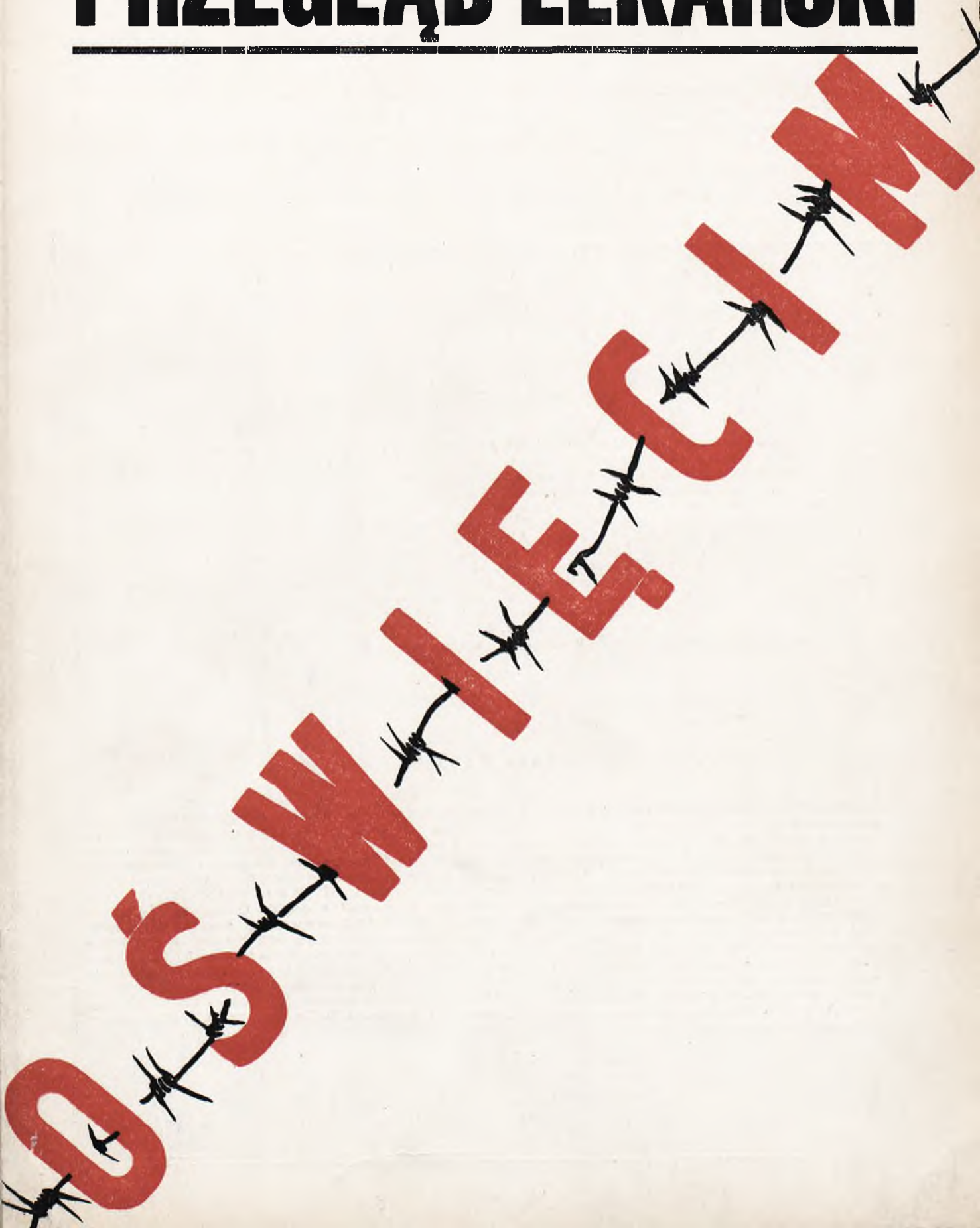


PRZEGLĄD LEKARSKI



Komitet Redakcyjny: Prof. dr J. Chlebowski (Białystok), prof. dr M. Górski, prof. dr W. Bincer (Gdańsk), prof. dr T. Giza, prof. dr J. Jasieński, prof. dr J. Kowalczykowska, prof. dr J. Miodoński, prof. dr A. Sabatowski, doc. dr J. Fenczyn, doc. dr J. Oszaeki, prof. dr J. Zaremba (Kraków), prof. dr S. Liebhart, prof. dr M. Kędra (Lublin), prof. dr J. Grott, prof. dr W. Markert (Łódź), dr M. Szajna (Tychy), prof. dr A. Horst, prof. dr St. Kwaśniewski (Poznań), prof. dr J. Japa, prof. dr K. Gibiński (Rokitnica), prof. dr B. Górnicki, prof. dr E. Gorzkowski (Szczecin), prof. dr W. Orłowski (Warszawa), prof. dr E. Szczeklik (Wrocław)

Przewodniczący Komitetu Redakcyjnego: Prof. dr Wł. Mikułowski

Redaktor naczelny: prof. dr B. Giędosz. Z-ca red. nac.: prof. dr T. Tempka
Sekr. red.: lek. Czesław Szmigiel

Adres Redakcji: Kraków, ul. Czysta 18, tel. 586-69

Wydawca: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich — Warszawa, ul. Długa 38/40

SPIS TREŚCI:

J. Bogusz: Słowo wstępne. — J. Sehn: Niektóre aspekty prawne tzw. eksperymentów dokonywanych przez hitlerowskich lekarzy SS w obozach koncentracyjnych. — Wł. Fejkiel: O służbie zdrowia w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu. — St. Kłodziński: Wkład polskiej służby zdrowia w ratowanie życia więźniów w obozie koncentracyjnym Oświęcim. — J. Kowalczykowska: Choroba głodowa w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu. — J. Kościuszkowa: Losy dzieci w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu. — M. Nowakowska: „Szpital kobiety” w obozie w Oświęcimiu-Brzezince. — R. Leśniak, J. Mitarski, M. Orwid, A. Szymusik, A. Teutsch: Niektóre zagadnienia psychiatryczne obozu w Oświęcimiu w świetle własnych badań. — St. Kłodziński: Wyniki badań byłych więźniów Oświęcimia w kierunku gruźlicy płuc, przeprowadzonych w 15 lat po wyzwoleniu. — W. Denikiewicz, J. Kościuszkowa, J. Kowalczykowska, J. Mostowski, E. Opoczyński, D. Pytlik, T. Szymański: Sylwetki niektórych zmarłych polskich lekarzy i pracowników służby zdrowia zasłużonych w niesieniu pomocy więźniom Oświęcimia: M. Bobrzecka, M. Gieszczykiewicz, F. Gralla, S. Kościuszkowa, J. Kowalczyk, H. Krause, W. Kulesza, J. Malinowski, E. Michalikowa, W. Preiss, Z. Szawłowski, W. Türschmidt, M. Werkenthin. — J. Bogusz: Słowo końcowe.

СОДЕРЖАНИЕ:

Я. Богущ: Введение. — Я. Сэн: К вопросу о некоторых правовых аспектах т. н. экспериментов гитлеровских врачей СС в концентрационных лагерях. — В. Фейкель: О службе здравоохранения в освенцимском лагере. — С. Клодзиньски: Роль польской службы здравоохранения в спасении жизни узников Освенцима. — Я. Ковальчикова: Дистрофия в концентрационном лагере Освенцим. — Я. Косьцюшкова: Судьба детей в Освенцимском концентрационном лагере. — М. Новаковска: Женская больница в Освенцимском лагере. — Р. Лесьняк, Я. Митарски, М. Орвид, А. Шимусик, А. Тойтш: Некоторые психиатрические проблемы в лагере Освенцим. Собственные наблюдения. (Второе предварительное сообщение). — С. Клодзиньски: Результаты исследования б. узников Освенцима на туберкулез легких. Исследование проведено спустя 15 лет после их освобождения. — В. Деникевич, Я. Косьцюшкова, Я. Ковальчикова, Я. Mostowski, E. Opoczynski, D. Pytlik, T. Shimanьski: Силуэты некоторых погибших заслуженных врачей и работников здравоохранения самоотверженно оказывавших медицинскую помощь узникам Освенцима: М. Бобжецка, М. Гещикевич, Ф. Граля, С. Косьцюшкова, Я. Ковальчик, Х. Краузе, В. Кулеша, Я. Малиновски, Е. Михаликова, В. Прейсс, З. Шавловски, В. Тюршмидт, М. Веркентин. — Я. Богущ: Заключение.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Dodatkowy zeszyt

poświęcony zagadnieniom lekarskim obozu koncentracyjnego

OŚWIĘCIM – BRZEZINKA

wydany staraniem Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego,
Zarządu Głównego Związku Bojowników o Wolność i Demokrację
i Krakowskiego Klubu Oświęcimskiego przy Zarządzie Oddziału Z. B. o W i D.

Добавочный номер

ПОСВЯЩЕННЫЙ ВРАЧЕБНЫМ ПРОБЛЕМАМ В КОНЦЕНТРАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ

ОСВЕНЦИМ - БЖЕЗИНКА

ВЫДАННЫЙ КРАКОВСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ПОЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО ОБЩЕСТВА
СОВМЕСТНО С ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ СОЮЗА БОРЬБЫ ЗА СВОБОДУ И ДЕ-
МОКРАТИЮ И КРАКОВСКИМ ОСВЕНЦИМСКИМ КЛУБОМ.

Special edition

devoted to the medical problems of the concentration camp

OŚWIĘCIM-BRZEZINKA

published by the Cracow Branch of the Polish Medical Association,
Central Management of the Union of Fighters for Freedom and Democracy
and the Oświęcim-Club in Cracow.

Ergänzungsheft

gewidmet der medizinischen Problematik des Konzentrationslagers

„AUSCHWITZ – BIRKENAU“

herausgegeben auf Veranlassung der Krakauer Abteilung der Polnischen Medizi-
nischen Gesellschaft, des Hauptausschusses des Verbandes der Kämpfer für Freiheit
und Demokratie, sowie des Krakauer Auschwitz-Verbandes

Prof. dr JÓZEF BOGUSZ

Przewodniczący Krakowskiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Słowo wstępne

Zebrane w niniejszym zeszycie referaty stanowią materiał, jaki został przedstawiony na dwóch posiedzeniach Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W dniu 3 lutego 1960 r. z okazji 15 rocznicy oswobodzenia obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu, rocznicy święconej niemal w całej Europie i wielu krajach pozaeuropejskich, odbyło się pierwsze posiedzenie poświęcone zagadnieniom lekarskim tego obozu. Przedstawiono wówczas referaty 2, 3, 5, 6, 8, 9. W dniu 25 maja 1960, w związku z rocznicą założenia przez hitlerowców obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu (14 czerwca 1940), odbyło się drugie posiedzenie, na którym przedstawiono referaty 4, 7, 10. Sala obrad wypełniona była po brzegi, atmosfera skupiona i napięta, wrażenie wstrząsające.

Ale wspomniane rocznice były tylko zewnętrznymi ramami sprzyjającymi podjęciu tematu. Główną okolicznością skłaniającą do opracowania i przedstawienia tych spraw było to, iż żyjący dzisiaj byli więźniowie Oświęcimia mogą w sposób dokumentarny uporządkować swe wspomnienia, mogą zatem dać świadectwo prawdzie.

A jest to ważne z dwóch przyczyn.

Gdy w pierwszych latach powojennych pojawiła się mnoga literatura obozowa, nie wszystko mogliśmy wtedy dokładnie zrozumieć, przemyśleć i strawić. Rychło pojawiły się wówczas głosy mówiące: „Dość okropności. Naród i kraj tak zniszczony powinien w skupieniu i z energią wziąć się do pracy i do odbudowy”. Może było to słuszne stanowisko w owym okresie. Aczkolwiek cała ludzkość i my także pragnęlibyśmy żyć wśród nieustającej pogody ducha i nie powracać do czasów martyrologii, nie wolno nam jednak zapominać o tych niedawnych latach niedoli i walki. Wypada nam dziś po 15 latach wrócić do tych przeżyć. Trzeba, aby ci, których szczęśliwy los ustrzegł od katowni obozu koncentracyjnego, dobrze uświadomili sobie na nowo, jakie to dzieło zostało wówczas przez hitlerowców dokonane. Jak obok zagłady wielu milionów ludzi w najbardziej wymyślnych pod względem okrucieństwa warunkach umieli oni także doprowadzać do odczłowieczenia człowieka. Jest to, wydaje się, szczególnie ważne dla naszej młodej generacji, dla której owe czasy są zupełnie obce.

Drugą przyczyną opublikowania materiałów jest pragnienie, by nie utonęło w pomroce lat i niepamięci wspomnienie o pięknych postaciach naszych lekarzy, lekarek i innych pracowników służby zdrowia, którzy w obozie swe życie poświęcili, oraz o tych, którzy będąc wprawdzie poza obozem skutecznie więźniom obozu pomagali. Jest przeto wielką zasługą żyjących Koleżanek i Kolegów — byłych więźniów Oświęcimia oraz członków grupy przyobozowej — iż podjęli się trudu pisania o swych nie-

żyjących już Kolegach. Można to uznać za cenny przyczynek do historii medycyny polskiej z okresu hitlerowskiej okupacji. W tej części przedstawione są na razie niektóre tylko sylwetki. Jest to pierwsza, częściowa próba. Po niej nastąpią dalsze uzupełnienia.

Niemiecka Republika Federalna stara się wszelkimi siłami zatrzeć hańbiące wspomnienie, co bynajmniej nie jest dziwne i czyni to za granicą na zachodzie z dużym powodzeniem, tak iż częstokroć przyjmuje się tam, zwłaszcza w lekarskich sferach naukowych Stanów Zjednoczonych A. P., odnośne relacje z dużym niedowierzaniem, uważając je nawet za fałszywe chwytły propagandowe z naszej strony. Ponadto Niemiecka Republika Federalna zajmuje wobec nas nieprzychylnie, często pogardliwe stanowisko, daje wyraz odwetowym dążnościom. Dlatego dzisiejsze czasy jeszcze są odległe od tych, w których wolno byłoby nam zapomnieć.

Referaty przynoszą bardzo bogaty materiał. Sędzia doc. dr *Jan Sehn*, członek Głównej Komisji Badania Zbrodni Hitlerowskich w Polsce, a uprzednio przewodniczący Krakowskiej Okręgowej Komisji Badania tych zbrodni, w swej rzeczowej ocenie tzw. eksperymentów hitlerowskich lekarzy SS podaje charakterystykę prawną hitlerowskiego bezprawia. Przypomina on podstawowe zasady etyki lekarskiej opierające się na humanitaryzmie i nakazujące niesienie pomocy każdemu choremu. Wszystkie podstawowe zasady etyki lekarskiej, a także zasady ogólnoludzkiej słuszności i sprawiedliwości zostały zdeptane przez lekarzy SS. Artykuł doc. *Sehna* opierający się na dokumentach Międzynarodowego Trybunału w Norymberdze przynosi także inne niezwykle cenne i przerażające dokumenty zbrodni lekarzy SS. Doc. dr *Władysław Fejkiel* i lek. *Stanisław Kłodziński* przedstawiają wysiłki polskich lekarzy czynione dla ratowania życia więźniów. Szpital obozowy był szpitalem tylko z nazwy, toteż o leczeniu nie mogło tam być mowy przez długi czas. Chodziło nie tyle o leczenie, ile o ratowanie czy przemycanie życia. W późniejszych okresach, dzięki przemyślności i dzielności polskich lekarzy, przy współpracy grupy przyobozowej, warunki uległy pewnej poprawie. W przejmujący sposób opowiada o kobiecym szpitalu w oświęcimskim obozie pielęgniarka *Maria Nowakowska*. O chorobie głodowej, jaka dziesiątkowała więźniów wskutek niedożywienia, mówi prof. dr *Janina Kowalczykowa*. Wstrząsającą relację dr *Janiny Kościuszkowej* o losie i zagładzie dzieci w Oświęcimiu czyta się ze ściśniętym sercem. Jest to chyba pierwszy tego rodzaju opis.

Dwie prace dotyczą późnych badań przeprowadzonych u byłych więźniów Oświęcimia. I tak niezmiernie ciekawe studium psychiatryczne lekarzy *Romana Leśniaka*, *Jana Mi-*

tarskiego, Marii Orwid, Adama Szymusika i Aleksandra Teutscha, dotyczące 77 byłych więźniów Oświęcimia, przedstawia próby ustalenia, jaki wpływ na psychikę i osobowość człowieka wywarł pobyt w obozie i jakie ślady pozostawił w układzie nerwowym ocalałych więźniów. Późne badania byłych więźniów w kierunku gruźlicy płuc znajdzie czytelnik w pracy lek. Stanisława Kłodzińskiego. Wykazuje ona u nich nasilenie gruźlicy płuc.

Oddzielną grupę referatów stanowią nakreślone sylwetki niektórych polskich lekarzy i lekarzy zasłużonych w niesieniu pomocy więźniom Oświęcimia; na pewno nie są one, jak już wyżej podano, wyczerpujące. W późniejszych publikacjach — niniejsza jest pierwszą tego rodzaju — zostaną one uzupełnione, a także przybędą w miarę gromadzenia materiału dalsze sylwetki. Spośród nielicznych wymienionych w niniejszym zeszycie sylwetek z tzw. grupy przyobozowej, to znaczy pomagającej z zewnątrz więźniom Oświęcimia, pragniemy

zwrócić uwagę na świetlaną postać mgr Marii Bobrzeckiej.

Dzięki wspólnemu wysiłkowi Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Krakowskiego Klubu Oświęcimskiego oraz Zarządu Głównego Związku Bojowników o Wolność i Demokrację oddajemy do rąk Czytelników niniejszy zeszyt w języku polskim, a poczynione będą starania, aby w niedługim czasie pojawiły się te materiały w obcych językach. Jest to ważne tym bardziej, iż podobnej publikacji dotąd nie było.

Państwowemu Zakładowi Wydawnictw Lekarskich w Warszawie, jego Dyrekcji i Pracownikom, należą się szczególne wyrazy uznania za poczynienie wszelkich starań, aby zeszyt ukazał się w pięknej szacie graficznej i możliwie rychło. Pracownicy Krakowskich Zakładów Graficznych nr 4 zasłużyli na naszą wdzięczność za staranność i prawdziwie dobrą wolę, jaką okazali przy składaniu niniejszego zeszytu.

JAN SEHN

Członek Głównej Komisji Badania Zbrodni Hitlerowskich w Polsce

Niektóre aspekty prawne tzw. eksperymentów dokonywanych przez hitlerowskich lekarzy SS w obozach koncentracyjnych

„Przysięgam Apollinowi lekarzowi, Eskulapowi, Hygei i Panakei, wszystkim bogom i boginiom, biorąc ich za świadków, jako przysięgi tej i zobowiązań następujących dochowam ściśle, wedle sił moich i zdolności (...).

Sposób życia urządzać będę chorym dla ich dobra, podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej.

Nigdy nikomu ani na żądanie, ani na prośby niczyje, nie podam trucizny, ani też nigdy takiego sam nie poweźmę zamiaru (...).

Do czyjegokolwiek domu wniknę, celem wejścia mego będzie jedynie dobro chorego, jakoż nigdy kierować mną nie będzie rozmyślnie bezprawie ani występki (...).

Jeżeli przysięgi tej dotrzymam w świętości i w niczym jej nie naruszę, oby mi wolno było w szczęśliwości i poważaniu wszystkich ludzi wieść życie po wsze czasy i błogich owoców sztuki mojej używać w obfitości; jeżeli naruszę przysięgę tę i stanę się wiarygodnym, przeciwnej niech doznam doli¹⁾.

U podstaw tych prawd, wytkniętych przeszło 2300 lat temu przez wielkiego mistrza z Kos, leży pierwsza i najbardziej humanitarna dewiza lekarza: utrzymać życie ludzkie i nieść pomoc każdemu choremu bez względu na to, czy jest to przyjaciel, czy wróg²⁾.

Działalność zawodowa lekarza obejmuje najwyższe i najważniejsze wartości i dobra, bo życie i zdrowie człowieka. W drodze dramatycznej antynomii naturalnej prowadzi to z konieczności do stałego stykania się z chorobą, cierpieniem ludzkim i zakończeniem życia z chwilą śmierci, co sprawia, że lekarz w większym stopniu niż inni ludzie skłonny jest myśleć humanitarnie.³⁾

Niehumanitarnym i oczywistym wypaczeniem myśli Hipokratesa byłby jednak pogląd, że humanitarne myślenie obowiązuje lekarza tylko w stosunku do ludzi chorych, a nie ma kierować jego postępowaniem w stosunku do ludzi zdrowych, gdy znajdują się oni w sferze działalności lekarskiej, np. w toku eksperymentu wykonywanego przez lekarza. Nauka i sztuka rządzone różnymi kategoriami myślenia i kryteriami postępowania w zależności od tego, czy lekarz zajmuje się człowiekiem zdrowym czy chorym byłaby przecież nieludzką nauką i okrutną sztuką. Działalność lekarza może być i jest tylko jedna i niepodzielna, jak jedną i niepodzielną jest osobowość każdej istoty ludzkiej i należne jej poszanowanie.⁴⁾

Konsekwencją i wyrazem tego jest obowiązujący i przestrzegany w całym kulturalnym świecie fundamentalny kanon świętości życia oraz nazwane słusznie cementem społecznym sankcje wszystkich kodeksów karnych

¹⁾ Z przysięgi Hipokratesa (460—377 p. n. e.). Tłum. H. Łuczkiwicz: Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga. Warszawa 1864, s. 9.

²⁾ J. Olbrycht: Sprawy zdrowotne w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu. „Przegląd Lekarski” 1948 r., nr 3.

³⁾ E. Schilf: Die Aerzte als Kriegsverbrecher. „Der Tagesspiegel” z 18. V. 1946. (Według „materiałów” „Przeglądu Zachodniego” 1946, nr 6, s. 552).

⁴⁾ F. Bayle: Croix gammée contre caducées, Paryż, 1950, s. 1511. Albert Schweitzer pisze w liście odręcznym do autora (J. S.) o „Ehrfurcht vor dem Leben”.

grożące najwyższymi karami za nieposzanowanie tej świętości.⁵⁾

W hitlerowskim państwie bezprawia zszargano także i tę świętość przez wprowadzenie nieludzkiego pojęcia „życie niegodne życia”⁶⁾ obejmującego całe grupy ludzi, których bezlitośnie mordowano jako „nieproduktywnych pożeraczy chleba”.⁷⁾ Robiono to pod pretekstem „łaskawej śmierci”,⁸⁾ mimo że eutanazja była wówczas także i w tym państwie formalnie karalna,⁹⁾ maskując niewątpliwy mord eufemistyczną nazwą „specjalne traktowanie”¹⁰⁾ lub jej żargonowymi synonimami, jak „odrębne ulokowanie”,¹¹⁾ „wybiórka”¹²⁾ albo „wybrakowanie”¹³⁾ Trzeba sobie tylko uzmysłwić, że nazwy te odnoszą się do postępowania z ludźmi oraz że ofiarą tego postępowania padły niezliczone rzesze istnień ludzkich, aby sobie uświadomić całą głębię sperwertowania hitlerowskiego „prawa”¹⁴⁾ oraz stopień wyzucia z człowieczeństwa hitlerowskiej „medycyny”¹⁵⁾.

Drogę, na jakiej doszło do tego stanu, wyjaśnia częściowo recenzja „wyższego radcy rządowego dra Böhme”¹⁶⁾ o książce Klinglera na temat eutanazji.¹⁷⁾ Recenzent ten pisał: Autor uważa śmierć z łaski za postulat moralny, który chce treścią swojej książki propagować wśród ludności. Podaje on liczbę 10 000 nieuleczalnych, których utrzymanie kosztuje 20 milionów. Wśród podanych przez niego nazwisk brak jest nazwiska wielkiego znawcy prawa karnego Bindinga i psychiatry Hoche’go,¹⁸⁾ którzy już przed trzema dziesiątkami lat występowali za usuwaniem „życia niegodnego życia”. Propagowanie śmierci z łaski jest z państwowo-politycznego stanowiska w porządku. Powieść nie osiąga jednak zamierzonego celu propagandowego dlatego mianowicie, że jej główny bohater, kierownik oddziału psychiatrycznego Mannhard, zabija 72 nieuleczalnych potajemnie, w nocy, za pomocą niewykrywalnej trucizny i wskutek tego nie może pozyskać pełnej sympatii czytelników, aczkolwiek działa on z miłosierdzia. Ustawodawstwo rozwiąże także i te problemy, gdy okaże się, że dojrzały one do tego. Nie pójdzie ono tajnymi drogami.

⁵⁾ G. Williams: Świętość życia a prawo karne. Warszawa, 1960.

⁶⁾ W terminologii hitlerowskiej „lebensunwertes Leben” lub „unwertes Leben”.

⁷⁾ W żargonie SS „unnützliche Brotfresser”.

⁸⁾ „Gnaden Tod”.

⁹⁾ Art. 216 niemieckiego Kodeksu karnego z 1871 r. Patrz K. Gutmann: Zagadnienie eutanazji, Warszawa, 1938.

¹⁰⁾ „Sonderbehandlung” (skrót SB).

¹¹⁾ „Gesonderte Unterbringung” (skrót GU).

¹²⁾ „Aussonderung”.

¹³⁾ „Ausmusterung”.

¹⁴⁾ M. Broszat: Dokumentation zur Perversion der Strafsjustiz im Dritten Reich. Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte. Październik 1958.

¹⁵⁾ A. Mitscherlich, F. Mielke: Wissenschaft ohne Menschlichkeit — medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Heidelberg, 1949.

¹⁶⁾ Kriminalistische Monatshefte, 1936, nr 6, s. 143.

¹⁷⁾ F. Klingler: Darfst du töten? Stuttgart, 1935.

¹⁸⁾ Chodzi o pracę K. Bindinga, A. Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Lipsk, 1920.

W trzy lata później rozwiązanie takie nastąpiło bez zachowania wszelkich choćby pozorów jakiegokolwiek procedury ustawodawczej, bo w drodze antydatowanego na dzień rozpoczęcia wojny następującego prywatnego tajnego listu Hitlera z października 1939 r.:

Adolf Hitler

Berlin, 1 września 1939

Reichsleiter Bouhler i

dr med. Brandt

otrzymują pod ich odpowiedzialnością zlecenie rozszerzyć uprawnienia wskazanych imiennie lekarzy w ten sposób, że według ludzkiego uznania nieuleczalnie chorym, przy krytycznej ocenie ich stanu chorobowego, można przyznać śmierć z łaski.

(—) A. Hitler

Z istoty rzeczy wynika, że taki list nie mógł mieć, a sąd amerykański w Norymberdze i sądy niemieckie we Frankfurcie nad Menem, w Berlinie Zachodnim i w Dreźnie stwierdziły wyraźnie, że nie miał żadnej mocy ustawowej. Mimo to — jak stwierdził sąd w Koblencji — lekarze hitlerowscy brali z własnej ochoty udział w przeprowadzanej na jego podstawie „akcji eutanazji”, od czego mogli się uchylać bez obawy jakiegokolwiek dla siebie szkody. Dla zamaskowania rzeczywistego, morderczego charakteru ich działalności posługiwano się niewinnie brzmiącymi nazwami trzech fikcyjnych organizacji: Państwowa Wspólnota Pracy Zakładów Lecznicych i Opiekuńczych Rzeszy, Powszechnie Towarzystwo Transportowe i Fundacja Ogólnej Użyteczności dla Opieki Zakładowej. Miały one wspólny adres: Berlin, Tiergartenstrasse 4 (w umownym skrócie T 4), gdzie mieściła się „kancelaria Führera”, której szefem był adresat listu Hitlera, honorowy SS-Gruppenführer, profesor dr med. Karl Bouhler. Drugim adresatem tego listu był SS-Gruppenführer, profesor dr med. Karl Brandt przyboczny lekarz Hitlera i pełnomocnik Rzeszy dla spraw zdrowia, który w toku przeprowadzania „akcji eutanazyjnej” kierował jej sektorem lekarskim. Jego zastępcami i wyższymi ekspertami w tym zakresie byli profesory i doktorzy medycyny Werner Heyde i Paul Nitsche. Strona techniczno-organizacyjna akcji leżała w rękach kierownika wydziału „Kancelarii Führera”, SS-Oberführera Viktora Bracka.

Bouhler oraz współodpowiedzialni za wymordowanie chorych: partyjny führer służby zdrowia, a zarazem sekretarz stanu dla spraw zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Rzeszy SS-Gruppenführer dr med. Leonardo Conti i kierownik wydziału zakładów leczniczych tegoż Ministerstwa dr med. Herbert Linden — popełnili w 1945 r. samobójstwo. Brack, Brandt¹⁹⁾ i Nitsche²⁰⁾ zostali skazani na karę śmierci i straceni. Heyde zbiegł w 1947 r. z samochodu konwojowanego przez Amerykanów i do listopada 1959 r. żył i pracował jako lekarz dr Sawade w Szlezewiku. Obecnie jest areszto-

¹⁹⁾ Obaj wyrokiem Amerykańskiego Sądu Wojskowego w Norymberdze z 19—20. VIII. 1947 w sprawie Nr 1 przeciwko lekarzom hitlerowskim.

²⁰⁾ Wyrokiem Sądu Krajowego w Dreźnie z 1947 r.

wany w związku ze śledztwem, które toczy się przeciwko niemu we Frankfurcie n. Menem o to, że w nie udającej się ustalić liczbie przypadków, działając wspólnie z innymi, podstępnie i rozmyślnie zabijał ludzi.²¹⁾

Z ujawnionych dotychczas materiałów i ustalonych danych wynika, że liczba tych przypadków za czas od jesieni 1939 do lata 1941 wyniosła 50 000 do 60 000 psychicznie chorych i niedorozwiniętych, a nawet także tylko „trudnych” dzieci w samych Niemczech.²²⁾ Prócz już wspomnianych, ujawniono dotychczas nazwiska następujących lekarzy, sprawców tych mordów: dr *Pfannmüller*, dr *Schumann*, dr *Hennecke*, dr *Rennaux*, dr *Schmalenbach*, dr *Behnke*, dr *Becker*, dr *Wesse*, dr *Muthig*, dr *Mennecke*.

Większość z nich, a także wielu innych lekarzy hitlerowskich obciąża odpowiedzialność za wymordowanie psychicznie chorych i dzieci w naszych zakładach: w Choroszczy, Dziekance, Kochanówce, Obrzycach, Gostyninie, Lublińcu, Owińskich, Chełmie Lubelskim, Kobierzynie, Tworkach, Kulparkowie i w Szpitalu św. Jana Bożego w Warszawie²³⁾. Oprócz już wymienionych należy tu wskazać nazwiska m. i. następujących lekarzy hitlerowskich: dr *Canzler*, dr *Ratke*, dr *Galon*, dr *Nikolajew*, dr *Honnette*, dr *Mootz*, dr *Wernicke*, dr *Hecke*, dr *Staniek*, dr *David*, dr *Füssel*, dr *Buchalik*, dr *Banse*, dr *Bartussek*, dr *Giller*, dr *Beck* i wielu dotąd nie ujawnionych.

We wszystkich tych akcjach na naszych ziemiach, a następnie także w masowych mordach w takich przedsiębiorstwach zagłady położonych w Polsce, jak Chełmno nad Nerem²⁴⁾, Bełżec, Treblinka i Sobibór²⁵⁾, oraz w masowym mordowaniu za pomocą gazów trujących więźniów obozów koncentracyjnych stwierdza się inicjatywę i ingerencję berlińskiego kierownictwa akcji eutanazyjnej (T 4). Na więźniów obozów koncentracyjnych rozciągnięto tę akcję rozkazem wydanym w grudniu 1941 r. przez ówczesnego szefa urzędu D I Inspektoratu Obozów Koncentracyjnych SS-Obersturmbannführera *Artura Liebehenschla*, na podstawie którego wysłano do obozów koncentracyjnych specjalne komisje złożone z lekarzy należących do berlińskiego sztabu T 4 w celu oczyszczenia tych obozów — w drodze selekcji — z niepożądaných elementów. Wybrakowanych więźniów poddawano „specjalnemu traktowaniu” za po-

mocą trujących gazów lub śmiertelnych zastrzyków. Akcja oznaczona była szyfrem 14 f 13. W Oświęcimiu wybrano wówczas z bloku zakaznego około 800 chorych, których zagazowano.²⁶⁾ Obozowy lekarz SS w Dachau dr *Muthig* zeznał w Norymberdze, że z końcem r. 1941 komisja złożona z czterech psychiatrów pod kierownictwem profesora *Heyde* wybrała kilkuset więźniów niezdolnych do pracy, których odtransportowano i zagazowano²⁷⁾. Kryterium lekarskim, uzasadniającym „eutanazyjne” „uwolnienie od cierpień”, była dla tych „lekarzy” nieprzydadość produkcyjna ofiar ich działalności lekarskiej. W stosunku do Żydów kryterium takim było polityczne zadeklarowanie ich jako wrogów narodowego socjalizmu. Świadczy o tym list z dnia 25. XI. 1941, w którym członek takiej komisji lekarskiej dr *Fritz Mennecke* pisał z obozu w Buchenwaldzie do swojej żony m. i. co następuje: „O godz. 12 zrobiliśmy przerwę obiadową. Następnie przeprowadzaliśmy badania jeszcze do godziny 16, mianowicie ja przebadam 105 pacjentów, a *Müller* 78 pacjentów, tak że pierwsza rata 183 kwestionariuszy była gotowa. Drugą porcję z kolei stanowiło łącznie 1200 Żydów, z których żadnego nie „badano”, przy których wystarczy wybrać z aktów przyczyny aresztowania i wpisać je do kwestionariusza.²⁸⁾ Wskutek tego w kwestionariuszach znajdowały się także i takie „rozpoznanie lekarskie”: „Wolf Izrael Noack, ur. 6. 10. 1896 w Łodzi. Diagnoza: Wrogie nastawienie do Niemiec. Objawy: Znany funkcjonariusz KPD, niebezpieczny podburzacz i wichrzyciel”.²⁹⁾

Przytoczone fakty dowodzą, że nietscheańscy nawet lekarze, „nadludzie” maści hitlerowskiej, nie uważali jednostek ludzkich, nie zaliczonych do tej fikcyjnej kategorii, za ludzi, lecz traktowali je jako jednostki czy pozycje statystyczne albo rachunku kosztów utrzymania, albo w kalkulacji produkcji, albo jako niższego rzędu szkodników politycznych lub pasożytów biologicznych, których należy zniszczyć.³⁰⁾ W stosunku do ludności żydowskiej jest znamieną pod tym względem wypowiedź Obermedizinal-rata, prezydenta głównego wydziału zdrowia w rządzie Generalnego Gubernatorstwa i Gesundheitsführera, dr med. *Josta Walbauma* na zjeździe lekarzy niemieckich w Krynicy w dniach 13—16. X. 1941. Gdy w dyskusji nad referatem dra *Buurmana* o durze osutkowym profesor *Kudicke* podkreślił, że ludność żydowska w getcie nie otrzymuje dostatecznego pożywienia, ucieka z getta, dlatego w ten sposób roznosi zawszenie i dur płamisty poza teren

²¹⁾ H. Stehle: Die Euthanasie im Hitlerstaat. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16. XII. 1959, nr 291 i K. H.: Arzt ohne Gewissen. Widerstandskämpfer, czerwiec-lipiec 1960.

²²⁾ D. Sternberger: Dokumente zu den Geisteskrankenmorden. „Die Wandlung”, 1947, nr 2 i 3 i A. Platen-Hallermund: Die Tötung Geisteskranker, Frankfurt/M, 1948.

²³⁾ Praca zbiorowa: Zbrodnie niemieckie wobec umysłowo chorych w Polsce. „Rocznik Psychiatryczny” 1949, tom XXV, nr 1 i R. Kiełkowski: Zbrodnie niemieckie w Zakładzie Psychiatrycznym w Kobierzynie. Warszawa, 1949.

²⁴⁾ W. Bednarz: Obóz straceń w Chełmnie nad Nerem. W-wa, 1946.

²⁵⁾ Dokumentation zur Massen-Vergasung, Bonn, 1956. W publikacji tej jest wyraźniej wskazany profesor zwyczajny higieny uniwersytetu w Marburgu (*Lahn*, SS-Obersturmbahnführer der med. Pfannenstiel).

²⁶⁾ J. Sehn: Obóz koncentracyjny Oświęcim-Brzezinka (Auschwitz-Birkenau), 1960, s. 97.

²⁷⁾ Dokument norymberski №-2799.

²⁸⁾ Dokument norymberski №-907.

²⁹⁾ H. Stehle: op. cit. Całość zagadnień związanych z hitlerowską „eutanazją” omawia H. G. Seraphim: Gutachten über Ursprung, Bedeutung und Kennntnis der Begriffe „Sonderbehandlung” und „14 f 13” im Rahmen der „Euthanasie” — Aktionen, Göttingen, 1960 (nieopublikowane).

³⁰⁾ Czy los taki nie spotkałby w III Rzeszy także i *Fryderyka Nietzschego*, który pod koniec życia padł w obłąd, trwający aż do śmierci?

getta — prezydent dr Walbaum odpowiedział na to dosłownie co następuje: „Naturalnie byłoby najlepiej i najprościej dać tym ludziom dostateczne środki żywności, ale to się nie da zrobić, to pozostaje w związku z ogólną sytuacją żywnościową i wojenną. Dlatego zastosowano obecnie rozstrzeliwanie, jeżeli spotka się Żyda poza gettem bez specjalnego zezwolenia. Należy postawić sprawę jasno — mogę to otwarcie w tym gronie powiedzieć — że istnieją tylko dwie drogi: albo skazać Żydów w getcie na śmierć głodową albo ich rozstrzelać. Jakkolwiek efekt końcowy jest ten sam, to drugie działa bardziej odstraszająco”. Zebrani nagrodzili tę wypowiedź swego „wodza” aplauzem i oklaskami.³¹⁾

Oskarżony Rudolf Brandt zeznał w toku procesu lekarskiego: „Himmler był w najwyższym stopniu zainteresowany opracowaniem taniej i szybkiej metody sterylizacyjnej, którą można by było zastosować przeciwko wrogom Rzeszy Niemieckiej, jak Rosjanom, Polakom i Żydom. Spodziewano się, że w ten sposób da się wroga nie tylko pokonać, ale także zniszczyć. Siła robocza osób sterylizowanych mogłaby być przez Niemcy wykorzystana, podczas gdy rozrodczość tych ludzi byłaby zniesiona. Ta masowa sterylizacja stanowiła część składową teorii rasowej Himmlera. Dlatego też eksperymentom sterylizacyjnym poświęcono szczególnie dużo czasu i trudu”. W Oświęcimiu przeprowadzał takie eksperymenty lekarz, doktor medycyny, profesor ginekologii w Królewcu Carl Clauberg, który miał opracować sposób masowego, szybkiego, pewnego i niespostrzeżonego przeprowadzenia sterylizacji.

W notatce urzędowej o konferencji u Himmlera w dniu 8. VII. 1942 r. jest mowa o tym, że chodzi o sterylizację więźniarek Żydówek w wielkim zakresie, a w liście z 10. VII. 1942 r. Rudolf Brandt pisze do Clauberga, że Himmler chciałby się od niego dowiedzieć, jaki czas wchodziłby w rachubę dla przeprowadzenia sterylizacji 1000 Żydówek. Same Żydówki nie powinny o niczym wiedzieć.

Clauberg zaproponował Himmlerowi użycie do tego celu środków chemicznych. Himmler zgodził się na to i zlecił Claubergowi — zgodnie z jego propozycją — przeprowadzenie eksperymentów w oświęcimskim obozie koncentracyjnym dla praktycznego wypróbowania nowej metody. Komendant obozu Hoess otrzymał odpowiedni rozkaz i po zgłoszeniu się Clauberga w Oświęcimiu oddał do jego dyspozycji blok 10 oraz wybrane przez Clauberga więźniarki.

W liście z dnia 7. VI. 1943 r. Clauberg raportował Himmlerowi:

„Wymyślona przeze mnie metoda bezoperacyjnego przeprowadzania sterylizacji kobiet jest już prawie całkowicie opracowana. Dokonuje się jej za pomocą jednego wstrzyknięcia przez ujście szyjki macicy, co może

być wykonane przy zwykłym i znanym każdemu lekarzowi badaniu ginekologicznym. Jeśli powiedziałem, że metoda jest już prawie całkowicie gotowa, to oznacza to, że wymagają opracowania jedynie tylko jej udoskonalenia oraz że metoda mogłaby być już obecnie zamiast operacji i w jej miejsce regularnie stosowana przy naszych zwykłych sterylizacjach eugenicznych. Jeśli chodzi o pytanie, skierowane do mnie przez pana Reichsführera, w jakim czasie będzie możliwe wysterylizowanie w ten sposób 1000 kobiet, to dzisiaj mogę na nie udzielić, zgodnie z przewidywaniem, następującej odpowiedzi: gdy badania prowadzone przeze mnie będą dawały dalej takie wyniki, jak dotychczas, a nie ma żadnych podstaw do przyjęcia, by tak nie było, to w niedługim czasie będę mógł zameldować, iż jeden uprawiony lekarz w odpowiednio urządzonej placówce i przy pomocy 10 osób personelu pomocniczego będzie najprawdopodobniej mógł przeprowadzić w ciągu jednego dnia sterylizację kilkuset, a nawet paru tysięcy osób”.

W meldunku złożonym Himmlerowi przez SS-Oberführera Victora Bracka dnia 23. VI. 1942 r. pisze on, że... „wśród około 10 milionów Żydów europejskich znajduje się co najmniej 2—3 milionów całkiem zdolnych do pracy mężczyzn i kobiet. Uważam — pisze Brack dalej — że wobec nadzwyczajnych trudności, jakie sprawia zagadnienie sił roboczych, należałoby te 2—3 miliony na wszelki wypadek wyeliminować i zachować przy życiu. Naturalnie pod warunkiem, że równocześnie pozbawi się ich możliwości rozmnażania się”. Lekarz hitlerowski dr Adolf Pokorny pisał do Himmlera w październiku 1941 r.: „Jeśli by się nam udało możliwie jak najrychlej uzyskać środek, który w stosunkowo krótkim czasie sprowadzałby niespostrzeżenie sterylizację, to zdobylibyśmy nową, bardzo skuteczną broń. Jakież szerokie perspektywy otwiera sama tylko myśl, że 3 miliony bolszewików znajdujących się obecnie w niewoli niemieckiej mogłoby być wysterylizowanych, wskutek czego stałoby do dyspozycji jako robotnicy, lecz nie mieli możliwości rozmnażania się”.³²⁾

Inny lekarz, mianowicie doktor medycyny i doktor filozofii, profesor nadzwyczajny anatomii Uniwersytetu w Monasterze (Münster), SS-Obersturmführer Johann Paul Kremer zapisał w swym dzienniku między innymi następujące fakty ze swej działalności na stanowisku lekarza obozowego w Oświęcimiu w 1942 r.:

2. 9. O godzinie 3. byłem po raz pierwszy przy akcji specjalnej (Sonderaktion). W porównaniu z tym piekło Dantego wydaje mi

³¹⁾ Tom 131 k. 20 akt dochodzeń Krakowskiej Komisji Okręgowej Badania Zbrodni Hitlerowskich w Polsce w sprawie przeciwko J. Bühlerowi oraz J. Olbrycht: Sprawy zdrowotne w tzw. Generalnym Gubernatorstwie. „Polski Tygodnik Lekarski” 1948, r. III, nr 29—34.

³²⁾ J. Sehn: Zbrodnicze eksperymenty sterylizacyjne Carla Clauberga na kobietach więzionych w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. „Zeszyty Oświęcimskie” 1958, nr 2 oraz w języku niemieckim w „Hefte von Auschwitz”, 1959, nr 2. Również W. Fejkiel: Etyczno-prawne granice eksperymentowania w medycynie a sprawa profesora Clauberga. „Zeszyty Oświęcimskie”, 1958, nr 2, jak i w języku niemieckim w „Hefte von Auschwitz”, 1959, nr 2.

się prawie komedią. Nie na darmo nazywają Oświęcim obozem zagłady.

5. 9. W południe byłem przy akcji specjalnej muzułmanów z obozu kobiecego. Najstraszliwsza ze strasznych. Lekarz Hauptscharführer Thilo słusznie powiedział dzisiaj, że znajdujemy się tutaj w odbycie świata (anus mundi). Wieczorem około godz. 8 byłem znów przy akcji specjalnej transportu z Holandii. Ze względu na przyznawany z tego tytułu przydział 1/5 litra wódki, 5 papierosów, 100 g kielbasy i chleba SS-mani ubiegają się o udział w takich akcjach.

6. 9. Dzisiaj, w niedzielę, doskonały obiad: zupa pomidorowa, pół kury z ziemniakami i czerwoną kapustą, słodka legumina i wspańnięte lody waniliowe. Wieczorem o godzinie 8 byłem znowu obecny przy akcji specjalnej.

9. 9. Jako lekarz asystowałem przy wykonaniu kary chłosty na 8 więźniach i przy zastrzeleniu z broni małokalibrowej. Wieczorem byłem obecny przy czwartej akcji specjalnej.

10. 9. Rano byłem przy piątej akcji specjalnej.

23. 9. W nocy byłem przy szóstej i siódmej akcji specjalnej. Rano przybył Obergruppenführer Pohl. O 8 kolacja. Podano pieczonego szczupaka — ile kto chciał, prawdziwą kawę ziarnistą, doskonałe piwo i kanapki.

30. 9. W nocy byłem obecny przy ósmej akcji specjalnej.

3. 10. Utrwaliłem materiał z całkiem świeżych zwłok (lebensfrisches Material). W Oświęcimiu leżą całe ulice chorych na tyfus. Dlatego kazałem zaszczepić się przeciw tyfusowi brzuszemu.

7. 10. Byłem przy dziewiątej akcji specjalnej muzułmanów z obozów filialnych.

10. 10. Pobrałem materiał z całkiem świeżych zwłok, mianowicie wątrobę, śledzionę i trzustkę i utrwaliłem go.

12. 10. W nocy byłem obecny przy akcji specjalnej 1600 osób z Holandii. Przeróżające sceny przy ostatnim bunkrze (Hössler). Była to dziesiąta akcja specjalna.

13. 10. Asystowałem przy wykonaniu kary, a następnie przy egzekucji 7 polskich osób cywilnych.

17. 10. Asystowałem przy wykonaniu kary i przy 11 egzekucjach. Pobrałem materiał z całkiem świeżych zwłok po zastosowaniu zastrzyku pilokarpiny.

18. 10. Byłem obecny przy jedenastej akcji specjalnej Holendrów. Obrzydliwe sceny z trzema kobietami, które błagały o życie.

24. 10. Sześć kobiet z rewolty w Budach otrzymało zastrzyk (Klehr).

8. 11. W nocy brałem udział w dwóch akcjach specjalnych, padał deszcz jesienny. Witalem się dzisiaj z H-schaf. (Hauptscharführerem) Kittem, moim bytym uczniem rodem z Essen. Po południu jeszcze jedna akcja specjalna, a więc czternasta, przy której byłem tutaj obecny. Wieczorem miłe towarzysztwo w Führerheim. Podano bułgarskie czerwone wino i kroacką śliwowicę.

13. 11. Pobrałem materiał z całkiem świeżych zwłok 18-letniego Żyda, silnie atroficznego, którego najpierw sfotografowano.

15. 11. Przed południem asystowałem przy wykonaniu kary."

Lekarze SS brali udział w wybieraniu ludzi do komór gazowych i w zabijaniu ich w tych komorach, obserwując przez specjalny wziernik gazoszczelny w drzwiach przebieg trucia ofiar. Drzwi komory otwierano dopiero na znak lekarza stwierdzającego, że wszystkie ofiary poniosły śmierć. W akcjach tych brali udział wszyscy lekarze SS, którzy pełnili służbę w obozie. Truciznę (cyklon B), używaną do zabijania ofiar w komorach, przywozili lekarze SS wraz z podległym im pomocniczym personelem sanitarnym (SDG) samochodami sanitarnymi oznaczonymi czerwonym krzyżem, nadużywając w ten sposób do zbrodniczych celów znaku będącego symbolem humanitaryzmu i uznanego w międzynarodowym prawie i obyczajach. Truciznę tę sprowadzano do obozów za pośrednictwem naczelnego lekarza SS (SS-Reichsarzt), pełniącego jednocześnie wysokie funkcje w Niemieckim Czerwonym Krzyżu oraz piastującego różne godności w niemieckim świecie lekarskim SS-Gruppenführera dr Ernesta Roberta von Grawitza.

W procesie przeciwko członkom oświęcimskiej załogi SS ustalono, że dr J. Kremer prowadził w Oświęcimiu badania nad zanikiem brunatnym wątroby (braune Atrophie). Dla przekonania się, czy na zmiany występujące przy tym zaniku nie wpływają zmiany pośmiertne i dla wyeliminowania zmian pośmiertnych wybierał więźniów dotkniętych interesującym go schorzeniem wątroby, polecał kłaść ich na stole sekcyjnym i przeprowadzał „wywiad lekarski”. Następnie na jego polecenie sanitariusz dokonywał śmiertelnego zastrzyku fenolu, a lekarz-więzień robił sekcję zwłok. Pobrane w czasie sekcji wycinki z wątroby, śledziony i trzustki umieszczał Kremer w płynie utrwalającym i uzyskany w ten sposób „materiał z całkiem świeżych zwłok” wysyłał do dalszych badań.³³⁾

Jeszcze inny profesor, lekarz i doktor medycyny, dyrektor Zakładu Anatomii w Strassburgu, szef wydziału himmlerowskiego instytutu „Ahneerbe”, SS-Hauptsturmführer Hirt, pisał do Himmlera:

„Dotyczy: zbierania czaszek radzieckich komisarzy-Żydów do badań naukowych na Uniwersytecie Rzeszy w Strassburgu.

Posiadamy liczne zbiory czaszek ludzkich. Materiał ten obejmuje wszystkie prawie rasy i narody. Jeśli chodzi o rasę żydowską, to tylko bardzo niewiele egzemplarzy czaszek nadaje się do wykorzystania... Tocząca się teraz wojna na wschodzie pozwala nam uzupełnić te braki. Dzięki dostarczonym nam czaszkom radzieckich komisarzy-Żydów, którzy są klasycznym wzorem odrażającego w swym typie

³³⁾ J. Sehn: Obóz koncentracyjny... s. 90 i nast. J. Olbrycht: Sprawy zdrowotne w obozie... oraz dokument norymberski Doc №-3408.

gatunku podludzi, będziemy posiadali obecnie materiał do badań naukowych.

Najlepszą praktyczną metodą otrzymywania i zbierania czaszek byłoby wydanie zarządzenia, aby Wehrmacht przekazywał żywcem Feldpolizei (żandarmerii polowej) wszystkich wziętych do niewoli radzieckich oficerów politycznych narodowości żydowskiej. Należałoby wydać specjalne zarządzenie, aby Feldpolizei w regularnych odstępach czasu zawiadamiała z kolei odpowiedni urząd o liczbie Żydów wziętych do niewoli oraz o miejscu ich przetrzymywania. Do chwili przybycia specjalnego wysłannika powinni być pod czujną strażą. Obowiązkiem tego specjalnego wysłannika, który otrzyma polecenie zabezpieczenia materiału (młody lekarz Wehrmachtu lub Feldpolizei, ewentualnie student medycyny, którzy mieliby do swojej dyspozycji samochód wraz z szoferem), będzie dokonanie uprzednio uzgodnionej ilości zdjęć i pomiarów antropometrycznych, a ponadto ustalenie tak dalece, jak to jest możliwe, linii przodków, daty urodzenia i innych danych personalnych.

Po uśmierceniu Żyda, którego czaszka nie może być uszkodzona, lekarz oddzieli głowę od tułowia i wyśle ją do miejsca przeznaczenia w hermetycznie zamkniętej, specjalnie do tego celu przystosowanej puszcze blaszanej wypełnionej roztworem konserwującym. Gdy przesyłka nadejdzie do pracowni naukowych, można będzie utrwalić na kliszy wyniki badań porównawczych i anatomicznych czaszki, ustalić przynależność rasową, określić cechy patologiczne kształtu czaszki, ukształtowanie i wielkość mózgu itd., dokonać pomiarów i uzyskać szereg innych danych dotyczących zarówno głowy, jak i samej czaszki".³⁴⁾

Tenże Hirt uzyskał od Himmlera pozwolenie na spórządzenie 150 szkieletów z więźniów obozu oświęcimskiego. W 1943 r. wybrano w obozie w Oświęcimiu 115 więźniów (79 Żydów, 2 Polaków, 4 więźniów pochodzących z Azji środkowej i 30 Żydówek) i przekazano ich do obozu w Natzweiler. Gdy sytuacja w Strassburgu w 1944 r. stawała się niepewna w związku ze zbliżaniem się wojsk alianckich, skierowano do sztabu osobistego Himmlera zapytanie, co zrobić z 80 zwłokami znajdującymi się jeszcze w kostnicy zakładu w Strassburgu (*Leichenkeller der Anatomie*). Pismo stwierdza, że zeszkielecenie i w ten sposób uniemożliwienie rozpoznania (*Entfleischung und damit Unkennlichmachung*) jest możliwe do przeprowadzenia, ale wówczas odpadnie możliwość zrobienia odlewów, które miały znaczenie dla zbiorów.³⁵⁾

Wyrok Amerykańskiego Trybunału Wojskowego w procesie przeciwko lekarzom hitlerowskim wykazuje dowodnie, że lekarze ci dokonywali w poszczególnych obozach następują-

cych eksperymentów: w celu znalezienia metody postępowania z osobami silnie zmarzniętymi trzymano więźniów do trzech godzin w basenach wypełnionych lodowatą zimną wodą lub nagich na połu przez wiele godzin przy temperaturze poniżej 0°C; albo dla przekonania się o granicach wytrzymałości człowieka i zdolności do życia w niezwykłych wysokościach umieszczano więźniów w komorach o niskich ciśnieniach; albo zakazano więźniów malarią i próbowano na nich działania różnych lekarstw; albo rozmyślnie kaleczono więźniów i na rany działano gazem musztardowym, aby znaleźć skuteczne leczenie takich ran; albo wprowadzano do rozmyślnie zadanych więźniom ran — oprócz bakterii ropnych, tężcowych i zgorzeli gazowej — także opiółki drzewne lub sproszkowane szkło, dla wzmożenia zakażenia, aby zbadać skuteczność sulfonamidów i innych leków; albo wycinano części kości, mięśni, nerwów jednej osobie i przeszczepiano je innym osobom, aby studiować ich regenerację i transplantację; albo pozbawiano więźniów w zupełności wszelkiego jedzenia i dawano im tylko pić chemicznie spreparowaną wodę morską; albo celowo zakazano więźniów żółtaczką zakaźną lub dudem osutkowym, aby badać ich przyczynę i działanie szczepienia ochronnego; albo wywoływano u więźniów bolesne, ciężkie oparzenia fosforem z bomb zapalających, aby wypróbować działanie różnych farmaceutycznych preparatów; albo podawano potajemnie w pokarmach więźniom różne trucizny lub też zabijano ich zatrutymi pociskami, aby badać działanie tych trucizn.³⁶⁾

Jednym z oskarżonych w tym procesie był lekarz i syn lekarza — dr *Joachim Mrugowsky*, urodzony 15. VIII. 1905 r. w Ratenow. Studia lekarskie ukończył w 1931 r. po przerwie, w czasie której pracował jako urzędnik celny i bankowy. W 1939 r. zlecono mu wykłady higieny i bakteriologii w Uniwersytecie Berlińskim, a w 1944 r. mianowano go profesorem.

Mrugowsky wstąpił do partii hitlerowskiej w 1930 r., a do SS w 1931 r. W latach 1934—1936 był on członkiem „Służby Bezpieczeństwa” *Reichsführera SS* — Himmlera.³⁷⁾ Brał udział w wojnach przeciwko Polsce i Francji. W r. 1939 założył Placówkę Badawczą Higieny i Bakteriologii SS³⁸⁾, przekształconą w 1940 r. na Instytut Higieny Broni SS³⁹⁾ i był aż do kapitulacji III Rzeszy jego szefem oraz Naczelnym Higienistą Broni SS.⁴⁰⁾

W procesie lekarskim oskarżony został *Mrugowsky* o udział w eksperymentach dokonywanych na więźniach obozów koncentracyjnych, między innymi w eksperymentach dla wypróbowania skuteczności trucizn. Winę *Mrugow-*

³⁶⁾ Prócz cytowanych już źródeł i materiałów patrz *Z. Mączka*: Operacje doświadczalne przeprowadzone w obozie koncentracyjnym Ravensbrück. „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, R. I, nr 34—35.

³⁷⁾ *Sicherheitsdienst des Reichsführers SS*, w skrócie — SD.

³⁸⁾ Hygienisch — Bakteriologische Untersuchungsstelle der SS.

³⁹⁾ Hygiene Institut der Waffen SS.

⁴⁰⁾ Oberster Hygieniker der Waffen SS.

³⁴⁾ Dokument norymberski Doc 085 do 091-Nr oraz *E. Crankshaw*: Gestapo narzędzie tyranii, Warszawa, 1958, s. 17.

³⁵⁾ Akta dochodzeń Krakowskiej Komisji Okręgowej Badania Zbrodni Hitlerowskich w sprawie przeciwko członkom załogi obozu oświęcimskiego, tom 37 oraz *J. Sehn*: Obóz koncentracyjny... s. 89.

sky'ego w tym zakresie ustalono przede wszystkim na podstawie autentycznych dokumentów, w których opisane były, najczęściej przez niego osobiście, poszczególne eksperymenty. Jednym z takich dowodów był następujący dokument:

Lekarz Rzeszy — SS i Policji
Naczelny Higienista

Nr Dz.: Tajne 364/44 Dr Mru./Eb.

Berlin — Zehlendorf 6 dn. 12. 9. 44
Spanische Allee 10—12

Tajna sprawa dowództwa.

Dotyczy: eksperymentów z pociskami zawierającymi azotan akonityny.

Do
Instytutu Techniczno-Kryminalistycznego
na ręce Pana Dra Widmanna

Berlin

W obecności SS-Sturmbannführera Dra Dinga, Pana Dra Widmanna oraz podpisanego przeprowadzono w dniu 11. 9. 44 na pięciu osobach skazanych na śmierć eksperymenty z pociskami zawierającymi azotan akonityny. Użyto do tego pocisków kaliber 7,65, napętnionych trucizną w postaci krystalicznej. Osoby poddane eksperymentowi otrzymały w pozycji leżącej po jednym strzale w lewe udo. Dwom osobom przestrzelono uda na wylot, a następnie nie można było u nich stwierdzić żadnych oznak działania truciźny. Obie te osoby wyłączono zatem z eksperymentu.

Miejsce wlotu pocisku nie wykazywało żadnych szczególnych cech. Jednej osobie niewątpliwie uszkodzono tętnicę udową (arteria femoralis). Strumień jasnej krwi wytrysnął z otworu wlotowego; krwotok zatrzymał się wkrótce. Utrata krwi wynosiła na oko powyżej 3/4 litra, nie była zatem w każdym razie śmiertelna. Wszyscy trzej skazańcy wykazywali zadziwiająco zgodne objawy. W pierwszych chwilach nie zauważono niczego szczególnego. Po upływie 20 do 25 minut wystąpił niepokój ruchowy i lekki ślinotok, które to objawy wkrótce potem ustąpiły. Po upływie 40 do 44 minut rozpoczął się silny ślinotok; zatruci połykają często. Później ślinotok nasila się tak, iż nie można go opłukać przez połykanie. Z ust spływa spieniona ślina. Następnie pojawia się dławienie i wymioty.

U dwóch osób tętno stało się niewyczuwalne po upływie 58 minut. Trzeci miał 76 uderzeń tętna; jego ciśnienie krwi wynosiło po upływie 65 minut 90/60 mm Hg. Tony serca były nadzwyczaj ciche. Nastąpiło zatem wyraźne obniżenie ciśnienia krwi.

W pierwszej godzinie doświadczenia źrenice nie wykazywały żadnych zmian. Po upływie 78 minut nastąpiło u wszystkich trzech średnie rozszerzenie źrenic oraz ich leniwe oddziaływanie na światło. Równocześnie utrzymywało się oddychanie w maksymalnym zakresie przy głębokim przedłużeniu wdechu. Objaw ten zelżał po kilku minutach; źrenice zwężyły się i reagowały lepiej. Po upływie

65 minut u 3 zatrutych nie stwierdzono odruchów ścięgnistych kolanowych i Achillesa. U dwóch brakło także odruchów ze strony powłok brzusznych; u trzeciego odruchy te były jeszcze utrzymane w górnej części brzucha, natomiast w części dolnej nie dały się już wywołać. Po upływie około 30 minut powrócił u jednej z osób poddanych eksperymentowi głęboki oddech, któremu towarzyszył wzrastający niepokój. Oddech stał się następnie powierzchowny i galopujący. Równocześnie utrzymywało się silne podrażnienie do wymiotów; jeden zatruty osobnik usiłował bezskutecznie wymiotować. W tym celu włożył sobie cztery palce ręki w usta aż po dłoń; mimo to nie doszło do wymiotów. Twarz przy tym się zaczerwieniła.

U dwóch innych osób poddanych eksperymentowi widoczna już była bardzo wcześniej bladeść twarzy; inne objawy były te same. Niepokój ruchowy wzmógł się później do tego stopnia, że osoby poddane eksperymentowi zrywały się, opadały znowu, przewracały oczyma, wykonywały rękami i ramionami bezcelowe ruchy. W końcu niepokój zelżał, źrenice rozszerzyły się maksymalnie i skazańcy leżeli spokojnie. U jednego z nich zauważono skurcz żwaczy i oddanie (mimowolne) moczu. Zgon nastąpił po upływie 121, 123 i 129 minut od chwili otrzymania strzału.

Streszczenie:

Pociski napętnione około 38 mg azotanu akonityny w proszku dały po upływie około 2 godzin śmiertelny skutek mimo nieznacznego zranienia. Zatrucie objawiło się w 20 do 25 minut po zranieniu. Na czoło objawów wybijały się: ślinotok, zmiany źrenic, zanik odruchów ścięgnistych, ruchowy niepokój i silne podrażnienie do wymiotów.

(—) doc. dr Mrugowsky
SS. Oberführer i szef urzędu

Miejscem popełnienia tego „eksperymentu” był obóz koncentracyjny w Sachsenhausen, jego ofiarami — radzieccy jeńcy wojenni.

Mrugowsky przyznał autorstwo i autentyczność sprawozdania z dnia 12 września 1944 r. oraz fakty opisane w tym dokumencie. Zaprzeczył jednak winie i zeznał w charakterze świadka w swej własnej sprawie⁴¹⁾, że eksperyment został wykonany na osobach skazanych na śmierć oraz że on, Mrugowsky, został ustanowiony ich prawowitym katem⁴²⁾.

Dr Joachim Mrugowsky ogłosił w roku 1939 książkę o etyce lekarskiej⁴³⁾, w której pisze na stronie 23: „Obowiązek lekarza był zawsze ten sam: leczyć chorych i przywracać życie”. Na pytanie swego obrońcy, czy później zachował to tak wzniosłe pojmowanie swojego zawodu, czy też miał podstawy do jego rewizji, Mrugowsky odpowiedział: „Moim zdaniem tyl-

⁴¹⁾ Proces anglosaski.

⁴²⁾ „(...) zu ihrem rechtmässigen Scharfrichter bestellt worden sei”.

⁴³⁾ J. Mrugowsky: Das ärztliche Ethos. Christoph Wilhelm Hufelands Vermächtnis einer fünfzigjährigen Erfahrung. Monachium-Berlin, 1939.

ko ten ma prawo nazywać się lekarzem, kto odczuwa religijną treść swojego zawodu”.

To — w obliczu ustalonych faktów — zaskakujące oświadczenie starał się on uzgodnić przynajmniej słownie ze swoimi postępkami. Twierdził mianowicie, że podczas gdy chory jest dla lekarza świętością, to brak jest podstaw do traktowania w ten sam sposób skazańca z obozu koncentracyjnego. Chory przychodzi do lekarza z zaufaniem i dlatego lekarzowi nie wolno dokonywać na chorym żadnych eksperymentów, przynajmniej bez jego zgody. Eksperymenty objęte aktem oskarżenia nie były dokonywane na chorych, którzy z zaufaniem oddali się w ręce lekarza. Chodziło o skazanych z obozu koncentracyjnego, cieszących się dobrym zdrowiem, wobec czego brak było zwykłego stosunku istniejącego między lekarzem a chorym. Jeżeli państwo oddało skazańca do dyspozycji lekarza dla przeprowadzenia danego eksperymentu, to jasno z tego wynika, że państwo eksperyment ten zaaprobowало. Jeżeli zdaniem państwa przeprowadzenie eksperymentu jest konieczne, to jest obojętne, kto otrzymuje rozkaz poddania się takiemu eksperymentowi. Jego zdaniem w tej sytuacji lekarz nie powinien być odpowiedzialny za wybór i pochodzenie obiektu doświadczalnego.⁴³⁾

Wyrokiem Amerykańskiego Trybunału Wojskowego w Norymberdze z 19—20 sierpnia 1947 r. *Joachim Mrugowsky* został uznany winnym zbrodni wojennych i zbrodni przeciwko ludzkości i skazany za te zbrodnie na karę śmierci przez powieszenie. Wyrok został wykonany w Landsbergu dnia 2 czerwca 1948 r.

Po ogłoszeniu tego wyroku zachodnio-niemiecka Związkowa Izba Lekarska powzięła w roku 1947 uchwałę zawierającą między innymi ustęp następującej treści:

„Na równi z opinią publiczną całego świata lekarze niemieccy przyjęli z przerażeniem do wiadomości zajścia, które stanowiły przedmiot procesu lekarskiego w Norymberdze. Ogół lekarzy niemieckich oplakuje ofiary tyranii, która chciała posługiwać się również zdobyczami nauki i także w tej dziedzinie znalazła swoich siepaczy (*Schergen*). Szczególnym smutkiem napawa ich fakt, że osobnicy, którzy dopuścili się tych zbrodni wzbudzających odrazę świata, pochodzili z ich szeregów”.⁴⁴⁾

Staraniem tej samej Izby Lekarskiej wydana została w roku 1949 książka pod znamienym tytułem: „Nauka wyzuta z człowieczeństwa”⁴⁵⁾, która zawiera zgodną z tytułem ocenę przestępstw ujawnionych w norymberskim procesie lekarskim.

Postępowanie dowodowe w tym procesie trwało 133 dni. Przesłuchano 85 świadków oraz przedłożono i rozpatrzono 1471 dokumentów oskarżenia i obrony. Materiały te oraz materiały zebrane w innych procesach norymber-

skich⁴⁷⁾ i krajowych⁴⁸⁾ dowodzą, iż lekarze hitlerowscy, zwłaszcza zaś lekarze SS, wbrew zasadzie etyki obowiązującej zawód lekarski w całym cywilizowanym świecie nie leczyli chorych, lecz bez wskazań lekarskich dokonywali na swoich ofiarach zabiegów, które ze względu na ich rodzaj, skutki i cel, któremu miały służyć, były zabiegami zbrodniczymi⁴⁹⁾. Nie zmienia tego nazywanie takich zabiegów eksperymentami i przypisanie eksperymentatorom, że kierowali się oni ciekawością naukową. Wielkiej sztuki lekarskiej nie można bowiem używać do żadnych celów nie mających na względzie dobra człowieka, który nigdy nie powinien być przedmiotem nawet najbardziej nauką zaprawionej ciekawości. Badanie dla zdobycia wiedzy materialnej o człowieku nie powinno sprowadzać lekarza na drogę eksperymentów, w których lekceważono by wszystkie niewidzialne i nie podpadające pod skalpel, ale istniejące rzeczywiście wartości duchowe i życiowe.⁵⁰⁾

Lekarze hitlerowscy mieli pełną świadomość zbrodniczego charakteru dokonywanych przez nich zabiegów eksperymentalnych. Dlatego okrywali je głęboką tajemnicą, dobierali spośród siebie odpowiednie grono wtajemniczonych eksperymentatorów, a obciążone wiadomościami z doświadczeń na własnym ciele ofiary eksperymentów (*Geheimnisträger*) skazywali z góry na śmierć dla zatarcia śladów zbrodni. Cała korespondencja w tych sprawach prowadzona była w ściśle rejestrowanej i osobiście kwitowanej liczbie egzemplarzy, rola się od stempli „*Streng geheim*” i „*Geheime Reichssache*” oraz zawierała klauzulę o konieczności poufnej i osobistego traktowania kwestii poruszonych w tej korespondencji.

Partnerami w niej byli z jednej strony czołowi dygnitarze SS z Himmlerem na czele, z drugiej zaś wysoki funkcjonariusz Niemieckiego Czerwonego Krzyża, a zarazem szef służby lekarskiej SS, dr *Ernst Grawitz* oraz profesorowie wydziałów lekarskich uniwersytetów niemieckich, lekarze i doktorzy medycyny.

Treść tej korespondencji dowodzi, że lekarze hitlerowscy, którzy później w toku prowadzonych przeciwko nim procesów powoływali się na rozkazy przełożonych, nie tylko nie sprzeciwiali się zbrodniczym decyzjom Himmlera i nie wykazywali odwagi cywilnej w sprawach, w których rzucono na szalę godność i życie człowieka, ale wprost przeciwnie, aktywnie współpracowali z SS, podsuwali jej zbrodnicze pomysły i po zaakceptowaniu ich przez Himmlera realizowali je.

Dlatego też Norymberski Trybunał Wojskowy Nr 1 uznał powoływanie się przez oskarżonych lekarzy hitlerowskich na rozkazy władz prze-

⁴⁷⁾ Jak w sprawie Nr IV przeciwko *Pohlowi* i Nr VI przeciwko dyrektorowi koncernu IG-Farbenindustrie.

⁴⁸⁾ Przeciwko *Rudolfowi Hoessowi* i przeciwko 40 członkom załogi SS obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka przed Najwyższym Trybunałem Narodowym.

⁴⁹⁾ J. Olbrycht: Sprawy zdrowotne w obozie koncentracyjnym... J. Selva: Obóz koncentracyjny...

⁵⁰⁾ F. Bayle: op. cit. s. 1511.

⁴⁴⁾ Według protokołu rozprawy z dnia 27. III. 1947.

⁴⁵⁾ „*Aerzliche Mitteilungen*” 1956, nr 4, s. 86.

⁴⁶⁾ A. Mitscherlich, F. Mielke: op. cit.

łożonych za taktyczno-ochronny manewr obrony i stwierdził:

„Zasada działania z wyższego rozkazu nie może mieć w tej sprawie zastosowania. Nigdy bowiem nie twierdzono, by zasada ta odnosiła się do wypadków, w których ten, komu wydano rozkaz, miał prawo swobodnej decyzji do przyjęcia lub odrzucenia rozkazu. Zebrany materiał dowodowy wskazuje ponad wszelką wątpliwość, że lekarzom hitlerowskim nie rozkazywano, by przeprowadzali oni eksperymenty na więźniach, lecz wprost przeciwnie, że oni sami z własnej inicjatywy szukali okazji do takich eksperymentów”.

Materiały dokumentarne, których autentyczność i wartość dowodową ustalono w przewodzie sądowym we wspomnianych poprzednio procesach, pozwoliły ustalić fakty wskazujące, że zabiegi dokonywane przez lekarzy hitlerowskich na ludziach jako eksperymenty były zabiegami zbrodniczymi. Na podstawie tych faktów i po wysłuchaniu opinii specjalistów⁵¹⁾ Amerykański Trybunał Wojskowy Nr 1 wypowiedział w tej kwestii następujący pogląd prawny: „Przeważająca część zebranego materiału wskazuje, że pewne eksperymenty na ludziach są zgodne z zasadami etyki lekarskiej, jeżeli się je przeprowadza w dostatecznie wyraźne zakreszonych granicach. Zwolennicy eksperymentów na ludziach uzasadniają swoje stanowisko tym, że w drodze takich eksperymentów osiągnie się dla dobra ludzkości (*für das Wohl der Menschheit*) wyniki, do których nie można dojść przy pomocy innych metod lub badań. Są oni wszyscy zgodni co do tego, że dla zapewnienia zgodności eksperymentu z podstawowymi normami (*Grundregel*) moralnymi, etycznymi i prawnymi muszą być przy tym przestrzegane pewne podstawowe zasady (*Grundprinzipien*)”.⁵²⁾

Są one następujące:

1. Bezwarunkowo wymagane jest dobrowolne wyrażenie zgody przez osobę, która ma być poddana eksperymentowi. Oznacza to, że osoba ta musi mieć zdolność prawną do udzielenia zezwolenia. Musi się zatem znajdować w sytuacji dającej możliwość powzięcia swobodnej decyzji, nie narzuconej w drodze przemocy, oszustwa, podstępu, nacisku, fałszywego przedstawienia sytuacji lub jakiegokolwiek innej formy wpływania albo przymusu. Dla powzięcia świadomej i rozumnej decyzji taka osoba naleźcie musi znać i oceniać wszystkie elementy odnośnego zagadnienia. Z tego ostatniego warunku wynika konieczność, aby osobie, która ma być poddana eksperymentowi, przed odebraniem od niej oświadczenia wyrażającego zgodę przedstawiono jasno istotę, cel i czas trwania eksperymentu, a także metodę i środki, jakie mają być przy tym zastosowane, wszystkie przewidywane i niebezpieczeństwa, których należy się słusznie spodziewać, a wreszcie następ-

stwa dla zdrowia fizycznego i psychicznego, jakie mogą wyniknąć z poddania się eksperymentowi.

Obowiązek ustalenia wartości (*den Wert*) wyrażonej zgody i odpowiedzialność za to ciąży na każdym, kto wydaje zarządzenie przeprowadzenia eksperymentu, kieruje nim lub go wykonuje. Są to osobiste obowiązki i osobista odpowiedzialność, które nie mogą być bezkarne przeniesione na inne osoby.

2. Eksperyment musi być tego rodzaju, by po nim należało się spodziewać wyników pozytywnych dla dobra społeczności ludzkiej (*der Gesellschaft*), nieosiągalnych za pomocą jakichkolwiek innych środków lub metod badania naukowego; wyników, które w założeniu i w swej istocie nie są jakimś dowolnym wymysłem lub są niepotrzebne.

3. Eksperyment powinien być tak zaplanowany, oparty na doświadczeniach uzyskanych na zwierzętach, na znajomości istoty choroby i innych zagadnień, aby przypuszczalne wyniki usprawiedliwiały jego przeprowadzenie.

4. Eksperyment należy tak przeprowadzić, aby uniknąć wszelkich zbytecznych fizycznych i psychicznych cierpień oraz urazów.

5. Nie wolno podejmować żadnego eksperymentu, jeżeli *a priori* istnieje podstawa do przyjęcia, że następstwem jego będzie trwałe uszkodzenie ciała, z wyjątkiem może (*vielleicht*) tych eksperymentów, które kierujący nimi przeprowadzają na samych sobie.

6. Stopień niebezpieczeństwa nie śmie nigdy przekraczać granic zakreszonych ogólnoludzkim znaczeniem (*humanitären Bedeutung*) problemu, który ma być rozwiązany.

7. Należy przeprowadzić odpowiednie przygotowania i zastosować wystarczające środki zapobiegawcze przed najmniejszą możliwością okaleczenia, przed trwałym upośledzeniem zdrowia lub przed śmiercią.

8. Eksperyment może być przeprowadzony tylko przez osoby wykwalifikowane naukowo. Osoby kierujące eksperymentem lub wykonujące go muszą we wszystkich jego stadiach dysponować najwyższą sprawnością i zachować największą ostrożność.

9. W toku eksperymentu należy pozostawić poddanej mu osobie całkowitą swobodę przerwania eksperymentu w razie dojścia do takiego stanu fizycznego lub psychicznego, w którym dalsze przeprowadzanie eksperymentu uznaje ona za niemożliwe.

10. Kierujący eksperymentem musi być gotów przerwać jego bieg w każdym momencie, gdy — zgodnie z wymaganą od niego dobrą wiarą, szczególną sprawnością i starannością oceny — ma on podstawę do przyjęcia, że dalsze prowadzenie eksperymentu mogłoby spowodować dla osoby doświadczalnej okaleczenie, trwałe upośledzenie zdrowia lub zejście śmiertelne.

W dalszej treści uzasadnienia wyroku stwierdził Trybunał Norymberski, co następuje:

„Zebrany materiał dowodowy świadczy, że eksperymentatorzy hitlerowscy poświęcali więcej uwagi łamaniu tych zasad niż ich

⁵¹⁾ Amerykanie: dr Andrew Conway Ivy i dr Leo Alexander oraz Niemcy: dr Vollhardt, dr Leibbrand i dr Hoering.

⁵²⁾ We wspomnianym wyroku z dnia 19—20. VIII. 1947 r. w sprawie Nr 1.

przestrzeganiu. Ofiarą tych okrucieństw padali więźniowie obozów koncentracyjnych, którzy zostali uwięzieni i byli zmuszeni poddawać się tym torturom i barbarzyńskim wybrykom nawet bez jakichkolwiek pozorów jakiegoś procesu. W żadnym ustalonym wypadku ofiary eksperymentu nie zgłosiły się dobrowolnie. Sami oskarżeni nie twierdzą nawet, by eksperymentowali na ochotnikach. Ofiary eksperymentów nie miały w żadnym wypadku możliwości uchylecia się od eksperymentu. Częstokroć dokonywali eksperymentów osobnicy niedośkoleni, bez dostatecznego przygotowania naukowego, przeprowadzali je oni podług swego widzimisię i w odrażających warunkach. Wszystkie eksperymenty były połączone ze zbędnymi cierpieniami i okaleczeniami, przy czym nie stosowano żadnych środków dla uchronienia ofiar od możliwości trwałych uszkodzeń ciała lub od śmierci. W toku każdego eksperymentu musiały ofiary znosić wielki ból i męczarnie, a większość z nich doznawała trwałych uszkodzeń ciała, okaleczeń lub ginęła bądź to w bezpośrednim następstwie eksperymentu, bądź też wskutek braku późniejszej opieki".

„Jest całkiem jasne — stwierdza dalej Trybunał Norymberski — że wskutek tego wszystkie te eksperymenty były rażącym

zlekceważeniem umów międzynarodowych, reguł i zwyczajów prowadzenia wojny oraz zasad wynikających z kodeksów karnych wszystkich cywilizowanych państw świata. Eksperymenty na ludziach dokonywane w takich warunkach stoją bowiem w jaskrawej sprzeczności z podstawowymi zasadami prawa międzynarodowego, które wynikają z przyjętych wśród narodów cywilizowanych zwyczajów, z praw człowieka i nakazu sumienia publicznego".⁵³⁾

⁵³⁾ Jest chyba tragicznie smutnym faktem, że za ledwie w dziesięć lat po tym wyroku (1957) firma „Roypan-Diätetik SP2" München 40 uważała za możliwe i celowe wykorzystać dla reklamy swoich preparatów zbrodnie jednego z najbardziej osławionych eksperymentatorów hitlerowskich, dr med. *Sigmunda Raschera*, który w celach eksperymentalnych zamrażał więźniów obozu koncentracyjnego w Dachau. W jednym z raportów prosił on swojego „Wielce szanownego Reichsführera", aby pozwolił mu przeprowadzać te eksperymenty w Oświęcimiu, gdzie można je lepiej zamaskować, ponieważ „obiekty doświadczalne ryczą, gdy bardzo marzną". Otóż wspomniana firma monachijska, reklamując swoje drażetki na wszystko, pisze w 12-stronicowym prospekcie reklamowym, że skuteczność zawartego w tych drażetkach pieciernika (*Radix Ginseng*) wypróbował w toku eksperymentów w zamrażaniu ludzi „ówczesny lekarz SS dr Rascher", a „SS-Führer Himmler" cenił wysoko to ziele i zalecał je „dla podniesienia sprawności swoich SS-mannów." (Frankfurter Allgemeine Zeitung i Der Spiegel z października 1957).

WŁADYSŁAW FEJKIEL

były więzień Obozu Koncentracyjnego w Oświęcimiu Nr 5647

O służbie zdrowia w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu I (Obóz główny)

Fakt zorganizowania na ponurym cmentarzyku ludzkim Oświęcimia służby zdrowia i utworzenia tam szpitala i przychodni lekarskich dla więźniów wydaje się na pierwszy rzut oka czymś zupełnie zaskakującym. Skoro obóz miał służyć za narzędzie masowej zagłady, to skąd ta troska o zdrowie więźnia?

Sprawa stanie się jasną, kiedy uprzytomnimy sobie motywy, jakimi kierował się Główny Urząd Bezpieczeństwa Rzeszy (RSHA) przy zorganizowaniu obozowej służby zdrowia. A oto niektóre z nich:

1. Niemal od samego początku istnienia obozu oświęcimskiego przeciekały stąd na zewnątrz, do wolnego świata, wiadomości informujące o dokonywanych zbrodniach, terrorze i nieludzkich warunkach, w jakich musieli żyć więźniowie.

W tych warunkach istnienie szpitala obliczonego na około 2000 chorych, zatrudniającego niejednokrotnie wielkie autorytety lekarskie, rekrutujące się spośród lekarzy więźniów oraz funkcjonowanie wielu przychodni specjalistycznych, zostało wykorzystane przez władze SS jako najlepsza forma kontrpropagandy. Szpital, podobnie jak utworzony później dom publiczny,

miał z góry wprowadzać w błąd opinię świata: jest zrozumiałe, że jeśli ktoś dowiedział się o istnieniu na terenie obozu obu wymienionych instytucji, to nie był w stanie uwierzyć w głodzenie, terroryzowanie czy masowe mordy dokonywane na uwięzionych.

2. Obok momentu propagandowego ważniejszy jeszcze był inny cel, dla którego utworzono (a nawet nieźle zorganizowano) tak zwaną „służbę zdrowia". Miała ona pośredniczyć i być pomocną w dziele masowej zagłady. To było jej główne zadanie. Przychodnie lekarskie miały się stać miejscem selekcji, a oddziały szpitalne „poczekałnią" przedśmiertną, z której chorych lub wyczerpanych głodem posyłano bądź na iniekcję fenolu, bądź większymi transportami do komór gazowych. Tymczasem ludzie ci mieli służyć za żywy materiał doświadczalny dla różnego rodzaju pseudolekarskich eksperymentów.

3. Wreszcie szpital oświęcimski miał za zadanie izolować chorych na choroby zakaźne i w ten sposób przeszkodzić powstawaniu ewentualnych epidemii, które mogłyby przebiec na załogę SS oraz niewolniczo pracu-

jącą ludność cywilną zatrudnioną w niemieckim przemyśle przyobozowym, jak *Bunawerke* (obecne Dwory), kopalnie węgla i inne.

Naczelną władzą kierującą służbą zdrowia była komendantura SS. Z jej polecenia wykonywał tę władzę naczelnny lekarz garnizonu SS — *SS Standortarzt*. Był nim zawsze lekarz posiadający wysoki stopień oficerski i dłuższy staż w NSDAP. Ten z kolei posiadał w każdym obozie, należącym do zespołu oświęcimskiego, swojego zastępcę, tzw. lekarza odpowiedniego obozu (*SS Lagerarzt*). Podwładnymi lekarza obozu byli podoficerowie sanitarni SS, tzw. *SDG (Sanitaetsdienstgrad)*.

Na tym kończyła się władza SS. Przedłużenie tej władzy mieli sprawować więźniowie sami nad sobą. Naczelną władzę z polecenia lekarza SS sprawował tzw. starszy obozu szpitalnego — *Lageraeltester Haeftlingskrankenbau* (HKB). Ten był zwierzchnikiem administracyjnym i lekarskim szpitala i przychodni. Starszy obozu posiadał w każdym oddziale szpitalnym swojego zastępcę, starszego bloku (*Blockaeltester*). Każdy *Blockaeltester* był przełożonym lekarzy pracujących w odpowiednim oddziale, pielęgniarzy i administracji.

W początkowym okresie istnienia obozu szpitala nie było. Istniała mała przychodnia w bloku nr 21, w której zaopatrywano głównie pobitych w czasie pracy. Jeśli ktoś zachorował na cięższe schorzenie, umierał w bloku dla zdrowych — nie leczony.

Jedynym miejscem wypoczynku chorego był ustęp blokowy. Tam też ludzie najczęściej umierali. W tym czasie jednak przypadków śmierci naturalnej było mało, gdyż pierwsze transporty więźniów składały się z ludzi młodych, silnych, nie wyniszczonych dłuższym pobytem w więzieniu.

W miarę rozszerzania obozu i napływania nowych transportów zwiększała się — rzecz prosta — i liczba chorych. Równocześnie miały już miesiące, które więzień mógł przeżyć na porcji obozowego żywienia. Zgodnie bowiem z założeniem władz SS więzień, który nie miał możliwości „zorganizowania” pożywienia, mógł wytrzymać najwyżej trzy miesiące. Po upływie tego czasu rozpoczynał się zwykle stan charłactwa, rozwijała się choroba głodowa. W takiej sytuacji trzeba było stworzyć dodatkowe pomieszczenia, w których chorzy głodzeni mogliby spędzić czas od zachorowania do chwili śmierci. Władze SS oddały na ten cel dodatkowo 2 baraki, tj. obecny blok nr 28 i nr 20, a na początku roku 1941 blok nr 19.

W bloku nr 28 znajdowało się pomieszczenie centralnego ambulatorium wraz z sekretariatem i registraturą chorych. Poza tym tzw. kuchnia dietetyczna, laboratorium analityczne, podręczna sala dla zabiegów i mała łaźnia dla chorych tzw. wewnętrznych oraz oddzielne pomieszczenie dla chorych więźniów Niemców, gdyż według rasistowskich przepisów więźniom Niemcom nie wolno było przebywać z chorymi „ras niższych”. W blokach nr 21 i 28 chorzy leżeli zazwyczaj po 2 na jednym łóżku, w blo-

kach zaś 20 i 19 na siennikach ułożonych na podłodze.

Chorych na choroby wewnętrzne w ścisłym tego słowa znaczeniu nie było, bo jeśli ktoś na przykład cierpiał na niewydolność krążenia, to zazwyczaj dobijano go w pracy lub ginął w bloku. Inne zaś schorzenia wewnętrzne, nie dające wyraźniejszych oznak zewnętrznych, nie były przez lekarza SS uznawane za choroby.

Przeważnie więc leżeli chorzy wyczerpani głodem z biegunkami i obrzękami. Oczywiście między nimi zdarzali się niekiedy i ludzie zdrowi, którym należało zapewnić schronienie w szpitalu przed ciężkimi pracami karnymi i szykanami obozowymi. W początkowym okresie chorych zasadniczo nie leczono. Nie było ku temu środków. Podawanie kilku tabletek węgla na dzień np. w chorobie głodowej bez zwiększenia odżywienia trudno nazwać leczeniem. Lekarze i pielęgniarze więźniowie byli raczej zmuszeni do prowadzenia żmudnej ewidencji, utrzymywania porządku oraz prowadzenia drobiazgowej dokumentacji chorych. Historia choroby musiała być prowadzona na bieżąco, co kilka dni należało wypisywać uwagi lekarza oraz odnotowywać wyniki badań laboratoryjnych, które z powodu trudności technicznych nie zawsze były faktycznie wykonywane. Ponadto każda tabletką podanego lub zaleconego środka musiała być dokładnie zarejestrowana.

Porządki w oddziale polegające na stałym wietrzeniu, myciu podłóg przy pomocy chloru, stałe zamiatanie, pędzenie osłabionych chorych do mycia (w lodowato zimnej wodzie) były jedną z szykan stosowaną przez władze SS w stosunku do personelu lekarsko-pielęgniarskiego. Oczywiście odbijało się to również na zdrowiu chorych. Toteż ludzie marli masowo. Np. w roku 1941 w jednej z sal bloku 28, obliczonej na 35 miejsc, w ciągu niespełna miesiąca zmarło około 150 chorych.

Największym obciążeniem tego oddziału było ambulatorium. Od piątej godziny rano pielęgniarze musieli przygotować setki zgłaszających się chorych do wizyty lekarza SS.

Do szpitala nie było się łatwo dostać. Istniały dwie możliwości: jedna poprzez oficjalną wizytę u lekarza SS, który przyjmował codziennie po rannym apelu, druga zaś polegała na zgłoszeniu się do lekarza — więźnia po apelu wieczornym. Tenże lekarz — więzień w czasie nieobecności lekarza SS sprawował jego czynności i częściowo posiadał jego uprawnienia.

Na początku istnienia obozu było stosunkowo ciężko ominąć wizytę u lekarza SS; żeby się zaś do niego dostać, trzeba było przejść wiele dokuczliwych, a nawet niebezpiecznych formalności. Proceder ten wyglądał następująco: bezpośrednio po pracy i po apelu wieczornym *Rapportführer* (kierownik raportów) ogłaszał tak zwane meldunki do lekarza SS. Zgłaszający się chory musiał wystąpić z szeregu, rozebrać się do naga i przedstawić swoje niedomagania. *Rapportführer* wydawał opinię razem z dwoma starszymi obozu, którymi byli zazwyczaj więźniowie — bandyci niemieccy. Ta trójka oce-

niała, czy zgłaszający się jest naprawdę chory, czy też symuluje chorobę. Jeśli „konsylium” powyższe uznało zgłaszającego się za chorego, otrzymywał on skierowanie, które uprawniało go do wizyty u lekarza SS. Jeśli zaś „komisja lekarska” choroby nie stwierdziła, wtedy takiego „symulanta” odprowadzano do sekretariatu obozu i poddawano chłoscie.

Chorób gorączkowych i tzw. wewnętrznych na ogół za choroby nie uznawano. Zakwalifikowanym można było jedynie być wtedy, gdy się posiadało połamane nogi lub ręce lub coś bardzo ciekawego pod względem traumatologicznym, co „komisję” mogło zaintrygować i ubawić.

W późniejszych czasach, to jest od roku 1942, skierowania do lekarza SS otrzymać można było stosunkowo łatwo dlatego, że dawali je więźniowie (starsi bloku).

Skierowani do lekarza SS udawali się do ambulatorium bloku nr 28, gdzie pracujący tam pielęgniarze musieli ich odswawiać, kąpać, myć, golić, wypisywać na piersiach numery tożsamości, odnotowywać je w kartotekach po to, żeby lekarz SS zakwalifikował zaledwie kilku do przyjęcia.

Po wieczornym apelu ambulatorium znowu zapełniało się jeszcze większą liczbą chorych. Szczególnie dużo więźniów cierpiało na różnego rodzaju obrażenia ciała i zakażenia. W miarę jak robiło się zimniej, u głodzonych zaczęły się pojawiać nie gojące się odmrożenia. Ponieważ w tych przypadkach nie stosowano leczenia przyczynowego, przeto chorzy ci z ropniami czy odmrożeniami nawiedzali ciągle ambulatorium tak długo, póki nie poumierali.

Barak nr 21 był przeznaczony dla chorych chirurgicznych. W budynku tym lekarz SS posiadał swój urzędowy gabinet, a naprzeciw niego mieścił się główny sekretariat szpitala. Poza tym mieściła się tutaj prymitywnie urządzona sala operacyjna, ambulatorium dentystyczne dla całego obozu, pomieszczenie dla chorych chirurgicznych i pielęgniarzy. Wśród chorych na choroby chirurgiczne znajdowali się więźniowie ze złamaniami i obrażeniami ciała wskutek pobicia, z wielkimi ropniami itp. Początkowo laparotomii w ogóle nie wykonywano. Chorzy z ciężkimi schorzeniami chirurgicznymi musieli ginąć. Dopiero jesienią 1940 roku dokonano pierwszej laparotomii przy okazji usuwania wyrostka robaczkowego. Zabieg ten przeprowadził młody lekarz¹⁾, posługując się kilkoma prymitywnymi narzędziami. Asystował mu pewien architekt z Warszawy oraz przyuczony sanitariusz. Zabieg przeprowadzono na ławie. Chory przywiązany był opaskami. Ciekawe jest, że rana zagoiła się *per primam*, a młody chłopiec został uratowany.

Baraki nr 20 i 19 były pomieszczeniami, w których wygłodzeni chorzy byli jedynie „zmagazynowani”. W barakach tych w ogóle nie było lekarzy, a rolę naczelnych lekarzy, pielęgniarzy itd. spełniali dwaj bandyci niemieccy. W baraku nr 20 urzędował blokowy,

tzw. *Hans*, który oprócz systematycznego okradania chorych z pieniędzy często regulował dopływ chorych do bloku w ten sposób, że przynoszonych tu na noszach więźniów albo od razu dusił w łazience albo wkładał im do ust węży gumowego połączonego z rurą wodociągową, po czym otwierał kurek i pod ciśnieniem wlewał im wodę do gardła, powodując w ten sposób śmierć.

Barak nr 19 różnił się od baraku nr 20. W baraku tym leżeć chorym nie było wolno. Wypoczywali oni jedynie w nocy. Dzień zaś musieli spędzać na stojąco w szeregach i śpiewać wojskowe pieśni niemieckie. Chorzy ci poza tym musieli wychodzić na plac apelowy i odbywać długotrwałe apele wraz ze wszystkimi zdrowymi więźniami.

Uprawnionym do wykonywania czynności lekarskich był jedynie lekarz SS obozu. Działalność jego może być przykładem, do jakiego stopnia faszyzm potrafił podporządkować sobie świat lekarski, naukę, działalność lekarza i poniżyć jego zawód. Lekarze SS wykonywali z największą gorliwością wszystko, czego tylko komendantura sobie życzyła, a nawet często byli inicjatorami różnych zbrodniczych czynności. Znam tylko jeden wypadek oporu ze strony lekarza SS dr *Lukasa*, gdańszczanina, lekarza obozu oświęcimskiego, później w Mauthausen, który zbuntował się, za co został zdegradowany i posłany do obozu karnego dla SS-manów w Stuthofie.

Lekarze SS współpracowali ściśle z komendanturą w wyniszczaniu więźniów, a równocześnie dbali o zachowanie wszelkich pozorów prawidłowego leczenia i w ten sposób maskowali różne zbrodnie. Uznawali oni sprawdzane rzekomo porcje więźniów za wystarczające do życia, fałszowali przyczyny zgonu, wybierali do gazu, do wstrzykiwania trucizny, wykonywali najrozmaitsze znane eksperymenty na ludziach, a w miarę wolnego czasu maltretowali podległy im personel lekarsko-pielęgniarski.

Całodzienne czynności lekarza SS polegały na tym, że rano dokonywał wizyty lekarskiej chorych zgłaszających się do szpitala. Chorych przedstawiał lekarz-więzień, a co się miało stać z cierpiącymi, o tym decydował już lekarz SS. Po wizycie lekarz SS przeglądał porządki i przy tej okazji sporządzał meldunki karne, a czasem kazał kogoś obić. Potem udawał się do swego gabinetu, gdzie podpisywał przygotowane meldunki zgonu i inne dokumenty dla komendantury. W późniejszych czasach, gdy funkcjonowały komory gazowe oraz stosowano wstrzykiwanie fenolu, wybierał słabych lub ciężko chorych do gazu lub na wstrzykiwanie fenolu.

SS — lekarz obozu posiadał do swej dyspozycji podoficerów sanitarnych, którzy mieli obowiązek przebywania w szpitalu przez cały dzień. Poza ideologią i wychowaniem SS cechowała ich jeszcze dodatkowa głupota i żołdackie prostactwo. Wiadomości fachowych oczywiście nie posiadali. Za to byli wyspecjalizowani w wyszukiwaniu odchyleń w dyscyplinie i porządku. Włazili pod łóżka chorych, szukając śmieci, kurzu, przeprowadzali rewizje

¹⁾ *Tadeusz Gąsiorowski*, obecnie lekarz w Katowicach.

u pielęgniarzy i stale dopatrywali się sabotażu. Często też okradali magazyn szpitalny z leków i sprzętu, a kuchnię z jedzenia.

Jeden lekarz SS obozu, poza utrzymaniem funkcji kierowniczej, nie był w stanie opanować szpitala nawet pod względem administracyjnym, nie mówiąc już o fachowym. Nie było też mowy, by mógł sporządzać wymaganą przez komendanturę dokumentację dla zmarłych i chorych. Zgodnie z zaleceniem komendantury każdy więzień, obojętnie czy został rozstrzelany, czy zamęczony przez gestapo w bunkrze, czy zabity przez „kapów” w czasie pracy, czy też zmarł tak zwaną śmiercią naturalną z głodu, musiał mieć „odpowiednią” przyczynę zgonu i starannie udokumentowaną historię choroby. W ten sposób ukrywano wszelkie formy zabójstw.

Dlatego, rzecz prosta, lekarz SS we własnym interesie dużą część swoich uprawnień i władzy musiał przekazać więźniom, którzy w jego zastępstwie administrowali szpitalem i sporządzali wymagane przez komendanturę dokumenty.

Na tym ogniwie dużej maszyny administracyjnej kończyła się bezpośrednia władza lekarza SS, a ujawniała się inna: mianowicie władza więźniów.

Głównym przedstawicielem władzy więźniów był tak zwany starszy obozu szpitalnego (*Lageraeltester*) ze swoimi podwładnymi i pomocnikami, tzw. starszymi bloku (blokowymi), pisarzami, komendantami sal chorych i pisarzami głównego sekretariatu szpitala. *Lageraeltester* i podwładny mu personel więziński, posiadając w swych rękach znaczną władzę, mogli ją wykonywać w różny sposób. Mogli zarządzenia lekarza SS i przepisy komendantury egzekwować od swoich podwładnych i chorych gorliwie, mogli je wykonywać lojalnie, mogli działać obojętnie, a wreszcie mogli władzę SS stępiać, a nawet sabotować i prowadzić dywersję. To wszystko zależało od tego, co przedstawiali pod względem ideologicznym i etycznym. Sam *Lageraeltester* miał wpływ na obsadę podległych sobie stanowisk, na politykę szpitala i na ogólną atmosferę. Oczywiście było to stanowisko bardzo trudne, podobnie jak wszystkie wysunięte stanowiska piastowane przez więźniów. Jeśli chciał działać na korzyść więźniów, musiał umieć udawać lojalnego w stosunku do władz SS, sabotując równocześnie ich zarządzenia.

Ponieważ stanowisko *Lageraeltestera* i reszty administracji było kluczowe i posiadało duże znaczenie praktyczne, we wszystkich obozach koncentracyjnych toczyła się między więźniami i grupami więźniów zaciepka walka o tę władzę.

W niektórych obozach niemieckich, gdzie większości stanowili więźniowie polityczni — antyfaszyści (głównie komuniści) — jak Dachau, Buchenwald i inne — funkcje te pełnili antyfaszyści. Natomiast w obozach, w których przebywali przestępcy pospolici (głównie faszyci) — władzę sprawowali ich przedstawiciele.

Nieco odmiennie przedstawiał się pod tym względem Oświęcim. Obóz ten aż do 1942 roku

składał się w 95% z więźniów politycznych, Polaków, ale mimo zdecydowanych polskich wpływów władze SS narzucały na te stanowiska Niemców, przestępców pospolitych, obawiając się wpływów Polaków, którzy na polskim terenie Oświęcimia mogli być niebezpieczni.

Od początku istnienia obozu aż do 1942 roku funkcje starszego obozu pełnił niemiecki przestępca pospolity *H. Bock*. Był on człowiekiem niezłym, choć bezideowym, a w stosunku do SS raczej lojalnym. Jego zastępcami byli również Niemcy. *Bock* obciążony był poza tym pewnymi „slabostkami”, które w dużej mierze psuły atmosferę szpitala. Zżywał morfinę oraz adorował młodych chłopców, których gromadził koło siebie, demoralizował, a co gorsza — powierzał im najbardziej odpowiedzialne stanowiska w szpitalu. Z tego okresu pochodzą nazwiska *Stoesslów*, *Pańszczyków* i innych, którzy w dużej mierze zepsuli dobrą opinię Polaków.

Lekarzy więźniów w tym czasie niechętnie w szpitalu zatrudniano, ponieważ system SS zasadniczo zakazywał im pełnienia zawodowych czynności. Dla prowadzenia dokumentacji i stworzenia bodaj pozorów leczenia szpital w praktyce nie mógł się jednak obejść bez pomocy lekarzy więźniów. Przyjmowano więc pewną liczbę lekarzy, którzy figurowali oficjalnie jako pielęgniarze. Poza tym starszy szpitala, wszechwładny prostak zarządzający szpitalem i oficjalnie kierujący leczeniem, niechętnie widział, gdy było ich za dużo lub gdy zdobywali wpływy. Dlatego też w tym okresie lekarze pracowali w obozie fizycznie i przeważnie gnieśli.

Bezideowa atmosfera początkowego okresu nie pozwalała na jakąś szerszą zorganizowaną akcję w obronie zagrożonego chorego więźnia.

Trzeba też pamiętać, że w tym czasie panował ogromny terror ze strony SS. Na ten okres przypadły przecież największe sukcesy militarne Niemiec hitlerowskich. Odbijało się to negatywnie na stosunkach obozowych. Ludzie marli masowo z głodu lub z powodu epidemii duru wysypkowego. „Pomagano” im biciem i fenolem.

Okres drugi, z którym związane są zmiany w szpitalu, zaczyna się od połowy 1942 roku. Decydującą rolę w poprawie stosunków na terenie obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu odegrały klęski Niemiec na froncie wschodnim, a zwycięstwo armii radzieckiej pod Stalingradem miało i dla nas znaczenie przełomowe. W tych warunkach władze obozowe zostały zmuszone do oszczędniejszej gospodarki siłą roboczą, głównie fachową. Na odcinku szpitalnym wyraziło się to zezwoleniem na oficjalne wykonywanie przez lekarzy więźniów swego zawodu.

Zmiany w szpitalu zaczęły się od chwili przybycia nowego naczelnego lekarza SS. Stanowisko to objął SS *Sturmabführer* dr *E. Wirths*, który przyjechał z Dachau. Wraz z nim przybyło do Oświęcimia kilkudziesięciu komunistów austriackich i niemieckich, którzy w tamtym obozie pracowali jako pielęgniarze.

Była to grupa więźniów mocno z sobą zżytych. Mieli za sobą dużo doświadczenia konspiracyjnego i obozowego. Po zakończeniu walk w Hiszpanii przebywali oni we francuskich obozach koncentracyjnych, a później zostali wydani Niemcom, którzy więzili ich w Dachau. Więźniowie ci byli faworyzowani przez naczelnego lekarza, który chociaż był faszystą niemieckim, jednak żywiołowo nienawidził przestępców pospolitych. Nowo przybyli szybko zapoznali się z atmosferą Oświęcimia, nawiązali kontakty z grupą Polaków demokratów i przy pomocy naczelnego lekarza dokonali pewnego rodzaju rewolucji w szpitalu. Usunięto Bocka i jego zauszników. Zamiast niemieckich przestępców pospolitych i rozwydrzonych szkodliwych smarkaczy weszli na stanowiska szpitalne antyfaszyści. W tym czasie też dostało się do szpitala wielu Polaków lekarzy i pielęgniarzy, ludzi starszych, rozsądnych, o demokratycznym sposobie myślenia.

Starszym obozu szpitalnego zostaje komunistą niemiecki L. Wörl²⁾, starszymi bloków również komuniści Niemcy i Austriacy. Demokratyczne polskie elementy grupują się w sekretariacie szpitala. Zaczynają rosnąć wpływy lekarzy więźniów. Kierownikami administracyjnymi są niemieccy pielęgniarze z Dachau, ich zaś zastępcami lekarze Polacy. W tym czasie organizują się oddziały szpitalne, zasługujące już w jakimś stopniu na to określenie. W bloku nr 28 mieści się czysta interna, w bloku nr 21 chirurgia z niezłe urządzonej salą operacyjną. Blok 20 jest obożnymi chorymi zakaźnymi i gruźlicą. Blok 19, a później jeszcze blok 9 — chorymi z wyczerpania i rekonwalescentami.

W tym czasie zaczynają napływać do obozu liczne transporty z krajów zachodnich. Obóz ztraca charakter czysto polski, staje się międzynarodowym. Do szpitala przybywają chorzy pochodzący z Francji, Holandii, Niemiec, Belgii, Norwegii, Grecji itd. Stopniowo przedstawiciele tych narodowości obejmują również stanowiska lekarzy i pielęgniarzy. Elementy faszystowskie zostają coraz częściej wypierane ze stanowisk tak w obozie, jak i w szpitalu.

W obozie powstaje Międzynarodowa Organizacja Demokratyczna oparta o ideologię internacjonalizmu. Międzynarodowy Ruch Oporu zaczyna odgrywać dużą rolę wychowawczą i staje się ważną siłą moralną. Trzon organizacyjny tego ruchu bazuje w szpitalu, co nie zostaje bez wpływu na panującą tu atmosferę. U lekarzy, pielęgniarzy i administracji wyrabia się zbiorowe poczucie odpowiedzialności i walki

²⁾ Nie ulega wątpliwości, że więźniowie komuniści z Dachau przyczynili się w dużym stopniu do poprawy stosunków w szpitalu. Z drugiej strony należy nadmienić, że niektórzy z nich, a głównie Wörl, jako człowiek bardzo uczciwy dokonywali szeregu pociągnięć niezręcznych, a niekiedy szkodliwych. U podstaw tego leżały nawyki starych obozowych pielęgniarzy, którym się wydawało, że przez długoletnią praktykę mogą dorównać lekarzom. Na tym tle dochodziło nieraz do pożałowania godnych incydentów, w rezultacie których np. musiał opuścić szpital cieszący się uznaniem obozu Polak dr R. Diem. Te starcia z lekarzami, oczywiście rzadkie, były „wodą na młyn” władz SS, jako rodząjące jedność i zdolność oporu masy więźniarskiej.

o człowieka. W oddziałach szpitalnych wyrabia się atmosfera koleżeńskej współpracy. Wśród ich personelu nie było „wielkich” i „małych”, zarozumiałych ordynatorów i „ubogich” pomocników. Każdy rozumiał, że ma jeden wspólny obowiązek — przeprowadzić kolegę przez okres choroby i zrobić wszystko, by wrócił do sił i mógł dalej walczyć o przeżycie obozu. Na przykładzie jednego tylko oddziału zakaźnego (blok nr 20), którym w tym czasie kierowałem, przekonałem się, że nawet w najbardziej prymitywnych warunkach można chorego wyprowadzić z choroby, jeśli od kierownika poprzez pielęgniarzy, administrację aż do salowych wszyscy o nim myślą i dla niego pracują. Podkreślić też należy szczególnie doniosłą rolę pielęgniarzy i administracji. W obozie oświęcimskim stanowiska te zajmowali w omawianym czasie w dużej części ludzie wykształceni, posiadający wyrobioną pozycję i autorytet moralny wśród więźniów.

Na ten okres przypadają największe akcje eksterminacyjne prowadzone przez komendanturę. Polegały one na częstych wybiórkach do gazu i wstrzykiwaniu fenolu. Gdyby nie odpowiednia postawa większości personelu lekarsko-pielęgniarzkiego i administracyjnego, zginęłoby znacznie więcej ludzi, niż to nastąpiło. Przed każdą spodziewaną wybiórką do gazu wypisywało się mocniejszych chorych do pracy. Listę tę otrzymywał jednak lekarz ambulatoryjny, który przyjmował ich z powrotem do szpitala wtedy, gdy mijało niebezpieczeństwo. Bardzo osłabionych chorych pouczało się, jak się mają zachowywać w czasie przeprowadzanej selekcji. Uczuło się ich, co mają odpowiadać na zadawane im przez lekarza SS pytania i jak pozorować swoją postawą, że są silni. Lekarz więzień, przedstawiając takiego chorego lekarzowi SS, miał obowiązek nie podawać prawdziwych danych dotyczących choroby, tać przed nim niekorzystne dla chorego rozpoznanie, skracać czas trwania choroby i przedstawiać jak najlepsze rokowania. Bardzo zagrożonych chorych już w czasie samej wybiórki ukrywano po strychach lub innych zakamarkach bądź przenoszono ich z sal jeszcze przez lekarza SS nie przeglądanych do sal już przeglądniętych. Przykładem postawy personelu była akcja anty-malaryczna przeprowadzona w oddziale zakaźnym bloku nr 20³⁾.

Atmosfera panująca w szpitalu nie podobała się komendanturze. Na szpital napuszczono sforę szpiclów i prowokatorów. Jesień 1943 roku była okresem niesłychanie wzmożonego teroru (pewnego rodzaju „otrząśnięcie się” po klęsce stalingradzkiej). I mimo to, że właśnie na terenie szpitala unieszkodliwiono większość konfidentów gestapo (o czym również wspo-

³⁾ Wiosną 1943 roku, późnym wieczorem, nadeszła zakaspirowana wiadomość, że komendantura planuje zakoszenie obozu i szpitala i wywiezienie wcześniej rano wszystkich więźniów cierpiących na malarię do komory gazowej w Treblince. W ciągu nocy personel oddziału zakaźnego „sfabrykował” około 150 nowych historii chorób, niszcząc poprzednie, które dawały choćby małą podstawę do rozpoznania malarii. Wszyscy chorzy zostali uratowani.

mina w swoich pamiętnikach komendant obozu R. Hoess), to jednak ofiarą terroru padło wielu lekarzy i pielęgniarzy. Podziemia bunkra wypełniły się personelem szpitalnym.⁴⁾

Wörla — Lagerältestra szpitala — przeniesiono później na stanowisko Lagerältestra obozu głównego dla zdrowych. Starszym obozu szpitalnego zostaje ginekolog warszawski W. Dering⁵⁾). Wprawdzie nie prowadził on otwartej polityki antyfaszystowskiej, jednak nie tylko nie przeszkadzał, ale cicho popierał wszelkie akcje demokratyczne. Ponadto należy przyznać, że w krótkim zaledwie kilkumiesięcznym okresie pełnienia przez niego obowiązków starszego szpitala wpływy lekarzy znacznie się wzmogły.

W styczniu 1944 roku Dering zostaje zwolniony z obozu. Stanowisko to, wskutek oddziaływania Międzynarodowej Demokratycznej Organizacji Podziemnej na naczelnego lekarza SS, powierzono autorowi.

W porównaniu z moimi poprzednikami znalazłem się o tyle w lepszych warunkach, że mogłem liczyć na poparcie szerokiej społeczności więźniarskiej, niezależnie od narodowości. Popierała mnie Międzynarodowa Organizacja Podziemna oraz inne ugrupowania więźniarskie. Jako stary więzień miałem dobre rozeznanie w komendanturze i gestapo dzięki kontaktom z więźniami zatrudnionymi w charakterze sił biurowych w komendanturze i wydziale politycznym gestapo. Najważniejsze jednak było to, że wśród personelu szpitala zastałem lub dobrałem sobie wielu więźniów wyróżniających

się dużymi walorami moralnymi i politycznymi, nastawionych do mnie życzliwie. Również i ogólna sytuacja obozowa, chociaż jeszcze ciężka, ulegała jednak ciągłym przemianom.

Na przestrzeni całego roku 1944 aż do ewakuacji (17. I. 1945), to jest w okresie, kiedy byłem odpowiedzialny za szpital, obserwuje się stałe narastanie oporu więźniów wobec komendantury i gestapo, co jest odbiciem zarówno rosnących wpływów demokratycznych i antyfaszystowskich w obozie, jak też i odbiciem klęsk i niepowodzeń militarnych hitleryzmu, głównie na froncie wschodnim. Władze obozowe mają coraz mniejszy wgląd i wpływ na bieg działalności szpitala dzięki temu, że więźniowie rozprawiają się skutecznie z grasującymi tu dotąd konfidentami gestapo. Dochodzi nawet do tego, że w szpitalu zostaje usunięty od wpływów największy prowokator i konfident (St. Olpiński⁶⁾), a komendantura nie wszczyną w tej sprawie energiczniejszych dochodzeń, mimo iż o fakcie tym wie naczelnny lekarz SS. Niedługo potem następuje ostateczne oczyszczenie atmosfery obozu, a głównie szpitala, przez spowodowanie wysłania z obozu dużego transportu (kilkaset osób) złożonego z elementów konfidenckich, zdemoralizowanych i przestępczych. Transport ten został sformowany przez obozowy ruch oporu, a „firmowany” przez komendanturę.

Na szczególną uwagę zasługuje rola szpitala w walce z sadyzmem „kapów” i nadzorców w obozie. Pod naciskiem personelu szpitalnego (H. Langbein) naczelnny lekarz SS wymógł na komendanturze zarządzenie, że wszelkie przypadki pobicia więźniów przy pracy mają być przez lekarzy więźniów zgłaszane, a sprawcy pociągani do odpowiedzialności. Oczywiście zarządzenie to nie miało motywacji humanitarnej, gdyż głosiło, że zmniejszanie zdolności więźniów do pracy jest sabotażem, lecz mimo to położyło ono kres jednej z głównych plag obozu.

Duże znaczenie miał również fakt, że starszym obozu zdrowych był w tym czasie komunista austriacki adwokat H. Dürmeyer, który współpracował ze szpitalem i zmuszał więźniarską administrację obozową do współdziałania ze szpitalem w interesie więźniów.

Szereg pozytywnych zmian jest dziełem prześlanych akcji więźniów, uzależniających od siebie niektórych przedstawicieli SS. Pielęgniarsz szpitala Langbein zdobywa się na „zagranie w otwarte karty” z naczelnym lekarzem SS, przedstawiając mu niedwuznacznie perspektywę na wypadek przegranej wojny i wymuszając na nim szereg istotnych koncesji w interesie więźniów. Pielęgniarsz J. Cyrankiewicz oskarża publicznie przed nowym komendantem Liebeschenslem byłego komendanta obozu Hoessa za zbrodnie dokonywane na więźniach, zwracając niedwuznacznie uwagę nowemu komendantowi, żeby nie szedł w ślady swojego po-

⁴⁾ Cyrankiewicz, Diem, Fejkiel, K. Kowalczyk, Langbein, Mosdorf, Sokołowski.

⁵⁾ Nazwisko W. Deringa znalazło się po wojnie na liście zbrodniarzy wojennych. Ponieważ rzuca to niekorzystne światło na szpital oświęcimski a związane jest z historią tego szpitala, dlatego wymaga obiektywnego naświetlenia. Dering został mianowany starszym obozu szpitalnego nie dlatego, jakoby wysługiwał się Niemcom, ale dlatego, że naczelnny lekarz SS dr Wirths życzył sobie, żeby to stanowisko piastowali lekarze, a nie pielęgniarze. Ponieważ w obozie nie było lekarza więźnia Niemca (obywatel niemiecki dr Fr. Grala został przez gestapo rozszyfrowany jako polski patriota i uważany był za renegata), dlatego ipso facto stanowisko to powierzono Deringowi. Dering pełnił do roku 1941 funkcję lekarza ambulatoryjnego. Następnie zorganizował w trudnych warunkach i dobrze prowadził oddział chirurgiczny. Jako lekarz był dobrym ginekologiem, a w obozie (z braku chirurga zmuszony do operowania) nieźle wyszkolił się w chirurgii. Z przekonania był antyfaszystą, ale za to jako człowiek pełen był kompleksów. Był tchórzliwy, pozostawał w ciągłym strachu przed wyrzuceniem ze szpitala, utratą pracy i tzw. wykończeniem. Obóz zawdzięcza mu wiele jako chirurgowi, uratował też nie jednego więźnia z opresji obozowych. Z powodu tchórzliwej, zarozumiałej natury i niezręcznego postępowania, posiadał talent zrażania sobie otoczenia. Zapewne z tchórzostwa, obawiając się przykrych konsekwencji odmowy, dokonał na rozkaz lekarzy SS w kilkunastu przypadkach operacyjnego usunięcia jąder i jajników więźniów, poddanych już uprzednio naświetlaniu promieniami Rtg (w ramach doświadczeń nad sterylizacją, przeprowadzanych przez lekarza Wermachtu, dr Schumanna). Jest jasne, że czynem tym dopuścił się przestępstwa, a zdaniem wielu współwięźniów specyficzna sytuacja, w jakiej się znalazł (nacisk ze strony lekarzy SS), może stanowić jedynie okoliczność łagodzącą, a nie uwalniającą go od winy (przysięga lekarska).

Na tym tle wydaje się, że potraktowanie go na równi z lekarzami SS i wciągnięcie na listę zbrodniarzy wojennych było chyba zbyt surowe.

⁶⁾ Dygnitarz sanacyjny i agent hitlerowski, znany przed wojną za prowokacyjnych wystąpień przeciw bohaterskiemu prezydentowi miasta Warszawy Stefanowi Starzyńskiemu.

przednika. Nie trzeba dodawać, jak były ryzykowne oba te pociągnięcia. Szczególnie dynamicznym i politycznie silnie oddziałującym ośrodkiem był główny sekretariat szpitala. Pracowali tu między innymi: *J. Bistric, E. Toch, H. Reineck, W. Bieda, J. Cyrankiewicz, T. Hołuj, J. Burakiewicz, T. Paczuła, T. Jurkowski, A. Zacharski, P. Reinke, Jakubowicz* i inni. Tu znajdował się główny punkt zbierania materiałów, przeznaczonych do wysyłki nielegalną drogą na zewnątrz, tu wreszcie kontaktowali się przywódcy obozowego ruchu oporu i stąd wychodziły zaszyfrowane meldunki do Krakowa, a następnie do wolnego świata.

Atmosfera rozpoczynającego się coraz wyraźniej rozkładu wśród SS umożliwia stosowanie różnych form „przekupstwa”. Chodzi tu o prywatne leczenie SS-manów przez więźniów lekarzy, instruowanie, jak mają się bronić przed pójściem na front, wręczanie łapówek w postaci papierosów, żywności itp. Tego rodzaju akcje były podejmowane nie tylko wobec szeregowych SS; oficerów-lekarzy SS lekarze więźniowie uczyli medycyny, interny (*Łaba*), chirurgii (*Grabczyński, Orzeszko*) i dzięki temu zapewniali szpitalowi pewien wpływ na nich. Ażeby wyjaśnić, jakie praktyczne znaczenie miały te akcje uzależniania przedstawicieli SS, dodam, że dzięki nim udawało się zapobiec lub ograniczyć rozmiary selekcji szpitalnych do komór gazowych. Przedstawione akcje nie miały charakteru tylko doraźnego; chodziło również i o to, by wykorzystać każdą szansę ratowania szpitala na wypadek, gdyby nagłe zbliżenie się frontu pod druty obozu skłoniło władze SS do eksterminacji całej obsady szpitala łącznie z chorymi.

Równolegle do wszystkich wymienionych akcji urasta rola lekarzy w leczeniu. Lekarze organizują kursy pielęgniarskie dla młodych chłopców, chcąc w ten sposób podnieść opiekę nad chorymi. Polepszają się znacznie wyniki leczenia; naturalna śmiertelność maleje. Oprócz tego, zachęceni przez więźnia prof. *J. Olbrychta*, niektórzy lekarze podejmują nawet prace naukowe.

Nie jestem w stanie wymienić imiennie wszystkich pracowników szpitala — lekarzy, pielęgniarzy i personelu administracyjnego, gdyż taka lista obejmowałaby setki osób, a to wskutek dużej płynności obsady, spowodowanej zgonami, wywożeniem do innych obozów itp. Niemniej pragnę przytoczyć bodaj garść nazwisk więźniów, którzy położyli w tym czasie duże zasługi dla więźniarskiej służby zdrowia i szpitala, bądź też swoją postawą moralną i polityczną oraz odwagą przyczynili się do ochrony chorych przed przeróżnymi akcjami ze strony SS.

Stanowiska starszych blokowych szpitalnych (oddziałów) zajmowali dwaj Polacy: *St. Oszacki, St. Ratajczak* oraz dwaj Austriacy: *H. Sauer* i *J. Rittner* i Niemiec *Laatsch*. Byli oni doskonałymi administratorami i prawdziwymi opiekunami swoich chorych.

Ciężar lecznictwa spoczywał w rękach lekarzy i pielęgniarzy, spośród których powinienem

wymienić *St. Kłodzińskiego, Fr. Grallę, J. Zielinę, T. Orzeszkę, Wł. Tondosa, I. Kwartę*, prof. *S. Kropvelde*, prof. *Kleina, S. Steinberga, A. Smereka, J. Suchomela, Z. Hofmana, St. Stolarzewicza, R. Diema, H. Suchnickiego, J. Mężyka, T. Szymańskiego, W. Ławkowicza, Z. Sobieszczńskiego, J. Lewina, St. Suliborskiego, J. Pakowskiego, T. Śnieszkę, J. Krzywickiego, R. Szuszkiewicza, L. Głogowskiego, T. Gajewskiego*, prof. *M. Gieszczykiewicza, C. Gawareckiego, F. Augustyna, J. Gordona, J. Gałkę, S. Dziurskiego, J. Reichmana, J. Gadomskiego, C. Dominikiewicza, S. Pizłę, E. Nowaka, J. Nowaka, S. Żabickiego, W. Türschmiedta, A. Przybylskiego*. Szczególnie cenieni przez więźniów jako znakomici i oddani pielęgniarze byli *F. Dannimann, L. Kowalczyk, A. Kuryłowicz, N. Stern, J. Panasewicz, A. Papalaci, J. Młynarski, W. Kosztowny, M. Monderer, P. Marschalek, J. Pierzchała, H. Rafalik, J. Momont, C. Sowul, J. Wolny, St. Zelle, J. Weber, K. Lill*, bracia *Tabeau*, bracia *Müller, St. Lichański, St. Głowa, Z. Rogowski, W. Mucha, C. Głowacki, H. Górkiwicz, K. Fronczek, B. Głębowicz, W. Barcz, P. Drelichowski, C. Duzel, L. Bas, E. Pyś, I. Golik, S. Czubak, E. Ciesielski*.

Kontrolę anatomopatologiczną przeprowadzał osobiście prof. *J. Olbrycht*.

Pod względem zaopatrzenia w leki szpital w tym czasie nie odczuwał większych braków. Zawdzięczaliśmy to przede wszystkim energii i inicjatywie więźniów pracujących w aptece obozowej, a mianowicie *M. Toliskiego, J. Jansena* i *M. Dybusa*. Bardzo istotną drogą zaopatrywania się w leki stanowiła tzw. „organizacja”. Było to systematyczne okradanie apteki SS, uprawiane na skalę niemal hurtową przez więźniów mgr *J. Sikorskiego* i mgr *T. Szewczyka*.

Oprócz tego poprzez międzynarodową organizację podziemną otrzymywaliśmy leki szmuglowane z Krakowa. Wędrowały one drogą pocztową do apteki mgr *Kwiatkowskiego* w Oświęcimiu albo do apteki mgr *Bobrzeckiej* w Brzeszczach. Stamtąd poprzez *Kommando „Gärtneri”* i inne, pracujące poza obozem przedostawały się do szpitala. Akcją tą kierowała w Krakowie *T. Lasocka-Estreicherowa*, będąca w kontakcie z *J. Cyrankiewiczem* i *St. Kłodzińskim*. Godne podkreślenia jest również i to, że pojedynczy więźniowie, pracujący poza obozem, masowo szmuglowali leki ofiarowane przez polską ludność cywilną, mieszkającą niedaleko Oświęcimia. Najwięcej tym sposobem dostarczyli nam leków więźniowie *Skrzetuski*⁷⁾ i *H. Bartoszewicz*.

Gorzej było z zaopatrzeniem w żywność. Akcją dożywiania chorych „na lewo” zajmowało się wielu pielęgniarzy i lekarzy, indywidualnie okradając magazyny SS. Szczególne zasługi położyli tu *J. Młynarski* (obecnie lekarz), *J. Kiwała, T. Paudyn, T. Paolone* (pseudonim *Lisowski*), *W. Bielawski* i wielu innych.

Jesień 1944 roku zapoczątkowała okres wielkich transportów, będących przygotowaniem do

⁷⁾ Prawdziwe nazwisko: *Pogonowski*, syn lekarza z Krakowa.

całkowitej ewakuacji obozu, w związku ze zbliżającym się frontem. W pierwszej kolejności ewakuowano więźniów zdrowych, a wśród nich Polaków. Fakt ten znamionował klęskę hitleryzmu i rokował rychłe zakończenie wojny, lecz równocześnie wywoływał różne nastroje w obozie dla zdrowych i w szpitalu. Zdrowi, ewakuowani i przygotowujący się do ewakuacji, byli dobrej myśli, licząc na rychłe już oswobodzenie. Natomiast w szpitalu, zarówno wśród chorych, jak i personelu, panowało przeświadczenie, że komendantura nie będzie się kłopotowała ewakuacją szpitala, lecz w ostatniej chwili zniszczy go w całości.

Różnymi kanałami dochodziły do nas wiado-

mości, że należy się poważnie liczyć z takim niebezpieczeństwem. Dopiero późną jesienią 1944 dowiedzieliśmy się, że w komendanturze SS odbyła się narada, na której przeważało zdanie większości, sprzeciwiające się eksterminacji całego szpitala. Dziś trudno byłoby stwierdzić, co wpłynęło na taką decyzję: czy trudności techniczne takiej akcji, czy też w jakimś stopniu i działalność ruchu oporu, dzięki której opinia świata wiedziała już dostatecznie dużo o Oświęcimiu tak iż liczenie na zatajenie zbrodni nie mogło wchodzić w rachubę.

Istotnie — zdolnych do marszu chorych ewakuowano, a resztę wyzwoliła Armia Radziecka.

STANISŁAW KŁODZIŃSKI

były więzień Obozu Koncentracyjnego w Oświęcimiu Nr 20091

Wkład polskiej służby zdrowia w ratowanie życia więźniów w obozie koncentracyjnym Oświęcim

Po przegranej we wrześniu 1939 roku Hitler skazał naród polski na biologiczne wyniszczenie. Straty w zabitych po stronie polskiej, poniesione w czasie kampanii wrześniowej, są drobnym ułamkiem tych strat, jakie ponieśliśmy w okresie okupacji. Ogółem oblicza się je na 6 milionów zabitych, a polskie straty materialne na 40%. Są to jednak straty dające się tylko w przybliżeniu określić cyfrowo — reszta niewymierna, ujęta w nazwie „okupacja hitlerowska”, może być tylko rozumiana przez tych, którzy ją przeżyli.

Wyrafinowaną, precyzyjną, niezawodną, naukowo opracowaną, technicznie doskonałą metodą zabijania trafiali żołnierze *Hitlera* i *Himmlera* w osłabiony i osamotniony, pozbawiony wszelkich praw ludzkich naród polski. Naród ten wykruszał się, lecz coraz bardziej desperacko tężał i opierał wrogowi. Przepelnione więzienia, pacyfikowane wsie i miasteczka nie odstraszały zrozpaczonych. Walka podziemna okresu okupacji przybierała w ciągu tygodni, miesięcy i lat na sile. Wielkie straty w szeregach uzupełniali nowi, bohaterscy żołnierze, przy czym wiek poborowy liczył się już od 7—8 lat bez różnicy płci i pochodzenia. Na totalną eksterminację odpowiedzią była totalna walka. Frontem stała się cała Polska, miasta, wsie i osiedla — każdy polski dom, polski las, polskie góry i wybrzeża. Frontem były getta, obozy koncentracyjne, urzędy, w których pracowali jeszcze Polacy, fabryki i gospodarstwa.

Wśród takiej walki niesposób obliczyć strat. Dopiero klęska hitleryzmu w 1945 roku odkryła światu tę uwolnioną od okupanta część Europy, dymiącą zgłiszczami i parującą krwią, przypominającą czasy pochodu Dżyngis-chana.

Trudno było się nawet zebrać i policzyć w pierwszych powojennych latach.

Na apelu Polskiej Służby Zdrowia — jak to wynika ze statystycznego opracowania mgr *Cyryla Kolago* w 1946 r. (Pol. Tyg. Lek. 1946, str. 916) — nie zgłosiło się do pracy około 5 tysięcy lekarzy polskich wymordowanych w czasie okupacji, zabrakło 2,5 tysięcy lekarzy dentystów i około 3 tysięcy osób z lekarskiego personelu pomocniczego. Wśród mogił tych, którzy ratowali życie ludzkie — wśród mogił polskich lekarzy rozsiansych po całym świecie tam, gdzie faszyzm tępił humanizm — większe skupisko spopielałych prochów stanowią bagniste pola obozu koncentracyjnego Oświęcim.

Dane cyfrowe z obozu Oświęcim, odnoszące się do tzw. więźniów numerowanych, są trudne do wyobrażenia. Liczba więźniów numerowanych przedstawia się następująco według numeracji obozowej:

	mężczyźni	kobiety
numeracja zasadnicza	202 499	90 000
„ A Żydów	20 000	30 000
„ B „	15 000	—
(<i>Erziehungs-Häftlinge</i>)	10 000	2 000
więźniowie dla „wychowania”		
jeńcy radzieccy	11 780	—
Cyganie	10 094	10 849
Razem	269 373	132 849

Ponadto przebywało w obozie około 3 000 tzw. „więźniów policyjnych” (*Polizei Häftlinge*).

Na 405 222 więźniów spędzonych do Oświęcimia w czasie od 14. VI. 1940 r. do 18. I. 1945 r. (data ewakuacji obozu), którzy otrzymali numery obozowe, pozostało przy życiu — wg teoretycznych obliczeń — w 1945 roku po wyswobodzeniu obozów — około 65 tysięcy ludzi. Zginęło zatem blisko 340 tysięcy ludzi, tj. ocalało zaledwie 13,5%, nie licząc 4 milionów, głównie Żydów różnych narodowości, spędzonych wprost

do komór gazowych Brzezinki, nie liczonych w stan obozu.

Na podstawie danych firmy Tesch und Stubenow — Fabryki gazów koło Dessau — dostarczyła ona ogółem do Oświęcimia 19 000 kg cyklonu „B” (wg wspomnień Rudolfa Hoessa, str. 341).

W samym obozie Oświęcim zginęło około 267 985 więźniów; reszta — 82 157 więźniów numerowanych Oświęcimia — zginęła w transportach lub innych obozach zagłady. Więźniowie numerowani ginęli w czasie 1 778 dni istnienia obozu z głodu, tortur, wycieńczającej pracy, chorób zakaźnych, bądź rozstrzelani lub zagazowani. W ciągu 1 778 koszmarnych dni i nocy oświęcimskich śmierć zabierała przeciętnie dziennie 190 ludzi oznaczonych numerem tego obozu.

Na podstawie zestawień francuskich wynikałoby, że spośród 100 Francuzów, którzy trafiali do hitlerowskich obozów zagłady, wróciło przeciętnie 10, a z tych 10 żyło w 1954 roku jeszcze tylko 5, którzy w większości są inwalidami.

Śmiertelność dzienna więźniów Oświęcimia, obliczona na podstawie zachowanych ksiąg obozowych z 1942 roku, wynosiła jako najniższa 511‰ w przeliczeniu na stan roczny. Śmiertelność tego obozu — biorąc pod uwagę najwyższą cyfrę śmierci dziennych i przeliczając ją na rok — osiągnęła 10 402 promille. W przeliczeniu do śmiertelności rocznej dla jeńców radzieckich tego samego obozu osiągnęłaby cyfrę 73 000‰. Oznacza to, że w ciągu roku obóz oświęcimski, którego stan dzienny w tym czasie wahał się od 12 do 18 tysięcy więźniów, mógł zniszczyć kilka kontyngentów przybyłych więźniów. (Dane cyfrowe wg prof. Olbrychta). Z zachowanych np. materiałów Ruchu Oporu Oświęcim, pod datą 25. IV. 1943 r., dowiadujemy się, że „w Birkenau odkopują na gwałt groby masowe 11 000 *Kriegsgefangenen* Rosjan wykonanych przy „robocie” w ciągu dwóch miesięcy zimowych 1942 roku i palą zwłoki, by zatrzeć ślady”.

Czym wobec tych danych był, czym mógł być i jaką właściwie rolę odgrywał szpital oświęcimskiego obozu, zwany „*Häftlingkrankenbau* — *HKB*” albo przez więźniów „*Rewirem*”. Chyba właśnie dlatego, że wszędzie w Oświęcimiu była śmierć, że wszystko, co się tam działo, niszczyło człowieka, może właśnie dlatego warto głębiej zastanowić się nad szpitalem obozu koncentracyjnego Oświęcim.

SS stworzyło go — jak słusznie wypowiedział się Fejkiel (referat w Pol. Tow. Lek. z dnia 3. II. 1960) — po to, by spełniał rolę propagandową i maskował właściwy cel Oświęcimia. Bo każdy, kto będzie słyszał o szpitalu w Oświęcimiu, będzie musiał — logicznie rzecz traktując — zaprzeczyć odbywającej się tam bezwzględnej eksterminacji. SS korzystało chętnie z tego argumentu, pokazując szpital oświęcimski wszystkim oficjalnym i półoficjalnym komisjom. Szpital oświęcimski — idąc dalej za wywodami Fejkiela — miał być ogniwem pośredniczącym i pomocniczym w dziele masowej zagłady. Poprzez selekcje do komór gazowych lub na za-

strzyki fenolu systematycznie uwalniano pracujący obóz od niepotrzebnego balastu chorych, których czasokres wymierania wydawał się dla SS zbyt długi. Kryptonim 14 - F - 13 opierający się na tajnym rozkazie Himmlera mówił, że wszyscy chorzy i kalecy więźniowie obozów mają być mordowani. Znalazł też on szerokie zastosowanie w Oświęcimiu. „14 - F - 13” był sygnaturą akt inspektoratu obozów koncentracyjnych przy *Reichsführerze* SS. Lekarze SS poprzez wprowadzenie w Oświęcimiu metody zabijania chorych więźniów zastrzykami dożylnymi benzyny lub fenolu (od 1. IX. 1941) ograniczali w ten sposób napływ chorych do szpitala obozowego. Metodę swą udoskonalili wprowadzając dosercowe iniekcje 30% fenolu. Szczególnie w okresach słotnych dni i dużych mrozów, gdy liczba zgłaszających się do szpitala dochodziła do kilkuset ciężko chorych, rosła liczba przeznaczonych na „fenolową śmierć” do 60, 80 i więcej osób dziennie. Akcję wyniszczania fenolem przekazywał *Lagerarzt* SS-ma nowi SDG (*Sanitätsdienstgrad*), który przy pomocy więźniów początkowo w *Leichenhalle* bloku 28, a następnie w bloku 20 — masowo mordował chorych. Przy średniej cyfrze 30—40 chorych dziennie przeznaczonych na tego rodzaju śmierć czas zabijania skazanych wynosił 1 do 1,5 godziny. W kartotece prowadzonej w szpitalu odnotowywano ten mord jako śmierć naturalną, podając za przyczynę zgonu schematycznie wymyślane i z góry ustalone diagnozy. W cytowanych uprzednio raportach Grupy Ruchu Oporu Oświęcim o stosowaniu zastrzyku fenolu, czyli o tzw. „szpilowaniu”, jest mowa wielokrotnie. Np. „szpilowanie trwa w dalszym ciągu, choć w mniejszej ilości i tylko cięższe przypadki. Przy otwartym tbc nie ma ratunku, idą też i *Reichsdeutsche*...”. Albo na przykład informacja o obozie cygańskim i tamtejszym szpitalu — ... „Trochę mniejszy tam rygor. Ale ciężko chorych (tbc) — ogólne wyczerpanie biorą na szprycę, tj. na zastrzyk fenolu w serce — tak podaje tamtejszy *Krankenbau*. Warto to, myślę, rozpowszechnić” (pismo z kwietnia 1943). Zastrzyki fenolu rozpoczęto stosować od września 1941, zabijając tą metodą w Oświęcimiu I do połowy 1944 r. Zginęło przez to nie mniej niż 25 000 numerowanych więźniów, uznanych przez *Lagerarza* za niezdolnych do pracy lub skazanych na tę śmierć przez *Politische Abteilung* — Oddział Polityczny Obozu. Wg obliczeń polskich lekarzy zginęło tą śmiercią w Oświęcimiu I około 35 000 ludzi. Z ramienia SS iniekcje fenolu wykonywali SS *Klehr*, *Scherpe* i *Hantel* pełniący funkcję SDG. Poprzez selekcje przeprowadzone w szpitalu rozumieli więźniowie tzw. „wybiórki na gaz”, których dokonywał *Lagerarzt* w czasie swych wizyt po salach chorych. *Lagerarzt* w otoczeniu SDG i obsługi więźniarskiej szpitala przeprowadzał mniej więcej raz na miesiąc kontrolę chorych leżących. Orientując się wyglądem zewnętrznym chorego, kartą gorączkową, bez dotknięcia delikwenta, zabierał *Lagerarzt* jego kartę gorączkową, na której był wypisany numer więźnia. Odnotowane i zestawione numery

stanowiły podstawę dla przysyłania odpowiedniej liczby aut ciężarowych, na które ładowano wybranych chorych i wywożono ich następnie do komór gazowych w Brzezince. Każdorazowa wybiórka na gaz zmniejszała stan szpitala o kilkuset chorych.

Szpital oświęcimski miał być wreszcie tanim poligonem doświadczalnym medycyny niemieckiej, dla której świnka morska czy królik był droższym, a niewątpliwie gorszym materiałem niż numerowani więźniowie. Doświadczenia nad skutecznością wielu leków produkowanych przez firmy niemieckie opłacone były życiem setek ludzi. Doświadczalne sterylizacje, kastracje, sztuczne zapłodnienie, obserwacje oparzeń środkami żrącymi, badania antropologiczne, badania na jednojajowych bliźniętach, zagadnienia bliźniąt, zbiory szkieletów, sztuczne zakażenia durerem plamistym, badania nad rakiem, operowanie więźniów nie wymagających zabiegów chirurgicznych, to tylko niektóre z przestępstw rozpatrywanych przed Międzynarodowym Trybunałem w Norymberskim w tzw. Procesie Lekarskim. W raporcie z kwietnia 1943 r. grupa Ruchu Oporu informuje o zmianie bloku 10 w Oświęcimiu I na stację doświadczalną dla kastracji, sterylizacji i sztucznego zapładniania, co się ma dziać z ramienia Naczelnego Instytutu Higieny der Waffen SS z Berlina. W innym raporcie z połowy maja 1943 r. znajdujemy dalsze szczegóły z bloku 10 KL Auschwitz: „*jest tam stacja doświadczalna, higieniczne laboratorium Unterstelle der Waffen SS Süd-Ost. Prócz kilku sal laboratorium jest tam grupa około 200 Żydów i 15 Żydów. Chodzi tu ogólnie o sztuczne zapładnianie, kastrację i sterylizację. Sprawa pokryta głęboką tajemnicą — okiennice zastąpione. Dotychczas wykastrowano szereg kobiet i tych 15 chłopaków, biorąc od nich uprzednio spermę. Chodzi o „ludzi w próbkach”. Żydówki, to prawie wyłącznie Greczynki, ale i to się zmienia. Nie są rachowane w stan lagru. Zdaje się uważa się je jako zmarłe, jeśli chodzi o apele... z tych doświadczeń, jak przypuszczam nie będzie nic, poza trupami...*”

Ostatnie wreszcie zadanie szpitala oświęcimskiego, to jego rola izolacyjna na wypadek epidemii chorób zakaźnych, które w nieprzewidywany sposób w tak olbrzymim skupisku ludzkim mogłyby pokrzyżować rachunek Himmlera wykorzystania przed śmiercią sił żyjących więźniów, osłabić przez to potencję wojskową III Rzeszy, a co gorsza, mogłyby w jakiś nieobliczalny sposób przerzucić się na SS i ich rodziny, wyrządzając tam niepowetowane straty. Przy likwidowaniu epidemii wprowadzono najbardziej brutalne metody niszczenia źródeł zakażenia. Na przykład więźniów chorych na dur plamisty po prostu gazowano w czasie takich akcji przeciwepidemicznych. W materiałach Grupy Ruchu Oporu Oświęcim zachował się gryps, w którym nieznany autor donosi o selekcji przeprowadzonej wśród chorych na dur plamisty w dniu 29. VIII. 1942 roku: „*W dniu 29 sierpnia przeżyłem własniotaki dzień, kiedy to 740 chorych na tyfus zostało zatrutych. Byłem między nimi, tylko los dał mi możliwość*

uniknięcia śmierci. Przeżyłem wtedy najtragiczniejszy dzień, który kosztował mnie bardzo wiele, musiałem patrzeć na te wszystkie bezceństwa, musiałem widzieć znajomych i kolegów idących na śmierć. Widziałem opadłe z bezsilności ręce lekarzy. Rozmawiałem z jednym. Ma łzy w oczach, nie może się opanować. Tyle pracy, tyle nieprzespanych nocy, tylu ludzi wydartych z paszczy okrutnej choroby (około 500 chorych, to ci, którzy tyfus przeszli i byli po kryzysie) i to wszystko stracone. Nie dziwię się jemu, ja nie mogę się opanować i płaczę jak dzieciak” (koniec cytatu). Walka natomiast z zaszewieniem była problematyczna, gdyż oddawana do komór dezynsekcyjnych odzież i bielizna więźniów wracały najczęściej zaszewione i z gnidami. Profilaktyki w formie szczepień przeciw durowi plamistemu nie było.

Mają także rację ci, którzy twierdzą, że niezależnie od wyżej wymienionych celów szpital obozu Oświęcim istniał i dlatego, by zatrudnić pewną część niemieckich wybrańców, którzy woleli na dalekim zapleczu pełnić swą „szczytną” misję ludobójstwa niż narażać swe życie na licznych frontach.

Być może wreszcie, że po prostu z niemiecką dokładnością, bez głębszego zastanowienia się, skopiowano wzór obozów koncentracyjnych funkcjonujących w Niemczech od 1933 roku i nie potrafiiono się zdobyć na nowy model, bardziej dostosowany do obozu zagłady. W Treblince lub w Bełżcu nie było już szpitali obozowych.

Analizując pierwszy okres istnienia szpitala obozu Oświęcim — okres od założenia obozu do roku 1942 — trzeba przyznać, że spełniał on wszystkie narzucone przez SS cele. Był on kompletną fikcją, tylko nazwą przypominającą swe przeznaczenie. Był po prostu przedsięwzięciem kostnicy czyli Leichenhalle. W tym też czasie obóz oświęcimski był też miejscem bezwzględnej eksterminacji Polaków.

W raporcie pisanym w dniu 24. XI. 1942 r. „Materiały R. O.” czytamy:

„*stan Krankenhau waha się około 2 200 osób. Obejmuje trzy bloki, 28 — to interna, ambulans, magazyny, laboratorium, chorych około 300. Blok 21 — chirurgiczny i dentystryka, sala operacyjna, Schreibstube K. B., około 600 chorych. Blok 20 — Durchfall — około 200 chorych, Fleck — oficjalnie 40 chorych, 156 kryje się pod pozorem obserwacji, paratyfusy około 30 chorych, dur brzuszny około 10, róża około 90, meningity 15, dyfteryt 2, Schonung około 150, „Pflegerów” około 130, w tym około 30 lekarzy — to wszyscy z lagru razem z Żydami. Dane bez Rajśka. Leki oficjalne obozowe pokrywają 20% zapotrzebowania, Wasze 70%, leki cywilne kradzione z SS rewiru około 10%. Śmiertelność naturalna około 30, dawniej rok temu około 80 osób dziennie, przez zastrzyki 30% fenolu do serca strzykawką 10 cm ginie około 30—60 osób dziennie, w tym 4—6 Polaków naprawdę beznadziejnych lub politycznych, leżących w szpitalu. Żyją przyjmowani tylko w lekkim stanie chorobowym. Zastrzyki*

robi SDG Klehr, szewc z zawodu oraz Pfleger Pańszczyk — kanalia. Śmierć następuje po 15 sekundach. Tbc jest bezwzględnie tępiona... Największa śmiertelność jest na Durchfallu, potem na tyfusie”.

Drugi okres istnienia szpitala, to rok 1943 i początek 1944, w którym dochodzi do normalizacji życia szpitalnego w sensie pozytywnym. W innym raporcie R. O. pod datą 23. IV. 1943 podana jest liczba chorych na KB na 2 431, w tym większość Żydów: „Jest dużo róży i dyfterii, tyfus zmalał... Od początku męskiego lagru mamy tu 78 000 (dokładnie) zarejestrowanych, tj. Häftlingów z numerami. W tę liczbę wchodzi już gazowania, rozstrzeliwania, szpryce, śmiertelność naturalna KB i śmiertelne pobicia. Nie liczy się tu transportów żydowskich czy polskich, które bez rejestracji korzystały z wygod naszych gazowni i krematoriów. ...Jest nas (w Stamlagrze Auschwitz I) około 8 000. Cały stan lagru łącznie z Birkenau 34 000. Śmiertelność znacznie spadła do około 36 dziennie — szpryc ok. 10 dziennie...”

Z grypsu z 12 maja 1943 r. dowiadujemy się, że jeszcze blok 9 w Oświęcimiu I doszedł do szpitala. „Stan szpitala 2 300 bez Birkenau, kobiet i Cyganów. W cygańskim lagrze szaleje tyfus. Śmiertelność do 30 dziennie”.

Okres III do stycznia 1945 r., to okres, gdy szpital w Oświęcimiu I jest tym, czym być powinien: miejscem, w którym leczono więźniów i dbano o ich życie.

W warunkach obozu Oświęcim życie więźniów było z góry przesądzone. Więzień przybywający tu witany był od razu wiadomością o możliwości przeżycia trzech miesięcy i zamieniany był w numer, który czekał na swą kolejkę do krematorium. Wszystko, co go otaczało, stanowiło tryby kombinatu śmierci, które ogłuszały. Wymknięcie się z tych trybów było zjawiskiem przypadkowym. Więzień pozbawiony był wszystkiego, a skazany na prymityw większy, niż wymaga minimum życia. Eksploatowany ze swych sił, złamany psychicznie beznadziejnością sytuacji wyczerpywał się, „muzulmaniał” — dochodził do stanu prostracji psychosomatycznej, obojętniał na wszystko łącznie ze śmiercią, którą przyjmował bez widocznego protestu, bo ten byłby wysiłkiem przekraczającym możliwości obumierającego organizmu. Tylko ślepy los decydował o tym w Oświęcimiu, że więzień nie kończył życia w ciągu pierwszych paru miesięcy pobytu w obozie. Adaptacja do życia obozowego możliwa była dla tych, którzy zdobyli jakąś funkcję w obozie, pracę pod dachem, możność nielegalnego dożywiania się itp. Liczba takich więźniów była jednak znikoma. Z niektórych nawet parotysięcznych transportów nie pozostawał ani jeden świadek. Stosunkowo najłatwiej adaptowali się fachowcy, rzemieślnicy potrzebni do funkcjonowania i rozbudowy obozu. Największą jednak śmiertelność obserwowano wśród tzw. inteligencji — urzędników, profesorów, lekarzy, dla których nieludzka praca fizyczna, warunki klimatyczne, mieszkaniowe, wyżywieniowe, odzieżowe, pozbawienie

osobowości, bicie i terror moralny stanowiły wystarczający zespół czynników do zniszczenia.

Dla lekarzy w początkowym okresie nie było miejsca w szpitalu obozowym. Byli to poza tym więźniowie, którzy albo za typową pracę konspiracyjną albo jako zakładnicy ginęli po krótkim pobycie z wyroku Gestapo (Gawarecki, Türschmiedt, Przybylski, Gieszczykiewicz, Preiss, Suchnicki) albo też dla nich warunki obozu były zbyt ciężkie.

Szpital obozowy obsadzony był przez niefachowców, z zasady nie-lekarzy, przez Niemców-więźniów z tzw. zielonym kryminalnym trójkątem, którzy pełnili funkcję starszych szpitala, blokowych oddziałów szpitalnych lub sanitariuszy. Nieliczna grupa polskich więźniów politycznych zatrudnionych tam jako posługacze czy nieoficjalni lekarze nie odegrała do połowy 1942 roku tak zasadniczej roli, jak w późniejszym okresie, gdyż ich wysiłki paraliżowane były w znacznym stopniu przez tzw. zielony kryminalny samorząd obozu sterowany przez SS.

Jak w większości obozów koncentracyjnych, tak i w Oświęcimiu walka o tzw. „Czerwony Samorząd” — samorząd więźniów politycznych, toczyła się od samego początku. Tutaj była ona trudniejsza niż w Dachau, Oranienburgu czy Buchenwaldzie. Od początku bowiem SS rozciągnęło swe macki na obóz, przydzielając zasadnicze funkcje w obozie niemieckim więźniom kryminalnym, nadając im tytuł starszych obozu, „kapów”, pisarzy, blokowych itd. Ponieważ obóz był wtedy w 90% polski i leżał na polskiej ziemi, SS tym bardziej podsycalo bandyckie instynkty niemieckich przestępców, dopingując ich do mordowania polskich więźniów politycznych. Zdobycie jakiegokolwiek ważniejszej pozycji w obozie przez polskiego więźnia politycznego było niezwykle trudne, wymagało wiele sprytu, biegłości w języku niemieckim i zdolności lawirowania. Funkcyjny więzień polityczny Polak był nie tylko pod dokładniejszą obserwacją SS, niemieckich więźniów kryminalnych, szpiclów obozowych, ale także pod moralnym pręgierzem współkolegów — więźniów politycznych Polaków, których przecież winien był ratować.

Nic więc dziwnego, że wielu nie potrafiło utrzymać się w tej karkołomnej pozycji. Jedni za okazywaną pobłażliwość i pomoc wpadali do karnej kompanii lub bunkra, gdzie w krótkim czasie ginęli, inni tracili swe opaski funkcyjnych i szli z powrotem do wykańczającej pracy fizycznej, inni wreszcie zapominali o swych obowiązkach wobec kolegów i dbali tylko o to, by utrzymać się na wygodnej dla siebie pozycji, wykazując obojętność wobec potrzebujących pomocy lub też załamywali się i swym postępowaniem nie różnili się wiele od więźniów kryminalnych.

Szpital obozowy, podobnie jak kuchnia, magazyny, kancelarie, oddział polityczny, oddział zatrudnienia stanowił kluczową pozycję do prowadzenia wszelkiej pracy dla dobra współkolegów.

Do szpitala obozowego trafiali więźniowie

naprawdę ciężko chorzy, już całkowicie u kresu sił. Szpital był dla nich ostatecznością, gdyż wiadome było powszechnie, że stamtąd mało kto wraca żywy. Był on zatem miejscem, w którym więźni nie mogący ustać na apelu musieli się znaleźć, nie mogąc wyruszyć do pracy.

Selekcja przyjmowanych do szpitala była niezwykle ostra i nieludzka. W pierwszym okresie istnienia obozu blokowi po skończonym apelu wieczornym wlekli przed *Rapportführera* leżących i slaniających się więźniów na rozkaz „*Arzvormelder antreten*”. Wśród gromady przedstawionych *Rapportführer* przy pomocy kija i kopniaków segregował kandydatów do szpitala, część odsyłając do bloków roboczych, resztę oddając w ręce personelu szpitalnego, który prowadził chorych na izbę przyjęć do ambulansu. Tam dopiero odpowiednio zapisani i odarci z obozowych łachów przychodzili przed lekarza SS, który znowu bez badania, na oko stawiał diagnozę i decydował o przyjęciu. Przy tej okazji odpowiednią grupę ciężko chorych przeznaczał na śmierć przez zastrzyk fenolu. Resztę przyjmował w stan chorych, część odsyłał na lager roboczy. Część szła następnie do izby rozdzielczej, część otrzymywała zaopatrzenie ambulatoryjne, reszta umierała na miejscu. Przyjęci do leczenia szpitalnego przechodzili najczęściej wstępną katuszę zimnej kąpieli, wstępnej dezynfekcji, szykany fryzjerskie, spisywanie różnych danych personalnych, by ostatecznie znaleźć się na barłogu czyli łóżku szpitalnym.

Dyscyplina bloku szpitalnego, na którym nie miał kto ani czym leczyć, gdzie okradano chorego ze skąpego jedzenia, gdzie były wszy, pchły i pluskwy, podłoga i ustępy cuchnęły chlorem i tylko karta gorączkowa i historia choroby przypominały szpital, ta dyscyplina rewiru była dodatkową szykaną dla ciężko chorego. Zjawienie się lekarza SS na sali chorych, lekarza powołanego do czuwania nad zdrowiem — było najbardziej odstrasżającym momentem. Oznaczało bowiem niebezpieczeństwo — wybiórkę na gaz lub fenol.

Jeśli nawet chory wytrzymał wszystkie szpitalne szykany, a organizm mimo wszystko zwalczył chorobę, następował moment wypisu i nowe niebezpieczeństwo — przydział pracy. Do grupy wypisywanych ze szpitala ozdrowieńców przychodził tzw. *Arbeitsdienst*, który przydzielał pracę. Ponieważ największe luki były w najgorszych oddziałach pracy, czyli komandach, — tj. tam, gdzie najszybciej topniał dzienny stan więźniów — do nich przeważnie kierowano ozdrowieńców. W tej zawiłej drodze chorego więźnia z bloku roboczego poprzez dziesiątki zetknięć ze służbą szpitalną, drodze prowadzącej w pozytywnym przypadku na blok roboczy, więzień mógł być przez współkolegów ratowany, zostawiony samemu sobie lub szykanowany. W całej tej drodze ocierającej się ciągle o śmierć towarzyszyli choremu pracownicy szpitala.

Według założeń niemieckich obóz koncentracyjny powinien być stanowić wielkie zbiorowisko ludzkie, w którym każdy człowiek z chwilą

otrzymania numeru obozowego miał się stać bezwolnym automatem pozbawionym indywidualności, funkcjonującym według z góry ustalonego schematu. Automatyczną miała być jego praca wykonywana w biegu, zautomatyzowane jedzenie, zasypianie, pisanie listów, zabijanie wszy, wstawanie na krzyk lub gwizdek, ściele nie łóżek, stawanie w szeregu na apel, zdejmowanie czapki na widok SS-mana, odpowiadanie na jakikolwiek rozkaz „*jawohl*”, załatwienie w ciągu ułamka sekundy w odpowiednim miejscu i porze swych naturalnych potrzeb fizjologicznych.

Taki schematyczny więzień, a z nim cały blok czy oddział pracy, czy wreszcie cały obóz był ideałem niemieckiego SS-u. Każde odchylenie od ściśle zakreślonych ram stanowiło przestępstwo, za które bito i niszczone. Człowiek zamieniony w numer nie mógł myśleć, myślenie bowiem mogło być groźne dla istnienia obozu. Dlatego na przykład sama rozmowa o ucieczce bez żadnych do niej przygotowań była najsurowiej karana.

Wyzwolenie się psychiczne spod tego jarzma ugniatającej atmosfery obozu, umiejętność zluźnienia uwagi stale napiętej od spraw bezpośrednio związanych z każdym krokiem w obozie, było już dużym sukcesem, który osiągało się powoli w pierwszym najboleśniejszym okresie przystosowania. Mnóstwo czasu i wysiłku tracił więzień na rozeznanie się w środowisku, a złapanie tzw. drugiego oddechu następowało za późno, gdy już nieumiejętnie zmarnował swe siły i popadał w nieodwracalną prostrację. W tej sytuacji każdy nowo przybyły do obozu potrzebował od razu pomocnej ręki, którą mu mogli podać tylko starsi, bardziej doświadczeni, zasiadzeni w obozie koledzy.

Tworzenie nowego *morale* w obozie — *morale* polegającego na wprowadzeniu w czyn zasady pomocy koledze, było od początku podstawowym zadaniem więźnia politycznego.

Obserwując zawiązki tego zjawiska stwierdzało się je najpierw u więźniów, którzy z wolności, a zatem przed obozem, czasem w więzieniu lub transporcie, powiązali się niemi przyjacieli i życzliwości. Odnawiały się i na nowo tworzyły znajomości ze szkół, oparte na pochodzeniu z tego samego miasta, wsi, więzy grup konspiracyjnych, partii politycznych, klubów lub więzy krwi. W ten sposób tworzyły się grupy np. Bochniaków, Nowosądeczan, Tarnowian czy Krakowian, grupy, którym wielu zawdzięcza swe życie. Związki samoobrony i samopomocy obozowej, których środkami były: kromka chleba, miska zupy, obuwanie, dobra rada, wciągnięcie do odpowiedniego oddziału pracy, krzyżowały planowaną przez SS zagładę więźniów i pomagały w przeżyciu obozu. Powoli, w miarę zresztą wzrostu sił więźniów politycznych Polaków, rosły możliwości ich wpływów, pogłębiał się charakter ideologiczny, następowało przejście od zaściankowości regionalnej niektórych grup do zagadnień ogólnonarodowych i międzynarodowych. W tym bowiem czasie charakter obozu z polskiego zmieniał się na międzynarodowy. W pewnych grupach więź-

niów istniały tendencje rządzenia obozem wyłącznie siłami narodowymi polskimi. Pod wpływem jednak lewicy polskiej (Cyrankiewicz, Hołuj) oraz międzynarodowej — w dużej mierze komunistów austriackich, niemieckich, francuskich, radzieckich i czeskich — ugruntowała się idea internacjonalizmu obozowego i powstała mocna nielegalna międzynarodowa organizacja walcząca z SS i jego poplecznikami.

W tej rozgrywce szpital obozowy, a w nim polska grupa lekarzy i pielęgniarzy oraz pracownicy administracyjni szpitala odegrali zasadniczą rolę. Już w 1941 roku dużym autorytetem w szpitalu cieszą się polscy więźniowie, opanowując częściowo ambulans, czemu tysiące Polaków zawdzięcza swe życie. Tędy przeciekają, omijając kontrolę *Lagerarzta*, wartościowi więźniowie polityczni. Podobnie pracują Polacy z laboratorium szpitala, fałszując wyniki badań laboratoryjnych. To samo dzieje się w gabinecie rentgenowskim, gdzie także fałszowano rozpoznania, które mogłyby grozić śmiercią na wypadek ujawnienia.

Stopniowo szpital obozowy zamienia się na placówkę, której głównym zadaniem jest ratowanie życia ludzkiego. Prawie wszystkie stanowiska szpitalne zostają niespostrzeżenie obsadzone przez więźniów politycznych, w 90% przez Polaków, począwszy od salowego, ustępowego, łazienkowego, odźwiernego, pisarza, blokowego aż do sanitariusza, lekarza, aptekarza itp. Wszystkie najbardziej proste funkcje zostają obsadzone przez inteligencję, w tym głównie przez fachowców lekarzy i studentów medycyny.

W taki sposób prowadzony szpital świadomie na każdym kroku starał się łamać plany SS, a zadawane ciosy łagodził, stępiał i umniejszał w skutkach. Wyrobione politycznie więźniarskie kierownictwo szpitala skutecznie współpracuje z politycznym kierownictwem obozu, gdzie także kluczowe pozycje „kapów”, blokowych i pisarzy systematycznie przejmowali świadomi swych zadań więźniowie. Istniały więc pozytywne powiązania szpitala z kuchnią obozową, warsztatami, więźniami z oddziału politycznego, oddziałem zatrudnienia, a nawet blokiem 11 — blokiem śmierci. Powiązania te sięgały dalej — na Brzezinkę z obozem męskim, kobiecym, cygańskim, Buną i na podobozy. Rezultatem tej pozytywnej pracy była przede wszystkim poprawa warunków sanitarno-higienicznych w całym obozie, a w szczególności w szpitalu. Na blokach szpitalnych w sposób nielegalny zainstalowano łaźnie z bieżącą ciepłą i zimną wodą, umożliwiając w ten sposób chorym systematyczną kąpiel. Ustępy blokowe stały się dostępne przez całą dobę. W łózkach chorych zmieniano kilka razy do roku słomę w siennikach, zdobywano nowe koce i bieliznę pościelową. Czystość sal szpitalnych, lakierowanie łóżek, mycie podłóg stało się szlachetną ambicją blokowych i salowych. Dzięki systematycznym i skutecznym dezynsekcjom usunięto zawżenie, zapluskwienie i zapchlenie.

Zaopatrzenie chorych w żywność dzięki machinacjom z kuchnią obozową i umiejętnemu

okradaniu magazynów SS poprawiło się zasadniczo. Nie było już mowy o okradaniu chorych, którzy nie tylko otrzymywali należną im porcję, lecz nawet dodatkowe jedzenie przeznaczone głównie dla rekonwalescentów, którzy mieli opuścić szpital. Niepoślednią w tym rolę grały znajomości z paczkarnią obozową. Dużą zasługą więźniów zatrudnionych w rzeźni obozowej było prawie codzienne nielegalne przekazywanie poważnych ilości mięsa i wędlin do obozu. Przesyłki te dochodziły do szpitala obozowego w ostatnich miesiącach 1944 roku przez więźniów oddziału politycznego na blok 25.

Apteka szpitalna urosła do pokaźnych rozmiarów, dzięki czemu sposób leczenia chorych mógł być zbliżony do prawidłowego. Więźniowie pracownicy aptek i magazynów leków SS-mańskich w przeróżne nielegalne sposoby pomnażali zasoby szpitala obozowego. Masowo dochodziły leki z tzw. „Kanady”, szmuglowane walizkami do obozu. Wreszcie znaczna część leków przychodziła czysto konspiracyjną drogą z Krakowa, np. część szczepionek przeciw durowi plamistemu z Instytutu Bujwida, a także cenne leki przesyłane do RGO przez firmy szwajcarskie. Więzień Nr 1802 — Edward Biernacki — dziś już nie żyjący, pisze w swym grypsie: „Materiały R. O.” „Kochani. Imieniem tych wszystkich, których podła przemoc wtrąciła poza druty koncentracyjnego obozu ślę Wam, korzystając z usług dzielnych Polaków i Polek, najserdeczniejsze podziękowania za Wasze serca i pomoc, jaką w tak ciężkich i krytycznych chwilach nam okazujecie. Możecie być pewni, że wysiłki Wasze nie idą na marne i wielu, wielu ludzi zawdzięcza Wam życie. W miesiącu czerwcu, lipcu i sierpniu przeniosłem na teren obozowego szpitala około 7 500 cm zastrzyków (cukier, wapno, cebion, septazina, propidon i inne) oraz 70 serii zastrzyków przeciwdurowych. Są jeszcze inni, którzy w tym kierunku pracują i rezultat ich na pewno jest pokaźny. Możecie być pewni, że nadziei i pragnień Waszych nie zawiedziemy. Za Wasze poświęcenia i pamięć o nas jeszcze raz ślę najserdeczniejsze Bóg zapłać. Podpisany Biernacki Edward, Nr 1802”.

Tę nielegalną drogę przesyłania leków opracowano niezwykle szczegółowo, tak że w drugiej połowie 1944 r. przychodziły przez paczkarnię 5- do 10-kilowe paczki z lekami adresowane na określone nazwiska nie żyjących więźniów, skąd z pominięciem wszelkiej kontroli w sposób najbardziej konspiracyjny dochodziły do rąk lekarzy szpitala. Apteka szpitala obozu Oświęcim I stała się nawet punktem rozdzielczym dla obozu kobiecego i podobozów. Precyzja tych machinacji, w których zatrudnionych było kilkudziesięciu więźniów wewnątrz obozu i cały łańcuch ludzi wciągniętych w konspirację z zewnątrz, musiała być wielka, bo wykrycie przez SS jakichkolwiek jej śladów skończyłoby się bunkrem i karą śmierci. Gryps R. O. z dnia 20 stycznia 1944 r. wyraźnie wyjaśnia sprawę przesyłek pocztą leków przez paczkarnię obozową: „Sprawę lekarstw załatwimy inaczej. Chodzi mi o lekarstwa oficjalne bez szczepionek 13

i 1. Otóż rozważcie taką sprawę. Wy z Oświęcimia lub np. Zatora nadajcie paczkę dobrze opakowaną z lekami na fikcyjne nazwisko: Häftl. Nr 78825 Śliwiński Stefan geb. 12. 1. 1912 Bl. 25 St. 6 Kl. Auschwitz Post. O/S, a my na naszej poczcie odbierzemy ją bez kontroli. W razie wyspy małe ryzyko. Takie paczki wysyłajcie 2 razy w tygodniu z lekami: calcium, strychnina, Tonophosphan, nasercowe, Pronto-sil w tabletkach i ampułkach itd. Naturalnie musicie podać fikcyjnego nadawcę i uważać na pocztę. Cenzury po drodze nie ma, tylko w la-grze. A więc jeśli Wam się wyda, że w porządku — zaczynajcie — u nas już załatwione. Czekamy. Jeśli uważacie, że lepiej byłoby z Krakowa (granica, cło), to możecie raz w tygodniu Wy, raz Kraków, tylko zawsze na ten sam numer i nazwisko". Jeden z punktów przerzutowych leków i materiałów konspiracyjnych obozu I stanowiło komando ogrodników w Rajsku. Łączniczka — mieszkanka Przecieszyna — Helena Płotnicka i jej córka Wanda Płotnicka oraz Władysław Kożuszniak przekradały się nocą wprost do warsztatów obozowych w ogrodnictwie w Rajsku i podrzucały tam przez uchylone okno nielegalną korespondencję, lekarstwa i żywność. Było to równoznaczne z możliwością złapania, gdyż na tym terenie mieszkali SS-mani, teren był strzeżony psami, często rewidowany i należał do tzw. „Interessengebiet” lagru, gdzie wstęp dla ludności cywilnej był zakazany pod karą śmierci. Podrzucający nocą ładunek odbierali zaufani więźniowie rankiem, ukrywali na okres swej dziennej pracy, by przy powrocie do obozu, chowając wszystko w nogawkach od spodni i wszelkich zagłębieniach ciała, przy śmiertelnym ryzyku w razie rewizji, przenieść przez bramę i oddać we właściwe miejsce w szpitalu. W tej drugiej szpitalnej rozdzielni leki należało rozdrobnić i tak podać potrzebującym, by nikt nie widział ani nie domyślał się, co otrzymał. A działo się to w obozie, gdzie każdy krok, każdy ruch obserwowany był przez setki oczu, gdzie nie było żadnych izolowanych miejsc. Nie odbyło się to naturalnie bez wysp i śmiertelnych wypadków. W konsekwencji Jan Winogroński, więzień Nr 8235, dziś już nie żyjący, przesiedział w bunkrze bloku 11 przez trzy miesiące. Inny więzień Kazimierz Jarzębowski, mimo ucieczki z obozu, złapany ginie 20 sierpnia 1943 r. Helena Płotnicka aresztowana w lutym 1943 r. przybywa na blok 11, gdzie — poddana ciężkiemu śledztwu — ginie następnie w obozie kobiecym w dniu 17. III. 1944 r. otrzymawszy nr więźnia politycznego 65492. Jej córka Wanda Płotnicka ratuje się ucieczką.

Nic więc dziwnego, że w tym okresie szpital obozowy, dzięki prawidłowemu, organizacyjnemu ujęciu całokształtu zagadnień stał na nale-

żytym poziomie, mając dobrze funkcjonujące oddziały chirurgii, obserwacji, interny, chorób zakaźnych, wyosobnioną gruźlicę i choroby jelitowe. Oddziały zostały obsadzone przez wybitnych lekarzy specjalistów. W życiu szpitalnym nastąpiła zasadnicza przemiana, którą była nie tylko walka o życie chorego w sensie wyrwania go z aktualnej choroby spod zakusów lekarzy SS, ale i wyszukania rekonwalescentom odpowiedniej pracy. Odwrotnie, przez szpital najłatwiej było zmienić niewygodną pracę obozową, uchronić się od transportu, a czasem od kary dyscyplinarnej.

Szpitalne kierownictwo więźniów politycznych położyło duży nacisk na oddziaływanie na SS, tj. Standortarza, Lagerarztów, SDG, na komendanturę i oddział polityczny.

Każda droga prowadziła tu do celu, a osobiste kontakty wykorzystywane były dla dobra ogółu. Doprowadzono do tego, że niektórzy lekarze SS uczyli się medycyny od polskich lekarzy-więźniów. Przykładem może być lekarz SS dr Rhode, którego uczył interny nie żyjący już dr Łaba z Przemyśla. Udało się także trafić do SS drogą łapówek, osobistych usług czy alkoholu. SS-mani otrzymywali czasem od więźniów lekarstwa, których brakowało w rewirze SS. Podsuwano im także morfinę. Niektórzy nawet wysoko stojący w hierarchii obozowej SS leczyli się potajemnie u doświadczonych polskich lekarzy. Drogą perswazji lub nawet szantażu udawało się czasami uchylać, zmieniać lub osłabiać niewygodne dla więźniów decyzje SS. Szpital, dzięki celowo prowadzonej pracy konspiracyjnej, stał się centralą Oświęcimskiego Ruchu Oporu z więźniami Józefem Cyrankiewiczem, Tadeuszem Hołujem, Hermanem Laszybeinem, Karlem Lilem na czele. Z polecenia konspiracji kierownictwo szpitala wzięło w swe ręce doświadczony więzień dr Władysław Fejkiel.

Niewątpliwie sukcesy te wynikały w znacznym stopniu z niekorzystnej sytuacji na froncie, zmiany kursu Berlina w stosunku do więźniów, którzy mieli wypełniać luki powstałe w warsztatach pracy przemysłu wojennego. Ze szpitala organizowano ucieczki, przesyłano wiadomości do radia na Londyn i Moskwę, alarmowano wolny świat, odsłaniając prawdziwe oblicze faszyzmu.

W ciągu ostatnich dwóch lat istnienia obozu oświęcimskiego szpital stał się główną siedzibą Międzynarodowej Konspiracji Oświęcimskiej. Faktem jest, że w czasie rządów polskich więźniów politycznych w szpitalu znikły wybiórki chorych na gaz i fenol, śmiertelność zmalała do kilku procent, a szpital obozowy był miejscem, gdzie ratowano skutecznie życie współkolegów.

Choroba głodowa w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu

Jednym z najbardziej masowych eksperymentów dokonanych na więźniach obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu była choroba głodowa, wywołana niepełnym jakościowo i niedostatecznym ilościowo żywieniem.

Kawałek chleba, wydawany wieczorem z łyżką marmolady lub kawałeczkiem margaryny, rzadziej z plasterkiem kiełbasy lub kwargłem, rano niesłodka czarna kawa lub częściej tzw. herbata z liści, oczywiście już bez chleba, a w południe miska zupy z zielska lub mączki rybnej AVO stanowiły podstawę żywienia w obozie koncentracyjnym kobiecym w Brzezince. Dieta zestawiona dla szczurów wedle schematu żywienia w obozach, nawet bez ograniczeń ilościowych, wywołuje u zwierząt doświadczalnych typowy zespół choroby głodowej już po okresie trzech miesięcy.

W warunkach obozowych dochodziły do tego oczywiście ograniczenia ilościowe i okradanie szarego tłumu więźniów przez prominentów obozowych.

Wskutek niepełnowartościowego odżywiania więźniów Oświęcimia powstawał niedobór kaloryczny ze szczególnym niedoborem białka zwierzęcego i tłuszczu oraz ze skombinowanym niedoborem witaminów.

W chorobie głodowej w Oświęcimiu obserwowano się z początku, w pierwszych tygodniach pobytu, okres, który można by nazwać okresem kompensacji. Ustrój pokrywał swoje zapotrzebowanie energetyczne z własnych zapasów tkankowych. Po zużyciu wystarczających na krótko zapasów glikogenowych chorzy zużywali tłuszcz podściółki tłuszczowej, a wreszcie białko mięśni i tkanek narządów wewnętrznych. Następowało znaczne stopnia wychudzenie z zanikami mięśni i tkanek narządów. O rozmiarach wychudzenia świadczy dowodnie waga więźniarek; wedle danych Komisji dla badania zbrodni niemieckich waga więźniarki nr A 27859, wysokości 155 cm, wynosiła 23 kg; więźniarka nr 44884, wysokości 160 cm, ważyła 25 kg. Chore — wobec daleko posuniętego zaniku mięśni — wyglądały, jak szkielety obciągnięte skórą. Niekiedy obrzęki głodowe maskowały znacznego stopnia wychudzenie. Zwolna rozwijał się pełny obraz choroby głodowej nazwany przez niektórych *dystrophia alimentaris*.

Zmiany w obrębie przewodu pokarmowego w postaci utrudnienia wchłaniania i biegunek, przez niemożność wyzyskania i tak już niedo wartościowego pokarmu, pogłębiały stan niedożywienia i stwarzały błędne koło, pogarszając jeszcze możliwości wyzyskania tego niepełnowartościowego pożywienia.

Szczegółowa ocena poszczególnych fragmentów choroby głodowej nie zawsze była łatwa. Szereg zmian, jakie obserwowałam w czasie mego pobytu w obozie, mogłam wyjaśnić sobie dopiero na wolności, w konfrontacji z piśmienictwem. W eksperymencie na zwierzęciu wyłącza się poszczególne składniki pokarmowe i wtedy ocena jest łatwiejsza. Natomiast w tym potwornym masowym eksperymencie na ludziach szereg czynników chorobotwórczych nakładał się na siebie i zacierał jasność obrazu klinicznego. Poza tym choroba głodowa nie u wszystkich miała ten sam obraz, zależnie od zespołu okoliczności. Często choroba głodowa była powikłana dudem osutkowym, zakażeniami ropnymi czy też urazami.

Niemniej jednak w typowym zespole występowały pewne bardzo charakterystyczne zmiany, które postaram się po kolei omówić. Należały do nich: wychudzenie, omówione powyżej, dalej biegunki obozowe, obrzęki i zespół zmian w powłokach skórnych oraz zmiany w układzie nerwowym.

Biegunki obozowe, tzw. sławny *Durchfall*, były zmianą niezmiernie częstą, przez którą przechodził prawie każdy więzień. Biegunka wczesna występująca u przeważnej liczby więźniów miała raczej charakter fermentacyjny lub zakaźny i na ogół stosunkowo szybko przechodziła. Natomiast właściwa biegunka obozowa (*Durchfall*) pojawiała się u wygłodzonych i wyniszczonych chorych, wiodąc zazwyczaj do fatalnego zejścia. Nie można we wszystkich przypadkach wyłączyć z zupełną pewnością zakaźnego charakteru tej biegunki, lecz ponieważ przeważnie biegunka nie ustępowała pod wpływem środków antybakteryjnych, a natomiast leczyła się po poprawie odżywiania, należy ją raczej traktować jako niedoborową. Szereg razy pod wpływem radykalnej zmiany diety, zwłaszcza po otrzymaniu paczki z domu, obserwowano fatalne załamania. Patogeneza biegunki obozowej tłumaczy się najprościej niedoborem pełnowartościowego białka, a w szczególności brakiem tiaminy, co można *per analogiam* wywnioskować z obserwacji na zwierzętach. Początkowo dochodzi do silnego obrzęku błony śluzowej i tym samym do dalszego pogłębiania szkód w odżywianiu. W miarę postępu choroby początkowo stolce pienne, zielonawe stawały się silnie cuchnące, zmieszane ze śluzem, potem wodniste zmieszane z krwią, bardzo częste, oddawane niekiedy bezwiednie. Błona śluzowa początkowo tylko obrzękła ulegała zestrupieniu, a potem owrzodzeniu, dając obraz łudząco przypominający czerwone bakteryjny.

Obrzęki na kończynach dolnych, dochodzące nieraz aż do tułowia, nie występowały u wszyst-

kich więźniów. Istniały dwie postacie choroby głodowej: jedna z obrzękami i druga „sucha”, bez obrzęków. Ani na podstawie osobistego doświadczenia, ani z analizy piśmiennictwa nie potrafiła ostatecznie wyjaśnić, dlaczego raz występowała jedna, a raz druga postać. Postać obrzękową ogólnie odnosi się do hipoproteinemii, a więc przede wszystkim do niedoboru białka w pożywieniu. Obrzęki hipoproteinemiczne cofają się wedle *Leytona* bezpośrednio po podaniu dożylnym białka. U Rosjanek w obozie w Brzezince, które chętnie wymieniały kwargle lub kawałek kiełbasy na większą ilościowo miskę zupy, znacznie częściej występowały obrzęki. U osób z wyniszczaniem pokarmowym w postaci suchej również niewątpliwie w warunkach obozowych występowała hipoproteinemia, a mimo to nie powstawały obrzęki, czego na podstawie swych obserwacji nie potrafię w przekonujący sposób wyjaśnić. Większe nasilenie obrzęków na kończynach dolnych należy raczej traktować jako sumowanie się czynnika osmotycznego w niedobialczeniu z czynnikiem hydrostatycznym. Pewna zwiększona przepuszczalność ściany naczyńowej również mogła mieć tutaj pewne znaczenie.

Również niezupełnie jasne patogenetycznie jest powstawanie dużych podnaskórkowych pęcherzy wypełnionych cieczą surowiczą. Pęcherze te występowały na kończynach, mianowicie na przedniej powierzchni podudzi, na łokciach i barkach. Nie jest wykluczone, że podnaskórkowe pęcherze miały tło podobne, jak obrzęki skórne. Występowały te pęcherze u chorych bardzo wyniszczonych, z zanikiem tkanki podskórnej; może tym zanikiem można by tłumaczyć większą tendencję do podnaskórkowego przesiąkania treści surowiczej i tworzenia pęcherzy. Przy zderciu tych pęcherzy przez szorstkie powierzchnie koców lub sienników nie obserwowaliśmy większych odczynów zapalnych w otoczeniu, zaznaczała się zupełna anergia ustroju. W związku z hipoproteinemią (najpierw wytwarza się hipoalbuminemia, potem hipoglobulinemia) znacznie obniżała się zdolność wytwarzania przeciwciał w zakażeniach i w związku z tym wiele zakażeń, zwłaszcza ropnych, cechowało się anergią.

Z innych zmian w powłokach skórnych należy podkreślić niekiedy zmiany rumieniowate, zaostające się w miesiącach wiosennych, raczej pellagroidalne, związane z niedoborem niacyny.

Masowo stwierdzane siwienie u młodych osób należy raczej odnieść do niedoborów w odżywianiu, przypuszczalnie do niedoboru kwasu pantotenowego. Oczywiście są analogie do doświadczeń na psach i szczurach, które w głodzeniu siwieją, a po uzupełnieniu diety odrasta im czarna sierść. Podobne obserwacje opisywał *Nichols* u wygłodzonych murzyńskich dzieci, którym potem odrastały ciemne włosy.

Brunatnawe zabarwienie skóry, analogiczne do choroby Addisona, osobiście widywałam rzadziej, natomiast niekiedy widywało się zmiany zanikowe w naskórku, zwłaszcza w kącikach ust, z wtórnymi ubytkami i wytwarzaniem

strupów, przypominających *angulus infectiosus*, jednak o innej patogenecie (*cheilosis*).

W obrazie klinicznym choroby głodowej można poza tym wyłowić cały szereg interesujących szczegółów. Tak np. uderzający był w obozie u starszych więźniarek głos matowy, bezdźwięczny, ochrypły. Te zmiany można również próbować wyjaśnić niedoborem witaminu A z uszkodzeniem nabłonka wielowarstwowego płaskiego.

Natomiast pospolicie stwierdzany u więźniarek brak menstruacji chyba trudniej tłumaczyć wyłącznie skutkami wygłodzenia; ogromne znaczenie posiadają tutaj wpływy psychiczne, głównie stale trwające uczucie grozy i zyczący pospolity strach. Zahamowanie miesiączkowania zdarzało się również u kobiet lepiej odżywianych, ale żyjących w warunkach obozowych czy więziennych.

Szczególnie charakterystyczne były objawy ze strony układu nerwowego zarówno psychiczne, jak i o charakterze neurologicznym. W miarę postępującej utraty wagi ciała powstawał obraz nasilających się zmian psychicznych. Narastał obraz przygnębienia i apatii oraz coraz wybitniejsza senna. Wszystkie reakcje ulegały zwolnieniu, chory wszystkie polecenia wykonywał znacznie opieszale. Wielokrotnie takie zwolnione reakcje wywoływały ataki wściekłości ze strony strażników wydających polecenia, a uważających zachowanie się więźniów za wyraz biernego oporu. Chorzy stawali się coraz bardziej słabi, twarz przybierała wyraz maskowaty, najchętniej siedzieli w postaci kucznej; typowe określenie takiego chorego, to „muzulman”. Odczuwający poza tym zimno, okryci kocem, przedstawiali bardzo charakterystyczny obraz.

Ta „kuczna” pozycja ma jeszcze i inną współistniejącą przyczynę. Niektórzy chorzy odczuwali bóle kończyn dolnych. *Page* opisał taki zespół jako zespół „bólących stóp”. Powierzchnia stóp była bolesna, chorzy chętniej opierali się przy chodzeniu na zewnętrznym brzegu stopy, przez co chód stawał się jakby kaczkowaty. Zmiany te mają się nasilać w nocy i przy zmianach atmosferycznych. W połączeniu ze znaczną słabością kończyn dolnych chorzy czuli się lepiej w „kucznej” nieruchomej pozycji. W tych stanach mogą występować nawet spastyczne stany w mięśniach, zaburzenia czucia i zmiany w odruchach. Wszystkie te zmiany można wytłumaczyć obrazami demielinizacji włókien nerwowych, a częściowo uszkodzeniem również i włókien osiowych związanych z niedoborem witamin grupy B, zwłaszcza tiaminy.

Zmiany czucia można było u kobiet w Brzezince spostrzegać bardzo wyraźnie.

Wygłodniałe, osłabione chore, stale ziębnące, w czasie pobytu w barakach szpitalnych garnęły się chętnie do pieca, a raczej poziomo biegnącego wzdłuż baraku przewodu kominowego z cegieł. Chore często siadywały na owym kominie, jak na ławie. U chorych tych powstawały na tylnej powierzchni ud i na pośladkach ciężkie zmiany oparzelinowe nawet III stopnia. Nieraz w ogóle nie czuły, że uległy oparzeniom.

Jest inna sprawa, że u osób z uszkodzonymi naczyniami włosowatymi zmiany oparzelinowe występowały znacznie łatwiej.

Widziałam przypadek, w którym chorej w ciężkim stanie wygłodzenia w nocy szczury obgryzły stopy, pozostawiając wypreparowane na powierzchni stopy ścięga; chora nie reagowała. Po założeniu opatrunku żyła jeszcze przez dwa dni. *Mitchel* i *Black* obserwowali również zaburzenia czucia. *Lewis* i *Musselmann* stwierdzali, że zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym ustępowały po podaniu kwasu nikotynowego, a zmiany w nerwach obwodowych po podaniu tiaminy. Zmiany dotyczyły także nerwów słuchowych i dlatego występowało u chorych przytępienie słuchu; skarżyły się na uporczywy szum i dzwonięcie w uszach.

W wielobarwnym zespole, jaki przedstawia choroba głodowa, można by jeszcze zwrócić uwagę na wiele interesujących szczegółów i starać się o wyjaśnienie ich patogenety. Nie można tego zrobić w krótkim szkicu. I nie o to zresztą dzisiaj nam idzie.

Zamierzeniem moim było przypomnienie tego potwornego eksperymentu choroby głodowej wywołanej u więźniów Oświęcimia.

PIŚMIENICTWO

1. *Lewis Ch. S., Musselmann M. M.*: J. Nutrit. 1946, 32. — 2. *Leyton B. G.*: Lancet II, 1946, nr 6412, str. 73. — 3. *Mitchel J. B., Black J. A.*: Lancet 1946, 14, str. 6433. — 4. *Nichols L.*: Lancet nr 6415, str. 201. — 5. *Page J. A.*: Brit. Med. Journ. 1946, 1924.

JANINA KOŚCIUSZKOWA

były więzień Obozu Koncentracyjnego w Oświęcimiu Nr 36319

Losy dzieci w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu

Dzieci obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu musimy podzielić na cztery grupy:

1. Dzieci palone bezpośrednio po przybyciu.
2. Dzieci mordowane w łonie matki lub mordowane zaraz po urodzeniu.
3. Dzieci urodzone w obozie i zostawione przy życiu.
4. Dzieci, które przywieziono jako więźniów.

1. Transporty przywoziły po kilkanaścioro dzieci, które szły bezpośrednio na zagładę. Jeżeli w czasie selekcji matka trzymała na rękach dziecko, to choć była młoda i zdrowa, szli oboje do krematorium. Wzięła babka na ręce wnuka, to ją zabierali do gazu, a matkę do obozu.

W roku 1944 przywożono dziesiątki tysięcy dziennie z Węgier. Wszystkie dzieci mordowano.

W lipcowe południe pociąg zapełniony kilkuletnimi dziećmi przejeżdżał wolno przez rampę tuż obok drutów rewiru. Drzwi wagonów były odsunięte. Dzieci z zainteresowaniem patrzyły na nas. Rozradowane, bo im nareszcie otwarto duszne, mroczne wagony. Dwie godziny później zadymił krematorium. Dzieci już nie żyły.

2. Początkowo kobiety ciężarne szły bezapelacyjnie do gazu. W r. 1943 więźniarka mogła urodzić; dziecko nie miało prawa do życia.

Położna wkładała noworodka do wiadra z wodą, a następnie paliła w piecu na bloku. Ratowała się chociaż matka, która oszołomiona porodem, znękana warunkami życia, nie zawsze zdawała sobie sprawę z tego, co się stało.

Gorzej bywało, gdy matce przygotowanej na to, że dziecko jej zabiorą, udało się je uratować i po pięciu miesiącach walki o zdrowie i życie malca wezwano ją, by oddała dziecko na stra-

cenie. Pamiętam taką, która synka przytuliła do siebie i razem pojechali do krematorium.

Był taki transport, który przywiózł około 100 ciężarnych. Przyjęto je na rewir i tam bez względu na okres ciąży zrobiono perforację. Wiele matek przypłaciło to życiem.

3. W następnym okresie noworodków nie mordowano, ale potworne warunki życia dzieciątkowały je. Jako przestrzeń życiową matka otrzymywała jedno z trzech łóżek umieszczonych jedno nad drugim. Przeznaczono 1/2 baraku na około 100 matek z dziećmi. Noworodkowi tatuowano na udzie numer i jako prawdziwy „*Häftling*” dostawał porcje żywności. Pieluszek ani bielizny nie przydzielano. Tylko dzięki samopomocy obozowej, koleżanki, narażając się na kije i bunkier, „organizowały” w magazynach, gdzie pracowały, materiały na koszulki, pieluszki itp.

Brak wody, witamin dawał się potwornie we znaki. Jesienią ginęły dzieci masowo na zapalenie płuc.

Dzieci żydowskich w r. 1944 nie mordowano bezpośrednio po urodzeniu, ale pewnego dnia gruchnęła wiadomość, że matki, które mają małe dzieci, pójdą do gazu. Zlikwidowano dzieci, a matki w błyskawicznym tempie wypisano z rewiru na lager. Następnego dnia kol. *Katarzyna Ł.* znalazła w kocach dwoje jeszcze żywych dzieci. Te udało się uratować.

4. Na przełomie 1943/4 roku otwarto blok dla dzieci z matkami z Witebszczyzny i Dniepropietrowska. Pewnego dnia przyszła wiadomość, że dzieci będą wysyłać do innego obozu, naturalnie bez matek. Krzyk, płacz, bicie głową o ścianę nie pomogły. Dzieci pojechały w nieznaną.

Masowe transporty z Zamojszczyzny przy-

wiozły wiele dzieci. Część wymarła z głodu, dużo zagazowano. Uratowało się kilkanaścioro.

Dzieci cygańskie lepiej znosiły obóz. Były zahartowane i nie oddzielano ich od matek. Ale ich los również nie oszczędził. Zachorowały, rozpoznano *noma*, kilkaset dzieci z tego powodu zagazowano. Resztę wymordowano razem z rodzicami w lecie 1944 r. Pamiętam wieczorem „*Blocksperr*”, słyszałyśmy tylko potworne płacze i krzyki gromadnie wywożonych na śmierć.

Obóz cygański przestał istnieć. Koniec lipca 1944 r. — wybierałyśmy się już stanowczo do domu. Nadszedł sierpień. Jak grom z jasnego nieba zjawily się ogromne transporty z Warszawy: staruszki i niemowlęta, dzieci i dorośli.

I znowu odebrano matkom dzieci. Otwarto dwa bloki, te najgorsze — murowane. Po 300 dzieci na bloku, dziesięcioro na jednej koi, gęsto, aż ciemno. Niedomyte, głodne, źle ubrane, znękanе przeżyciami powstania i kilkudniowym transportem zaczęły chorować: zapalenie płuc, szkarlatyna, dyfteria. Otwarto maleńki oddziałek 2 × 3 m. Dwa łóżka 3-piętrowe po 3 lub 4 dzieci na łóżku.

Chorych było coraz więcej, zaczęto przyjmować dzieci na blok dla dorosłych. Brak bielizny pościelowej i pralni. Brak sukienek i ciepłych rzeczy. Nasza praca nie dałaby żadnych rezultatów, gdyby nie ofiarna pomoc koleżanek z lagru. Znosiły, co mogły, nie tylko garderobę; potrafiły nawet zjawić się z wiadrem pożywnej zupy lub z „zorganizowanymi” w czasie pracy na „*Aussen*” owocami lub jarzyną.

Z lekarstwami też nie było dobrze. Oficjalny przydział nie pokrywał 10% zapotrzebowania.

Ratowali nas koledzy z męskiego lagru, a prześladował dr *Mengele*, odbierając złośliwie każdą nadwyżkę. Wzywano mnie często do ambulatorium, stamtąd przynosiłam ciężko chorych malców. Oddawałam dzieci pod opiekę koleżankom rekonwalescentkom, bo tylko w ten sposób mogłam im stworzyć możliwe warunki. Symboliczne pastylki Dagenanu nie byłyby ich uratowały, gdyby nie ofiarna, serdeczna pomoc starszych towarzyszek niedoli.

Przykrym i trudnym problemem było oddzielenie matek chorych na gruźlicę od dzieci.

Dzieci „*protegowaly*” często swoje matki i babki, żeby je przyjąć na rewir. Oczywiście nie można im było tego odmówić. Przecież należało, jeżeli było można, łączyć dzieci z rodziną. Ostatnim bolesnym problemem była wywózka dzieci do Niemiec.

SS-mani wyszukiwali dzieci o nordyckim typie z niebieskimi oczami i natychmiast odsyłali na kwarantannę wyjściową. Usiłowaliśmy ściągnąć je z powrotem. Więc stwierdzałyśmy koklusz lub ukazywała się u nich jakaś paskudna zakaźna wysypka: był to „*Rigolo plaster*” podarty na strzępki, umiejętnie przyklepiony na ciałku dziecka. Dr *Mengele* nie dał się nabrać na żadną gorączkę, ale wysypki bał się panicznie i ku naszej radości wycofywał dzieci z kwarantanny.

Niestety niektóre z nich, choć przetrzymały obóz, nie wróciły do zdrowia; zmarły na gruźlicę lub wyczerpany organizm ulegał banalnym na pozór infekcjom.

Gdy teraz spotykamy się z dorosłymi już dziś malcami, witamy się jak najbliższa rodzina.

MARIA NOWAKOWSKA

były więzień Obozu Koncentracyjnego w Oświęcimiu Nr 6829

„Szpital kobiecy” w obozie w Oświęcimiu-Brzezince

Po długomiesięcznym siedzeniu w więzieniu przy ul. Montelupich i w więzieniu tarnowskim, dnia 27 kwietnia 1942 r. I transport Polek w liczbie 127 został przywieziony do głównego obozu w Oświęcimiu czyli do tzw. *Stammlagru*. Więźniarki otrzymały numery od 6784—6904, ponieważ w obozie już uprzednio znajdowały się więźniarki Niemki i Słowaczki.

Przed wprowadzeniem na blok 8 więźniarki przeszły w baraku nr 1 pierwszy wstrząs psychiczny — kazano się wszystkim rozebrać do naga, oddać całkowicie prywatne ubranie, kolejno zanurzyć się w „*mykwie*” czyli wannie z brudną już wodą, a następnie stanąć przed lekarką (więźniarką — Słowaczką). Po przeglądzie i zapisaniu otrzymały bieliznę, letnią sukienkę obozową, chodaki drewniane i chustkę na głowę. Wobec tego, że miały letnią odzież i że wskutek uprzedniego przebywania w więzieniu utraciły odporność fizyczną i psychiczną, więźniarki zaczęły zapadać na choroby połączone z wysoką temperaturą. Wyjątkowo tylko

chorej więźniarce udawało się pozostać na bloku, większość jednak musiała mimo wysokiej temperatury udawać się do ciężkiej i wyniszczającej pracy na otwartym terenie.

W czerwcu 1942 r. niektóre więźniarki dostały się na rewir, blok 3 lub do postawionego dodatkowo baraku.

W pierwszych dniach czerwca, z powodu chwilowego zagubienia się jednej z więźniarek, ogolono Polkom włosy i odesłano część do *Strafkommando*, do karnego podobozu Budy; resztę zaś Polek 12—13. VIII. 1942 r. przewieziono do Birkenau-Brzezinki, A *Lager*. Z grupy tej Polki, które były chore i słabe, zostały po drodze zlikwidowane (zamordowane).

Polki przesiedlone na Budy zostały umieszczone na strychu i w jednej z izb szkoły. Zmuszone były do pracy w polu, na stawach przy koszeniu szuwarów, przy zbieraniu siana. Praca na stawach była niezmiernie wycieńczająca, toteż stawała się powodem różnorodnych schorzeń. Niejednokrotnie trzeba było przebywać

w wodzie, będąc zanurzonym aż po barki. Znikoma ilość naczyń, zresztą źle mytych, była też jedną z przyczyn pojawiania się krwawych biegunk.

Ujawnienie choroby było wielce ryzykowne, toteż chore musiały wychodzić razem do pracy. Jedynie tylko koleżeńskie podejście mogło je ratować — przez ukrywanie za kopką siana, w brudzie przy plewieniu lub za wałem z szuwarów na brzegu.

14 sierpnia 1942 r. w nocy przypędzono Polki z Bud do Birkenau na A Lager Bl. 1.

Bloki zbudowane były jeszcze przez jeńców rosyjskich (z cegły i błota). Wewnątrz tzw. koje 3-piętrowe, przestrzeń przeznaczona na stanowisko jednego konia, były pomieszczeniem dla 15—18 osób.

Dolna koka stanowiła przestrzeń, do której trzeba było wczłogiwać się na czworakach, by przebywać tam skulonym, a raczej stale w pozycji leżącej. I piętro znajdowało się tak wysoko, a zarazem górna część była tak niska, że trzeba było nielada gimnastycznych chwytów, by się tam dostać. Na II piętro było jeszcze trudniej wejść, ale za to można było wygodnie usiąść w przedniej części, tył bowiem dotykał dachu.

Na każdej koi mieszkało, tj. leżało, 5—6 osób; poruszanie się było niezmiernie utrudnione.

Oświetlenie: światło przenikające przez małe okna i zdobyte świeczki — z początkiem 1943 r. 1—3 żarówek na cały barak.

Podłogi stanowiło klepisko. Blok zapluskwiony, a więźniarki zawszone.

W okresie sierpnia, września, października 1942 r. rewirowymi blokami były: 23, 24, barak „*Schonungsblok*”, tj. blok ochronny; 26, barak zajmowały matki z dziećmi, a 25 przeznaczony był na wyniszczenie i kostnicę — „*Leichenhala*”. Reszta były to bloki mieszkalne i zabudowania gospodarcze.

Do tego czasu lekarek więźniarek nie było. Opiekę sanitarną sprawowała cywilna akuszerka Niemka — *Schwester Klara* oraz jej pomocnice-pflegerki i pucerki-więźniarki (pielęgniarki i sprzątaczk), „*asociale*” (niespołeczne) Niemki i Słowaczki.

Baraki szpitalne nie różniły się zbyt budową od mieszkalnych bloków, były to także dawne stajnie końskie, z których usunięto przegrodę dla koni. Oświetlone były przez wąskie, wysoko pod dachem umieszczone okna.

Początkowo nie było światła elektrycznego, potem 1—2 żarówki na cały barak. Ogrzewania dostarczał piec dzielący barak na prawą i lewą połowę — zbudowany z cegieł o dwóch przewodach kominowych wzdłuż całego baraku, zakończonych paleniskami z przodu i z tyłu baraku. Odpowiednią ilość węgla trzeba było zdobywać własnym przemysłem. Baraki wyposażono w 3-piętrowe drewniane łózka; sienniki i koce były rozpaczliwie brudne.

„*Scheiskible*” — kublów dla oddawania kału i moczu — było zaledwie 4. Podłoga-klepisko stale mokra i oślizgła przez rozlewane odchody. Do tego brak wody — „organizowano” ją w czym się dało z kuchni, potem już dowożono beczkami, ale zawsze w niewystarczającej ilości.

Leczenie ograniczało się do leżenia. Pomoc pflegerek i pucerek była minimalna. *Nachtwache*, tj. nocną służbę, między innymi zaczęła pełnić lekarka polska dr *Stefania Kościuszkowa* jako sprzątaczk-pucerka, gdyż nie wolno jej było pracować w charakterze lekarki.

Dr *Janina Węgierska*, która jako chora przebywała na rewirze, została pobita za próbę badania koleżanek.

16 września 1942 r. odbył się generalny apel, w czasie którego wyselekcjonowano chore, które odstawiono na blok 27 do dalszego przydzielenia albo na rewir albo do gazu.

Z końcem września 1942 r. pojawiły się pierwsze wypadki duru osutkowego, traktowanego jako grypa, malaria. Jednym ze źródeł masowego zaważenia obozu stał się barak „*Entwesungskammer*” (komora dezynsekcyjna), gdzie przydzielone więźniarki rewidowały i sortowały odzież potransportową żydowską, którą kolejno zanosilo się do *Gaskammery* — komory gazowej.

W odzieży zalegającej barak roilo się od wszy. W miarę coraz większego nasilenia epidemii duru plamistego chorych w rewirze przybывało.

Z męskiego lagru dochodzić zaczęli skierowani ze *Stammlagru* lekarze i pielęgniarki: dr *Rożkowski*, dr *Kotulski*, dr *Zbozeń*, dr *Jerzy Reichman*, *Nicot Włodarski*, *Julian Kiwała*, *Zbigniew Rybka*, Czechosłowak *Luba*, *Roman Gabryszewski*. Wizyty ich ograniczały się do stwierdzenia choroby, wykonania drobnych zabiegów, opatrunków i rozdawania przyniesionych z dużym ryzykiem podstawowych leków, jak aspiryna, tanalbina, węgiel. Blokowe urzędowo przygotowywały przydział na blok minimalnej ilości ligniny, opasek papierowych jako bandaży, gazy ciętej, maści *Bolus alba*, kryształków nadmanganianu potasu.

Chore tygodniami nie były myte. Największą przykrość stanowił brak wody w tyfusie i *Durchfall* (biegunka). Pragnienie udawało się częściowo zaspokoić dzięki pomocy koleżanek z kuchni i rodzinnych bloków, co odbywało się zresztą kosztem zdrowych więźniarek.

Wilgotne okłady wykonywano prymitywnym sposobem przy pomocy chustki na głowę i własnego moczu.

Baraki obliczone na 200—250 chorych miały w tym czasie obłożenie 600—800 chorych, a niekiedy nawet więcej. Największe nasilenia tyfusu plamistego wystąpiły w grudniu 1942, czerwcu 1943 i grudniu 1943 r. Chore leżały wtedy po 3—4 na wąskich lagrowych łózkach; parter — 4 chore, I piętro — 3 chore, II piętro — 2 chore.

Lekarki wprost z transportów zostają skierowane na rewir dopiero 1. II. 1943 r. Są to *Czeszka Zdena Nevedowa*, dr *Ernestyna Michalikowa*; oficjalnie rozpoczynają pracę dr *Janina Węgierska* i prof. dr *Janina Kowalczykowa*. Wtedy to wycofano lekarzy dochodzących z męskiego lagru oraz Niemki „*asociale*” — prostytutki — z funkcji pielęgniarskiej za znęcanie się nad chorymi i okradanie.

Funkcje pielęgniarek przejmują Polki, Jugosłowianki i inne.

Przyjęcia chorych na rewir odbywały się w ambulanse, gdzie o skierowaniu decydowały więźniarki Niemki (*Orli Reicher, Gerda Schneider* i Słowaczka *Ena Weiss*), nie-lekarze, ewentualnie *lagerarzt*, kolejno *Kit, Klein, König, Rhode, Mengele*.

Chore, u których stwierdzono niższą temperaturę niż 38°C, nie były przyjmowane na rewir. Toteż chore więźniarki kryły się na blokach mieszkalnych chronione przez *Stubendienst* (służba w izbie) w ciągu dnia, ale na apel musiały wychodzić, wskutek tego śmiertelność na blokach obozowych zaczęła gwałtownie wzrastać.

Polskie lekarki, których coraz więcej przybywało do obozu, powoli obejmowały funkcję także i na izbie przyjęć w marcu 1943.

Rewir wskutek olbrzymiego obłożenia nie miał podziału wg jednostek chorobowych. Oprócz duru osutkowego występują: dur brzuszny, czerwotka, ciężkie anginy, zapalenie płuc, pojedyncze przypadki błonicy, szkarlatyny, zapalenie stawów, ucha, odmrożenia II i III stopnia, szerzy się świerzb, wszawica głowowa i odzieżowa. Do tego wszystkiego pojawia się *Durchfall* i tzw. pęcherzyca.

Ogólny wygląd baraku, to sennie siedzące postacie, naturalnie tych, które miały siłę siedzieć, szukające i zabijające insekty o paznokcie lub o brzeg łóżka.

W miarę możliwości chore segregowane były wg jednostek chorobowych na „sztubach” (izbach). Np. „sztuba” *Durchfallu* to był cuchnący kąt baraku ledwie oświetlony jedną żarówką, wiszącą na środku baraku. Chore w tej „sztubie”, to „muzulmanki” z białymi ustami od zastygłego *Bolus alba* i w miarę sił popijające roztwór nadmanganianu.

Straszną plagą szpitala były szczury, które nie tylko w nocy obgryzały zwłoki złożone przy drzwiach w baraku, ale i wdrapywały się na III piętro łóżek do bardzo osłabionych chorych, wygryzając im pośladki, nos lub którąś z kończyn.

6. XII. 1942 r. odbyła się I *Entlausung* — odwszawianie w lagrze B męskim. Nie spełniło ono roli dezynsekcji, natomiast stanowiło pewien rodzaj naturalnej selekcji kobiet. Odzież na wieszakach, oddana do *Gaskamery* (komory gazowej), wróciła wilgotna i nadal zawszona z zagubionymi numerami. Więźniarki golone przez mężczyzn dostawały się do parówki, po czym przekrwione falą gorącą, w zlewnych potach, wypędzane były do nieoszlonej tuszowni na betonową posadzkę. Dodatkowo spryskane środkiem dezynsekcyjnym, ubrane w mokrą odzież, czekały przez długie kwadransy na możliwość dostania się na tzw. czyste bloki. W tym właśnie czasie odbywała się selekcja pozostałych w obozie Żydówek do gazu. Takie odwszawianie w pierwszych dniach mrozu dało w rezultacie olbrzymią ilość zaziębień, zapaleń płuc, opłucnej, uczynnienie zmian gruźliczych. II *Entlausung* odbyła się w lipcu 1943 r. Chore zmywano w kadziach przed blokami — w tej

samej wodzie kolejno przynajmniej po 50 chorych. Odzież obozową musiały zostawić, w samej koszuli przyjmowane były na blok. Personel natomiast przeprowadzano nago przez obóz do „*Sauny*” (kąpieliska).

Ponowna fala epidemii tyfusu przypada na XII. 1943 r. Zaczyna chorować SS-mańska obśada obozu, „*Aufsejkeri*” (*Aufseherin* — funkcja nadzorującej SS-manki), zastępczyni komendantki obozu. Zmusza to *Lagerarza* do konsekwentniejszej walki z epidemią.

Na jego polecenie opróżnia się kolejno baraki, stosuje się specjalne, przepojone jakimś środkiem, worki na sienniki i koce — sposób ten dość radykalnie przyczynia się do wyniszczenia insektów.

Początkowo praca lekarek i pielęgniarek była niezwykle ciężka. Żadna nowo przyjęta chora nie orientowała się w możliwościach obsługi rewiru, a niezaspakajanie ich życzeń i potrzeb było źle interpretowane. Każda bowiem chora miała obraz szpitala z wolności i pragnęła chociażby jego namiastki.

Do zadań pielęgniarki należało dodatkowo przynoszenie 3 razy dziennie kotłów z posiłkiem, wynoszenie „*Scheiskibli*” do dołu kloaczego oraz wrzucanie zwłok do auta pod blokiem. W okresie nasilenia śmiertelności pielęgniarki używane były do ładowania zwłok w *Leichenhali*, blok 25 (kostnica). Dopiero rok 1944 był okresem stosunkowo nieznacznej poprawy; baraki wyposażone w podłogi z cegły, możliwe do utrzymania w czystości, ale do końca pobytu na *A Lagrze* nie było dostatecznej ilości wody, mimo że w każdym bloku wydzielono przestrzeń na „*Waschraum*” (umywalnia) i ubikacje. Wmontowano fajansowe koryta i klozety, których pozwolono używać przez około 4 dni, po czym ponownie oddano do użytku „*kible*” do wynoszenia.

Lekarki przez swoją postawę, pracę, wiedzę, solidarność, zdobyły kredyt moralny. Reorganizują one pracę na rewirze, tworzą bloki specjalistyczne: 1 gruźliczy, 2 innych schorzeń zakaźnych, 2 internistyczne, 1 chirurgiczny, 1 ginekologiczno-położniczy, 1 dziecięcy, 1 *durchfalowy*, 1 „*Schonungsblok*” dla rekonwalescentów, 1 ambulanś — izba przyjęć — ambulatorium, 1 dla personelu.

Środki służące do udzielania pomocy lekarskiej były podrzucane ukradkiem przez więźniów polskich.

Pod pozorem usprawnienia przelotowości na rewirze udało się dr *Wł. Jasińskiej* uzyskać zezwolenie na korzystanie z aparatu rentgenowskiego, co w dużej mierze przyczyniło się do trafnych rozpoznań i właściwego podejścia do jednostek chorobowych. Również dzięki staraniu lekarek udało się w niektórych przypadkach uzyskać dla chorych wyżywienie dietetyczne.

Zasadą lekarek i personelu pomocniczego było przede wszystkim w jakikolwiek sposób ratować życie ludzkie, w każdej chwili zagrożone przez bardzo ostre i rygorystyczne zarządzania lekarzy hitlerowskich. Przedłużało się pobyt na rewirze przez przerywanie z bloku na blok do dalszego leczenia; również więźniarki,

którym groziła utrata życia, przetrzymywano na rewirze z pełną dokumentacją choroby, w zamian za co niejednokrotnie pełniły one funkcje nocnej obsługi; oczywiście było to ryzykiem tak dla prowadzących bloki lekarek, jak i dla personelu.

W lipcu 1944 r. wyjeżdżają transporty do Niemiec; w nich też zabierają część lekarek i personelu pomocniczego.

Z końcem listopada 1944 r. cały *Lager A* i *B* został przeniesiony po wygazowaniu Cyganów na *Lager* cygański, a rewir na *B2*.

18.—20. I. 1945 zbliżające się linie frontu zmusiły Niemców do likwidacji obozu. W nocy zarządzone oddanie wszelkiej dokumentacji chorych i stworzono taką psychozę uciekania, że chore, mające w pamięci fakt podpalenia Majdanka, cięły koce, szyły ubrania, plecaki, papucie, by móc wyjść z *Lagru*.

Dwa transporty z rewiru odeszły nocą i nad ranem 17. i 18. I. 1945. W drugą noc podpalono pobliskie „*Effektenbloki*”, przerwano dopływ wody i światła. W obozie pozostały najciężej chore, dzieci i trochę ochotniczego personelu. To samo działo się obok na męskim odcinku.

Tak doczekałyśmy się wkroczenia wojsk radzieckich. Śmiertelność w ostatnich dniach za-

nim przyszła pomoc z zewnątrz, była niestety bardzo wysoka.

Dziś mam skalę porównania pracy lekarzy i personelu pomocniczego w obozie i na wolności.

Oceniam z całą świadomością, ze zdobytym doświadczeniem, ich ogromny wysiłek i w pełnym tego słowa znaczeniu ofiarną i bezinteresowną pracę. To był jawny ruch oporu bez walki o władzę i bez aspektów politycznych.

Lekarki polskie stworzyły z dwóch okropnych baraków w tych bardzo trudnych i prymitywnych warunkach 10 bloków specjalistycznych z wyszkolonym przez siebie personelem pomocniczym.

Toteż należy przynajmniej wymienić ich nazwiska: 1) dr *Stefania Kościuszkowa*, 2) dr *Ernestyna Michalikowa*, 3) dr *Maria Werken-thin*, 4) dr *Irena Białówna*, 5) dr *Celina Chojnacka*, 6) dr *Zofia Garlicka*, 7) dr *Jadwiga Jasielska*, 8) dr *Władysława Jasińska*, 9) dr *Jadwiga Kobierska*, 10) dr *Irena Konieczna*, 11) dr *Janina Kościuszkowa*, 12) prof. dr *Janina Kowalczykowa*, 13) dr *Katarzyna Łaniewska*, 14) dr *Wanda Perzanowska*, 15) dr *Wanda Tarkowska*, 16) dr *Alina Tetmajer*, 17) dr *Janina Węgierska*. Niestety kilku nazwisk nie pamiętam.

ROMAN LEŚNIAK, JAN MITARSKI, MARIA ORWID,
ADAM SZYMUSIK, ALEKSANDER TEUTSCH

Niektóre zagadnienia psychiatryczne obozu w Oświęcimiu w świetle własnych badań

(II doniesienie wstępne)

(Z Kliniki Psychiatrycznej A. M. w Krakowie. Kierownik: Prof. dr E. Brzezicki)

Badania przeprowadzane nad byłymi więźniami obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu rozpoczęliśmy z inicjatywy i przy pomocy Klubu Oświęcimskiego i ZboWiD-u w kwietniu r. 1959. Chodziło nam o ustalenie, jaki wpływ na psychikę i osobowość człowieka wywarł pobyt w obozie koncentracyjnym i jakie ślady pozostawił w systemie nerwowym ocalałych więźniów. Do chwili obecnej zbadaliśmy 77 osób, w tym 17 kobiet i 60 mężczyzn.

Badani przedstawiali różnorodną grupę zarówno co do wieku, jak stanu cywilnego i poziomu intelektualnego. Wiek mężczyzn w chwili aresztowania mieścił się w granicach od 16 do 50 lat, a kobiet — od 16 do 27. Okres pobytu badanych w obozach wynosił od 7 miesięcy do 5 lat i 4 miesięcy (przeciętnie około 3 lat).

Przyjąć można, że badani stanowią niejako próbną sondę społeczności oświęcimskiej. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że zbadana przez nas grupa byłych więźniów oświęcimskich nie daje idealnego obrazu społeczności obozowej, gdyż dużą część tej społeczności tworzyły grupy więźniów, które ze względów rasowych czy po-

litycznych z góry skazane były na masową, zaplanowaną zagładę. Niestety, nie był też dostępny naszemu badaniu problem tak zwanego „muzułmaństwa”, gdyż ci najbardziej upośledzeni więźniowie prawie zawsze umierali.

Badania przeprowadzaliśmy według schematu ogólnie przyjętego w psychiatrii: w możliwie swobodnych warunkach prowadziliśmy rozmowy z każdym badanym. W czasie badania trwającego od kilku do kilkunastu godzin staraliśmy się możliwie dokładnie odtworzyć historię życia i sylwetkę psychiczną byłego więźnia przed obozem, w czasie pobytu w obozie i po wyzwoleniu. Szczególną uwagę zwracaliśmy na następujące problemy: 1) przyczynę umieszczenia w obozie, 2) uwięzienie i przebieg pobytu w obozie, 3) reakcję na uwięzienie, 4) najcięższe przeżycie obozowe, 5) adaptację do życia obozowego, 6) to, co najbardziej gnębiło w obozie, 7) stosunek do ewentualnej śmierci, 8) życie seksualne, 9) sen, 10) wyobrażenia o ewentualnym odwecie, 11) to, co zdaniem badanych zadecydowało o przetrwaniu w obozie, 12) stosunek do współwięźniów

i ewentualne konflikty moralne, 13) reakcję na uwolnienie, 14) największe trudności adaptacyjne po obozie, 15) subiektywne poczucie zmiany osobowości po uwolnieniu, 16) obecny stosunek do przeżyć obozowych (z uwzględnieniem natrętnych wspomnień, snów itp.), 17) poczucie więzi ze współtowarzyszami, 18) dolegliwości i choroby po obozie.

Ponadto przeprowadziliśmy badania somatyczne. W razie potrzeby proponowaliśmy leczenie ambulatoryjne lub też kliniczne, z którego następnie pewne osoby skorzystały.

Dotychczasowe wyniki naszych badań traktujemy jedynie jako rodzaj próbnego sondażu, mającego posłużyć przy wytyczeniu dalszego kierunku badań. Dają się one streścić, jak następuje.

Nie udało się jeszcze ustalić korelacji między typem osobowości badanych a sposobem ich reakcji na warunki obozowe. Istotne znaczenie dla adaptacji do życia obozowego i przetrwania miało poczucie więzi i solidarności z towarzyszami. Nawet osobnicy lubiący uprzednio samotność i odcinający się od otoczenia podkreślali wielkie znaczenie tych czynników. Często ludzie pogrążeni w głębokiej rezygnacji i rozpacz, w lęku, depresji, poczuciu bezradności i ustawicznego zagrożenia biologicznego, dzięki czynnej pomocy i perswazji oraz okazanej życzliwości potrafili zmobilizować i zintegrować swoją energię psychiczną i fizyczną, co ratowało ich od zagłady. Nie zauważono, by więźniowie odczuwali wyobcowanie (alienację) ze środowiska, poczucie będące zdaniem wielu zachodnich psychologów i psychiatrów jedną z ważnych przyczyn różnych zaburzeń psychicznych we współczesnym społeczeństwie, podczas gdy po wyzwoleniu wielu byłych więźniów odczuwało wyobcowanie.

Jeśli idzie o pobyt w obozie, można rozróżnić dwa okresy: okres bezpośredniej reakcji na uwięzienie i okres dłuższy, w którym więźniowie adaptowali się lepiej lub gorzej do życia obozowego. W pierwszym okresie najczęściej występowały reakcje lękowo-depresyjne, połączone z lękiem przed śmiercią, z bezsennością; wtedy to najczęściej zdarzały się wypadki samobójstw.

Psychologiczne reakcje na uwięzienie i pobyt w obozie były najczęściej adekwatne do sytuacji. Uderza brak reakcji patologicznych, szczególnie psychoz reaktywnych spotykanych w więzieniach w postaci pseudodemencji i zespołu Gansera oraz zabarwionych życzeniowo psychoz na podłożu histerycznym.

Wielu więźniów wymieniało, jako czynniki decydujące o ich przetrwaniu w obozie, pomoc ze strony kolegów, wiarę w przetrwanie, nastawienie ideowe, ufność we własne siły i wiarę religijną.

Podkreślić należy, że mówimy jedynie o przypadkach badanych, natomiast — znając historię obozu — można przypuszczać, że w wielu wypadkach tzw. „muzułmaństwa” chodziło — niezależnie od wycieńczenia fizycznego — o głębokie zaburzenia psychiczne w postaci zespołów

apatyczno-depresyjnych, połączonych z głęboką prostracją i zupełną niewiarą w przetrwanie.

Sądząc z uzyskanych relacji, zdarzały się też przypadki gwałtownych prymitywnych reakcji psychoruchowych, lękowo-agresywnych, połączonych z zamęceniem świadomości i kończących się oczywiście tragicznie. Reakcje takie znane są jeszcze z okresu pierwszej wojny światowej jako tzw. „choroba drutów kolczastych”. W materiale naszym nie natrafiliśmy ani na jeden przypadek psychozy endogennej lub dłuższej trwającej psychozy reaktywnej w czasie pobytu w obozie. U 2 badanych wystąpiły bardzo krótkotrwałe epizody o charakterze ekstatyczno-halucynacyjnym, z wyraźnie życzeniową treścią.

Dolegliwości somatopsychiczne, jak wrzód żołądka itp., w wielu wypadkach ustępowały w ciężkich, obozowych warunkach i spostrzeżenie to potwierdzają obserwacje lekarskie z okresu drugiej wojny, np. przeprowadzane wśród ludności oblężonego Leningradu. Przemięły również na ogół psychonerwice, na które badani cierpieli przed uwięzieniem. Natomiast w następstwie pobytu w obozie u większości badanych wystąpiły nerwice i schorzenia psychosomatyczne.

Z objawów patopsychicznych z okresu obozowego, podawanych nam najczęściej przez badanych, wymienić należy: obniżenie nastroju, uczucie lęku i stałego zagrożenia, niemal całkowity zanik popędu seksualnego.

Ocena poobozowych zmian osobowości jest trudna, gdyż są one zależne nie tylko od samego pobytu w obozie, lecz także od przeżyć poobozowych, czynników fizjologicznych, jak starzenie się, wreszcie — od późniejszej linii życiowej. Stwierdzić jedynie można, że większość badanych uważa, iż pobyt w obozie ma decydujące znaczenie dla dalszego rozwoju i kształtowania się ich osobowości. Podkreślali oni między innymi zmniejszenie zaufania do ludzi, trudności w nawiązywaniu kontaktu z ludźmi, przy równoczesnej bardzo silnej więzi uczuciowej z byłymi towarzyszami, wzrost tolerancyjności, zmianę hierarchii wartości w sensie nieprzyswajania wagi do mniej istotnych spraw. Niektórzy badani podali, że od tego czasu ich reakcje uczuciowe na przeżycia uległy zblednięciu. Twierdzili, że nie potrafia się ani tak cieszyć, ani tak martwić, jak przedtem. Dla wielu pobyt w obozie jest myślą nadwartościową.

Pośród 77 spisanych protokołów historii życia byłych więźniów sześćdziesiąt dziewięć poddaliśmy dokładnej analizie tak że przytoczyć możemy niektóre dane liczbowe. Jednakże dane te stanowią dopiero wstępny materiał, który w przyszłości poddamy analizie statystycznej i dzięki temu spodziewamy się wykryć współzależności między omawianymi zjawiskami.

Dotychczas nie udało się nam jeszcze ustalić korelacji między typem osobowości badanych a sposobem ich reakcji na warunki poobozowe i adaptacji poobozowej. Spotkaliśmy zarówno ludzi o silnej sylwetce psychicznej, jak i takich,

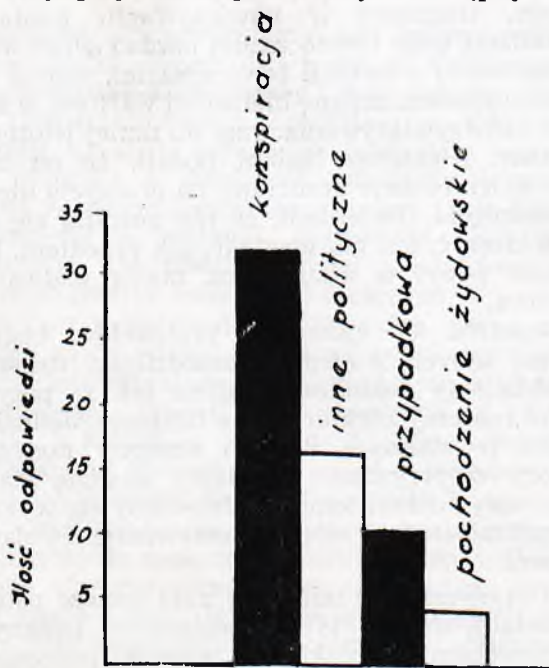
ktorzy przed obozem wykazywali wyraźnie słabą odporność psychiczną.

Dla ilustracji cytujemy w skrócie jeden przykład silnej i jeden przykład słabej struktury psychicznej.

J. R., lat 58, z wyższym wykształceniem technicznym. Zawsze był człowiekiem czynnym, ambitnym, energicznym, zaradnym, zwykle realizował podjęte cele życiowe; osiągnął duże sukcesy w życiu osobistym i społecznym. Wkrótce po kampanii wrześniowej wstąpił do organizacji podziemnej, w której pełnił odpowiedzialne funkcje. Wskutek denuncjacji aresztowano go gestapo w roku 1941. Po rocznym pobycie w krakowskim więzieniu przy osławionej ulicy Monteluppih wywieziono go do obozu w Oświęcimiu. Po aresztowaniu nie załamał się: „Ogarnął mnie błogi spokój, litość i pogarda dla tych, którzy mnie katowali”. Od początku pobytu w obozie nawiązał kontakt z grupą konspiracyjną, z którą współpracował aż do wyzwolenia. Nigdy nie czuł lęku przed śmiercią, cały czas wierzył w to, że przeżyje obóz, czynnie walczył o życie, pomagał innym więźniom. Nie miał zaburzeń snu. Natychmiast po wyzwoleniu rozpoczął pracę we własnym przedsiębiorstwie, był aktywny społecznie. Stwierdził, że pobyt w obozie nie spowodował u niego żadnych zmian osobowości.

Słabą odporność psychiczną przedstawia S. K., lat 54, o średnim wykształceniu technicznym. Z usposobienia zawsze był człowiekiem smutnym, biernym, raczej stronił od ludzi, wszelkie przykrości przeżywał bardzo ciężko. Uwięziono go w r. 1940 za kolportaż gazetek konspiracyjnych. Po kilku miesiącach został przewieziony do Oświęcimia. Po aresztowaniu ogarnęła go rozpacz, często miał myśli samobójcze. Przez cały czas pobytu w obozie odczuwał lęk przed śmiercią, niepokój i przygnębienie, unikał bliższych kontaktów z współwięźniami, źle sypiał. Po uwolnieniu z obozu nie cieszył się, był apatyczny, mówił sam do siebie przez kilka miesięcy, nie pracował. Według jego własnej oceny pobyt w obozie wywarł na nim głębokie piętno: miał kłopoty rodzinne oraz konflikty w pracy („nie mogli ze mną wytrzymać”). W roku 1956 przeszedł na rentę. Jest płaczący, nie może sobie ułożyć życia osobistego, do ostatnich czasów czuje się osłabiony, źle sypia, cierpi na częste bóle głowy, obawia się choroby umysłowej. Ma głębokie poczucie krzywdy, związane z pobytem w obozie. Nie kontaktuje się zupełnie z byłymi współwięźniami.

Przechodząc do problemów podanych w schemacie na wstępie, przyczyny uwięzienia w obozie najlepiej można podzielić jak następuje:



Ryc. 1. Przyczyna umieszczenia w obozie

a) udział w konspiracji — 32 osoby,

b) inne polityczne, jak pomoc więźniom, ukrywanie Żydów, spontaniczne sabotaże, pomoc w ucieczkach — 16,

c) potraktowanie jako zakładników — 7,

d) przypadkowe uwięzienia, np. oblawa, łapanka — 10,

e) pochodzenie żydowskie — 4.

W przyszłości zamierzamy odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje jakaś współzależność między przyczyną uwięzienia a adaptacją do życia obozowego i linią życiową po wyzwoleniu. Dotychczasowy materiał pozwolił nam na rozróżnienie następujących reakcji na uwięzienie:

a) Reakcja asteniczna, przez którą rozumiemy wszelkie postacie załamania psychicznego w sensie apatii, rozpacz, lęku, płaczu, rezygnacji itp. Oto przykłady dotyczące badanych osób:

„Ośłupiałem”. „Skamieniałem”. „Zgłupiałem”. „Miałem myśli samobójcze”. „Ogarnął mnie taki strach, że oddałem moc”. „Byłem oszołomiony i ogłupiały”. „Ogarnęła mnie rozpacz i strach”.

Jedna z badanych, młoda kobieta, posiwała całkowicie w dniu uwięzienia.

Reakcję tego typu podało 36 osób.

b) Reakcja steniczna, przez którą rozumiemy gniew, upór, silne uczucie nienawiści, a nawet pogardy dla prześladowców, próby stawiania oporu, przemyślane działanie obronne.

Badani opisywali w następujący sposób swoje przeżycia dotyczące tej kwestii:

„Żeby się nie dać, żeby przetrwać”. „Odczułem błogi spokój, bo myślałem, że zaraz mnie rozstrzelają”. „Czułem litość i pogardę dla prześladowców, ponieważ oni w pięciu musieli mnie jednego katować”.

Jedna osoba zachowała na tyle zimnej krwi, że zdążyła pozbyć się broni, którą w chwili aresztowania miała przy sobie. Inny badany przyjął aresztowanie spokojnie, gdyż jako czynny działacz ruchu oporu zdawał sobie sprawę, iż grozi mu w każdej chwili aresztowanie. Jedyną jego myślą wtedy było, żeby nie okazać swego zdenerwowania czy słabości. Jeszcze inny badany, zaangażowany w pracę konspiracyjną, próbował bezpośrednio po aresztowaniu kilkakrotnie uciec i dopiero postrzelenie go w nogi odebrało mu szansę wszelkiego oporu.

Ten typ reakcji znaleźliśmy u 25 badanych.

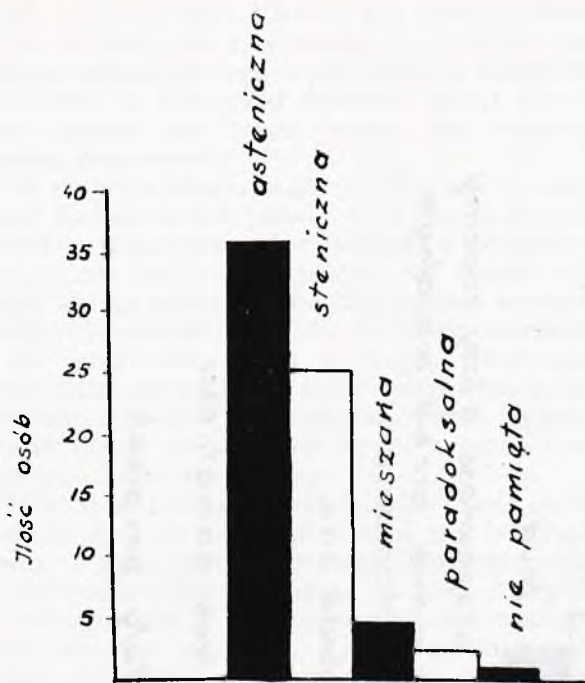
c) Cztery osoby zareagowały w sposób mieszanym, zawierający zarówno elementy reakcji stenicznej, jak i astenicznej:

„Początkowo reagowałem dziecinnie, biłem się, wyrzywałem i niczego się nie bałem, później przyszedł strach i żal życia”.

d) Spotkaliśmy również u dwóch osób reakcje, które określiliśmy jako paradoksalne. Pewna 22-letnia dziewczyna odczuła zaciekawienie, jak wygląda więzienie z bliska. Inna znów zareagowała wybuchem śmiechu.

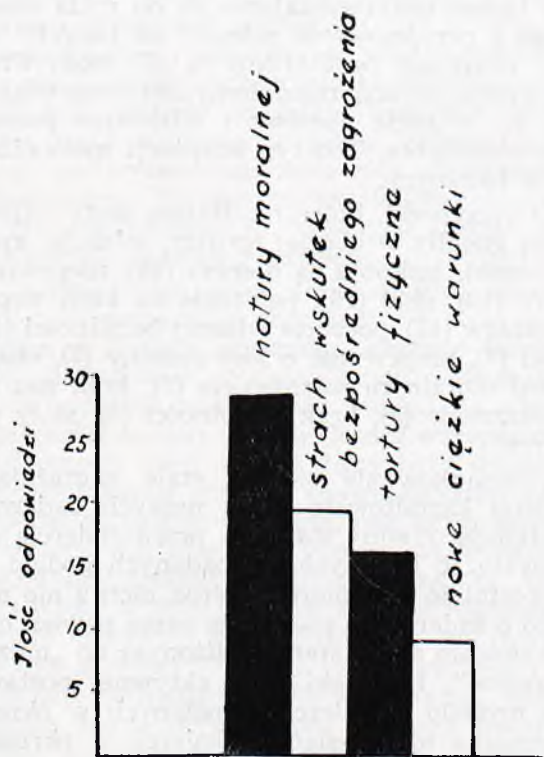
e) Jedna osoba nie mogła sobie przypomnieć w czasie badania, jak reagowała na uwięzienie.

Spśród najcięższych przeżyć obozowych badani wymieniali:



Ryc. 2. Reakcja na uwięzienie

a) Przeżycia natury moralnej, jak upokorzenie, tęsknota za najbliższymi, patrzenie na śmierć i tortury współwięźniów, widok nagich kobiet w tak szczególnej sytuacji, utrata wiary w kolegów. Jeden badany w tej grupie podał, że najstraszniejszym momentem dla niego było, gdy widział, jak Żydzi musieli stać z podniesionymi w górę rękoma i powtarzać za gestapowcami „litanie swoich grzechów”. Badany ten uprzednio zawsze był wojującym antysemitą, jednak od tej chwili stosunek jego do Żydów zmienił się radykalnie. Dla innego najcięższym



Ryc. 3. Najcięższe przeżycie obozowe

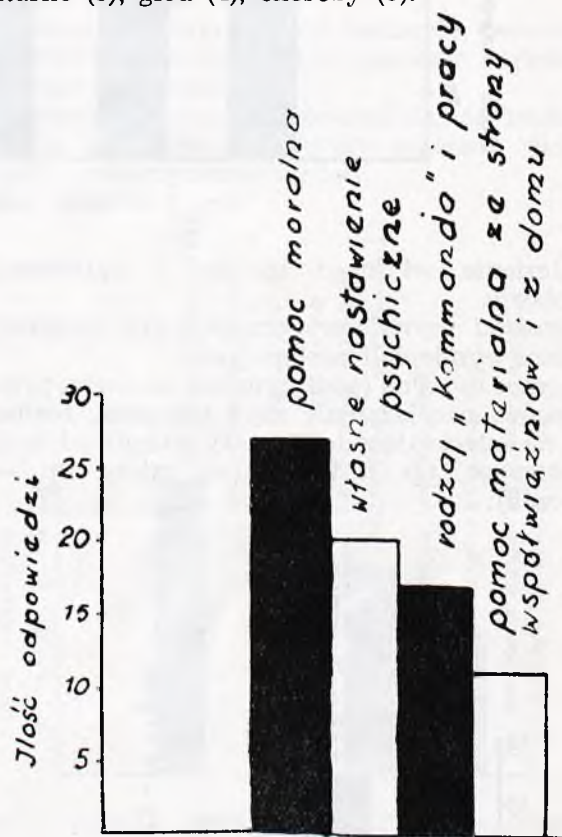
przeżyciem było uderzenie go w twarz przez Polaka wysługującego się Niemcom.

Wypowiedzi tego rodzaju w materiale naszym było 28.

b) Na następnym miejscu podawano (19 osób) strach zjawiający się w chwili bezpośredniego zagrożenia (oczekiwanie na selekcję, tortury itp.), np. jednego więźnia rozbawiony esesman chciał „dla rozrywki” wrzucić do pieca krematoryjnego.

c) 16 badanych podało jako najsilniejsze przeżycie tortury fizyczne.

d) 9 osób przeżyło najczęściej fakt znalezienia się w nowych ciężkich warunkach (pierwsze dni w obozie, pobyt w bloku szpitalnym, ewakuacja itp.). W tej grupie spotkaliśmy się z takimi przeżyciami, jak poczucie bezsilności wobec przemocy (9 osób), praca przy zwłokach (8), wiadomości o śmierci bliskich (6), warunki sanitarne (5), głód (4), choroby (3).



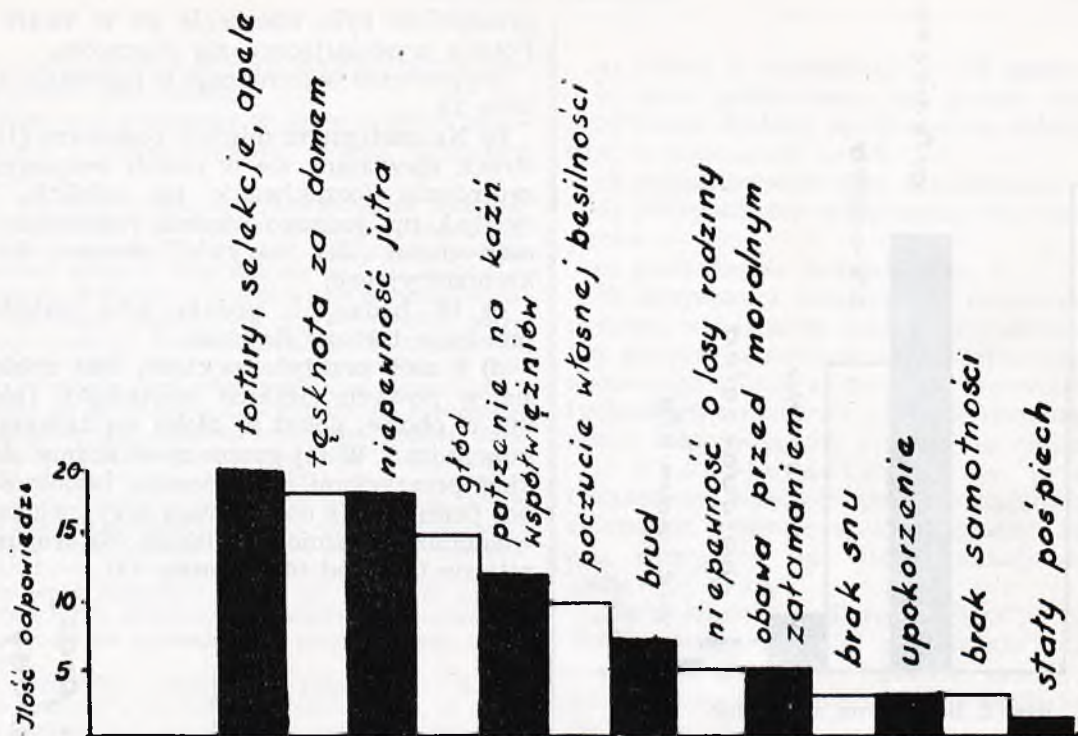
Ryc. 4. Czynniki sprzyjające adaptacji do życia obozowego

Niektórzy badani podawali więcej niż jedno najcięższe przeżycie, dotyczy to zwłaszcza osób o wyższym poziomie intelektualnym.

Analizując zagadnienia adaptacji do życia obozowego, staraliśmy się ustalić: a) okres czasu potrzebny do adaptacji, b) warunki sprzyjające adaptacji, c) rodzaj adaptacji.

W krótkim czasie, to znaczy nie dłużej niż do miesiąca, adaptowało się 35 osób, a do roku adaptowało się 13 osób; u 17 osób adaptacja do życia obozowego trwała powyżej roku; niektórzy twierdzili, że nie mogli się w ogóle zaadaptować.

Przez adaptację do życia obozowego rozumiemy — na podstawie wypowiedzi badanych —



Ryc. 5. Czynniki najbardziej gnębiące w obozie

znalezienie własnego miejsca i egzystencji w obozie.

Spośród czynników sprzyjających adaptacji badani wymieniali następujące:

— pomoc moralną (podtrzymanie na duchu przez kolegów, przyjaźnienie się z kolegami, rozmowy na interesujące ich tematy odległe od życia obozowego, np. o literaturze, sztuce itp. — 27 osób);

— własne nastawienie psychiczne (uparta wola życia, udział w organizacji, dbałość o własny wygląd i o czystość — związaną z tym „modę obozową” — zajęcie się współwięźniami i udzielanie im pomocy — 20 badanych);

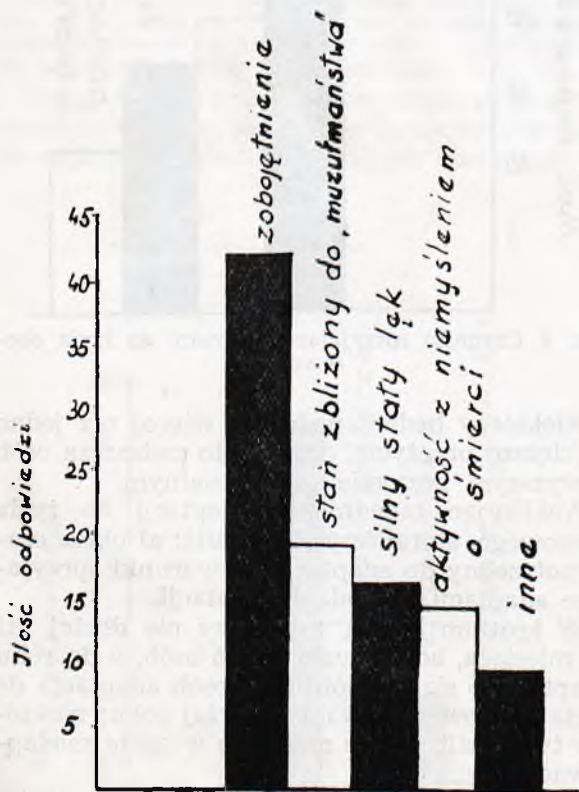
— rodzaj „kommanda” i pracy (17);

— pomoc materialną ze strony współwięźniów i z domów (11).

Rozróżniliśmy dwa rodzaje adaptacji: z postawą bierną i czynną. Przez pierwszą rozumiemy bierne przyzwyczajanie się do życia obozowego i przyjmowanie pomocy od innych. Ten typ adaptacji spotkaliśmy u 37 osób. Przez adaptację czynną rozumiemy aktywne włączenie się w życie obozowe i udzielanie pomocy współwięźniom. Ten typ adaptacji spotkaliśmy u 23 badanych.

Oto czynniki, które na dłuższą metę najbardziej gnębiły w obozie: tortury, selekcje, apele (20 osób), tęsknota za domem (18), niepewność jutra (18), głód (15), patrzenie na kaźń współwięźniów (12), poczucie własnej bezsilności (10), brud (7), niepewność o losy rodziny (5), obawa przed moralnym załamaniem (5), brak snu (3), upokorzenie (3), brak samotności (3), stały pośpiech (1).

Ustosunkowanie się do stale zagrażającej śmierci kształtowało się u naszych badanych następująco: silny stały lęk przed śmiercią odczuwało 16 badanych, 42 badanych podało, że zubożytniało na śmierć, spośród nich 9 nie myślało o śmierci; 19 podało, że przez pewien czas znajdowało się w stanie zbliżonym do „muzulmaństwa”, 14 dzięki swej aktywnej postawie nie myślało o śmierci, 9 badanych w okresie załamania nie myślało o śmierci, w okresach lepszego samopoczucia odczuwało lęk przed śmiercią. Większość badanych podała, że bar-



Ryc. 6. Stosunek do śmierci

dziej bała się bicia i tortur niż śmierci, która była tak częstym zjawiskiem, że człowiek nie przywiązywał do tego wagi. Jeden z badanych twierdził, że lęk przed śmiercią zaczął odczuwać dopiero pod koniec wojny, gdy zobaczył szanse przetrwania.

Co do życia seksualnego, przytłaczająca większość badanych (44) podała, że w obozie straciła zupełnie popęd seksualny; kobiety z wyjątkiem jednej nie miały menstruacji. Ci badani nie mieli ani na jawie, ani we śnie marzeń erotycznych. 14 badanych podało, że miało marzenia i sny erotyczne. Jedna z byłych więźniarek twierdziła, że w czasie snów odczuwała przyjemność seksualną, co nigdy ani przed obozem, ani po obozie nie zdarzyło się jej w czasie normalnego życia seksualnego.

Większość badanych podała, że w czasie obozu nie cierpiała na żadne zaburzenia snu (z wyjątkiem 16 osób, które wspominały je przeważnie z pierwszego okresu pobytu w obozie). Tylko 9 osób podało, że nie miało marzeń sennych (lub ich nie pamięta). Najczęściej marzenia sennie dotyczyły życia przedobozowego, rodziny; zdarzały się sny o treści ekstatyczno-religijnej; u 9 osób występowały sny lękowe, związane przeważnie z życiem obozowym.

3 badanych podało, że się onanizowali, zwykle tylko wtedy, gdy nie odczuwali głodu. 4 osoby miały stosunki seksualne w obozie, dwoje z nich po raz pierwszy w życiu (oboje w tzw. „puffie”). U jednego z badanych, wówczas 20-letniego mężczyzny, widok brudnych, zaniedbanych kobiet wywołał długotrwały wstręt seksualny, utrzymujący się przez długie lata i utrudniający mu życie seksualne już po obozie.

Na osobną uwagę zasługuje wzmianka, iż jedna osoba podała, że w najcięższych chwilach swego pobytu w obozie przeżywała marzenia na jawie, w czasie których widziała kwiaty barwne i przyjemne widoki.

Sprawa odwetu pasjonowała wielu więźniów. 41 spośród badanych marzyło w czasie pobytu w obozie o zemście osobistej. Nierzadko więźniowie snuli wspólnie projekty odwetu. Gdy jednak po wyzwoleniu nadarzała się sposobność ziszczenia marzeń, większość uwolnionych ich nie realizowała. 26 badanych podało, że w obozie nie myśleli o odwecie.

Z bardziej ciekawych form odwetu można wymienić następujące przykłady.

Jeden z byłych więźniów, obecnie liczący 70 lat, podróżował po całym kraju, poszukując swoich prześladowców. Inny wstąpił do władz bezpieczeństwa, aby uzyskać lepsze warunki dla zrealizowania swej zemsty. Inny był więźniem, milicjant, znalazł sprawcę swego aresztowania, nie oddał go jednak władzom, lecz przez szereg lat utrzymywał w stałym uczuciu niepewności. Jeszcze inny spotkał za granicą człowieka, który go wydał w ręce gestapo; zagroził mu ujawnieniem sprawy, jednak również poprzestał tylko na utrzymywaniu go w niepewności.

Ponadto poznaliśmy byłą więźniarkę, która spotkała swoją oprawczynię z obozu podczas pobytu w więzieniu już po wojnie i mimo iż miała wtedy okazję do zemsty, nawet pod pre-

sją skłaniania do niej nie skorzystała z tej sposobności.

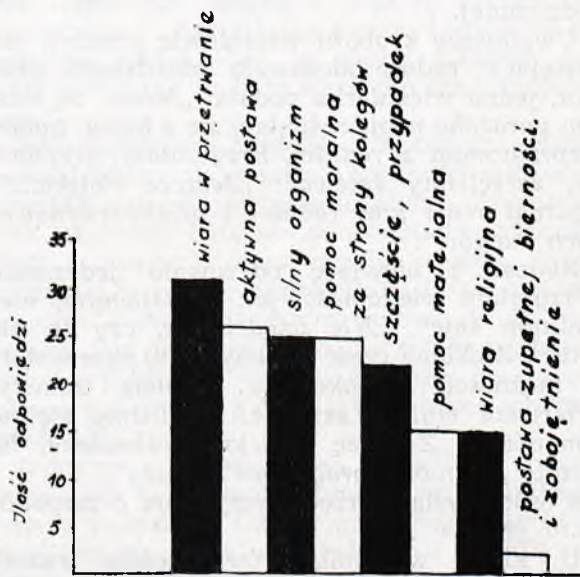
Był także więzień, którego szczególnie katowano i torturowano, nie chciał on jednak wystąpić po wojnie w charakterze świadka w procesie przeciwko swemu denuncjatorowi.

O przetrwaniu obozu, zdaniem badanych, zdecydowały następujące czynniki:

wiara w przetrwanie (31 osób): „*Stale myślałem, aby przeżyć*”, „*za wszelką cenę bezwzględnie muszę żyć*”. „*Nie dam się im wykończyć*”;
aktywna postawa, polegająca na przyjęciu odpowiedniej taktyki w stosunku do Niemców, na organizowaniu sobie życia w obozie, na pomaganiu współwięźniom (26);
silny organizm i dobry stan zdrowia (25);
pomoc moralna ze strony kolegów (25);
szczęście i przypadek (22);
pomoc materialna ze strony współwięźniów (15);
wiara religijna (15).

Natomiast dwoje spośród badanych uważało, że przetrzymało obóz dzięki postawie zupełnej bierności i zobojętnienia.

Większość badanych podkreślała, że istotną rolę w przetrwaniu odegrało poczucie silnej więzi z towarzyszami niedoli.



Ryc. 7. Czynniki, które zadecydowały o przetrwaniu obozu

Stosunek do współwięźniów można było określić jako czynny wtedy, kiedy badany spontanicznie i aktywnie ofiarował swoją pomoc kolegom lub jako bierny, gdy pomoc tę tylko przyjmował. 16 badanych określiło swój stosunek do współwięźniów jako czynny, a 14 — jako bierny. Większość (35) określała swoją postawę wobec kolegów jako czynno-bierną, to znaczy, że zarówno udzielali pomocy współwięźniom, jak i korzystali z niej. Wielu spośród więźniów podkreślało zasługi polskich lekarzy w udzielaniu pomocy.

Wydaje się, że niezwykle trudne warunki życia obozowego stawiały więźniów niejednokrotnie wobec bardzo uciążliwych konfliktów moralnych, jednak wbrew temu, czego skłonni

byliśmy się spodziewać, większość badanych podawała, iż nie miała tego rodzaju konfliktów. Jedynie dziewięć osób wspomniało o swoich konfliktach. Tak na przykład jedna badana miała długo wyrzuty sumienia dlatego, że znając przepisy obozowe udzieliła pomocy staruszce, która z tego właśnie powodu została zabita przez Niemca. Inny był przymusowo zatrudniony przy sporządzaniu list selekcyjnych jako „szrajber” i przez cały czas gnębiła go myśl, że chociaż czynił to przymusowo, to jednak w jakiś sposób miał swój udział w akcji eksterminacyjnej. Ktoś inny znów jako swój najważniejszy konflikt obozowy podał, że w następstwie tego, iż rozdał „z dobrego serca” zbyt dużo zupy wszyscy za to zostali ukarani.

Spotkalismy się także z wypowiedzią, iż konflikt stanowiła konieczność decyzji, komu z kolegów udzielić pomocy, gdy na przykład posiadało się tylko jedną kromkę chleba do ofiarowania.

Z bogatego materiału warto jeszcze przytoczyć, że jeden więzień podawał jako swój główny konflikt konieczność wykonania rozkazu zabicia towarzysza, który znajdował się w tym właśnie czasie w stanie majaczeniowym i dlatego zagrażał dekonspiracją organizacji podziemnej.

Uwolnienie z obozu więźniowie przeżyli jak następuje: radość odczuwało czterdziestu siedmiu, jedna więźniarka podała: „Mimo, że miałam porażone nogi, zwlokłam się z łóżka, byłam nieprzytomna z radości, krzyczałam, trzęsłam się, zaczęliśmy śpiewać: „Jeszcze Polska...!”. Ogarnął mnie szal radości i nieskoordynowanych ruchów”.

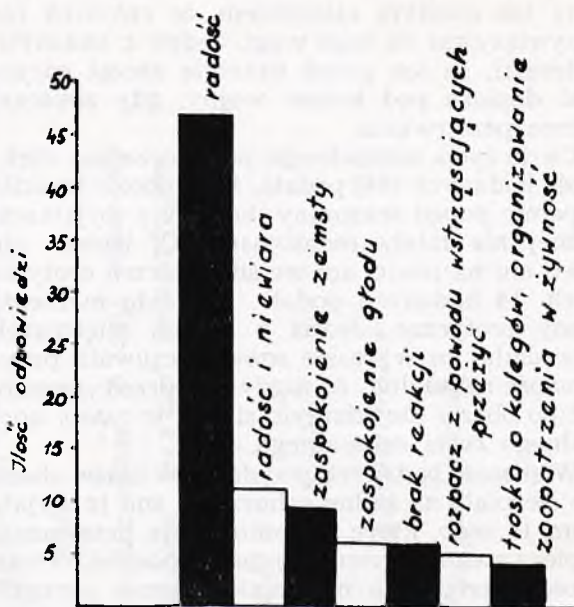
Radość i niewiarę odczuwało jedenastu: „Przyjęłam wiadomość, jak w dziwnym, nie-realnym śnie”. „Nie wiedziałam, czy to nie teatr”. Znikoma część badanych (9) skorzystała z możliwości zaspokojenia uczucia zemsty: „Pierwsza myśl o zemście, rzuciliśmy się na esmanów”. „Zwierzę wyszło z człowieka, bo zostało spełnione pragnienie zemsty”.

6 osób myślało przede wszystkim o zaspokojeniu głodu.

U kilku wystąpiła równocześnie radość i zwątpienie: „Olbrzymia radość, a zarazem lęk, jak się ułoży przyszłość”. „Cieszyłem się, chociaż nie byłem pewny, czy przeżyję kilka godzin”.

U 6 osób, które w chwili wyzwolenia znajdowały się na pograniczu „muzułmaństwa”, uwolnienie nie wywołało żadnej reakcji, w kilku wypadkach zorientowały się dopiero po dłuższym czasie, że są już wolne.

Wyzwolenie u 5 osób wywołało uczucie rozpaczy na wiadomość o śmierci najbliższych lub wobec faktu zniszczenia całej kilkudziesięcnej kolumny więźniów w czasie bombardowania. U czterech pierwszą reakcją na uwolnienie była troska o kolegów i organizowanie racjonalnego odżywiania. Specjalnie należy podkreślić szczegóły, że bywały przypadki, iż więźniowie wiązali sobie nawzajem ręce, aby nie dopuścić do przejedzenia się, nieraz śmiertelnego w skutkach.



Ryc. 8. Reakcja na uwolnienie

Rozpatrując zagadnienie adaptacji poobozowej czyli włączenia się do normalnego życia, podkreślić trzeba dwa aspekty: obiektywny i subiektywny. Aspekt obiektywny opiera się na analizie całej linii życiowej badanego, a subiektywny — na jego własnej ocenie i odczuciu zdolności adaptacyjnych. Oba te aspekty niejednokrotnie się nie zgadzały; badany uważał, że adaptował się dobrze do życia „normalnego”, podczas gdy z jego linii życiowej wynikało coś całkiem przeciwnego. Na przykład dwóch badanych nie stwierdzających u siebie trudności adaptacyjnych przeżyło okres wieloletniej bezczynności, której nie dało się wytłumaczyć żadnymi czynnikami obiektywnymi.

Aspekt obiektywny analizowaliśmy według kryteriów, których pierwszą grupę stanowiły: trudności adaptacyjne wynikające ze złego stanu zdrowia:

a) choroby somatyczne, jak gruźlica, gościec stawowy, organiczne choroby systemu nerwowego (18 badanych),

b) schorzenia psychosomatyczne (14), w tym na pierwszym miejscu choroba nadciśnieniowa, na drugim choroba wrzodowa,

c) reakcje nerwicowe (32), w tym nerwice lękowe u 17 (nerwice te charakteryzowały się stałym uczuciem niepokoju, reakcjami lękowymi na sytuacje związane z przeżyciami obozowymi i zaburzeniami wegetatywnymi), nerwice neurasteniczne u 8 (objawiające się drażliwością, łatwym męceniem się, wybuchowością), zespół apatyczno-abuliczny u 7 (znamionował się on uczuciem stałego zmęczenia, niewydolności, brakiem inicjatywy i zainteresowań),

d) alkoholizm u 14 badanych (zwykle okresowy),

e) psychozy (raczej typu reaktywnego) u 4 badanych.

Do drugiej grupy zaliczyliśmy tych, u których trudności adaptacyjne były wynikiem obniżonej odporności psychicznej na konflikty

normalnego życia. Spotkalismy je u 15 badanych. Na przykład jeden z nich, który w ciągu kilkuletniego pobytu w Oświęcimiu zachował postawę aktywną i silną, w kilka lat po wyjściu z obozu załamał się z powodu przejściowych trudności i usiłował odebrać sobie życie. Kilku badanych, nie tracących dzielnej postawy w obozie, załamało się na długi okres przy pierwszych trudnościach, na jakie napotkali w pracy społeczno-politycznej. Niektórzy załamywali się z powodu konfliktów rodzinnych. Z naszego punktu widzenia ciekawy jest fakt, że ludzie, którzy wykazywali dużą odporność psychiczną w obliczu największego zagrożenia, jakie stwarzał obóz, tracili tę odporność w warunkach normalnego życia międzyludzkiego.

Trzecią grupę stanowili ci, u których trudności adaptacyjne polegały głównie na upośledzeniu zdolności współżycia z ludźmi. Ocena tej grupy jest ściśle związana z subiektywnym aspektem problemu adaptacji, gdyż sprawa kontaktów międzyludzkich ma swoją płaszczyznę społeczną (obiektywną) i psychologiczną (subiektywną). Z obiektywnego punktu widzenia trudności te można ująć jako wycofywanie się z normalnego życia społecznego (19 badanych) bądź jako nadmierną, hiperkompensacyjną aktywność społeczną (12). Wydaje się, że u wielu „hipersocjalnych” osób szczególnie łatwo dochodziło później do załamania nerwowego.

Obiektywnych trudności adaptacyjnych nie stwierdziliśmy u 19 osób.

Analizując subiektywny aspekt trudności adaptacji do normalnego życia, natrafiliśmy na takie zagadnienia, jak utrata zaufania do ludzi (15 badanych): „Straciłem zaufanie do ludzi. Możliwość przekonania, z kim się ma do czynienia, tak łatwa i prosta w obozie, tutaj na wolności była dla mnie niemożliwa, na każdym kroku spotykałem się z kłamstwem i oszustwem. Byłem tym zmiażdżony”. „Z ludźmi, którzy nie byli w obozie do chwili obecnej nie mogę się zrozumieć. Początkowo w każdym widziałem wroga, nie mogłem się z nikim dogadać, miałem wrażenie, że patrzę na mnie, jak na wariata”. „Stawałem się odludkiem, przestałem uprawiać życie towarzyskie, które dawniej lubiłem, załamał mnie brak etyki u ludzi: sądzę, że więcej jest ludzi złych niż dobrych”. „Nie ufam żadnym ludziom, nie mam poczucia stabilizacji i pełnego bezpieczeństwa”.

Jako główną trudność w przystosowaniu się do życia na wolności, lęk przed ludźmi podawało 9 badanych: „Bałam się ludzi i wstydziałam”. „Miałem stały lęk przed ludźmi, wołałem samotność”. „Wszystkiego się boję, mam bojaźń”. U dwóch osób stwierdzało się wyraźną niechęć do ludzi: „Nie chciałam widzieć ludzi, chciałam mieć tylko spokój”.

Drugą grupę (11) stanowili ci, u których trudności adaptacyjne polegały na niemożności przystosowania się do ogólnie przyjętych norm życia społecznego: „W początkowym okresie nie mogłam znaleźć wspólnego języka z ludźmi, którzy nie przeżyli obozu; ich troski i zmartwie-

nia wydały mi się śmieszne”. „Nie mogłem przyzwyczaić się do form i prawideł nowego świata. Na wolności nie ma między ludźmi serdeczności i braterstwa tak, jak to było w obozie; poza tym w obozie wszyscy mówili sobie „ty” i to stwarzało mi (po wyzwoleniu) trudności kontaktu”. „Nie mogłam nauczyć się operować pieniędzmi, zapomniałam o wartości pieniądza, chciałam wszystko rozdawać”. „Życie normalne wydawało mi się jakieś dziwne, nie mogłem się do niego przyzwyczaić”.

Wyobcowanie ze społeczeństwa było głównym problemem u 13 badanych, wiązało się to przede wszystkim z poczuciem „niezrozumienia” przez „nieobozowiczów”: „Jestem zdania, że wszyscy, a szczególnie mąż, powinni mnie traktować w sposób specjalny ze względu na moją przeszłość. Nie mogę pogodzić się faktem, że otoczenie traktuje mnie, jak każdego innego człowieka i wymaga ode mnie takiego samego zachowania, jak od innych ludzi”. „Czułem się osamotniony, czułem jakiś żal do ludzi, nawet najbliższych, wydawało mi się, że nikt nie potrafi mnie zrozumieć, nie mogłem nawiązać kontaktu z ludźmi, wydawało mi się, że wszyscy się ode mnie odsunęli”. „Nie mogłem znaleźć wspólnego języka z ludźmi, czułem się zawiedziony”. Przez kilka dni wydawało mi się wszystko jakieś obce, w obozie człowiek był jakiś surowy, a tu było wszystko inne uregulowane”.

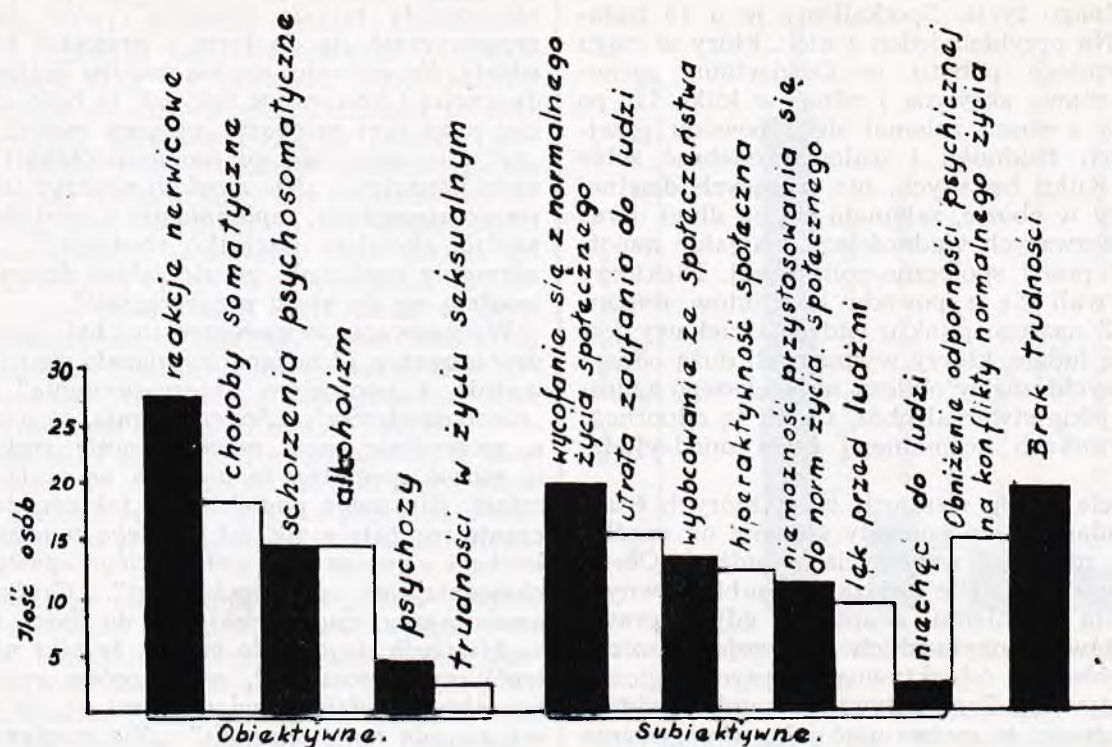
Jako zasadniczą trudność adaptacyjną dwóch spośród badanych podawało trudności seksualne powstałe już po opuszczeniu obozu. Przyczyną tych trudności była prawdopodobnie psychologicznie uwarunkowana utrata popędu, która wystąpiła w obozie przy zetknięciu się z odrażającym stanem fizycznym kobiet. Wielu badanych (19) twierdziło, że nie miało trudności adaptacyjnych po wyjściu z obozu, co się nie zawsze pokrywało z obiektywną oceną ich linii życiowej.

Jednym z zasadniczych zagadnień naszej pracy była ocena zmian osobowości, wynikających z pobytu w Oświęcimiu. Zagadnienie to mogliśmy na razie ująć jedynie z punktu widzenia samych badanych, nie kusząc się o wysnuwanie obiektywnych wniosków.

Spośród 69 badanych — z tych, którzy podali, że osobowość ich uległa zmianie — największa grupa wymieniała „nerwowość”, objawiającą się wybuchowością (27), lękami (17), zaburzeniami pamięci (14), obniżeniem nastroju (18).

Tutaj uzyskaliśmy między innymi następujące wypowiedzi: „Z pogodnej, żywej i silnej stałam się zrezygnowana, smutna, całkiem nieodporna na wszystko, nerwowa, rozdrażniona”. „Spoważniałem, nic mnie nie cieszy, zobojętniałem”. „Dokucza mi obojętność, nic mnie nie interesuje, straciłam radość i chęć do życia, mam jakiś nieokreślony żal, niczym nie potrafię się zająć ani przejąć”.

O tym, że w następstwie pobytu w obozie uległa zmianie zasadnicza postawa wobec ludzi i hierarchia wartości, mówiło 26 osób: „Stałem się minimalistą w walce o byt, wystarczy mi, że mam jedzenie, sucho, dach nad głową”.



Ryc. 9. Trudności w adaptacji pobożowej

„Przez dłuższy czas, gdy ujrzałem płaczących na pogrzebie ludzi, śmieszyło mnie to. Myślałem wówczas: ludzie nie powinni płakać, kiedy ktoś umrze normalnie, u nas nie tak umierano”. „Sprawy materialne mają dla mnie teraz mniejszą wartość”. „Stałem się krytyczny, w nic nie wierzę, jestem cynikiem, dziś żaden problem nie jest dla mnie ważny”.

O zmianie swojego nastawienia do ludzi mówiło 34 badanych; spośród nich u 21 można by tę zmianę określić jako negatywną (i tak też oceniali ją qni sami): „Jestem trudniej kontaktowy, sztywniejszy, nie umiem się bawić, być bez troski, razi mnie, że inni to potrafią”. „Drażni mnie wszelka masowość, nie znoszę tłumu”. „Stałem się mniej towarzyski, męczy mnie rozmowa z ludźmi”. „Stałem się nieczuły na cier-

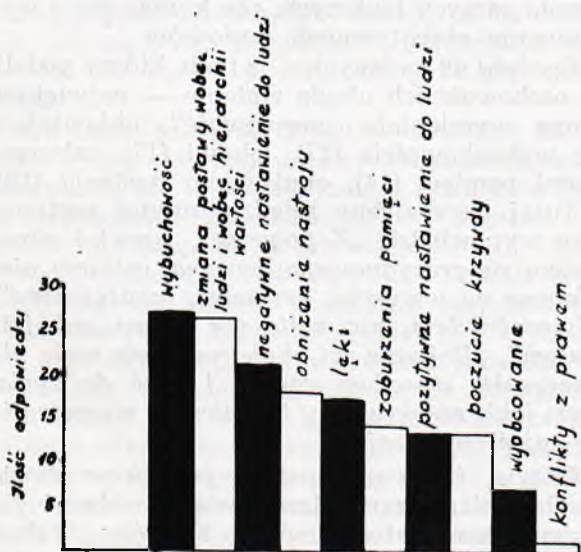
pienie ludzkie, żona się temu czasem dziwi, jestem nieufny w stosunku do wszystkich ludzi, to zawsze zarzucają mi w pracy; tyle człowiek poznał charakterów i raczej widzi ujemne strony, nie wierzy w bezinteresowność i szlachetność z bardzo małymi wyjątkami”.

Swoją zmianę nastawienia do ludzi określiło jako pozytywną 13 badanych: „Powstało szersze zainteresowanie społeczeństwem, zasmakowałem w celowości pracy społecznej i miłości bliźniego”. „Stałem się więcej uczuciowy i wyrozumiały, bo widziałem tortury. Współczuję ludziom, na przykład gdy ktoś jest głodny, wszystko bym mu dał. Po obozie mój tryb życia stał się lepszy, uważam, aby nikogo nie krzywdzić”.

Poczucie krzywdy wysuwało się na pierwszy plan u trzynastu. U jednego poczucie to było tak silne, że aż popadł w konflikt z prawem, walcząc o sprawę odszkodowań aż do ostatnich czasów.

7 badanych wymieniało wyobcowanie jako jedną z najważniejszych zmian w osobowości: „Kiedy wychodziłem z obozu, myślałem, że na ulicach miast będzie pusto, bo tyle przecież milionów wymordowali, zdziwił mnie ruch i ulice pełne ludzi”.

Obecny stosunek do przeżyć obozowych na podstawie przeanalizowanego materiału można ująć następująco: u 29 badanych do tej chwili występują sny lękowe związane tematycznie z obozem, u 24 lęki i myśli natrętne związane z obozem: „Często przed spaniem wspominam, że leżę tak wygodnie, a w obozie było inaczej”. „Często przy myciu wspominam, że mam tu łazienkę, a w obozie...” „Na widok każdego mundurowego jestem na chwilę jak nieprzytomny, przez moment wydaje mi się, że jest to esman”.



Ryc. 10. Zmiana osobowości po pobycie w obozie

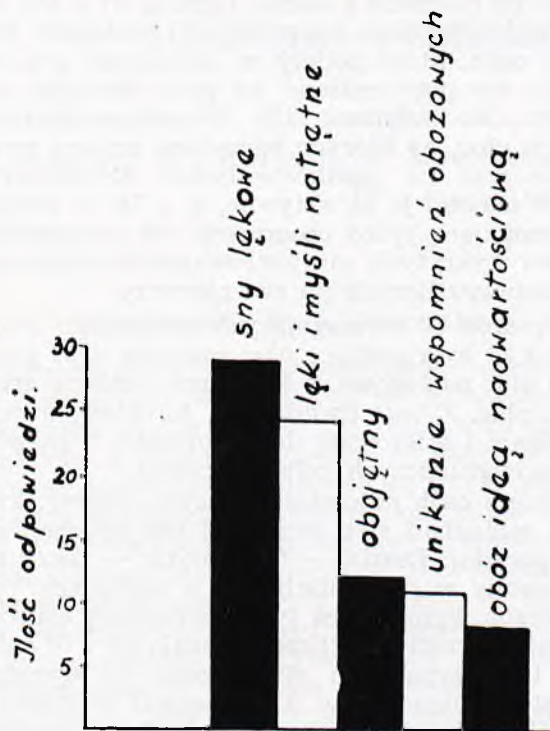
„Przez kilka lat w bramie fabrycznej widziałem bramę obozową”. „Do dzisiaj, kiedy się rozbieram, machinalnie oglądam bieliznę, czy nie mam wszy”. „Często, kiedy szczególnie źle się czuję, widzę jakby przed sobą stosy trupów sinych, bladawych, i szczury”. „Jeszcze długi czas po wojnie wieczorem odczuwałem lęk, że nie zdążę na apel”.

Ideą nadwartościową obóz stał się u 8 osób. Na przykład jeden z badanych spisuje olbrzymią księgę, w której notuje wszystko to, co pamięta lub przeczyta o Oświęcimiu. Wyszukuje on adresy byłych więźniów, nawiązuje z nimi korespondencję, jeździ po całej Polsce dla znalezienia nowych faktów.

Od wspomnień obozowych ucieka jedenastu.

O swym obojętnym stosunku do spraw obozowych mówiło 12 osób.

Należy zaznaczyć, że większość badanych najchętniej wraca do przeżyć obozowych w gronie swych przyjaciół z obozu, a niechętnie mówi na ten temat wobec obcych. U niektórych wspomnienia obozowe lub zwiedzanie pozostałości obozu wywołują głębokie reakcje lękowe, połączone z silnymi kryzysami wegetatywnymi.



Ryc. 11. Obecny stosunek do przeżyć obozowych

Poczucie więzi z byłymi towarzyszami niedoli u większości badanych jest bardzo silne. Swoich przyjaciół obozowych uważają oni często za ludzi bliższych od najbliższej rodziny. Więź ta przekracza, naszym zdaniem, u 22 badanych normalne stosunki międzyludzkie.

Kilkoro badanych podało, że decydującym motywem zawarcia małżeństwa był fakt wspólnego pobytu w obozie: „Z innym człowiekiem nie znalazłabym wspólnego języka”.

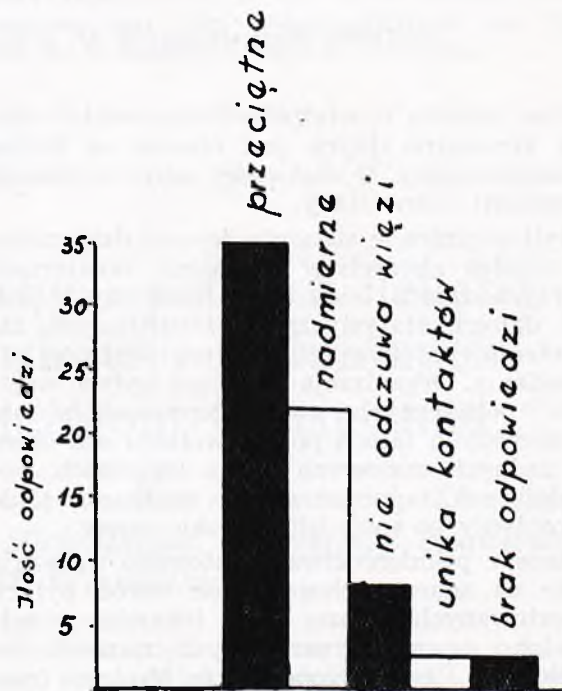
U 35 badanych poczucie więzi można było określić jako przeciętne.

8 osób podało, że nie odczuwa więzi z kolegami obozowymi i nie traktuje ich inaczej niż

innych ludzi, dwóch odnosi się do swoich kolegów obozowych niechętnie i unika z nimi kontaktów.

Zagadnienie dolegliwości poobozowych stanowi odrębny problem i wymaga osobnej analizy, przekraczającej, rzecz jasna, zakres naszego doniesienia.

Encefalopatię w następstwie urazów czaszki stwierdziliśmy u 12 badanych, przewlekłe nerwice o różnym obrazie, pozostające w wyraźnym związku przyczynowym z pobytem w obo-



Ryc. 12. Poczucie więzi z b. towarzyszami obozowymi

zie — u 23, skłonność do reakcji nerwicowych łącznie z dolegliwościami psychosomatycznymi — u 27, psychozy o charakterze reaktywnym, związane z pobytem w obozie — u 3.

Co się tyczy schorzeń somatycznych takich jak gruźlica i gościec stawowy oraz przewlekły alkoholizm, będący prawdopodobnie następstwem nerwicy poobozowej, w obrębie badanej grupy stwierdziliśmy je u 32 osób.

I ostatnią uwagą zamknąć wypada powyższą relację: dotychczasowe wyniki badań mają nadal charakter wstępnego, rozszerzonego doniesienia. Praca nasza wymaga dalszej analizy i ilościowego uzupełnienia materiału i w tym kierunku przeprowadzamy dalsze badania, uwzględniając oczywiście dotychczasowe piśmiennictwo naukowe związane z tematyką obozową.

Autorzy niniejszej pracy składają serdeczne podziękowanie Zarządowi ZBoWiD-u w Krakowie, Klubowi Oświęcimskiemu, a szczególnie dr Stanisławowi Kłodzińskiemu i red. Tadeuszowi Hołujowi za pomoc w organizowaniu badań i za cenne wskazówki oraz dr Antoniemu Kępińskiemu, docentowi Kliniki Psychiatrycznej A. M. w Krakowie za metodologiczną pomoc w selekcji i opracowywaniu zebranego materiału.

Lek. STANISŁAW KŁODZIŃSKI

były więzień Obozu Koncentracyjnego w Oświęcimiu Nr 20019

Wyniki badań byłych więźniów Oświęcimia w kierunku gruźlicy płuc, przeprowadzonych w 15 lat po wyzwoleniu

(Doniesienie wstępne)

(Z Kliniki Ftyzjatrycznej A. M. w Krakowie. Kierownik: Prof. dr St. Hornung)

Stan zdrowia b. więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych jest obecnie w Polsce niezadowalający. U większości pobyt w obozach pozostawił liczne ślady.

Byli więźniowie stanowią jeszcze dziś znaczny odsetek chorych w szpitalach, sanatoriach i przychodniach lekarskich. Ściślejszych jednak danych statystycznych ilustrujących zagadnienia chorobowości u byłych więźniów nie posiadamy. Organizacja społeczna byłych więźniów politycznych nie przeprowadziła ani w pierwszych latach po wyzwoleniu ani obecnie żadnych masowych badań lekarskich, pozwalających zapoznać się ze skutkami, jakie pozostawiły po sobie hitlerowskie obozy.

Dane z piśmiennictwa światowego wskazują także na znaczną chorobowość wśród byłych deportowanych. Liczne prace lekarskie przedstawione na międzynarodowych zjazdach lekarskich w Paryżu, Kopenhadze, Moskwie (niestety bez udziału Polski) oraz na zjazdach krajowych zajmują się szczegółowo problemami zdrowia byłych więźniów i wysnuwają odpowiednie wnioski. Są nimi odrębne przepisy inwalidzkie, szerokie uprawnienia w zakresie leczenia, protezowanie, umieszczanie w sanatoriach, przydzielanie rent specjalnych itp.

Dla zapoznania się bliżej z zagadnieniem chorobowości gruźliczej przeprowadzono w Klinice Ftyzjatrycznej A. M. w Krakowie w okresie od maja do lipca 1959 roku, a więc w piętnaście lat po wyjściu z obozów, badania sondujące byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim, zamieszkałych w Krakowie. Zdołano zebrać 495 adresów byłych więźniów Oświęcimia. Na wezwanie do badania rentgenowskiego zgłosiło się 389, tj. 78,58% wezwanych.

U 335 przeprowadzono badania klatki piersiowej metodą radiofotografii, u 54 wykonano od razu przeglądowe zdjęcia klatki piersiowej. Zdjęcia radiofotograficzne odczytało niezależnie od siebie trzech lekarzy ftyzjatrów. W wyniku tego badania stwierdzono zmiany gruźlicze u 127 badanych, co potwierdziły później dodatkowo wykonane zdjęcia przeglądowe rtg lub specjalne (warstwicowe, boczne, odrzucone obojczyki).

Wśród grupy 54, u których wykonano bez małego obrazka od razu zdjęcia przeglądowe, stwierdzono zmiany gruźlicze w 27 przypadkach, tj. w 50%.

Łącznie na 389 badanych u 154, tj. w 39%, stwierdzono na zdjęciach rtg zmiany gruźlicze.

101 osób spośród grupy ze zmianami wezwano ponownie, zbierając dokładną anamnezę i badając fizykalnie.

Z anamnezy wstępnej wynika, że sześciu spośród więźniów wiedziało o zmianach gruźliczych w płucach już przed przybyciem do obozu, 29 dowiedziało się o gruźlicy w obozie, a 68 po powrocie z obozu. Łącznie 97 z 389 badanych wiedziało o gruźlicy. U piętnastu jednak osób, które podały w anamnezie gruźlicę płuc, nie potwierdzono jej przy obecnym badaniu. Na podstawie 154 obrazów rentgenowskich płuc, na których odczytano zmiany gruźlicze oraz na podstawie badań dodatkowych u 80 uznano je za aktywne, a u 74 za zmiany wymagające tylko obserwacji. 68 przypadków nowo wykrytych zarejestrowano w poradniach przeciwgruźliczych po raz pierwszy.

Spółród 80 wymagających aktywnego leczenia u 24 była gruźlica płuc rozsiana, u 20 gruźlica płuc naciekowa, u 36 — inne postacie gruźlicy płuc. Z tego dwudziestu, to chorzy świeżo wykryci i skierowani do odpowiednich poradni przeciwgruźliczych celem leczenia.

Osiem osób natomiast stanowili chorzy, którzy zaniedbali swe leczenie i nie zgłaszali się do poradni. Reszta — 52 chorych — leczą się aktualnie w poradniach lub w szpitalach.

Grupa wymagająca tylko okresowej kontroli poradni przeciwgruźliczej składała się z 74 osób. W 18 przypadkach stwierdzono tu wyraźne zrosty opłucnowe, w 9 — nacieki w stadium zwłóknienia i zwapnienia, a w 6 — gruźlicę płuc rozsianą w stadium zwłóknienia i zwapnienia; wreszcie w 41 przypadkach gruźlicę płuc włóknisto-guzkową w stadium zwapnienia i zwłóknienia.

Spółród nich 20 jest zarejestrowanych w poradniach przeciwgruźliczych, 48 nie wiedziało o zmianach w płucach, a pozostałych 6 zarejestrowanych w poradniach nie zgłaszało się do okresowych kontroli.

Porównując wyniki chorobowości gruźliczej u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu ze środowiska krakowskiego, uzyskane w 1959 roku, według grup wiekowych, z wynikami ogólnopolskimi za rok 1957 tych samych grup wiekowych (*Buraczewski*) — uzyskaliśmy następujące dane:

Średnie wartości dla ogółu ludności polskiej r. 1957	%	Wartości u bada- nych b. więźniów Oświęcimia r. 1959
W wieku od 30 do 40 lat	2,9	8,2 %
W wieku od 40 do 50 lat	2,7	13,4 %
W wieku od 50 do 60 lat	2,5	11,7 %
W wieku od 60 do 70 lat	1,8	7,7 %

Przyczyny tak znacznego odsetka gruźlicy płuc występującego w grupie byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu, stwier-

dzzonego jeszcze po 15 latach od wyzwolenia, dają się łatwo wytłumaczyć odległymi skutkami pobytu w obozach oraz niedostateczną troską w pierwszym okresie po wyzwoleniu o zdrowie byłych więźniów.

Przypuszczać należy, że w pierwszych latach po wyjściu z obozów liczba przypadków gruźlicy płuc u byłych więźniów była znacznie większa, a postaci gruźlicy cięższe. Świadczą o tym liczne zgony z powodu gruźlicy notowane w szpitalach i w sanatoriach u tej kategorii ludzi, którzy leczyli się w okresie powojennym, gdy leki przeciwgruźlicze nie były jeszcze w szerszym zakresie dostępne.

W. DENIKIEWICZ, J. KOŚCIUSZKOWA, J. KOWALCZY-
KOWA, J. MOSTOWSKI, E. OPOCZYŃSKI, D. PYTLIK,
T. SZYMAŃSKI

Sylwetki niektórych zmarłych polskich lekarzy i pracowników służby zdrowia zasłużonych w niesieniu pomocy więźniom Oświęcimia:

*M. Bobrzecka, M. Gieszczykiewicz, F. Gralla, S. Kościuszkowa, J. Kowalczyk,
H. Krause, W. Kulesza, J. Malinowski, E. Michalikowa, W. Preiss, Z. Szawłowski,
W. Türschmiedt, M. Werkenthin*

DANUTA PYTLIK

Mgr farmacji Maria Bobrzecka

Mgr farmacji *Maria Bobrzecka*, urodzona 4. II. 1898 roku w Tarnowie, pracę zawodową rozpoczęła w 1919 roku. Od 1927 roku była właścicielką apteki w Brzeszczach. Wśród miejscowego społeczeństwa cieszyła się opinią prawdziwego człowieka, co znalazło specjalnie wyraz w jej działalności zawodowej, charakteryzującej się wybitnie społecznym podejściem do wszystkich potrzebujących pomocy. W okresie przedwojennym przez bezpośredni wkład w akcję oświatowo-odczytową stała się propagatorem postępu w swoim środowisku.

W jesieni 1939 roku władze niemieckie odebrały mgr *Bobrzeckiej* aptekę, pozostawiając ją jednak na stanowisku kierownika apteki.

Okres okupacji uwypuklił szczególnie walory mgr *Bobrzeckiej* jako człowieka i patriotki. Bezwzględne metody stosowane przez okupanta w stosunku do wszystkich bez wyjątku Polaków nie potrafiły zmienić jej postawy. Znalazłszy się w bezpośrednim sąsiedztwie obozu koncentracyjnego Oświęcim, od samego początku oddaje się bez reszty niesieniu pomocy więźniom tego obozu. Formy pomocy były różne, a przede wszystkim polegały na bezpośrednim zaopatrywaniu więźniów z tak zwanych komand zewnętrznych w leki, za pośrednictwem działających w terenie przyobozowych grup kobiet oraz przez kontakty osobiste. Kontakty te z więźniami wykorzystywała mgr Bo-

brzecka nie tylko dla czynnej pomocy leczniczej, lecz — jak świadczą o tym zachowane listy — pośredniczyła ona również w dostarczaniu tajnej korespondencji więźniów ich rodzinom.

Pomimo stałej groźby i niebezpieczeństwa ze strony „gestapo”, z całkowitym zaparciem, ożywiona myślą niesienia pomocy i ratowania więźniów, akcję tę prowadziła przez cały okres okupacji.

Sama członek konspiracyjny grupy PPS włączyła się również w pracę innych działających na terenie Oświęcimia i okolicy grup konspiracyjnych, jak B. Ch. i A. K., przez masowe przekazywanie tym grupom materiałów opatrunkowych i leków. W roku 1944 przyobozowa grupa konspiracyjna PWOK otrzymała z terenu Krakowa „kontakt” na dyrektora bazy leków w Katowicach. Pierwszą partię leków w ilości około 20 kg przewiozła do Brzeszcz łączniczka tej grupy. Następne dwie przesyłki zostały wysłane pocztą dzięki temu, że mgr *Bobrzecka* bez względu na dość poważne niebezpieczeństwo udzieliła adresu prowadzonej przez siebie apteki jako punktu odbiorczego leków. Następnie lekarstwa te w małych porcjach przesyłane były na fikcyjne numery do obozu oświęcimskiego.

Pomimo poważnego zakresu prowadzonej akcji, która oprócz obozu oświęcimskiego i terenu przyobozowego obejmowała poszczególne jednostki przebywające w innych obozach koncentracyjnych i Oflagach na terenie Rzeszy,

potrafiła ona pracy tej nadać taką formę, że do końca okupacji „gestapo” mimo usilnych starań nie było w stanie wykryć źródła tak wydatnej pomocy dla więźniów.

Wydaje się, że działalność okupacyjna mgr *Bobrzeckiej* naświetlić również mogą zachowane listy dziękczynne od poszczególnych więźniów i grupy więźniów węgierskich. Spośród wielu innych cytuję urywek z listu przesłanego do niej bezpośrednio po okupacji przez Związek Byłych Więźniów Politycznych — Oddział w Gliwicach:

„My, nieliczni pozostali przy życiu, pragniemy w tym miejscu z głębi serca podziękować Pani za jej stale nam okazywaną, a z serca szczerzej i prawdziwiej Polki płynącą pomoc. Prosimy więc przyjąć od nas za to wszystko, co Pani dla nas zrobiła, szczerze i serdeczne staropolskie „Bóg zapłać”.

Nie można również pominąć tego, że w okresie wyzwolenia mgr *Bobrzecka* udzieliła wydatnej pomocy materialnej, jak również wydała bezpłatnie lekarstwa dla 195 chorych znajdujących się w tymczasowym szpitalu w Brzeszczach.

Godną najwyższego podkreślenia jest skromność, z jaką mgr *Bobrzecka* podchodziła do swojej działalności okupacyjnej, usiłując raczej ukryć swoje zasługi i uważając ten niewątpliwie trudny i pełen poświęcenia okres pracy za swój normalny obowiązek obywatelski.

Zmarła w Krakowie 27. VIII. 1957 r.

Podobną akcję pomocy więźniom prowadzili nie żyjący już dzisiaj dr med. *Władysław Dziewoński* (zmarł w Kętach w 1946 r.), dr med. *Józef Sierankiewicz* (zmarł w Brzeszczach w r. 1946), mgr farm. *Marian Kwiatkowski* z Oświęcimia, mgr farm. *Eustachy Sokalski*, kierownik apteki w Kętach.

Niezależnie od nich, w porozumieniu z konspiracją przyobozową, udzielali pomocy więźniom w formie leków, odzieży i żywności: dyrektor Ubezpieczalni Społecznej z Krakowa *Zygmunt Klemensiewicz* i jego zastępca płk *Stanisław Plappert*. Obaj zmarli po wojnie w Krakowie.

JANINA KOWALCZYKOWA

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 32212

Prof. dr Marian Gieszczykiewicz

Mimo że obóz koncentracyjny w Oświęcimiu był obozem zagłady — „*Vernichtungslager*”, a każdy rozsądny więzień winien był wiedzieć, że istnieje dla niego jedyna droga wyjścia z obozu, a mianowicie z dymem pieca krematoryjnego, byli tacy, którzy „wbrew nadziei mieli nadzieję”, że się uratują. Co więcej, Niemcy obawiali się, że może przecież ktoś, kto powinien umrzeć, wyjdzie żywy z obozu. Kartoteki takich więźniów znaczone N N (*Nacht und Nebel*, tj. Noc i Mgła). Za takimi więźniami wędrował do obozu wyrok śmierci, aby przyspieszyć i tak pewną śmierć.

Tak było i z profesorem dr *Marianem Gieszczykiewiczem*. Prof. *Gieszczykiewicz*, gdyby

żył, miałby dzisiaj lat 71. Urodził się 21. V. 1889 roku. Studia lekarskie odbywał w Krakowie; mając lat dwadzieścia rozpoczął pracę jako asystent wolontariusz w Zakładzie Mikrobiologii. Po dziesięciu latach był już docentem w tym Zakładzie, po dwudziestu latach pracy objął stanowisko profesora w tym samym Zakładzie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Prof. *Gieszczykiewicz* był autorem szeregu prac z dziedziny bakteriologii, serologii i epidemiologii. Szczególnie cenione są jego prace z zakresu systematyki bakteriologicznej.

Na początku wojny w roku 1939 był ewakuowany do Lwowa wraz z V Szpitalem Okręgowym. Po powrocie do Krakowa od grudnia 1939 roku zaczyna z jednej strony pracę dydaktyczną w postaci tajnego nauczania studentów medycyny, pisze nowoczesny podręcznik naukowy, a oprócz tego intensywnie włącza się w ruch oporu przeciw Niemcom. Działa bardzo odważnie, ma tylko jedną wielką troskę, z której zwierza się żonie, że musiał przerwać intensywną twórczą pracę naukową i to właśnie w okresie, kiedy po doskonałym zorganizowaniu Zakładu mógł w pełni rozwinąć skrzydła swej naukowej twórczości.

Już w listopadzie 1941 roku zostaje aresztowany i więziony na ul. Montelupich aż do czerwca 1942 r.

Po półrocznym trzymaniu w więzieniu został 11 czerwca 1942 roku przewieziony do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu i otrzymał numer obozowy 39197. Do obozu przybył załamany psychicznie: twierdził, że przy lepszej organizacji konspiracyjnej można było uniknąć aresztowania. W obozie znalazł serdecznych opiekunów w osobach lekarzy i studentów medycyny. Umieszczono go rychło na rewirze, aby go lepiej uchronić od ciężkich warunków życia obozowego. Pomyślano nawet o zorganizowaniu dla szpitala maleńkiego laboratorium bakteriologicznego, które miał prowadzić. Po sześciu tygodniach pobytu w Oświęcimiu przyszło wezwanie dla prof. *Gieszczykiewicza* do oddziału politycznego („*Politische Abteilung*”). Wiadome było, co to znaczy. Pisarz rewirowy, chcąc ochronić profesora, napisał na wezwaniu, że jest ciężko chory, niezdolny do transportu („*Transportunfähig*”). Czasem takie odsunięcie wyroku na pewien czas mogło nawet uratować życie. Tymczasem za kilka godzin ponowiono wezwanie z rozkazem, że jeśli profesor jest niezdolny do transportu, to i tak należy go dostarczyć na XI blok natychmiast na noszach. Rozmawiałam z więźniem, który niósł profesora *Gieszczykiewicza* na noszach. Dla ratowania kolegów oczywiście prof. *Gieszczykiewicz* musiał już grać rolę ciężko chorego. Zanim prof. *Gieszczykiewicza* przeniesiono na blok XI, wykonujący egzekucję oficer już odszedł. *Rapportführer Palitzsch* wśród dzikich krzyków „dlaczego tak późno” (była już godzina 11 przed południem), podszedł do noszy i dwukrotnie strzelił do profesora. Zwłoki polecił przenieść na tych samych noszach na

blok XXVIII, skąd koledzy przenieśli go po południu do krematorium.

Tak zginął 31 lipca 1942 roku prof. dr *Marian Gieszczykiewicz*, wybitny uczony polski, niezapomniany profesor, prawy człowiek, nieustraszony w walce o Ojczyznę, którą nade wszystko ukochał.

W aktach *Gieszczykiewicza* Komisji Badania Zbrodni Niemieckich w Polsce znajduje się m. i. zaświadczenie zgonu oraz orzeczenie lekarza obozowego dra *Entressa*, w którym podaje on, że przyczyną śmierci *Gieszczykiewicza* było wyniszczenie w przebiegu nieżyty jelitowego (*Cachexie beim Darmkatarrh*).

TADEUSZ SZYMAŃSKI

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 11785

Dr Franciszek Gralla

Dla ludzi znających stosunki w hitlerowskich obozach koncentracyjnych tylko z opowiadań, opisów, filmów, fakt nienawiści więzionych do wszystkich Niemców wydaje się bezsporny. Tymczasem wśród więźniów, których SS obdarowywała „czerwonym trójkątem” (tzn. przestępca polityczny narodowości niemieckiej), większość składała się z zagorzałych przeciwników reżimu hitlerowskiego, szczyrych demokratów, a często szczyrych patriotów polskich. Jednym z nich był nasz kolega, lekarz Franciszek Gralla.

Dr *Franciszek Gralla* był autochtonem ze Śląska. Urodził się w Gliwicach 2 października 1905 r. Studiował na uniwersytetach w Innsbrucku, Wiedniu i we Wrocławiu, gdzie w r. 1935 uzyskał dyplom lekarza. Specjalizację z zakresu neurologii i psychiatrii ukończył u prof. *Lange*, w Klinice Chorób Nerwowych we Wrocławiu. Do czasu aresztowania mieszkał i pracował we Wrocławiu. Ponieważ jednak nie krył się ze swymi przekonaniami przeciwnika reżimu hitlerowskiego i obracał się w kręgu ludzi o tych samych zapatrywaniach, którzy nie mogli pogodzić się z metodami nazistowskiego gwałcenia godności ludzkiej i niszczenia życia ludzkiego, był przez cały czas prześladowany przez władze hitlerowskie. Przede wszystkim odmawiano mu stałego zatrudnienia tak że pracował w Kasie Chorych na zastępstwach.

Po raz pierwszy został aresztowany po napaści Hitlera na Polskę, tj. we wrześniu 1939 r., jako działacz tamtejszej Polonii. Przebywał wówczas w więzieniu przez 7 tygodni. Po raz drugi aresztowano dr *Grallę* w 1940 r. Aresztowano go we Wrocławiu, w związku z nieudanym zamachem na Hitlera w Monachium. Równocześnie zaaresztowano około 300 osób, uchodzących za politycznie podejrzanych. Dr *Grallę* osadzono wówczas w więzieniu przy *Kletschaustrasse*, skąd po 6 tygodniach został zwolniony. Po raz trzeci aresztowano go w marcu 1941 roku, a następnie, bez przeprowadzenia rozprawy sądowej zesłano do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Podczas jego ostatniego pobytu w więzieniu urodziła mu się córka, której nie zobaczył nigdy.

Do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu

dr *Gralla* przybył w październiku 1941 roku. Jego numer obozowy był 21938. Jak już poprzednio wspomniałem, został uznany za przestępcę politycznego narodowości niemieckiej (*Reichsdeutsch*). To ostatnie zaważyło, że został przydzielony jako lekarz do izby przyjęć szpitala obozowego w głównym obozie. Funkcję tę pełnił do kwietnia 1943 roku. Następnie przeniesiono go do pracy w szpitalu, w obozie izolacyjnym dla rodzin cygańskich, skąd w jesieni tegoż roku powrócił do obozu głównego na blok 28, który był ważną placówką w politycznym życiu więźniów. Tam pełnił funkcję najpierw „blokowego”, a następnie ponownie lekarza w izbie przyjęć. Z racji pełnionych funkcji kol. *Gralla* miał styczność z dość dużą liczbą współwięźniów. Początkowo podchodziło do niego jako do „*Reichsdeutscha*” z pewną rezerwą, wkrótce jednak przekonano się, że jest to solidny, opanowany, chętnie niosący pomoc kolega i cieszył się ogólną sympatią.

Jako lekarz odznaczał się kol. *Gralla* dużą wiedzą z zakresu przede wszystkim neurologii i niezachwianą etyką lekarską. Niósł ofiarną pomoc chorym, którym tak mało można było dać w warunkach obozowych.

Z natury kol. dr *Gralla* był człowiekiem skrytym, raczej małomównym, ostrożnym w swych pociągnięciach, zdyscyplinowanym w stosunku do władz obozowych. Te cechy wyrobiły mu dodatnią opinię u władz SS, co ułatwiało pracę konspiracyjną więźniów na bloku, którym kierował. Trzeba tu podkreślić, że dr *Gralla* współpracował w szpitalu z grupą komunistów dążących do usunięcia więźniów kryminalnych, w większości Niemców, z pełnionych przez nich funkcji i izolowania ich od wpływu na życie obozowe. Nie znosił w ogóle ludzi o zapatrywaniach nacjonalistycznych, niezależnie od ich narodowości. Dla pełniejszego odmalowania sylwetki kolegi *Gralli* trzeba dodać, że w codziennym obcowaniu był zawsze zrównoważony i pogodny. Mówił przeważnie gwarą śląską, co stwarzało nastrój rubasznego, zdrowego humoru. Koledzy przewalili go „*Tukaj*”, gdyż zamiast słowa „*tutaj*” — mówił — „*tukaj*”.

Od roku 1944 władze niemieckie zaczęły przeprowadzać częściową ewakuację obozu. W sierpniu 1944 roku, wraz z grupą innych więźniów, kol. *Gralla* został ewakuowany do obozu koncentracyjnego w Hamburg-Neuengamme. Numer obozowy w Neuengamme miał 47887. Na kilka dni przed zakończeniem działań wojennych obóz ten zlikwidowano i około 8 500 więźniów załadowano na okręty „*Cap-Arcona*” i „*Tillbeck*”. W dniu 3 maja 1945 roku statki te zostały zbombardowane przez samoloty alianckie. Zdolało się uratować jedynie około 700 więźniów.

Dr *Gralla* był na „*Cap-Arconie*”, zajmował kabinę wraz z 11 współwięźniami różnych narodowości, spośród których ocalał Polak dr *Okla*.

Kolega dr *Franciszek Gralla* zginął na pięć dni przed zakończeniem wojny. Zginął szczyry demokrat, mądry, etyczny lekarz, szlachetny człowiek, niezapomniany kolega obozowy.

JANINA KOŚCIUSZKOWA

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 36319

Dr Stefania Kościuszkowa

Dr Stefania Kościuszkowa ukończyła gimnazjum w Jaśle. Dyplom doktora medycyny uzyskała w roku 1924 na Wydziale Lekarskim U. J.

Jako absolwentka medycyny, a następnie jako lekarka pracowała na Oddziale Dziecięcym Szpitala św. Ludwika, prowadzonym przez prof. Bujaka.

Po uzyskaniu specjalizacji ze względów rodzinnych przeprowadziła się do Łańcuta, gdzie pracowała jako pediatra.

W r. 1929 ukończyła w Warszawie kurs przeciwgruźliczy, po którym zorganizowała jedną z pierwszych na prowincji poradni przeciwgruźliczych, oddając do dyspozycji aparat rentgenowski, prowadzony przez jej męża.

Przy pełnej gorliwości i bezinteresownej pracy obojga poradnia obsługiwała nie tylko powiat łańcucki; również i z sąsiednich powiatów przyjeżdżali chorzy. Nawet ówczesni przedstawiciele rządu byli zainteresowani tą placówką i w czasie pobytu w Łańcucie zwiedzali ją. Była to jedna z pierwszych jaskółek poradnictwa p/gruźliczego.

Po śmierci męża przeniosła się w r. 1934 do Rabki, gdzie pracowała na oddziale dziecięcym Oficerskiego Domu Wypoczynkowego. Następnie prowadziła internat dla dzieci na warunkach dzisiejszego prewentorium za odpłatnością U. S.

Nadeszła wojna, w Rabce zabrakło lekarzy. Dr Kościuszkowa pracowała z najwyższym poświęceniem, nie cofając się też przed pomocą dla partyzantów. Po wojnie otrzymała pośmiertne odznaczenie i nominację na podporucznika z pseudonimem „Biała”.

W czerwcu 1942 r. rozszalało się gestapo rabczańskie, wpadli na ślad organizacji, pewnej nocy aresztowali kilkanaście kobiet i kilku mężczyzn, a wśród nich i dr Kościuszkową.

Wywieziono ją do „Palace” w Zakopanem, stamtąd po ciężkich przesłuchiowaniach i katowaniach została wywieziona do więzienia w Tarnowie i w bardzo krótkim czasie — dnia 28. VII. 1942 r. — do Oświęcimia. W drodze opiekowała się swymi towarzyszkami, które kolejno umierały na jej rękach.

Sierpień 1942. Najcięższy okres dla więźniarek: przenoszono je właśnie ze *Stammlagru* do Birkenau. Umieszczone w murowanych z gliny i kamieni barakach, w których wyginęło kilkanaście tysięcy jeńców radzieckich, znalazły się na dnie nędzy.

Głód, brud, wszy, brak wody, brak możliwości mycia i prania — rozpętały szereg chorób. Nie było lekarstw. Służba zdrowia zaczynała się dopiero organizować.

Otwarto pierwsze bloki rewirowe, ale rzadziły tam Niemki z czarnymi i zielonymi znakami, ze „*Schwester*” Klarą na czele. Chorych Polek początkowo nie chcieli przyjmować na rewir, mogły one korzystać tylko z pomocy ambulatoryjnej.

Krok za krokiem, powoli zdobywały Polki stanowiska na rewirze, zaczynając od „*Nacht-*

wache” i sprzątaczek (w języku obozowym „*putzerki*”). Dzięki ofiarnej i uczciwej pracy, pod koniec r. 1942 rewir, wyswobodzony z rąk Niemek, objęły kobiety polskie.

Dr Stefania Kościuszkowa była pierwszą lekarką-więźniarką, ale zaczynała pracę jako „*Nachtwache*”, tj. od wynoszenia kubłów. Upadała pod ciężarem dzwiganych wiader, ślizgając się po rozmokłym klepisku baraku. Podłóg, nawet ceglanych, wtenczas nie było.

Nie wolno jej było przyznać się oficjalnie, że jest lekarką. Ale ze stanowiska „*Nachtwache*” nie ustępowała, bo tylko pełniąc tę funkcję mogła pomagać swoim chorym koleżankom.

Miedzy wynoszeniem wiader a uprzątnięciem trupów znalazła zawsze czas na zbadanie chorych ukradkiem. Złapała ją przy tej niedozwolonej czynności „*Schwester*” Klara, spoliczkowała i wyrzuciła z rewiru.

Dr Kościuszkowa zaczęła pracować jako lekarka blokowa na *lagrze*. W tym czasie chore bały się rewiru, więc każda pomoc na blokach była przyjmowana z wdzięcznością.

Niesie pomoc o każdej porze dnia i nocy. Wdrapuje się na wysokie koje, zna tajemnice zdobywania lekarstw. Na rewirze nie było w tym czasie kranów z wodą. Organizuje więc zanoszenie tam upragnionej wody i ziółek. Stwarza warunki choć trochę zbliżone do ludzkich. Gdy nie było lekarstw, czasem i dobre słowo dodawało otuchy i ratowało życie.

Dużo serdecznych słów poświęciła jej *Seweryna Szmaglewska* w „*Dymach nad Birkenau*”. Píše tam m. i. na stronie 42: „*Jej siwiusiennie włosy i wymizierowana twarzyczka widocznie są ciągle wśród najcięższych chorych. W iluż oczach zjawienie się tej drobnej postaci budzi ciepły blask ufności i otuchy. W jej ruchach, postawie i wyrazie twarzy widać, że pełni tu swą świętą służbę. Wydała najwyraźniejsze instrukcje, że chce być budzona o każdej porze nocy, gdy tylko ktokolwiek będzie tego potrzebował. Chore wiedzą o tym. Czują się bezpieczne pod jej dobrotliwą opieką... o wiele lżej chorować, o wiele lżej umierać pod drżącymi z troski dłońmi takiej lekarki. Przychodzi jednak dzień, w którym lawina śmierci zabiera dobrą doktor Kościuszkę, pozostawiając setki tysięcy wyczekujących jej daremnie chorych*”.

Oto w styczniu 1943 r. dr Kościuszkowa ciężko zachorowała. „*Durchfall*” (biegunka), niewyleczone odmrożenia, do których dołączyły się ropnie i róża, zabiły ją dnia 11 stycznia 1943 r.

WŁADYSŁAW DENIKIEWICZ

Doc. dr Jan Kowalczyk

Docent dr Jan Kowalczyk urodził się dnia 22. VI. 1903 r. w Krakowie. Studia lekarskie ukończył na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. W chirurgii kształcił się pod kierunkiem prof. *Glatzla*. Był nie tylko jego uczniem, ale i najbardziej oddanym przyjacielem. Nie opuścił swego mistrza w chwilach dla niego najbardziej trudnych, pozostając mu

wiernym w czasie jego ciężkiej i długiej choroby aż do jego śmierci.

Habilitowany po wojnie, był niezwykle starannym lekarzem, świetnym diagnostą, opanowanym i rozważnym chirurgiem, oddanym wyłącznie pracy szpitalnej i klinicznej. Jako pracownik naukowy odznaczał się niezmierną sumiennością, nie znosił powierzchowności i blagi naukowej. Pozostawił po sobie około 30 prac naukowych, które są wzorem staranności i wnoszą zawsze twórcze elementy do skarbcza wiedzy lekarskiej. Mimo że nie doczekał się własnego warsztatu pracy, wychował szereg uczniów, których szkolił starannie w chirurgii i wdrażał do pracy naukowej. Przez krótki czas z ramienia Wydziału Lekarskiego prowadził Oddział Chirurgiczny Szpitala Miejskiego OO. Bonifratrów. Niewielki oddział został podniesiony do rangi dobrej kliniki.

Odnaczał się nieprzeciętną inteligencją oraz szerokimi i różnorodnymi zainteresowaniami. Był znawcą literatury pięknej i prądów filozoficznych, numizmatykiem, filatelistą.

Tym większej wagi nabiera jego działalność konspiracyjna w okresie okupacji hitlerowskiej. Świadomy niebezpieczeństwa, ryzykując każdej godziny własne życie, oddaje się jako lekarz do dyspozycji Ruchu Oporu. Niesie o każdej porze dnia i nocy pomoc chorym i rannym żołnierzom Polski Podziemnej. Działaczy, którym grozi aresztowanie, przyjmuje wspólnie z prof. Glatzlem pod fikcyjnymi nazwiskami do pozornego leczenia w Klinice, a później w Lecznicy Związkowej i w Domu Zdrowia. Czasem nawet ze względów bezpieczeństwa pozorują operację wyrostka lub jakąś inną, zależnie od potrzeb, przecinając pacjentom powierzchownie skórę. W okresie, kiedy powstały regularne oddziały partyzanckie, dr Kowalczyk jest lekarzem „Żelbetu”. Operuje między innymi przywiezionego z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego prosto z oddziału leśnego „Żelbetu” kaprała „Rezułę” — *Tadeusza Żuwałę*. Operacja odbyła się w lecznicy przy ul. św. Filipa. W czasie, kiedy wewnątrz obozowa organizacja obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu (pod przewodnictwem *J. Cyran-kiewicza*) nabrała dostatecznej sprężystości i rozpoczęła organizowanie planowych ucieczek więźniów z obozu, niemal wszyscy ci więźniowie przybywający do Krakowa byli poddawani badaniu lekarskiemu. Jednym z wielu lekarzy, który badał zbiegów, był dr *Jan Kowalczyk*. Udzielał im pomocy lekarskiej i usuwał chirurgicznie numery obozowe. W ten sposób pozbawił „obozowego dowodu osobistego” *Tomka Sobańskiego* i *Kostka Jagiełłę*, *Szymka Wojnarka* i *Austriaka* — komunistę „Pepiego” — *Józefa Meisela*, obecnego sekretarza komunistycznej partii Austrii. Kiedy w lipcu 1943 roku *Marian Bomba*, komendant okręgu GL PPS i dowódca bojówek oświęcimskich, w walce z policją na ulicy Dietla zostaje ciężko ranny, jeden z wypróbowanych chirurgów odmawia pomocy, bojąc się zbyt wielkiego ryzyka, gdyż całe gestapo i inne formacje policyjne postawiono na nogi, żeby ująć rannego.

Kierownictwo organizacji zwraca się wówczas do dr *Kowalczyka* i ten nie waha się ani chwili. Bez niepotrzebnych słów zabiera swoją walizkę z narzędziami i udaje się do mieszkania, w którym leży chory. Leczenie prowadzi przez cały okres choroby i w kilka miesięcy później *Marian Bomba* może już przejść dwie zielone granice i udać się do Budapesztu, skąd zresztą wkrótce wraca i dalej kontynuuje nieugiętą walkę z okupantem i akcję pomocy dla obozów koncentracyjnych, szczególnie Oświęcimia. *Marian Bomba* zmarł wiosną 1960 r.

Doc. Kowalczyk zmarł na zawał mięśnia sercowego 26 kwietnia 1958 r. Gorący patriota, wybitny lekarz, naukowiec i wychowawca, człowiek w najszlachetniejszym tego słowa znaczeniu, służący wszystkim potrzebującym jego pomocy bez względu na rasę, wyznanie czy przekonania polityczne.

EDWIN OPOCZYŃSKI

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 160922

Dr Henryk Krause

Pochodził z Kielc, gdzie w latach przedwojennych pracował w ówczesnej Ubezpieczalni Społecznej, mając opinię życzliwego lekarza. Jako Żyd znalazł się w Oświęcimiu — Brzezince, gdzie prawie od pierwszych chwil za skarbił sobie zaufanie i szacunek współwięźniów. Pracował ofiarnie i bezinteresownie. Wywieziony do innego obozu koncentracyjnego zginął w nieznanych okolicznościach.

Dr Witold Kulesza

Spokojny, zawsze opanowany, bezgranicznie oddany chorym, budził ogromne zaufanie jako człowiek i jako lekarz. Pracował w *Krankenbau* w Brzezince prawie od chwili jego powstania. Losy jego w obozie związane są z historią cygańskiego obozu rodzinnego, gdzie pracował przez 16 miesięcy. Z chwilą likwidacji obozu cygańskiego *Häftling Oberarzt* dr Witold Kulesza przewieziony został z bloku cygańskiego do karnej kompanii, skąd koledzy i przyjaciele uratowali go, umieszczając z powrotem w szpitalu w Brzezince.

Rozmawiając z chorymi wzbudzał w nich chęć przetrwania, wzbudzał ochotę do dalszego życia i walki.

Przeżył obóz i po wojnie jako ciężko chory człowiek osiadł w Ostrowiu Mazowieckim, gdzie zmarł po kilku zawałach mięśnia sercowego.

Dr Jan Malinowski

Pochodził ze wsi w okolicach Krosna. Studiował na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie w latach 1921—1927. W czasie studiów

nieżał do ugrupowań młodzieży postępowej; jak wynikało z jego wypowiedzi, był bliskim współpracownikiem *Wandy Wasilewskiej*. Po studiach osiadł w Łodzi; prócz pracy zawodowej pracował społecznie w Towarzystwie Uniwersytetu Robotniczego i w robotniczych klubach sportowych. Ci, którzy go znali, opowiadali, że nigdy nie miał pieniędzy, oddając prawie całe swe dochody na pomoc dla biednej studiującej młodzieży.

W roku 1939 uciekł z Łodzi i osiedlił się w Radomiu, gdzie został aresztowany i po długim pobycie w radomskim więzieniu przybył do Oświęcimia w czerwcu 1943 r. W początkowym okresie pobytu w obozie był kilkakrotnie wzywany do wydziału politycznego, skąd zawsze wracał pobity. Przeżył te nigdy go nie załamały; był z natury pogodny i zawsze pełen wiary w zwycięstwo sprawiedliwości społecznej.

Po przeniesieniu *Krankenbau* do nowych baraków pracował na oddziale zakaźnym do stycznia 1945 r. Niesłuchanie skromny, uczynny, dzielił wszystko, co posiadał, między otoczenie. W styczniu wywieziony został w głąb Niemiec. Natychmiast po zakończeniu wojny wrócił do kraju i objął stanowisko dyrektora szpitala w Legnicy. Był pełen entuzjazmu i zapału do pracy; liczył wówczas 44 lata. Cierpiał na bezsenność. Pewnej nocy siadł na parapecie okna i zasnął. Nagle obudzony, stracił równowagę i spadł z drugiego piętra, ponosząc śmierć na miejscu.

(Wspomnienie kol. *Kazimierza Smolenia*).

JANINA KOŚCIUSZKOWA

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 36319

Dr Ernestyna Michalikowa

Dr *Ernestyna Michalikowa* ukończyła Wydział Lekarski U. J. Pracowała na Oddziale III Ginekologiczno-Położniczym Szpitala św. Łazarza przez kilka lat; następnie pracowała jako lekarka-ginekolog.

Z zamiłowaniem oddawała się lotnictwu. Razem z mężem, lekarzem lotnikiem, mieli własną awionetkę i latali do Hiszpanii, Węgier, Bułgarii, nie licząc różnych przelotów po Polsce.

Po wybuchu wojny została sama; mąż, jako lekarz wojskowy, po ukończeniu działań wojennych znalazł się za granicą.

Oddała się całym sercem pracy w organizacji. Nie mając nikogo z rodziny, może zbyt odważnie czy nierozważnie brała udział w sprawach, z jakimi tylko do niej się zwracano. Oddała na użytek organizacji całe swoje mieszkanie. Odbywały się tam zebrania, była redakcja gazetki, radio, aparat do powielania, z całym zapasem tub z pastą. *Kennkarty*, blankiety do wystawiania fałszywych metryk i pieczęcie z najrozmaitszych kościołów dopełniały resztę. Toteż obfite żniwo miało tam gestapo, gdy w nocy 22. II. 1942 r. znalazło się w jej mieszkaniu.

Sami gestapowcy zdumieni byli ważkością dowodów, które znaleźli. Nazwali tę sprawę „*Afäre Michalik*”. Kocioł trwał trzy dni. Nie-

stety aresztowano około 100 osób, z których niewiele przetrzymało obóz.

Przez rok przebywała w więzieniu przy ul. Montelupich, początkowo nie była dopuszczona do żadnej pracy, była nawet zamknięta w ciemnicy.

Przez ostatnie trzy miesiące pracowała jako lekarka więzienna na Oddziale Kobięcym w Zakładzie im. Helclów.

W maju 1943 r. została przewieziona do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Zastała już rewir zorganizowany, prowadzony przez lekarzki Polki i polskie pielęgniarki. Dzięki temu, mimo że przydzielona była do S. K. (*Strafkommando*) i miała na plecach naszyte czerwone kółko w białym otoku (*Fluchtpunkt*), mogła pracować jako lekarka na rewirze.

Została przydzielona do ambulansu. Tamtędy przechodziły wszystkie chore, które miały być przyjęte na rewir. Dzięki jej stanowczemu i odważnemu podejściu mogły być przyjmowane na rewir nie tylko ciężko i beznadziejnie chore, ale także wyczerpane i wynędzniałe więźniarki, którym ucieczka od apelu i pracy na „*Aussen*” ratowała życie. I zapełniał się rewir starymi i młodymi. Polki i Jugosłowianki, Francuzki i Rosjanki mogły leczyć się i ratować życie. Dla każdej narodowości był wstęp wolny. Znikł wreszcie szowinizm niemiecki.

Nie łatwa była praca w ambulansie pod ustawicznym ostrzałem niemieckich „*Schwester*” i „*Aufseherek*”, które kontrolowały i wtrącały się do przyjmowania chorych. Ale przy dobrej woli i życzliwości dr *Michalikowa* zrobiła dużo dobrego.

Następnie pracowała jako chirurg, zapoczątkowując późniejszy oddział chirurgiczny obozu kobiecego w Birkenau. Niestety nie doczekała otwarcia pełnego oddziału chirurgicznego, który z takim oddaniem organizowała.

Wyczerpana długim więzieniem i życiem obozowym, zniszczona „*durchfallem*” uległa gruźlicy. Zmarła w listopadzie 1943 roku.

JANINA KOWALCZYKOWA

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 32212

Dr Witold Preiss

Dr *Witold Preiss* urodził się dnia 19. I. 1908 r. w Brylińcach koło Przemyśla. Studia lekarskie odbył w latach 1926—1934. W czasie studiów pracował jako asystent przy katedrze patologii ogólnej i eksperymentalnej U. J. Pracował równocześnie w Pogotowiu Ratunkowym. Staż chirurgiczny odbywał najpierw w Szpitalu Wojskowym, a następnie w Szpitalu im. Narutowicza w Krakowie, gdzie później został zaangażowany już jako lekarz na stałe. Aż do wybuchu II wojny był również stale asystentem Zakładu Patologii U. J.

Wstępuje w szeregi organizacji Z. W. Z. Nie waha się nigdy przed podejmowaniem najtrudniejszych zadań, jakie organizacja na niego nakłada. Powiązania organizacji były duże, praca niebezpieczna i odpowiedzialna. Zaczęły się aresztowania. Dr *Witold Preiss* został wraz

z żoną i służącą dnia 4. XII. 1941 r. aresztowany. Dzieci, które gestapowcy mieli zamiar początkowo oddać do żłobka, na usilne prośby zgodzili się oddać pod opiekę matki dra *Preissa*. Bardzo ciężkie były godziny przesłuchań, które odbywały się nie tylko na *gestapo* przy ul. Pomorskiej. Oprawcami, którzy przesłuchiwali i bili na *gestapo*, byli *Johann Wośny* (przed wojną *Jan Woźny*) ekonom ze Śląska oraz *Christiansen*, prawdopodobnie Duńczyk. Dwa razy przywożono *Preissa* do jego własnego mieszkania, raz przetransportowano go do Warszawy, a raz do Cieszyna. Aresztowano wtedy mniej więcej na przestrzeni 3 tygodni około 60 osób. W pierwszym okresie przesłuchań był tak zbity, że nawet sami Niemcy proponowali mu odesłanie do szpitala, z czego nie chciał skorzystać i wołał zostać w celi. Przed jego matką, która chodziła na *gestapo*, by choć jakichś skąpych wieści zasięgnąć, nazwali go *gestapowcy* „dumnym i hardym Polakiem”. Początkowo siedział w więzieniu przy ul. Montelupich, gdzie skutecznie pomagał zwłaszcza chorym kobietom — więźniarkom.

Dnia 16 czerwca 1942 r. został z transportem odesłany do Oświęcimia, niestety już z wyrokiem śmierci. W obozie otrzymał numer 39594.

Jak dzielnie się trzymał i zachowywał w obozie, opowiadała najbliżsi współtowarzysze obozowi, szczególnie najbardziej z nim zżyty *Stanisław Głowa*. Dr *Witold Preiss* był na bloku 20 więźniem-lekarzem. Jako lekarz starał się w miarę swoich skąpych możliwości pomagać chorym więźniom, dzielił lekarstwa, zastanawiając się zawsze nad tym, któremu z chorych są bardziej potrzebne. W tajemnicy wykonywał operacje, nacinał ropowice, które w tamtejszych warunkach były częstym schorzeniem i podtrzymywał innych na duchu. *Witold Preiss* przeczuwał swoją śmierć, gdyż często mówił do *Stanisława Głowy*: „będziesz widział, oni nas wszystkich rozłupią”. 21 września 1942 roku *Stanisław Głowa*, jako pisarz blokowy, miał go wraz z innymi wybranymi więźniami dostarczyć rano do „*Politische Abteilung*”. Od wieczora nie mógł się zdecydować na powiedzenie mu tej okropnej wiadomości. Nie spał całą noc. Dopiero nad ranem odważył się to powiedzieć, na co *Witold Preiss* odrzekł, że też nie mógł spać i gnębiły go jak najgorsze przeczucia. Poszedł z innymi na oddział polityczny. Kiedy w godzinę później szli wszyscy na blok XI już na pewną śmierć, podtrzymywał, prowadząc pod rękę, „muzułmanina”. Przechodząc obok bloku 20, gdzie stał *Stanisław Głowa*, dał znak, przytykając palec do skroni, że idzie na rozstrzelanie. *Stanisław Głowa* widział po egzekucji na bloku 28 jego zwłoki, które czekały na spalenie. Otrzymał strzał w tył głowy, z bardzo bliskiej odległości. Został spalony w tzw. małym krematorium. Wyrok wykonał *SS-man Rumun*, niski brunet, którego wszyscy znali.

Zona, która tymczasem została wypuszczona, otrzymała lakoniczny telegram: „Mąż zmarł w obozie”. Krewny dr *Witolda Preissa Juliusz Twardowski*, pracujący wówczas w R. G. O.,

zwrócił się z zapytaniem do Komendy Obozu w Oświęcimiu, jaka była przyczyna jego śmierci. Przyszła odpowiedź: „*Kachexie beim Darmkatarrh*”, tj. wyniszczenie przy katarze kiszki.

(Szczegóły biograficzne o dr *Witoldzie Preissie* podała aresztowana z nim wspólnie żona *Krystyna Preissowa*).

EDWIN OPOCZYŃSKI

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 160922

Dr Zbigniew Szawłowski

Warszawianin, był w Brzezince lekarzem w jednym z bloków szpitalnych, a potem naczelnym lekarzem bloku 18. Wychowanek CWSan'u, sam niesłuchanie zdyscyplinowany, żądał też od innych dyscypliny. Pod pokrywą szorstkości i bezwzględności kryło się miękkie i przyjazne serce dobrego człowieka i młodego lekarza: liczył wówczas około 27 lat. Mimo pozorów zdrowia, miał rozległe zmiany gruźlicze w płucach. W Brzezince, a potem w Litomierzycach w Sudetach czeskich, przechodził kilkakrotnie krwotoki płucne. Przeżył obóz, lecz w kilka miesięcy po zakończeniu wojny zmarł w jednym z sanatoriów przeciwgruźliczych. Trudne i nieludzkie warunki obozowe stawiały lekarzom szczególne zadania do wykonania i bardzo wielu z nich zadania te wykonywało nawet kosztem własnego zdrowia i życia.

JERZY MOSTOWSKI

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 17221

Dr Wilhelm Türschmiedt

Niemieckie nazwisko dr *Türschmiedta* i plotkarskie wersje, że był „*Reichsdeutschem*” budziły w owym czasie u osób, które go znały z lat poprzednich pewną rezerwę i wstrzeźliwość. Znał go cały Tarnów. Był przecież od roku 1927 dyrektorem Szpitala Powiatowego. Doskonały chirurg i świetny internista. Był człowiekiem o dużym sercu, wrażliwym i czułym na mękę i niedolę bliźnich. Pacjenci ze środowiska robotniczego i chłopskiego najczęściej szukali u niego rady i opieki.

Wersje o jego obywatelstwie niemieckim pogłębiał fakt przynależności do narodu niemieckiego jego żony. Dwóch synów kształcił w polskich szkołach. To, że czuł się Polakiem i boleśnie odczuwał okupacyjne represje, znał z potwierdzenia w jego postawie zajętej wobec własnej żony, z którą potem zerwał.

Związany z Tarnowem i jego ludźmi nie odmówił przedstawicielom ruchu podziemnego swojej pomocy; mało tego, zaczął brać czynny udział w organizowaniu i rozwijaniu oddziałów A. K. Jego mieszkanie w sympatycznej willi przy ul. Starowolskiego było nieraz miejscem spotkań członków sztabu organizacji tarnowskiej. Wersja o jego niemieckim pochodzeniu była w swoim czasie niezłą zasłoną dymną przeciw inwigilacji agentów i szpicli *gestapo*. Cóż z tego. Nadszedł dzień, kiedy *gestapowskie* hieny wyczuły, że ten „ich człowiek” — to jed-

nak walczący Polak. Dowody były niezaprzeczalne. Dr *Wilhelm Türschmiedt* znalazł się w więzieniu tarnowskim, a stamtąd został po słynnych przesłuchaniach przy ul. Urszulańskiej w *gestapo* zesłany do obozu w Oświęcimiu. Otrzymał kolejny numer 11461. Tu w obozie lekarz-fachowiec miał nie tylko pełne ręce roboty, ale też niebyłe jakie zadanie do spełnienia wobec swych rodaków pod względem moralnym i politycznym. Pamiętam go z ostatnich miesięcy roku 1941 na bloku 21. Jeden z więźniów pracował wtedy w komendzie DAW-u i podczas pracy skaleczył się dłutem w palec. Po dwóch dniach powstał obrzęk palca. Chory zgłosił się na „*Krankenbau*” i w ten sposób znalazł się na sali dr *Türschmiedta*. Po założeniu opatrunku po 3 dniach stanął przed nim do przeglądu. Dr *Türschmiedt* popatrzył swymi jasnymi niebieskimi oczami spod krzaczastych brwi. Ostrożnie zdjął ligninę z ichtiolem z palca i obejrzał go. „Nie jest tak źle, synku, krajać nie będziemy”. Gdy chory ujrzał kawałek nagiej kości otoczonej martwiczą tkanką, zawirowało mu w głowie, zobaczył jakieś płatki czerwone i żółte i osunął się na podłogę ambulatorium. Otworzył po chwili oczy i nad sobą zobaczył teraz skupioną i poważną twarz dr *Türschmiedta*. Ten uszczypnął chorego z uśmiechem w policzek i mruknął: „Już po wszystkim, synku, do wesela się zagoi”. Palec był teraz obandażowany w łupkach. Dr *Türschmiedt*, korzystając z omdlenia chorego, zręcznie i szybko zaopatrzył ranę. Na kolejnej wizycie chory ośmielił się mu powiedzieć, że pamięta go z Tarnowa. Bardzo się ucieszył. Spojrzał ciepłym ojcowskim spojrzeniem. Na pewno myślał o synach. Żywo rozmawiał o tamtych, już minionych chwilach. Każdy, kto mógł mu coś z tego okresu przypomnieć, spotykał się z jego zainteresowaniem i z cenną nieraz opieką. Pamiętam, że mimo otaczającego nas koszmaru dr *Türschmiedt* roztaczał swoiste poczucie humoru i nieraz dowcipu. Lubiliśmy go wszyscy, bo znajdowaliśmy w nim nie tylko lekarza, ale i człowieka, dobrego i zacnego towarzysza niedoli.

Inny więzień znalazł się około połowy września 1941 r. jako chory na „*Krankenbau*” z dość dużą flegmoną lewej stopy. Po nacięciu leżał na dużej ogólnej sali na łóżku 2-piętrowym na I piętrze, początkowo z drugim chorym, a po jego zgonie — sam. Opatrunki robiono w osobnym pokoju opatrunkowym wtedy, kiedy był materiał opatrunkowy. W dni opatrunkowe dr *Türschmiedt* i dr *Pizło* — mimo że nie było przecież warunków normalnego odżywiania, a tym mniej warunków normalnej opieki nad chorymi — pracowali przy chorych od rana do wieczora.

Gdy chory przekonał się, że opatrunki są wykonywane zbyt rzadko, prosił nieśmiało dr *Türschmiedta* o możliwość zabrania ze sobą maści, ligniny i opaski do łóżka. Dr *Türschmiedt* szepcem wyjaśnił, że jest to niemożliwe, natomiast nałożył na rany dużo maści, ligniny i do owinięcia zużył aż trzy opaski. Bez jednej wskazówki z jego strony chory zrozumiał, co

to znaczy i przyszedłszy do łóżka prędko zwinął 2 opaski i zmienił całkowicie opatrunek, chowając pod siennik nadmiar ligniny i zeszkrobanej z ran maści. W ten sposób dzięki cichemu porozumieniu się z dr *Türschmiedtem* mógł, oszczędnie gospodarując, zmieniać sobie codziennie opatrunki, gdyż rany na nodze silnie sączyły.

Gdy po paru dniach dr *Türschmiedt* zobaczył znów chorego na salce opatrunkowej, uśmiechnął się i zapytał tylko: „Wystarczyło?” To było wszystko. Zdawał sobie dokładnie sprawę, że w tych warunkach, jakie mieliśmy pod koniec lata 1941 r., nie był w stanie zrobić nic więcej poza tym, co robił.

Gestapo jednak czuwało. Dr *Türschmiedtem* zainteresował się polityczny oddział. Któregoś dnia w pierwszych miesiącach 1942 r. dr *Türschmiedt* otrzymał wezwanie. Jak się okazało, spod głównej Schreibstuby na bloku 24 popędzono go z innymi na blok 11. I tam pod ścianą śmierci stanął po raz ostatni nr 11461. Rozstrzelano go za to, że walczył i za to, że był i pozostał Polakiem.

(Część szczegółów podał *Tadeusz Sobolewicz*, były więzień obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu).

JANINA KOWALCZYKOWA

były więzień Obozu w Oświęcimiu Nr 32212

Dr Maria Werkenthin

Dr *Maria Werkenthin* urodziła się dnia 21. XI. 1901 roku na Podolu, gdzie ojciec był dyrektorem cukrowni. Dziadek jej był z pochodzenia Niemcem, matka Angielką, jednak dr *Maria Werkenthin* urodzona w Polsce, wychowana po polsku, za swoją Ojczyznę położyła życie: zmarła w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu w roku 1944.

Dr *Maria Werkenthin* ukończyła gimnazjum w Kijowie i tam rozpoczęła studia lekarskie. Po roku 1922 wraca do Polski i tu w bardzo ciężkich warunkach materialnych kontynuuje studia medyczne, pracując na utrzymanie jako laborantka.

Po ukończeniu studiów pracuje jako lekarz radiolog, specjalizując się w gruźlicy płuc i tej specjalności pozostaje wierna przez całe życie. Dzięki swym zdolnościom i wytrwałej pracy zyskuje duży autorytet w świecie — zarówno u lekarzy praktyków, jak i w świecie nauki, mimo iż nie zdążyła zdobyć żadnego tytułu uniwersyteckiego. Profesor *Misiewicz* w pięknym wspomnieniu pośmiertnym, z którego korzystałam do niniejszego opracowania, pisze dosłownie:

„Każda praca dr *Werkenthin*, czy to będzie ustny wykład, czy drukowany artykuł, nosi te same cechy: poczucie odpowiedzialności za podany tekst, należyte umotywowanie wniosków. Ogłasza niewiele, bo tylko 12 prac naukowych, lecz każda z nich jest doskonałym wykładem klinicznym. Profesor *Holzknicht* z Wiednia, z którym współpracowała, uważał dr *Werkenthin*ównę za najzdolniejszego z lekarzy, którzy u niego kiedykolwiek pracowali”.

Szerokie rzesze lekarzy wszelkie orzeczenia wydawane przez dr *Werkenthin* skłonni byli uważać za nieomylne. Cechowała ją wysubtelniona intuicja lekarska, rzadki talent, z którym trzeba się urodzić.

Ogromne zasługi posiada dr *Werkenthin* w szkoleniu lekarzy ftyzjatrów. Tego szkolenia na doskonale zorganizowanych konferencjach kliniczno-radiologicznych nie przerywała również i w czasie okupacji niemieckiej.

Dr *Werkenthinówna* została aresztowana w okolicach Warszawy za złożenie kwiatów na mogile żołnierzy Armii Krajowej. Przebywała w Łowiczu, a potem na Pawiaku, skąd ostatecznie przewieziono ją do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu.

W obozie koncentracyjnym mogłaby zająć uprzywilejowane stanowisko i uchronić się i może przetrwać jako lekarz rentgenolog, bo takich poszukiwano dla prowadzenia masowych kastracji więźniarek. Dr *Werkenthin* zataja swoją specjalność, nie chce współuczestniczyć w doświadczeniach na ludziach i pracuje jako lekarz ambulatoryjny, opiekując się współwięźniarkami.

W lecie 1943 r. przeszła dur plamisty. Po tej chorobie była psychicznie załamana. Reagowała jedynie na dobre wiadomości polityczne, które

towarzyszki fabrykowały, by ją podnieść na duchu.

Gdy pewnego dnia jedna z przyjaciółek udała się do dr *Werkenthin* i stanęła przed jej blokiem, usłyszała głos niemieckiego strażnika „Halt”. W tej samej chwili dr *Werkenthin* zeszła do rowu okalającego cały obóz. Przyjaciółka zaczęła biec, było już jednak za późno. Strażnik strzelił dwukrotnie w chwili, gdy dr *Werkenthin* chciała po nasypie czy raczej skarpie podejść do naelektryzowanych drutów okalających obóz, by tam zapewne w przystępie depresji znaleźć śmierć. Zginęła na miejscu, trafiona w klatkę piersiową. Tego samego dnia przyjechała z Oświęcimia głównego jakaś komisja dla zbadania tej sprawy.

Dla towarzyszek był to tragiczny wypadek, gdyż dr *Werkenthin* bardzo lubiano i szanowano; była bowiem całkowicie oddana swej ciężkiej pracy, prowadzonej w tak trudnych warunkach.

Oddział Radiologiczny Instytutu Gruźlicy w Warszawie, w którym przed wojną pracowała, został dla uczczenia jej pamięci nazwany imieniem Dr Marii *Werkenthin*.

(Część danych uzyskano od *Stanisławy Rachwałowej*, b. więźnia Oświęcimia nr 26281).

JÓZEF BOGUSZ

Słowo końcowe

Gdy czytelnik, zwłaszcza młody, przeczyta ostatnie zdanie i zamknie karty zeszytu, zada sobie niewątpliwie pytanie: jak to było możliwe, że Niemcy, którzy wydali *Goethego*, *Beethovena* i wiele innych wspaniałych umysłów, wymyślili system nie cofający się przed żadnym okrucieństwem, którego celem było wyniszczenie wielu milionów istnień ludzkich? Hańbiący okres hitlerizmu, będący zaprzeczeniem wszelkich ludzkich zasad, na pewno nie jest zjawiskiem łatwym do wytłumaczenia.

Dla nas, lekarzy, ważne jest także wyraźne uświadomienie sobie tego, iż w ten straszliwy system dali się wciągnąć i byli na jego usługach bardzo liczni lekarze hitlerowscy, a wśród nich nie brakło znanych przedstawicieli niemieckiej nauki lekarskiej. Brali oni czynny udział zarówno w przygotowywaniu i wykonywaniu masowego mordowania, jak i w przeprowadzaniu tzw. eksperymentów lekarskich na więźniach obozów. W wyroku Trybunału Wojskowego w Norymberdze w procesie lekarskim nr I z października 1947 r. wykazano dowodnie, że w obozach koncentracyjnych dokonywano takich eksperymentów, jak:

1) trzymano więźniów do 3 godzin w basenach wypełnionych lodowatą zimną wodą lub nagich na polu przez wiele godzin przy temperaturze 0°C dla znalezienia metody postępowania z osobami silnie zmarzniętymi;

2) umieszczano więźniów w komorach ni-

skich ciśnieni dla przekonania się o granicach wytrzymałości człowieka i zdolności do życia w niezwyklej wysokościach;

3) zakażano więźniów malarią i próbowano na nich działania różnych leków;

4) zakażano więźniów żółtaczką zakaźną lub dudem osutkowym (tyfusem plamistym) dla badania ich przyczyny i działania szczepienia ochronnego;

5) rozmyślnie kaleczono więźniów i na rany działano gazem musztardowym (iperytem), aby znaleźć skuteczne leczenie tych ran;

6) wprowadzano do rozmyślnie zadanych więźniom ran, oprócz bakterii ropnych, tężcowych i zgorzeli gazowej, także dla wzmożenia zakażenia opiółki drzewne lub sproszkowane szkło, aby zbadać skuteczność sulfonamidów lub innych leków;

7) wycinano części kości i mięśni jednej osobie i przeszczepiano je innym osobom, aby badać ich regenerację i transplantację;

8) pozbawiano więźniów w zupełności wszelkiego jedzenia i dawano im tylko pić chemicznie spreparowaną wodę morską;

9) wywoływano u więźniów bolesne i ciężkie oparzenia fosforem z bomb zapalających, aby wypróbować działanie różnych leków;

10) podawano potajemnie w pokarmach więźniom różne trucizny lub zabijano ich zatrutymi pociskami, aby zbadać działanie tych trucizn;

11) próbowano różnych metod sterylizacji, które by nadawały się, przy użyciu minimum czasu i trudu, do wywołania niepłodności u milionów osób, np. potajemne naświetlanie promieniami Roentgena jąder lub jajników, wycinanie jąder, wstrzykiwanie formaliny do części rodnych.

(Według J. Olbrychta: „Sprawy zdrowotne w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu”. Orzeczenie wygłoszone przed Najwyższym Trybunałem Narodowym 10. XII. 1947 wydrukowane w Przegl. Lek. 1948, str. 143).

A tych „eksperymentów” dokonywały lub brały udział w mordowaniu więźniów m. in. następujące osobistości niemieckiego naukowego świata lekarskiego z owego czasu:

1. Prof. dr *Karl Gebhardt* z zakładu w Hohenlychen, uczeń sławnego *Lexera*, *SS-Brigadeführer*, przeprowadzał zbrodnicze eksperymenty na więźniarkach obozu koncentracyjnego w Ravensbrück oraz brał udział w opracowaniu metod masowej sterylizacji Żydówek. Wyrokiem Amerykańskiego Trybunału Wojskowego w Norymberdze z 19—20. VIII. 1947 skazany na śmierć, 2. VI. 1948 powieszony w Landsbergu.

2. Prof. dr *Karl Brandt*, *SS-Obersturmbannführer*, odpowiadał za dokonywanie na więźniach zbrodniczych eksperymentów z chorobami zakaźnymi i gazami, był też jednym z głównych organizatorów akcji „eutanazji” czyli masowego mordowania niedorozwiniętych dzieci i umysłowo chorych. Wyrokiem Amerykańskiego Trybunału Wojskowego w Norymberdze w 1947 skazany na śmierć przez powieszenie, 2. VI. 1948 stracony.

3. Prof. dr *Joachim Mrugowsky*, naczelny higienista SS, strzelał pociskami zatrutymi akonityną do więźniów i obserwował ich śmierć wśród męczarni. Też prof. *Mrugowsky* wydał przed wojną książkę o etyce lekarskiej. Skazany w 1947, stracony przez powieszenie w 1948.

4. Prof. dr *Paul Nitsche* brał udział w tzw. „akcji eutanazyjnej”. Wyrokiem Sądu w Dreźnie w 1947 r. skazany na karę śmierci i stracony.

5. Prof. dr *Sigmund Rascher* uzyskał na swą prośbę zezwolenie od Himmlera na przeprowadzanie doświadczeń z zamrażaniem więźniów. Zlikwidowany na rozkaz Himmlera pod koniec wojny w 1945 r.

6. Prof. dr *Ernst von Grawitz*, *SS-Reichsarzt* (naczelnik lekarz SS Rzeszy), wysoki funkcjonariusz niemieckiego Czerwonego Krzyża itd. pośredniczył w sprowadzaniu Cyklonu B do komór gazowych Oświęcimia samochodami ze znakami Czerwonego Krzyża, nadużywając w ten sposób tego znaku. W kwietniu 1945 popełnił samobójstwo.

7. Prof. dr *Karl Clausberg*, ginekolog z Królewca, przeprowadzał masowo sterylizację kobiet przez wstrzykiwanie do części rodnych jakiejś substancji, prawdopodobnie fenolu. Współpracował z nim chemik dr *Gebel*. Zmarł w więzieniu śledczym w NRF 9. VIII. 1957 oczekując procesu.

8. Dr med. i fil. *Johann Paul Kremer*, profesor anatomii w Münster, *SS-Obersturmführer*, brał udział jako lekarz obozowy w tzw. „Sonderaktionen” (np. przy rozstrzeliwaniach). Skazany przez trybunał polski i niemiecki w NRF (29. XI. 1960) na 10 lat więzienia i 5 lat pozbawienia praw obywatelskich.

9. Prof. dr *Werner Heyde* brał udział w „akcji eutanazyjnej”. Do listopada 1959 żył i pracował pod przybranym nazwiskiem dr *Sewada* w Szlezewiku. Rozpoznany i aresztowany w listopadzie 1959. Obecnie odbyło się przeciw niemu śledztwo we Frankfurcie n/Menem.

10. Prof. dr *August Hirt*, *SS-Hauptsturmführer*, dyrektor Zakładu Anatomii w Strassburgu, uzyskał na swą prośbę od Himmlera zezwolenie na wykonanie 150 szkieletów z więźniów Oświęcimia dla swego zakładu.

11. Prof. dr *Hohlfelder*, rentgenolog, brał udział w próbach sterylizacji mężczyzn promieniami Röntgena.

12. Dr *Horst Schumann*, starszy radca lekarski, naświetlał w Oświęcimiu promieniami Röntgena u mężczyzn jądra, u kobiet jajniki.

Los trzech ostatnich, tj. *Hirta*, *Hohlfeldera* i *Schumanna* dotąd nie jest znany.

Są to tylko przykłady bynajmniej nie wyczerpujące pełnej listy ludzi z tytułami akademickimi, którzy brali czynny udział w zbrodniczych akcjach. Niezliczoną ilość stanowili lekarze hitlerowscy, nie posiadający tytułów akademickich.

Hitlerowscy lekarze i naukowcy byli w służbie najstraszliwszego systemu służącego nie leczeniu, lecz zagładzie człowieka, czym zdeptali i pogwałcili podstawowe zasady etyki lekarskiej.

КРАТКИЕ СОДЕРЖАНИЯ

Я. Богуш

ВВЕДЕНИЕ

Я. Сен

Член Главной Комиссии по расследовании
гитлеровских преступлений в Польше

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ ПРАВНЫХ АСПЕКТАХ Т.Н. ЭКСПЕРИМЕНТОВ ГИТЛЕРОВСКИХ
ВРАЧЕЙ СС В КОНЦЕНТРАЦИОННЫХ ЛАГЕРЯХ

Автор приводит обзор основных положений врачебной этики, базирующейся прежде всего на профессиональном гуманизме. Критерия гуманизма являются всегда одни и нераздельные, так же как одной и нераздельной является индивидуальность каждого человека и уважение его личности.

Основоположением этих взглядов является железный закон жизни, на котором опирается этика и целеустремленность врачебной деятельности, направленной на поддержание помощи всем тем кто в ней нуждается, безразлично от того является ли больной другом или врагом.

В гитлеровском бесправном государстве, этот закон жизни был отброшен и заменён понятием категории людей которых „жизнь не стоит их жизни” и которых фашисты лишали жизни во имя ликвидации „непродуктивных потребителей хлеба”. Это делалось во имя „гуманной смерти” (несмотря на то, что в гитлеровском государстве евтаназия была тогда формально запрещена и каралась законом), а безоговорочное убийство было завуалировано такого рода понятием как „специальный отбор” или жаргонными синонимами как „отдельные помещения” или „сортировка”. Неисчислимое количество человеческих жизней которые стали жертвами вышеописанных „понятий” являются показателями глубины профанации гитлеровской „юрисдикции” и лишения фашистской медицины каких либо общепринятых человеческих норм. Автор приводит множество примеров, которые доказывают, что гитлеровские юристы и врачи не считали людьми, тех которые не были причислены к категории „сверхчеловека” и рассматривали их как статистические единицы при составлении счетов на содержание заключённых и при составлении расчётов продукции, или как низшего сорта политических вредителей и биологических паразитов, которых необходимо ликвидировать.

Примерами является: убийства душевно больных в Германии и в Польше, ликвидация недоразвитых и даже „трудных” детей, умерщвление изнурённых и изнеможённых узников концентрационных лагерей, массовые истребления евреев и эксперименты направленные на получение быстрых, дешёвых, массовых но и неуловимых методов стерилизации в целях биологического истребления еврейского народа и доведения до премливой „состояния рождаемости” других народов, главным образом славянских, и наконец множество экспериментов о которых мрачно и красочно рассказывает в своей статье автор.

В. Фейкель

Бывший узник Освенцима № 5647

О СЛУЖБЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОСВЕНЦИМСКОМ ЛАГЕРЕ

В соответствии со всеми идеологическими концепциями фашистские органы здравоохранения организованные через СС в концентрационном лагере в Освенциме имели свою „идеологическую” базу.

Действующие на территории лагеря амбулатории и больничные отделения были образцом контр-агитации со стороны СС на всё то, что из Освенцима проникало в свободный мир. Кроме агитационного фактора, более важным были другие задачи поставленные перед медицинской службой. Она должна была участвовать и помогать в массовом истреблении заключённых. Освенцимская больница также должна была постоянно изолировать инфекционных больных не допуская возникновения эпидемии и перехода её на гарнизон СС.

Руководящим органом службы здравоохранения была комендатура СС. Исполнителем этой власти был главный гарнизонный врач СС. Заместителями главного врача были врачи отдельных лагерных участков входящих в состав освенцимского лагеря. Заниматься врачебной практикой мог только врач СС. Врач этот будучи сообщником и соучастником комендатуры в деле уничтожения заключённых, должен был одновременно создавать иллюзии правильного лечения и таким путём завуалировать совершаемые злодеяния. Но один врач СС не в состоянии был руководить больницей, заниматься администрацией и лечением, оформлять для комендатуры все требуемые документы на умерших и умевлённых заключённых. И поэтому врач СС вынужден был часть своих обязанностей возлагать на врачей из числа заключённых.

Подробнее автор описывает стерилизационные опыты проф. Карла Клоберга и проф. Иоахима Мруговского. Этот последний „учёный” издал в 1939 году книгу о „врачебной этике”, а в 1944 году он был свидетелем расстрела 5 советских военнопленных снарядами заражёнными нитратом аконитина. Борьба со смертью тянулась у этих несчастных жертв 2 часа, а в это время Мруговски хладнокровно наблюдал явления отравления и подробно их описал в своём отчёте. Во время Нюренбергского процесса этот убийца защищался тем, что был властью назначен официальным палачем своих жертв.

Опровергнутые врачами СС общечеловеческие морали и нормы поведения людей были восстановлены судом в т.н. „Нюренбергском Законе” и главным образом в его главе о „врачебном процессе № 1”. Эта глава представляет особый интерес для врачебного мира. В основе вынесенного в этом деле приговора были положены основные идеи Гипократа, опираясь на которых Трибунал разработал детальные условия при которых могут допускаться эксперименты на людях и указаны методы их проведения.

Автор подробно расшифровует эти условия и доказывает, что гитлеровские экспериментаторы больше внимания уделяли тому как низвергнуть общепринятые нормы человеческой морали и законов, чем их соблюдать. Поэтому, пишет автор, Трибунал признал, что опыты проведенные на узниках концентрационных лагерей были яркими показателями злостных нарушении международных договоров, обычаев и норм ведения войн, а также норм вытекающих из уголовных кодексов принятых во всех цивилизованных государствах мира. Опыты проведенные в подобных условиях находятся в жестоком конфликте с международным законом, рождённым обычаями цивилизованного мира и общественной совестью народов.

Главным представителем „власти” узников был т.н. старшина больничного лагеря. Ему подчинялись т.н. старшины отделения, которые, имея на руках продления своей „власти” через СС, могли эту „власть” использовать в разном направлении. Так например, могли они распоряжения и законоположения комендатуры исполнять и заставлять своих подчинённых исполнять точно, быстро и аккуратно, но могли также к этому относиться безразлично, саботировать их или даже проводить диверсионную работу. Все это конечно зависило от моральных и идеологических качеств стражи больницы, его заместителя, старшины отделения и остальных врачей-заключённых.

Поскольку эта должность имела исключительное значение для самозащиты заключённых, то за её овладение происходила борьба между отдельными группами заключённых.

Вначале в освенцимском лагере эту „власть” взяли в свои руки уголовники не врачи, что естественно не могло не отразиться на состоянии здоровья больных.

Обстановка изменилась в 1942 году, когда приехала из Дахау группа заключённых коммунистов, захватившая больничничную власть в свои руки. С этой группой заключённых самым тесным образом сотрудничали польские демократы — врачи и санитары.

Существенную помощь оказывала врачам и санитарам в их борьбе за здоровье и жизнь больного узника — Международная Подпольная Организация Сопротивления.

С. Клодзиньски
Б. узник Освенцима № 20019

РОЛЬ ПОЛЬСКОЙ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СПАСЕНИИ ЖИЗНЕЙ УЗНИКОВ ОСВЕНЦИМА

В коротком вступительном слове автор даёт обзор политики Гитлера во время оккупации направленной на истребление польского населения. Обзор основан на статистических данных.

Польская служба здравоохранения понесла огромные потери неся помощь своему измученному народу. Освенцимский лагерь был местом массового истребления поляков, а сейчас эта территория является братской могилой медицинских работников. Эти самоотверженные люди будучи таким-же узниками как и другие заключённые, погибли спасая жизни своим сотоварищам. Автор в довольно сжатом виде описывает условия при которых протекала работа узников-врачей в т. н. лагерьной больнице.

Работа врачей в Освенциме намного отличалась от обычной работы медработников. Врачи должны были нести всестороннюю помощь узникам. Эта помощь была многогранной: она касалась и моральной поддержки заключённого, заботы о его сне, питанию, одежде, привыканию к лагерной жизни и его умственном развитии. Всё вышеизложенное выше дополняло обычную работу врача. И наконец врачи должны были вести неумолимую борьбу с лжеврачебным аппаратом СС, который

стремил сеять смерть среди заключённых, а не редка путём криминальных лжемедицинских опытов наносили им необратимое увечье и калечество. Работа врача-узника в Освенциме, была подпольной борьбой за человечество и за жизнь людей приговорённых к смерти.

Деятельность узников-врачей была организованной, имела международный характер и была целеустремлённой и направленной на ликвидацию бандитских методов работы СС. Работа врачей была связана с подпольными силами всего лагеря и имела связь с польским подпольем в Сулезии и в т. н. „Генеральной Губернии”.

Врачи-узники руководили нелегальными и полуполигальными акциями направленными против СС.

Врачи глухо немо сопротивлялись распоряжениям лагерных властей.

Работа польских врачей в Освенциме была не только планомерной, но и многогранной, охватывала профилактику, занималась лечением и восстановлением здоровья больных.

Всё это вместе причинялось к тому, что деятельность освенцимских врачей вошла не только в историю медицины лагеря, но и является прекрасной страницей в истории польской медицины.

Я. Ковальчикова
бывшая узница Освенцима № 32212

ДИСТРОФИЯ В КОНЦЕНТРАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ ОСВЕНЦИМ

Автор приводит условия жизни и питания узников концентрационного лагеря Освенцим. Недостаточное количественное питание способствовало возникновению дистрофии. Предлагаемые собственные наблюдения, можно найти в литературе того периода.

В среднем в течение трёх месяцев, постепенно развивалось значительное исхудание. Автор предлагает фотографии взрослых женщин в весом около

ло 36 кг. Наблюдалась атрофия внутренних органов.

Развивались две формы дистрофии: с отёками и сухая.

Автор объясняет патогенез голодных отёков, диарей („Durchfall”) и изменений на слизистой рта.

Особо рассматривает неврологические и психические изменения, описывая образ так называемого „мусульманина”.

Я. Косцюшкова
Б. узница Освенцимского лагеря № 36319

СУДЬБА ДЕТЕЙ В ОСВЕНЦИМСКОМ КОНЦЕНТРАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ

Дети в концентрационном лагере! Когда вдумываешься в только что написанные слова, не верить что это истина. Но, увы это трагическая правда. Десятки тысяч детей прошли через Освенцимский лагерь. Их возраст колебался от новорождённого до 14-летних ребят. Детей прошедших через лагерь можно поделить на группы:

1) Дети умерщвлённые в лоне матери, ибо последние подвергались газированию сейчас-же после прибытия в лагерь, а в более позднем периоде новорождённый умерщвлялся в наполненном водой ведре.

2) С 1944 года новорождённые оставались при жизни, но тяжелейшие бытовые условия ускоряли их гибель.

3) Дети привезённые вместе с массовыми еврейскими транспортом (этапами) умерщвлялись сейчас-же после прибытия в лагерь. Умерщвлялись или в газовых камерах или за живо сжигались в печах крематория.

4) Дети из Литвы и Днепрпетровска насильно отрывались от матерей и вывозились в неизвестные лагеря. Только неличные ребята вернулись оттуда.

5) Несколько сот детей привезённые из Замойской земли (Люблинское воеводство) были целиком истреблены в Освенциме. Спаслись только несколько юношей.

6) Дети из Терезиштадта были сожжены вместе с родителями.

7) Цыганские дети проживали долгие месяцы в т. н. цыганском освенцимском лагере; часть из них около 1000 человек были отравлены газом под предлогом какой-то инфекции, остальная часть была умерщвлена в газовых камерах в 1944 году во время ликвидации цыганского лагеря.

8) Дети из Варшавы. Сразу после Варшавского восстания в августе 1944 года в Освенцимский лагерь было привезено более чем 1000 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. Дети эти изнурённые происшествиями войны и восстания, голодные, недокармливаемые, подвергались часто разного рода инфекционным болезням. Часть этих детей погибла в лагере. Оставшие в живых до сегодняшнего дня ведут борьбу со своими недугами приобретёнными в лагере: с туберкулёзом, ревматизмом и другими отягощёнными болезнями.

9) Наконец последняя группа, это дети „северного типа“ вывозимые в Германию, где передавались немецким семьям в целях поддержания „нации господ“. Эта группа детей для нас затеряна.

Если даже удавалось в отдельных случаях находить детей и возвращать их родителям то это нередко кончалось трагедией. Дети под влиянием переживания проявляли признаки тяжёлых психических расстройств.

М. Новаковска

б. узница Освенцимского лагеря № 6829

ЖЕНСКАЯ БОЛЬНИЦА В ОСВЕНЦИМСКОМ ЛАГЕРЕ

Первый транспорт полек в числе 127 женщин был привезен в главный лагерь в Освенциме 27/4 1942 года. Узники прибыли в лагерь раздетыми и вскоре начали болеть. В это время, только единичным заключённым женщинам удавалось попадать в околоток. 13/8 1942 г. во время перетранспортировки женщин на лагерный пункт Виркенау-Бжезинки, все заболевшие и обесилленные женщины были уничтожены. В течении августа-октября м-цев 1942 года околоточными бараками были блоки №№ 23 и 24. Врачей-заключённых не было и санитарный надзор проводила акушерка-немка и санитарки из числа заключённых проституток немки. Больничный барак сначала был совсем без света, потом провели тусклый свет при помощи 2 электролампочек, а обогревался одной печкой, для которой больные каким-то контрабандным путём доставали уголь. Оборудование барака состояло из 3-х этажных, старых, деревянных нар, грязных одеял, 3-4 помойных вёдер и пола из клёпок. Вначале в бараке совсем не было воды, а в более позднем периоде её привозили бочками. Лежание на нарах было основным методом лечения. В конце сентября 1942 года в бараке появились первые 42 сып-

возвращения этих детей в родные дома при незнании языка и обычаев являлись новыми факторами болезненно травмирующими их и так не здоровую психику.

Память о погибших ребятах должна мобилизовать бдительность народов в их борьбе с происками врагов и в борьбе за мир во всём мире.

но-тифозных больных. Эпидемия сыпного тифа нарастала в течении всего 1943 года. В бараках в которых максимально можно было разместить 200—250 больных, во время эпидемии вмещали 600—800 человек. С 1 февраля 1943 года прибывающие в лагерь заключённые врачи-женщины начали в околотках свою врачебную работу. Сначала работа этих врачей протекала в примитивных условиях, в неимоверной грязи, среди насекомых и бесчисленного количества крыс и мышей, в обстановке полного отсутствия медикаментов и какой-либо возможности спасения больных. Однако врачи, благодаря своим высоко-моральным качествам и благодаря их самоотверженному труду и высокой квалификации уже в скором времени завоевали полный авторитет. Заключённые женщины-врачи реорганизуют работу околоток, организуют специальные блоки, добывают медикаменты, для оказания помощи больным. Разными рискованными способами и приёмами спасли они не одну жизнь узника. Польские врачи-женщины создали в 2-х страшных бараках, в неимоверно тяжёлых условиях 10 специальных отделений с выученным через них самих вспомогательным персоналом.

Р. Лесьняк, Я. Митарски, М. Орвид,
А. Шимусик, А. Тойтш

НЕКОТОРЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛАГЕРЕ ОСВЕНЦИМ

(Второе предварительное сообщение)

Авторы исследовали 77 бывших узников Освенцима. Количественный анализ основан на 69-и случаях, представляющих разнообразный материал в отношении века, общественного положения, профессии, интеллектуального развития, времени и причины заключения. Исследования произведены по схеме, принятой в психиатрии. Основное внимание обращено на период пребывания в лагере и трудности приспособления после освобождения.

Имеющиеся результаты исследований представляются следующим образом:

Реакция на заключение была двоякой: Больше 50% исследованных находились в угнетённом состоянии, потеряли веру в возможность избавления, у остальных доминировала воля к жизни. Адаптация к лагерной жизни у большинства заключённых проходила в течение нескольких недель у других в течении года, а некоторые в течение всего время пребывания в лагере так и не приспособились к лагерной жизни. Большое значение для быстрой адаптации к лагерной жизни играли: моральная поддержка товарищей по заключению, а именно психическая установка-вера в освобождение, род работы и материальная помощь родственников и товарищей. По мнению исследованных следующие факторы способствовали выживанию и существованию: активность материальная и моральная помощь, хорошее здоровье и вера в бога.

Обращает внимание то, что у заключённых редко встречались патологические реакции, особенно реактивный психоз. Не было также сомато-психических и психоневрологических недомаганий.

Наиболее частыми патофизиологическими признаками, наблюдаемыми в лагере были: пониженное настроение, чувство угнетённости и постоянного страха, почти полное отсутствие полового влечения.

После освобождения, почти у всех исследованных адаптация к жизненным условиям была трудной. На первый план выступали нервные реакции, соматопсихические расстройства, алкоголизм, соматические болезни, реже наблюдались психозы.

Из других адаптационных трудностей, бывшие узники отмечали: потерю веры в людей, трудность приспособления к нормам общественной жизни, чувство оторванности от общества.

После освобождения, изменение личности, по мнению бывших узников проявлялась в увеличении раздражительности и вспыльчивости, чувстве страха, расстройстве памяти, пониженном настроении. Многие из бывших заключённых отмечали изменение своего отношения к людям, чувство обиды, изменение отношения к ценностям, а именно безразличное отношение к материальному положению.

С. Клодзиньски

б. узник Освенцимского лагеря № 20019

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Б. УЗНИКОВ ОСВЕНЦИМА НА ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВЕДЕНО СПУСТЯ 15 ЛЕТ ПОСЛЕ ИХ ОСВОБОЖДЕНИЯ

(Предварительное сообщение)

В целях проверки наличия туберкулёзной инфекции у б. заключённых Освенцима были подвергнуты рентгеновскому обследованию в 1959 году — 389 бывших узников этого лагеря проживающих в настоящее время в Кракове. Туберкулёзные изменения были найдены у 154 исследуемых. Рентгеновские исследования дополнялись анамнезом и физикальным осмотром. В соответствии с анамнестическими данными только 6 б. заключённых знали о том, что перед заключением в лагерь у них были найдены в легких туберкулёзные изменения, 28 человек узнали о своей болезни во время пребывания в лагере, а 68 человек узнали о своём недуге после освобождения и возвращения на родину. 52 исследуемых узнали о своей болезни лишь только во время их обследования. У 80 обследованных найден активный туберкулёзный лёгочный процесс и все они нуждались в лечении, а 74 проверяемым рекомендовано дальнейшее на-

блюдения в противотуберкулёзных диспансерах.

Из выше приведенных 80 больных активным лёгочным процессом — 52 человека лечились в противотуберкулёзных диспансерах, 8 — не лечились, а 20 узнали о своём активном процессе только во время их обследования и эта последняя группа была направлена на соответствующее лечение.

Сравнительные показатели заболеваемости туберкулёзом у бывших заключённых Освенцима (обследование 1959 года) с общепольскими показателями (взятых в тех-же возрастных группах) показывают что % заболеваемости туберкулёзом у Освенцимских узников многократно выше чем у остального населения Польши. Большое число больных туберкулёзом среди б. заключённых следует объяснить пониженной сопротивляемостью организма этих людей проживших ужасы фашистских концентрационных лагерей.

В. Деникевич, Я. Косъцюшкова,
Я. Ковальчикова, Я. Мостовски,
Е. Опочиньски, Д. Пытлик,
Т. Шиманьски

СИЛВЕТЫ НЕКОТОРЫХ ПОГИБШИХ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ И РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМООТВЕРЖЕННО ОКАЗЫВАВШИМ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ УЗНИКАМ ОСВЕНЦИМА

М. Бобжецка, М. Гещикевич, Ф. Граля, С. Косъцюшкова, Я. Ковальчик, Х. Краузе, В. Куле-

ша, Я. Малиновски, Е. Михаликова, В. Прейсс, З. Шавловски, В. Тюршмидт, М. Веркентин.

Я. Богущ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

SUMMARY

J. Bogusz

INTRODUCTION

J. Sehn

Member of the Chief Commission for the Investigation of Hitlerite Crimes in Poland.

CERTAIN JURIDICAL ASPECTS OF THE „EXPERIMENTS” CARRIED OUT BY THE HITLERITE SS DOCTORS IN CONCENTRATION CAMPS

The author has discussed the fundamental principles of medical ethics, shown above all in professional humanitarianism. The criteria of this may be and are single and indivisible, as the individuality of every human being is single and indivisible and should be respected. These principles follow from the fundamental canon of the sacredness of life, on which is based the first duty of a physician: to maintain human life and help every sick man regardless of whether he is a friend or an enemy.

In Hitler's State lawlessness befouled even this sacredness by introducing a category of people who were „not worth keeping alive”, and who were murdered as „unproductive devourers of bread”. This was done under the pretext of a „merciful death” (although at that time euthanasia was even in that State formally forbidden and punishable), but was certainly murder, disguised under the euphemistic name of „special treatment” or its slang synonyms such as „placed separately”, „offal”, or „rejection”. The uncounted throngs of human beings who fell victims to this treatment testify to the depths of perversion reached by Hitlerite „law” and the degree to which Hitlerite medicine had lost humanity. The

author gives documentation of this by examples showing how Hitlerite lawyers and medical men disregarded those human individuals who did not enter into the category of „Supermen”, and treated them as items in statistics or in estimates of the cost of living or in calculations of production, or even as a lower order of political pests or biological parasites which should be destroyed. The examples given include the murders of mental patients in Germany and in Poland, of mentally retarded — and even of „difficult” — children, the wearing down of prisoners in the concentrations camps to the last remnants of their strength, the experimentation on the Jews in order to find a quick, cheap and imperceptible mass method of sterilization for the complete biological annihilation of the Jewish race and of „bringing down the birthrate to reasonable proportions” in other races, notably the Slavs, and finally the experiments on humans enumerated by the author.

The author has described a number of sterilization experiments carried out by Professor Carl Clauberg and Professor Joachim Mrugowsky, both doctors of medicine. The latter published a book on medical ethics in 1939. In 1944 he committed the crime of

shooting five Russian prisoners of war with bullets poisoned with aconitine nitrate. The victims took about two hours to die, while Mrugowsky observed the symptoms of poisoning and described them in detail in a written report. At the Nuremberg Trials he defended himself on the ground that he had been appointed as the lawful executioner or his victims.

The principles of justice and the rights of humans in general, violated by the SS doctors, were restituted together with human dignity in law and the Nuremberg verdicts. For those interested in the medical world these principles have become particularly concrete since the „Medical Trial I”. As the foundation of the principles established in the verdict given on this question lay the thought of Hippocrates, on which the Tribunal based the particular permissible condi-

tions and the methods of carrying out experiments on humans. The author has discussed these conditions in detail and has shown that the Hitlerite experiments devoted more attention to the breaking than to the observance of these principles and as a result — as the Tribunal declared — the experiments which they carried out on prisoners in concentration camps were a glaring instance of disregard of international agreements, of the rules of war, and of the principles consequent on the penal codes in all the civilized countries of the world. Experiments on humans carried out in such circumstances are in flagrant contradiction to the fundamental principles of international law, resulting from the customs accepted among civilized nations, from the rights of Man, and the conscience of the public.

W. Fejkiel

Prisoner № 5647 in the Oświęcim Camp

THE ORGANIZATION OF THE HEALTH SERVICE IN THE CONCENTRATION CAMP AT OŚWIECIM

In accordance with the ideological addumptions of German Fascism, the so-called Health Service organized by the SS authorities in the concentration camp at Oświęcim had a logical foundation. The medical out-patient and hospital departments functioning within the camp were the best form of counter-propaganda on the part of the SS against all that leaked through from Oświęcim to the free world. Besides propaganda, other purposes were still more important. The Health Service was to mediate and assist in mass extermination. In addition, the Oświęcim hospital was to isolate patients with infectious diseases, and so prevent the rise of epidemics which might spread to the SS men. The SS commandant, with his staff, was responsible for the Health Service, and his recommendations were carried out by the chief garrison doctor (SS Standortarzt), whose assistants were the doctors of the particular camps belonging to the Oświęcim group (SS Lagerarzt). Only an SS doctor had the right to function as a medical man. He cooperated with the commandant in the extermination of prisoners, and at the same time had to present the appearance of proper treatment in order to conceal the crimes committed. It was, however, impossible for one doctor to attend to both the administrative and professional sides of the hospital as well as draw up the documentation of the deceased or exterminated prisoners required by the commandant. Hence part of his duties necessarily devolved upon the prisoner doctors. The chief representative of the prisoners' authority was the „Senior” of the

hospital camp, with the Seniors of the various sections under him. The Seniors of the hospital and of the sections, having the extension of the SS authority in their hands, could fulfil their duties in various ways. They might execute the requirements of the Commandant's staff enthusiastically and loyally, or they might regard them with indifference, or sabotage them and carry out diversions. All this depended on the ideological and ethical ideas of the hospital Senior, his assistants, the section Seniors, and the prisoner doctors. Since these positions were of immense importance for the self-defence of the prisoners, a struggle between various groups of prisoners revolved around them. In Oświęcim this authority was at first delegated to common German criminals, which was not at all good for the prisoners. The situation changed for the better in 1942, when political prisoners, chiefly Communists from Dachau, gained control of this authority. The Polish democratic doctors and nurses cooperated with them. A very important role in the struggle for the health and life of the sick prisoner was played by the prisoner doctors and nurses and also by the International Underground Resistance Organization. The prisoner doctors and nurses did not only treat and care for their sick fellow-prisoners, but at the risk of their lives protected them from the gas-chamber or the phenol injection. They also „organized” food and drugs for the sick. In this they were greatly helped by the Polish Underground organization functioning near the camp and in Cracow.

S. Kłodziński

Prisoner № 20019 in the Oświęcim Camp

THE POLISH HEALTH SERVICE'S PART IN SAVING PRISONERS' LIVES IN OŚWIECIM

Hitler's policy of extermination as applied to the Polish people during the Occupation is illustrated in a brief introduction, giving statistics. The Polish Health Service suffered unproportionally great losses in fulfilling its duties towards the nation during the Occupation. The camp at Oświęcim was the scene of the greatest massacres of Poles, and today is at the same time the largest burial ground of workers in the Polish Health Service who died, themselves prisoners, in saving their fellows in the well-known conditions of the camp. The working conditions of the prisoner doctors and the so-called camp hospital are very briefly described. In this medical work there was a marked divergence from the usual sense of the term. It consisted of rendering help to the prisoners in every possible way, and involved all manner of psychosomatic problems. Keeping up morale, attention to hygiene, sleep, nutrition, clothing, adaptation to camp life, and also to intellectual development, were all basic obligations for a camp doctor, on top of the usual strictly medical functions, and finally there was the struggle

against the whole pseudo-medical apparatus of the SS, of which the task was to bring death, and sometimes injuries worse than death inflicted by prohibited medical experiments. The work of a prisoner-doctor at Oświęcim was a conspiratorial struggle for humanity and lives destined for a prisoner's death. The function of the prisoner doctors was of an organizational and international character, attempting to frustrate all the mass-massacre actions of the SS. It was closely connected with the conspiracies in the rest of the camp and the Polish underground resistance in Silesia and the Generalgouvernement. It took over the illegal and semi-legal actions of the prisoners against the SS. It was in constant opposition to the administration of the camp authorities. The work of the Polish doctors in Oświęcim was collective and planned, including prophylaxis, treatment and rehabilitation, and so entered into the history of the Oświęcim camp and hence into the history of Polish medicine.

J. Kowalczykowa

Prisoner № 32212 in the Oświęcim Camp

HUNGER DISEASE IN THE CONCENTRATION CAMP AT OŚWIECIM

The writer describes the living conditions and nutrition of the prisoners in the concentration camp at Oświęcim. The food, insufficient in quantity and in quality, led to the appearance of hunger disease. Personal observations are given of patients; these may be accurately explained on the basis of the literature on this subject.

In three months, on the average, an advanced state of emaciation gradually developed. Photographs are shown of adult women weighing about 36 kilogrammes

(about 5 stone). This led to atrophy of the internal organs.

Two forms of hunger disease developed; one with hunger oedema and the other a dry form.

The author elucidates the pathomechanism of hunger oedema and camp diarrhoea („Durchfall”), and also the changes in the oral mucosa.

Changes of a neurological and psychical type, presenting the „Mussulman” picture, are discussed separately.

J. Kościuszkowa

Prisoner № 36319 in the Oświęcim Camp

THE FATE OF CHILDREN IN THE CONCENTRATION CAMP AT OŚWIECIM

„Children in the concentration camp at Oświęcim” sounds like a sensational propagandist headline; unfortunately it was the sad truth. Tens of thousands of children passed through the camp at Oświęcim, from newborn babies to youngsters of fourteen.

These children may be divided into the following groups.

I Children murdered while yet in the mother's womb, for pregnant women were gassed immediately on arrival at the camp, and at a later period the newborn babies were killed immediately after birth by being drowned in a bucket.

II In 1944, the newborn babies were allowed to live, but the shocking living conditions killed off most of them.

III Jewish children brought in mass transports and murdered in the gas chambers immediately after arrival, or even burnt alive in the crematoria.

IV Children from the Lithuanian and Dniepropetrovsk provinces, brutally reft by force from their mothers and transported to unknown concentration camps for children, from which only an infinitesimal percentage returned.

V Some hundreds of children from Zamość and the district murdered at Oświęcim. A very few of the older children were saved, the younger ones all died.

VI Children from Theresienstadt, burnt together with their parents.

VII Gypsy children, who spent long months in the gypsy camp at Oświęcim; about a thousand of these were gassed under the pretence of some infection, and the rest were gassed when the gypsy camp was liquidated in 1944.

VIII Children from Warsaw. After the outbreak of the Warsaw Rising, over a thousand children from one to fourteen years of age came to the camp as early as August 1944. Weary, exhausted by their experiences in the Rising, hungry, ill-fed, these children contracted various infections. Some died in the camp, but many, even though they survived, never regained their health, and died of tuberculosis or rheumatic affections and their complications, or are still being treated for these.

IX The final section consists of children of Nordic type, who were taken into German families in the Reich in order to support the race of *Herrenvolk*, denationalized and lost to Poland. Some of these children were successfully found and brought back, but their arduous experiences left psychical traces, for they were thrown by force into a foreign environment, not knowing the language, and so underwent a shock. After having been found by their parents, and again transported into a life unknown to them, they had usually forgotten the Polish language, did not recognize their homes or parents, and again experienced the shock of becoming accustomed to a life new to them.

M. Nowakowska

Prisoner № 6829 in the Oświęcim Camp

THE „HOSPITAL FOR WOMEN” IN OŚWIECIM-BRZEZINKA

The first transport of Polish women, 127 in number, was brought to the main camp at Oświęcim on April 27, 1942. In consequence of having received summer clothing and having previously been in prison, the female prisoners began to fall ill with high fever. This time only a few women succeeded in reaching the district. On August 13, 1942, while women were being transported to the su-camp at Birkenau-Brzeziński the prisoners, already weak and ill, were liquidated on the way. From August to October 1942 the district blocks were 23 and 24. There were no women doctors among the prisoners. Sanitary care was carried out by a German midwife and German prostitute prisoners who acted as nurses and women orderlies.

The hospital, a wooden hut, was at first without light, and then only with one or two electric bulbs, heated by a stove dividing the hut into two and burning coal obtained by the prisoners' own efforts. The beds were three-storey rickety wooden bunks, with dirty blankets. There were three or four buckets for excrements, a threshing-floor underfoot, and no

water. Later water was brought in barrels. Treatment consisted only in lying in bed. The first cases of typhus occurred in September 1942, and the greatest intensity of typhus in December 1942, June 1943 and December 1942. The huts, calculated to hold 200—250 patients, were occupied at this time by 600—800 patients. On February 1, 1943, women doctors already in the camp or straight from a transport officially began their work in the district. At first their work, and that of their auxiliaries, was in impossibly primitive and extremely difficult conditions — dirt, insects, rats, no medicines, and the absence of any possibility of saving the patients. Yet the women doctors raised morale by their attitude, work, solidarity, and skill. They reorganized the work in the district, created specialist blocks, obtained the means of giving medical assistance. They hazarded themselves in various ways if only they could save human life. In these very difficult conditions the Polish women doctors made two frightful huts into ten specialist blocks with an auxiliary staff which they trained themselves.

R. Leśniak, J. Mitarski, M. Orwid, A. Szymusik,
A. Teutsch

SOME PSYCHIATRIC PROBLEMS FROM THE CAMP AT OŚWIECIM. PERSONAL OBSERVATIONS. (SECOND INTERIM REPORT).

The authors have examined 77 ex-prisoners from Oświęcim. The interim statistical analysis is based on 69 prisoners, who presented a varied material as regards age, status, occupation, intellectual level, length of stay in the camp and cause of imprisonment. The examinations were carried out according to the scheme generally accepted in psychiatry. Special attention was paid to the length of stay in the camp and difficulties of adaptation after release.

So far the results of examinations are as follows.

There were two kinds of reaction to imprisonment; over 50 per cent broke down, and lost their faith in the possibility of rescue, but in the others the will to survive predominated. In the majority of prisoners, adaptation to camp life took place within a few weeks, though in some it took over a year, and some were unable to adapt themselves to prison life during their whole term in the camp. The moral help of fellow-prisoners, the personal mental attitude (faith in survival), the nature of the work, and material assistance from families and friends were of essential importance in quick adaptation. The factors which contributed to survival in the camp were, according to those examined, faith in survival, an active attitude, moral and material help, a good state of health, and religious faith. The rarity of pathological reactions, especially

of the reactive psychoses found in prisoners, was remarkable. Psychosomatic and psychoneurotic symptoms were also absent.

Among the most frequent pathopsychical symptoms observed in the camp should be mentioned the lessening of composure, a feeling of terror and constant menace, and an almost complete absence of sexual desire.

Difficulties in adaptation after release appeared in almost all those examined. Somatic reactions took the first place, while psychoses were rarer.

Among other difficulties of adaptation, the ex-prisoners have mentioned loss of faith in people, difficulty in becoming accustomed to normal communal life, and a feeling of having become foreign to the community.

Personal changes in the post-camp period, which were found in most of those examined, consisted in an increased irritability and outbursts of temper, terrors, disturbances in memory, and a lessening of composure. Many ex-prisoners spoke of an alteration in their relations towards other people, a sense of having been wronged, and a change in the hierarchy of values causing them to attach less importance to material things.

St. Kłodziński

Prisoner № 20019 in the Oświęcim Camp

THE RESULTS OF EXAMINATION OF EX-PRISONERS FROM OŚWIECIM FOR PULMONARY TUBERCULOSIS FIFTEEN YEARS AFTER RELEASE. (PRELIMINARY REPORT).

In 1959, in order to diagnose the tuberculosis morbidity in ex-prisoners from Oświęcim X-ray examinations were made of 389 ex-prisoners from this camp domiciled in Cracow.

Tuberculous changes were found in 154 of those examined. The X-ray examinations were supplemented by case-histories and physical examinations.

It follows from the data of the anamneses that only 6 ex-prisoners knew of tuberculous changes before the camp, 28 learned of their illness while in camp, and 68 after their release and return, and 58 learned that they had tuberculous changes only during the control examinations.

In 80 of those examined the tuberculous changes found in the lungs were active and required treatment,

and 74 were recommended for observation in anti-tuberculosis consulting centres.

Out of the 80 patients with active changes, 52 had already been treated in the anti-tuberculosis centres, 8 neglected their treatment, and 20 learned of an active tuberculous process during the last examination and were sent for appropriate treatment.

A comparison of the tuberculosis morbidity in the group of ex-prisoners examined in 1959 and the figures for the whole of Poland in the same age-groups shows that the rate is several times higher in the ex-prisoners from Oświęcim.

Such a marked incidence of tuberculosis may be explained by the lowered resistance of the prisoners caused by their stay in a concentration camp.

W. Denikiewicz, J. Kościuszkowa, J. Kowalczykova,
J. Mostowski, E. Opoczyński, D. Pytlik and T. Szymański.

BRIEF BIOGRAPHIES OF SOME OF THE POLISH DOCTORS AND WORKERS IN THE HEALTH SERVICE WHO DIED IN OŚWIECIM AND WERE PARTICULARLY NOTABLE FOR HELPING THE PRISONERS

M. Bobrzecka, M. Gieszczykiewicz, F. Gralla, S. Kościuszkowa, J. Kowalczyk, H. Krauss, W. Kulesza,

J. Malinowski, E. Michalikowa, W. Preiss, Z. Szawłowski, W. Türschmiedt, M. Werkenthin.

J. Bogusz

CLOSING WORD

ZUSAMMENFASSUNG.

J. Bogusz

EINLEITUNG

J. Sehn

EINIGE JURISTISCHE ASPEKTE DER VON DEN SS-ÄRZTEN IN DEN KONZENTRATIONSLAGERN DURCHFÜHRTEN SOG. EXPERIMENTE

Der Verfasser bespricht die fundamentalen Grundsätze der ärztlichen Ethik, die ihren Ausdruck vor allem in der fachärztlichen Humanität finden. Ihre Kriterien können und müssen unteilbar sein, so wie unteilbar die Persönlichkeit des menschlichen Lebewesens und die ihm zugehörige Achtung ist. Diese Grundsätze wurzeln in dem fundamentalen Grundsatz der Heiligkeit des Lebens, auf dem sich das allererste Gebot des Arztes stützt, und zwar das menschliche Leben zu erhalten und jedem Kranken ohne Rücksicht ob Feind oder Freund ärztliche Hilfe gedeihen zu kommen lassen.

Im Hitlerschen Unrechtsstaate hat man auch diese Heiligkeit verachtet, in dem man eine Menschenkategorie einführte, deren Leben angeblich „Leben-unwertes Leben“ war und die man als „unproduktive Brotfresser“ ermordet hat. Dies wurde unter dem Vorwand „des Gnadentodes“ durchgeführt (obwohl die Euthanasie damals auch in diesem Staate verboten und strafbar war) und man hat den zweifellosen Mord unter der euphemistischen Bezeichnung „Sonderbehandlung“ oder ihren Jargon synonymen wie „gesonderte Unterbringung“, „Aussonderung“ oder „Ausmusterung“ getarnt. Unzählige Menschenleben, die zum Opfer solcher Behandlung fielen, beweisen die Tiefe der Entartung des „Hitlerrechtes“ und den Grad der Enthumanisierung der hitlerischen Medizin. Der Verfasser belegt das mit Beispielen, welche beweisen, dass die Hitler-Juristen und Ärzte diejenigen Leute, welche in die Kategorie der „Übermenschen“ nicht eingereiht waren, als keine menschlichen Individuen ansehen wollten, sondern sie als statische Positionen oder Positionen in der Rechnung der Erhaltungskosten bzw. in der Produktionskalkulation betrachteten und als politische Schädlinge einer niedrigeren Stufe oder biologische Parasiten der Vernichtung ausopferten.

Als Beispiele dienen: der Mord der Geisteskranken in Deutschland und in Polen, der ungenügend entwickelten oder sogar nur „schwierigen“ Kinder, der zu letzten Kräften abgenutzten Häftlinge der Konzentrationslager (Schiff 14 f 13) und Juden, die Versuche eine schnelle, billige Methode der unbemerkbaren massenhaften Sterilisation zu finden, die für die gänzliche biologische Austrottung des jüdischen Volkes dienen und die „erträgliche Fortpflanzungsfähig-

keit“ anderer Völker, vor allem der slawischen, herbeiführen sollte, und endlich die vom Verfasser angeführten Experimente am Menschen.

Der Verfasser beschrieb genauer die Sterilisierungsexperimente der Professoren: Dr. med. Carl Clauberg's und Dr. med. Joachim Mrugowsky's. Der letzte hat im Jahre 1939 ein Buch über die ärztliche Ethik publiziert. Im Jahre 1944 schoss er fünf sowjetische Kriegsgefangene mit den mittels Akonitinnitrat vergifteten Geschossen an. Die Opfer lagen ungefähr zwei Stunden im Todeskampf und Mrugowsky beobachtete die Vergiftungssymptome, die er mit Einzelheiten in einem schriftlichen Bericht beschrieben hat. Im Nürnberger Prozess verteidigte er sich damit, dass er zum rechtmässigen Scharfrichter seiner Opfer bestellt worden sei.

Die Grundsätze der menschlichen Gerechtigkeit, die von den SS-Ärzten verletzt worden sind, wurden mit der Restitution der Menschenwürde im Nürnberger Recht und Rechtsprechung restituiert. Auf dem die medizinische Welt interessierenden Abschnitt haben diese Grundsätze eine spezielle Konkretisation im sog. Ärzte-Prozess Nr 1. gefunden.

Als Grundlage der Prinzipien, die im Urteil dieses Prozesses festgelegt sind, wurden die Gedanken des Hipokrates genommen. Gestützt auf diesen Gedanken bearbeitete das Tribunal ausführlich die Bedingungen der zulässigen Menschenversuche.

Der Verfasser hat diese Bedingungen eingehend besprochen und nachgewiesen, dass die Hitler-Experimentatoren mehr Aufmerksamkeit der Missachtung dieser Gesetze, als deren Einhaltung widmeten, infolgedessen, wie vom Tribunal festgestellt wurde, die von ihnen an den Häftlingen der Konzentrationslager durchgeführten Versuche eine krasse Verletzung der internationalen Verträge, Regeln und Sitten der Kriegsführung darstellen, sowie auch die Verletzung der Gesetze, die aus den Strafgesetzen aller zivilisierten Länder der Welt sich ergeben.

Die unter solchen Bedingungen durchgeführten Experimente am Menschen stehen im grellen Widerspruch mit den Grundsätzen des internationalen Rechtes, welche aus den Sitten der zivilisierten Völker, aus dem Rechte des Menschen und aus dem Befehl des öffentlichen Gewissens hervorgehen.

W. Fejkiel

Ehem. Häftling von Auschwitz Nr. 5647

ÜBER DEN GESUNDHEITSDIENST IM KONZENTRATIONSLAGER AUSCHWITZ.

Den ideologischen Voraussetzungen des deutschen Faschismus gemäss hat der sog. Gesundheitsdienst, der im Konzentrationslager Auschwitz von SS-Behörden organisiert wurde, eine ideologische Begründung.

Die im Bereiche des Konzentrationslagers eingerichteten ärztlichen Ambulatorien und Spitalsabteilungen waren von der Seite der SS die beste Form der Kontrpropaganda gegen alles, was aus Auschwitz in die freie Welt durchsickern konnte. Ausser dem propagandistischen Zweck war noch ein anderer Zweck wichtiger. Der Gesundheitsdienst sollte im Werke der Massenausrottung der Menschen behilflich sein. Der Auschwitzer Krankenbau sollte auch der Isolation der Infektionskranken dienen, was die Entstehung der Epidemie und deren Übertragung auf die SS-Besatzung verhindern sollte.

Die Leitung des Gesundheitsdienstes lag bei der SS-Kommandantur. Auf ihren Befehl übte der SS-Standortarzt die Macht aus. Die Vertreter des Standortarztes waren die einzelnen Lagerärzte. Nur der SS-Arzt war berechtigt zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit. Er arbeitete zusammen mit der Kommandantur bei der Vernichtung der Häftlinge und gleichzeitig musste er den Schein der vorschriftsmässigen Behandlung bewahren und auf diese Weise die verübten Verbrechen tarnen. Ein SS-Arzt war aber ausserstande die Fachverwaltung des Krankenbaues, sowie die von der Kommandantur verlangte Dokumentation der verstorbenen oder vernichteten Häftlinge selbst zu bewältigen. Deswegen überliess er einen Teil seiner ärztlichen Tätigkeit den Häftlingsärzten. An ihrer Spitze stand der „Lagerälteste“. Ihm waren die

sog. „Ältesten“ der einzelnen Abteilungen unterstellt. Sie konnten ihre Aufgaben auf verschiedene Art und Weise ausüben. Und zwar sie konnten die Befehle der Kommandantur eifrig, loyal, bzw. gleichgültig ausführen oder sogar diese sabotieren. Dies alles war von der Ideologie und Ethik des Lagerältesten des Krankenbaues, seiner Vertreter und der Häftlingsärzte abhängig. Da diese Posten eine Bedeutung für die Selbsthilfe der Häftlinge darstellten, waren solche Posten zwischen den verschiedenen Häftlingsgruppen umkämpft. Anfänglich wurde diese Macht in Auschwitz von den deutschen Berufsverbrechern und nicht von den

Ärzten ausgeübt, was einen nachteiligen Einfluss auf die Kranken hatte.

Die Situation hat sich im Jahre 1942 zum Vorteil geändert, als die vom Dachauer-Lager überstellten politischen kommunistischen Häftlinge die Macht beherrschten. Die polnischen demokratischen Ärzte und Krankenpfleger arbeiteten mit ihnen zusammen. Eine grosse Hilfe für Ärzte und Pfleger in ihrem Kampf um die Gesundheit und Leben des kranken Häftlings war der Einfluss und die Mitarbeit der internationalen Widerstandsbewegung.

S. Kłodziński

Ehem. Häftling von Auschwitz Nr. 20019

DER EINSATZ DES POLNISCHEN GESUNDHEITSDIENSTES FÜR DIE RETTUNG DES LEBENS DER HÄFTLINGE DES KONZENTRATIONSLAGERS AUSCHWITZ

In einer kurzen Einleitung wurde auf Grund der statistischen Angaben die in den Jahren der Okkupation durchgeführte Ausrottungspolitik der polnischen Bevölkerung dargestellt.

Der polnische Gesundheitsdienst erlitt während der Okkupation unverhältnismässig grosse Verluste.

Das Konzentrationslager Auschwitz war der Ort der grössten Vernichtung der Polen und es ist heute gleichzeitig ein zahlreichstes Grab der Arbeiter des polnischen Gesundheitsdienstes, die als Häftlinge ihren Tod fanden, indem sie ihre Kameraden in den bekannten Verhältnissen des Auschwitzer Lagers retten wollten.

In Kürze wurden die Arbeitsverhältnisse der Häftlingsärzte im sog. „Krankenbau“ (Lagerspital) dargestellt. Diese Arbeit, obzwar sie eine ärztliche Arbeit war, war wesentlich verschieden von dieser Art der Tätigkeit, die mit dem Worte „ärztlich“ verbunden ist. Sie beruhte auf der vielseitigen Hilfe für die Häftlinge. Sie berührte alle ihre somato-psychischen Probleme. Erhaltung der Stimmung, Sorge für die Hygiene und Schlaf, für das Essen und Kleid, Adaptation zum Lagerleben und für die intellektuelle Entwicklung — das waren die Hauptpflichten des Lagerarztes, die den streng ärztlichen Funktionen zugefügt

wurden. Endlich beruhte die Aufgabe auf dem Kampf mit der pseudo-ärztlichen Organisation der SS, deren Ziel der Tod, oder vom Tode noch schlimmere, durch verbotene Experimente verursachte Krüppelhaftigkeit waren.

Im Allgemeinen beruhte die Arbeit des Häftlingsarztes in Auschwitz auf dem Konspirationskampf um Menschlichkeit und Leben der zum Tode bestimmten Häftlinge. Die Tätigkeit der Häftlingsärzte hatte den organisierten internationalen Charakter und ihre Bestrebung war die menschenmörderische Aktionen der SS zum Scheitern zu bringen. Sie war mit den Konspirationskräften des ganzen Lagers und der polnischen Untergrundbewegung in Schlesien und General-Gouvernement streng verbunden. Sie war der Führer der illegalen und halblegalen gegen SS gerichteten Aktionen. Sie stand immer im Widerspruch mit den Anordnungen der Lagerbehörden.

Die Arbeit der polnischen Ärzte in Auschwitz war gemeinsam, planmässig, sie umfasste die Prophylaxe, Behandlung und Rehabilitation und dadurch ist sie ein Teil der Geschichte des Konzentrationslagers Auschwitz und somit der Geschichte der polnischen Medizin geworden.

J. Kowalczykowa

Ehem. Häftling von Auschwitz Nr. 32212

HUNGERKRANKHEIT IM KONZENTRATIONSLAGER AUSCHWITZ

Die Verfasserin schildert die Lebensbedingungen und Ernährung der Häftlinge im Konzentrationslager Auschwitz. Quantitativ und qualitativ ungenügende Ernährung verursachte die Entstehung der Hungerkrankheit. Es wurden eigene Observationen der Kranken dargestellt, die später genau auf Grund der Fachliteratur erklärt werden konnten.

Durchschnittlich im Laufe von drei Monaten entwickelte sich langsam weit fortgeschrittene Abmagerung. Die Verfasserin verfügt über Aufnahmen erwachsener Weiber, deren Gewicht ungefähr 36 Kg

betrug. Es kam zu einer Atrophie der inneren Organe.

Es entwickelten sich zwei Formen der Hungerkrankheit, eine mit Hungerödemen und andere die sog. trockene Form.

Die Verfasserin erklärt den pathologischen Mechanismus in der Entstehung des Hungerödems und des Durchfalls, wie auch der Veränderungen in der Mundschleimhaut.

Ausserdem werden die neurologischen und psychiatrischen Veränderungen dargestellt, die ein Bild des „Muselmanns“ schaffen.

J. Kościuszkowa

Ehem. Häftling von Auschwitz Nr. 36319

DAS SCHICKSAL DER KINDER IM KONZENTRATIONSLAGER AUSCHWITZ

Die Kinder im Konzentrationslager Auschwitz — es klingt wie ein Schlagwort einer Greuelpropaganda. Leider — es war die traurige Wahrheit. Mehrere zehn Tausende von Kindern, von Neugeborenen bis zu 14 — jährigen waren Opfer des Lagerschicksals.

Man kann die Kinder in folgende Gruppen einteilen:

I. Kinder die im Mutterleib ermordet wurden, weil die schwangeren Frauen sogleich nach der Ankunft in der Regel mit Gas vergiftet wurden. In einer späteren Periode wurden die Neugeborenen durch Ertrinken in Eimern getötet.

II. Zwar im Jahre 1944 liess man die Neugeborenen am Leben, jedoch die ungeheuerlichen Lebens-

bedingungen brachten die Kinder zum grössten Teil um.

III. Die in Massentransporten gebrachten jüdischen Kinder wurden sogleich nach der Ankunft in Gaskammern getötet oder sogar in Verbrennungsgruben lebendig verbrannt.

IV. Die Mütter von Lithuanien und Dniepropetrowsk waren ihrer Kinder brutal beraubt und diese Kinder wurden ins Unbekannte weggeschafft. Ganz geringer Prozentsatz kehrte von dort zurück.

V. Einige Hunderte von Kindern aus dem Distrikt Zamość wurden in Auschwitz umgebracht. Nur weniger als 20 halbwüchsige Jungen überlebten das Lager, alle jüngere Kinder sind verstorben.

VI. Die Kinder aus Theresienstadt, welche mit ihren Eltern verbrannt wurden.

VII. Die Zigeunkinder verbrachten lange Monate im Zigeunerlager in Auschwitz. Ein Teil, ungefähr tausend, wurde unter dem Vorwand einer infektiösen Erkrankung mittels Gas getötet, der Rest wurde im Jahre 1944 während der Vernichtung des Zigeunerlagers in die Gaskammer getrieben.

VIII. Die Kinder aus Warschau. Nach dem Ausbruch des Aufstandes in Warschau, schon im August

1944 sind mit der von Warschau deportierten Bevölkerung mehr als tausend Kinder im Alter von 1 zu 14 Jahren gekommen. Diese Kinder, ermüdet durch Erlebnisse des Aufstandes, hungrig, unterernährt, fielen zum Opfer verschiedener Infektionen. Sie starben teilweise im Lager, aber viele von ihnen haben das Lager überlebt, jedoch sind nicht mehr zur Gesundheit gekommen und verstarben, oder werden wegen Tuberkulose, Rheumathismus und verschiedener Komplikationen bis zum heutigen Tag ärztlich behandelt.

IX. Das letzte Kapitel bilden die nordischen Kinder, die zur Vermehrung der Herrenrasse denationalisiert wurden. Es ist gelungen einen Teil dieser Kinder wieder zu finden und zurückzuführen, jedoch die schweren Erlebnisse hinterliessen in ihrer Psychik krankhafte Folgen, weil diese Kinder in ein fremdes Milieu mit Gewalt gepresst wurden und dort ohne Sprachkenntnisse manchen Schock erlebten. Nach der Auffindung durch die Eltern kamen diese Kinder wiederum in die für sie fremden Verhältnisse. Die meisten haben die polnische Sprache vergessen, konnten ihre Eltern und Haus nicht mehr erkennen und erlebten einen weiteren Schock der Angewöhnung an neues Leben.

M. Nowakowska

Ehem. Häftling von Auschwitz Nr. 6829

„FRAUENREVIER“ IM KONZENTRATIONSLAGER AUSCHWITZ-BIRKENAU

Am 27. April 1942 sind die ersten 127 Polinnen ins Haptlager Auschwitz angekommen. Da die Häftlinge Sommerbekleidung bekamen und da sie schon früher längere Zeit inhaftiert waren, begannen sie an Fieberkrankheit zu leiden. In dieser Zeit war es möglich nur für einige Häftlinge Arbeit im Revier (Spital) zu bekommen.

Am 13. August 1942, während des Überstellung der Frauen ins Lager Birkenau wurden die kranken und schwachen Häftlinge unterwegs umgebracht. Vom August bis Oktober 1942 waren Revierblocks Nummer: 23 und 24. Es gab keine Häftlingsärztinnen. Die Sanitätspflege wurde von einer deutschen Hebamme, Krankenschwestern und Sanitäterinnen — deutschen Prostituierten — verrichtet.

Die Revierbaracke hatte anfänglich kein Licht, später nur 1—2 Glühbirnen. Es wurde im Ofen, der die Baracke in zwei Hälften teilte, mit Kohle, die man auf eigene Hand „organisieren“ musste, geheizt. Dreie Etage — Betten aus Holz, verbrauchte und schmutzige Decken, 3—4 Kübel für Exkremente, Lehm Boden, kein Wasser — das war die Ausstattung. In der späteren

Zeit hat man das Wasser in Fässern geliefert. Die Behandlung hat sich nur auf das Bettliegen beschränkt.

Ende Oktober 1942 wurden erste Fälle von Flecktyphus festgestellt. In Monaten Dezember 1942, Juni 1943 und Dezember 1943 hat die Anzahl der Fälle ihren Höhepunkt erreicht. Die für 200—250 Kranken bestimmten Baracken waren in dieser Zeit mit 600—800 Kranken belegt. Im Februar 1943 begannen die sich im Lager befindlichen Ärztinnen offiziell ihre Arbeit im Revier. Zuerst arbeiteten sie unter unglaublich primitiven und sehr schwierigen Bedingungen: Schmutz, Insekten, Ratten, Mangel an Arzneimitteln und irgendwelchen Rettungsmöglichkeiten der Kranken. Trotzdem erwarben die Ärztinnen dank ihrer Haltung, Arbeit, Solidarität und Wissenschaft moralen Kredit. Sie reorganisierten die Arbeit im Revier, bildeten die Blocks für spezielle Krankheiten, und erwarben Mittel für die ärztliche Hilfe. Sie benutzten riskante Methoden, um das Menschenleben zu retten.

Die polnischen Ärztinnen errichteten unter diesen schwierigen Verhältnissen aus zwei greulichen Baracken zehn Blocks für spezielle Krankheiten mit dem von ihnen ausgeschultem Hilfspersonel.

R. Leśniak, J. Miłarski, M. Orwid, A. Szymusik, A. Teutsch.

EINIGE PSYCHIATRISCHE PROBLEME DES KONZENTRATIONSLAGERS AUSCHWITZ IM LICHT EIGENER BEOBACHTUNGEN

Die Verfasser untersuchten 77 ehemalige Häftlinge von Auschwitz. Bisherige Analyse stützt sich auf 69 Fällen, die ein verschiedenartiges Material im Bezug auf Alter, Zivilstand, Beruf, auf die intellektuelle Stufe, Dauer der Einsperrung im Konzentrationslager und Ursache der Verhaftung darstellen. Die Untersuchungen wurden nach dem in der Psychiatrie angenommenen Schema durchgeführt. Einer speziellen Analyse wurden die im Lager verbrachte Zeitperiode und die Adaptationsschwierigkeiten nach der Befreiung unterworfen.

Die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen sind wie folgt: die Reaktion auf die Verhaftung war zweierlei: mehr als 50% der Untersuchten erwiesen einen psychischen Zusammenbruch und haben den Glauben und die Rettung verloren. Bei den anderen herrschte der Wille der Überlebung. Bei der Mehrheit

der Häftlinge hat sich die Adaptation zum Lagerleben im Laufe einiger Wochen vollbracht, jedoch bei mehr als zehn Personen hat sie sich auf mehr als ein Jahr erstreckt. Einige Häftlinge konnten sich während des ganzen Aufenthaltes überhaupt nicht adaptieren. Den wesentlichen Einfluss auf eine schnelle Adaptation hatte die morale Hilfe der Kameraden, eigene psychische Einstellung (der Glaube an Überlebung), die Art der Arbeit und die von Familien und Genossen geleistete materielle Hilfe. Die Faktoren, die nach der Meinung der Untersuchten der Überlebung beigetragen haben, waren: der Glaube an die Überlebung, eigene aktive Haltung, morale und materielle Hilfe, ein guter Gesundheitszustand und ein religiöser Glaube. Auffallend war die Seltenheit der pathologischen Reaktionen, speziell der in der Haft oft vorkommenden reaktiven Psychosen. Auch die somato-psychischen

Beschwerden und Psychoneurosen kamen zur Verschwindung.

Von den im Lager beobachteten psychopathologischen Symptomen sind zu erwähnen: die Herabsetzung der Stimmung, das Gefühl der Furcht und einer ständigen Bedrohung und fast gänzlich Verschwinden des Geschlechtstriebes.

Die Adaptationsschwierigkeiten nach der Befreiung traten fast bei allen Untersuchten vor. Zum Vordergrund kamen: Neurosereaktionen, somatopsychische Erkrankungen, Alkoholismus, somatische Krankheiten, seltener Psychosen.

Ehemalige Häftlinge erwähnten auch andere Adaptationsschwierigkeiten: Verlust an Vertrauen zu Men-

schen, Schwierigkeiten in der Adaptation zu den Normen des Gemeinschaftsleben, Gefühl einer Aussonderung aus der Gemeinschaft.

Die Veränderung der Persönlichkeit, die der grösste Teil der Untersuchten in der Periode nach der Rückkehr bei sich festgestellt hatte, beruhte auf einer gesteigerten Reizbarkeit und Erregbarkeit, auf dem Angstgefühl, den Gedächtnisstörungen und der Herabsetzung der Stimmung. Viele von den ehemaligen Häftlingen sprachen über eine Veränderung des Verhältnisses zu anderen Menschen, ein Unrechtgefühl, eine Verschiebung der Hierarchie des Wertes im Sinne einer Unwichtigkeit der materiellen Angelegenheiten.

S. Kłodziński

DIE ERGEBNISSE DER 15 JAHRE NACH DER BEFREIUNG DURCHGEFÜHRTEN UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE LUNGENTUBERKULOSE BEI EHEMALIGEN HÄFTLINGEN DES KONZENTRATIONSLAGERS AUSCHWITZ

Für die Erkennung der Tuberkulosemorbidity bei den ehemaligen Häftlingen des Konzentrationslagers Auschwitz wurden im Jahre 1959 389 in Kraków wohnhafte ehemalige Häftlinge röntgenologisch untersucht.

Bei 154 Untersuchten wurden Tuberkuloseveränderungen festgestellt. Die röntgenologische Untersuchung wurde durch eine Anamnese und physikale Untersuchung ergänzt.

Aus den anamnestischen Angaben geht hervor, dass nur sechs ehemaligen Häftlingen bekannt war, dass sie tuberkulöse Veränderungen in ihren Lungen hatten, bevor sie ins Lager trafen. 28 erfuhren über ihre Krankheit im Lager, und 68 nach der Befreiung und der Rückkehr in die Heimat. 52 Untersuchte erfuhren über die Tuberkulose erst während der durchgeführten Kontrolluntersuchung.

Bei 80 Untersuchten wurden die Befunde als aktive, eine Behandlung erfordernde Lungentuberkulose er-

kannt, für 74 wurde die Observation in Ambulatorien für Tuberkulose empfohlen.

Aus der Zahl der 80 Kranken mit der aktiven Tuberkulose wurden 52 schon früher in den Tbc-Ambulatorien behandelt, 8 haben die Behandlung aufgegeben und 20 haben über die Aktivität des tuberkulösen Prozesses während der letzten Kontrolluntersuchung erfahren und wurden einer entsprechenden Behandlung zugewiesen.

Aus dem im Jahre 1959 durchgeführten Vergleich der Tuberkulosemorbidity der untersuchten Gruppe der ehemaligen Häftlinge mit der allgemein polnischen Tuberkulosemorbidity in entsprechenden Altersgruppen kommt hervor, dass die Tuberkulosemorbidity bei den ehemaligen Häftlingen des Konzentrationslagers Auschwitz einige Male höher war.

So grosse Anzahl der Tuberkulosefälle muss als Ergebnis der durch den Aufenthalt im Lager verminderten Resistenz der ehemaligen Häftlinge angesehen werden.

W. Denikiewicz, J. Kościuszkowa, J. Kowalczykowa, J. Mostowski, E. Opoczyński, D. Pytlik, T. Szymański:

SILHOUETTES VON EINIGEN TOTEN POLNISCHEN ÄRZTEN UND ARBEITERN DES POLNISCHEN GESUNDHEITSDIENSTES, DIE IN DER HILFELEISTUNG FÜR DIE HÄFTLINGE DES KONZENTRATIONSLAGERS AUSCHWITZ VERDIENT WAREN:

M. Bobrzecka, M. Gieszczykiewicz, F. Gralla, S. Kościuszkowa, J. Kowalczyk, H. Krause, W. Kulesza,

J. Malinowski, E. Michalikowa, W. Preiss, Z. Szawłowski, W. Turschmiedt, M. Werkenthin.

J. Bogusz

SCHLUSSWORT

HONOROWE KRWIODAWSTWO

*jest najpiękniejszą, a jednocześnie
niezmiernie potrzebną
akcją społeczną*

Pamiętaj o pozyskaniu honorowych krwiodawców



Protokół

zwyyczajnego posiedzenia naukowego Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego urządzonego wspólnie z Polskim Towarzystwem Radiologicznym w dniu 20. I. 1960 r.

Przewodniczący: Prof. dr *Józef Bogusz*. Obecnych 200 osób. Na wstępie Prof. *Józef Bogusz* zakomunikował zebranym, że nowym sekretarzem Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego został lek. *Piotr Bożek*, st. asystent I Kliniki Chirurgicznej A. M. w Krakowie w miejsce dra *Stanisława Doleżala*, który objął stanowisko dyrektora Szpitala w Brzesku.

Z kolei oddając głos Prof. *Januszkiewiczowi*, Prof. *Józef Bogusz* wyraził radość, iż po raz pierwszy mamy możliwość słyszeć w Towarzystwie Lekarskim Prof. dra *Januszkiewicza*, który przybył do naszego miasta przed kilku laty.

1. Prof. dr Stanisław Januszkiewicz — Wrażenia z pobytu w Zespole Klinik w Sztokholmie.

Prof. Januszkiewicz omawiając wrażenia z pobytu w Zespole Klinik w Sztokholmie, opisał zakłady rentgenowskie Zespołu Klinik „Karolinska Sjukhuset” z punktu widzenia architektury, wyposażenia i organizacji. Podkreślał wielki dorobek naukowy oraz wpływ na rozwój radiologii światowej Centralnego Zakładu Diagnostyki Rentgenowskiej podniósł wartość centralizacji fizycznej i organizacyjnej. Skupienie sprzętu i specjalistów daje najlepsze warunki dla dydaktyki, specjalizacji i pracy naukowej. Referat ilustrowany był przeźrocami.

2. Prof. dr *Janina Kowalczyk* — Różnorodność obrazu szpiczaka mnogiego w świetle materiału własnego.

Referentka dzieli nowotwory zbudowane z komórek o typie plazmocyta oraz paraplazmocyta na *plasmocytoma solitare*, *plasmocytoma multiplex* oraz *plasmocytoma diffusum* bez przekroczenia hipotetycznej bariery szpikowonaczyniowej oraz wreszcie postać *plasmocytoma diffusum* z obrazem białaczki plazmocytowej.

Omawia obraz anatomopatologiczny i kliniczny tych czterech postaci. Na tle publikowanego z Zakładu Anatomii Patologicznej przypadku przedstawia szczególną postać *plasmocytoma multiplex* łączącego się ze zmianami skrobiawiczymi w kościach i przedstawia trudności rozpoznawcze w tym przypadku.

8. Lek. *Elżbieta Jorasz* — Różnorodność obrazu szpiczaka mnogiego w świetle materiału własnego.

Zestawiono obraz radiologiczny szpiczaka mnogiego u chorych, którzy w ciągu 3 ostatnich lat byli badani oraz leczeni w Klinice Radiologicznej. Wykazano różnorodność obrazu radiologicznego od postaci drobnych ognisk osteolitycznych jakby „wygryzionych przez mole” do wielokomorowych torbielowatych ubytków, wstęgowatych przejaśnień o nietypowym umiejscowieniu, zmian osteolitycznych w kościach długich, gruboobeczkowej osteoporozy, zniekształceń i złamań patologicznych. Przedstawiono obserwowaną u jednej chorej reakcję przerostową śródkostną i odokostną, która według piśmiennictwa występuje bardzo rzadko i ma towarzyszyć odkładaniu się paramyloidu wewnątrz guzów szpiczaka. Przy omawianiu poszczególnych typów obrazu radiologicznego szpiczaka mnogiego, przedstawianych na przeźroczach, podkreślono pełny obraz kliniczny i morfologiczny oraz wyniki rentgenoterapii stosowanej u tych chorych.

4. Dr *Jerzy Nowicki* — Kamica pęcherzykowa płuc.

Pokaz przypadku kamicy pęcherzykowej płuc. Zadeemonstrowano przypadek własny *micro-lithiasis alveolaris pulmonum* rozpoznany za życia drogą badania radiologicznego. Obraz tego schorzenia jest patognomoniczny i charakterystyczny i wyraża się obecnością drobnych okrągłych cieni wapnistych w obrębie pól płucnych za wyjątkiem szczytów. Chora, lat 79, nie skarży się na żadne dolegliwości ze strony płuc. Zmiany na rentgenogramach są dobrze widoczne i niewspółmierne w stosunku do obrazu klinicznego.

Protokołował Przewodniczący
Sekretarz lek. *Piotr Bożek* Prof. dr *Józef Bogusz*