

# Wybrane problemy historii medycyny. W kręgu epistemologii i praktyki

pod redakcją

Anity Magowskiej, Katarzyny Pękackiej–Falkowskiej i Michała Oweckiego

Wydawnictwo Kontekst  
Poznań 2020



**Mariusz Migala**

Politechnika Opolska<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-9732-1681

e-mail: mariuszmigala@o2.pl

**Beata Skolik**

Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II

ORCID: 0000-0001-8108-299X

## Wkład ośrodka warszawskiego w rozwój rehabilitacji w latach 1918–1939

**Streszczenie.** Praca ukazuje początki kształtowania się idei rehabilitacji w Polsce w latach międzywojennych na przykładzie warszawskiego ośrodka naukowego. Podstawy rehabilitacji w stolicy tworzyły się wówczas w placówkach medycznych: Klinice Chorób Wewnętrznych i Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego oraz Instytucie Chirurgii Urazowej. Od 1929 roku dołączyła do nich placówka dydaktyczno-sportowa, w postaci Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego, powstałego z połączenia Centralnej Szkoły Wojskowej Gimnastyki i Sportów oraz Państwowego Instytutu Wychowania Fizycznego. Na podstawie materiałów źródłowych wykazano istotny wkład przedstawicieli tego ośrodka w powstanie nowej dziedziny medycznej w Polsce. Jego luminarze przyczynili się nie tylko do rozwoju gimnastyki leczniczej i fizjoterapii stosowanej w leczeniu różnych chorób i urazów. Mieli także istotny wkład w upowszechnienie rehabilitacji wśród lekarzy klinicystów różnych specjalności tj. ortopedii, reumatologii, chirurgii, interny oraz wśród przedstawicieli medycyny sportu. Wybuch wojny zahamował tę działalność, wiele osób zginęło niosąc pomoc potrzebującym. Ci, którzy przeżyli kontynuowali pracę zawodową po 1945 roku z jeszcze większym zaangażowaniem, bowiem osób wymagających rehabilitacji było znacznie więcej. Sprawilo to, że Warszawa, obok Poznania i Krakowa, nadal była wiodącym w kraju ośrodkiem medycyny rehabilitacyjnej.

### Wstęp

Rehabilitacja lecznicza zarówno w Polsce, jak i poza jej granicami, jest stosunkowo młodą dyscypliną medycyny. Jej koncepcja wyrosła z fuzji nauk medycznych i nauk o kulturze fizycznej na początku XX wieku, a więc zanim pojawiło się pojęcie „rehabilitacja” w znaczeniu medycznym. Termin „kompleksowej rehabilitacji” we współczesnym

---

<sup>1</sup> Katedra Biomedycznych Podstaw Fizjoterapii, Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej, ul. Prószkowska 76, 45–758 Opole.

znaczeniu po raz pierwszy użyto w 1918 roku, niemal w przededniu odzyskania przez Polskę niepodległości. Wydaje się, że zarówno ten moment, jak i wydarzenia, jakie miały miejsce w ciągu następujących 21 lat były ważne dla rozwoju rehabilitacji w Polsce, przerwanego gwałtownie wybuchem drugiej wojny światowej.

Od momentu wprowadzenia kompleksowej rehabilitacji pojmowano ją, jako przywracanie poszkodowanym jak najpełniejszej zdolności fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej, a także ekonomicznej. Zbiegło się to z intensywnym rozwojem ortopedii, reumatologii, chirurgii, interny i medycyny sportu, specjalności medycznych, w których coraz częściej zaczęto stosować ruch i czynniki fizykalne, jako elementy terapii. I choć początkowo mało było wzorców, na których rząd i polskie środowisko medyczne mogłyby się oprzeć, rehabilitacja także w naszym kraju powoli stawała się nie tylko istotnym procesem leczniczym, ale i społecznym, przywracając przede wszystkim osobom chorym i kalekim (jak je wówczas określano) poczucie własnej wartości i niezależności od innych.

Stało się to możliwe dzięki temu, że po 1918 roku w środowisku lekarskim wzrosło zainteresowanie ideą leczenia ruchem i przestano warunkować leczenie bezruchem i spokojem. Rozpoczęła się ożywiona dyskusja pomiędzy zwolennikami gimnastyki a jej przeciwnikami, podkreślano coraz ściślejsze powiązanie gimnastyki z medycyną.

Zaznaczyć jednak należy, że w latach międzywojennych, choć w Polsce stosowano już rehabilitację u osób kalekich lub z dysfunkcjami narządu ruchu, rzadko używano takiego terminu. Profesor Wiktor Dega (1896–1995), niekwestionowany autorytet w tej dziedzinie, twierdził nawet, że rehabilitacja w Polsce nie istniała przed 1939 roku i jej rozwój z zerowego stanu nastąpił dopiero w pierwszych latach po wojnie<sup>2</sup>. Wydaje się jednak, że w latach 1918–1939 powstały trwałe fundamenty tej dziedziny, choć rzeczywiście zamiast terminu „rehabilitacja” stosowano częściej takie określenia jak: „usprawnianie”, „gimnastyka lecznicza”, „kinezyterapia”, „mechanoterapia”, „masaż”, czy ogólnie „fizjoterapia”. Słowo „rehabilitacja” w dosłownym znaczeniu było jeszcze obce polskiemu środowisku lekarskiemu, pomimo, że w krajach zachodniej kultury weszło do powszechnego obiegu po pierwszej wojnie światowej<sup>3</sup>.

Za to bez wątplenia w omawianym okresie rozwijała się fizjoterapia, choć w tym wypadku także początkowo używano różnych określeń wyrażających działanie zabiegów terapeutycznych, wywierających określony wpływ na organizm człowieka. Stosowano różnorakie pojęcia jak: „leczenie fizykalne”, „fizyko–terapja”, „fizjatrja”, „leczenie metodami fizycznymi”, „fizjoterapja”. Było również „przyrodolecznictwo”, czasami z przymiotnikiem „uzdro-

---

<sup>2</sup> Por. W. Dega, 1973, s. 17.

<sup>3</sup> Jeszcze przed 1918 r. Eugeniusz Piasecki nazywał proces powrotu do wykonywanych wcześniej zadań reedukacją wojskową, która skierowana była głównie do żołnierzy – ofiar pierwszej wojny światowej. Cięższe przypadki, niegwarantujące powrotu do czynnej służby obejmował terminem reedukacji zawodowej. Takie osoby miały odzyskiwać utraconą zdolność zarobkową poza armią. Podkreślał, że w państwach zachodnich reedukacja wojskowa była ściśle powiązana z zakładami fizjoterapii. Por.: Piasecki, 1917, s. 58–63. Termin „rehabilitacja” wprowadzono do polskiej medycyny i systemu opieki medycznej dopiero na początku lat siedemdziesiątych XX w.

wiskowe, zdrojowiskowe lub zakładowe”, gdzie to ostatnie odnosiło się stricte do sztucznych czynników fizykalnych (hydro– światło– i elektroterapia) oraz mechanoterapii, a ich uzupełnieniem były ćwiczenia cielesne i dietetyka<sup>4</sup>. Używano ich czasami zamiennie, a czasami by różnicować formy energii. Jednak za każdym razem chodziło o metody leczenia wykorzystujące różne formy energii fizycznej, przy czym jedne bodźce fizyczne działały bezpośrednio na skórę lub błonę śluzową, inne natomiast na narządy i tkanki głębiej położone.

Wielokierunkowe działania podjęte przez czynniki państwowe po odzyskaniu niepodległości przyczyniły się do powstania pierwszych ośrodków naukowych promujących leczenie ruchem. Podobnie jak w ubiegłym stuleciu, największe znaczenie miały cztery wiodące ośrodki naukowe: w Poznaniu, Warszawie, Krakowie i Lwowie. Stały się one także ośrodkami gimnastyki leczniczej. Miały istotny wpływ na rozwój medycyny, kultury fizycznej i rehabilitacji. Przyczyniły się do stworzenia pierwszej koncepcji oraz zaangażowania polskich lekarzy, instruktorów wychowania fizycznego i gimnastyki leczniczej w kształtowaniu teoretycznych podstaw i praktyki wymienionych dziedzin.

#### Działalność placówek medycznych w zakresie rehabilitacji i ich luminarze

W ośrodku warszawskim, zręby rehabilitacji tworzyły się głównie w placówkach medycznych Uniwersytetu Warszawskiego (w latach 1936–1939 Uniwersytet Józefa Piłsudskiego) oraz w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego (od 22 maja 1935 roku imienia Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego).

Pierwszą placówką, gdzie dostrzeżono potrzebę stosowania rehabilitacji była Klinika Chorób Wewnętrznych UW. Utworzono ją zaraz po repolonizacji Uniwersytetu Warszawskiego w 1918 roku, choć początkowo sytuacja kadrowa, lokalowa i sprzętowa była bardzo trudna. W 1919 roku kierownikiem Kliniki został prof. Władysław A. Gluziński (1856–1935), internista, jeden z pionierów polskiej gastrologii oraz zasłużonych „rycerzy zakonu bojowników” o zdrowie narodu polskiego<sup>5</sup>. Był to dobry organizator, bowiem w niedługim czasie doprowadził do poprawy warunków lokalowych, rozwiązał problemy administracyjne i stworzył możliwości prowadzenia poważnych badań naukowych. Od 1926 roku kierownictwo Kliniki mieszczącej się w Szpitalu św. Ducha przejął prof. Witold E. Orłowski (1874–1966), który od września 1927 roku kierował także II Kliniką Chorób Wewnętrznych, znajdującą się na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus. Był to już wtedy znany internista i fizjoterapeuta, autor licznych prac, dla którego medycyna była rodzajem misji, obejmującej nie tylko pracę naukową, leczenie chorych, ale też szeroką działalność społeczną<sup>6</sup>.

Profesor Orłowski zreorganizował klinikę, zamieniając ją w jeden z najnowocześniejszych ośrodków naukowo–badawczych w Europie. Stworzył tym samym szkołę naukową,

---

<sup>4</sup> Kaczyński, 1934, s. 49.

<sup>5</sup> Anonymus, 1935, s. 10; Trzebiński, 1935, s. 11.

<sup>6</sup> Zob. Roguski, 1947, s. 144–146; Misiewicz, 1947, s. 113–120; Ostrowska, Witold Eugeniusz Orłowski, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/witold-eugeniusz-orlowski>, dostęp: 11.05.2019.

której następne pokolenia uczniów pracowały na rzecz rozwoju nowych gałęzi medycyny wewnętrznej. Właśnie z jego inicjatywy, w 1929 roku powstała przy Klinice Poradnia Wychowania Fizycznego. Pracowała w niej dr Jadwiga Titz (1902–1989)<sup>7</sup>. W oparciu o wzorce poznańskie zorganizowała w 1931 roku pierwszy kurs gimnastyki leczniczej (korekcyjnej) w warszawskich szkołach. Zajęcia prowadzone były w gimnazjum im. Konopnickiej w dwóch grupach: dla dziewcząt asteniczek i dziewcząt ze skrzywieniami kręgosłupa. W jednej grupie znalazły się osoby z wąską budową, często wybujałą, wątłym kośćcem, długą szyją, odstającymi łopatkami, z klatką piersiową o ustawieniu wydechowym, o tkance łącznej wiotkiej, z opadniętymi trzewiami, małym sercem lub z sercem o prawidłowym wymiarze, ale o nadmiernej pobudliwości nerwowej, a także osoby z niskim ciśnieniem. Do drugiej grupy włączono dziewczynki z zaburzeniami narządów ruchu, z wadami postawy, tj. bocznym skrzywieniem kręgosłupa, ustawieniem kifotycznym kręgosłupa, nadmierną lordozą lędźwiową, zwiększonym napięciem mięśni. Ćwiczenia w obu grupach były prowadzone dwa razy w tygodniu po południu po 1 godzinie<sup>8</sup>. Wiek ćwiczących wahał się od 12 do 15 lat. Uczestniczki czteromiesięcznego kursu były badane przed i po jego zakończeniu w Poradni Wychowania Fizycznego działającej przy II Klinice Chorób Wewnętrznych.

Doktor Titz była zwolenniczką stosowania gimnastyki leczniczej u dzieci z podziałem na grupy: zupełnie zdrowe; zdrowe ze złą postawą; wątłe, słabe, często ze złą postawą; z chorobowymi zmianami narządu ruchu (grupa asteników)<sup>9</sup>. Uważała, że ćwiczenia dla asteników – w przeciwieństwie do zwykłej gimnastyki – powinny do czasu pożądanego wzmocnienia układu krążenia, nerwowego i mięśni odbywać się w pozycji poziomej, leżeniu lub klęku podpartym. Nie negując gimnastyki na przyrządach (biernej), była zwolenniczką gimnastyki czynnej zalecając m.in. ćwiczenia Klappa, a więc na czworakach, od najłatwiejszych i najprostszych. Dobór ćwiczeń miał uwzględniać „przećwiczenie” wszystkich grup mięśniowych i stawów. Ćwiczenia te miały poprawiać postawę, zwiększać rozluźnienie torebek stawowych kręgosłupa, zmniejszyć krzywiznę lędźwiową, zmniejszyć kifotyczne ustawienie części piersiowej kręgosłupa, wreszcie pozwalały dokładnie umiejscowić ćwiczenia dla poszczególnych odcinków kręgosłupa. Po ćwiczeniach zalecała długie wypoczynki, by reakcja (przyspieszone tętno, oddech, zmęczenie) ustąpiła zupełnie przed następnym ćwiczeniem<sup>10</sup>. Podkreślała, aby w gimnastyce u osób ze skoliozą wplatać między ćwiczenia Klappa ćwiczenia szybkościowe i dłuższe wypoczynki, natomiast w gimnastyce dla asteników stosować wyłącznie ćwiczenia Klappa<sup>11</sup>.

J. Titz przekonywała, że tworzenie specjalnych godzin gimnastyki wyrównawczej, tak jak korepetycji z innych przedmiotów dla słabszych uczniów, którzy po osiągnięciu należy-

<sup>7</sup> Od 1935 r. Jadwiga Titz–Kosko. Zob. Madeyski, 1989, s. 63–64.

<sup>8</sup> Titz uważała, że najkorzystniej jest zorganizować ćwiczenia lecznicze w czasie gimnastyki szkolnej zwykłej, z której uczestniczki kursu byłyby zwalniane i ćwiczyłyby w drugiej sali. Por.: Titz, 1932a, s. 6–14.

<sup>9</sup> Titz, 1932b, s. 145–157.

<sup>10</sup> Tamże, s. 146–147; Titz–Kosko, 1936/1937b, s. 241–248.

<sup>11</sup> Zdając sobie sprawę, że system Klappa ma wielu przeciwników, zalecała przeplatać ćwiczenia Klappa innymi, np. zręcznościowymi, równoważnymi, gramami i zabawami. Titz–Kosko, 1936/1937a, s. 207–213.

tej sprawności byliby włączani do lekcji gimnastyki, nie do końca się sprawdza i napotyka na trudności w szkole. Uważała, że organizowanie jednorazowych kursów nie rozwiązują zagadnienia dla dużej liczby potrzebujących. Dlatego postulowała, aby dzieci potrzebujące ćwiczeń wyrównawczych miały je zagwarantowane przynajmniej w trakcie zwykłej gimnastyki w szkole. W tym celu opracowała zestawy ćwiczeń wyrównawczych oraz osnowy lekcji ćwiczeń cielesnych, które mogły być wykonywane w ramach lekcji wychowania fizycznego<sup>12</sup>. Z drugiej strony, sprzeciwiała się, by całkowicie zwalniać szkołę z odpowiedzialności za organizację takich zajęć, bowiem udowodniła, że właśnie warunki pracy w szkole najbardziej predysponują do powstania wad budowy i zmian w narządach<sup>13</sup>.

Z ośrodkiem warszawskim zawodowo związana była także doc. dr Eleonora Reicher (1884–1973). Była osobą o wszechstronnych zainteresowaniach, a przede wszystkim miała, jak na tamte czasy, bardzo dobre przygotowanie i wykształcenie zdobyte za granicą<sup>14</sup>. W pracy naukowej interesowała się różnymi dziedzinami medycyny wewnętrznej, chorobami serca, chorobami narządu ruchu. Zajmowała się działaniem ćwiczeń fizycznych (cielesnych) na organizm, szczególnie wykorzystaniem ćwiczeń fizycznych w rozwoju dzieci zdrowych i astenicznych oraz w leczeniu dorosłych<sup>15</sup>. W 1932 roku habilitowała się na podstawie pracy pt. *O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych chorych*, obronionej na Uniwersytecie Warszawskim. Była to pierwsza tak dokładna próba przedstawienia zagadnień gimnastyki leczniczej w piśmiennictwie polskim okresu międzywojennego. Autorka po raz pierwszy zdefiniowała ćwiczenia cielesne, uznając, że

jako środek należą do grupy środków naturalnie drażniących, gdyż polegają na metodycznym, ilościowym stosowaniu bodźców, które działają na ustrój w życiu codziennym i w warunkach normalnych, choć nie zawsze w odpowiedniej ilości i odpowiedniej formie<sup>16</sup>.

Przedstawiła wpływ ćwiczeń cielesnych na przemianę materii u sportowców. Przybliżyła wpływ tych ćwiczeń na układ nerwowy, na procesy chemiczne w ustroju, na ciśnienie krwi, pracę tętna i oddechu. Omawiając wpływ ćwiczeń ruchowych na procesy oddychania wprowadziła pojęcie „wychowania oddechowego”, które miało polegać na wykonaniu normalnego oddechu i zharmonizowaniu go z rodzajem wykonywanego ruchu. Uważała, że dużą rolę w realizacji tego typu wychowania miała do odegrania szkoła. Jednak przestrzegала, aby z nauczycieli ćwiczeń cielesnych nie robić felczerów. Postulowała, aby nauczyciele współpracowali i rozumieli lekarzy szkolnych.

---

<sup>12</sup> Titz, 1936/1937a, s. 145–152; Titz–Kosko, 1936/1937b, s. 203–213.

<sup>13</sup> Titz, 1936/1937b, s. 103–107; Titz–Kosko, 1938/1939, s. 137–140.

<sup>14</sup> W 1909 r. w Bernie w Szwajcarii złożyła pierwszy egzamin lekarski („półdoktorat”), a w 1912 r. uzyskała tytuł doktora filozofii. W 1917 r. uzyskała stopień doktora medycyny w berlińskim uniwersytecie. Przez kolejne trzy lata pracowała w Bernie, jako asystentka w klinice uniwersyteckiej prof. Hermanna Sahliego (1856–1933). W 1920 r. wróciła do Polski. Zob. Luft, 1974, s. 379–384; Ostrowska, *Eleonora Reicher*, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/eleonora-reicher> (dostęp: 22.12.2018).

<sup>15</sup> Reicher, 1929b.

<sup>16</sup> Cyt. za: Reicher, 1932, s. 1.

W ostatnim rozdziale książki zawarła wywody na temat znaczenia leczniczego ćwiczeń cielesnych<sup>17</sup>.

Zdaniem Henryka Kuńskiego, wspomniana rozprawa oraz późniejsze rozważania na temat ćwiczeń cielesnych były w piśmiennictwie światowym pierwszą próbą syntezy wpływu ćwiczeń fizycznych na ustrój ludzi zdrowych i chorych. Dzięki temu publikacja ta odegrała istotną rolę w pracy lekarzy szkolnych, sportowych, a także wykładowców wyższych uczelni wychowania fizycznego<sup>18</sup>.

Docent E. Reicher w trakcie prowadzonych badań opracowała także wskazania do ćwiczeń w różnych stanach chorobowych i w różnych okresach życia. W doborze ćwiczeń opowiadała się za uwzględnieniem cech konstytucyjnych człowieka, zalecając ćwiczenia szybkościowe osobom młodym, a wytrzymałościowe osobom starszym, nawet do późnego wieku. U asteników widziała korzyści, podobnie jak J. Titz, po zastosowaniu ćwiczeń krótkich i intensywnych, które szczególnie pobudzająco wpływały na układ krążenia i oddychania, będąc ważnym bodźcem dla rozwoju płuc i serca. Po pewnym czasie zalecała uzupełnić te ćwiczenia gimnastyką na czworakach metodą Klappa. Uważała, że w metodzie tej poszczególne ćwiczenia są dla osób słabych i wątłych łatwiejsze do wykonania, gdyż w pozycji tej następowało odciążenie pracy serca z powodu poziomego położenia ciała. Po przyzwyczajeniu się młodzieży do gimnastyki szybkościowej i gimnastyki metodą pełzania, zalecała wydłużanie każdego dnia wszystkich ćwiczeń, wzbogacając je coraz to nowymi odmianami ruchu tak, by na koniec lekcja gimnastyki wynosiła około 45 minut. U osób tych zalecała również stopniowane spaceru<sup>19</sup>.

W okresie młodzieńczym polecała sporty, które nie posiadając właściwości zniekształcających działały bodźcowo i rozwojowo w sposób harmonijny na cały ustrój. U starszych osób, u których odpadał czynnik kształtujący, polecała dobór ćwiczeń ruchowych i sportów w zależności od wymagań i szkodliwości, jakim podlegali oni w swym życiu zawodowym, a także w zależności od zmian chorobowych, jakie w życiu wystąpiły. Pozytywną rolę ćwiczeń widziała w leczeniu wielu schorzeń, m.in. układu krążenia, oddychania, zaburzeń serca, jamy brzusznej (opadnięcie trzewi), otyłości, cukrzycy, u asteników, osób skłonnych do gruźlicy. Postulowała, aby wykorzystać pracę, jako czynnik leczniczy nie tylko w gruźlicy, lecz także w innych chorobach, z kolei spacerów w gruźlicy nie traktowała w kategoriach leczniczych<sup>20</sup>. W każdym przypadku zalecała indywidualny dobór ćwiczeń poprzedzony zaprawą gimnastyczną, a dopiero po niej ćwiczenia ruchowe w postaci sportów turystycznych, tj. turystyki zwykłej (marsze) oraz turystyki wodnej (wiosłowanie). Lecznicze stosowanie cwi-

---

<sup>17</sup> Anonymus, 1936, s. 439–440.

<sup>18</sup> Reicher od 1927 r. była członkinią Rady Naukowej Wychowania Fizycznego, do której należało m.in. ustalenie zasad kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznym. Prowadziła wykłady na kursach informacyjnych dla lekarzy sportowych w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego w Warszawie. Reicher, 1932, s. II.

<sup>19</sup> Reicher, 1929b, s. 12–13.

<sup>20</sup> Anonymus, 1932, s. 93.



czeń ruchowych zalecała głównie w okresach wypoczynkowych od pracy, w czasie wakacji, urlopu, by przyzwycząić organizm do bodźcowego, wzmacniającego i hartującego działania tych ćwiczeń, które pozostanie po powrocie do pracy. Proponowała łączyć uprawianie ćwiczeń ruchowych z lecnictwem zdrojowiskowym, którego wskazania w wielu schorzeniach pokrywały się ze stosowaniem ćwiczeń leczniczych, pod stałą kontrolą lekarską<sup>21</sup>.

Jej wcześniejsze zainteresowania medycyną sportową sprawiły, że podjęła się także zagadnień dotyczących chorób atakujących często narząd ruchu. Jedną z takich dyscyplin medycznych, w połowie lat dwudziestych XX wieku jeszcze mało znaną i niejasno sprecyzowaną, była reumatologia. Zainspirowana przez prof. W. Orłowskiego, zaangażowała się w działalność Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Reumatyzmu, którego była współzałożycielką, członkiem zarządu a następnie sekretarzem. Tym samym weszła do grona pionierek reumatologii w Polsce. Podczas zebrania w grudniu 1933 roku wysunęła projekt badań epidemiologicznych dotyczących schorzeń gośćcowych. Na jej wniosek zaczęto organizować kursy przy wydziałach lekarskich celem kształcenia lekarzy. Już wcześniej (1932 rok) wraz z J. Titz zorganizowała i do 1939 roku kierowała pierwszą w kraju Poradnią Reumatologiczną przy II Klinice Chorób Wewnętrznych UW. Pierwsza w kraju prowadziła wykłady z reumatologii dla studentów IV i V roku medycyny w II Klinice Chorób Wewnętrznych UW<sup>22</sup>. Jeszcze przed wybuchem wojny szeroko propagowała zagadnienia dotyczące reumatologii w środowisku lekarskim. Zarówno w kraju jak i zagranicą publikowała prace naukowe oraz uczestniczyła w zjazdach i sympozjach. Nawiazanie międzynarodowych kontaktów zaowocowało przeniesieniem najnowszych metod leczenia na polski grunt<sup>23</sup>.

O tym, jak pionierską pracę wykonała w zakresie uświadczenia polskiego społeczeństwa, ale też środowiska lekarskiego, co do stosowania ćwiczeń fizycznych, jako środka terapeutycznego, świadczą słowa, które napisała w 1929 roku:

W praktyce lekarskiej życia codziennego ćwiczenia cielesne nie zajmują, przynajmniej dotychczas, należnego im, jako czynnikowi terapeutycznemu miejsca. Dzieje się to, może, i dlatego, że w umysłach nie tylko laików, ale i lekarzy ugruntowało się pojęcie poniekąd fałszywe, że doniosłość ćwiczeń cielesnych opiera się jedynie na ich działaniu kształtująco rozwojowym, i że wobec tego nie należą one do czynnego terapeutycznego arsenału środków lekarskich. Pojęcie to jednak nie jest słuszne; ustępuje ono powoli budzącemu się w ostatnich czasach zrozumieniu, iż ćwiczenia cielesne są jedną z ważniejszych metod fizykalno-leczniczych<sup>24</sup>.

Z warszawską I Kliniką Chorób Wewnętrznych, od roku akademickiego 1918/1919, związany był prof. Mściwój Semerau-Siemianowski (1885–1953), internista, kardiolog, jeden z pionierów zastosowań elektrokardiografii w badaniach klinicznych, uważany na

---

<sup>21</sup> Reicher, 1935, s. 378–397. Na temat roli ćwiczeń cielesnych zob. też: Reicher, 1929a, s. 213–250; Reicher, 1930.

<sup>22</sup> Ciszewski, 1987, s. 169; Sadowski-Wróblewska, 1973, s. 201–203.

<sup>23</sup> Reicher, 1929c, s. 166–183; eadem, 1933, s. 739–760.

<sup>24</sup> Cyt. za: Reicher 1929b, s. 166.

twórcę rehabilitacji kardiologicznej w Polsce<sup>25</sup>. W Klinice rozwijał metody badań czynnościowych w patologii narządów i układu krążenia, prowadził wykłady m.in. nt. diagnostyki i terapii chorób układu krążenia oraz fizykalnych badań pacjentów z chorobami wewnętrznymi. We wrześniu 1924 roku zorganizował i został ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Łazarza, który stał się największym w Warszawie (150 łóżek) i pierwszym w Polsce oddziałem kardiologicznym, a także ośrodkiem naukowo-badawczym. Znajdowały się w nim pracownie: analityczna, radiologiczna, elektrograficzna, hematologiczna, badań spoczynkowej przemiany materii. Już w latach trzydziestych XX wieku zalecał pacjentom po zawale serca umiarkowany wysiłek fizyczny i spacer na wyznaczonych trasach o różnym stopniu trudności. Doświadczenia w tym zakresie zdobywał „na sobie”, gdy po zawale serca, wbrew zaleceniom, szybko podjął aktywność fizyczną, jako zapalony turysta górski i alpinista. Od 1935 roku organizował i prowadził dwutygodniowe ogólnopolskie kursy kardiologiczne dla lekarzy, promując w ten sposób kształcenie podyplomowe w Polsce międzywojennej<sup>26</sup>.

Zwolennikiem ćwiczeń fizycznych był także prof. Adolf Wojciechowski (1886–1945), chirurg i ortopeda, kierujący II Kliniką Chirurgiczną UW współpracujący z Centralnym Instytutem Wychowania Fizycznego (kierował Zakładem Anatomii, prowadził wykłady na kursach doskonalących)<sup>27</sup>. Opowiadał się za wprowadzeniem gimnastyki i ćwiczeń od najmłodszych lat, zwłaszcza w okresie nauki w szkole, gdyż zdawał sobie sprawę, że pozycja siedząca, w której dziecko przebywa wiele godzin, jest główną przyczyną wad postawy. Zalecał co najmniej cztery rodzaje ćwiczeń (gimnastyki) wykonywanych codziennie przez 1–1,5 godziny. Proponował: zwykłe, wszechstronne ćwiczenia, oszczędzające w pewnym wieku układ kostny i stawy; ćwiczenia zapobiegające skutkom powstałym w wyniku długotrwałego siedzenia, którą nazywał gimnastyką zapobiegawczą; ćwiczenia skierowane na usunięcie odchylenia postawy na tle zachowanej równowagi mięśniowej – tzw. gimnastyka wyrównawcza; gimnastykę leczniczą. Jeszcze na początku lat trzydziestych XX wieku wskazywał, że wprowadzenie wszystkich tych rodzajów gimnastyki nie jest możliwe. Przekonywał jednak i zachęcał, aby w większych miastach, zwłaszcza u dzieci z zaburzoną równowagą mięśniową, co najmniej godzinę stosować w szkołach również ten rodzaj gimnastyki, uwzględniający przede wszystkim ćwiczenia bierne<sup>28</sup>.

Powyższe zagadnienia szczegółowo omówił w obszernej pracy, którą zmieścił w drugim wydaniu zbiorowej *Higjena szkolna*, pod redakcją S. Kopczyńskiego. Rozdział nosił tytuł *Schorzenia układu kostnego w wieku szkolnym*. Obok scharakteryzowania różnych schorzeń układu kostnego, w interesujący sposób przedstawił wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych. Uzasadniał, że ćwiczenia te w szkole mają na celu zapewnienie dziecku

---

<sup>25</sup> Ostrowska, Mściwój Maria Tadeusz Semerau–Siemianowski, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/mosciwoj-maria-tadeusz-semerau-siemianowski>, dostęp: 19.09.2019.

<sup>26</sup> Śródka, 1994, s. 238–243; Rudnicki, Wolszakiewicz, 2014, s. 133.

<sup>27</sup> Krawczyk, 2007, s. 134. Zob. też: Wojciechowski, 1939, s. 267–277.

<sup>28</sup> Cyt. za: Wojciechowski, 1932, s. 5–7.

minimum ruchu niezbędnego do należytego wykształcenia kośćca (gimnastyka normalna), a ponadto powinny wyrównać i zrównoważyć szkodliwe czynniki związane z zajęciami szkolnymi (długotrwała pozycja siedząca). W tym wypadku proponował gimnastykę wyrównawczą. Wreszcie, specjalne ćwiczenia miały za zadanie wyrównać błędy i wady postawy – w tym wypadku proponował gimnastykę leczniczą. Wśród wskazań do niej wymieniał wszystkie błędy postawy, wady ze zniekształconym kośćcem, przypadki, w których potrzebne było wzmocnienie mięśni. Podkreślał przy tym ważność współpracy lekarza szkolnego z nauczycielem ćwiczeń cieleśnych. Zalecał, aby lekarz śledził na lekcjach, zwłaszcza gimnastyki leczniczej, wpływ ćwiczeń na stan mięśni i kości, by na bieżąco korygować ćwiczenia<sup>29</sup>.

Profesor Wojciechowski ćwiczenia fizyczne zalecał zwłaszcza u osób z zaburzeniami narządu ruchu, które dzielił na osoby podatne na czynniki zniekształcające oraz z wyraźnymi zaburzeniami postawy. Twierdził, że każdą gimnastykę należy zaczynać od ćwiczeń biernych, a dopiero, gdy uda się przy ich pomocy mięśnie skrócone wydłużyć, dopiero wówczas, należy przejść do ćwiczeń czynnych, oczywiście nie tej samej grupy mięśniowej, lecz ich antagonistów<sup>30</sup>.

Jako chirurg nie tylko wykładał teorię, ale także przygotował metodykę ćwiczeń korekcyjnych w leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa, kolan koślawych, szpotawych, wad w ustawieniu stopy. W leczeniu wad postawy zalecał, aby każdy przypadek był indywidualnie traktowany, poddany ciągłej kontroli, a przede wszystkim, by na samym początku sprawdzić, czy nieprawidłowa postawa nie zależy od odmiennej budowy kośćca<sup>31</sup>.

Obok rehabilitacji ortopedyczno–chirurgicznej, w omawianym okresie powoli rozwijała się także rehabilitacja neurologiczna, choć bez wątpienia nadal była w cieniu tej pierwszej. Impuls do rozwoju usprawniania w neurologii dało nasilenie choroby Heinego–Mediny, a na potrzebę stosowania rehabilitacji w zapobieganiu skutkom choroby jako jeden z pierwszych w kraju wskazywał wspomniany prof. A. Wojciechowski<sup>32</sup>.

W okresie międzywojennym chorych na polio w Polsce liczyło się jeszcze w setkach, a w Stanach Zjednoczonych już w tysiącach<sup>33</sup>. Mimo że porażenie dziecięce pozostawało w Polsce chorobą mało znaną, o niskiej zapadalności, to choroba ta budziła pewne obawy wśród ludności II Rzeczypospolitej<sup>34</sup>.

---

<sup>29</sup> Wojciechowski, 1933, s. 594–599.

<sup>30</sup> Wojciechowski, 1935a, s. 254–255.

<sup>31</sup> Wojciechowski, 1935, s. 346–358.

<sup>32</sup> Autor wzorował się na doświadczeniach amerykańskich, gdzie w 1916 r. wybuchła wielka epidemia obejmująca 27.363 zachorowania (zapadalność 29,7/100 000), a w latach międzywojennych utrwał się epidemiczny charakter choroby. Magdziak, 2002, s. 521.

<sup>33</sup> W 1927 r. wydano rozporządzenie o obowiązku zgłaszania zachorowań na poliomyelitis w Polsce. Na jego podstawie zachorowania na polio rejestrowano do 1939 r., a nawet jeszcze do 1949 r. w liczbie około 260 przypadków.

<sup>34</sup> Większe zainteresowanie służby zdrowia tą chorobą wzrosło podczas wielkich epidemii, które wystąpiły na terenie Niemiec i Rumunii w latach 1927–1938. W Polsce też zanotowano wówczas wzrost liczby zachorowań – od 20 w 1928 r. do 252 w 1936 r. Mazurowska–Magdzik, Bucholc, Janaszek–Seydlitz, Szkoda, Magdzik, 2010, s. 342; Kostrzewski, Żabicka, 2001, s. 329.

Profesor Wojciechowski zalecał stosowanie leczenia ogólnego, które miało skutecznie zapobiec utrwaleniu porażień, a zwłaszcza wadliwych ustawień i przykurczów. Oprócz zaopatrzenia ortopedycznego (m.in. szyn, gorsetów), ważne było dodanie choremu poprzez ćwiczenia energii psychicznej. Wiodącą rolę widział w zastosowaniu fizykoterapii. Miała ona na celu pobudzenie porażonych mięśni, a szczególną uwagę przywiązywał do zabiegów cieplnych (nagrzewanie, diatermia), które miały za zadanie poprawić ukrwienie kończyn, odżywianie mięśni i innych tkanek. Zalecał także elektroterapię – głównie prąd galwaniczny i faradyczny, celem zapobiegania zanikom mięśniowym i utorowania nowych szlaków dróg nerwowych. Ważne też było stosowanie gimnastyki, głównie ćwiczeń czynnych, bowiem jak pisał:

... ruch czynny nawet najsłabszy jest wszystkim, a ruch bierny niczym.

Ćwiczenia miały być uzupełniane poprzez masaż (mięsienie), w celu zmniejszenia napięcia i odpływu krwi z przekrwionego rdzenia. Zalecał też ćwiczenia w wodzie, podając dokładny opis wykonywania powyższych<sup>35</sup>. Tego rodzaju kinezyterapię nazywaną wówczas „ortopedją wodną” proponował łączyć z masażem i podwodnymi natryskami. Skuteczność tych zabiegów, oprócz choroby Heinego–Mediny, widział również w leczeniu porażień innego typu, np. w porażeniach spastycznych, w usprawnianiu pourazowym, pooperacyjnym, pozapalnym, we wrodzonych wadach budowy, rozwoju mięśni, układu kostnego. Był przekonany, że leczenie ogólne w przypadku polio zapobiega utrwaleniu porażień, tj. nieprawidłowemu ustawieniu kończyn, przykurczom<sup>36</sup>.

Działania te miały jeszcze wówczas charakter pionierski, jednak były niezmiernie ważne po zakończeniu drugiej wojny światowej, kiedy epidemia choroby Heinego–Mediny dotarła do Polski<sup>37</sup>. Proroctwa stały się również słowa prof. Wojciechowskiego wypowiedziane w 1938 roku:

[...] Miejmy nadzieję, że los oszczędzi nam możliwości amerykańskich – spostrzegania dziesiątków tysięcy kalek, ale na wszelki wypadek uzbrojmy się, stwórzmy możliwość stosowania gimnastyki podwodnej, tym bardziej, że nie tylko w chorobie Heine–Medina ma ona swe zastosowanie. Są i inne źródła masowego kalectwa i upośledzeń ruchowych. Wszak

---

<sup>35</sup> Kinezyterapia w wodzie prowadzona u chorych na polio sprawdziła się wcześniej w Stanach Zjednoczonych, gdzie w szpitalach, klinikach, a nawet skromnych przytułkach, ambulatoriach i szkołach budowano urządzenia do ćwiczeń w wodzie. Prof. Wojciechowski stał się gorącym orędownikiem tego zabiegu. Cyt. za: Wojciechowski, 1938, s. 24.

<sup>36</sup> Ibid., s. 32; Ch., 1929, s. 8.

<sup>37</sup> Do Polski choroba Heinego–Medina dotarła ze Stanów Zjednoczonych przez Czechosłowację w 1951 r. Zanotowano wówczas 3060 zachorowań i 252 zgony. W latach 1951–1959 każdego roku liczba zachorowań wahała się od 1112 (1959 r.) do 6090 (1958 r.). Liczba zgonów w tych latach wahała się od 68 (1953 r.) do 348 (1958 r.), przy przeciętnej rocznej liczbie 142. Magdziak, 2002, s. 522; Szczepański, Kazimiera Milanowska, <http://www.poznanpatria.lions.org.pl/dzialalnosc/zycie-klubowe/22-dzialalnosc/zycie-klubowe/145-kazimiera-milanowska> (dostęp: 4.11.2018); Nowotny, 2014, s.156; Łuczak, Milanowski, 2016, s. 298–300.

słusznie ktoś nazwał wojnę epidemią urazową. W takich chwilach potrzeba urządzeń re-  
edukacji ruchowej staje się palącą, a wszak łatwiej i lepiej mieć je zawczasu przygotowane,  
niż doraźnie improwizować półśrodki<sup>38</sup>.

Jak wynika z powyższego, ortopedzi wnieśli także istotny wkład w rozwój rehabilitacji  
dzieci i dorosłych z chorobą Heinego–Medina.

W II Katedrze i Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego pracował także  
chirurg doc. dr Jan Zaorski (1887–1956), który w latach dwudziestych XX w. założył szko-  
łę masażu, a w 1928 roku, wydał pierwszy w Polsce *Podręcznik mięsienia leczniczego*<sup>39</sup>. Była  
to niezmiernie ważna publikacja do nauki masażu, określonego przez prof. dr. Zygmunta  
Radlińskiego (1874–1941) we wstępie do książki, jako „pomocniczą gałąź medycyny”<sup>40</sup>.

Zarówno utworzenie szkoły masażu, jak i wydanie podręcznika, miało na celu przede  
wszystkim przygotowanie fachowego personelu współpracującego w zakresie usprawnia-  
nia leczniczego (rehabilitacji) z lekarzem–chirurgiem. Każdy absolwent szkoły po ukoń-  
czeniu kursu obejmującego zajęcia teoretyczne i praktyczne przystępował do egzaminu  
końcowego, po zdaniu, którego otrzymywał uprawnienia do wykonywania zabiegów  
wchodzących w zakres masażu leczniczego. Istotnym elementem przygotowania do eg-  
zaminu był również wspomniany *Podręcznik...*, w którym znalazł się opis fizjologicznych  
zmian zachodzących w organizmie pod wpływem zabiegu, a także opis poszczególnych  
technik (głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, oklepywanie, ruch wstrząsający). Przybliżono  
wpływ ogólny masażu na poszczególne części ciała (kończyny, stawy, głowę, szyję, grzbiet  
i brzuch), a także zastosowanie w lecnictwie. Ciekawe są również uwagi autora, skiero-  
wane do wykwalifikowanych masażystów i masażystek, przestrzegające przez skutkami  
ubocznymi wykonywania tego zawodu<sup>41</sup>.

Gimnastykę leczniczą i inne czynniki fizykalne z powodzeniem wprowadzał rów-  
nież w Warszawie płk dr Tadeusz M. Sokołowski (1887–1965), który w latach 1934–  
1939 pracował w Szpitalu Okręgowym Nr 1, a następnie w utworzonym Wojskowym  
Instytucie Chirurgii Urazowej w Warszawie, którym kierował. Był autorem wielu no-  
wych rozwiązań leczniczych w chirurgii, m.in. zmodyfikował technikę zespalania złá-  
mań szyjki kości udowej i wprowadził własny gwóźdz do tego celu, opracował technikę  
przezskórnego zespalania złámań nadkłykciowych kości ramiennych u dzieci, skon-  
struował tzw. łóžko urazowe i aparat do nastawiania złámań kości przedramienia. Spra-  
wę zwalczania epidemii urazów oraz ich skutków, uważał za jedno z najważniejszych  
zagadnień w latach międzywojennych. Pomóc w tym miało, obok leczenia operacyjne-  
go, jak najszybsze usprawnianie, „aby zmniejszyć zło społeczne jakim jest kalectwo”<sup>42</sup>.

---

<sup>38</sup> Wojciechowski, 1938, s. 33.

<sup>39</sup> Anonymus, 1951, s. 133–135.

<sup>40</sup> Radliński, 1928, s. 2.

<sup>41</sup> Ibid., s. 80.

<sup>42</sup> Cyt. za: Sokołowski, 1938, s. 368. Zob. Sroka, Tadeusz Mieczysław Sokołowski, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/tadeusz-mieczyslaw-sokolowski>, dostęp: 02.02.2019.

W 1936 roku był współzałożycielem miesięcznika „Chirurg Polski”, a następnie jego redaktorem naczelnym, w którym publikował ciekawe prace z zakresu ortopedii i chirurgii sportu.

W Wojskowym Instytucie Chirurgii Urazowej, gdzie przyjmowani byli nie tylko wojskowi, ale również cywile, T. Sokołowski zorganizował pierwszy w Polsce oddział neurochirurgiczny. Pierwszy chory został przyjęty w dniu 6 listopada 1935 roku i datę tę przyjmuje się, jako początek neurochirurgii w Polsce<sup>43</sup>. Zakup wyposażenia oddziału odbył się poprzez Klinikę Neurologiczną na koszt UW. Jednym z asystentów Kliniki był Jerzy Choróbski (1902–1986), który w tym czasie rozpoczął pracę na oddziale. Wraz z innymi lekarzami, m.in. Adamem Kunickim (1903–1989), późniejszym kierownikiem Kliniki Neurochirurgii w Krakowie oraz Ernestem Ferensem (1907–1950), po wojnie kierownikiem Kliniki Neurochirurgii we Wrocławiu, zajął się diagnostyką i operacjami wewnątrzczaszkowymi, w tym nowotworami mózgu. Zespół prowadził również działalność naukowo–dydaktyczną, której efekty prezentowano m.in. podczas posiedzeń Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. W czerwcu 1938 roku podjęto decyzję o przeniesieniu Kliniki Neurologicznej wraz z oddziałem neurologicznym do Szpitala Dzieciątka Jezus. Tym samym powstał pierwszy samodzielny uniwersytecki oddział neurochirurgii. Co prawda podczas analizy materiałów źródłowych nie znaleziono informacji świadczących o prowadzeniu usprawniania wśród chorych przebywających na oddziale, niemniej J. Choróbski zwracał dużą uwagę na pielęgnację chorych neurologicznych<sup>44</sup>. Można zatem przyjąć, że intensywna opieka lekarska i pielęgnarska u pacjentów przebywających na oddziale była równoznaczna z zabiegami rehabilitacyjnymi. Najczęściej chodziło o utrzymanie drożności dróg oddechowych, prawidłowej wentylacji płuc, wyrównanie zaburzeń krążenia, usuwanie śluzu z dróg oddechowych. Poza tym zapobiegano powstawaniu odleżyn, przykurczom mięśni, zmianom zeszywniającym<sup>45</sup>.

Również w innych stołecznych szpitalach wielu lekarzy, głównie specjalizujących się w chirurgii i ortopedii podejmowało próby wprowadzenia elementów rehabilitacji, szczególnie gimnastyki leczniczej do terapii swoich pacjentów. Jednym z nich był doc. dr Wacław Łapiński (1869–1944), chirurg i ortopeda, od 1922 roku kierownik Katedry Chirurgii UW. Szerokim echem w środowisku medycznym odbił się jego referat pt. *Skrzywienie kręgosłupa u młodzieży szkolnej* wygłoszony 19 kwietnia 1928 roku podczas posiedzenia lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia

---

<sup>43</sup> Jeszcze w 1934 r. podczas posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego o polskiej neurochirurgii mówiono, że w kraju nie ma neurochirurgów. Paciorek, 2005, s. 101.

<sup>44</sup> Choróbski, 1937, s. 207–218; Sieńkowski, 1988, s. 441.

<sup>45</sup> W referacie *Rzut oka na wyniki zabiegów neurochirurgicznych*, wygłoszonym podczas posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w listopadzie 1938 r. J. Choróbski przedstawił statystykę operacyjną, która wysoko stawiała dokonania warszawskich neurochirurgów. Herman, 1973, s. 153–155; Bidziński, 2008, s. 168–172; Skrzypek–Fakhoury, 2009, s. 129–133.

Publicznego<sup>46</sup>. W Szpitalu Dzieciątka Jezus, największej warszawskiej placówce medycznej, utworzono gabinet terapii fizykalnej. Inicjatorem był naczelny lekarz Arkadiusz A. Puławski (1856–1932), internista i neurolog, który wcześniej był dyrektorem zakładu leczniczego w Nałęczowie<sup>47</sup>. Z kolei pracujący w Szpitalu Wolskim w Warszawie chirurg i ortopeda Leon Kalina (1893–1942) w 1919 roku założył w stolicy Zakład Protez. Nie tylko interesował się zagadnieniami protetyki, ale także zajmował się dysfunkcjami narządu ruchu, m.in. uszkodzeniem stawu kolanowego czy leczeniem operacyjnym złamania szyjki kości udowej. W obu tych dziedzinach widział potrzebę jak najszybszego usprawniania pacjenta<sup>48</sup>.

Obok ortopedii, powoli zaczęto wykorzystywać fizjoterapię w położnictwie i ginekologii. Wiedzę na temat rehabilitacji pooperacyjnej i wczesnego uruchamiania chorych rozwijał m.in. Antoni Leśniowski (1867–1940), chirurg, urolog i ginekolog. Był to wieloletni ordynator oraz kierownik I i II Kliniki Chirurgicznej UW, autor pionierskiego dwutomowego *Podręcznika chirurgii ogólnej*, wydanego we Lwowie w latach 1923–1926. Do grona ginekologów, którzy widzieli potrzebę objęcia opieką lekarską kobiety ciężarnej należy także prof. Adam F. Czyżewicz (1877–1962)<sup>49</sup>, kierownik Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych UW, którą prowadził przez 37 lat do 1958 roku. Już w okresie międzywojennym stworzył placówkę na europejskim poziomie, z nowoczesnymi oddziałami: noworodkowym (pierwszym w Polsce), radioterapii i fizykoterapii oraz pracownię histopatologiczną. Wprowadził zasadę indywidualizowania każdego porodu, wykazywał potrzebę zastosowania zabiegów fizykalnych, włącznie z radioterapią w chorobach kobiecych<sup>50</sup>.

## Rola Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego i sportu inwalidów

Znaczący wpływ na kształtowanie się wychowania fizycznego, w tym pośrednio także na rozwój rehabilitacji w Polsce, miało utworzenie w 1929 roku w Warszawie Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego (CIWF). Ośrodek ten powstał z połączenia Centralnej Szkoły Wojskowej Gimnastyki i Sportów, założonej w 1921 roku, i Państwowego Instytutu

---

<sup>46</sup> W wystąpieniu obszernie scharakteryzował przyczyny anatomiczne i fizjologiczne skrzywień kręgosłupa, przybliżył rolę dziedziczności, wpływ odżywiania, rolę wadliwej postawy (trzymania się uczniów) w szkole. Zwrócił uwagę na fakt, że skoliozy częściej dotyczą dziewcząt niż chłopców w wieku szkolnym oraz że najbardziej sprzyjającym skoliozie czynnikiem jest długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej. W celu zapobiegania rozwojowi skrzywień kręgosłupa zalecał przerwy śródlekcyjne i ćwiczenia oddecho-  
we. Por.: Zieliński, 1973, s. 216–217; Anonymus, 1928, s. 317.

<sup>47</sup> Załuska, 1932, s. 58–59; Ostrowska, Arkadiusz Antoni Puławski, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/arkadiusz-antoni-pulawski>, dostęp: 23.05.2019.

<sup>48</sup> Kessel, 1954, s. 209–211.

<sup>49</sup> Waszyński, Obara, 1991, s. 31–33.

<sup>50</sup> Jako pierwszy w Polsce zastosował energię promienistą w leczeniu nowotworów macicy. Z tego powodu, klinika, która prowadził otrzymała w 1930 r. 50 mg radu, a w 1932 r. – 33 mg.

Wychowania Fizycznego. W 1938 roku został przekształcony w warszawską Akademię Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego. W rzeczywistości była to wyższa szkoła o profilu zawodowym. W programie studiów dla instruktorów wychowania fizycznego znalazły się również tematy związane z gimnastyką leczniczą i masażem<sup>51</sup>. Zagadnienia te miały uzasadnienie w statucie uczelni, który uprawomocnił się w dniu 1 marca 1930 roku zarządzeniem Ministerstwa Spraw Wojskowych oraz Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Obok kształcenia instruktorów i kierowników wychowania fizycznego w szkołach, wojsku, instytucjach społecznych, samorządowych i państwowych, doskonalenia metodyki i dydaktyki, prowadzenia studiów badawczych, znalazł się zapis dotyczący kształcenia w szczególnych gałęziach wychowania fizycznego, jak szermierka i gimnastyka lecznicza. W CIWF organizowano je od 1932 roku w formie kursów dokształcających, trwających od kilku miesięcy do dwóch lat<sup>52</sup>.

Dodatkowo rozwój polskiego ruchu olimpijskiego dał impuls do narodzin w Polsce sportu inwalidów. Było to z jednej strony efektem rozwoju sportu w ogóle, a z drugiej wynikiem postępu medycyny i rehabilitacji. Pierwsze kroki w tym zakresie miały na celu umożliwienie inwalidom uczestnictwo w zorganizowanych formach zajęć rekreacyjnych, turystycznych i sportowych. Charakterystyczne, że w omawianym okresie sportowcami stawały się osoby głuche lub niewidome, które posiadając sprawny narząd ruchu i prawidłową wydolność ogólną, były sprawne fizycznie.

Zorganizowaną działalność sportową wśród inwalidów zapoczątkował w 1922 roku dr Władysław Jarecki (1876–1929), lekarz–społecznik, w latach 1918–1929 dyrektor Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie<sup>53</sup>. Gdy kierował Instytutem, zainicjował powstanie szkolnego koła sportowego. Najpierw utworzył działającą w Instytucie „Komisję popierania sportów wśród głuchych”, a następnie wprowadził gimnastykę dla uczniów Instytutu. W dniu 17 czerwca 1922 roku powołał pierwszy w Polsce klub sportowy inwalidów, który początkowo nosił nazwę „Koło Głuchoniemych” i składał się z 14 członków, uczniów oraz absolwentów Instytutu. W krótkim czasie klub został przemianowany na Warszawski Klub Sportowy Głuchoniemych, a w 1927 roku zdobył mistrzostwo w piłce nożnej<sup>54</sup>. Sport inwalidów z biegiem lat stał się ważnym elementem komplekso-

---

<sup>51</sup> Obok zajęć praktycznych, program nauczania w dwuletnim studium obejmował przedmioty teoretyczne, m.in. anatomię człowieka z mechaniką ruchów, antropologię, fizjologię gimnastykę leczniczą, masaż i inne. Stosunek zajęć praktycznych do teoretycznych wynosił 2:1 (1400 godzin ćwiczeń i 720 wykładów). Anonymus, 1930b, s. 2.

<sup>52</sup> Anonymus, 1930a, s. 14–15; Kelus, 1933.

<sup>53</sup> Por.: Kopczyński, 1929, s. 106–107; Herman, 1956, s. 277; Głuzińska, 1930, s. 28–29; Filar, 1964, s. 615–616.

<sup>54</sup> Klub ten dał impuls do zakładania następnych, bowiem w kolejnych latach powstały: Lwowski Klub Sportowy Głuchoniemych „Świt” (1925), Poznański Klub Głuchoniemych (1925), Łódzki Klub Sportowy Głuchoniemych (1926), Bydgoski Klub Sportowy (1926), Krakowski Klub Sportowy (1927), Żydowski Klub Sportowy Głuchoniemych w Warszawie (1927) oraz Śląski Klub Sportowy Głuchoniemych w Królewskiej Hucie (1928). W 1939 r. działało w Polsce 9 klubów sportowych dla niesłyszących, które skupiały 400 zawodników. Por.: Grys, 1992, s. 172; Jędryszczak, Śmieciński, 2013, s. 8–11.



wego programu rehabilitacji. Dzięki niemu powoli zaczęto przełamywać opór i przywią-  
zanie inwalidów do łóżka szpitalnego, niechęć i brak zrozumienia otoczenia społecznego,  
a także zahamowania ze strony środowisk medycznych. Ważnym aspektem była także  
integracja inwalidów ze światem ludzi zdrowych.

### Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionej analizy materiałów, w omawianym okresie nastąpił in-  
tensywny rozwój wychowania fizycznego, kultury fizycznej i medycyny, który wpłynął  
bezpośrednio na rozwój gimnastyki leczniczej, a w późniejszych latach na rozwój rehabi-  
litacji. Niezmiernie ważna była też akceptacja czynników państwowych, zwłaszcza władz  
wojskowych, i związane z tym wsparcie finansowe. Dzięki temu pojawiło się pokolenie  
wybitnych badaczy z różnych obszarów (wychowanie fizyczne i sport, higiena, medycyna,  
pedagogika), którym przyszło zmierzyć się w różnych miejscach kraju z burzliwymi za-  
krętami polskiej historii. I choć działali na wielu płaszczyznach życia, ich cechą wspólną  
były zainteresowania dotyczące medycznych problemów wychowania fizycznego i sportu,  
wykorzystania ruchu i innych czynników fizykalnych w terapii, wreszcie zastosowania  
pogłębianej wiedzy i doświadczenia w lecznictwie uzdrowiskowym. Jeśli mówi się, że lu-  
dzi kształtują czasy i okoliczności, to bez wątplenia przytoczone fakty świadczą o tym jak  
ważny był to okres nie tylko w dziejach państwowości, ale także medycyny i rehabilitacji.  
I bez wątplenia na istotę tego rozwoju duży wpływ miał przedstawiony bliżej ośrodek  
warszawski.

### Bibliografia

1. Anonymus (1930), Statut C.I.W.F., „Stadjon”, R. 8, nr 11.
2. Anonymus (1935), Antoni Głuziński. Nekrologi, „Kurjer Warszawski”, R. 115, nr 100.
3. Anonymus (1951), Jan Zaorski, Nowi członkowie T.N.W., „Rocznik Towarzystwa Naukowe-  
go Warszawskiego”, t. 44.
4. Anonymus (1936), Posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych  
i Oświecenia Publicznego w dniu 19/III 1936 r., „Wychowanie Fizyczne”, R. 17, z. 9–11.
5. Anonymus (1932), Protokół Posiedzenia Naukowego Towarzystwa Lekarskiego Warszaw-  
skiego z dnia 12 kwietnia 1932 r., „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz  
Rocznik Zarządu TLW”, t. 72.
6. Anonymus (1930), Z Centralnego Instytutu W.F., „Stadjon”, R. 8, nr 12.
7. Anonymus (1928), Z posiedzeń lekarzy szkolnych w Ministerstwie WR i OP, „Wychowanie  
Fizyczne”, R. 9, z. 11.
8. Bidziński J. (2008), Profesor Jerzy Choróbski (1902–1986) – twórca neurochirurgii polskiej,  
„Neurologia i Neurochirurgia Polska”, t. 42, z. 2.
9. Choróbski J. (1937), O pielęgnacji chorych neurochirurgicznych szczególnie w przypadkach  
nowotworów mózgu, „Pielęgniarka Polska”, R. 9, nr 11.

10. Ciszewski F. (1987), Geneza Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, „Problemy Uzdrawiskowe”, R. 29, z. 3–4.
11. Dega W. (1973), Drogi rozwoju i stan obecny rehabilitacji leczniczej w Polsce, w: A. Hulek (red.), Rehabilitacja inwalidów w PRL, Warszawa: PZWL.
12. Filar Z. (1964), Jarecki Władysław, w: Polski Słownik Biograficzny, t. 10, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
13. Głuzińska A. (1930), „Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, Warszawa, t. 124.
14. Grys I. (1992), Sport olimpijski inwalidów na marginesie wystawy „Sport szansą życia”, „Studia i Materiały Muzeum Sportu i Turystyki”, T. 6.
15. Herman E. (1956), Neurologi polscy, Warszawa: PZWL.
16. Herman E. (1973), Jerzy Choróbski – w 70. rocznicę urodzin, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, t. 7, nr 2.
17. Jędryszczak B., Śmieciński W. (2013), Początki warszawskiego ruchu społecznego niesłyszących 1883–1939, „Świat czyszy”, I.
18. Kaczyński A. (1934), Hygienistki przyrodolecznice, „Przegląd Zdrojowo–Kąpielowy”, R. 23, nr 6.
19. Kelus A. (1933), CIWF. Przewodnik. Informator, Warszawa: Drukarnia Gospodarcza.
20. Kessel K. (1954), Dr. med. Leon Kalina 1893–1942. Wspomnienie pośmiertne, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, nr 19.
21. Kopczyński S. (1929), Dr. Władysław Jarecki, „Nowiny Społeczno–Lekarskie”, R. III, nr 6.
22. Kostrzewski J., Żabicka J. (2001), Poliomyelitis, w: J. Kostrzewski (red.), Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku, Warszawa: PZWL.
23. Krawczyk M. (2007), Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby, w: idem (red.), Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1809–2006), t. 1, Lublin: Wydawnictwo Czelej.
24. Luft S. (1974), Prof. dr med. Eleonora Reicher (1884–1973), „Archiwum Historii Medycyny”, t. 37, z. 3.
25. Łuczak M., Milanowski M. (2016), Aktywność i dorobek profesor Kazimierzy Milanowskiej w dziedzinie rehabilitacji, „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”, R. 18, nr 3.
26. Szczepański M., Kazimiera Milanowska. Krok po kroku zbliżałam się do tego co stanowi treść mego życia – rehabilitacja, <http://www.poznanpatria.lions.org.pl/dzialalnosc/zycie-klubowe/22-dzialalnosc/zycie-klubowe/145-kazimiera-milanowska>, dostęp 4.11.2018.
27. Madeyski A. (1989), Pożegnanie doktor Jadwigi Titz–Kosko (1902–1989), „Problemy Uzdrawiskowe”, R. 31, z. 5–6.
28. Magdziak W. (2002), Choroba Heinego i Medina – porażenie dziecięce – poliomyelitis – polio. Rozkwit i agonia choroby w dwudziestym wieku, „Przegląd Epidemiologiczny”, R. 56, nr 4.
29. Mazurowska–Magdzik W. i in. (2010), Aktualne problemy zapobiegania i zwalczania poliomyelitis w Polsce, „Przegląd Epidemiologiczny”, R. 64, nr 3.
30. Misiewicz J. (1947), Profesor Witold Orłowski, „Gruźlica”, R. 15, nr 2.
31. Nowotny J. (2014), Historia rehabilitacji dzieci i młodzieży w Polsce, w: S. Jandziś, A. Kwolek (red.), Rozwój rehabilitacji w wybranych specjalnościach medycznych w Polsce, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
32. Ostrowska T., Arkadiusz Antoni Puławski, w: Internetowy Polski Słownik Biograficzny, <<https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/arkadiusz-antoni-pulawski>>, dostęp: 23.05.2019.
33. Ostrowska T., Eleonora Reicher, w: Internetowy Polski Słownik Biograficzny, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/eleonora-reicher>, dostęp: 22.12.2018.

34. Ostrowska T., Mściwój Maria Tadeusz Semerau–Siemianowski, w: Internetowy Polski Słownik Biograficzny, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/mosciwoj-maria-tadeusz-semerau-siemianowski>, dostęp: 19.09.2019.
35. Ostrowska T., Witold Eugeniusz Orłowski, w: Internetowy Polski Słownik Biograficzny, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/witold-eugeniusz-orlowski>, dostęp: 11.05.2019.
36. Paciorek M. (2005), Działalność Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w latach 1915–1939, w: Z. Podgórska–Klawe (red.), Towarzystwo Lekarskie Warszawskie 1820–2005, cz.2: 1916–2005, Warszawa.
37. Piasecki E. (1917), Z dziedziny ortopedyi wojennej, nadbitka, „Polski Miesięcznik Lekarski”, R. 2, nr 1–2.
38. Radliński Z. (1928), Słowo wstępne, w: J. Zaorski, Podręcznik mięsienia leczniczego, Warszawa: Polskie Lekarskie Towarzystwo Wydawnicze.
39. Reicher E. (1929a), Praca fizyczna a krążenie krwi. Działania ćwiczeń cielesnych na ciśnienie krwi i pracę tętna z uwzględnieniem wpływu doświadczenia Valsalvy na krążenie krwi, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, t. 7, z. 2.
40. Reicher E. (1929b), Znaczenie lecznicze ćwiczeń cielesnych, Warszawa.
41. Reicher E. (1929c), Znaczenie lecznicze ćwiczeń cielesnych, „Przegląd Sportowo–Lekarski”, R. 1, nr 2.
42. Reicher E. (1930), O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych i chorych. Praca fizyczna a krążenie. Serce a praca fizyczna, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, t. 8, z. 2.
43. Reicher E. (1932), O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych i chorych, Nakładem „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, Warszawa.
44. Reicher E. (1933), Opieka lekarska nad wychowaniem fizycznym i sportem młodzieży, w: S. Kopczyński (red.), Higiena szkolna, Warszawa.
45. Reicher E. (1935), O leczniczym znaczeniu ćwiczeń cielesnych w różnych okresach życia, „Lekarz Wojskowy”, t. 25, nr 7.
46. Roguski J. (1947), Witold Orłowski jako twórca szkoły lekarskiej, „Nowiny Lekarskie”, R. 54, nr 9.
47. Rudnicki S., Wolszakiewicz J. (2014), Rehabilitacja kardiologiczna w Polsce – rys historyczny, w: S. Jandziś, A. Kwolek (red.), Rozwój rehabilitacji w wybranych specjalnościach medycznych w Polsce, Rzeszów.
48. Sadowska–Wróblewska M. (1973), Prof. dr med. Eleonora Reicher, „Reumatologia”, t. 11, z. 3.
49. Sieńkowski E. (1988), Chirurgia w XIX–XX wieku, w: T. Brzeziński (red.), Historia medycyny, Warszawa: PZWL.
50. Skrzypek–Fakhoury E. (2009), Poczec doktorów honoris causa, Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.
51. Sokołowski T. (1938), Znaczenie społeczne traumatologii i jej obecne stanowisko w chirurgii, „Chirurg Polski”, R. 3.
52. Sroka S.T., Tadeusz Mieczysław Sokołowski, w: Internetowy Polski Słownik Biograficzny, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/tadeusz-mieczyslaw-sokolowski>, dostęp: 2.02.2019.
53. Śródka A. (1994), Kardiologia w II Rzeczpospolitej, w: J. Kuch, A. Śródka, Dzieje kardiologii w Polsce na tle kardiologii światowej, Warszawa: PWN.
54. Ch. T. (1929), Gimnastyka lecznicza w wodzie, „Stadjon”, R. 7, nr 1.
55. Titz J. (1932a), O działaniu gimnastyki leczniczej bezprzyrządowej na ustrój młodzieńczy ze szczególnem uwzględnieniem młodzieży astenicznej, cz. 1, „Wychowanie Fizyczne”, R. 13, z. 11.

56. Titz J. (1932b), O działaniu gimnastyki leczniczej bezprzyrządowej na ustrój młodzieńczy ze szczególnem uwzględnieniem młodzieży astenicznej, cz. 2, „Wychowanie Fizyczne”, R. 13, z. 12.
57. Titz J. (1936/1937a), Ćwiczenia wyrównawcze w lekcjach gimnastyki szkolnej, „Wychowanie Fizyczne w Szkole”, R. 4, nr 6.
58. Titz J. (1936/1937b), O konieczności stosowania gimnastyki wyrównawczej w szkole, „Wychowanie Fizyczne w Szkole”, R. 4, nr 4–5.
59. Titz–Kosko J. (1936/1937a), Kilka uwag o skrzywieniach kręgosłupa, „Wychowanie Fizyczne w Szkole”, R.4, nr 7–8.
60. Titz–Kosko J. (1936/7b), Parę słów o gimnastyce dla młodzieży astenicznej i wątłej, „Wychowanie Fizyczne w Szkole”, R. 4, nr 9.
61. Titz–Kosko J. (1938/1939), Zagadnienie wychowania fizycznego w okresie wczesno-wiosennym, „Wychowanie Fizyczne w Szkole”, R. 6, nr 7.
62. Trzebiński J. (1935), Po zgonie ś. p. prof. dr. Antoniego Gluzińskiego, „Kurjer Warszawski”, R. 1 15, nr 101.
63. Waszyński E., Obara M. (1991), Sylwetki zasłużonych ginekologów polskich, Poznań: PTG.
64. Wojciechowski A. (1932), W sprawie gimnastyki szkolnej, „Wychowanie Fizyczne”, R. 13, z. 5.
65. Wojciechowski A. (1933), Schorzenia układu kostnego w wieku szkolnym. Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych ze względu na te schorzenia, w: S. Kopczyński (red.), Higjena szkolna, wyd. 2, Warszawa.
66. Wojciechowski A. (1935a), Postawa i sprawność ruchowa z punktu widzenia chirurga, cz. 2, „Lekarz Wojskowy”, t. 26, nr 4.
67. Wojciechowski A. (1935b), Postawa i sprawność ruchowa z punktu widzenia chirurga, cz. 3, „Lekarz Wojskowy”, t. 26, nr 6.
68. Wojciechowski A. (1938), Zarys leczenia ogólnego następstw choroby Heine–Medina. Referat programowy wygłoszony podczas VI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego 3 i 4 kwietnia 1938 w Poznaniu, Poznań.
69. Wojciechowski A. (1939), W sprawie nauczania anatomji w ramach Studium Wychowania Fizycznego, „Przegląd Sportowo–Lekarski”, R. 2, nr 3–4.
70. Załuska J. (1932), Antoni Puławski 1856–1932, „Nowiny Społeczno–Lekarskie”, R. 6, nr 5.
71. Zieliński J. (1973), Wacław Łapiński, w: Polski Słownik Biograficzny, t. 18, Warszawa.