

Tadeusz Karczmarek *, Jerzy T. Marcinkowski **

*Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy w Poznaniu – Ośrodek w Pile; dyrektor: dr med. Antoni Dmochowski;
e-mail: nostromo1947@wp.pl

**Katedra Medycyny Społecznej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; kierownik: prof. AM dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski; e-mail: jmarcin@amp.edu.pl



Dr Franciszek Witaszek – lekarz-społecznik i patriota

Dnia 25 listopada 2005 roku mija 60-rocznica uroczystości pogrzebowych, które miały miejsce na Cmentarzu Bohaterów na stokach Cytadeli Poznańskiej.¹ Podczas uroczystości, celebrowanej przez Arcybiskupa Poznańskiego Walentego Dymka, liczne rzesze uczestniczących w niej Poznaniaków, w symboliczny sposób żegnały dr Franciszka Witaszka, często zwanego przez Poznaniaków „drugim Marcinkowskim”.^{2, 3}

Franciszek Józef Witaszek urodził się 8 września 1908 roku. W 1931 roku uzyskał dyplom lekarza na Uniwersytecie Poznańskim. Już w czasie studiów ogłosił w „Przeglądzie Antropologicznym” pracę naukową, napisaną pod kierunkiem prof. Adama Wrzosa⁴ w Zakładzie Antropologii Uniwersytetu Poznańskiego, która została nagrodzona medalem Karola Marcinkowskiego. Doktorat z medycyny uzyskał w 1932 roku. W 1931 roku rozpoczął pracę naukową w Zakładzie Higieny kierowanym przez prof. Pawła Gantkowskiego⁵; później został starszym asystentem w Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu Poznańskiego, kierowanym przez prof. Leona Padlewskiego. Był lekarzem bardzo utalentowanym i wszechstronnym, a przy tym lekarzem-społecznikiem.

Pracował jako lekarz zaufania Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, był lekarzem szkolnym oraz wykładowcą higieny w Szkole Pielęgniarstwa PCK i na Uniwersytecie Katolickim, a także jednym ze współorganizatorów Poznańskiego Pogotowia Lekarskiego.

Posiadał specjalizację z higieny i medycyny społecznej. Był aktywnym działaczem harcerskim, należał do Chóru „Echo”. Pełnił funkcję sekretarza generalnego Obwodu Wielkopolskiego Związku Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej, był członkiem Towarzystwa Higienicznego oraz Towarzystwa Przyjaciół Nauk.⁶

W prowadzonym przez siebie laboratorium analitycznym opracował ceniony w kraju i za granicą środek do wieloletniej konserwacji owoców i jarzyn „Clarovac”. W marcu 1936 roku wszedł razem z prof. Padewskim w skład Spółki „Serovac Poznański”, produkującej surowice i szczepionki, a w 1937 roku założył w Poznaniu wspólnie z dr. Feliksem Białym pierwszą polską wytwórnię strun chirurgicznych pod nazwą „Catgut Polski”, w której produkowano m.in. katgut sterylizowany jodem i katgut impregnowany srebrem, który z czasem zaczął pozyskiwać także rynek zagraniczny.⁷

Był autorem szeregu rozpraw naukowych (takich jak, m.in.: *Badania nad opadaniem krwinek czerwonych, Katatermometria czyli temperatury efektywne*), a także publikacji popularno-naukowych z zakresu higieny (*Dlaczego nie należy stawiać wody na kaloryferach?, Uszczelnianie okien, O kuracjach odtłuszczających*, itp.).

¹ Tycner H.: Grupa dr. Franciszka Witaszka w ruchu oporu w Wielkopolsce. *Przeegl. Lek.* 1967; 23(1): 131-147.

² Koszewski M.: Działalność Franciszka Witaszka w okresie okupacji hitlerowskiej. [w:] Florkowski H. (red.): *Pamiętnik Towarzystwa Miłośników Ziemi Kościańskiej*. Towarzystwo Miłośników Ziemi Kościańskiej, Kościan 1975.

³ Meissner R.: *Witaszek Franciszek Józef (1908-1943)*. [w:] *Wielkopolski słownik biograficzny*. PWN, Warszawa-Poznań 1981.

⁴ Prof. dr hab., dr h. c. mult. Adam Wrzosek (1875-1965) – organizator i pierwszy dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Pierwszy kierownik połączonych Zakładów Bakteriologii i Higieny UP do 1921 r. Organizator i pierwszy kierownik Katedry i Zakładu Historii Medycyny i Filozofii.

⁵ Prof. dr med. Paweł Gantkowski (1869-1938) – dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego (1930-1931), kierownik Zakładu Higieny Ogólnej Uniwersytetu Poznańskiego w latach 1919-1934, założyciel Towarzystwa Higienicznego – Oddziału Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Poznaniu (1925), Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Higienicznego (1921), wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie b. Dzielnicy Pruskiej (1919-1920), wyróżniony m.in. Krzyżem Komandorskim Polonia Restituta i Krzyżem św. Grzegorza Wielkiego.

⁶ Florkowski H.: *Słownik lekarzy Ziemi Kościańskiej*. Wyd. Henryk Florkowski, Kościan 1995.

⁷ Zielonka J.: Śmierć w ampułkach. *Panorama Leszczyńska*, 1981, 48 (103), 7.

W 1935 roku wydał – wykorzystując wiedzę i doświadczenie zdobyte przez szereg lat pracy w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu – „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego”, który był pierwszą obszerną publikacją wydaną na temat tych zagadnień w języku polskim.⁸ „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego” ze wstępem prof. dr. hab. med. Pawła Gantkowskiego – podręcznik obecnie praktycznie niedostępny – dr Franciszek Witaszek wydał własnym nakładem, przedstawiając w nim najważniejsze i obowiązujące wówczas poglądy nt. zasad orzecznictwa lekarskiego dla celów ubezpieczeniowych. Mimo, że od jego wydania upłynęło 70 lat można stwierdzić, że zasady orzecznictwa lekarskiego były już wówczas ukształtowane i nie zmieniły się od tego okresu w sposób istotny, a książka dr. Witaszka zawiera nieprzemijające wartości nie tylko dla historii orzecznictwa lekarskiego w Polsce, ale w wielu przypadkach uwagi i oceny Autora nie straciły nic na swojej aktualności. I to jest główny powód krótkiego choćby jej przypomnienia w tym opracowaniu.

Podjęta w Polsce w latach 1933-1934 reforma systemu ubezpieczeń społecznych, zmierzająca w kierunku jego ujednoczenia na obszarze całego kraju, zaowocowała wydaniem Ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, zwanej „Ustawą scaleniową”. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz ubezpieczalnie społeczne uzyskały – w myśl art. 17 Ustawy scaleniowej – status wykonawcy ubezpieczeń, wyposażonych w osobowość prawną prawa publicznego, działających w oparciu o dwa podstawowe akty normatywne: 1) Ustawę scaleniową oraz 2) dekret z 24 listopada 1927 roku o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Do najważniejszych zadań ZUS należało ustalanie uprawnień do świadczeń długoterminowych oraz ich wypłata, administrowanie majątkiem ubezpieczenia emerytalnego i wypadkowego, nadzór nad ubezpieczalniami społecznymi, prowadzenie akcji zapobiegania wypadkom w zatrudnieniu i chorobom zawodowym, lecznictwo i profilaktyka w zakresie wspólnym wszystkim rodzajom ubezpieczeń. To właśnie lekarzom orzekającym dla celów ubezpieczeniowych dedykował swój „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego” dr F. Witaszek, pisząc w przedmowie: „Przystępując do opracowania niniejszego krótkiego szkicu [praca liczy 105 stron], pragnąłem przede wszystkim przyjść z pomocą tym wszystkim Kolegom, którzy z jakichkolwiek powodów nie mają możliwości zaznajomić się z obszerną na ten temat literaturą obcą”.

Podstawowym warunkiem uzyskania prawa do renty inwalidzkiej w tym okresie było stwierdzenie inwalidztwa, przy czym kryteria te były różne dla pracowników umysłowych i fizycznych. Zgodnie z Art. 22 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych – cytowanym przez dr Witaszka – „Za niezdolnego do wykonywania swego zawodu uważa się pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej względnie wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych obniżyła się poniżej 50% zdolności osób zdrowych fizycznie i umysłowo, o podobnym uzdolnieniu zawodowym”.

Autor cytuje w swej pracy również definicję inwalidztwa w odniesieniu do pracowników fizycznych, zgodnie z Art. 154 Ustawy z dnia 28 marca 1933 r., który brzmiał: „Inwalidą w rozumieniu ustawy niniejszej jest ten, kto wskutek choroby, ułomności fizycznej lub umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu”.

Upłynęło 70 lat od daty wydania przez dr Witaszka cyt. książki, a wiele problemów orzeczniczych nie uległo praktycznie żadnej zmianie. Jednym z nich, jest z pewnością „choroba rentowa” – jak ją po raz pierwszy nazwał dr Witaszek w swej publikacji 1925 roku pt. „O zadaniach lekarza w ubezpieczeniach społecznych”. Tak o niej pisał: „...choroba rentowa, wedle mojego pojęcia, jest konsekwencją tej ciężkiej walki o rentę, którą niejednokrotnie przeprowadzają petenci rentowi przez całe lata z żelazną konsekwencją i z uporem zaciętym i sprowadzają wręcz już pozytywną „hypocondrię”, lub stają się niezdolnymi kwerulantami, którzy stworzą sobie już niejako ustalony obłęd na tym tle. [...] Otóż ci kwerulanci są nader pochopni do pisania sprzeciwów, odwołań, skarg do najwyższych władz, u nas w Polsce, np. do Pana Marszałka Piłsudskiego, do Pana Premiera, do Pana Ministra Opieki Społecznej, i sprawiają dużo biurokratycznej pracy w urzędach. Do stwarzania „choroby rentowej” i do pomnażania liczby owych nieszczęsnych kwerulantów przyczyniają się niejednokrotnie lekarze, i to lekarze zaufania, a najczęściej lekarze wystawiający orzeczenia prywatne do rąk petentów rentowych. Lekarze zaufania o tyle, że proponują rentę „przejściową” na rok, na dwa, z tym, że później niezdolność do zarobkowania prawdopodobnie się zmniejszy i rentę tę się zlikwiduje. Jakżeć niedobrymi psychologami są tak orzekający lekarze. Czyż pozwoli sobie ktoś, kto przez rok czy dwa pobierał rentę, tak bez wszystkiego ją sobie odebrać? Czyż nie popadnie w prawdziwą chorobę rentową?” Nie sposób nie zastanowić się nad słusznością tych twierdzeń.

Także już wówczas, przed 70-ciu laty, idea „rehabilitacji przed rentą” uznana była za działania priorytetowe. Tak o tym pisał dr Witaszek: „Leczenie zapobiegawcze wzgl. restytucyjne rozpatruje się zwykle z dwóch punktów widzenia [...], a mianowicie z punktu finansowego i społecznego. Usuwając istniejącą już niezdolność do pracy (wzgl. do wykonywania zawodu) lub odracząc leczeniem termin zaistnienia tej niezdolności, można zmniejszyć wydatki na świadczenia emerytalne, a równocześnie dając ubezpieczonemu możliwość zarabiania, zwiększyć jego dochody (renta jest niższa) i tym samym dobrobyt jego rodziny. Z punktu widzenia społecznego daje się ubezpieczonemu więcej wartościową pracę zamiast renty...” Dalej dr Witaszek pisze, że „Przy ocenie stopnia niezdolności do zarobkowania powinien lekarz w swoim orzeczeniu uwzględnić jedynie wpływ schorzeń na możliwość wykonywania pracy w danym zawodzie (u pracowników umysłowych) wzgl. na ogólnym rynku pracy (u pracowników fizycznych), pomijając wpływ przyczyn przypadkowych jak np.

⁸ Dr Franciszek Witaszek, starszy asystent b. Zakładu Higieny Uniwersytetu Poznańskiego: „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego” ze wstępem Prof. dr. med. Pawła Gantkowskiego – Naczelnego Lekarza Ubezpieczalni Krajowej. Drukarnia Spółdzielni Wydawniczej U. Z. S. w Poznaniu, Poznań 1935 [Nakładem Autora].

niemożność znalezienia odpowiedniej pracy, mniejsza wartość konkurencyjna wskutek niedostatecznego przygotowania w danym zawodzie itd. ". Zatem najważniejsze w ocenie orzeczniczej jest respektowanie zasady, że cyt. „Dla oceny niezdolności do pracy najważniejsze jest to, jak stwierdzone schorzenia wpływają na wartość fizyczną i psychiczną poszczególnych narządów i członków” „Ocena niezdolności do zarabkowania [...] będzie najpoważniejszym zadaniem lekarza orzekającego, ale będzie też zarazem najtrudniejszą częścią orzeczenia, wymagającą poza znajomością wiadomości ogólnych z zakresu medycyny wybitnego przygotowania z zakresu znajomości pracy zawodowej. [...] Zasadniczo stopień niezdolności do pracy oznacza się procentami, przyjmując na określenie pełnej zdolności do pracy 0%, a na określenie zupełnej niezdolności 100%”. Szczególną uwagę w opracowaniu dr Witaszka zwraca „ubóstwo diagnostyczne”, jakie istniało przy orzekaniu o niezdolności do pracy w latach 30-tych XX wieku. Autor – w ramach diagnostyki różnicowej – wymienia głównie „opad krwinek” i zaznacza, że jedynie „Nierzadko konieczne jest do rozpoznania zdjęcie rentgenowskie”. A dostępne wówczas takie badania diagnostyczne, jak EKG czy badanie radiologiczne, zaleca tylko w wyjątkowych przypadkach, tak o tym pisząc: „Dlatego też w przypadkach wątpliwych – u ludzi młodszych – a zwłaszcza wtedy, gdy takie badanie może wpływając na ocenę zdolności do pracy, należy zawsze zalecić wykonanie badania rentgenowskiego i elektrokardiograficznego”. Stąd wniosek, że w pozostałych przypadkach lekarzowi orzecznikowi powinien do właściwej oceny orzeczniczej wystarczyć wnikliwie zebrany wywiad i starannie przeprowadzone badanie przedmiotowe. Obecnie, kiedy przeżywamy „zalew” wysokospecjalistycznych badań dodatkowych zrozumiałych bez opisów jedynie dla wąskich specjalistów, na przykład tomografii komputerowej (TK) i tomografii rezonansu magnetycznego (MR), wykonywanych często wskutek „naporu” pacjentów na lekarzy o wydawanie skierowań na te bardzo kosztowne badania dodatkowe, ale równie często wskutek swoistej asekuracji lekarzy orzekających, nasuwa się pewna refleksja: czy czasem i dzisiaj nie dzieje się tak, że ponieważ opisy wyników wysokospecjalistycznych badań są często mało zrozumiałe dla lekarzy orzekających, a nierzadko i „przerysowywane”, to w rezultacie dla lekarzy orzekających ponownie najważniejsze stają się wyniki ich własnych badań przedmiotowych, czyli dokonuje się z tychże powodów powrót do sytuacji „ubóstwa diagnostycznego” z powodu niedowierzania opisom wyrafinowanych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych. Książka zawiera wiele trafnych uwag diagnostycznych, których znajomość była i jest konieczna dla prawidłowej oceny orzeczniczej. Zawiera również sformułowania, których archaiczność jest dziś oczywista, ale które warto zacytować dla zilustrowania epoki, w której książka ta powstała. Oto niektóre przykłady. Znane nam, klasyczne objawy choroby wieńcowej znane były i w epoce dr Witaszka, ale były właściwie zasadniczą podstawą jej rozpoznania, bowiem badanie EKG wykonywano – jak już o tym wspomniano – niezwykle rzadko. Za to już szokująca nieco jest konkluzja orzecznicza choroby wieńcowej, przedstawiona przez dr. Witaszka: „W razie stwierdzenia miażdżycy naczyń wieńcowych należy zawsze przyznać rentę stałą. Leczenie bezskuteczne.”

Opisując nadciśnienie tętnicze zwraca dr Witaszek uwagę, że: „Ważne jest rozróżnienie w nadciśnieniu tętniczym dwu form w zależności od przebiegu:

1) Nadciśnienie samoistne – *hypertonia essentialis*. Ciśnienie maksymalne wynosi tu przeważnie od 170-200 mm Hg. Nadciśnienie to występuje najczęściej w 50-65 roku życia i przeważa u pykników. Naczynia obwodowe są najczęściej przekrwione (tzw. czerwone nadciśnienie Volharda). W nadciśnieniu samoistnym brak zawsze niedomogi nerek.

2) Miażdżycza złośliwa – *sclerosis maligna*, prowadząca stale do niedomogi nerek, jeśli chory przedtem nie ulegnie apopleksji lub innemu schorzeniu przypadkowemu. Występuje najczęściej w wieku od 40-55 lat i u ludzi, którzy całe życie intensywnie pracowali. Ciśnienie maksymalne wynosi 200-250 i więcej mm Hg, a ciśnienie minimalne jest b. wysokie. Nadciśnienie w tej formie trudno obniżyć leczeniem. Wygląd chorych jest blade-żółty (blade nadciśnienie Volharda). W dniu oka stwierdza się *retinitis angiospastica*. [...] Rentę stałą przyznajemy z chwilą wystąpienia komplikacji (osłabienie serca) prędzej czy później w zależności od pracy, jaką badany wykonuje. Pracownicy fizyczni będą na ogół prędzej inwalidami niż umysłowi [...]”.

Interesujące są kryteria orzekania o niezdolności do pracy w odniesieniu do cukrzycy: „Cukrzyca lekkiego i średniego stopnia obniża zdolność do pracy tylko w nieznacznym stopniu i nie daje powodu do przyznania renty inwalidzkiej. Prognoza u ludzi starszych, dobrze odżywionych jest na ogół lepsza niż u ludzi młodych i chudych. Za lekkie uważa się takie przypadki, w których cukier znika z moczu, a w krwi obniża się do poziomu normalnego już w trzy dni po ograniczeniu węglowodanów w pokarmie. [...] W ciężkich przypadkach stwierdza się w moczu cukier mimo diety bezwęglowodanowej, a w moczu zawsze wykrywa się obecność ciał ketonowych. Cukier we krwi wynosi nieomal stale 0,2% i więcej. [...] Nie zaleca się nigdy w cukrzycy przyznawać renty przejściowej.” A takie, ciekawe – z dzisiejszego „punktu widzenia” – sformułowania zawarte są odnośnie oceny „bystrości wzroku”. Autor pisze: „Wobec tego, że do każdej nawet najgrubszej pracy potrzeba pewnej siły wzroku, należy uważać przy orzekaniu inwalidztwa za ślepego nie tylko tego, który nie percepuje już światła, lecz także tego, który nie umie rozróżnić i liczyć palców z odległości dwu metrów.

A na zakończenie tych uwag warto zacytować jeszcze dwie refleksje ze „Wstępu” do „Zarysu orzecznictwa inwalidzkiego”, autorstwa prof. Pawła Gantkowskiego. Jedna dotyczy systemu ubezpieczeń społecznych: „...każdy bezstronny obywatel Państwa przyzna, że trzeba należytego wyrozumienia, spokoju i cierpliwości, by osiągnąć wykończone w każdym kierunku ustawodawstwo ubezpieczeniowe, które jedynie drogą doświadczałnej ewolucji da się przeprowadzić ku zadowoleniu ubezpieczonych i stabilizacji odnośnych państwowych instytucji”. Druga, mówi o roli lekarzy orzeczników: „Wszelkie orzeczenia lekarskie są jedynie podstawą, na której opiera wyrok władza administracyjna, lecz podstawą, daną przez jedynego zawodowego rzeczoznawcę w postępowaniu rentowym, a zatem muszą być podstawą zdrową i silną. Powtarzam raz jeszcze: od lekarzy zależy los i powodzenie ubezpieczeń społecznych, bo najmędrza ich organizacja, najlepsze kierownictwo nie pomoże, skoro orzecznictwo lekarskie, niesprawiedliwe i powierzchowne,

podkopywać by miało ekonomiczny byt tychże ubezpieczeń społecznych. [...] Pamiętajmy, że stare przysłowie średniowiecza, podnosząc doniosłość dobrego rozpoznania chorego: *'qui bene diagnoscit, bene curat'*, można by w świetle ubezpieczeń społecznych zamienić na powiedzenie: *'qui bene diagnoscit, bene declarat'*”.

W kampanii wrześniowej 1939 roku dr Witaszek nie brał udziału, gdyż nie został zmobilizowany z uwagi na wadę serca, ale – zgodnie z wojskowym rozkazem – podjął ewakuację zakładu „Catgut Polski” w rejon Centralnego Okręgu Przemysłowego. Podczas podróży transport kolejowy, którym ewakuował się z Poznania wraz z rodziną, został zbombardowany pod Kutnem. Wówczas dr Witaszek zgłosił się jako lekarz do znajdującego się w pobliżu 160-lóżkowego wojskowego szpitala polowego w Dobrzelinie koło Żychlina, w którym pracował aż do dnia dalszej ewakuacji tego szpitala. Do Poznania powrócił wraz z rodziną 1 października 1939 roku i otworzył prywatną praktykę lekarską tylko dla Polaków, zyskując wielką popularność wśród mieszkańców Poznania jako lekarz nie tylko leczący bezpłatnie ubogich mieszkańców miasta (rowerem dojeżdżał do najodleglejszych nawet dzielnic miasta), w tym także przeprowadzający potajemnie szczepienia Polaków przeciwko szerzącym się wówczas chorobom zakaźnym, ale również jako lekarz-społecznik, organizujący szeroką akcję pomocy materialnej dla najuboższych jego mieszkańców. Nadano Mu nawet z tego powodu przydomek „drugi Marcinkowski”.

Na początku 1940 r. dr Witaszek – w stopniu kapitana, po pseudonimami „Warta” i „Kur” – wstąpił do Związku Walki Zbrojnej (ZWZ). Początkowo objął wydział sanitarny a w połowie tego roku przejął dowództwo poznańskiej komórki Związku Odwetu w Wydziale III ZWZ Armii Krajowej Okręgu Poznań, jednego z pierwszych w Polsce. Do Związku Odwetu ZWZ należeli ludzie o różnych zawodach, pochodzący z różnych środowisk społecznych, m.in. naukowcy, lekarze, farmaceuci, laboranci, młodzież harcerska. Od nazwiska dr Witaszka nazwano później całą grupę „Witaszkowcami”.

Grupa „Witaszkowców” organizowała na terenie Wielkopolski akcje sabotażowo-dywersyjne, m.in. akcje palenia młynów i magazynów zboża, niszczenia magazynów wojskowych i transportów kolejowych, trucia koni przeznaczonych na front wschodni. Z inicjatywy dr Witaszka zorganizowano na terenie Poznania 6 tajnych laboratoriów, w których pod Jego kierownictwem produkowano związki toksyczne, środki zakażające zboże, substancje korozyjne do niszczenia silników spalinowych, bomby termiczne stosowane w akcjach dywersyjnych. Laboratorium takie mieściło się m.in. przy ulicy Kwiatowej w Poznaniu; prowadziła je – wraz z dr Henrykiem Guntherem – laborantka Sonia Górzna (oboje zostali straceni wraz z dr Witaszkciem).

Wskutek denuncjacji i dekonspiracji przez gestapo organizacji „Witaszkowców”, dr Franciszek Witaszek został aresztowany przez gestapo wraz z innymi członkami Związku Odwetu 25 kwietnia 1942 roku. Po ośmiomiesięcznym śledztwie i torturach wpięty w siedzibie Gestapo (obecnie „Dom Żołnierza” na rogu ul. Niezłomnych i ul. Królowej Jadwigi) a potem w Forcie VII w słynnej celi 66 (pozbawiona okien betonowa klatka) został stracony w bunkrze nr 58 Fortu VII w Poznaniu w dniu 8 stycznia 1943 roku wraz z innymi 30 „Witaszkowcami”, wśród których było 6 kobiet.⁹ Oczekując na egzekucję, „Witaszkowcy” śpiewali hymn narodowy.¹⁰ Zginął, mając niespełna 35 lat.

Ktokolwiek spotkał się dr Witaszkciem w czasie okupacji, wspominał Go jako niezwykle żarliwego patriotę, szlachetnego człowieka o gorącym sercu i kryształowym charakterze.

Pośmiertnie w 1944 roku – z rozkazu Komendanta Głównego Armii Krajowej gen. Tadeusza Komorowskiego „Bora” – dr Franciszek Witaszek został odznaczony Krzyżem Walecznych.

Poznań uczcił Jego imię nie tylko w dniu 25 listopada 1945 roku, kiedy to nieprzebrane tłumy wypełniły Plac Wolności, skąd ruszyły w kondukcje pogrzebowym na cmentarz wojskowy na stokach Cytadeli.



Pomnik nagrobny nad mogiłami „Witaszkowców” znajduje się na Cmentarzu Zasłużonych na Poznańskiej Cytadeli, a w holu poznańskiego Zamku przy ul. Święty Marcin jego nazwisko znajduje się na pamiątkowej tablicy poświęconej bohaterom II wojny światowej. W Poznaniu jest również ulica dr Franciszka Witaszka. Dr Franciszek Witaszek jest patronem Szkoły Podstawowej nr 9 w Poznaniu przy ul. Łukaszewicza 13. W 2003 roku, w 60-tą rocznicę Jego śmierci, odsłonięto tablicę pamiątkową na budynku Przedszkola nr 44 w Poznaniu przy ul. Dmowskiego 17 – w miejscu tym dawniej znajdowała się kamienica, w której mieszkał (ul. Kopczyńskiego 21 m. 3). W Poznaniu przy ul. Jesionowej

18 istnieje Spółdzielnia Inwalidów im. dr Franciszka Witaszka. W Śmiglu, gdzie się urodził, nosi Jego imię jedna z ulic oraz Ośrodek ZHP; także w Pile jedna z ulic w centrum miasta jest nazwana Jego imieniem.

⁹ Olszewski M.: Fort VII w Poznaniu. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1974.

¹⁰ Florkowski H.: Sylwetki lekarzy Ziemi Kościańskiej. Społeczny Komitet Obchodów 600-lecia Szpitalnictwa Kościańskiego, Kościan 1985.