek przyjmowania chorych żołnierzy z wszystkich jednostek⁵⁵. Natomiast w przypadku Czortkowa, gdzie stacjonowało kilka różnych jednostek KOP, lekarz batalionu miał rangę lekarza garnizonu⁵⁶.

Należy wspomnieć, że zazwyczaj w okresie letnim, do batalionów KOP przydzielano wojskowych podlekarzy lub podchorążych rezerwy służby zdrowia. Ich przydział odbywał się w ramach obowiązkowych ćwiczeń przed awansem lub dla uzyskania praktyki zawodowej. Kierowano ich zazwyczaj na zastępstwo, tj. na czas odbywania urlopów wypoczynkowych przez lekarzy batalionowych lub podczas ich pobytu na ćwiczeniach⁵⁷. W czasie przydziału mieli zapoznać się z przepisami i instrukcjami, z obowiązkami młodszych lekarzy, poznać wymogi higieny i życia żołnierzy oraz brać udział we wszystkich ćwiczeniach tych oddziałów⁵⁸. W wyjątkowych sytuacjach wynikających z kilkudniowych nieobecności lekarzy w batalionie, zastępstwo mogło zostać powierzone miejscowym lekarzom cywilnym na zasadzie kontraktu. W latach trzydziestych do pracy w niektórych batalionach przyjęto kilku cywilnych lekarzy kontraktowych (pomocniczych). Przykładowo, w czerwcu 1935 r. lekarzem w Batalionie KOP „Wilejka” został Jan Narolewski, a w sierpniu do pracy w CSP KOP „Osowiec” przyjęta została dentystka Janina Mikulewicz (w październiku 1938 r. zastąpiona przez Kamillę Jodko). Lekarze pomocniczy pracowali przez pewien czas także w oddziałach KOP w Głębokiem, Berezwezu, Sarnach, Łucku i Stolinie⁵⁹.

⁵⁴ *Ibidem*, sygn. 177/13, Rozkaz nr 102 z 20 VIII 1927 r., k. 433; *ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 57 z 23 V 1928 r., k. 171.

⁵⁵ A. Ochał, *Batalion KOP „Suwałki” 1927–1939*, Suwałki 2009, s. 52.

⁵⁶ W Czortkowie stacjonowały: dowództwo Brygady KOP „Podole”, dowództwo Pułku KOP „Czortków” (1929–1937), Batalion KOP „Czortków”, Szwadron Kawalerii KOP „Czortków”, od 1937 r. Dywizjon Artylerii Lekkiej KOP „Czortków”.

⁵⁷ Pierwsza grupa 8 podlekarzy delegowanych na 6 tygodniowe zastępstwo, trafiła do KOP już w lipcu 1925 r. W sierpniu 1926 r. do KOP zostało przydzielonych 14 podlekarzy wojskowych (w tym dentysta). Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 75 z 31 VII 1925 r., k. 280; rozkaz nr 87 z 29 VIII 1925 r., k. 323; *ibidem*, sygn. 177/12, Rozkaz nr 58 z 24 VI 1926 r., k. 201.

⁵⁸ *Ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 19 z 28 III 1934 r., k. 126.

⁵⁹ Przykładowo, w grudniu 1934 r. zastępstwo w Batalionie KOP „Żytyń” powierzono lekarzowi cywilnemu dr Janinie Oleckiej. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/20, Rozkaz nr 62 z 7 VII 1934 r., k. 541; *ibidem*, sygn. 177/21, Rozkaz nr 29 z 4 VII 1936 r., k. 237; rozkaz nr 68 z 18 XI 1935 r., k. 631; *ibidem*, sygn. 177/23, Rozkaz nr 3 z 28 I 1937 r., k. 16, rozkaz nr 29 z 2 VIII 1937 r., k. 160; *ibidem*, sygn. 177/24, Rozkaz nr 48 z 7 XI 1938 r., k. 368.

Znaczącą rolę w systemie opieki medycznej KOP odgrywali zawodowi podoficerowie sanitarni oraz sanitariusze służby obowiązkowej. Podoficerowie zawodowi pełniący służbę w jednostkach formacji zasadniczo nie podlegali rotacjom i nie byli przenoszeni do jednostek armii. W większości wypadków pełnili oni służbę w swoich jednostkach przez dłuższy okres czasu, dogłębnie poznając ludność i środowisko, w którym pracowali. Wielu z nich zakładało rodziny w kresowych garnizonach, a inni sprowadzali tam swoje rodziny. Większość z nich świadoma konieczności stosowania w praktyce higieny i profilaktyki sanitarnej, bezwiednie stawała się animatorami oświaty sanitarnej tak wśród rodzin innych podoficerów, jak i żołnierzy i mieszkańców, którzy byli baczniymi obserwatorami osób wojskowych. W wielu wypadkach starsi podoficerowie sanitarni, pełniący służbę w izbach chorych zmuszeni byli zastępować lekarzy w nagłych wypadkach⁶⁰. Ze względu na konieczność weryfikacji wiedzy fachowej podoficerów sanitarnych, przechodzili oni kursy doskonalące w Centrum Wyszkania Sanitarnego w Warszawie. Z początkiem 1935 r. zrezygnowano z kursów, ale wprowadzono egzaminy dla wszystkich plutonowych sanitarnych przed awansem na sierżantów i sierżantów sanitarnych przed awansem na starszych sierżantów. Od kandydatów wymagano m.in. wiedzy z zakresu higieny, anatomii i fizjologii, technik sanitarnych i ratownictwa (w tym przeciwgazowego), transportu rannych i chorych. Pierwszy termin takiego egzaminu komisyjnego został wyznaczony na 22 października 1935 r. w Batalionie KOP „Czortków”. Do egzaminu przystąpiło 9 podoficerów i tylko jeden z nich zakończył z wynikiem niedostatecznym. Kolejny egzamin odbył się w październiku 1936 r. pod przewodnictwem mjr. lek. Szwojnickiego. Do egzaminu wyznaczono 12 podoficerów sanitarnych⁶¹.

Podczas tworzenia formacji w latach 1924–1926 dużym problemem był zupełny brak funkcyjnych najniższego szczebla, tj. przeszkolonych sanitariuszy, którzy mogliby pełnić służbę w strażnicach i kompaniach granicznych. Pierwsze przydziały sanitariuszy odbywały się zazwyczaj w pułkach formujących pododdziały dla KOP⁶². W pierwszych latach

⁶⁰ Z tego też względu podoficerowie sanitarni nie mogli być wyznaczani do służby inspekcyjnej w batalionie. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/14, Rozkaz nr 122 z 18 XII 1928 r., k. 407; J. P. Knap, *Służba...*, s. 187.

⁶¹ Egzamin miał charakter komisyjny. Zaliczała ocena dostateczna z każdego przedmiotu. Odstąpienie od egzaminu traktowano, jako wynik niedostateczny. Mógł zostać powtórzony tylko raz po roku próby. Powtórne niezaliczenie egzaminu dyskwalifikowało kandydata z prawa awansu. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/21, Rozkaz nr 13 z 28 II 1935 r., k. 76–91, rozkaz nr 59 z 27 IX 1935 r., k. 557, rozkaz nr 66 z 5 XI 1935 r., k. 615; *ibidem*, sygn. 177/49, Rozkaz tajny nr 17 z 9 IV 1936 r., k. 95; rozkaz tajny nr 37 z 7 IX 1936 r., k. 193–194; *ibidem*, sygn. 177/51, Rozkaz tajny nr 34 z 26 IX 1938 r., k. 166.

⁶² Tak było m.in. w przypadku pięciu batalionów i trzech kompanii sformowanych w 1927 r. dla uzupełnienia struktury KOP. Do każdego z batalionów (numery 25–29) przydzielono po 5 sanitariuszy (sierżant, plutonowy, trzech kaprali). Natomiast do nowych kompani (dla batalionów nr 19, 22 i 23) przydzielono po jednym kapralu.

działalności KOP, sanitariusze szkoleni byli w ramach batalionów przez lekarzy batalionowych. W marcu 1925 r. z rozkazu dowódcy formacji, w każdym batalionie pod kierunkiem lekarza uruchomione zostały skrócone, dwumiesięczne kursy dla funkcyjnych sanitarnych. Przeszkoleniu podlegało po 4 żołnierzy na każdą kompanię lub szwadron kawalerii. Szkolenie obejmowało m.in. anatomię i fizjologię, zranienia i opatrunki, pomoc w nagłych wypadkach, higienę i podstawy służby aptecznej⁶³. Na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych podoficerowie i funkcyjni sanitarni przechodzili szkolenie w Centralnej Szkole Podoficerskiej KOP „Osowiec”. W kursie uczestniczyło zazwyczaj około 70 żołnierzy służby obowiązkowej. Absolwenci po ukończeniu szkolenia byli przydzielani do poszczególnych batalionów, gdzie początkowo kierowano ich do izb chorych celem odbycia praktyki fachowej pod okiem lekarzy. Po zaznajomieniu z miejscem służby, zgodnie z wytycznymi z 1931 r., kierowani byli na 4 tygodniowe przeszkolenie specjalistyczne w wojskowych szpitalach okręgowych⁶⁴. Po powrocie do batalionów, jako sanitariusze funkcyjni, mieli trafić do kompanii granicznych, odwodowych lub mogli być pozostawieni w izbach chorych. Najlepsi z nich mogli pozostać w służbie, jako podoficerowie nadterminowi, a po dalszym fachowym przeszkoleniu mogli zostać podoficerami zawodowymi⁶⁵.

W latach trzydziestych, ze względu na duże zapotrzebowanie na przeszkolonych funkcyjnych sanitarnych KOP, dodatkowe kursy sanitarne dla żołnierzy służby obowiązkowej organizowano w ramach brygad lub pułków, powierzając funkcję komendantów szkoleń najbardziej doświadczonym lekarzom, oczywiście uwzględniając możliwości lokalowe jednostek. Przykładowo, w Brygadzie KOP „Grodno” długoletnim komendantem kursów sanitarnych był mjr dr lek. Chmielewski, lekarz Batalionu KOP „Suwałki”. Po jego przeniesieniu do armii, szkolenia zostały przeniesione do Sejn i powierzone mjr lek. Mickaniewskiemu. Według zestawienia absolwentów z lutego 1938 r. w szkoleniu

Zob. Zarządzenie II wiceministra spraw wojskowych gen. bryg. K. Fabrycego w sprawie sformowania nowych pięciu batalionów i trzech kompanii piechoty KOP, Warszawa 20 IX 1927 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 118–123.

⁶³ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 26 z 18 III 1925 r., k. 80–81.

⁶⁴ J. P. Knap, *Służba...*, s. 187.

⁶⁵ Do batalionów przydzielano zazwyczaj po dwóch absolwentów, wyjątkiem były bataliony obsługujące pułki, do których przydzielano po trzech absolwentów. Dowódca KOP zezwalał, aby sanitariusze w kompaniach pełnili inne funkcje, ale tak, aby nie pozbawiało to pododdziału pomocy w nagłych wypadkach. Niedopuszczalne było jednak przydzielanie ich do prac kancelaryjnych. W okresie 5 VII – 1 VIII 1932 r. na przeszkolenie do szpitali okręgowych przydzielono: nr II w Chełmie – 9 absolwentów, nr III w Grodnie – 10, nr VI we Lwowie – 12, nr IX w Brześciu – 14, do szpitala Obszaru Warownego „Wilno” – 22. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/332, Pismo mjr dr lek. J. Vogl, lekarza Batalionu KOP „Rokitno”, Rokitno 7 III 1932 r., k. 45–46; *ibidem*, sygn. 177/448, Projekt pisma w sprawie szkolenia funkcyjnych sanitarnych w szpitalach okręgowych, Warszawa 15 II 1932 r., k. 19–21; Pismo szefa Departamentu Zdrowia MSWojsk., Warszawa 20 VI 1932 r., k. 22; Projekt pisma w sprawie szkolenie szeregowych na funkcyjnych, Warszawa 22 VI 1932 r., k. 29–30; Polecenie Departamentu Zdrowia MSWojsk. w sprawie przeszkolenia w szpitalach okręgowych, Warszawa 20 VI 1932 r., k. 31.

uczestniczyło łącznie 54 uczestników ze wszystkich pododdziałów tej brygady⁶⁶. W I kwartale 1936 r. w Batalionie KOP „Czortków”, w strukturze 1. kompanii szkolnej strzeleckiej utworzony został specjalistyczny pluton sanitarny kształcący kandydatów na podoficerów sanitarnych dla całej formacji. W pododdziale kształciło się 69 uczniów, którzy po ukończeniu kursu na 12 miesięcy przydzielani byli na funkcje sanitarne w kompaniach, batalionowych izbach chorych, ewentualnie pozostawali w Czortkowie, jako pomocnicy instruktorów. Dowódcą plutonu został por. lek. Szczepan Malczewski, przydzielony z Centrum Wyszkożenia Kawalerii w Grudziądzu⁶⁷. W plutonie tym organizowano także inne szkolenia sanitarne, m.in. w 1937 r. odbył się 4–tygodniowy kurs informacyjny dla podoficerów nadterminowych sanitarnych. Do udziału w tym szkoleniu wyznaczono 16 podoficerów z batalionów KOP⁶⁸.

Według zachowanego zestawienia z czerwca 1938 r. na kursach sanitarnych organizowanych w brygadach KOP na wiosnę i na jesieni (okresy wcieleń żołnierzy), w ciągu roku szkolono łącznie 630 funkcyjnych sanitarnych (w tym 73 podoficerów służby obowiązkowej). Sanitariusze szkoleni byli głównie na bieżące potrzeby oddziałów KOP, ale także, jako rezerwiści na wypadek ewentualnych działań wojennych⁶⁹.

Zasadniczo opieka lekarska nad żołnierzami KOP rozpoczynała się w dniu ich przydzielenia do jednostek (batalionów lub szwadronów) z pułków Wojska Polskiego, gdyż formacja nie prowadziła szkolenia rekruckiego. Odpowiedni dobór żołnierzy przeznaczonych dla KOP miały zapewniać powiatowe komendy uzupełnień, które wyselekcjonowanych poborowych⁷⁰ kierowały do pułków piechoty lub kawalerii⁷¹. Po sześciomiesięcznym

⁶⁶ ASG, Brygada KOP „Grodno”, sygn. 180/41, Rozkaz nr 23 z 3 II 1938 r., k. 57–58.

⁶⁷ Autorowi nie udało się odnaleźć rozkazu lub zarządzenia o powołaniu tego pododdziału. Wiadomo, że wymieniany jest w jednym z dokumentów z marca 1936 r., co może wskazywać, na jego utworzenie w tym okresie. 1 IV 1936 r. zatwierdzono etat tej kompanii: oficer (por), czterech instruktorów zawodowych (st. sierż., sierż., plut. i kpr.) oraz 8 pomocników (4 kpr. i 4 st. strz.). Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/49, Rozkaz tajny nr 10 z 14 III 1936 r., k. 56, rozkaz nr 20 z 30 IV 1936 r., k. 117, rozkaz nr 25 z 15 VI 1936 r., k. 144; *ibidem*, sygn. 177/132, Reorganizacja pododdziałów w baonach i CSP KOP „R.3”, II faza, Warszawa 1937 r., k. 85.

⁶⁸ Szkolenie w okresie 4 II – 3 III 1937 r. odbyło się w plutonie sanitarnym. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/49, Rozkaz nr 47 z 16 XI 1936 r., k. 218–219.

⁶⁹ *Ibidem*, sygn. 177/332, Wykaz ilościowy specjalistów, Warszawa 21 VI 1938 r., k. 132–138.

⁷⁰ Zgodnie z założeniami do KOP mieli być kierowani poborowi, głównie z zachodnich powiatów II Rzeczypospolitej. Mieli to być w 80 proc. żołnierze narodowości polskiej, a tylko w 20 proc. z mniejszości narodowych, tj. około 15 proc. Niemców i Czechów, około 3 proc. Białorusinów i Rusinów oraz około proc. Żydów. Jednak w związku z problemami uzupełnienia armii, na przełomie 1927/1928 pojawił się projekt obniżenia rekrutacji do 70 proc. Polaków. Przeciwno tym planom zaprotestował dowódca KOP, podnosząc między innymi kwestię niebezpieczeństw, wynikających z użycia mniejszości w służbie granicznej, tj. nielojalność państwowa i podatność na agitację sowiecką. W późniejszych okresach limit ten był modyfikowany, zasadniczo nie przekraczał jednak pierwotnego założenia. Niepożądane było wcielanie do KOP poborowych bezrolnych, robotników kopalnianych i przemysłowych (jako podatnych na propagandę komunistyczną), karanych sądownie lub będących pod śledztwem sądowym za nielegalne przekroczenie granicy, przestępstwa

szkoleniu rekrucim (zasadniczym) prowadzonym w jednostkach, po ponownej ocenie (m.in. zdrowotnej) żołnierze przenoszeni byli do KOP dla odbycia dalszej części służby wojskowej. W przypadku batalionów KOP przydziały żołnierzy odbywał się dwa razy w roku (tj. wiosną i jesienią), natomiast szwadrony kawalerii uzupełniane były raz w roku⁷². Bezpośrednio po przybyciu, wszyscy żołnierze poddawani byli przeglądowi stanu zdrowia, który prowadzili lekarze batalionów⁷³. Ocena predyspozycji fizyczno–psychicznych warunkowała ich dalszy przydział. Wszyscy żołnierze pełniący służbę na strażnicach i w pododdziałach (tj. kompanie odwodowe, plutony łączności, plutony gospodarcze i szwadrony kawalerii) podlegali okresowym kontrolom stanu zdrowia, które przeprowadzał lekarz, co najmniej raz w miesiącu. W uzasadnionych przypadkach lekarz batalionu mógł w stosunku do szeregowych podjąć postępowanie rewizyjne w związku ze stanem zdrowia i na podstawie badań mógł orzekać o zmianie kategorii, a tym samym o przydatności w służbie KOP lub odesłaniu do rezerwy⁷⁴. W czerwcu 1936 r. została ustanowiona przy dowódcy KOP Wojskowo–Lekarska Komisja Rewizyjna dla podoficerów zawodowych. Pierwszym przewodniczącym został mjr dr lek. Włodzimierz Leśniewski, lekarz z Batalionu KOP „Troki”. Komisja miała na celu orzekanie o stanie zdrowia i przydatności lub niezdolności do dalszej służby wojskowej, m.in. w przypadkach nieszczęśliwych wypadków, udziału w działaniach wojennych, chorób

przeciwko państwu lub z chęci zysku, repatriantów z Rosji Radzieckiej (po 1922 r.) i posiadających tam rodziny, a także żonaty, którzy dotkliwiej odczuwali dłuższy okres służby w trudnych warunkach pogranicza. Preferowani byli synowie chłopski umiejący czytać i pisać, choć już pierwsze wcielenia wymusiły konieczność przymusowego nauczania żołnierzy. W początkowym okresie nie wcielano do KOP żołnierzy pochodzących z 40 km pasa pogranicza wschodniego i zachodniego. W połowie lat trzydziestych, po przejściu szkolenia PW, kierowano do służby w formacji pewną liczbę poborowych (wyłącznie Polaków) z powiatów nadgranicznych. Przydział był dla nich niejako „nagrodową” formą zakończenia aktywnego udziału w pracach i działalności PW. Mogli oni stanowić ok. 10 proc. uzupełnienia jednostki. Nie przydzielano ich do batalionów KOP, stacjonujących bezpośrednio w rejonach ich zamieszkiwania lub gminach sąsiednich. Zob. CAW, Departament Dowodzenia Ogólnego, sygn. I.300.22.34, Korespondencja Biura Ogólno–Organizacyjnego MSWojsk.; ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/329, Pismo w sprawie wymiany szeregowych r. 1904/II na r.1906/I w formacjach KOP, Warszawa 21 II 1928 r., k. 9–10; Pismo w sprawie szeregowi służby czynnej – wymiana r. 05/II na r.07/I, Warszawa 19 II 1929 r., k. 36–39; Pismo dot. poborowych dla KOP z powiatów granicznych, Warszawa 16 X 1935 r., k. 208–210; Pismo dot. rekrutów r.1915 rozdzielnik na jednostki szkolące wojska, 12 VIII 1936 r., k. 247–248; Załącznik do pisma KOP dot. uzupełnienia KOP 1936, l.dz. 4455/tj., Warszawa 1936 r., k. 251; Pismo KOP dot. wcielenia r.1916/II, Warszawa 15 I 1938 r., k. 311–312; Pismo dot. poborowi z powiatów granicznych – przeniesienia i zasady przydziałów, Warszawa 28 I 1938 r., k. 321–324,

⁷¹ Mniejsze kontyngenty przydzielano także do batalionów saperów, a w latach trzydziestych także do artylerii.

⁷² Zarządzenie dowódcy KOP gen. dyw. H. Minkiewicza w sprawie wymiany szeregowych w formacjach KOP, Warszawa 23 VIII 1926 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 100–105; Zapotrzebowanie i rozdzielnik szeregowców KOP do wymiany jesiennej 1933 r. przesłane przez szefa sztabu KOP ppłk dypl. T. Puszczynskiego do szefa Biura Organizacyjnego MSWojsk., Warszawa 8 VII 1933 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 266–270.

⁷³ Świadczą o tym m.in. sprawozdania KOP. Zob. Sprawozdanie dowódcy KOP gen. dyw. H. Minkiewicza dla II wiceministra spraw wojskowych gen. bryg. K. Fabrycego z przebiegu zwolnienia do rezerwy rocznika 1903/II i wcielenia 1905/I, Warszawa 12 IV 1927 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 109–113; Zapotrzebowanie i rozdzielnik poborowych rocznika 1912 przesłany przez szefa sztabu KOP ppłk. T. Puszczynskiego do MSWojsk., Warszawa 18 VII 1933 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 272–274.

⁷⁴ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/13, Rozkaz nr 81 z 12 VII 1927 r., k. 347–348.

zakaźnych w miejscu pełnienia służby. W czerwcu 1937 r. przewodnictwo komisji powierzono mjr dr lek. Kazimierzowi Mareszowi z dowództwa KOP, doświadczonemu lekarzowi formacji. Skład komisji był, co roku powoływany przez dowódcę KOP. W czerwcu 1938 r. nowemu składowi komisji ponownie przewodził mjr dr lek. Maresz, który pełnił tę funkcję do wybuchu wojny⁷⁵.

Oprócz przeglądów żołnierzy obowiązkowej służby czynnej, lekarze formacji każdorazowo dokonywali oceny zdrowia wszystkich uczestników zawodów sportowych m.in. strzeleckich, biegowych lub marszy narciarskich. Ponadto, przeglądom podlegali wszyscy oficerowie i podoficerowie zawodowi typowani na szkolenia i kursy doskonalące, gdyż stan ich zdrowia był jednym z głównych kryteriów przydziału. Ocena stanu zdrowia była także warunkiem koniecznym do przedłużenia służby zawodowej podoficerów, zwolnienia do rezerwy lub przeniesienia w stan nieczynny⁷⁶. Niewiele osób wie o tym, że lekarze wojskowi mieli także obowiązek oceny i wydawania świadectw zdrowia podoficerom zawodowym ubiegającym się o zezwolenie na zawarcie związku małżeńskiego. Przeciwwskazane były zachorowania kandydatów na gruźlicę lub choroby weneryczne (rzeżączka, kiła). W przypadkach wątpliwości, lekarz mógł pokierować podoficera na badania w szpitalu specjalistycznym. „Świadectwo lekarskie zdrowia” przedkładali lekarze właściwemu dowódcy, który w oparciu także o opinię podoficerskiej komisji małżeńskiej podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na małżeństwo⁷⁷. Dodać należy, że ze względu na występujące w armii przypadki zachorowań podoficerów zawodowych na gruźlicę, lekarze batalionowi zostali zobowiązani do wdrażania postępowań rewizyjno-lekarskich. Podoficerowie chorzy na otwartą gruźlicę lub zamkniętą, ale nierokujący na poprawę musieli być zwalniani ze służby⁷⁸. Podobnie żołnierze służby obowiązkowej, w przypadku zdiagnozowania gruźlicy także byli zwalniani do rezerwy.

⁷⁵ *Ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 26 z 28 VI 1936 r., k. 201–204; *ibidem*, sygn. 177/23, Rozkaz nr 23 z 22 VI 1937 r., k. 122; *ibidem*, sygn. 177/50, Rozkaz nr 47 z 25 XI 1937 r., k. 299; *ibidem*, sygn. 177/51, Rozkaz nr 20 z 21 V 1938 r., k. 112; *ibidem*, sygn. 177/25, Rozkaz nr 10 z 17 III 1939 r., k. 78.

⁷⁶ Od 1934 r. badania lekarskie podoficerów w celu ustalenia ich zdolności do dalszej służby prowadzono w wojskowym szpitalu okręgowym nr I w Warszawie. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Postępowanie rewizyjne w KOP. Rozkaz nr 12 z 3 II 1925 r., k. 35–36; *ibidem*, sygn. 177/575, Pismo w sprawie oceny stanu zdrowia przed zwolnieniem. Przepisy rewizyjne sanitarne 6/24 cz. I. S.N. i sanitarne 6/24 cz. II – zmiany, Warszawa 19 XII 1928 r., k. 1–7; *ibidem*, sygn. 177/17, Rozkaz nr 23 z 1 VI 1931 r., k. 145; *ibidem*, sygn. 177/18, Rozkaz nr 22 z 15 VI 1932 r., k. 158; *ibidem*, sygn. 177/19, Rozkaz nr 30 z 30 VI 1933 r., k. 343; *ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 32 z 22 VI 1934 r., k. 295, rozkaz nr 64 z 15 XII 1934 r., k. 563; *ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 20 z 4 V 1936 r., k. 159; *ibidem*, sygn. 177/51, Rozkaz tajny nr 25 z 2 VII 1938 r., k. 129–130.

⁷⁷ *Ibidem*, sygn. 177/15, Rozkaz nr 69 z 4 XII 1929 r., k. 341, 345

⁷⁸ *Ibidem*, sygn. 177/16, Rozkaz nr 37 z 8 IX 1930 r., k. 238.

Po utworzeniu w czerwcu 1932 r. na pograniczu rejonów i pasów Przystosobienia Wojskowego (PW) KOP, również junacy podlegali okresowym przeglądom stanu zdrowia przez lekarzy formacji. W tym celu wykorzystywano zazwyczaj kilkudniowe koncentracje oddziałów PW KOP i Związku Strzeleckiego oraz manewry letnie organizowane z ich udziałem⁷⁹. Lekarze KOP niejednokrotnie wykraczali poza ramy zwykłej kontroli stanu zdrowia, niejednokrotnie udzielając pomocy chorym członkom PW za przysłowiowe „Bóg zapłać”⁸⁰. Znany jest przypadek, gdy lekarz leczył bezpłatnie ubogiego członka PW KOP. Chorego odwiedził także dowódca batalionu, a widząc jego nędzę i brak środków do życia, wręczył mu 20 zł i nakazał zaopatrzyć go w potrzebną żywność. Zdzwionym rodzicom, oficer powiedział, że tak troskliwą opiekę miał ich syn dlatego, że był junakiem PW i przygotowywał się do obrony państwa⁸¹. W okresie wakacyjnym, w obozie szkoleniowym PW w Rackim Borze (pow. braclawski), gdzie organizowane były szkolenia dla junaków PW i członków Związku Strzeleckiego, opiekę sprawowała zazwyczaj 6-osobowa obsługa medyczna pod kierunkiem wyznaczonego lekarza KOP⁸².

W razie konieczności lekarze i sanitariusze formacji śpieszyli także z doraźną pomocą medyczną harcerzom i harcerkom, których obozy wielokrotnie rozbijane były na pograniczu pod nadzorem batalionów KOP. Przykładowo, w wakacje 1930 r. obozy harcerskie rozbite zostały na terenie aż 14 batalionów granicznych⁸³. Opieka lekarzy nad hufcami PW KOP oraz drużynami harcerskimi od 1937 r. stała się ich oficjalnym zadaniem społecznym, wyznaczonym przez gen. bryg. Jana Kruszewskiego⁸⁴. Opieką otoczone zostały także młodociane oddziały „Strzelczyków”, utworzone w ramach PW KOP⁸⁵. Warto w tym miejscu wspomnieć o inicjatywie dowódcy Brygady KOP „Polesie” ze stycznia 1938 r. w sprawie szkolenia sanitariuszy spośród członków PW. Kursy sanitarne dla chętnych prowadzone były przez Polski Czerwony Krzyż, a kandydatów dobierano z uwzględnieniem potrzeb

⁷⁹ A. Ochał, *Batalion...*, s. 195.

⁸⁰ K. Mikulewicz, *Praca społeczna...*, s. 5.

⁸¹ J. W. Kobylański, *Działalność...*, s. 28–30.

⁸² ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/332, Pismo w sprawie obsady sanitarnej obozu letniego PW w Rackim Borze, Warszawa 27 V 1938 r., k. 130.

⁸³ Już w 1925 r. gen. H. Minkiewicz wydał polecenie objęcia obozów harcerskich opieką lekarską. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 65 z 6 VII 1925 r., k. 240; *ibidem*, sygn. 177/16, Rozkaz nr 30 z 14 VII 1930 r., k. 190.

⁸⁴ Wytyczne dowódcy KOP gen. bryg. J. Kruszewskiego do pracy społecznej KOP, Warszawa 22 X 1937 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 486–492.

⁸⁵ Opieka lekarska obejmowała badania ambulatoryjne, zastosowanie zabiegów, porady, zaopatrzenie w środki lecznicze, w uzasadnionych przypadkach także wizytę domową. Lekarze prowadzili ich badanie m.in. przed obozami letnimi PW. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/50, Rozkaz tajny nr 39 z 23 IX 1937 r., k.272–273.

miejscowych batalionów KOP⁸⁶. Warto wspomnieć, że od 1937 r. pomoc i opieka lekarska, a także propaganda higieny wśród służby szkolnej i młodzieży przez lekarzy KOP podczas objazdu pogranicza stała się obowiązkowym ich zadaniem, wynikającym z wytycznych do pracy społecznej⁸⁷. Jednakże wiele akcji społecznych prowadzonych przez i przy udziale lekarzy nie wynikało tylko z konieczności realizacji poleceń czy zarządzeń. Przykładowo, w maju 1931 r. w związku z klęską powodzi na Wileńszczyźnie, w Batalionie KOP „Orany” zorganizowano akademię i występ teatralny pt. „Chłopi arystokraci”. Podczas akademii lekarz batalionu kpt. lek. Leon Kehle, poprowadził zbiórkę pieniędzy dla powodzian. Na pomoc dla poszkodowanych przeznaczono także część dochodu z biletów⁸⁸.

W marcu 1933 r. do grupy osób uprawnionych do korzystania z opieki medycznej lekarzy KOP zostali zaliczeni osadnicy wojskowi oraz członkowie ich rodzin (żona i dzieci). Bezpłatna opieka obejmowała porady lekarskie, ewentualnie niezbędne badania i zabiegi oraz drobne operacje. Przysługiwały im także leki i opatrunki ze stanu aptecznego ambulatoriów⁸⁹.

Ważnym zadaniem służby zdrowia KOP było czuwanie nad należyтым stanem higieny żołnierzy oraz porządków na strażnicach i kompaniach. W koszarach batalionów oraz w miarę możliwości w dowództwach kompanii granicznych uruchomione zostały łącznie żołnierskie⁹⁰ działające pod nadzorem lekarzy. Większość batalionów miała na swoich stanach aparaty natryskowo–kąpielowe „Dyderskiego” oraz przenośne aparaty dezynfekcyjno–kąpielowe „Grodzisk”. Kąpiele w łaźniach odbywały się zazwyczaj w soboty. Ze względów sanitarnych szczególnie ważne było utrzymanie higieny wśród żołnierzy powracających z ćwiczeń polowych lub urlopów, zważywszy na częste w tym czasie epidemie chorób (m.in. duru plamistego) oraz konieczność odwszawiania żołnierzy⁹¹.

⁸⁶ Wytyczne dowódcy brygady „Polesie” KOP płk. dypl. M. Rawicza–Mysłowskiego w sprawie prowadzenia pracy WFIPW, Łachwa 29 I 1938 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 500–504.

⁸⁷ W wytycznych znalazły się m.in. zapisy o dożywianiu i odziewaniu służby szkolnej, nieodmawianiu pomocy i opieki lekarskiej w wypadkach poważnych, opiekę nad drużynami harcerskimi i organizacją „Strzelczyka”. Zob. Wytyczne dowódcy KOP gen. bryg. J. Kruszeńskiego do pracy społecznej KOP, Warszawa 22 X 1937 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 486–492; Wytyczne dowódcy KOP gen. bryg. J. Kruszeńskiego w sprawie organizacji „Strzelczyk”, Warszawa 11 XII 1937 r., [w:] *O Niepodległą...*, s. 492–497.

⁸⁸ „Swój”, *Z życia 23 Baonu „Orany”*, „Wiarus” 1931 nr 23, s. 5.

⁸⁹ Jako ciekawostkę, należy podać, że lekarze wojskowi wystawiali recepty w dwóch kolorach: żółte tylko dla osób wojskowych na leki z najbliższej apteki wojskowej, bezpłatne; białe dla osób uprawnionych do leczenia wojskowego, które realizowane były w aptekach wojskowych za opłatą. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/19, Rozkaz nr 11 z 10 III 1933 r., k. 90; *ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 29 z 4 VII 1936 r., k. 237–238.

⁹⁰ Łaźnie oficerskie, jako nieetatowe i pozabudżetowe utrzymywane były za opłatą osób korzystających. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 94 z 11 IX 1925 r., k. 343.

⁹¹ Sprzęt kąpielowo–natryskowy był sukcesywnie uzupełniany, m.in. w marcu 1934 r. zakupiono 13 aparatów „Dyderskiego”, kolejnych 12 w marcu 1935 r., a w grudniu 1935 r. 20 urządzeń. W marcu i kwietniu 1936 r. kolejnych 33. Ostatni przydział 15 aparatów „Grodzisk” miał miejsce w lutym 1939 r. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 103 z 3 X 1925 r., k. 369; *ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 21 z 14 IV 1934 r., k. 152–153; *ibidem*, sygn. 177/21, Rozkaz nr 22 z 29 III 1935 r., k. 167–168; rozkaz nr 67 z 9 XI 1935 r., k. 623;

Zawszawieni izolowani byli zazwyczaj na świetlicach, aż do czasu obowiązkowej kąpeli i dezynfekcji ich odzieży. Specjalnie po ćwiczeniach letnich konieczna była dezynfekcja sortów ćwiczebnych, bielizny i kocy oraz dokonanie przeglądów higienicznych szeregowych przez lekarzy i podoficerów sanitarnych. W sezonie letnim w celu zapewnienia higieny, dowódcy zezwalali zazwyczaj na dodatkowe mycie się i kąpiele żołnierzy w rzekach lub stawach. Każdorazowo miejsce do kąpeli miało być wyznaczone przez lekarza, a mycie odbywać się pod nadzorem podoficerów, w miarę możliwości z udziałem sanitariusza. Ze względu na częste wypadki utonięć, zabronione było kąpanie się w jeziorach, a szczególnie bez nadzoru. Niestety, zakaz ten był często lekceważony przez żołnierzy, co stało się przyczyną wielu utonięć⁹².

Żołnierze KOP podlegali szczepieniom mających na celu wzmocnienie ich odporności i ochronnym m.in. przeciwko durowi plamistemu⁹³. Pomimo to, zagrożenie tyfusem na początku lat trzydziestych nie malało. W kwietniu 1931 r. gen. bryg. Jan Kruszewski, ówczesny dowódca KOP zmuszony był wstrzymać do odwołania wszystkie urlopy w batalionach „Słobódka”, „Łużki”, „Podswile”, „Budslaw”, „Wołożyn”, „Iwieniec”, „Stołpce” i „Snów”. Rozkaz ten został wprawdzie po dwóch miesiącach częściowo odwołany, ale utrzymano go w stosunku do wszystkich oddziałów kwaterujących w domach cywilnej ludności w miejscowościach objętych epidemią. Podobnie w lipcu 1933 r. w związku z epidemią duru brzuszego w województwie śląskim wstrzymano urlopy żołnierzom pochodzącym ze Śląska. Na przełomie 1934 i 1935 w związku z epidemią duru plamistego wstrzymano urlopy dla żołnierzy z powiatu baranowickiego. W kwietniu 1935 r. epidemia wystąpiła także w powiatach Wilejka i Sarny⁹⁴.

Z higieną oraz wyżywieniem na strażnicach oraz w pododdziałach nierozzerwalnie związany był stan wody w użytkowanych studniach. W początkowym okresie z braku innych

ibidem, sygn. 177/22, Rozkaz nr 8 z 28 II 1936 r., k. 65–66; rozkaz nr 14 z 28 III 1936 r., k. 111; *ibidem*, sygn. 177/25, Rozkaz nr 4 z 7 II 1939 r., k. 40.

⁹² Zgodnie z zaleceniami z 1930 r. ważny był wybór miejsc na kąpielisko tj. równe i stopniowo schodzące dno, dokładne jego oznaczenie, w miarę możliwość odgródenie np. siatką zamykającą. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/11, Rozkaz nr 54 z 6 VI 1925 r., k. 196; *ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 52 z 10 V 1928 r., k. 158; *ibidem*, sygn. 177/15, Rozkaz nr 40 z 8 VII 1929 r., k. 213; rozkaz nr 43 z 23 VII 1929 r., k. 225; *ibidem*, sygn. 177/16, Rozkaz nr 21 z 6 V 1930 r., k. 138; A. Ochał, *Batalion...*, s. 50.

⁹³ Jak podaje J. P. Knap, epidemia duru plamistego (wysypkowego) wybuchła w czasie rewolucji w Rosji i objęła ok. 30 mln ludzi, z czego 2 mln zmarło. Epidemia rozszerzyła się na terytorium Polski, gdzie w 1919 r. odnotowano ponad 219 tys. zachorowań. Pomimo energicznego zwalczania, choroba występowała we wschodniej Polsce, aż do 1939 r. (3.291 przypadków). Stała się zarzewiem kolejnej epidemii w czasie II wojny światowej. Polska dzięki odkryciu lwowskiego mikrobiologa Rudolfa Weigla, (1883–1957) jako pierwsza rozpoczęła w 1934 r. szczepienia przeciwko durowi. Zob. J. P. Knap, *Służba...*, s. 191.

⁹⁴ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/17, Rozkaz nr 17 z 27 IV 1931 r., k. 95; rozkaz nr 23 z 1 VI 1931 r., k. 148; *ibidem*, sygn. 177/19, Rozkaz nr 32 z 13 VII 1933 r., k. 369; *ibidem*, sygn. 177/21, Rozkaz nr 1 z 4 I 1935 r., k. 3; rozkaz nr 25 z 12 IV 1935 r., k. 210.

możliwości korzystano z wody czerpanej ze słabo oczyszczonych wiejskich studni lub wprost z rzek i jezior. Woda ta niezbadana i niezdatna do picia mogła być przyczyną wielu chorób, dlatego też corocznie, po ustaniu roztopów i wiosennych wylewów, na strażnicach oraz w studniach użytkowanych przez żołnierzy KOP, przeprowadzano badania bakteriologiczne. Próbkę wody pobierane były zazwyczaj przez podoficerów sanitarnych i przewożone przez kurierów do dowództw brygad lub pułków, skąd przekazywane były do dalszych badań w Szefostwie Służby Zdrowia KOP w Warszawie. Od 1934 r. badania chemiczno-sanitarne uskuteczniały były w szpitalach wojskowych właściwych dla dowództw brygad, a wyniki przesyłane były do dowództwa KOP. Studnie z których woda została uznana za niezdrową, podlegały oczyszczeniu i odkażeniu za pomocą podchlorynu wapnia (wapna bielonego)⁹⁵. Od 1934 r. część batalionów została wyposażona w aparaty do chlorowania wody firmy „Vaporax”. W kolejnych latach doposażono pozostałe jednostki m.in. w marcu 1935 r. przydzielono 70 nowych aparatów⁹⁶.

Obowiązkowe badanie próbek wody odbywało się na podstawie wskazówek i zaleceń Państwowego Zakładu Higieny opracowanych i wydanych w 1930 r. w postaci broszury pt. „Ujednostajnienie metody bakteriologicznego badania wody”⁹⁷. W miarę budowania na pograniczu nowych strażnic, kopano przy nich głębokie studnie artezyjskie, zabezpieczone betonowymi kręgami z zadaszeniami chroniącymi przed opadami liści i różnorodnych zanieczyszczeń (np. owady)⁹⁸. Dzięki temu stan wody uległ stopniowej poprawie, co nie uszło uwagi miejscowej ludności, która naśladując żołnierzy budowała dla siebie lepsze studnie lub korzystała z wojskowych. Warto w tym miejscu odnotować, że mieszkańcy podpatrując życie na strażnicach, w wielu miejscowościach zaczęli kopać przy drogach i ścieżkach rowy odwadniające, wysypywać chodniki oraz podwórka żwirem, tak, aby w ten sposób zmniejszyć błoto. Można by to uznać za swoisty postęp cywilizacyjny podpatrzony na strażnicach KOP⁹⁹.

⁹⁵ *Ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 19 z 28 III 1934 r., k. 131; *ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 29 z 2 VI 1934 r., k. 251; *ibidem*, sygn. 177/21, Rozkaz nr 36 z 25 V 1935 r., k. 327; *ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 19 z 30 IV 1936 r., k. 156; A. Ochał, *Batalion...*, s. 71–72.

⁹⁶ Aparat przeznaczony był dla oddziałów, w których woda była nieprzydatna do picia w stanie surowym. Do każdego aparatu dodawano flakon płynu Javella i menzurkę do dozowania. Płyn do zakupu był w firmie „L. Spiess i Syn” w Warszawie. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/20, Rozkaz nr 28 z 25 V 1934 r., k. 241; rozkaz nr 33 z 30 VI 1934 r., k. 305; *ibidem*, sygn. 177/21, Rozkaz nr 22 z 29 III 1935 r., k. 167–168; *ibidem*, sygn. 177/22, Rozkaz nr 14 z 28 III 1936 r., k. 111–112.

⁹⁷ *Ibidem*, sygn. 177/576, Ujednostajnienie metody bakteriologicznego badania wody, Warszawa 1930 r.

⁹⁸ *Ibidem*, sygn. 177/14, Rozkaz nr 100 z 13 X 1928 r., k. 320; *ibidem*, sygn. 177/23, Rozkaz nr 3 z 28 I 1937 r., k. 17, rozkaz nr 18 z 18 V 1937 r., k. 93.

⁹⁹ J. W. Kobyłański, *Działalność...*, s. 30.

W celu utrzymania należytej higieny w miejscach przygotowywania posiłków, już pod koniec grudnia 1925 r. szef służby sanitarnej zwrócił uwagę, że podczas przeprowadzonych przez niego inspekcji w kuchniach stwierdzono brak podstawowych urządzeń do mycia rąk przez personel. W związku z tym, polecono rozkazem gen. Minkiewicza, aby personel kuchenny często mył ręce, a kuchnie zostały wyposażone w niezbędne środki tj. miednice, dzbanki z czystą wodą, wiadra do zlewania brudnej wody, mydło, ręczniki itp. Zalecano także, aby pracujący w kuchni jak najczęściej korzystali z możliwości kąpieli¹⁰⁰.

Lekarze wojskowi pełniący służbę w KOP odgrywali ogromną rolę w działalności społecznej formacji, sprawując opiekę medyczną wśród mieszkańców pogranicza. Należy przy tym pamiętać, że były to tereny ze znacznym odsetkiem ludności niepolskiej, głównie ukraińskiej, białoruskiej, litewskiej, żydowskiej a także rosyjskiej. Kresy Wschodnie ochraniające przez KOP były obszarem najbardziej niedostępnym i zaniedbanym pod względem gospodarczym i społecznym obszarem II Rzeczypospolitej. Cywilni lekarze powiatowi pracujący na terenach przygranicznych, nie byli w stanie otoczyć opieką lekarską wszystkich mieszkańców rozrzuconych na znacznych przestrzeniach, co przy niemal całkowitym braku prywatnych praktyk lekarskich pozbawiało ich pomocy podczas choroby. Według szacunków Józefa Piotra Knapa, w 1939 r. na Kresach Wschodnich II Rzeczypospolitej Polskiej pracowało jedynie około 4 tys. lekarzy medycyny i około 900 dentystów¹⁰¹. Z tego też względu lekarze formacji musieli nie tylko leczyć żołnierzy KOP, lecz także nieść bezpłatną pomoc medyczną ubogiej ludności pogranicza. W wielu miejscowościach, w przychodniach lekarskich zorganizowanych przez lekarzy powiatowych, a prowadzonych przez lekarzy KOP udzielano pomocy i porad na podstawie kartek wydawanych przez urzędy gmin dla najbardziej potrzebujących i ubogich¹⁰². W ambulatoriach KOP bezpłatnie szczepiono przeciwko ospie rzesze dzieci i młodzieży, a lekarze opatrywali zranienia powstałe na skutek używania narzędzi rolniczych i domowych, pogryzień, postrzeleń, złamania, oparzenia, odmrożenia, a w razie konieczności pomagali także podczas porodu¹⁰³. Przykładowo, w 1927 r. na terenie jednego z batalionów przydarzył się wypadek zbiorowego zatrucia na weselu 120 osób alkoholem metylowym. Pomocy chorym udzielił jedyny mieszkający w pobliżu lekarz KOP, który wraz z dwoma podoficerami sanitarnymi walczył o uratowanie ich życia. Walka trwała przez trzy doby, podczas których wyczerpały się wszystkie zapasy apteczne ambulatorium. Pomimo

¹⁰⁰ *Ibidem*, sygn. 177/11, Rozkaz nr 137 z 19 XII 1925 r., k. 472–473

¹⁰¹ J. P. Knap, *Służba...*, s. 189.

¹⁰² Zamożniejsze osoby wносиły opłaty w wysokości 1–1,5 zł. Zob. J. W. Kobylański, *Działalność...*, s. 28.

¹⁰³ *Ibidem*; J. P. Knap, *Służba...*, s. 189.

determinacji lekarza, na skutek zatrucia zmarło 17 osób, a u 18 wystąpiły zaburzenia wzroku, ale pozostali chorzy przeżyli¹⁰⁴. Działalność lekarzy wśród ludności kresowej pozwalała na wykrycie we właściwym czasie chorób zakaźnych i zapobieganie ich rozprzestrzenianiu. Wiosną 1930 r., gdy w północnej części Wileńszczyzny zaczęła się szerzyć epidemia tyfusu plamistego rozpoznana przez lekarzy Brygady KOP „Wilno”, dzięki wydanym zarządzeniom sanitarno–higienicznym ograniczono jej zasięg. Wspólnie z władzami administracyjnymi uruchomiony i wyposażony został szpital epidemiczny w Druji (pow. braclawski). Niestety, podczas walki z epidemią na skutek zarażenia zmarł st. strz. Jan Chruścielski, sanitariusz z kompanii granicznej „Rykonty” w Batalionie KOP „Nowe Troki”. Jesienią 1930 r., gdy groźba epidemii tyfusu plamistego pojawiła się na Podolu i sąsiednim Wołyniu, lekarze KOP wspólnie z lekarzami powiatowymi przystąpili do masowych i bezpłatnych szczepień, tym samym tłumiąc rozpowszechnianie choroby w zarodku¹⁰⁵. W lutym 1935 r. w związku z dużą liczbą przypadków zachorowań na dur plamisty ludności na północno–wschodnim odcinku granicy polsko–radzieckiej, dowódca KOP polecił ograniczenie kontaktów z ludnością cywilną, baczną uwagę na cywilnych dostawców i praczki, które do domów pobierały żołnierską bieliznę. Natomiast lekarze batalionowi w oparciu o informacje od lekarzy powiatowych i rejonowych, mieli monitorować ewentualne zagrożenie epidemiczne¹⁰⁶.

Pod koniec lat dwudziestych, gdy możliwa była jeszcze ucieczka z Rosji Radzieckiej przez granicę do Polski, pierwszej pomocy uchodźcom udzielały zazwyczaj ambulatoria batalionów KOP. Według szacunków prasowych z 1930 r. w tym okresie tygodniowo do Polski uciekało nawet do 70 osób, w większości były to rodziny z dziećmi. Proceder miał miejsce głównie na Polesiu, Wołyniu i Podolu¹⁰⁷. Uciekinierom i uchodźcom przekazywanym w ramach wymiany, udzielano nie tylko koniecznej opieki lekarskiej (zranienia, postrzelenia), ale umożliwiano kąpiel i żywiono na koszt wojska lub Polskiego Czerwonego Krzyża. W wielu wypadkach konieczne było wyposażenie ich w ubrania przed dalszą drogą do krewnych w kraju. Jednakże ze względu na możliwość zawleczenia choroby (m.in. tyfusu plamistego), uciekinierzy musieli być izolowani od załóg strażnic i podlegali kwarantannie sanitarnej¹⁰⁸.

W wielu małych garnizonach i wioskach, wizyta lekarza KOP była okazją do zaproszenia go do współpracy przez różnorakie organizacje i stowarzyszenia, tj. Związek Strzelecki, Polski Czerwony Krzyż, Koła Pracy Obywatelskiej Kobiet, Stacje Opieki nad

¹⁰⁴ J. W. Kobyłański, *Działalność...*, s. 28.

¹⁰⁵ *Ibidem*, s. 29.

¹⁰⁶ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/20, Rozkaz nr 9 z 8 II 1935 r., k. 54.

¹⁰⁷ *Życie i służba żołnierzy KOP*, „Żołnierz Polski” 1930, nr 42, s. 1030.

¹⁰⁸ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/19, Rozkaz nr 35 z 28 VII 1933 r., k. 400.

Matką i Dzieckiem, szkoły i przedszkola. Pomoc udzielana była głównie w zakresie profilaktyki sanitarnej i prowadzona społecznie w ramach wolontariatu. Przykładowo, kpt. lek. Bolesław Herchold, lekarz Batalionu KOP „Suwałki” w latach 1936–1937 pracował, jako wolontariusz na oddziale wewnętrznym Szpitala Miejskiego Św. Piotra i Pawła w Suwałkach. Pomagając głównie dzieciom „wykazał duże zamiłowanie i wiedzę specjalną, cierpliwość w stosunku do chorych oraz miłym i równym charakterem zyskując wielką sympatię”¹⁰⁹. W większości przypadków, lekarze KOP byli również lekarzami uprawnionymi do sprawowania opieki nad funkcjonariuszami i urzędnikami państwowymi i ich rodzinami m.in. policjantami, celnikami, kolejarzami. Kapitan Józef Kobylański odnotował również, że w koniecznych przypadkach uprawnieni lekarze formacji wraz z samorządami lub organami porządkowymi (Policja Państwowa) spełniali zadania sanitarne kontrolując higienę i czystość w hotelach, piekarniach, rzeźniach itp. Zgodnie z poleceniem gen. Minkiewicza wydanym w 1927 r. organy sanitarne KOP miały współdziałać z władzami w zakresie podniesienia stanu sanitarnego miast i osiedli na kresach¹¹⁰.

Duży nacisk w działalności służbowej lekarzy KOP kładziony był na działalność w zakresie profilaktyki zdrowia i propagandę higieny wśród żołnierzy oraz miejscowej ludności. Jak podkreślał w swoim artykule por. lek. Kornel Mikulewicz, lekarz Batalionu KOP „Łużki” jego zadaniem było „ciągłe i ustawiczne pouczanie, co może wpłynąć na poprawienie warunków higienicznych tak osobistych jak i pomieszczeń”¹¹¹. Z tego też względu każdy z lekarzy zobowiązany był do systematycznego wygłaszania pogadanek m.in. odnośnie profilaktyki chorób wenerycznych i zakaźnych, konieczności utrzymywania higieny osobistej poprzez częste kąpiele, krótko przycięte włosy, czystą bieliznę itp.¹¹². Prelekcje wygłaszane były dla żołnierzy na strażnicach oraz w świetlicach kompanii i szwadronów kawalerii, dla junaków PW i strzelców Związku Strzeleckiego i dla harcerzy na obozach, a także w miarę możliwości dla okolicznej ludności w świetlicach wiejskich i domach ludowych. Każda okazja do pogadanki prozdrowotnej była dobra. Wzmiankowany por. lek. Mikulewicz wspominał, że w jego przypadku dużą pomoc udzielili mu miejscowi nauczyciele organizując w Łużkach wykłady wiedzy ogólnej, w których brało udział około 200 słuchaczy. Podczas tych spotkań omawiał zasady higieny, o zagrożeniach jaglicą, gruźlicą, ale także o

¹⁰⁹ Fragment podziękowań udzielonych przez dyrektora szpitala dr. W. Miłaszewicza. Kpt. lek. Herchold był lekarzem wojskowym m.in. w 29. pp w Kaliszu i Batalionach KOP „Dederkały” (1934–1935) i „Suwałki” (1936–1939). Zob. CAW, Kol. akt. pers. i odzn., sygn. Ap. 2079+3925, Zaświadczenie, Suwałki 14 IX 1937 r.; A. Ochał, *Słownik...*, s. 51–52.

¹¹⁰ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/12, Rozkaz nr 21 z 26 II 1926 r., k. 61–62; *ibidem*, sygn. 177/13, Rozkaz nr 74 z 23 VI 1927 r., k. 323; J. W. Kobylański, *Działalność...*, s. 29.

¹¹¹ K. Mikulewicz, *Praca społeczna...*, s. 4.

¹¹² ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/19, Rozkaz nr 35 z 28 VII 1933 r., k. 400

wychowaniu zdrowego dziecka. Wykłady ilustrowane były przezroczami i filmami, co przyciągało słuchaczy¹¹³. Starano się oddziaływać na żołnierzy i mieszkańców także przy pomocy plakatów, m.in. w 1927 r. na strażnicach i w świetlicach KOP wywieszono plakaty przeciwgruźlicze, wydane przez Związek Przeciwgruźliczy w Warszawie¹¹⁴. Natomiast w 1929 r. w ramach profilaktyki polecono lekarzom propagowanie w oddziałach dnia przeciwgruźliczego, zainicjowanego przez Polski Związek Przeciwgruźliczy. W ramach tej akcji lekarze KOP mieli wygłaszać pogadanki i odczyty, mające na celu uświadomienie żołnierzy o oddziaływaniu gruźlicy na całe społeczeństwo¹¹⁵.

Na zupełnie innowacyjny pomysł agitacji prozdrowotnej wpadły członkinie „Rodziny Wojskowej” i kadra Batalionu KOP „Ludwikowo” organizując w 1937 r. we wsi Budcza (gm. Kruhowicze) „konkurs czystej chaty”. Swoje uczestnictwo zgłosiło kilkanaście poleskich gospodarstw, które przez cztery miesiące wizytowane były przez komisję pod przewodnictwem p. Szumlińskiej. Oceniano porządek i czystość w chatach, ale doradzano gospodarzom jak domowymi sposobami je utrzymać. Pod koniec kwietnia w Domu Ludowym w Budczy, odbyło się podsumowanie konkursu i wręczenie praktycznych nagród dla 9 najlepszych gospodarzy. Upominki rozdano na zachętę dalszej pracy nad czystością nie tylko uczestników, ale także i niezdecydowanych Poleszuków. Podczas uroczystości lekarz KOP wygłosił okolicznościową pogadankę o znaczeniu higieny osobistej, obiecując wszystkim uczestnikom konkursu poradę i pomoc lekarską. Po przemówieniach i podziękowaniach ze strony wójta p. Bartoszewicza wszyscy wzięli udział w ludowej zabawie¹¹⁶.

Zgodnie z wytycznymi szkolenia, oficerowie i podoficerowie służby zdrowia na równi z innymi żołnierzami zawodowymi KOP, podlegali obowiązkowi doskonalenia zawodowego. W przypadku lekarzy wojskowych, ze względu na nadmiar różnych zadań, doskonalenie prowadzone zazwyczaj w okresie zimowym, ograniczono do samodzielnego wykonania prac pisemnych. Przykładowo, w okresie zimowym 1937/1938 i letnim 1938 r. wyznaczono im dwa tematy wypracowań: „Służba zdrowia baonu KOP (własnego) w warunkach wojny ruchowej” (temat utajniony) oraz „Odparzenia i obtarcia w oddziałach KOP na podstawie własnych doświadczeń koncentracji letnich i zimowych”. Prace były pisane pod nadzorem szefa służby sanitarnej KOP, który także dokonywał ich oceny. W przypadku podoficerów sanitarnych okres zimowy miał być przez nich wykorzystany do pogłębienia i uzupełnienia

¹¹³ K. Mikulewicz, *Praca społeczna...*, s. 4.

¹¹⁴ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/13, Rozkaz nr 58 z 18 V 1927 r., k. 244.

¹¹⁵ *Ibidem*, sygn. 177/15, Rozkaz nr 72 z 20 XII 1929 r., k. 358.

¹¹⁶ S. Ogrodniczek, *Konkurs czystości chat we wsi Budcza na Polesiu*, „Wiarus” nr 23 z 5 VI 1937 r., s. 570.

wiadomości z zakresu anatomii, fizjologii, higieny wojskowej, techniki sanitarnej i ratownictwa w nagłych wypadkach oraz pomocy chorym zakaźnie i wenerycznie. Oprócz tego, w okresie zimowym podoficerowie mieli do opracowania pracę na jeden z tematów: „Zwalczanie w koszarach pasożytów z uwzględnieniem ich biologii” lub „Higiena osobista żołnierza i odpowiednie obowiązujące przepisy” (ten temat zalecano głównie podoficerom młodszym). Nad doskonaleniem podoficerów mieli czuwać lekarze batalionów, ale sprawozdania z zakresu doskonalenia fachowego podlegały ocenie w dowództwie KOP¹¹⁷.

Wszyscy lekarze wojskowi, także ci pełniący służbę w KOP podlegali szkoleniu w zakresie przygotowań mobilizacyjnych na wypadek ewentualnego konfliktu zbrojnego. Przykładowo, w grudniu 1936 r. dowódca Brygady KOP „Grodno” polecił, aby z wszystkimi lekarzami i kwatermistrzami przeprowadzić ćwiczenia na tematy: „Zaopatrzenie i ewakuacja batalionu granicznego w działaniach odwrotowych i na rozpoznaniu”, „Zaopatrzenie i ewakuacja pułku piechoty w marszu ubezpieczonym lub w boju spotkaniowym batalionu odwodowego”¹¹⁸. W miarę możliwości lekarze pociągani byli także do odbywania ćwiczeń aplikacyjnych w terenie oraz do udziału w koncentracjach i manewrach w okresie zimowym i letnim. Zazwyczaj jeden z lekarzy danej brygady lub pułku wyznaczany był do zabezpieczenia służby medycznej w rejonach koncentracji oddziałów. Ćwiczenia terenowe dawały im możliwość do uzyskania praktyki i doświadczenia w warunkach polowych, m.in. z zakresu działalności punktów opatrunków w trakcie działań zbliżonych do wojennych. Warto odnotować, że w oparciu o doświadczenia wcześniejszych lat, w 1936 r. w Szefostwie Służby Zdrowia KOP został opracowany projekt „Regulaminu musztry sanitarnej i techniki transportu rannych”, który określał m.in. zasady musztry pojedynczego sanitariusza z noszami, a także patrolu, drużyny, plutonu i kompanii sanitarnej. Opisywał także techniki transportu rannych przy wykorzystaniu m.in. noszy, wózków i sanek sanitarnych oraz techniki załadowcze i wyładowcze do samochodów, wagonów kolejowych, a także do samolotów (Lublin R.XVI b.)¹¹⁹.

¹¹⁷ ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/448, Wytyczne doskonalenia kadry zawodowej służby zdrowia KOP na okres zimowy 1937/38 i letni 1938, Warszawa 27 XI 1937 r., k. 57–59.

¹¹⁸ CAW, GISZ, sygn. I.302.4.253, Wytyczne wyszkolenia na półrocze zimowe 1936/37 i letnie 1937, Grodno 2 XII 1936 r., k. 3–7.

¹¹⁹ P. Skubisz wzmiankuje, że w 1925 r. ze względu na znaczne odległości i nieliczny personel medyczny, rozważano możliwość utworzenia w ramach KOP pogotowia lotniczego. Projekt upadł ze względów finansowych. J.P. Knap podaje, że na odcinku poleskim istniała możliwość transportu chorych wodnosamolotami Flotylli Pińskiej MW. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/179, Projekt regulaminu musztry sanitarnej i techniki transportu rannych, Warszawa 1936 r.; P. Skubisz, *Służby...*, s. 211; J. P. Knap, *Służba...*, s. 206.

Leczenie chorych, kontrola stanu zdrowia żołnierzy i szeroka profilaktyka, a także zadania społeczne oraz działania związane ze służbą wojskową, nie wyczerpywały katalogu zadań wykonywanych przez lekarzy KOP. Formacja tak jak wszystkie hierarchiczne organy administracji miała własny system meldunków, sprawozdań i statystyk. Poczynając od 1925 r. wszystkich lekarzy obowiązywał terminarz sprawozdań dla szefa służby zdrowia KOP: do 10-go każdego miesiąca wysyłano sprawozdania statystyczno-sanitarne poszczególnych brygad (w rozbiciu na bataliony i szwadrony), wykazy szczepień masowych oraz imienne wykazy zmarłych i zabitych. Do 1926 r. przedkładano także miesięczne raporty o chorobach wenerycznych. W późniejszych latach weszły one do sprawozdań sanitarnych. W trybie półrocznym (do 20 stycznia i do 20 lipca) sporządzano wykazy obrotu materiałami i sprzętem medycznym. Natomiast wszystkie doniesienia o chorobach zakaźnych miały być przesyłane bezzwłocznie telegraficznie. W przypadkach wystąpienia ostrych przypadków choroby zakaźnej stwierdzonej u osób wojskowych lub członków ich rodzin, lekarze musieli sporządzać sprawozdanie z przeprowadzonych ustaleń (dochodzeń), które miało być wysłane do szefa służby sanitarnej KOP. Od marca 1933 r. obowiązywało dodatkowe sprawozdanie w zakresie leczenia osadników wojskowych i ich rodzin. W czerwcu 1937 r. wprowadzono miesięczne zestawienie sumaryczne ilości dni leczenia w szpitalach wojskowych w rozbiciu na oficerów, szeregowców, uprawnionych członków rodzin. Doszedł także półroczny wykaz zmian stanu podoficerów zawodowych sanitarnych (do 10 kwietnia i do 10 października każdego roku). Pod koniec grudnia lekarze mieli także obowiązek opracowania zapotrzebowania sanitarnego na kolejny rok, które do 15–20 stycznia następnego roku miały być przesłane do Szefostwa Służby Zdrowia KOP. Zapotrzebowania miały uwzględniać środki i materiały medyczne przewidziane etatem oraz inne środki używane w izbie chorych (bez kosmetyków). Materiał sanitarny do batalionów dostarczany był w latach dwudziestych kolejną przez firmę „L. Spiess i Syn”. Od 1932 r. spedycją materiałów zajmowała się firma „Dr. farm. K. Wenda i A. Mann” z Warszawy, która odbierała towar od poddostawców¹²⁰. Na stacjach docelowych odbywał się jedynie komisyjny odbiór przez lekarzy. Niektóre wzmianki w dokumentach KOP świadczą o tym, że także i ta formacja nie uwolniła się od nadmiaru zbędnej korespondencji. Podsumowaniem działalności były doroczne odprawy lekarzy organizowane przez szefa służby zdrowia w dowództwie KOP lub w Ministerstwie Spraw

¹²⁰ W 1933 r. poddostawcą leków była firma „L. Spiess i Syn”, materiałów opatrunkowych „R. Strzelecki” i Zrzeszenie Samorządów Powiatowych, aparatów natryskowo-kąpielowych dostarczała firma „A. Dyderski i J. Pawlikowski”. W 1934 r. wśród dostawców były m.in. Państwowy Zakład Higieny. Zob. ASG, Dowództwo KOP, sygn. 177/19, Rozkaz nr 16 z 7 IV 1933 r., k. 185; *ibidem*, sygn. 177/19, Rozkaz nr 16 z 16 III 1934 r., k. 110.

Wewnętrznych w Warszawie. Podczas narad poruszane były wszystkie strony lekarskiej służby, w tym także mankamenty życia oddziałów KOP¹²¹.

W okresie przedwojennym, w przeświadczeniu lekarzy cywilnych i wielu lekarzy wojskowych z jednostek Wojska Polskiego, lekarze KOP w związku z prowadzeniem „szerokiej” praktyki lekarskiej mieli uzyskiwać dużo większe dochody. Oczywiście był to swoisty mit, gdyż podstawowym źródłem ich dochodów było comiesięczne uposażenie wypłacane im przez płatnika. Jedyną różnicą finansową w porównaniu do lekarzy armii był dodatek graniczny wypłacany wszystkim żołnierzom KOP pełniącym służbę na granicy. Wszystkie działania lekarzy KOP wśród ludności pogranicza miały charakter społeczny i nie przynosiły im dodatkowych wynagrodzeń¹²². Warto wspomnieć, że w kilku przypadkach ciężka służba na pograniczu odbiła się na zdrowiu lekarzy i podoficerów sanitarnych. Jednym z nich był kpt. dr lek. Wacław Kazimierz Siwiński, przydzielony do KOP na początku stycznia 1926 r. Początkowo był lekarzem 1. Batalionu KOP w Budślawiu, a następnie Batalionu Szkolnego KOP w Osowcu. Zmarł w sierpniu 1929 r. w szpitalu okręgowym nr III w Grodnie, po ciężkich cierpieniach¹²³. W 1931 r. zmarł st. sierż. sanit. Walenty Burnatowski, ogólnie lubiany podoficer sanitarny Batalionu KOP „Suwałki”. Chorował na gruźlicę krtani i gardła, której nabawił się podczas letnich manewrów batalionu w 1930 r.¹²⁴.

Wydaje się, że cicha służba lekarzy i sanitariuszy KOP nie została w należyty sposób doceniona przez historyków wojskowości, pomimo iż skuteczność tej formacji w dużej mierze zależała od zdrowia i sprawności jej żołnierzy. Wprawdzie do służby w KOP przydzielony był wyselekcjonowany kontyngent szeregowych o dobrym stanie zdrowia, ale służba na kresach wymagała od służby sanitarnej stałej kontroli zdrowotności żołnierzy, działań profilaktycznych, a w razie konieczności skutecznego leczenia. Wszystko to prowadzone w trudnych warunkach niedostatecznego zaopatrzenia w dobrą wodę (szczególnie w pierwszych latach), słabego nadzoru nad przechowywaną żywnością, ciasnoty w pomieszczeniach żołnierskich i izbach chorych (szczególnie w początkowym okresie), przy

¹²¹ *Ibidem*, sygn. 177/13, Rozkaz nr 56 z 9 V 1927 r., k. 239; rozkaz nr 143 z 30 XI 1927 r., k. 555; Rozkaz nr 159 z 29 XII 1927 r., k. 625; 177/14, Rozkaz nr 109 z 9 XI 1928 r., k. 352; rozkaz nr 122 z 18 XII 1928 r., k. 407–408; *ibidem*, sygn. 177/16, Rozkaz nr 15 z 29 III 1930 r., k. 99; *ibidem*, sygn. 177/18, Rozkaz nr 14 z 25 IV 1932 r., k. 77–78; rozkaz nr 49 z 15 XII 1932 r., k. 401; *ibidem*, sygn. 177/19, Rozkaz nr 11 z 10 III 1933 r., k. 90; *ibidem*, sygn. 177/20, Rozkaz nr 27 z 19 V 1934 r., k. 223; *ibidem*, sygn. 177/21, Rozkaz nr 74 z 20 XII 1935 r., k. 670; *ibidem*, sygn. 177/23, Rozkaz nr 26 z 12 VII 1937 r., k. 153; *ibidem*, sygn. 177/49, Rozkaz tajny nr 19 z 23 IV 1937 r., k. 109; *ibidem*, sygn. 177/50, Rozkaz nr 21 z 15 V 1937 r., k. 158; *ibidem*, sygn. 177/51, Rozkaz tajny nr 13 z 30 III 1938 r., k. 72; *ibidem*, sygn. 177/52, Rozkaz tajny nr 15 z 31 III 1939 r., k. 82

¹²² K. Mikulewicz, *Praca społeczna...*, s. 1.

¹²³ Kapitan Siwiński miał 34 lata, został pochowany na cmentarzu wojskowym w Grodnie. Zob. Notatka, „Polska Zbrojna” 1929 r., nr 219, s. 3; Nekrolog, „Polska Zbrojna” 1929 r., nr 220, s. 4.

¹²⁴ A. Ochał, *Batalion...*, s. 148–149.

stałych kontaktach z miejscową ludnością i przenoszonymi przez nią chorobami zakaźnymi oraz surowych warunkach klimatycznych wschodniego pogranicza. Liczność zadań sanitarnych, okołomedycznych, wojskowych, a także społecznych powierzonych stosunkowo nielicznemu personelowi (lekarze i podoficerowie zawodowi KOP) może zastanawiać i zmuszać do refleksji nad działalnością współczesnej służby zdrowia. Warto w tym miejscu wspomnieć, że w ramach formacji ważną rolę sanitarną odgrywała także służba weterynarii KOP i przydzieleni do niej lekarze weterynarii, ale ich dzieje to materiał na odrębny artykuł.

W 1939 r. w trakcie mobilizacji jednostek KOP, wielu lekarzy i podoficerów sanitarnych zostało przydzielonych do jednostek utworzonych przez formację i skierowanych na zagrożone odcinki (m.in. na Hel, w rejon Wielunia i Węgierskiej Górki). Część stanowisk została obsadzona przez lekarzy powołanych z rezerwy. Po wybuchu działań wojennych służba medyczna KOP towarzyszyła swoim macierzystym oddziałom, udzielając pomocy rannym żołnierzom. Ze względu na brak zachowanych dokumentów i nieliczne relacje, stosunkowo niewiele wiemy o jej wojennych losach. Podczas wrześniowych walk 1939 r. pod Gorlicami poległ mjr. lek. Stanisław Otfinowski, lekarz Batalionu KOP „Skole”, a do niemieckiej niewoli trafili m.in. mjr. lek. Maresz, szef sanitarny rezerwowej 38. DP, kpt. lek. Franciszek Gesing, lekarz Batalionu KOP „Małyńsk”, por. lek. Włodzimierz Bieniek, lekarz „Batalionu KOP „Sarny” (zatrzymany w październiku 1939 r. w Ostrowie Lub.). Wiadomo, że część lekarzy pozostała w odtworzonych batalionach KOP, ochraniających granicę wschodnią II Rzeczypospolitej aż do 17 września 1939 r. tj. do czasu zdradzieckiego ataku Armii Czerwonej. Po wrześniowych walkach do obozów NKWD trafili m.in. kpt. dr lek. Kazimierz Rudiger, lekarz KOP w Ostrogu, kpt. dr. Antoni Gmerek, lekarz 3. Pułku Piechoty KOP, płk. Dowbor-Markiewicz, kpt. lek. Waclaw Kessling z Dywizjonu KOP „Niewirków”, sierż. sanit. Stanisław Bajur, podoficer sanitarny KOP. Wielu z żołnierzy KOP, w tym kilku lekarzy, zostało zamordowanych w 1940 r. w ramach „Zbrodni Katyńskiej”¹²⁵. Swoich żołnierzy internowanych na Litwie nie opuścił mjr. lek. Mickaniewski, udając się wraz z nimi do obozu w Kalwarii, gdzie zmarł nagle pod koniec listopada 1939 r. W opinii rodziny został pobity przez litewskich strażników i umieszczony w karczerze, gdzie zmarł na zawał serca. Walkę z Niemcami kontynuowali lekarze, którzy uniknęli niewoli m.in. ppłk. dr lek. Jan Golba, szef służby zdrowia Samodzielnej Brygady Spadochronowej w bitwie pod Arnhem, mjr. lek. Chmielewski, pod ps. „Dąb” był lekarzem Obwodu ZWZ-AK Tomaszów Mazowiecki (krypt. „Fabryka”). Pomijając wojenne dokonania, to wszyscy lekarze i

¹²⁵ *Żołnierze Korpusu Ochrony Pogranicza i Straży Granicznej – ofiary Zbrodni Katyńskiej*, pr. zbiorowa, Warszawa 2016, s. 147-155.

podoficerowie sanitarni, którzy pełnili służbę w Korpusie Ochrony Pogranicza, w surowych warunkach wschodniego pogranicza II Rzeczypospolitej zasługują na pamięć i uznanie.