

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



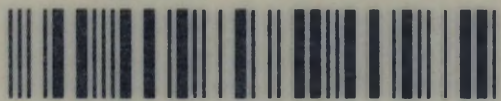
**AKADEMIA
SZTABU GENERALNEGO**
IM. GENERAŁA BRONI
KAROLA ŚWIERCZEWSKIEGO

Āpik lek. med. Bohdan ĀEMBICKI

**ZABEZPIECZENIE
SANITARNO-PRZECIWEPIDEMIOZNE
I ARMII WOJSKA POLSKIEGO
(lipiec 1944 – maj 1945)**

Rozprawa doktorska

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej
S/285 + stresz.



05-001075-001-0

12648

WARSZAWA KWIECIEŃ 1982





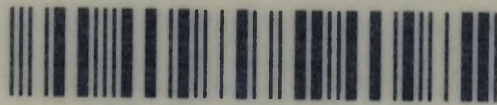
**AKADEMIA
SZTABU GENERALNEGO**
IM. GENERAŁA BRONI
KAROLA ŚWIERCZEWSKIEGO

Pptk lek. med. Bohdan GEMBICKI

**ZABEZPIECZENIE
SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE
I ARMII WOJSKA POLSKIEGO
(lipiec 1944 – maj 1945)**

Rozprawa doktorska

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej
S/285 + stresz.



05-001075-001-0

12648

WARSZAWA KWIECIEŃ 1982

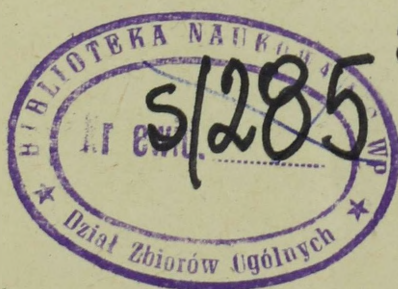
do bibli



ppłk lek. med. Bohdan GEMBICKI

ZABEZPIECZENIE
SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE
I ARMII WOJSKA POLSKIEGO
/lipiec 1944 - maj 1945 r./

Rozprawa doktorska



Opracowana pod kierownictwem naukowym
gen. bryg. prof. dr. hab. n. med. Józego BOŃCZAKA

Miecze i lance, żuki i karabiny
maszynowe, nawet materiały wybuchowe
zaciążyły mniej na losach narodów niż
wiesz tyfusowa, pchła dżumowa i kowar
żółtej febry. Cywilizacja cofała się
przed peźżakiem zianicy, a wojska szły
w rozsypkę, stawały się bezładną tłu-
szcą przed atakiem przecinkowca cho-
lery lub zarazką czerwonej czy tyfusu.

Wojny, podboje oraz życie gromadzkie,
które towarzyszą temu, co nazywamy cy-
wilizacją, przygotowały grunt dla tych
potężnych oprawców tragedii ludzkiej.

J. ZINSSER

Wielce Szanownemu Promotorowi
pracy gen. bryg. prof. dr. hab. n. med.
Jerzemu Dończakowi serdecznie
dziękuję za zachętę do podjęcia
tej pracy oraz życzliwe i cenne
uwagi w czasie jej wykonywania.

Autor

SPIS TREŚCI

	str.
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. ROZWOJ PIONU PRZECIWEPIDEMICZNEGO SŁUŻBY ZDROWIA JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ 1 ARMII WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945	
Ogólna charakterystyka rozwoju organizacyjnego jednostek polskich w ZSRR oraz 1 armii Wojska Polskiego	12
Ogólna charakterystyka zasad organizacyjnych służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz 1 armii Wojska Polskiego	14
Organizacja pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR /1943-1944/	17
Organizacja pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego /1944-1945/	24
Problemy uzupełnienia oraz szkolenia i doskonalenia kadr służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz 1 armii Wojska Polskiego	25
Jednostki przeciwepidemiczne 1 armii Wojska Polskiego	27
ROZDZIAŁ II. DOKTRYNALNE ZASADY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO WOJSK OBOWIAZUJĄCE W 1 ARMII WOJSKA POLSKIEGO	
Zasady organizacji i działania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia Armii	34
Zasady zabezpieczenia sanitarnohigienicznego wojsk Armii	42
Zasady zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk Armii	49
Odczołowe sanitarne	62
ROZDZIAŁ III. WARUNKI REALIZACJI ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ 1 ARMII WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945	
Warunki taktyczno-operacyjne	65
Warunki geograficzno-klimatyczne	66
Warunki sanitarno-epidemiczne	69
Pomoc ludności cywilnej	72

ROZDZIAŁ IV. SPOSOBY I EFEKTY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ 1 ARMII WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945

Armii Polskiej w ZSRR	79
W czasie przegrupowania Armii na tereny Polski	86
Podczas walk 1 armii Wojska Polskiego w rejonie Dąblino i Fuław oraz na przyczółku warecko-magnuszewskim/29.07-16.08.1944/	94
Podczas walk o wyzwolenie Pragi /10-23.09.1944/	99
W czasie działań obronnych na linii Wisły /wrzesień 1944 - styczeń 1945/	101
Podczas walk o wyzwolenie Wareszwy i porożu z Wareszwy do Bydgoszczy /styczeń 1945/	112
Podczas walk 1 armii Wojska Polskiego o przełamanie Wezu Poworskiego /31.01-12.02.1945/	114
W czasie operacji poworskiej/1-10.03.1945/	119
W czasie operacji berlińskiej /16.04-6.05.1945/	123
ROZDZIAŁ V. PROBLEMY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO ARMII LUDOWEJ	129
PODSUMOWANIE	137
WNIOSKI	164
ANEKS	167
BIBLIOGRAFIA	183
WYKAZ CZĘŚCIEJ UŻYWANYCH SKRÓTÓW	190
INDERS NAZWISK	192
INDERS NAZW GEOGRAFICZNYCH	196
WYKAZ SCHEMATÓW, WYKRESÓW, TABEL I ZAŁĄCZNIKÓW	199
ZAŁĄCZNIKI	201

WSTĘP

Polscy historycy wojskowi wydali już liczne i cenne publikacje poświęcone drugiej wojnie światowej. Na kartach tych publikacji uwieczniono bohaterstwo i patriotyzm polskich żołnierzy w krwawych zmaganiach na wszystkich polach bitewnych ogromnego teatru działań wojennych, wzbogacając historyczny skarbiec dziejów oręża polskiego.

Powstanie 1 Polskiej Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki, a następnie 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR oznaczyło początek drogi rozwoju polskiej wojskowej służby zdrowia w ludowym Wojsku Polskim.

Przekształcenie 1 Korpusu w 1 Armię Polską w ZSRR, a następnie w 1 armię Wojska Polskiego było dla służby zdrowia nie tylko zmianą ilościową, ale przede wszystkim jakościową.

W krótkim czasie, obok batalionów medyczno-sanitarnych nowo formowanych dywizji, powstały dalsze elementy służby zdrowia szczebla armii, a zwłaszcza szpitale polowe.

Czas przeznaczony na ich organizację był krótki. Musiały one, podobnie jak cała Armia, w przyspieszonym tempie wkraczać do walki, rozwijając się do pracy niejednokrotnie w atmosferze bitewnej.

Prace z zakresu historii medycyny wojskowej mają znaczenie nie tylko upamiętniające fakty i zdarzenia, lecz także znaczenie praktyczne.

Medycyna wojskowa możliwość sprawdzenia swych założeń teoretycznych uzyskuje w okresie wojen. Nie sposób więc wysnuć właściwych wniosków w dziedzinie zabezpieczenia sanitarno-przeciwniepidemicznego wojsk bez znajomości sposobu tegoż zabezpieczenia w minionych wojnach, bez analizy jego zalet i błędów.

Największe jest jednak praktyczne znaczenie historycznej analizy minionych zdarzeń, kiedy dotyczy one czasów stosunkowo najbliższych, najbardziej podobnych do warunków aktualnego, czy też przewidywanego pola walki.

Działalność wojskowej służby zdrowia w czasie drugiej wojny światowej nadal jest żywa i bliska sercu jej uczestników. Żyją przecież ranni i chorzy, korzystający w latach wojny z pomocy

wojskowej służby zdrowia, oceniający ją w zależności od osiągniętych wyników leczenia, bez względu na warunki, w jakich działała. A jednocześnie, ten okres działalności oddziela już trzydziestoosiemnastoletni czas pokojowej pracy.

Analiza problemów sanitarno-przeciwepidemicznego zabezpieczenia wojsk i armii Wojska Polskiego pozwala odpowiednio ocenić olbrzymi wysiłek jaki został włożony ze strony wszystkich pracowników służby zdrowia w okresie organizacji, a następnie funkcjonowania systemu zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk Armii.

Wybierając temat niniejszej pracy, autor kierował się motywem praktycznym, jaki dla wojskowej służby zdrowia może mieć znajomość dziejów pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia i armii Wojska Polskiego, w celu podkreślenia ogromnego znaczenia zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego, jako jednej z części ogólnych zabezpieczeń medycznego wojsk.

Działalność tego pionu miała wiele cech oryginalności, pracując bowiem w szczególnie trudnych warunkach, choć oparty na ogólnych zasadach organizacyjnych obowiązujących w Armii Radzieckiej, wypracował własne, odrębne zasady działania. Zasady te stanowiły rozwiązania konkretnych sytuacji bądź też przez utrwalenie stały się obowiązujące w późniejszych latach działalności służby zdrowia Wojska Polskiego.

Pion przeciwepidemiczny służby zdrowia i armii Wojska Polskiego zachował ciągłość organizacyjną przez długi okres działań, stając się zalążkiem tej służby, która do chwili obecnej pracuje na rzecz żołnierza polskiego.

Jest to więc rozprawa obrazująca powstanie i utrwalanie się organizacji pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia współczesnej armii polskiej.

Nie ma do tej pory pracy naukowej poświęconej całościowemu zbadaniu tej problematyki.

Nieliczne są także opracowania pewnych elementów zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk. Są to prace fragmentaryczne o charakterze analitycznym, omawiające problem podjęty przez autora w oderwaniu od całościowości działalności pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia armii, bez zachowania ciągłości zdarzeń i wynikającego stąd łańcucha przyczyn i skutków.

Prace naukowe obejmujące wybrane problemy z historii służby zdrowia i armii Wojska Polskiego stanowią cenny materiał, oparty na wnikliwych badaniach. Do nich przede wszystkim należy zaliczyć opracowania Jerzego Bończaka na temat zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk, studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i armii Wojska Polskiego Tadeusza Brzezińskiego, prace Ryszarda Zabłotnickiego i Zygmunta Koszyty, omawiające przebieg zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wybranych operacji bojowych, prace Witolda Majewskiego dotyczące organizacji i taktyki służby zdrowia związków taktycznych i armii oraz nieliczne opracowania innych autorów.

Bardzo cenny jest referat wieloletniego pracownika dydaktycznego i naukowego wojskowego szkolnictwa medycznego, nieżyjącego już dziś Bolesława Gwoźdźcia "O niektórych problemach ochrony przeciwepidemicznej i armii Wojska Polskiego", wygłoszony na I Konferencji Naukowej WAM.

Brak syntetycznego opracowania nie pozwala na wyrobienie sądu o prawidłowości działania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia i armii Wojska Polskiego, a tym samym na wyciągnięcie ogólniejszych wniosków, wynikających zeń dla współczesnej armii.

Dotychczasowe publikacje można podzielić na dwie grupy. Pierwsza - to wspomnienia lekarzy-oficerów, zamieszczane w "Lektorzu Wojskowym", i druga - to szkice historyczne lub prace popularno-naukowe i popularne, ogłaszane na łamach "Lekarza Wojskowego", "Myśli Wojskowej", "Wojskowego Przeglądu Historycznego", "Przeglądu Kwatermistrzowskiego", "Biuletynu WAM", "Zdrowie" i "Służby Zdrowia".

Niniejsza praca, obszernie oparta na bazie źródłowej, jest próbą całościowego oświetlenia problemów związanych z zabezpieczeniem sanitarno-przeciwepidemicznym i armii Wojska Polskiego.

Do napisania tej pracy autor wykorzystał zbiory Centralnego Archiwum Wojskowego^{1/} oraz fotokopie niektórych materiałów z archiwum Ministerstwa Obrony ZSRR, udostępnione w Wojskowym Instytucie Historycznym.

1/ Należy zaznaczyć, że w czasie przeprowadzania kwerendy źródeł autor starał się wyzukać materiały w innych archiwach. Odnosi się to do Archiwum Głównego Kwatermistrzostwa WP, Archiwum MZiOS, Centralnego Archiwum KC PZPR. Poszukiwania w tych instytucjach nie dały żadnych rezultatów.

Akta te, zgromadzone w stu sześciu teczkach, zawierających od kilkudziesięciu do kilkuset dokumentów każda, obejmują w zasadzie pełny zachowany materiał źródłowy do badanego zagadnienia. Choć te akta są ogólnie uporządkowane, to jednak dobór dokumentów w poszczególnych teczkach jest przypadkowy.

Trudna sytuacja występuje w dokumentacji na szczeblu związku taktycznego. Co prawda i tu są wyodrębnione te czki służby zdrowia, jednak jest ich niewiele. Skromna zawartość teczek dopuszcza wniosek, że na tym szczeblu często wykonywano dokumenty tylko w jednym egzemplarzu, nie pozostawiając w aktach odpisu.

W wielu wypadkach ustalenie na podstawie materiałów archiwalnych właściwego stanu rzeczy sprawiało poważną trudność. Wynikało to przede wszystkim z istniejących rozbieżności w ujęciu jednego i tego samego zjawiska czy faktu w różnych dokumentach. Stąd też, dla uzyskania możliwie najbardziej zbliżonego do prawdy obrazu, należało konfrontować różne źródła i dopiero na podstawie szczegółowej analizy można było przyjąć za podstawę do dalszych rozważań tylko te relacje, które wydawały się najbardziej realne.

W niektórych wypadkach, gdy autor nie posiadał oryginalnych dokumentów oraz nie miał możliwości konfrontacji tych samych faktów w kilku źródłach, przyjmował stan istniejący w dostępnych materiałach archiwalnych.

Autor oczywiście zdaje sobie sprawę z tego, że dalsze rozszerzenie bazy źródłowej o nowe materiały i dokumenty może wnosić szereg nowych aspektów do rozpatrywanych problemów, skłaniając do rewizji niektórych z wysuniętych tez i wniosków.

Autor wykorzystał też relacje lekarzy i armii Wojska Polskiego, jak również oficerów, którzy w czasie wojny byli ranni lub chorzy i przechodzili przez poszczególne etapy ewakuacji medycznej czy też przebywali w szpitalach polowych, zamieszczone w różnych wydawnictwach. W zasadzie pokrywały się one z materiałami, do których autor dotarł w Centralnym Archiwum Wojskowym.

W części dotyczącej strony operacyjno-taktycznej działań i armii Wojska Polskiego, autor nie sięgał do źródeł, a korzystał z gotowych opracowań monograficznych.

Jak wynika z analizy, publikacje te poza ogólnym zarysem zabezpieczenia medycznego poszczególnych operacji i wnioskami

o poniesionych stratach - nie omawiają problematyki zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk.

Prócz materiałów źródłowych korzystano z opracowań wykazanych w bibliografii. Opracowanie to dotyczyły tak głównego tematu pracy, jak i zagadnień pokrewnych, poznających na przeprowadzenie badań porównawczych.

Problema wartości poznawczej materiałów ściśle wiąże się ze sprawą przyjętego w pracy systemu odwołań. Mają one przy tym różny charakter. Z jednej strony są normalną splecią dżugu wobec autora, od którego zaczerpnięto została dana myśl, z drugiej zaś strony mają zadanie ułatwić badaczom dalszą pracę przez odwołanie ich do tych pozycji wydawniczych i materiałów źródłowych, przez które mogą trafić do dalszych materiałów.

W pracy, w odniesieniu do zagadnień dotyczących zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego użyta została w zasadzie terminologia współczesna, a to z tego względu, że dawna terminologia nie zawsze mogłaby być właściwie rozumiana. Jedynie w niektórych przypadkach, gdy dawne określenie /termin/ niewiele odbiega od współczesnego lub gdy w obecnej terminologii nie istnieje odpowiednik danego określenia, pozostawiono go w danym brzmieniu względnie wniesiono nieznaczne poprawki.

Autor postawił sobie za cel przedstawić w pracy węższe problemy organizacji pionu sanitarno-przeciwepidemicznego na tle służby zdrowia i armii Wojska Polskiego, dokonać analizy i oceny pracy tego pionu w okresie walk oddziałów i związków taktycznych oraz uogólnić doświadczenie i wyciągnąć wnioski z jego działalności.

Przedmiotem badania były obowiązujące zasady zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk, struktura organizacyjna pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia i armii Wojska Polskiego, miejsce i rola tego pionu w systemie zabezpieczenia medycznego oraz efekty jego działalności podczas operacji bojowych wojsk Armii.

Zo względu na różnorodność i obszerność tematu autor musiał dokonać wyboru stawianych sobie pytań badawczych i ograniczyć je do zakresu możliwego do ujęcia w jednym opracowaniu.

Dla uzyskania odpowiedzi na postawione sobie pytania badawcze korzystano z metody badań ilościowych, z metody opisowej, a także z analizy porównawczej i krytycznej materiałów archi-

walnych i piśmiennictwa historyczno-wojskowego oraz relacji uczestników walk 1 armii Wojska Polskiego.

Wychodząc z założenia, że zagadnienia specjalistyczne dotyczące patologii i terapii chorób zakaźnych związane są w maksymalnym stopniu z ogólnym postępem medycyny, autor ograniczył ich badanie do zakresu, mającego wpływ na organizację zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego.

Zasadniczym tematem niniejszej pracy stało się zagadnienie, jak w konkretnych warunkach działań bojowych, wydział służby zdrowia Armii planował zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne, jak ono było realizowane w toku działań bojowych i jakie skutki przyniosła realizowana koncepcja organizacyjna.

Zo względu na takie ujęcie tematu czas obserwacji ograniczono ściśle do przygotowania i działań pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia w operacjach bojowych i AWP. Badania zamknięto więc w przedziale czasowym od lipca 1944 do maja 1945 roku.

Zasięg badań objął w szczególności zakres pracy referatu przeciwepidemicznego wydziału służby zdrowia Armii oraz jednostek i urzędów podporządkowanych temu referatowi.

Materyał badania działalności szczebla taktycznego i szofotusa służby zdrowia Wojska Polskiego ograniczono do niezbędnego minimum, sięgając do nich wówczas, kiedy miały one wpływ na podejmowane decyzje armijnego pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia.

Ponieważ uzupełnienie stanów osobowych do 1 AWP kierowane były również z Armii Ludowej, autor w rozdziale V przedstawił problemy zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego oddziałów partyzanckich AL.

Wychodząc z założenia wzajemnego powiązania kolejno po sobie następujących faktów, a jednocześnie powiązania różnych dziedzin działalności, przebiegających równoległe w czasie, przyjęto w pracy układ chronologiczno-rzeczony.

Pracy tej autor nie uważa za ostatecznie zamkniętą, lecz za pierwszą próbę szerszego i ujętego w pewne określone ramy biograficznego przedstawienia skomplikowanego charakteru zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk armii w minionej wojnie na przykładzie 1 armii Wojska Polskiego.

Wydaje się, że praca może być pomocną w studium wniosków i doświadczeń z pracy służby zdrowia 1 armii Wojska Polskiego.

może ona służyć również do przeprowadzenia pewnych porównań i uogólnień w zakresie sanitarno-przeciwniepidemicznego zabezpieczenia wojsk armii, a także stanowić przyczynek do głębszego studium zabezpieczenia przeciwniepidemicznego działań bojowych wojsk.

Należy sądzić, że opracowanie to będzie użyteczne dla pracowników wojskowej służby zdrowia i interesujących się tą problematyką, a dla wszystkich jej współtwórców i pracowników będzie wyrazem należytego podziękowania i pamięci.

Koncepcję pracy oraz poszczególne rozdziały autor miał możliwość przedyskutować podczas posiedzeń naukowych w Zakładzie Medycyny Zapobiegawczej CKP WAM oraz w Katedrze Taktyki Tyłów Wydziału Wojsk Lądowych ASG WP.

Pozwoliło to właściwiej ustalić konstrukcję pracy, szerzej oświetlić pewne fakty i skorygować wnioski.

x

x

x

Gen. bryg. Zbigniewowi Kamińskiemu, szefowi Katedry Taktyki Tyłów Wydziału Wojsk Lądowych ASG WP, składam wyrazy podziękowania za życzliwość, cenne rady i stworzenie optymalnych warunków wykonania pracy.

Płk. prof. dr. Emilowi Jedziakowi, szefowi Katedry Historii Sztuki Wojennej ASG WP, dziękuję za życzliwe zainteresowanie pracą i cenne konsultacje.

Płk. doc. dr. hab. Wiesławowi Wójtowiczowi, zastępcy szefa Katedry Taktyki Tyłów Wydziału Wojsk Lądowych ASG WP i płk.dr. n.med. Jarzemu Gawrylukowi, adiunktowi Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk CKP WAM, dziękuję za pomoc i wskazówki przy opracowywaniu niniejszej rozprawy.

Wyrazy podziękowania składam pracownikom Centralnego Archiwum Wojskowego za życzliwą pomoc w poszukiwaniu materiałów źródłowych, a także pracownikom bibliotek, którzy ułatwili odnajdywanie materiałów bibliograficznych.

Słowa podziękowania składam również tym wszystkim, którzy okazali mi życzliwość podczas pisania pracy.

Autor

ROZDZIAŁ I

ROZWÓJ PIONU PRZECIWEPIDEMICZNEGO SŁUŻBY ZDROWIA JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ 1 ARMII WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945

Ogólna charakterystyka rozwoju organizacyjnego jednostek polskich w ZSRR oraz 1 armii Wojska Polskiego

Szlak bojowy ludowego wojska Polskiego stanowi jedną z najpiękniejszych kart dziejów oręża polskiego w walce naszego narodu o wolność i sprawiedliwość społeczną.

Rozwój, organizacja i działania bojowe 1 Polskiej Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki, a później 1 i 2 armii Wojska Polskiego byłyby niemożliwe bez wspólnego trudu i wysiłku zarówno wojsk liniowych, jak i służb kwatermistrzowskich, zapewniających walczącemu żołnierzowi wyposażenie, zaopatrzenie i odpowiedni stan zdrowia.

Wśród służb kwatermistrzowskich podczas wojny zajmowała służba zdrowia. Od sprawnej organizacji i jakości zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych zależało zapewnienie zdrowia żołnierzom oraz jak najszybszy powrót rannych i chorych do szeregów Armii.

Służba zdrowia 1 Polskiej Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki była pierwszym elementem struktury organizacyjnej służby zdrowia odrodzonego Wojska Polskiego. Jej znaczenie dla późniejszego systemu organizacyjnego służby zdrowia Wojska Polskiego było dlatego bardzo duże, że stanowiła ona załączek schematu organizacyjnego służby, sprawdzanego wielokrotnie w walkach, jak też była kuźnią kadr będącej w fazie organizacji służby zdrowia całego wojska.

W maju 1943 roku Związek Patriotów Polskich przystąpił do organizowania regularnych oddziałów polskich, mających u boku Armii Radzieckiej wziąć udział w walce z niemieckim okupantem o wyzwolenie kraju.

W wyniku narady Komitetu Organizacyjnego ZPP 1 przedstawi-

cieli władz radzieckich rząd ZSRR wyraził zgodę na sformowanie w Związku Radzieckim 1 Polskiej Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki.

Na miejsce tworzenia i szkolenia dywizji Ludowy Komisarzat Obrony ZSRR wyznaczył letni obóz ćwiczebny Moskiewskiego Okręgu Wojskowego, położony w rejonie Sielc nad Oką, 26 km na północny wschód od Riezenia.

1 Polska Dywizja Piechoty im. Tadeusza Kościuszki była formowana według statutu dywizji gwardii Armii Radzieckiej.

Pobór rozpoczęty przez radzieckie wojskowe komendy uzupełnień w skupiskach polskich, po ogłoszeniu komunikatu o formowaniu dywizji, już w drugiej połowie maja 1943 roku spowodował masowy napływ ludzi na stację kolejową Dinowo, w pobliżu Sielc, zaczęły nadchodzić transporty powożonych do wojska Polaków ze wszystkich stron Związku Radzieckiego. Przybywali nie tylko poborowi. Wielu nie czekało na wezwanie, jechało do Sielc na własną odpowiedzialność^{2/}.

Stan sanitarno-epidemiczny ludzi przybywających do Sielc był niepomysłny. Na przykład w pierwszym okresie formowania dywizji w poszczególnych pułkach około 400 ludzi chorowało na zianicę^{3/}.

W sierpniu 1943 roku zaczęto formować 1 Korpus Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR.

16 marca 1944 roku Korpus został przekształcony w 1 Armię Polską w ZSRR.

Do połowy lipca 1944 roku 1 AP w ZSRR rozwinęła się w silny związek operacyjny, składający się z:

- czterech dywizji piechoty
- brygady kawalerii
- brygady pancernej
- brygady saperów
- pięciu brygad artylerii
- dywizji artylerii przeciwlotniczej
- dwóch pułków lotnictwa.

Tworzono dalsze jednostki: 5 i 6 Dywizję Piechoty oraz 1 Korpus Pancerny.

Ośrodkami formowania polskich jednostek w ZSRR były Sielce nad Oką, Łaptiewo na Smoleńszczyźnie, Sumy we wschodniej Ukrainie, Kiewce, Berdyczów i Żytomierz na zachód od Kijowa.

2/ W. Dawidowicz, B. Dąbrowski, W. Filar, F. Małecki, Kwaterniactwo ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. WIH, Warszawa 1973.

3/ CAW III-7-699 k. 71.

Dekretem Krajowej Rady Narodowej z 21 lipca 1944 roku z Armią Ludową w kraju i 1 Armią Polską w ZSRR utworzone zostało ludowe Wojsko Polskie.

W lipcu 1944 roku przed wkroczeniem na tereny Polski 1 Armia Polska w ZSRR posiadała 107.000 żołnierzy, a w maju 1945 roku Wojsko Polskie miało już 400.000 ludzi, z czego połowę stanowiły jednostki walczące na froncie^{4/}.

Ta ogromna liczba ludzi wymagała wykwalifikowanej opieki wojskowej służby zdrowia.

Ogólna charakterystyka zasad organizacyjnych służby
zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz 1 Armii
Wojska Polskiego

Służba zdrowia 1 Armii Polskiej w ZSRR, a następnie ludowego Wojska Polskiego organizowana była według wzorów radzieckich. Złożyło się na to wiele przyczyn. Zasadniczą było to, że odpowiadały one konkretnym warunkom wschodnioeuropejskiego teatru działań wojennych. Literatura fachowa, jaka była dostępna polskim lekarzom, była literaturą radziecką. Wreszcie szeregi polskiej wojskowej służby zdrowia licznie zasilał radzieccy oficerowie-lekarze i felczerzy^{5/}.

Najmniejszą komórką organizacyjną służby zdrowia była - składająca się z reguły z 5 osób - drużyna sanitarna kompanii. Dowódca drużyny /podoficer sanitarny/ podlegał dowódcy kompanii, a pod względem fachowym - dowódcy plutonu medyczno-sanitarnego batalionu piechoty. W razie konieczności drużyna sanitarna była wzmocniana nietatowymi sanitariuszami, wyszkolonymi spośród żołnierzy.

W batalionie piechoty i równorzędnych znajdował się pięcioosobowy pluton medyczno-sanitarny, którym dowodził oficer-felczer, pod względem fachowym podlegający starszemu lekarzowi pułku. W czasie działań bojowych przydzielano mu określoną ilość sanitariuszy noszowych oraz 1-2 wozy sanitarne, przy pomocy których organizował ewakuację rannych^{6/}.

4/ T. Brzeziński. Służba zdrowia 1 Armii Wojska Polskiego. Studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego. Biuletyn WAM 1972, z. 15.

5/ M. Kowalski. 20 lat służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego. Lekarz Wojskowy 1963, 10, s. 725-726.

6/ A. Gesperowicz. Nasz batalion sanitarny. Lekarz Wojskowy 1963, 10, s. 730-744.

Służbę zdrowie pułku kierował starszy lekarz, znany wówczas szefem służby zdrowia. Służbowo podlegał on dowódcy pułku, a pod względem fachowym szefowi służby zdrowia dywizji. W pułku piechoty znajdowała się kompania medyczno-sanitarna, której dowódcą był oficer-lekarz. Ogółem liczyła ona 33 ludzi. W skład jej wchodziło: dwóch młodszych lekarzy, dwóch felczerów oraz podoficerowie-instruktorzy sanitarni, sanitariusze, nożnice, kucharz i kowal. W kompanii tej znajdowała się również apteka. W okresie działań bojowych kompania medyczno-sanitarna pułku mogła być wzmocniona sanitariuszami noszowymi z batalionu medyczno-sanitarnego dywizji.

W zakresie pomocy internistycznej w pułkowym punkcie medycznym /PMP/ przebywali chorzy /termin leczenia do trzech dni /z dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi, niezżytą oskrzeli, anginę, itp.

Szef służby zdrowia dywizji pod względem fachowym podlegał szefowi służby zdrowia armii. W skład służby zdrowia dywizji wchodziły komórki organizacyjne służby zdrowia jednostek bojowych oraz jako główne ogniwo-batalion medyczno-sanitarny /MSB/, którego dowódcą podlegał bezpośrednio szefowi służby zdrowia dywizji. Według etatu batalion ten posiadał 93 ludzi. Strukturę organizacyjną batalionu medyczno-sanitarnego dywizji piechoty przedstawia schemat 1.

Na szczeblu dywizji tworzone nieetatowo stanowiska internisty i epidemiologa, na które wyznaczano oficerów-lekarzy z batalionu medyczno-sanitarnego.

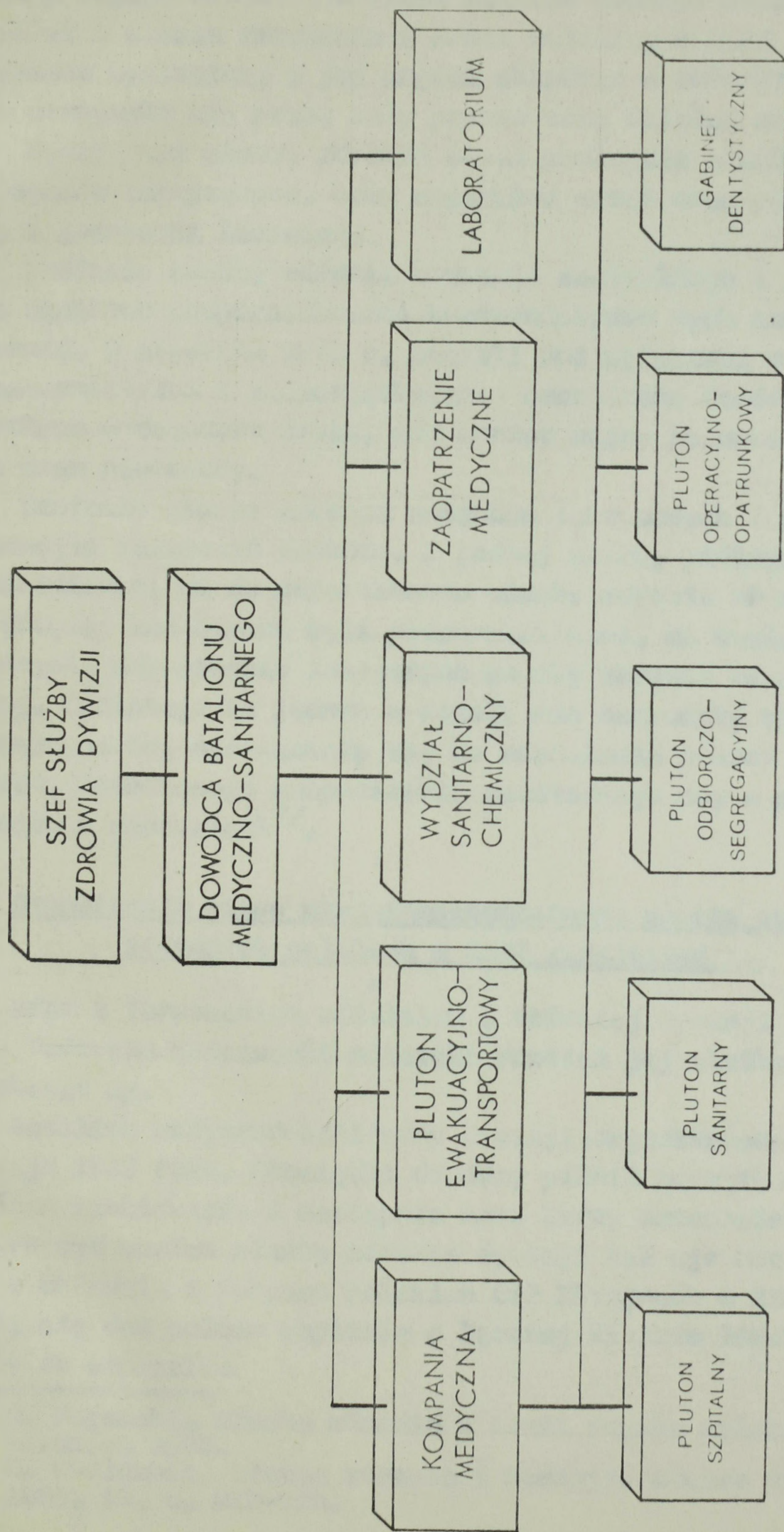
W zakresie pomocy internistycznej w dywizyjnym punkcie medycznym /DMP/ przebywali chorzy /termin leczenia do 7 dni/ z dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi, podwyższoną temperaturą ciała, gripą, anginą, ostrym zapaleniem oskrzeli, malerią itp.

Dowódca Armii w rozkazie z dnia 18 kwietnia 1944 roku zarządził, aby w rejonach postoju jednostek wyznaczano tzw. lekarzy garnizonowych, których zadaniem między innymi było kontrola i nadzór nad stanem sanitarnohigienicznym i epidemicznym terenu, na którym rozlokowane były wojska.

Służbę zdrowia armii kierował szef służby zdrowia armii. Stał on na czele wydziału służby zdrowia kwatermistrzostwa armii.

W myśl zasad obowiązujących w Armii Radzieckiej i następ-

STRUKTURA ORGANIZACYJNA
BATALIONU MEDYCZNO-SANITARNEGO DYWIZJI PIECHOTY



nie w Wojsku Polskim, w armii istniał oddział służby zdrowia. Jednak w czasie tworzenia 1 Armii Polskiej w ZSRR komórkę tę nazwano wydziałem, a jej części składano - referatami. Nazwa ta utrzymała się przez cały prawie czas działań bojowych.

Wydziałowi służby zdrowia armii podlegała służba zdrowia związków taktycznych, baza szpitalna armii oraz pozostałe zakłady i jednostki lecznicze.

Szefowie służby zdrowia szczebla centralnego i armijnego byli służbowo podporządkowani kwatermistrzom tych szczebli dowodzenia. W styczniu 1945 r. zostali oni wyłączeni z podległości kwatermistrzów i podporządkowani: naczelnemu dowódcy WP, a w armiach - dowódcom armii. Pod koniec wojny ponownie przywrócono stan pierwotny.

Szefowie służby zdrowia związków taktycznych i armii mieli podwójną zależność fachową. Z jednej strony podlegali wyższym przełożonym, aż do departamentu służby zdrowia WP włącznie, z drugiej zaś strony byli podporządkowani, ze względów operacyjnych, odpowiednim instancjom służby zdrowia Armii Radzieckiej. Instancje te jednak z reguły nie narzucały swoich decyzji a najczęściej ograniczały się do udzielania pomocy w formie porad, dodatkowego zaopatrzenia sanitarnego czy w przydziale miejsc w szpitalach^{7/}.

Organizacja pionu przeciwoepidemicznego służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR /1943-1944 r./

Wraz z formowaniem oddziałów 1 Polskiej Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki powstała również jej służba zdrowia /schemat 2/.




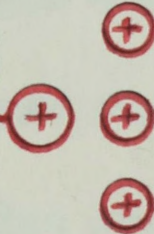
Batalion medyczno-sanitarny dywizji organizowany był już w maju 1943 roku. Obowiązki dowódcy pełnił początkowo kpt. Julian Pinkiewicz, a następnie kpt. Jerzy Sztecheński^{8/}. Pierwszym szefem służby zdrowia dywizji był mjr Marian Dąbicki.

W składzie 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR znajdowały się dwa polowe szpitale o łącznej liczbie łóżek - 400 szt. Były to szpitale:

7/ W. Majewski. Służba zdrowia 1 Armii Wojska Polskiego. MON, Warszawa 1976.

8/ B. Wodłowski. Służba zdrowia 1 Dywizji. Lekarz Wojskowy 1963, 10, 6, 917-929.

PODODDZIAŁY SŁUŻBY ZDROWIA
I ETAPY LECZNICZO-EWAKUACYJNE DYWIZJI PIECHOTY

<p>BATALION MEDYCZNO-SANITARNY MSB</p>	<p>DYWIZJA PIECHOTY </p>	<p>DYWIZYJNY PUNKT MEDYCZNY DMP</p>
<p>KOMPANIA MEDYCZNO-SANITARNA</p>	<p>PUŁK PIECHOTY </p>	<p>PUŁKOWY PUNKT MEDYCZNY PMP</p>
<p>PLUTON MEDYCZNO-SANITARNY</p>	<p>BATALION PIECHOTY </p>	<p>BATALIONOWY PUNKT MEDYCZNY</p>
<p>DRUŻYNA SANITARNA</p>	<p>KOMPANIA PIECHOTY </p>	

- polowy ruchomy szpital chirurgiczny nr 1, komendant - ppłk T. Staniewski
- polowy ruchomy szpital chirurgiczny nr 2, komendant - ppłk Józef Romaszkiwicz.

Szpitala te stanowiły załączek organizacyjny do tworzenia innych jednostek służby zdrowia Armii.

Obowiązki szefa służby zdrowia Korpusu pełnili kolejno obaj komendanci szpitali^{9/}.

Rozkazem organizacyjnym 1 Armii Polskiej w ZSRR nr 001/OU z dnia 1 kwietnia 1944 roku przeformowano sztab 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR na sztab Armii, w wyniku czego powstał wydział służby zdrowia Armii /schemat 3/ wchodzący w skład kwaterymistrzostwa Armii. Na czele wydziału stanął skierowany z Armii Radzieckiej płk Michał Moguczy^{10/}.

Obsada personalna wydziału służby zdrowia 1 AP w ZSRR w dniu 26 kwietnia 1944 roku była następująca:

- szef wydziału służby zdrowia Armii - płk Michał Moguczy;
- zastępca szefa do spraw polityczno-wychowawczych - mjr Karol Werman;
- szef I referatu /lecniczo-ewakuacyjnego/ - ppłk Adam Solomonowicz;
- szef II referatu /personalnego/ - kpt. Stanisław Dzygóra;
- szef III referatu /przeciwepidemicznego/ - mjr Jan Synowicz;
- szef IV referatu /zaopatrzenia medycznego/ - mjr Hipolit Zurkowski;
- naczelny internista Armii - płk Witold Nowodworski;
- naczelny chirurg Armii - płk Aleksander Szacki;
- naczelny epidemiolog Armii - mjr Jan Synowicz^{11/}.

Tym samym rozkazem organizacyjnym polecono włączyć w skład Armii dwa istniejące szpitale Korpusu oraz sformować od nowa:

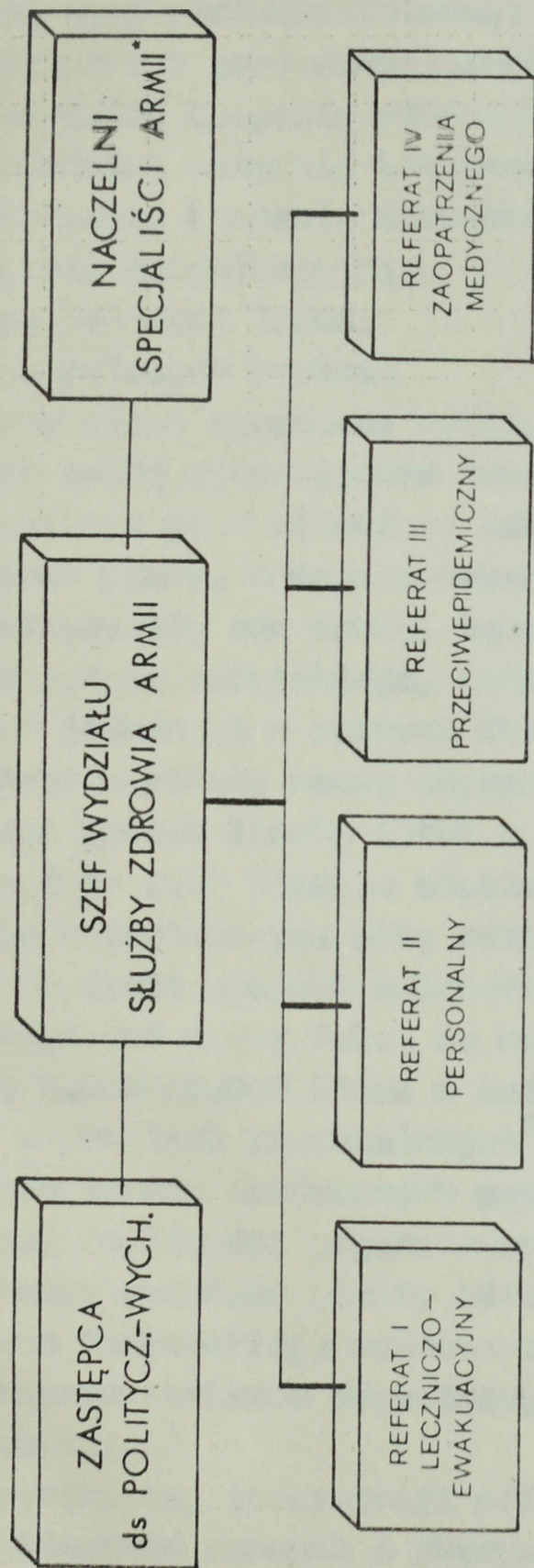
- szpital polowy dla lekko rannych;
- szpital chorób zakaźnych;
- polowy ruchomy szpital terapeutyczny;

9/ T. Brzeziński, op. cit. /4/, s. 16.

10/ Michał Moguczy /w latach 1945/46 zmieniono pisownię nazwiska na Mohuczy /ur. 1906 roku w Petersburgu w polskiej rodzinie urzędniczej. W 1932 roku kończy WMA im. Kirowa w Leningradzie. W latach 1937-1941 pracownik naukowo-dydaktyczny tejże uczelni. 1941-1944 rok - naczelny chirurg 67 Armii Frontu Leningradzkiego. 6.04.1944-4.11.1944 roku - szef służby zdrowia 1 AWP. Od 4.11.1944 roku do stycznia 1946 roku - szef służby zdrowia WP.

11/ CAW III-4-878 k. 41.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA
WYDZIAŁU SŁUŻBY ZDROWIA 1AWP



*CHIRURG ARMII
- INTERNISTA -"-
- EPIDEMIOLOG -"-
- WENEROLOG -"-

- TOKSYKOLOG ARMII
- GINEKOLOG -"-
- EKSPERT SADOWO-LEKARSKI
- INSPEKTOR ds. ZYWIENIA

SKŁAD OSOBOWY
WYDZIAŁU SŁUŻBY ZDROWIA
- OFICEROW - 18
- PODOFICEROW - 1
- SZEREGOWYCH - 4
RAZEM 23

Na podstawie KSIĄŻKI ETATOW, CAW.

- sztab centralnego /szefostwo/ polowego punktu ewakuacyjnego;
- sztab czołowego /szefostwo wysuniętego oddziału/ polowego punktu ewakuacyjnego z pododdziałami /z ewakuacyjnym punktem rozdzielczym/;
- grupę sanitarno-epidemiczną;
- laboratorium anatomo-patologiczne;
- samodzielny kompanię wzmocnienia służby zdrowia;
- samodzielny kompanię konno-sanitarną;
- samodzielny kompanię samochodowo-sanitarną;
- kompanię dezynfekcyjną;
- grupę polowych łaźni;
- grupę polowych pralni;
- polowy skład sanitarny Armii.

/Podana tutaj nomenklatura jest zgodna z zawartą w wyciągu z rozkazu, nie jest natomiast identyczna z używaną w dalszych częściach pracy. W czasie organizowania jednostek służby zdrowia otrzymywały one nazwy, będące przenoźnio żywym tłumaczeniem z języka rosyjskiego. Wobec braku ustalonej nomenklatury te same jednostki w różnych okresach były różnie nazywane. W nawiasach podano nazwy używane obecnie/.

W ten sposób liczba łóżek w bazie szpitalnej Armii miała wzrosnąć do 1600 łóżek w szpitalach i 500 łóżek w ewakuacyjnym punkcie rozdzielczym, przy przewidywanym wzroście liczebności Armii do około 100.000 żołnierzy.

Biorąc pod uwagę fakt, że normy radzieckie przewidywały liczbę 8.000-10.000 łóżek w bazie szpitalnej armii, nie licząc łóżek w punktach rozdzielczych^{12/}, stanowiło to zabezpieczenie zaledwie 15-20% faktycznych potrzeb. Brak rezerw kadrowych nie stworzał możliwości organizowania dalszych własnych szpitali, toteż szef wydziału służby zdrowia Armii zwrócił się o pomoc do Armii Radzieckiej, zwłaszcza że jednostki utworzone wyżej wspomnianym rozkazem organizacyjnym były dopiero w okresie formowania.

W wyniku tej interwencji położono szefowi służby zdrowia Armii kierować rannych i chorych do rozwiniętych w rejonie Kiwerz szpitali radzieckich, podporządkowanych PEP 15: COPEP nr 136, ChPPG nr 159, 652, 5171, TPPG nr 2085 i IPG nr 859^{13/}.

12/ I. Akodue, Armija. W: Encykłopediczeskij Słownik Wojennoj Medicyny. Moskwa 1946, T. I, s. 270-280.

13/ CAW III-4-877 k. 1.

Pissem z dnia 15 maja 1944 roku szef zarządu sanitarnego Frontu gen. Arsenij Borobanow przekazał w operacyjne podporządkowanie 1 Armii Polskiej w ZSRR - 11 jednostek służby zdrowia.

Były to:

- ewakuacyjny punkt rozdzielczy na 500 łóżek - EP nr 136;
- 200-łóżkowe szpitale chirurgiczne - ChPPG nr 159, 616, 5171, 5143 i 5174;
- 100-łóżkowy szpital chorób wewnętrznych - TPPG nr 2005;
- 100-łóżkowy szpital zakaźny - IPG nr 4244;
- 300-łóżkowe szpitale ewakuacyjne - EG nr nr 3555 i 5380^{14/}.

Faktycznie nie został przekazany Armii szpital nr 5143, a szpital nr 159 był jej podporządkowany przez okres tylko 2 tygodni.

Wycofano również z podporządkowania Armii EP nr 136, wraz ze zorganizowanymi, a nie wymienionymi w rozkazie nr 001/OU-4 polowymi ruchomymi szpitalami chirurgicznymi na 200 łóżek^{15/}, utworzyło to w czerwcu 1944 roku bazę szpitalną Armii o etatowej liczbie 3200 łóżek w szpitalach /z tego 1800 w szpitalach polskich i 1400 w radzieckich/ i 1000 łóżek w ewakuacyjnych punktach rozdzielczych /po 500 łóżek w polskich i radzieckich/. W szpitalach zakaźnych Armia posiadała 200 łóżek.

Praktycznie ten stan łóżek utrzymał się niemal do końca działań wojennych. Mimo że później tworzone nowe szpitale i ANP, to jednak szpitale radzieckie odchodziły do 1 Frontu Białoruskiego.

W okresie walk pod Warszawą 1 Armia Wojska Polskiego posiadała 13 szpitali:

- sześć polowych ruchomych szpitali chirurgicznych po 200 łóżek każdy;
- dwa polowe ruchome szpitale wewnętrzne po 100 łóżek;
- dwa polowe ruchome szpitale zakaźne po 100 łóżek;
- polowy szpital dla lekko rannych na 1000 łóżek;
- dwa polowe ruchome szpitale ewakuacyjne po 300 łóżek każdy^{16/}.

Natemniast w okresie walk o przełamanie Wału Pomorskiego liczba szpitali 1 Armii WP wzrosła do 24.

14/ T. Drzeziński, Szpitale radzieckie w operacyjnym podporządkowaniu 1 Armii Wojska Polskiego, Biuletyn WAM 1971, z.1, s. 156.

15/ CAW III-4-912 k. 439.

16/ Z. Koszyła, R. Zebłotnik, Zabezpieczenie medyczne 1 ANP na przyczółku warszawo-magnuszowski, Lekarz Wojskowy 1966, 2, s. 162-166.

Służba zdrowia 1 Armii Polskiej w ZSRR składała się z dwóch zasadniczych elementów:

- służby zdrowia tzw. armii czynnej /czyli służby zdrowia przy-
ezłej 1 armii WP/;
- służby zdrowia Głównego Sztabu Formowania, gdzie między innymi znajdował się wydział sanitarny urzędu zaopatrzenia materiałowo-technicznego i 7 szpitali garnizonowy; te włącznie jednostki stanowiły załączek przyezłej służby zdrowia Wojska Polskiego szczebla centralnego^{17/}.

Tworzenie służby zdrowia Armii, podobnie jak i wielu innych służb, odbywało się w bardzo trudnych warunkach.

W okresie tym przed wydziałem służby zdrowia 1 Armii Polskiej w ZSRR stało wiele zadań, a między innymi:

- nadzór nad stanem sanitarnohigienicznym i zabezpieczeniem przeciwepidemicznym przybywających oddziałów;
- nadzór nad zabezpieczeniem przeciwepidemicznym rejonów rozlokowania wojsk;
- instruowanie i szkolenie pracowników służby zdrowia^{18/}.

Wydział służby zdrowia w ramach nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego spowodował wydanie przez dowódcę Armii szeregu rozkazów i zarządzeń, na przykład:

- "O środkach zapobiegawczych przeciw tyfusowi plamistemu" - rozkaz nr 011 KG z 14.04.1944 roku^{19/};
- "O organizowaniu rejonów sanitarnych i naznaczeniu lekarzy garnizonowych w miejscach rozlokowania wojsk" - rozkaz nr 0013 KG z 16.04.1944 roku^{20/};
- "O środkach zapobiegawczych zachorowaniom żołądkowo-jelitowym" - rozkaz nr 021 KG z 22.04.1944 roku^{21/}.

Jednostki 1 Armii Polskiej w ZSRR, rozlokowane w końcu maja 1944 roku w rejonie Kiwerc, znalazły się w niepomysłnych warunkach sanitarno-epidemicznych.

W rejonie tym występowały liczne przypadki chorób zakaźnych, a szczególnie duru plamistego.

Służba zdrowia zmuszona była podjąć wyjątkową działalność

17/ W. Majewski, op. cit. /7/, s. 27.

18/ S. Załuski, Formowanie jednostek kwaternistrzowskich w drugim półroczu 1944 r. Przegląd Kwatermistrzowski 1963, 5, s. 105-110.

19/ CAW III-4-653 k. 23.

20/ Tamże, b. 26-27

21/ Tamże, k. 47-48

sanitarno-przeciwpidemiczną, wykorzystując wszystkie posiadane środki do zwalczania chorób zakaźnych zarówno wśród wojsk, jak i wśród miejscowej ludności cywilnej^{22/}.

Organizacja pionu przeciwpidemicznego służby zdrowia
ludowego Wojska Polskiego /1944-1945 r./

Po wyzwoleniu wschodnich terenów Polski i utworzeniu na mocy decyzji PKWN-Wojska Polskiego, 14 sierpnia 1944 roku przystąpiono do organizowania departamentu służby zdrowia Wojska Polskiego /w części dokumentów nazywany szefostwem sanitarnym Frontu Polskiego/.

Zadanie zorganizowania departamentu otrzymał płk Jan Wołosiewicz, który w połowie grudnia 1944 roku przekazał go nowo mianowanemu szefowi służby zdrowia Wojska Polskiego - gen.bryg. Michałowi Moguczeru. Płk. Jana Wołosiewicza wyznaczono na stanowisko zastępcy szefa służby zdrowia Wojska Polskiego.

Naczelnym chirurgiem WP został gen.bryg. Aleksander Szacki, naczelnym internistą WP - gen.bryg. Witold Nowodworek, naczelnym epidemiologiem WP - płk Jan Synowiec, naczelnym stomatologiem WP - płk Leopold Kerner.

Departament służby zdrowia WP początkowo stacjonował w Lublinie, a następnie w Otwocku.

W 1944 roku w Lublinie zaczęto organizować frontowe laboratorium sanitarno-epidemiologiczne WP, które następnie przeniesiono do Tworok koło Pruszkowa. Kierował nim kpt. Edmund Mikulaszek.

Do podstawowych zadań laboratorium należało:

- kierowanie pracą laboratoriów 1 i 2 armii WP, polowych ruchomych szpitali zakaźnych, pracowni klinicznych, plutonów sanitarnych dywizji;
- wykonywanie badań na korzyść jednostek wojskowych;
- organizowanie pracy naukowo-badawczej w zakresie higieny i epidemiologii w warunkach polowych^{23/}.

22/ CAW III-4-807 k. 19.

23/ E. Mikulaszek, 15-lecie Wojskowego Centralnego Laboratorium Sanitarno-Higienicznego, Lekarz Wojskowy 1960, 4, s.333-341.

W związku z rozpoczęciem ofensywy styczniowej w 1945 roku i stopniowym wyznalaniem reazty kraju przystąpiono do organizowania sześciu okręgów wojskowych, a w ich składzie - szefostw służby zdrowia okręgów.

Służba zdrowia Wojska Polskiego szczebla centralnego w chwili zakończenia wojny obejmowała:

1. departament służby zdrowia WP;
2. szefostwa służby zdrowia okręgów wojskowych;
3. trzydzieści cztery szpitale na 16.625 łóżek, a w tym:
 - sześć szpitali okręgowych;
 - cztery szpitale garnizonowe;
 - centralny szpital zakaźny w Otwocku;
 - szpitale ewakuacyjne /od 200 do 1000 łóżek/;
 - inne szpitale specjalistyczne;
4. cztery sanatoria;
5. trzy wojskowe domy wypoczynkowe.

W Wojsku Polskim działał również 12 pułk lotnictwa sanitarnego^{24/}.

Problemy uzupełnienia oraz szkolenia i doskonalenia
kadry służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz
1 Armii Wojska Polskiego

W czasie tworzenia korpusu oficerskiego ludowego Wojska Polskiego zagadnieniem wyjątkowo skomplikowanym była sprawa personelu służby zdrowia.

W okresie rozbudowy 1 Armii Polskiej w ZSRR dysponowano nieliczną grupą lekarzy - obywateli polskich. Tylko niektórzy z nich posiadali przeszkolenie oficerów rezerwy. Wobec tego w szerokim zakresie należało korzystać z pomocy kadrowej radzieckiej służby zdrowia.

Na prośbę Związku Patriotów Polskich, Ludowy Komisarjat Obrony ZSRR systematycznie kierował z Armii Radzieckiej do jednostek polskich oficerów - lekarzy i felczerów pochodzenia polskiego lub innych narodowości radzieckich.

Z tego powodu personel oficerski służby zdrowia 1 Armii Polskiej w ZSRR w dniu 1 lipca 1944 roku składał się: z 392 Pola-

24/ S. Załuski, Formowanie jednostek kwatermistrzowskich w pierwszej połowie 1945 r. Przegląd Kwatermistrzowski 1971, 2 /118/.

kón /54,8%/. 185 Rosjan /25,9%/, 65 Ukraińców, 24 Białorusinów, 32 Żydów i 14 osób innych narodowości^{25/}.

W rezultacie pomocy radzieckiej i Armii Polskiej w ZSRR obsadę personalną służby zdrowia posiadała na ogół zgodną z ustalonymi etatami.

Według danych na dzień 26 czerwca 1944 roku na 248 oficerów w jednostkach służby zdrowia Armii, bez podporządkowanych operacyjnie jednostek radzieckich i bez związków taktycznych, brakowało:

- jednego chirurga;
- dwóch okulistów;
- dwóch stomatologów;
- dwóch neurologów;
- trzech bakteriologów;
- trzech epidemiologów^{26/}.

Lekarzom posiadającym obywatelstwo polskie brakowało najczęściej przeszkolenia wojskowego, gdyż zawodowi lekarze wojskowi zostali uprzednio powołani do Armii gen. Andersa i ewakuowani z ZSRR na Bliski Wschód.

Po wyzwoleniu wschodnich obozów Polskiej i przejściu do dalszej rozbudowy Wojska Polskiego sytuacja kadrowa w służbie zdrowia uległa znacznemu pogorszeniu.

Stan liczbowy wojska powiększał się we wprost rekordowym tempie i wiosną 1945 roku wynosił około 400.000 ludzi.

Zacofane obozary dawnej Armii Polskiej D nie posiadały liczniejszej kadr służby zdrowia. A poza tym wielu lekarzy zginęło w czasie wojny, względnie przebywało w niewoli lub na emigracji. W tej sytuacji każdy zobilizowany lekarz czy farmaceuta był istotnym woszczerbkiem dla cywilnej służby zdrowia.

Znaczna poprawa w problematyce kadrowej nastąpiła dopiero po wyzwoleniu obozów na zachód od Wisły, gdzie w przyspieszonym trybie przeprowadzono mobilizację pracowników służby zdrowia.

Zagadnienie szkolenia i doskonalenia kwalifikacji kadr medycznych znalazło się w centrum zainteresowania wydziału służby zdrowia i Armii Wojska Polskiego.

25/ S. Krzemiń, Szkolenie kadr kwatermistrzowskich w ludowym Wojsku Polskim w latach 1943-1945. Przegląd Kwatermistrzowski 1970, 3, s. 157-161.

26/ CAW III-4-664 k. 77.

Niski poziom wykształcenia w zakresie medycyny wojskowej zmuszał kierownictwo służby zdrowia Armii do organizowania odpraw szkoleniowych, konferencji i praktyk specjalistycznych, mających na celu podwyższenie kwalifikacji pracowników służby zdrowia w tej dziedzinie.

Już w Wolicy, przy polowym ruchomym szpitalu chirurgicznym nr 2, organizowano odprawy szkoleniowe dla komendantów szpitali, szefów służby zdrowia dywizji, dowódców batalionów medycyno-sanitarnych oraz dla szefów służby zdrowia i felczerów samodzielnych jednostek.

Program odpraw obejmował zagadnienia dotyczące taktyki służby zdrowia w polu, chirurgii i interny polowej, epidemiologii i chorób zakaźnych oraz toksykologii.

Referentami poszczególnych tematów byli czołowi organizatorzy służby zdrowia lub doświadczeni lekarze wojskowi.

Podobne odprawy szkoleniowe organizowano także w okresie pobytu w rejonie Kinerc.

Wielką uwagę przywiązywano do szkolenia średniego personelu służby zdrowia.

Personel ten zapoznawano z elementarnymi zasadami zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk oraz napaiano zrozumienie celowości i konieczności stosowania się do obowiązujących przepisów sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych.

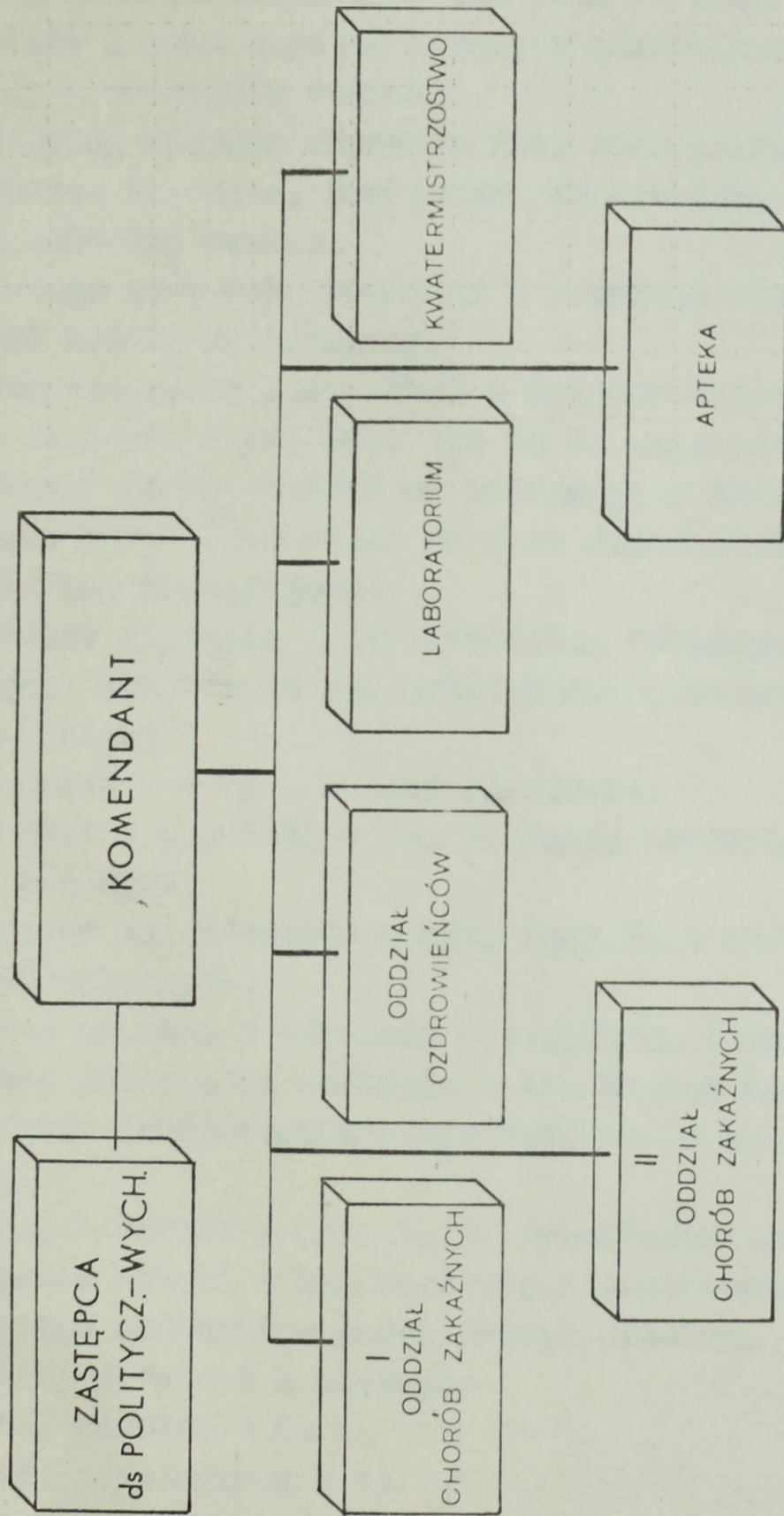
Jednostki przeciwepidemiczne i armii Wojska Polskiego

Mimo wielu trudności, w wyniku wyjątkowej pracy organizacyjnej w kwietniu i maju 1944 roku utworzono główne jednostki przeciwepidemiczne: polowy ruchomy szpital zakaźny, grupę sanitarno-epidemiologiczną, kompanię dezynfekcyjno-kąpielową oraz oddziały łaźni i pralni polowych. Dzięki temu pion przeciwepidemiczny służby zdrowia mógł sprostać zadaniom w oczekujących Armii działaniach bojowych.

23 kwietnia 1944 roku rozkazem nr 001 z dn. 1.04.1944 r. w m. Wólka Dziedonicze /rejon Sumy/ zorganizowany został, wg etatu nr 027/214, polowy ruchomy szpital zakaźny nr 5 /PRSZ2/. Szpital etatowo posiadał 100 łóżek i 50 osób personelu /echenot 4/.

26 czerwca 1944 roku szpital przegrupował się przez wieś Przybraże i Jezioro do kolonii Peretoki.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA
 POLOWEGO RUCHOMEGO SZPITALA ZAKAŻNEGO



SKŁAD OSOBOWY

- OFICERÓW	- 12
- PODOFICERÓW	- 10
- SZEREGOWYCH	- 28
RAZEM	50

W lipcu 1944 roku kolejno przegrupowywał się do wsi Jasinówka, kolonii Opołonec, m. Lubomł, m. Lublin i m. Żyrzyn /57 km od Lublina/, gdzie pracował do 9 sierpnia 1944 roku.

Następnie PRSZ nr 5 rozciął się w folwarku Śliz, gdzie pracował do 7 października 1944 roku. W dniu 9 października zwinął się i jako szpital będący w odwodzie przegrupował do m. Zająłdz w rejonie Otręcka.

W drugiej połowie stycznia 1945 roku przegrupował się po marszrucie: Warszawa, Sochoczeń, Inowrocław, Bydgoszcz i dalej na północny zachód.

5 lutego 1945 roku PRSZ nr 5 rozwinął się w m. Złotów i pracował tam do 21 kwietnia.

Następnie przez Bieganthal i Krachow dotarł w dniu 27 kwietnia do m. Lanke i pracował tam do 11 maja 1945 roku. Rozformowany został rozkazem MONP nr 6233/org. z dnia 6.09.1945 r.

Obecna personalna PRSZ nr 5 na dzień 24.06.1944 roku przedstawiała się następująco:

- komendant szpitala - ojr Bronisław Konarzewski, lekarz med.;
- zastępca komendanta ds. polityczno-wychowawczych - bs.

Adama Hnatys:

- kwatermistrz - kpt. Antoni Siedlecki;
- ordynator I oddziału - bs. Adalaida Nesterowicz, lekarz chorób zakaźnych;
- ordynator II oddziału - kpt. Pantelion Guczenko, lekarz chorób zakaźnych;
- starsza siostra I oddziału - st. sierż. Lidia Kurowska, felczer;
- starsza siostra II oddziału - bs. Regina Karmelicka, felczer;
- kierownik laboratorium - ojr Tatjana Miroczniczenko, lekarz med.;
- starszy laborant - por. Maria Przykładowska, laborantka;
- kierownik apteki - bs. Weronika Klinczewska, technik farmacji;
- statystyk medyczny - chor. Henryk Delekto, felczer.

Młodszy personel i obsługa:

- młodsza siostra - 5;
- starszy sanitariusz - 1;
- sanitariusz - 2;
- instruktor - dezynfektor - 1;
- starszy pielęgniarka - 1;
- kurier - 1;

- dowódca plutonu obsługi - 1;
- kierownca - 2;
- magazynier - 1;
- kucharz - 2.

Samochodów - 5.

A oto krótka charakterystyka radzieckiego polowego ruchomego szpitala zakępnego nr 4244, przekazanego w maju 1944 roku w skład bazy szpitalnej 1 Armii Polskiej w ZSRR.

PRSZ nr 4244 pod dowództwem mjr. Waltera posiadał etatowo 53 osoby personelu oraz 100 łózek. Przyjęty w podporządkowanie 1 AP w ZSRR w m. Stare Czołnice w rejonie Kiwerc, pozostał tam do września 1944 roku, aby następnie po krótkim pobycie w Garwolinie, jako szpital odnowowy, rozwinąć się od 14 września w Otwocku. W tym czasie brał udział w akcji zwalczania zachorowań na dur brzuszny i czerwonkę bakteryjną wśród ludności cywilnej okolic Rebertowa i Otwocka. Obłożenie szpitala często znacznie przekraczało etatową liczbę łózek /np. 4 października - 232 chorych/.

24 października 1944 roku szpital przegrupowany został do Zeniędza, skąd w pierwszych dniach marca przez Bydgoszcz trafił do Wałcza, gdzie przez pewien czas pozostawał w odwodzie.

18 marca 1945 roku rozwinął się w Reoku i tam pozostał do końca działań wojennych.

W dniu 4 lipca 1945 roku zarządzenia nr 0269 szpital wyłączony został ze składu 1 AP i przekazany do dyspozycji szefa służby sanitarnej Grupy Radzieckich Okupacyjnych Wojsk w Niemczech^{27/}.

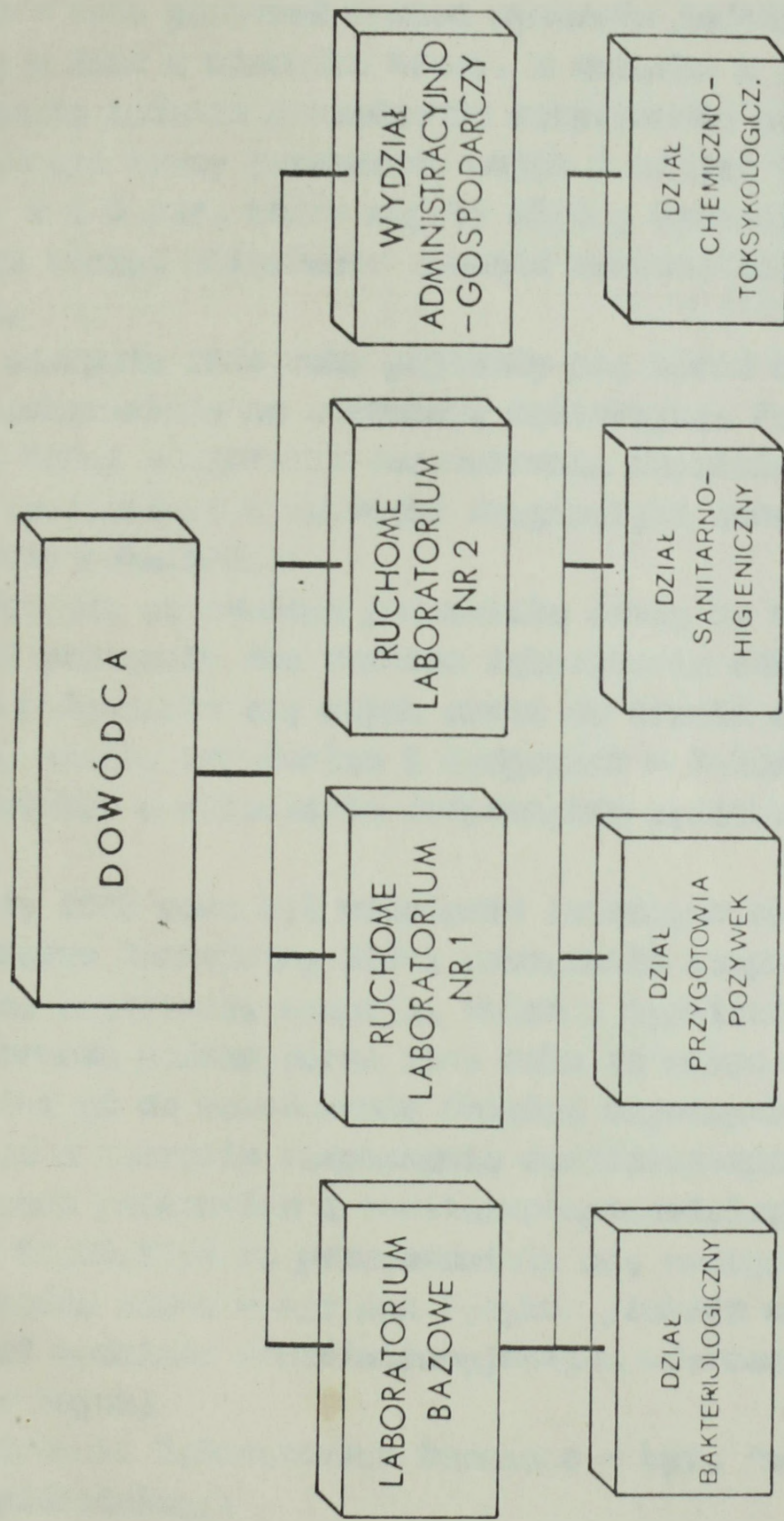
1 sanitarno-epidemiologiczna grupa /SEG-1/ Armii Polskiej w ZSRR sformowała się w kwietniu 1944 roku, wg etatu nr 027/216 określającego stanowiska dla 15 oficerów, 2 podoficerów i 5 szeregowców /ochotek 5/.

Na czele SEG-1 stanął doświadczony oficer Armii Radzieckiej mjr Jan Ryzykow.

Właściwa działalność grupy rozpoczęła się już w czerwcu 1944 roku z chwilą przegrupowania jej z miejsca formowania w Sumach do wsi Jezioro w rejonie Kiwerc.

27/ CAW III-4-857 k. 602-604.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA GRUPY SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ



SKŁAD OSOBOWY:

- OFICERÓW	- 15
- PODOFICERÓW	- 2
- SZEREGOWYCH	- 5
RAZEM	22

Na podstawie KSIĄŻKI ETATÓW, CAW.

Ruchome laboratorium nr 2 SEG-1 organizowało przedsięwzięcie sanitarno-przeciwepidemiczne w rejonie koncentracji 4 PDP i Brygady Kowalerii aktualnie przybywających z Sum.

Systematycznie realizowaną działalność SEG-1 w połowie lipca 1944 roku przerwał rozkaz wymarszu jednostek 1 Armii Polskiej w ZSRR w kierunku Wisły. W związku z powyższym SEG-1 otrzymała zezwolenie na prowadzenie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego trasy przemarszu wojsk i miejsc ich rozlokowania.

Do 2 i 3 PDP, które zajęły obronę bezpośrednio na prawym brzegu Wisły, skierowane zostało ruchome laboratorium nr 1 SEG-1.

W sierpniu 1944 roku pojawiły się wśród wojsk Armii pierwsze zachorowania na czerwonkę bakteryjną. Fakt ten skierował pracę SEG-1 w kierunku rozszerzenia działalności laboratoryjnej, szczególnie w zakresie diagnostyki schorzeń zakaźnych przekazu pokarmowego.

Ofensywa styczniowa podzieliła Armię na dwie części. Wraz z nią pracowały dwa ruchome laboratoria SEG-1.

Po połączeniu się wojsk Armii na trasie Błonie, Sochaczew, Kutno, Kowel, Inowrocław i Bydgoszcz - laboratoria kontynuowały działalność w dziedzinie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego.

Luty 1945 roku był miesiącem intensywnych działań bojowych na Pomorzu Zachodnim. SEG-1 prowadziło rozpoznanie w rejonie: Złotów, Jastrowie, Szewce, Wałcz i Sypniewo.

Pierwsze połowa marca 1945 roku to okres walk o Kołobrzeg.

SEG-1 aż do zakończenia działań wojennych kontynuowała działalność w zakresie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego.

Obecna personalna i sanitarno-epidemiologiczna grupa na dzień 22.06.1944 r. przedstawiała się następująco:

- 1/ dowódca SEG-1 - mjr Jan Ryzykowiak /lekarz med./;
- 2/ szef wydziału administracyjno-gospodarczego - chor. Aleksander Wojcik;
- 3/ kierownik laboratorium bazowego - kpt. Paschalis Zagórski /epidemiolog/;
- 4/ specjaliści laboratorium bazowego:
 - ba. Jadwiga Andrzejkiewicz /lekarz med./;
 - kpt. Włodzimierz Penżon /epidemiolog/;
 - kpt. Eugeniusz Ilijn /epidemiolog/;

- 5/ starci laboranci laboratorium bazowego:
 - chor. Helena Kirbaj /laborant-bakteriolog/;
 - chor. Elzbieta Fogrebińska /st. laborant-higienistka/;
 - chor. Anisa Mazeronko /st. laborant-bakteriolog/;
- 6/ kierownik laboratorium ruchomego nr 1 - kpt. Jan Jakińczuk /epidemiolog/;
- 7/ kierownik laboratorium ruchomego nr 2 - bs. Stanisława Leńnikowicz /lek. internista/;
- 8/ specjaliści ruchomych laboratoriów:
 - nr 1, kpt. Władysław Mongin /lek. bakteriolog/;
 - nr 2, bs. Olga Marciniuk /lekarz med./;
- 9/ starci laboranci ruchomych laboratoriów:
 - nr 1, bs. Walentyna Spiryna /felczer/;
 - nr 2, bs. Leokadia Karawajewa /felczer/;
- 10/ magazynier;
- 11/ sanitariusz - 2;
- 12/ kierowca - 4.
Samochodów - 2^{28/}.

W skład jednostek sanitarno-przeciwepidemicznych 1 AWP wchodziła również 4 kompanie dezynfekcyjno-kąpielowa.

Etat kompanii w dniu 6 stycznia 1945 roku przedstawiał się następująco:

- dowódca kompanii;
- zastępca dowódcy ds. polityczno-wychowawczych;
- szef kancelarii;
- dowódca 1 plutonu;
- dowódca 2 plutonu;
- zastępca dowódcy 1 plutonu ds. polityczno-wychowawczych;
- zastępca dowódcy 2 plutonu ds. polityczno-wychowawczych;
- szef kompanii;
- instruktor sanitarny - 4;
- dezynfektor - 16;
- sanitariusz - 8;
- kierowca - 30;
- dowódca czołwki remontowej;
- ślusarz - 3;
- kucharz.

W skład wyposażenia kompanii wchodziły agregaty kąpielowo-dezynfekcyjna oraz samochody ciężarowe.

28/ CAW III-4-855 karta bez numeru.

ROZDZIAŁ II

DOKTRYNALNE ZASADY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWO- EPIDEMICZNEGO WOJSK OBOWIĄZUJĄCE W I ARMII WOJSKA POLSKIEGO

Zasady organizacji i działania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia Armii

W tworzeniu i rozwoju służby zdrowia I armii Wojska Polskiego zasadniczą rolę odegrała wielostronne materiołowa i szkoleniowa pomoc radziecka.

W miarę rozbudowy wojskowej służby zdrowia Armii Radzieckiej przydzielano do niej szpitale polowe i inne urządzenia medyczne, a ponadto była prawie jedynym źródłem zaopatrzenia w sprzęt i materiały sanitarne^{29/}.

Od Armii Radzieckiej przyjęto również zasady organizacji i taktyki służby zdrowia w warunkach polowych^{30/}.

Główną zasadą organizacji i pracy pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia I armii Wojska Polskiego był podział funkcji w zakresie działalności przeciwepidemicznej. Podział ten nie-
ścisł się w ramach obowiązków nałożonych na poszczególnych do-
nódców lub szefów, zależnie od ich kwalifikacji medycznych i
zakresu wykonywanych obowiązków oraz wyrażał się w specjaliza-
cji zakładów i personelu.

Zasadnicze czynności sanitarno-przeciwepidemiczne należały do obowiązków wszystkich pracowników wojskowej służby zdrowia, zarówno w oddziałach wojskowych, jak i w zakładach leczniczych.

W kompanii czynności sanitarno-przeciwepidemiczne wykonywał podoficer sanitarny.

Działalność przeciwepidemiczną w batalionie prowadził fol-
cier lub podoficer sanitarny pod nadzorem lekarza pułku.

29/ H.H. Antipienko. Na głównym kierunku. Warszawa 1970.

30/ S. Wojtkowiak. Polska służba zdrowia na frontach drugiej
wojny światowej. Biuletyn WAM 1970, t. XIII, z. 2, s. 205.

Do obowiązków stacjonarnego lekarza pułku należało wykonywanie czynności w zakresie zabiegów profilaktycznych oraz zabiegów przeprowadzonych w ogniskach epidemicznych.

Ponieważ pododdziały pułku w czasie przesuwania się w terenie mogły stykać się z ogniskami epidemicznymi, dlatego do najważniejszych obowiązków służby zdrowia pułku w zakresie działalności przeciwepidemicznej należało rozpoznanie i obserwacja sanitarno-epidemiologiczna rejonu.

W tym celu w oddziałach wojskowych organizowane były nieetatowe grupy przeciwepidemiczne, w skład których wchodziły:

- lekarz;
- felczer;
- instruktor sanitarny-dezynfektor.

Grupie powierzano organizację i prowadzenie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego oraz kierownictwo działalnością służby zdrowia pułku w zakresie wykonywania czynności przeciwepidemicznych.

W ten sposób grupa przekształcała się w pułkowy człon pionu przeciwepidemicznego, a lekarz - kierownik grupy w nieetatowego epidemiologa pułku.

W ramach nadzoru nad stanem sanitarno-epidemicznym oddziału każdemu z lekarzy pułku przydzielano pod opiekę jeden z batalionów. Felczerom z kompanii medycznej przydzielano, samodzielne pododdziały.

Zadania przeciwepidemiczne w dywizji były jednym z podstawowych obowiązków szefa służby zdrowia dywizji. Jego współpracownikami w tym zakresie, był dowódca plutonu sanitarnego z batalionu medyczno-sanitarnego /MSB/ - nieetatowy epidemiolog dywizji.

Szef służby zdrowia dywizji organizował działalność przeciwepidemiczną we wszystkich oddziałach i pododdziałach dywizji, kierował nią i kontrolował wykonanie czynności przeciwepidemicznych.

Epidemiolog dywizji korzystał z pomocy i kierownictwa epidemiologa armii. Znajdujące się w jego dyspozycji laboratorium pozwalało wykonać najprostsze badania sanitarnohigieniczne^{31/}.

Żołnierze podejrzani o choroby zakaźne kierowani byli do

31/ K. Płonki. Służba zdrowia na szlaku bojowym ludowego Wojska Polskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1963, 5/73/.s.88.

izolatora pułkowego punktu medycznego, skąd ewakuowano ich do izolatora dywizyjnego punktu medycznego lub bezpośrednio do polowego szpitala zakaźnego^{32/}.

W przypadkach podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej u rannego żołnierza, podlegającego opracowaniu chirurgicznemu, ewakuowany on był do polowego szpitala chirurgicznego, gdzie umieszczano go w izolatorze dla zakaźnie chorych.

Powyższa organizacja przedsięwzięć sanitarno-przeciepide-
micznych zapobiegała szerzeniu się chorób zakaźnych w oddzia-
łach związków taktycznych i zapewniała zachowanie gotowości
bojowej wojsk^{33/}.

Całokształt działalności sanitarno-przeciepide-
micznej w Armii stanowił jeden z podstawowych obowiązków szefa służby
zdrowia Armii, któremu podlegał referat przeciepide-
miczny i epidemiolog Armii^{34/}.

- Do podstawowych obowiązków epidemiologa Armii należało:
- badanie sytuacji epidemicznej rejonu, rozlokowanie i działa-
nia wojsk Armii;
 - organizacja rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego;
 - planowanie przedsięwzięć przeciepide-
micznych;
 - planowanie działalności przeciwepidemicznej podległych je-
dnostek służby zdrowia;
 - dokonywanie nansaru posiadanymi siłami i środkami;
 - kierowanie pracą epidemiologów dywizyjnych;
 - kontrola działalności sanitarnohigienicznej i przeciepide-
micznej w jednostkach służby zdrowia Armii;
 - opracowywanie sprawozdań i wytycznych do działalności.

Organem wykonawczym była grupa sanitarno-epidemiologiczna
/SEG/.

32/ Izolator zakaźny składał się z oddzielnych części przewi-
dzianych dla dwóch infekcji. W izolatorze obowiązował ścisły
regulamin, którego surowe przestrzeganie uniemożliwiło ży-
czość z otoczenia, a tym samym zapobiegało przedostawaniu
się infekcji poza teren izolatora.

W oddziałach wojskowych organizowano izolatory na 5-6 łó-
żek, w związkach taktycznych i polowych szpitalach na 10-12
łóżek.

W polowych szpitalach chorób wewnętrznych oraz w szpita-
lach ewakuacyjnych organizowano oddziały zakaźne. W tych
wypadkach zachodziła konieczność przydzielania do szpitala
lekarza specjalisty, który stawał się konsultantem do spraw
reżimu leczniczego i porządku szpitalnego.

33/ A. Georgiewskij. Higiena wojskowa, epidemiologia i toksyko-
logia. Zagadnienia medycyny wojskowej. Tom II. MON, 1954,
s. 306.

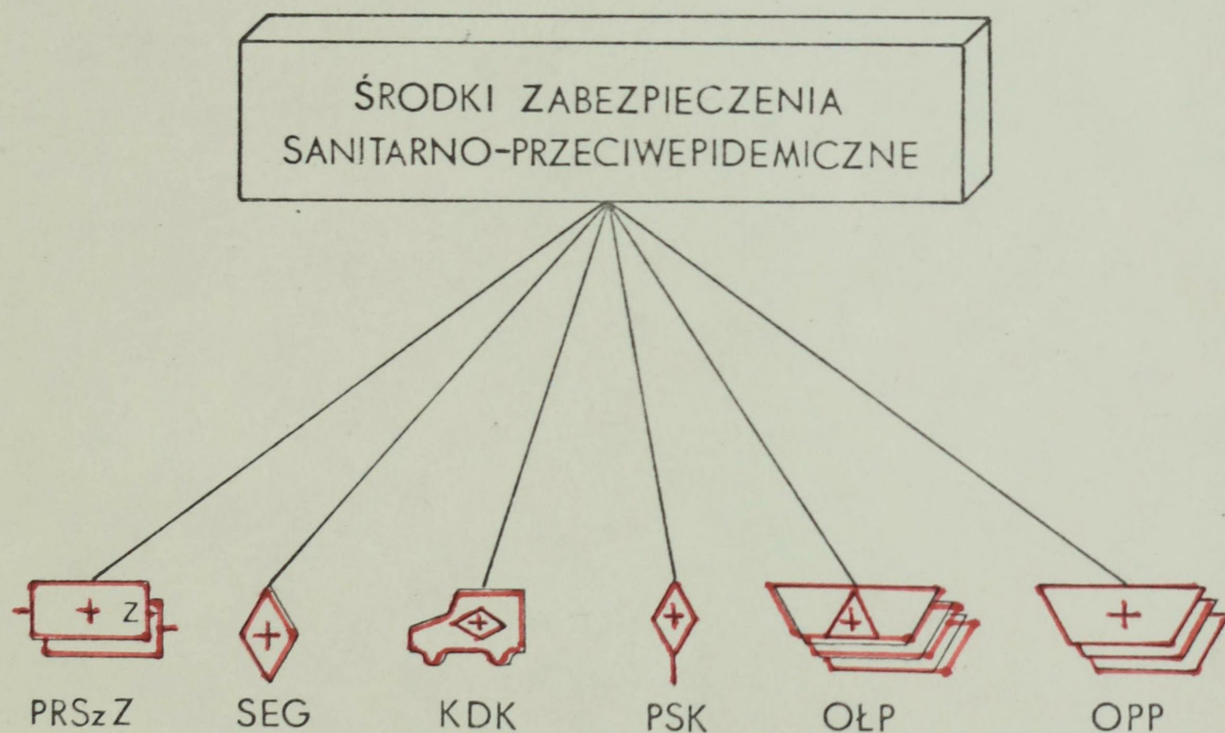
34/ P. Bogórski. Stan epidemiczny i armii WP. Lekarz Wojskowy
1963, 10, s. 755.

Zasadniczymi jednostkami i urządzeniami sanitarno-przeciwepidemicznymi Armii były:

- polowe ruchome szpitale zakaźne /PRSZZ/;
- grupa sanitarno-epidemiologiczna /SEG/;
- kompanie dezynfekcyjno-kąpielone /KDK/;
- punkty sanitarno-kontrolne /PSK/;
- oddział łaźni polowych /OŁP/;
- oddział pralni polowych /OPP/ /schemat 6/.

Schemat nr 6

JEDNOSTKI I URZĄDZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE 1AWP



Na podstawie KSIĄZKI ETATÓW, CAW.

Służba zdrowia Armii dysponowała również transportem do przewozu zakaźnie chorych, komorami dezynfekcyjnymi, preparatami dezynfekcyjnymi, szczepionkami i odpowiednimi lekami^{35/}.

W toku swej działalności szef służby zdrowia Armii dokonywał manowru posiadanymi siłami i środkami przeciwepidemicznymi. Ce-

35/ B. Gwóźdź, J. Włodarczyk. O niektórych problemach ochrony przeciwepidemicznej i armii WP. Biuletyn DAM 1967, suplement IV, z. 11, s. 99.

tem manowru było racjonalne wykorzystanie sił i środków zabezpieczenia przeciwepidemicznego i zapewnienie wojskom Armii bezpieczeństwa w sensie epidemiologicznym.

Manowr taki był konieczny przede wszystkim podczas operacji zaczepnej wojsk Armii.

Każda jednostka służby zdrowia Armii w zakresie działalności sanitarno-przeciwepidemicznej obowiązana była:

- prowadzić obserwację i rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne rejonu zakwaterowania w promieniu określonym przez szefa służby zdrowia Armii;
- przeprowadzać szczepienia ochronne;
- wykonywać przedsięwzięcia sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne;
- prowadzić segregację rannych i chorych w celu wykrycia i kaźnie chorych.

W tym celu każdy polowy szpital, niezależnie od profilu, posiadał izolator zakaźny i punkt kąpielowo-dezynfekcyjny dla przybywających rannych i chorych żołnierzy.

Na stopień realizacji procesu zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk Armii wpływało dodatkowo wyznaczenie nieetatowych epidemiologów w szpitalach i jednostkach wojskowych.

Organizacja przedsięwzięć przeciwepidemicznych na etapach ewakuacji medycznej miała na celu zapobieganie powstawaniu epidemii chorób zakaźnych wśród rannych i chorych oraz przeniesieniu się infekcji na głębokie tyły Armii za pośrednictwem ewakuowanych rannych i chorych żołnierzy.

Służba zdrowia Armii dysponowała polowymi ruchomymi szpitalami zakaźnymi, których zadaniem była izolacja i leczenie zakaźnie chorych żołnierzy. Szpitale te były zakładami o pojemności 100 łóżek każdy, posiadającymi możliwości równoczesnego leczenia dwóch chorób zakaźnych. W pewnych okresach polowe szpitale zakaźne zmuszone były do przyjmowania takiej ilości chorych, które znacznie przewyższała ich etatową pojemność.

Miejscem rozlokowania polowych ruchomych szpitali zakaźnych była strefa tyłów Armii. Brano przy tym pod uwagę konieczność maksymalnego skrócenia drogi ewakuacji z pułków i dywizji.

W trakcie działań bojowych polowe ruchome szpitale zakaźne rozmieszczano w odległości 15-25 kilometrów od linii styczności wojsk, przy czym 30% szpitali znajdowało się w odno-

dzie w stanie zwiniętym^{36/}.

Polowe ruchome szpitale zakaźne rozmieszczano najczęściej w osiedlach lub w masowach leśnych znajdujących się w rejonie zasadniczych dróg komunikacyjnych pierwszego rzutu bazy szpitalnej Armii.

Do ewakuacji zakaźnie chorych wykorzystywano zwykle ogólne drogi. Wobec współczesnego stanu nauki w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych wydzielenie oddzielnych dróg byłoby wskazane tylko dla przypadków znajdujących się pod szczególnym nadzorem.

W przypadku powstania dużego ogniska epidemicznego, polowy ruchomy szpital zakaźny lub jego oddział był kierowany w ten rejon celem organizacji izolacji i leczenia chorych na miejscu. W takim wypadku miejscem rozmieszczenia szpitala mógł być nawet rejon tyłów związku taktycznego.

Polowy ruchomy szpital zakaźny był zakładem ostatecznego leczenia zakaźnie chorych.

Masowa ewakuacja chorych z polowego ruchomego szpitala zakaźnego do szpitali frontowych mogła być spowodowana jedynie wyjątkowymi warunkami, jak na przykład wysuszone cofanie się wojsk.

Polowy ruchomy szpital zakaźny był jednym z podstawowych ogniw w ogólnym szerszym systemie zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk. Poza obowiązkami izolowania i leczenia zakaźnie chorych, szpital:

- utrzymywał łączność z oddziałami i związkami taktycznymi;
- udzielał im fachowej pomocy w organizacji i przeprowadzeniu zabiegów sanitarno-przeciwepidemicznych;
- odkażał środki transportowe i dokonywał opracowania sanitarnego personelu;
- powiadamiał jednostkę wojskową i wydział służby zdrowia Armii o rozpoznaniu choroby u nowo przyjętego żołnierza;
- sprawdzał możliwości nosicielstwa ozdrowieńców.

W składzie polowego ruchomego szpitala zakaźnego znajdowały się:

- izba przyjęć z łaznią i komorą dezynfekcyjną;
- dwa oddziały leczenia chorych;

36/ J. Bończak, Zabezpieczenie medyczne Armii Radzieckiej w latach 1941-45. Lekarz Wojskowy 1977, 11, s. 689.

- oddział ozdrowieńców;
- laboratorium kliniczne i bakteriologiczne;
- apteka;
- pododdziały gospodarcze^{37/}.

Służba zdrowia Armii posiadała również grupę sanitarno-epidemiologiczną /SEG/ składającą się z dwóch ruchomych laboratoriów i laboratorium - bazy.

Ruchome laboratorium /na sanochodzie/ w czasie natarcia przegrupowywało się razem z wojskami dywizji. Posiadało ono w swoim składzie dwóch lekarzy i laboranta, którzy wykonywali badania sanitarnohigieniczne i bakteriologiczne.

Laboratorium bazowe realizowało działalność przeciwepidemiczną w rejonie działania wojsk Armii.

Sanitarno-epidemiologiczna grupa wykonywała przedsięwzięcia sanitarnohigieniczne, przeciwepidemiczne oraz badania laboratoryjne.

Przed SEG postawione były następujące zasadnicze zadania:

- nadzór nad wykonywaniem czynności sanitarno-przeciwepidemicznych przez jednostki służby zdrowia Armii;
- organizacja i przeprowadzenie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego;
- nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad stanem osobowym Armii i zajmowanymi rejonami;
- nadzór nad zaopatrzeniem w wodę i żywność wojsk Armii;
- bezpośredni udział w likwidacji ognisk epidemicznych.

Zakres pracy grupy sanitarno-epidemiologicznej uzależniony był od sytuacji taktyczno-operacyjnej. W czasie operacji zaczepnej zakres badań laboratoryjnych ulegał zmniejszeniu na korzyść działalności sanitarno-epidemiologicznej, a przede wszystkim rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego. Pierworzędnego znaczenia nabierały w tym czasie badania sanitarnohigieniczne.

Personel ruchomych laboratoriów SEG zwracał baczny uwagę na działalność przeciwepidemiczną prowadzoną wśród ludności cywilnej.

Sanitarno-epidemiologiczna grupa kierowała również szkoleniem epidemiologów dywizji i starszych lekarzy pułków oraz działalnością sanitarnooświatową w jednostkach wojskowych.

37/ T. Bołdyren, Zakaźny ruchomy szpital polowy ZPRSz, Lekarz Wojskowy 1951, 1, o. 19-23.

W SEG szkolono także laborantów polowych ruchomych szpitali zakaźnych i plutonów sanitarnych WSB^{38/}.

Znaczną rolę w ochronie wojsk przed chorobami zakaźnymi odgrywały utworzone na początku wojny i działające do jej zakończenia, włączone w system sanitarno-epidemiologicznej kontroli przewozu wojsk, tak zwane punkty sanitarno-kontrolne /PSK/, rozmiejane na głównych szlakach kolejowych i drogowych.

Celem ich działalności było niedopuszczenie do rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych z rejonów tyłowych do walczących wojsk.

W punktach tych, organizowanych przez służbę zdrowia oddziałów drogowych, poddawano przeglądowi lekarskiemu, a w razie potrzeby zabiegom sanitarnym, oddziały i pododdziały wojskowe oraz pojedynczych żołnierzy.

Chorzy i podejrzani o choroby zakaźne byli izolowani lub ewakuowani do najbliższego szpitala zakaźnego.

Punkt sanitarno-kontrolny kierowany był przez lekarza. Personel punktu stanowili: felczer i podoficerowie sanitarni. Do PSK przydzielony był pluton kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej.

Szefowi służby zdrowia Armii podporządkowane były również: kompania dezynfekcyjno-kąpielowa /KDK/ oraz oddział łaźni polowych /OŁP/ i oddział pralni polowych /OPP/.

Kompania dezynfekcyjno-kąpielowa była jednostką przeciwepidemiczną, której zadaniem było przeprowadzanie kąpieeli żołnierzy oraz dezynfekcji umundurowania i bielizny osobistej w oddziałach i związkach taktycznych na podstawie wskazań epidemicznych.

Przy pomocy KDK przeprowadzono masowe zabiegi sanitarne^{39/}.

W czasie działań zeczoptych plutony KDK wykorzystywane były na drogach marszu wojsk do:

- rozmiejanie urządzeń kąpielowych celom opracowania sanitarnego przybywających uzupełnień stanu osobowego;
- przeprowadzenie zabiegów sanitarnych rannych i chorych na etapach ewakuacji medycznej;
- likwidacji ognisk epidemicznych w wojskach i wśród ludności cywilnej.

Personel kompanii kierował przygotowaniem i eksploatacją

^{38/} T. Brzezinek, 1 Sanitarno-epidemiczne Grupa i jej rola w zabezpieczeniu działań bojowych 1 AWP, Biuletyn WAM 1971, XIV, z.3, s. 491-500.

^{39/} W wyposażeniu kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej znajdowało się osiem agregatów na samochodach, z których każdy posiadał jeden prysznic i dwie komory dezynfekcyjne.

promizorycznych żaźni i komór dezynfekcyjnych, budowanych siłoz-
ni i órodnosi jednostek wojskowych.

Łaźnie polowe przydzielane związkom taktycznym nabierały
szczególnego znaczenia w czasie operacji zaczepnych, gdy budo-
wa stałych urządzeń kąpielowych było niemożliwe.

Zasady zabezpieczenia sanitarnohigienicznego wojsk Armii

Celem zabezpieczenia sanitarnohigienicznego wojsk Armii było
zachowanie zdrowia i utrzymanie dobrego stanu fizycznego żoł-
nierzy^{40/}.

Zasadniczymi zadaniami wojskowej służby zdrowia w tym zakre-
sie było:

- sprawowanie stałego nadzoru sanitarnego nad przestrzeganiem
w oddziałach wojskowych zasad higieny, nad warunkami zakwa-
terowania żołnierzy, żywienia, jakości wody i zaopatrzenio-
nia w nią wojsk;
- przeprowadzanie sanitarnohigienicznych badań laboratoryjnych;
- stworzenie oświaty sanitarnej;
- przeprowadzanie analizy przyczyn zachorowań wśród żołnierzy;
- współdziałanie z cywilną służbą zdrowia i stałe orientacja w
zachorowalności ludności cywilnej, jak również w lokalnych
warunkach sanitarnohigienicznych terenu.

Nadzór sanitarnohigieniczny należał do obowiązków każdego
pracownika służby zdrowia na jego odcinku pracy.

Nadzór ten w pododdziałach i oddziałach wojskowych realizo-
wany był od szeregu kompanii, gdzie dowódcą drużyny sanitarnej
czuwał nad utrzymaniem czystości w pododdziale i wykonaniem za-
biogów zleconych przez dowódcę plutonu medyczno-sanitarnego ba-
talionu.

Dowódcą plutonu medyczno-sanitarnego sprawował nadzór sani-
ternohigieniczny w batalionie.

Nadzór ten w oddziale organizował starszy lekarz siłami po-
siadłego personelu służby zdrowia. Kierował on także pracą
służby zdrowia w zakresie sanitarnohigienicznego zabezpiecze-
nia oddziału.

40/ J. Bończak, B. Gróździ, Wychowanko higieniczne w orniach
w przeszłości. Lekarz wojskowy 1969, 6, s. 567-577.

Szef służby zdrowia związku taktycznego zobowiązany był kontrolować stan sanitarnohigieniczny podległych oddziałów oraz organizować i oceniać czynności wykonane przez podległy personel służby zdrowia.

Szef służby zdrowia Armii sprawował nadzór nad zabezpieczeniem sanitarnohigienicznym wojsk Armii^{41/}.

Za utrzymanie porządku i czystości w rejonie rozmieszczenia oddziału odpowiedzialni byli, obok starszego lekarza, dowódcy pododdziałów i szefowie służb.

Lekarz oddziału sprawował systematyczny nadzór nad przestrzeganiem zasad higieny zakwaterowania oddziału oraz powodował usunięcie stwierdzonych niedociągnięć i zaniedbań.

Przed wyznaczeniem rejonu na zakwaterowanie wojsk dowódca oddziału organizował rozpoznanie. Dane z rozpoznania mógł on również otrzymać od szefów nadrzędnych. W skład grupy rozpoznawczej wchodził lekarz oddziału, który zwracał baczność uwagę na stan sanitarno-epidemiczny terenu i zamieszkującej go ludności cywilnej, oraz na stan źródeł wody i jakość wody.

W przypadku zakwaterowania wojsk w osiedlu należało oczyścić znajdujących zabudowań i pomieszczeń oraz budowanie latryn. Ustalono było codzienną kontrolę ich czystości^{42/}.

Oddziały zaopatrywano w wodę tylko ze źródeł specjalnie do tego celu wyznaczonych i zabezpieczonych przed zanieczyszczeniem.

Zwracano baczność uwagi na to, aby wydany był zakaz korzystania z cywilnych przedmiotów używanych do opania^{43/}.

W wypadku niepełnego stanu sanitarno-epidemicznego osiedli, kwatrowano osoby osobno poza nimi. Ustalono, że bezpieczna odległość rejonu zakwaterowania wojsk od miejscowości nie powinna być mniejsza niż jeden kilometr.

Służba zdrowia Armii w zakresie nadzoru nad zaopatrywaniem wojsk w wodę była zobowiązana do:

- współuczestniczenia w typowaniu źródeł wody;
- dokonywania oceny jakości wody;
- kontroli odkażenia w punktach wodnych;

41/ M. Kowalski. Role i miejsce higieny i epidemiologii w nowoczesnej wojskowej służbie zdrowia. Lekarz Wojskowy 1960, 10, s. 900-904.

42/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 47 z 22.03.1945 roku. CAW III-4-909 k. 151.

43/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 83 z 26.10.1944 roku. CAW III-4-855 k. 21.

- wydawania zarządzeń dotyczących sanitarnego zabezpieczenia źródeł wody;
- wyposażanie stanu osobowego w środki odkażające do dezynfekcji indywidualnej.

W związku taktycznym obowiązek nadzoru nad zaopatrzeniem wojsk w wodę spoczywał na ówocdy plutonu sanitarnego MSB i obejmował:

- rozpoznanie sanitarne źródeł wody;
- ocenę jakości wody na podstawie badania przeprowadzonego za pomocą posiadanego zestawu^{44/} lub wysłanie prób wody do laboratorium SEG;
- nadzór sanitarny nad punktami wodnymi związku taktycznego.

W oddziale wojskowym za zagadnienia sanitarne związane z zaopatrzeniem wojsk w wodę odpowiadał starszy lekarz. Odpowiedzialny on był za:

- zbadanie źródeł wody i nadzór sanitarny nad nimi;
- wysłanie prób wody do plutonu sanitarnego MSB;
- wyposażenie pododdziałów w tabletki do odkażenia wody;
- chlorowanie wody;
- pouczenie instruktorów sanitarnych o sposobie chlorowania wody.

W kaspenii zaopatrzenie w wodę przeprowadzone było pod nadzorem instruktora sanitarnego, do którego obowiązków należało:

- sprawowanie nadzoru nad czystością manierok;
- chlorowanie wody;
- wydawanie żołnierzom tabletek do indywidualnego odkażenia wody.

Instrukcja o polowym zaopatrzeniu wojsk w wodę przewidywała obowiązkowe odkażenie wody z mianem coli 100 i niżej, a także z zawartością więcej niż 100 drobnoustrojów w 1 mililitrze wody.

Bakteriologiczne badanie wody przeprowadzone było tylko w przypadkach wystąpienia zachorowań o charakterze epidemicznym^{45/}.

Całkowite badanie wody /chemiczne i bakteriologiczne/ wykonywane było w laboratorium SEG.

W szczególnych wypadkach kierowano na miejsce /do zbiornika wody/ ruchome laboratorium ze składu SEG.

44/ Skład zestawu umożliwił badanie wody na zawartość bojowych środków trujących, amoniaku, azotynów i chlorków. W koniecznych wypadkach oznaczyć można było zdolność utleniania i twardość wody.

45/ T. Krotkow, Zagadnienia higieny wojskowej w II wojnie światowej. Lekarz Wojskowy 1945, 3-4, s. 90-97.

Powinno posiadać sanitarną ochronę źródeł wody. Ustalano strefy ochrony sanitarnej, które miały na celu strzeżenie źródeł wody przed zanieczyszczeniem.

W zależności od rodzaju stosowanych zabiegów oraz stosownie do wymagań sanitarnych rozróżniono: strefę surowo zastrzeżoną, strefę ograniczeń oraz strefę pod obserwacją.

W granicach pierwszej strefy o promieniu od 20 do 100 metrów od punktu wodnego teren był strzeżony przez patrole wojskowe. Osobom postronnym wstęp do tej strefy był wzbroniony.

Druga strefa, przylegająca bezpośrednio do pierwszej, utworzona była po to, aby nie dopuścić do zanieczyszczenia źródła wody. W granicach tej strefy zabronione były czynności, w wyniku których mogło nastąpić zanieczyszczenie wody. Obszar tej strefy ustalono, uwzględniając warunki miejscowe.

W trzeciej strefie pozostającej pod obserwacją przeprowadzano kontrolę wszelkich zachorowań w celu ewentualnego wykrycia chorób zakaźnych, zarówno wśród ludności miejscowej, jak i wojsk.

Wykaz czynności zapobiegawczych był wymieniony w rozkazie danej jednostki wojskowej z jednoczesnym podaniem granic każdej ze stref wydzielonych do przeprowadzenia nadzoru sanitarnego^{46/}.

Kierownictwo w przeprowadzeniu akcji mających na celu ochronę źródeł wody oraz systematyczna kontrola chemiczna i bakteriologiczna wody należały do obowiązków grupy sanitarno-epidemiologicznej.

Zapopatrywanie wojsk w wodę z rzeki organizowano przez wyznaczenie miejsc w określonej kolejności i w zależności od kierunku biegu rzeki.

Chlorowanie wody stosowano na szeroką skalę i było ono prawie jedynym sposobem odkażenia wody. Do dezynfekcji wody potrzebna była taka ilość chloru, ażeby po zakończeniu chlorowania w 1 litrze wody pozostało 0,2 do 0,4 miligramów aktywnego chloru. Tę koncentrację chloru przyjęto jako niezbędną do skutecznego odkażenia wody.

Batalionowi w obronie przydzielano nie mniej niż jedną studnię na każdą kompanię. Pułk w obronie wymagał co najmniej 12-15 studzien lub 3-4 punktów wodnych o dostatecznej wydajności. Dywizja w obronie była zabezpieczana 20-30 studniami.

Zoopatrywanie wojsk w wodę w czasie natarcia przeprowadzono z uwzględnieniem wykorzystania wożonych zapasów wody, dowozu wody z tyłowych punktów wodnych i uruchomienia nowych punktów na bazie już istniejących źródeł wody.

W czasie natarcia, w myśl zarządzeń szefa służby zdrowia dywizji i starszego lekarza pułku, przeprowadzono rozpoznanie sanitarne dotyczące źródeł wody na terenie opuszczonym przez nieprzyjaciela^{47/}.

Przedo wszystkim badano zapasy wody znajdujące się na kierunku natarcia, przy czym główne zadanie tego rozpoznania polegało na zapobieganiu używania przez żołnierzy wody nie nadającej się do picia i na wyszukiwaniu źródeł wody nadającej się do szybkiego urządzenia punktów wodnych^{48/}.

Służba zdrowia Armii, w zakresie utrzymania na właściwym poziomie higieny osobistej i umundurowania żołnierzy, sprawowała nadzór nad:

- przestrzeganiem zasad higieny;
- organizacją i przebiegiem kąpieli;
- organizacją, ze wskazań przeciwoepidemicznych, dezynfekcji i dezynsekcji bielizny osobistej i umundurowania w oddziałach wojskowych i szpitalach polowych;
- jakością prania bielizny i systematyczną jej wymianą;
- działalnością sanitarnoświatową^{49/}.

Starszy lekarz oddziału w ramach nadzoru sanitarnego organizował kąpiele i pranie bielizny osobistej żołnierzy.

Lekarz oddziału obowiązany był przeprowadzać przegląd sanitarny stanu osobnego oddziału co najmniej raz w miesiącu. Przeglądy te odbywały się podczas odpoczynku jednostki.

Kąpiel żołnierzy połączona ze zmianą bielizny osobistej i strzyżeniem włosów odbywała się jeden raz na dziesięć dni^{50/}. Ustalony był porządek codziennego porannego mycia się żołnierzy oraz mycia rąk przed posiłkami.

47/ Rozkaz kwatermistrza 1 AWP nr 0027 z 4.03.1945 roku. CAW III-4-897 k. 69.

48/ Do odkażenia indywidualnych zapasów wody /w maniórkach/ stosowano tabletki chlorinowe sporządzone z wapna chlorowanego i chlorku sodu, tabletki "pentocid" - zawierające chloraminę i tabletki "hipochlorid" - składające się z mieszaniny podchlorynu wapnia i dwunogłenu sodu lub węgleny sodu. CAW III-4-909 k. 152.

49/ Rozkaz kwatermistrza 1 AP w ZSRR nr 0115 z 14.06.1944 roku. CAW III-4-854 k. 1.

50/ Rozkaz kwatermistrza 1 AWP nr 076 z 6.10.1944 roku. CAW III-4-854 k. 59.

W obronie w każdym batalionie i w każdej samodzielnej jednostce budowano prowizoryczne łożnie polowe oraz komory dezynfekcyjne. Organizowane były również pułkowe i dywizyjne pralnie^{51/}.

Personel pralni polowych ściśle przestrzegał przepisów dotyczących technologii procesu prania bielizny. Podwyższało to jakość wypranej bielizny^{52/}.

W miesiącach zimowych służba zdrowia oddziałów i związków taktycznych, w ramach profilaktyki odarowań u żołnierzy, sprawowała nadzór nad:

- naprawę płaszczy i umundurowania;
- organizację suszenia odzieży, między innymi w komorach dezynfekcyjnych;
- zabezpieczeniem gorącej strawy nie rzadziej niż dwa razy na dobę;
- ociepleniem ziemianek i namiotów^{53/}.

W celu stworzenia lepszych warunków bytowych i podniesienia na wyższy poziom higieny osobistej kobiet pełniących służbę w wojsku, zapewniano im oddzielne miejsca zamieszkania, urządzało kąpielnie higieniczne oraz co miesiąc przeprowadzano profilaktyczny przegląd sanitarny^{54/}.

Podstawowym zadaniem służby zdrowia Armii, w zakresie sanitarnohigienicznego zabezpieczenia żywienia wojsk, była organizacja i przeprowadzanie kontroli w zespołach i składach żywnościowych w celu zachowania wysokiej jakości artykułów spożywczych oraz pełnej wartości odżywczej posiłków przyrządzanych dla żołnierzy.

Za stan sanitarnohigieniczny wyżywienia wojsk Armii odpowiedzialny był inspektor do spraw wyżywienia i zaopatrzenia w wodę, podporządkowany szefowi służby zdrowia Armii.

Do jego zadań należało również organizacja i kierowanie zabezpieczeniem sanitarnohigienicznym składów żywnościowych, polowych piekarni i punktów wodnych Armii.

Personel grupy sanitarno-epidemiologicznej /SEG/ w ramach nadzoru sanitarnego przeprowadzał:

- kontrole przestrzegania zasad higieny żywienia i żywności w oddziałach wojskowych;

51/ CAW III-4-856 k. 6.

52/ Instrukcje dla pralni polowych z 27.01.1945 r. CAW III-4-904 k. 103.

53/ CAW III-4-868 k. 435.

54/ CAW III-4-861 k. 2.

- badanie strawy i jej zgodności z normami i jedłospisem;
- badanie higieny cykli produkcyjnych strawy;
- analizy wyżywienia w kontrolowanych jednostkach wojskowych.

Szef służby zdrowia związku taktycznego w ramach nadzoru sanitarnego kontrolował:

- zespoły żywnościowe;
- skuteczność nadzoru ze strony starszych lekarzy oddziałów;
- stan środków transportowych i warunki dowozu żywności.

Starszy lekarz oddziału:

- czynnie uczestniczył w opracowaniu jedłospisu;
- organizował nadzór sanitarny nad dostawą i przechowywaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem i wydaniem gotowej strawy;
- organizował określenie kaloryczności i składników potraw oraz zawartości witamin w racji dziennej;
- wysyłał próbki potraw do analizy laboratoryjnej;
- kontrolował stan zdrowia personelu zespołu żywnościowego.

Niezależnie od powyższego każdy pracownik wojskowej służby zdrowia odpowiedzialny za stan zdrowia powierzonych jego opiece żołnierzy kontrolował jakość żywienia.

Kontrole lekarska stanu zdrowia pracowników zespołów żywnościowych odbywała się jeden raz w tygodniu^{55/}.

W miesiącach letnich w zespołach żywnościowych zwracano szczególną uwagę na profilaktykę schorzeń zakaźnych przewodu pokarmowego^{56/}.

Nadzór sanitarno-higieniczny nad produktami żywnościowymi, przyjszczanymi do składów żywnościowych oraz wydawanymi do spożycia wojskom Armii, sprawowany był przez wykonywanie badań laboratoryjnych i wydawanie odpowiednich orzeczeń^{57/}.

Dla każdej partii zdobytych produktów żywnościowych przyjmowanych do składu sporządzano "paszport sanitarny"^{58/}.

W celu organizacją prawidłowego uboju bydła oraz nadzoru weterynaryjnego nad produktami mięsnymi w oddziałach wojskowych, wydany został rozkaz specjalny^{59/}.

55/ CAW III-4-855 k. 22.

56/ CAW III-4-209 k. 156.

57/ W składach żywnościowych prowadzono książkę "Ocena jakości produktów wpływających do składu".

58/ CAW III-4-272 k. 93.

59/ Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 0157-KG z 15.04.1945 r. CAW III-4-694 k. 62.

- zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych w oddziałach wojskowych oraz niedopuszczenie do ich rozprzestrzenienia się;
- likwidacja ognisk epidemicznych;
- zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych wśród ludności cywilnej i wśród jeńców wojennych przebywających na terenach działań bojowych oraz likwidowanie wśród nich ognisk chorób zakaźnych.

Dla właściwej realizacji zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk opracowano jednolite zasady postępowania przeciwepidemicznego^{62/}.

Zabezpieczenie przeciwepidemiczne wojsk obejmowało:

- prowadzenie stałej obserwacji epidemiologicznej wojsk;
- dokładne rozpoznanie i analizowanie stanu epidemicznego ludności cywilnej i rejonu;
- zorganizowanie barier przeciwepidemicznych w oddziałach, na etapach ewakuacji medycznej i na drogach dowozu i ewakuacji w celu niedopuszczenia do przeniesienia chorób zakaźnych do oddziałów wojskowych;
- wykonywanie zabiegów przeciwepidemicznych w ogniskach chorób zakaźnych;
- aktywne wykrywanie przypadków chorób zakaźnych w wojskach;
- izolację i leczenie chorych;
- dezynfekcję w ogniskach;
- przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego;
- przeprowadzenie szczepień osób kontaktujących się z chorymi;
- systematyczne przeprowadzenie profilaktycznych zabiegów przeciwepidemicznych /szczepienie ochronne, profilaktyczna dezynfekcja, wykrywanie nosicieli/^{63/}.

Starszy lekarz oddziału w ramach działalności przeciwepidemicznej:

- zapoznawał się z sytuacją epidemiczną wojsk nieprzyjaciela oraz zajmowanego przez nie rejonu;
- opracowywał i realizował plan zabezpieczenia przeciwepidemicznego oddziału;
- prowadził obserwację epidemiologiczną oddziału oraz otaczającego środowiska;

62/ B. Gmóźdz, L. Miałkoś. Wazniejsze osiągnięcia medycyny radiologicznej w dziedzinie likwidacji chorób epidemicznych w okresie pięćdziesięciolecia. Biuletyn WAM 1968, suplement IV, z. 12, s. 26.

63/ K. Mikulewicz. Ogólne zasady profilaktyki chorób zakaźnych w polu. Lekarz Wojskowy 1945, 2, s. 60-62.

- izolował zakaźnie chorych;
- organizował niezbędne zabiegi przeciwepidemiczne;
Na szczeblu związku taktycznego szef służby zdrowia:
- kontrolował całokształt pracy przeciwepidemicznej podległych starszych lekarzy oddziałów;
- pomagał w likwidacji ognisk epidemicznych;
- utrzymywał stały kontakt z grupą sanitarno-epidemiologiczną /SEG/ w celu prowadzenie aktualnej obserwacji epidemiologicznej rejonu rozmieszczenia związku taktycznego i ludności cywilnej^{64/}.

Szef służby zdrowia związku taktycznego wykorzystywał do wykonania zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwepidemicznego posiadane w ZT siły i środki dynamicznego punktu medycznego w celu izolowania i leczenia żołnierzy chorych na choroby zakaźne.

Jednym z podstawowych elementów zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk Armii była grupa sanitarno-epidemiologiczna /SEG/.

Niezmiernie istotne przedsięwzięcia w ramach zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk wykonywały również polowe ruchome szpitale zakaźne.

Zabezpieczenie wojsk przed epidemią duru plamistego opierało się głównie do zwalczania wazwicy.

Ogólne postępowanie zapobiegawcze durowi plamistemu polegało na:

- systematycznym przestrzeganiu przez żołnierzy zasad higieny osobistej;
- dokonywaniu okresowych i doraźnych przeglądów sanitarnych, zwłaszcza w czasie kąpieli, oraz osób powracających z urlopow i podróży służbowych;
- prowadzeniu wśród żołnierzy energicznej pracy sanitarnooswiatowej w zakresie profilaktyki duru plamistego.

W rejonach, w których pojawiały się wśród ludności cywilnej przypadki duru plamistego, wydawane były zarządzenia w sprawie ograniczenia lub zakazu kontaktowania się żołnierzy z tą ludnością.

W przypadku pojawienia się w oddziale zachorowania na dur plamisty obowiązkiem lekarza oddziału było:

64/ Z. Chomakow, Zagadnienia sanitarno-epidemiologiczne w czasie wojny. Lekarz Wojskowy 1950, 5, s. 362-378.

- złożenie meldunku o powyższym donódcy oddziału oraz przełożonemu fachowemu;
- skierowanie chorych i podejrzanych o chorobę do polowego ruchomego szpitala zakaźnego;
- przeprowadzenie przeglądu sanitarnego wszystkich żołnierzy w celu wykrycia nowych zachorowań oraz stwierdzenie czy nie ma zarażenia wśród żołnierzy;
- zorganizowanie szczepień ochronnych wszystkich żołnierzy przeciw duronowi pleśniowemu;
- przeprowadzenie pełnych zabiegów sanitarnych połączonych z dezynsekcją bielizny osobistej^{65/} i umundowania wszystkich żołnierzy oddziału;
- zorganizowanie obserwacji lekarskiej wszystkich żołnierzy w ciągu 14 dni /przegląd sanitarny i mierzenie temperatury/;
- przeprowadzenie dezynfekcji końcowej i dezynsekcji w tych oddziałach, w których wykryto chorych na dur pleśniowy.

Postępowanie zapobiegawcze duronowi pleśniowemu w szpitalach polowych, w stosunku do rannych i chorych, polegało na:

- wykonaniu pełnych zabiegów sanitarnych przy przyjęciu do szpitala;
- codziennym przeprowadzaniu przeglądu sanitarnego na zewnątrz;
- kąpieli połączonej z dezynfekcją i dezynsekcją bielizny osobistej i umundowania ozdrowieńców wypisywanych do oddziału wojakowego.

We wszystkich szpitalach polowych Armii wyznaczeni zostali lekarze sanitarni^{66/}.

65/ W pralniach polowych impregnowano bieliznę preparatami przeciropasożytniczymi /"SK" i "Leuseto"/. CAW III-4-853 k. 236. Preparat zdobywczy Leuseto produkcji firmy Beyer był środkiem przeciropasożytniczym służącym do impregnacji bielizny osobistej w celu zapobiegania zarażeniu. Jednorazowa impregnacja zabezpieczała bieliznę na okres do 3 miesięcy. Bieliznę taką można było w tym czasie kilkakrotnie prać, nie należało jej jednak gotować. CAW III-4-895 k. 34. Niezależnie od łaźni polowych organizowano łaźnie prowizoryczne /z możliwością kąpieli 20 żołnierzy w ciągu godziny/ oraz komory dezynsekcyjne /z możliwością dezynsekcji 20 kompletów umundowania w ciągu godziny/ z takim wyliczeniem, aby łaźnia i komora dezynsekcyjne znajdowały się w każdym batalionie/dywizjonie/. Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 011-KG z 14.04.1944r. CAW III-4-853 k. 5,6.

66/ Szef służby zdrowia WP w rozkazie nr 23 z 28 marca 1945 roku nakazał w każdym szpitalu polowym wyznaczyć nieetatowego lekarza-epidemiologa. Do jego obowiązków należało przeprowadzenie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego rejonu przyszłego miejsca rozwinięcia szpitala, okolicznych osiedli i jakości wody. CAW III-4-896 k. 18. c.d. na str. 53.

Postępowanie przeciwepidemiczne w wypadku pojawienia się w oddziale zachorowań na czerwonkę bakteryjną polegało na:

- hospitalizacji podejrzanych i chorych w polowyse ruchomym szpitalu zakaźnym^{67/};
- przeprowadzeniu szczegółowego dochodzenia epidemiologicznego^{68/};
- obserwacji lekarskiej kontaktów w ciągu 7 dni i wykonaniu w tym czasie dwukrotnych bakteriologicznych badań kału;
- przeprowadzeniu dezynfekcji w pomieszczeniach oddziału wojskowego, w których miały miejsce zachorowania;
- obserwacji lekarskiej ozdrowieńców po przebytej czerwonce bakteryjnej;
- wzmocnieniu nadzoru nad ogólnym stanem sanitarnohigienicznym oddziału;
- opowiadaniu zakazu lub ograniczenia kontaktów żołnierzy z ludnością cywilną;
- stosowaniu wszelkich form pracy sanitarnooswiatowej^{69/}.

Postępowanie zapobiegawcze w izolatorze na terenie oddziału wojskowego polegało na wprowadzeniu w życie podstawowych zasad reżimu szpitala zakaźnego, zapobieganiu wtórnym infekcjom kontaktowym oraz na izolowaniu chorych.

Obowiązywała zasada izolacji chorych i podejrzanych o choroby zakaźne w pierwszym dniu zachorowania, hospitalizacji w ciągu pierwszej doby od chwili umieszczenia w izolatorze^{70/}.

Na powstanie i przebieg ognisk duru brzuchanego decydujący wpływ miał ogólny stan sanitarnohigieniczny oddziału oraz operatywność nadzoru sanitarnego ze strony służby zdrowia oddziału wojskowego.

C.C. ze str. 52

Lekarz ten sprawował nadzór nad stanem sanitarno-epidemicznym szpitala, nadzorował pracę w izolatorze chorób zakaźnych, decydował o konieczności izolacji rannych i chorych. Zakres jego obowiązków został znacznie rozszerzony zarządzeniem szefa służby zdrowia i ANP skierowanym do podległych komendantów szpitali. Jednocześnie ustalono jego nazwę - lekarz sanitarny szpitala. CAW III-4-695 k. 33.

67/ Stosowano bakteriofag przeciwczerwonkowy i sulfidynę.

68/ Kartę dochodzenia epidemiologicznego wysyłało do przełożonego fachowego w dniu stwierdzenia zachorowania.

Rozkaz dowódcy 1 ANP nr 037 z dnia 28.04.1945 r. CAW III-4-695 k. b. n.

69/ Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 021-KG z 22.04.1944 r. CAW III-4-653 k. 7, 8.

70/ Wytyczne do likwidacji czerwonki. CAW III-4-672 k. 51.

Ogólne zasady postępowania zapobiegawczego przeciw durowi brzuszemu wśród żołnierzy oddziału polegały na:

- wykonywaniu planowych szczepień przeciw durowi brzuszemu;
- obserwacji lekarskiej wszystkich ozdrowieńców po durze brzusz-
nym;
- badaniu na nosicielstwo pracowników zespołu żywnościowego;
- prowadzeniu pracy sanitarnoosłaniowej wśród żołnierzy^{71/}.

Postępowanie przeciwepidemiczne w wypadku pojawienia się w oddziale zachorowań na dur brzuszny, polegało na:

- wykrywaniu i niezwłocznym hospitalizowaniu wszystkich chorych oraz podejrzanych o tę chorobę;
- przeprowadzaniu dochodzenia epidemiologicznego w celu wykry-
cia źródła i przyczyn powstania ogniska;
- aktywnym wykrywaniu żołnierzy z kontaktu i ich obserwacji le-
karskiej w ciągu 21 dni;
- obserwacji lekarskiej ozdrowieńców;
- wzmożeniu nadzoru nad ogólnym stanem sanitarnohigienicznym
oddziału;
- nadzorowaniu przestrzegania zasad higieny osobistej;
- wykonywaniu dezynfekcji końcowej pomieszczeń oraz pełnych za-
biogów sanitarnych wśród żołnierzy pododdziałów w których po-
jawili się zachorowania na dur brzuszny;
- uzupełnieniu lub dodatkowym wykonaniu szczepień ochronnych;
- prowadzeniu pracy sanitarnoosłaniowej^{72/}.

Postępowanie zapobiegawcze i przeciwepidemiczne w durach rzekomych było identyczne jak w durze brzuszny.

Komendy polowych ruchomych szpitali zakaźnych sprawę zapo-
biogania ewentualnym zakażeniom wewnątrzszpitalnym uznawały za
jeden z zasadniczych swych obowiązków, skrupulatnie przestrze-
gając podanych zasad higieny^{73/}.

71/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 0167-KG z 22.04.1945 r.
CAW III-4-894 k. 75.

72/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 036 z 28.04.1945 r.
CAW III-4-895 k. 52.

73/ Przegląd sanitarny pracowników mających kontakt z chorymi
oraz zespołu żywnościowego odbywał się co pięć dni, pozosta-
łych pracowników raz w miesiącu.

Naczynie stołowe były zmywane dwukrotnie z następnym
płukaniem w 2% roztworze chloroformy. Podłogi i korytarze
codziennie przecierano roztworem lizolu. Ustępy /oddzielne/
dla chorych każdego dnia chlorowano 15% roztworem wapna,
kaczki i baseny syto wodą z dodatkiem lizolu.

Badano własne i okoliczne źródła wody.

Szczepienia ochronne odbywały się w styczniu, kwietniu i
c.d. na str. 55

Postępowanie przeciepidemiczne w wypadku pojawienia się w oddziale wojskowym zachorowań na brucelozę polegało na:

- hospitalizowaniu chorych i wykonaniu w ich otoczeniu dezynfekcji końcowej;
- przeprowadzeniu dochodzenia epidemiologicznego w celu ujawnienia źródła i dróg szerzenia się zaraźki;
- badaniu żołnierzy podejrzanych o tę chorobę;
- etocowaniu wszystkich form pracy zapobiegawczej /zakaz picia surowego mleka/;
- współpracy z cywilną służbą zdrowia i służbą weterynaryjną w likwidowaniu ognisk choroby wśród zwierząt^{74/}.

Ogólne postępowanie zapobiegawcze zianicy polegało na:

- przeprowadzeniu rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego rejonu i ludności cywilnej w celu ustalenia obecności komarów nidlisezków;
- rejestracji żołnierzy, którzy chorowali na zianicę w ubiegłym roku oraz badaniu ich krwi na obecność pasożytów;
- leczeniu ujawnionych nośców oraz prowadzeniu kuracji^{75/} tych, którzy przebyli chorobę w ubiegłym roku;
- prowadzeniu pracy sanitarno-światowej wśród żołnierzy w zakresie zagadnień dotyczących zapobiegania zianicy.

W wypadku pojawienia się w oddziale wojskowym zachorowań na zianicę postępowanie przeciepidemiczne polegało na wczesnym wykrywaniu i leczeniu chorych, ochronie chorych przed ukłuciami komarów i leczeniu ozdrowieńców^{76/}.

Ogólne postępowanie zapobiegawcze przeciw świerzboni wśród żołnierzy oddziału polegało na:

- wzmocnieniu nadzoru nad ogólnym stanem sanitarnohigienicznym;
- nadzorowaniu przestrzegania zasad higieny osobistej;

c.d. ze str. 54

czerncu. Nowo przyjęty chory był kompletnie strzyżony, miejsca owłosione przecierano roztworem wydlu "K". Chorego po kąpielii kierowano do sali, a jego odzież do komory dezynfekcyjnej. W pomieszczeniach szpitalnych utrzymywano temperaturę od +18 do +20°C. Sztuczne oświetlenie pomieszczeń było bardzo niskie. Lampy naftowe często nie miały szkła.

CAW III-4-872 k. b.n.

74/ CAW III-4-896 k. 71.

75/ Leczenie przy użyciu skrychiny i chininy przeprowadzono w izolatorach PMP, DMP i w połowym ruchomym szpitalu neung-trzynu.

76/ "Schemat profilaktycznych i leczniczych środków przeciwko dalarii nr 47" z 14.05.1944 r. CAW III-4-864 k. 5.

- ograniczeniu kontaktów żołnierzy z ludnością cywilną;
- dokonywaniu okresowych i doraźnych przeglądów sanitarnych oraz osób powracających z urlopów i podróży służbowych;
- prowadzeniu pracy sanitarno-epidemiologicznej^{77/}.

Ogólne postępowanie zapobiegawcze chorobom wenerycznym polegało na:

- wykrywaniu chorych wśród żołnierzy i ludności cywilnej podczas rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego^{78/};
- ograniczeniu kontaktów żołnierzy z ludnością cywilną;
- dokonywaniu okresowych i doraźnych przeglądów sanitarnych oraz powracających z urlopów i podróży służbowych;
- prowadzeniu pracy sanitarno-epidemiologicznej;
- organizowaniu przy PMP, OMP oraz w szpitalach polowych punktów indywidualnej profilaktyki chorób wenerycznych^{79/}.

Jednym z podstawowych elementów zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk Armii było rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne.

Celem rozpoznania było zapoznanie się ze stanem sanitarno-epidemicznym terenu i wojsk nieprzyjaciela oraz wojsk własnych, ludności cywilnej i jeńców dla dokonania właściwej oceny sytuacji medycznej i przeprowadzeniu koniecznych czynności i zabiegów profilaktycznych.

Stan sanitarno-epidemiczny wojsk i rejonu ich rozlokowania określano następującymi terminami: pożyślny, niepożarny, niepożyślny i nadzwyczajny.

Stan sanitarno-epidemiczny związku taktycznego /oddziału/ określano jako pożyślny, gdy: nie występowały w nim zachorowania na ostrą chorobę zakaźną, lub przy zadowalającym stanie sanitarnym wojsk notowano pojedyncze zachorowania zakaźne /z wyjątkiem będących pod szczególnym nadzorem/, nie związane ze sobą i pojawiające się w czasie przekraczającym okres inkubacyjny danej choroby.

77/ Leczenie żołnierzy chorych na świerzb przeprowadzono w szpitalach oddziałów i związków taktycznych oraz w szpitalu dla lekko rannych /powikłania/ maścią wilkineona, 33% osoczą siarkową i 5% roztworem wodnym mydła "K". CAW III-4-872 k. 98, CAW III-4-900 k. 12.

78/ CAW III-4-864 k. 10.

79/ Leczenie rzeżączki przeprowadzono preparatami sulfonamidowymi, kiły - preparatami bizmutu z salwersanem w oddziale skórno-wenerycznym szpitala dla lekko rannych. "Schemat etapowego leczenia chorych skórno-wenerycznych". CAW III-4-900 k. 12, 13.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu rozmieszczenia związku taktycznego /oddziału/ określano jako pomyślny, gdy: wśród ludności cywilnej nie występowały zachorowania na choroby zakaźne albo istniejące pojedyncze zachorowania nie były związane ze sobą pod względem epidemicznym i nie stanowiły w aktualnej sytuacji niebezpieczeństwa dla wojsk.

Stan sanitarno-epidemiczny związku taktycznego /oddziału/ określano jako niepewny, gdy:

- przy zadawalającym stanie sanitarnym wojsk pojawiły się pojedyncze zachorowania na ostre choroby zakaźne, związane z sobą pod względem epidemicznym lub mające wspólne źródło zakażenia poza związkiem taktycznym /oddziałem/;
- pojawiły się grupowe zachorowania bez tendencji do dalszego rozprzestrzeniania się;
- oddziały rozmieszczone były w rejonie sanitarno-epidemicznym niepewnym lub niepomyślnym.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu rozmieszczenia związku taktycznego /oddziału/ określano, jako niepewny, gdy:

- stan sanitarnohigieniczny tego rejonu był niezadawalający i istniała możliwość powstania ostrych chorób zakaźnych;
- wśród ludności miejscowej pojawiły się pojedyncze zachorowania na ostre choroby zakaźne, związane wspólną przyczyną, albo w krótkim czasie powstały zachorowania grupowe;
- rejon znajdował się w pobliżu ognisk epidemicznych.

Stan sanitarno-epidemiczny związku taktycznego /oddziału/ określano jako niepomyślny, gdy:

- pojawiły się grupowe zachorowania zakaźne z tendencją do dalszego rozprzestrzeniania się;
- wystąpiły pojedyncze zachorowania na dżumę, cholera czy ospę naturalną;
- w rejonie rozmieszczenia /działania/ oddziałów /oddziałów/ istniały ogniska zakażenia dżumą, cholera lub ospę naturalną przy zadawalającym stanie sanitarnohigienicznym związku taktycznego /oddziału/.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu rozmieszczenia /działania/ związku taktycznego /oddziału/ określano jako niepomyślny, gdy:

- wśród ludności miejscowej wzrosła liczba zachorowań zakaźnych;
- wśród ludności miejscowej pojawiły się pojedyncze zachorowania na dżumę, cholera i ospę naturalną.

Stan sanitarno-epidemiczny związku taktycznego /oddziału/ określano jako nadzwyczajny, gdy:

- liczba zachorowań zakaźnych w związku taktycznym /oddziale/ wzrosła w krótkim czasie, w następstwie czego nie mógł on brać udziału w walce;
- stwierdzono powtórne zachorowania na dżumą, cholera, osepę naturalną.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu rozmieszczenia /dzielenia/ związku taktycznego /oddziału/ określano jako nadzwyczajny, gdy:

- wśród ludności miejscowej wybuchła epidemia ostrej choroby zakaźnej niebezpiecznej dla wojsk;
- występowały grupowe zachorowania na dżumą, cholera lub osepę naturalną.

Systematyczne rozpoznawanie organizowane było przez starszych lekarzy oddziałów, szefów służby zdrowia związków taktycznych oraz przez szefa służby zdrowia Armii.

Do wykonywania zadań w zakresie rozpoznawania sanitarno-epidemiologicznego organizowane były grupy rozpoznawcze z udziałem specjalistów oraz ruchomych laboratoriów SGG.

Rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne ustalało:

- możliwości rozmieszczenia wojsk i wykorzystania pomieszczeń do ich zakwaterowania;
- przypadki zachorowań na choroby zakaźne wśród ludzi i zwierząt na danym terenie;
- istnienie w danym rejonie gryzoni i owadów - przenosicieli chorób zakaźnych;
- stan sanitarno-techniczny źródła zaopatrzenia w wodę i określenie jej jakości;
- metody oczyszczania i dezynfekcji terenu;
- metody zabiegów sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych przy podejmowaniu decyzji o rozmieszczeniu wojsk;
- istnienie placówek służby zdrowia w celu ewentualnego wykorzystania ich dla potrzeb wojsk Armii^{80/}.

Należyte przeprowadzone rozpoznawanie wojsk i rejonu dawało możność:

- prawidłowego planowania czynności przeciwepidemicznych na okres przyszłej operacji bojowej;
- przygotowania niezbędnych środków do realizacji planu zabiegów przeciwepidemicznych;
- przeprowadzenia z wczesną w wojskach czynności profilaktycznych.

W każdym przypadku powstania ogniska choroby zakaźnej przeprowadzane było dochodzenie epidemiologiczne. Celem dochodzenia było:

- wykrycie przyczyn powstania zachorowania;
- wykrycie źródeł i dróg szerzenia się infekcji;
- ustalenie kręgu osób narażonych na zakażenie.

Dochodzenie epidemiologiczne przeprowadzane było przez lekarza oddziału wojskowego, w którym wystąpiła choroba zakaźna. Pomocy udzielał szef służby zdrowia związku taktycznego. O wynikach dochodzenia epidemiologicznego starszy lekarz oddziału meldował dowódcy oddziału oraz przełożonemu fachowemu.

W wypadku podejrzenia żołnierza o chorobę zakaźną izolowany on był w izolatorze^{81/} pułkowego lub dywizyjnego punktu medycznego, a następnie ewakuowany do polowego szpitala zakaźnego, którego komendant powiadamiał lekarza oddziału o przyjęciu żołnierza do szpitala i ustalenym rozpoznaniu.

Do ewakuacji zakaźnie chorych wykorzystywano transport sanitarny specjalnie przeznaczony do tego celu. Kategoriecznie zabroniono przenoszenia tych chorych innymi środkami transportu.

Osoby cywilne, które zachorowały na choroby zakaźne, kierowano do cywilnego szpitala zakaźnego, lub w przypadku braku takiego szpitala po uzyskaniu zezwolenia szefa służby zdrowia Armii do polowego szpitala zakaźnego^{82/}.

Jednym z najważniejszych czynników profilaktyki chorób zakaźnych były szczepienia ochronne przeciw chorobom epidemicznym. Żołnierzy szczepiono przeciwko ospie naturalnej, durowi brzuszemu, paratuberculozowi, czerwonce bakteryjnej i tężcowi^{83/}.

Ze względów epidemicznych, na podstawi rozkazu dowódcy Armii^{84/}, mogły być przeprowadzane w wojskach masowe, doraźne

81/ CAW III-4-909 k. 151.

82/ CAW III-4-872 k. 76.

83/ B. Rogoziński, A. Handzelalc, Szczepienia ochronne w wojsku. Lekarz Wojskowy 1954, 5, 6, 460.

84/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 0321-MG z 1.11.199 r. CAW III-4-853 k. 236.

lub okresowe szczepienie przeciw innym chorobom zakaźnym.

Okresowe szczepienia żołnierzy przeprowadzono w czasie, gdy zaszalało na to sytuacja taktyczno-operacyjna^{85/}.

W ogniskach chorób zakaźnych zabiegi dezynfekcyjne^{86/} i dezynsakcyjne^{87/} oprócz personelu służby zdrowia oddziałów wojskowych wykonywały również plutony sanitarne MSB oraz plutony kompanii dezynfekcyjno-kepielowej.

Dezynsakcję wojskowa służba zdrowia przeprowadzała ze wskazań epidemiologicznych.

W ramach czynności zapobiegawczych przeprowadzono:

- okresowe kąpiele;
- zmianę bielizny osobistej i pościelowej;
- czyszczenie umundurowania;
- przeglądy lekarskie i zabiegi sanitarne;
- systematyczne przeglądy sanitarnohigieniczne szeregowców i podoficerów służby zasadniczej;
- przeglądy powracających z urlopów i podróży służbowych.

Ozdrowieńców po chorobie zakaźnej przed opuszczeniem szpitala zakaźnego, równoległe z zabiegami dezynfekcyjnymi, poddawano dokładnej kąpieli i zmianie bielizny osobistej^{88/}.

Przyjmowanie nowo wcielonych żołnierzy odbywało się w pułku zapasowym Armi.

Przybywający żołnierze poddawani byli pełnemu opracowaniu sanitarnohigienicznemu i dwutygodniowej kwarantannie. W ciągu pierwszych dwóch dni od chwili przybycia nowo wcieloni byli badani przez lekarza pułku celem wykrycia chorób zakaźnych, skórnych, wenerycznych i innych chorób dyskwalifikujących do służby wojskowej^{89/}.

W tym czasie przeprowadzano również szczepienie ochronne nowo wcielonych.

85/ Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 39 z 9.05.1944 r. CAW-4-861 k. 71.

86/ Dezynfekcja bielizny osobistej i pościelowej polegała na noczeniu jej w roztworze dezynfekcyjnym, a następnie na praniu połączonym z gotowaniem. Przedmioty mundurowe poddawano dezynfekcji za pomocą gazowych środków dezynfekcyjnych w komorach dezynfekcyjnych.

87/ Do tepienia insektów stosowano środki fizyczne i chemiczne lub obydwie rodzaje środków równocześnie. Jednym z najprostszych sposobów niszczenia pasożytów w tkaninach było prasowanie. Do dezynsakcji umundurowania stosowano suche gorące powietrze, wilgotne gorące powietrze, parę /w komorach parowych i paraformalinowych/ oraz gotowanie. Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 0273-KC z 11.10.1944 r. CAW III-4-853 k. 194.

88/ CAW III-4-895 k. 31.

89/ CAW III-4-876 k. 393.

Zakaźnie chorzy kierowani byli do polowego ruchomego szpitala zakaźnego.

Jeżeli w czasie przeglądu sanitarnego lub badań lekarskich wykryto zarażonych, izolowano ich i poddawano zabiegom sanitarnym^{90/}.

Pododdziały lub grupy żołnierzy, wyjeżdżające z pułku zapasowego celom uzupełnienia stanów osobowych innych jednostek, były ponownie poddawane pełnemu opracowaniu sanitarnohigienicznemu oraz wydawany im był dowód sanitarny /paszport/ sporządzony według określonego wzoru^{91/}.

Zabezpieczenie przeciwośrodkowiczej transportu kolejowego organizowane siłami służby zdrowia przewoźnych oddziałów.

Przy przewozach trwających ponad dwie doby dołączony był do pociągu wagon - izolator.

Lekarz zabezpieczający wojskowy transport kolejowy przeprowadzał codzienne przeglądy na zarażenie stanu osobowego pociągu. W razie potrzeby organizował zabiegi dezynfekcyjne. Kontrolował również jakość dostarczonej wody do picia.

Zakaźnie chorych izolował, a następnie ewakuował do szpitala zakaźnego^{92/}.

Zabezpieczenie przeciwośrodkowiczej marszu organizowane było siłami służby zdrowia ubezpieczających oddziałów.

Przed rozpoczęciem marszu lekarz oddziału przeprowadzał przegląd żołnierzy, nie dopuszczając do marszu chorych.

Szef służby zdrowia ZT /starszy lekarz oddziału/ opracowywał plan zabezpieczenia medycznego marszu, który zawierał między innymi wykaz miejscowości o niepożytecznym stanie sanitarnym, gdzie występowały ogniska chorób zakaźnych i gdzie zebrano urządzenia odpoczynków i kontaktowania się z miejscową ludnością, oraz zasady udzielania pomocy i ewakuacji medycznej.

90/ "Tymczasowa instrukcja dla starszego lekarza pułku zapasowego w Wojsku Polskim", wydana 31.01.1945 r. CAW III-4-912 k. 764.

91/ W dowodzie sanitarnym /paszporcie/ dla wysyłanych kontyngentów z pułku zapasowego wpisywano: nazwę pułku zapasowego, nazwę i numer kontyngentu, stopień i nazwisko dowódcy /starszego/ kontyngentu, stan ilościowy kontyngentu, rezultaty przeglądu na uszy, przeprowadzone zabiegi sanitarnohigieniczne, jakie i kiedy przeprowadzono szczepienia ochronne, rezultaty przeglądu lekarskiego przed wyjazdem, dzień zakończenia kwarantanny, ile było chorych podejrzanych o dur plamisty i dur powrotny podczas kwarantanny, datę wyjazdu kontyngentu i uwagi lekarza jednostki przyjmującej uzupełnienie. Dowód sanitarny po przyjęciu uzupełnienia był wysyłany do szefa służby zdrowia Armii.

92/ CAW III-4-878 k. 68.

Starsi lekarze oddziałów, szefowie służby zdrowia związków taktycznych i szef służby zdrowia Armii opracowywali za każdy miesiąc sprawozdania sanitarno-epidemiczne^{93/}.

Komendanci polowych ruchomych szpitali zakaźnych i dowódca grupy sanitarno-epidemiologicznej sporządzali sprawozdanie miesięczne z działalności przeciwepidemicznej oraz zachorowalności na choroby zakaźne wojsk Armii.

Sprawozdania te przesyłano szefowi służby zdrowia Armii w ciągu pierwszych pięciu dni następnego miesiąca^{94/}.

Starsi lekarze oddziałów, szefowie służby zdrowia związków taktycznych i komendanci polowych ruchomych szpitali zakaźnych obowiązani byli składać szefowi służby zdrowia Armii codzienne meldunki o nowych zachorowaniach na choroby zakaźne i pięciodniowe meldunki o procencie zaważenia w oddziałach^{95/}.

Starsi lekarze pułków i szefowie służby zdrowia związków taktycznych opracowywali sprawozdania dekadowe o ilości chorych na zionię.

Szef służby zdrowia Armii opracowywał miesięczno, półroczne i roczne sprawozdania, w których opisywał zabezpieczenie sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne wojsk Armii^{96/}.

Oświata sanitarna

Równocześnie z powstaniem pierwszych oddziałów i PUP im. T. Kościuszki rozpoczęto pracę sanitarno-oświatową wśród żołnierzy.

Działalność ta stanowiła cenny element kształtowania należytego stanu zdrowotnego i zdolności bojowej wojsk Armii^{97/}.

93/ W miesięcznym sprawozdaniu sanitarno-epidemicznym opisywano były ogniska epidemiczne wśród ludności cywilnej, zachorowania na choroby zakaźne i choroby weneryczne w oddziałach wojskowych, procent zaważenia wojsk, zabezpieczenie w łaźni i pralni, stan zaopatrzenia w wodę, nadzór sanitarny nad zespołami żywnościowymi, warunki zakwaterowania, stan higieny osobistej i ubioru oraz działalność sanitarno-oświatową.

94/ CAW III-4-672 k. 3.

95/ CAW III-4-895 k. 5.

96/ W półrocznym i rocznym sprawozdaniu szef służby zdrowia Armii opisywał obsadę stanowisk statowych w pionie przeciwepidemicznym, stan sanitarno-epidemiczny wojsk i ludności cywilnej, zabezpieczenie w łaźni i pralni, działalność zakładów i urzędzeń sanitarno-epidemiologicznych, współpracę z cywilną służbą zdrowia oraz działalność sanitarno-oświatową. CAW III-4-892 k. b. n.

97/ J. Bończak. Niektóre zagadnienia oświaty zdrowotnej w wojsku. Lekarz Wojskowy 1972, 10, s. 931-932.

W tym czasie na problem szerzenia oświaty sanitarnej specjalną uwagę zwracało Prezydium Związku Patriotów Polskich.

W działalności wychowawczej i sanitarno-oświatowej w wojskach Armii korzystano przede wszystkim z doświadczeń Armii Radzieckiej. Doświadczenia te na bojowym szlaku, wynoszącym ponad 1500 km, szczególnie aktywnie wykorzystywała 1 Armia WP.

Długi okres walk z nieprzyjacielem wymagał od jednostek oszczędności zdrowia ogromnego trudu. Wycieńczenie warunkowało zabezpieczenie sanitarno-przeciepizemologiczne oddziałów walczących nieraz w złożonej sytuacji bojowej i często w niepomyślnej sytuacji epidemiologicznej.

Praca sanitarno-oświatowa w trudnych warunkach frontowych nabierała niezwykle ważnego znaczenia. Prowadzona była na wszystkich szczeblach służby zdrowia.

Najczęściej stosowanymi formami działalności sanitarno-oświatowej były pogadanki, prelekcje, rozmowy, a także materiały drukowane.

Zagadnienia zdrowotne uwzględniane były również w specjalnych wydawnictwach masowych. W wytycznych do pracy propagandowej wśród hasła ogólnowojskowych znalazły się także hasła o problematyce sanitarnej, np.: "Brud i wozy - to wróg żołnierza", "Dbaj o czystość na kwaterze", "Dbaj o zdrowie - myj się co dzień".

Wiodącą rolę w działalności sanitarno-oświatowej wśród rannych i chorych odegrały polowe szpitale. Eksploatowano w nich odpowiednie hasła, plakaty, gazetki ścienne, wystawy oraz wygłaszano były odczyty i pogadanki. Komendanci szpitali opracowywali miesięczne plany pracy sanitarno-oświatowej.

Najbardziej aktualnymi były tematy:

- profilaktyka duru plamistego i chorób zakaźnych przewodu pokarmowego;
- szczepienie ochronne i ich znaczenie;
- profilaktyka odarzeń;
- choroby weneryczne i zapobieganie im;
- zapobieganie chorobom skóry /śmierzbom/^{98/}.

Należy podkreślić, że oficerowie polityczno-wychowawczy przejawiali wiele troski o warunki bytowe i zdrowotne żołnierzy.

Dbali o jakość wyżywienia, doglądali sprawnego działania kuchni i starali się o możliwie wygodne urządzenie kweter.

Praca sanitarno-świetlowa w wojskach Armii przybierała na intensywności zwłaszcza w rejonach zaniedbanych pod względem sanitarnym, gdzie wśród ludności cywilnej występowała czerwotka bakteryjna, dur brzuszny i dur plamisty.

Z licznych dokumentów /rozkazy, zarządzenie, kroniki/ wynika, że nawet podczas działań bojowych uświadomienie sanitarno-epidemiologiczne odegrało dużą rolę^{99/}.

Dużego znaczenia nabierały organizowane w trudnych warunkach działań bojowych konferencje naukowe dla personelu służby zdrowia zakładów leczniczych, związków taktycznych i oddziałów. Omawiane tam były tematy z zakresu profilaktyki i diagnostyki chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, duru plamistego i zianicy oraz rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego^{100/}.

99/ J. Dończak, B. Gwóźdź, Oświata sanitarna w ludowym wojsku Polskim, Lekarz Wojskowy 1969, 5, s. 385.

100/ CAW III-4-672 k. b. n.
CAW III-4-912 k. 971.

ROZDZIAŁ III

WARUNKI REALIZACJI ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ I ARMII WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945

Warunki taktyczno-operacyjne

Druga wojna światowa otworzyła olbrzymie zagrożenie epidemiczne. Składały się na to:

- najliczniejsze w dziejach Armie;
- szybkie ruchy wojsk na dużych odległościach;
- ciężka sytuacja socjalno-bytowa ludności cywilnej;
- częste trudne warunki klimatyczne i zaopatrzenia w wodę;
- próby sztucznego tworzenia ognisk epidemicznych przez Niemców.

Wybitnie manewrowy charakter drugiej wojny światowej, połączony z wielką ruchliwością wojsk, ze zwiększeniem ilości oraz skomplikowaną jakością przedmiotów wyposażenia polowego żołnierzy, wymagał dokładnego zbadania problemów możliwości wysiłku wojennego.

Wojskowe instytuty i laboratoria higieniczne podjęły odpowiednie badania w tym zakresie.

Zasadniczymi czynnikami, obok warunków geograficzno-klimatycznych, określającymi możliwości i zadania w działalności sanitarno-przeciwepidemicznej był czynnik bojowy, charakter i rozmiar toczonych walk.

Przez wprowadzenie na arenę działań bojowych jednostek pancernych i zmechanizowanych zwiększyła się szybkość wojsk.

Wprowadzenie silnie uzbrojonych czołgów, lotnictwa bombowego i szturmowego oraz wojsk desantowych przyniosło przewagę środków ataku.

W dużym stopniu zanikło pojęcie niebezpiecznego frontu i bezpiecznych tyłów, a pas wąskiego frontu został przekształcony w głęboki obóz walki rozgrywanej się w błyskawicznym tempie. Tyły obozu operacyjnego mogły być w każdej chwili zniszczone lub stać się terenem desantu.

Współdziałanie radzieckich i polskich jednostek wojskowych w latach drugiej wojny światowej było wynikiem kierunku politycznego, reprezentowanego przez nowe władze Polski i wynikiem walki ze wspólnym wrogiem, okupantem niemieckim.

Wynikało też z organizacyjnego wejścia 1 armii WP w skład 1 Frontu Białoruskiego Armii Radzieckiej.

Formy tego współdziałania były różne w zależności od nako-
zu chwili, okresowych zadań strategicznych, operacyjnych czy
taktycznych.

Niejednokrotnie w czasie działań bojowych jednostki radziec-
kie działały na rzecz polskich dywizji, podobnie jak polskie na
rzecz dywizji radzieckich.

Formy, jakie ta współpraca przyjęła w służbie zdrowia, były
zupełnie specyficzne i rzadko spotykane w innych rodzajach
służb. Zaczęło się od kierowania do radzieckich szpitali pole-
kich żołnierzy, rannych w bitwie pod Lenino. Trafili oni do
szpitali w Moskwie, Spass-Demiarsku i Moneastyrezynie oraz do
pułku ozdrowieńców w Kadino. Wzęździe tam byli otoczeni serde-
czną troską zarówno ze strony radzieckiego kierownictwa szpita-
li, jak i przedstawicieli Związku Patriotów Polskich oraz do-
wództwa dywizji.

Forma operacyjnego podporządkowania jednostki armii sojusz-
niczej przy zachowaniu ewidencyjnego i gospodarczego podporząd-
kowania własnemu dowództwu nie jest często spotykaną formą.

W służbie zdrowia przyjęła kształt trwały, a nawet w odnio-
sieniu do pełnych jednostek, równoległy z okresem istnienia ba-
zy szpitalnej 1 AWP. Natomiast w innych służbach forma ta sto-
sowana była tylko w niektórych operacjach.

Ta współpraca może stanowić przykład jednego z wariantów
współpracy na szczeblu operacyjnym służby zdrowia państw sojusz-
niczych^{101/}.

Warunki geograficzno-klimatyczne

Działania bojowe w czasie drugiej wojny światowej obejmowały
obszary o różnym ukształtowaniu powierzchni, warunkach globo-
wych i zalesienia, rejony często kompletnie zniszczone i wylud-
nione.

Największe i najważniejsze działania wojenne, decydujące o
ostatocznym wyniku drugiej wojny światowej, zostały rozegrane
na obszarach Europy Wschodniej i Europy Środkowej.

Również 1 armia WP wniosła swój największy wkład w tę wojnę

101/ T. Brzeziński, op.cit. /14/. s. 155.

walkami w Europie Środkowej. Dlatego wschodnio - i środkowo-europejski teatr działań wojennych zosługuje na szczególnie dokładną charakterystykę geograficzno-klimatyczną.

Teren wschodniej i środkowej Europy w większości jest równinny.

Dużą przeszkodą w prowadzeniu ewakuacji medycznej były rzeki, przeważnie o przebiegu południkowym, a na niektórych obozach /Białoruś, Litwa, Mazury, Pomorze, Meklemburgia, Brandenburgia / także liczne jeziora, gęsto powiązane kanałami.

Tak szerokie i o szybkim prądzie rzeki jak Wołga, Dniepr, Dunaj, Wisła i Odra, które stanowiły istotne przeszkody na drogach ewakuacji rannych i chorych oraz przesunięcia punktów medycznych i szpitali, zmuszały do stworzenia odrębnej organizacji zasad pracy służby zdrowia.

Właściwości klimatyczne całego obozaru europejskiego są dość korzystne dla człowieka. Bowiem dzięki bardzo rozczłonkowanej zabudowie, głęboko wnikającym w obozar lądu morzom i zatokom śródlądowym oraz innym korzystnym czynnikom klimat Europy jest znacznie łagodniejszy w porównaniu z klimatem innych części świata na tych samych szerokościach geograficznych.

Jednak w Środkowej i Wschodniej Europie wpływ korzystnych czynników klimatycznych maleje.

Dla Europy Wschodniej, poczynęszy od wschodnich wybrzeży Bałtyku, do łoża Karpat, charakterystyczny jest ostrzejszy, lądowy typ klimatu, o ostrych zimach ze średnią temperaturą stycznia - 10°C /pod Moskwą/ i upalnych latach.

Klimat lądowy wyróżnia się dużymi rocznymi i dobowymi wahaniami temperatury, słabymi wiatrami /zwłaszcza w locie/, suchym, bardziej zanieczyszczonym powietrzem, silniejszą nasłonecznieniem.

Obozar Europy Środkowej charakteryzuje klimat przejściowy, o zielonej ziele /na przelatan występują śnieg, mróz i odwilż/ i kapryśnym locie /często dżdżystym, niekiedy upalnym/.

W klimacie lądowym sezon letni sprzyjał przegrzaniu organizmu, uderom ciepłymi i słonecznymi. W tym też czasie występowały odparzenia stóp, czyrączność i choroby skóry w następstwie ukąszeń owadów. Rozwój konara-widliszka, zwłaszcza na podokłowych terenach Białorusi, sprzyjał oszerzeniu się zianicy.

Wysokie nieraz dobowe wahanía temperatury ułatwiały występowanie ropnych eschorzeń migdałków podniebicznych /anginy/.

W okresie drugiej połowy lata, aż do jesieni miało miejsce sezonowe występowanie chorób przewodu pokarmowego, co było związane z szybkim psuciem się artykułów żywnościowych i strawy, picciem dużej ilości wody, niejednokrotnie nie najlepszej jakości, oraz wylęganiem much, odgrywających rolę przenościcieli zarazków chorobotwórczych przewodu pokarmowego.

W tym czasie zwiększała się ilość przypadków czerwonki bakteryjnej, duru brzuszego i durów rzekomych oraz zatruc pokarmowych.

W okresie późnej jesieni, w wilgotnych okresach zimy i w czasie słotnego przedziwienia, dochodziło łatwo do przeziębień oraz zwiększała się zapadalność na grype i anginę. Sezon wilgotnej, chłodnej pogody sprzyjał oziębieniu organizmu, chorobom stóp związanym z przemoczeniem obuwia, a nawet odmrożeniom i występowaniu choroby reumatycznej.

Ostra, chłodna zima jest na ogół zdrową porą roku, ale wymaga odpowiednio ciepłego umundurowania i obuwia. Łatwo prowadzi do odmrożeń, a nawet zamrznięcia.

W zimnych porach roku wszystkie zakłady lecznicze należało rozmieszczać w pomieszczeniach stałych i ogrzewanych.

Front Wschodni był głównym frontem drugiej wojny światowej, a trudne warunki klimatyczne na tych obszarach utrudniały ogromny zakres zadań, jakie stały przed służbą zdrowia działających tam armii.

Tereny Wschodniej a częściowo i Środkowej Europy charakteryzowały się w latach drugiej wojny światowej brakiem gęstej sieci bitych dróg kołowych i kolejowych. Na przykład w Polsce przeciętnie ilość dróg bitych wynosiła niewiele ponad 10 km na 100 km² a w zachodniej Białorusi około 1 km na 100 km².

Istniały liczne, tak zwane bezdroża kolejowe, ekąd odległość do najbliższej stacji kolejowej wynosiła dziesiątki kilometrów.

W warunkach zimy często niezbędne było zastąpienie transportu kołowego saniami i nartami.

Na wielu obszarach roztopy wiosenne i jesienne oraz deszcze uniemożliwiały wykorzystanie transportu kołowego. Jednocześnie zaznaczył się z reguły niedostatek transportu samochodowego i zaprzęgowego.

Czynniki te w istotny sposób utrudniały ożybką ewakuację rannych i chorych oraz przegrupowanie urządzeń medycznych.

Na obszarach Środkowej Europy warunki prowadzenia ewakuacji

medycznej były znacznie lepsze. Stosunkowo gęsta sieć dróg bitych, od kilkunastu do kilkudziesięciu kilometrów na 100 km², stwarzała dogodną możliwość ewakuacji rannych i chorych. Przeciętna odległość do stacji kolejowej wynosiła kilka kilometrów.

Na niektórych terenach Związku Radzieckiego, jak Ukraina, sieć osiedli była rzadka, a w czasie wojny na dodatek w dużym stopniu zniszczona. W takich warunkach zaznaczał się niedostatek odpowiedniego zasobu pomieszczeń stałych do rozmieszczenia urządzeń leczniczo-ewakuacyjnych. Zmuszało to często do umieszczenia ich w ziemiankach.

Na obszarach Środkowej Europy było stosunkowo dużo osiedli, częściowo o zabudowie murowanej, które stwarzały dobre warunki do rozmieszczenia urządzeń medycznych.

Bardziej gęsta też była tu sieć cywilnych szpitali i innych zakładów leczniczych.

Obozary, na których toczyły się działania bojowe i AWP, posiadały dużo lasów, niekiedy były nawet pokryte zwartymi masywnymi lasami. Zapewniało to dobre maskowanie jednostek i urządzeń służby zdrowia w czasie przegrupowania, dowozu i ewakuacji^{102/}.

Warunki sanitarno-epidemiczne

W pracy służby zdrowia nader ważny problem stanowiły warunki sanitarno-epidemiczne.

Tereny, na których działała i armia WP, to obozary biedne i wyniszczone gospodarczo przez okupanta, często nie posiadające elementarnych urządzeń sanitarnohigienicznych.

Na terenach tych panował duży ruch ludności i wojsk. Nie było społecznej służby zdrowia, które dopiero organizowało się, brakowało leków /zwłaszcza szczepionek/, napotymano duże trudności w zaopatrzeniu ludności w środki żywnościowe.

Społeczeństwo było osłabione fizycznie i zęczono psychicznie długotrwałą wojną i okupacją.

Na zagrożenie epidemiczne wpływał przede wszystkim niepozytywny stan sanitarno-epidemiczny ludności cywilnej zamieszkałej na terenach objętych okupacją, zwłaszcza w wschodniej części Polski.

102/ S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majowski, F. Piotrowski. Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia. MON, Warszawa 1974, s. 293.

Niepomyślną sytuację epidemiczną kraju pogłębiał fakt niedostatecznej liczby lekarzy oraz zakładów leczniczych, które zdemontował okupant, względnie które uległy zniszczeniu w wyniku działań bojowych.

Niebezpieczeństwo przeniesienia chorób zakaźnych do walczących wojsk związane było również z uzupełnianiem ich stanu osobowego. Żołnierze z AWP rekrutowali się głównie ze wschodnich rubieży kraju, gdzie notowane były liczne przypadki czerwonki bakteryjnej, duru brzuszego i płamistego.

Na przykład w dawnym województwie rzeszowskim w okresie okupacji około 35% ludności polskiej i 65% żydowskiej chorowało na dur płamisty.

Znaczną część uzupełnienia stanowili partyzanci z oddziałów AL. Wielu z nich chorowało na czerwonkę bakteryjną i świerzb, a zaważenie sięgało do 65%.

Z tego powodu, mimo prawidłowo realizowanego nadzoru sanitarno-przecinopidemicznego, mimo częstych kąpielii, zmiany bielizny, zabiegów dezynfekcyjnych i dezynsekcyjnych, występowały również wypadki wysokiego odsetka zaważenia wśród stanu osobowego oddziałów.

W pierwszym okresie wcielania uzupełnień stanów osobowych popełniono pewne niedociągnięcia, a szeregowicis poborowi bez należytego opracowania sanitarnohigienicznego byli rozsyłani do poszczególnych oddziałów, wywołując w nich ogniska chorób zakaźnych. Dowódcy bowiem chcąc szybko uzupełnić poniesione straty w jednostkach bojowych kierowali do oddziałów nowo wcielonych żołnierzy bez należytego opracowania sanitarnohigienicznego.

Ciężkie walki, jakie toczono zwłaszcza w zime 1945 roku, nie sprzyjały właściwemu przeprowadzeniu zabiegów sanitarnohigienicznych i przecinopidemicznych.

Zakwaterowanie jednostek wojskowych, gdy jeszcze nie brały udziału w walkach, miało miejsce w ziemiankach w losach lub w ponieszczeniach stałych we wsiach i osadach. Szeregowcy i podoficerowie najczęściej byli zakwaterowani w ziemiankach, oficerowie mieszkali w pobliskich osiedlach.

Mniejze jednostki wojskowe w całości lokowano w osiedlach.

Kuchnie w zespole były urządzone dobrze. Zawsze budowano polowe latryny, a ich stan sanitarnohigieniczny zwykle był właściwy.

Kuchnie urządzone były w zabudowaniach lub w dużych ziemiankach. Stwarzano w nich warunki do mycia naczek gorącą wodą.

Ziemianki mieszkalne posiadały okna i drzwi oraz pieceki żelazne lub z cegły. Żołnierze spalali pod kocami na pryzkach wysłanych słomą, pokrytych pelerynami.

Stałego oświetlenia ziemianki z reguły nie posiadały.

Problem zakwaterowania w zespole przestał istnieć po wejściu wojsk na wyzwolone od Niemców ziemie na zachód od Wisły.

Stan umundurowania w 1 AP w ZSRR był na ogół zadowalający. Żołnierze posiadali w tym czasie po dwa komplety umundurowania, jeden ćwiczebny, uszyty na wzór radziecki, i drugi wyjściowy - na wzór polski.

Natomiast od lata 1944 roku, aż do końca wojny stan umundurowania budził często poważne zastrzeżenia. W stosunku do zimowej pory roku umundurowanie żołnierzy było zbyt lekkie.

Wartość kaloryczna dziennej racji żywnościowej wahała się w poszczególnych okresach i dla określonych norm żywnościowych w granicach 3900-4200 kalorii¹⁰ / . Przy tym było ono mało urozmaicone.

Stosunkowo niski stopień zabezpieczenia wojsk Armii w takie produkty, jak kasza, mąka, ziemniaki i mięso, wynikał z tego, że Armia w zespole nie otrzymywała tych produktów w ramach centralnego zaopatrzenia, a jeżeli otrzymywała, to w bardzo małych ilościach i musiała pokrywać potrzeby z zasobów miejscowych.

Jeżeli zważy się, że chleb, kasza, mięso i ziemniaki w normie żołnierskiej są zasadniczymi produktami nie tylko z uwagi na ich ilość, ale i na częstotliwość spożycia oraz zawartość składników odżywczych, to widąc, że Armia większość niezbędnych środków żywnościowych musiała otrzymywać z zasobów miejscowych.

Jednak poszczególne oddziały i związki taktyczne nieplanowo eksploatowały zasoby miejscowe, a w poprzednim okresie wojska niemieckie w ramach kontyngentów i rekwizycji poważnie zaniejszyły zasoby.

103/ S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrowski, op. cit. /102/, s. 412.

Wypiek chleba organizowany był w miejscowych piekarniach stałych, w polowych piekarniach ruchomych i polowych piekarniach stałych. Jakość wypiekanego chleba była niska^{104/}.

Warunki, w jakich formowała się i armia WP, były znacznie trudniejsze niż w Armii Radzieckiej.

Dawało to powody do przypuszczeń, że zdolność bojowa Armii nie będzie zadowalająca.

Jednak usilne prace między innymi służby zdrowia oraz jej pozytywne wyniki rozmiały powyższe obawy. Zachorowalność na choroby zakaźne nie wpłynęła w zasadniczy sposób na obniżenie sprawności bojowej wojsk. Był to wynik trudnej, codziennej walki o właściwy stan sanitarno-epidemiczny oddziałów, walki skierowanej przeciw schorzeniom zakaźnym.

Szlak bojowy i ANP wiódł między innymi przez obozary dotknięte epidemiami. Trzeba było wysokiej dyscypliny, otoczenia drewnianych wprost rygorów, aby w tych warunkach uchronić żołnierzy od sezonowych zachorowań.

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne zanotowane wśród ludności cywilnej w rejonach działań bojowych i ANP przedstawia tabela 1.

Pomoc ludności cywilnej

Pomoc ludności cywilnej była jednym z zadań postawionych przed służbą zdrowia wojsk walczących o wyzwolenie ziem polskich spod hitlerowskiej okupacji^{105/}.

104/ S. Załuski, op.cit. /60/, s. 143.

105/ W sprawozdaniach kwartalnych, zgodnie z rozkazem szefa sztabu I Frontu Białoruskiego nr 01348 z 27 lipca 1944 roku, w dziale służby zdrowia należało podawać następujące dane odnośnie pomocy gospodarce narodowej: "1. Ile przekazano sprzętu medycznego oraz lekarstw i środków dezynfekcyjnych. 2. Ile wzniesiono i odnowiono ośrodków zdrowia /szpitali, poradni lekarskich itp./, ilość ludzi zajętych przy tym i przez ile dni. 3. Ilu wyspecjalizowano ludzi na pracowników służby zdrowia dla wojska i ludności cywilnej. 4. Pomoc lekarska dla ludności cywilnej. 5. Pomoc sanitarna ogólna i w wypadkach epidemii. 6. Praca sanitarno-uświadamiająca wśród ludności cywilnej. 7. Inne rodzaje pomocy". CAW III-4-860 k. 129-130.

Choroby zakaźne wśród ludności cywilnej
/lipiec 1944 - maj 1945 r./

Dzielenie bojowe i AWP	R e j o n	Jednostki chorobowe						Negatywne zap. opon rozg. - rdz.
		Czerwonka bakteryjna	Dur brzuszy	Dur plamisty	Płonica	Błonica		
Formowanie i szkolenie Armii Polskiej w ZSRR	Chopiów, Cumań, Ożyko, Kauserce	5	7	603				
Przegrupowanie Armii na tereny Polski	Łuck, Merianówko, Aleksandrowka, Mило- nówka, Ostrowka, Molo- nowicze, Cheżm, Hrubio- szów, Żemość, Krasny- stów, Kraśnik, Lublin, Redyń, Puławy	320	34	134				
Walki w rejonie Opulina i Puław oraz na przyczółku Brygicko-nagnuszow- /29.07-16.08.1944r./	Łoskerzów, Wilgo, Wyżeze, Osieck, Garwolin, Werko	20						

		1360	59	6	12	3
Walki o wyzwolenie linie Fregi /10-23.09.1944 r./	Praga, Rembertów, Warszawa Lewobrzeżna, Otwock, Łaskarzew, Garwolin, Warka					
Dzielenie obronne na linii Więzy /wrzesień 1944 - styczeń 1945 r./	Praga, Rembertów, Warszawa Lewobrzeżna, Legionowo, Jabłonna, Zielonka, Marki, Wawer, Józefów, Otwock, Mińsk Maz.	190	106	36	91	40
Walki o wyzwolenie Warszawy i miazg z Warszawy do Bydgoszczy /styczeń 1945 r./	Warszawa, Pleszczno, Sochaczew, Bydgoszcz	4	27	4	7	13
Walki o przełamanie Wału Pomorskiego /31.01-12.02.1945 r./	Wągrowek, Złotów, Jestrowie	3	6	1	5	2
Operacje pomorskie /1-16.03.1945 r./	Resko, Kołobrzeg	8	16	18		
Operacje berlińskie /16.04-6.05.1945 r./	Coloniów, Moryń, Oranienburg, Sechenhausen	83	5	2	1	1
Razem		2009	262	804	116	57
						2

wg meldunków dziennych CAW III-4-871. 908.

Współpraca służby zdrowia Armii z cywilną służbą zdrowia nabrała szczególnego znaczenia w rejonie Wareszany.

Jako pierwsze, działania na kierunku Wareszany rozpoczęły oddziały 1 Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki. Szef służby zdrowia dywizji nawiązał kontakty z przedstawicielami gminy Folenica, zabezpieczając pomoc cywilnych lekarzy w działalności leczniczej batalionu sanitarnego^{106/}.

Z chwilą zajęcia Pragi i objęcia tam służby garnizonowej przez oddziały 1, a potem 2 i w końcu 4 DP, rozpoczęła się współpraca służby zdrowia tych dywizji z ludnością cywilną. Szczególnie owocną była ona w okresie pełnienia służby garnizonowej przez 4 DP. Dywizyjny punkt medyczny 4 DP rozwinął się w budynku Ubezpieczalni Społecznej przy ulicy Jagiellońskiej 34, organizując tam pomoc chirurgiczną dla rannych żołnierzy i ludności cywilnej.

Szef służby zdrowia dywizji nawiązał kontakt z organizacją PCK w sprawie wspólnego zorganizowania szpitala na 200 łóżek^{107/}.

Meldunki szefa służby zdrowia 4 DP o sytuacji cywilnej służby zdrowia na Pradze spowodowały, że wydział służby zdrowia 1 AWP włączył się do organizacji poprawy opieki lekarskiej nad ludnością cywilną.

Korzystając z wydanych rozkazów dowództwa Armii, jak na przykład "O pomocy żywnościowej dla ludności cywilnej", szef służby zdrowia 1 AWP starał się udzielić pomocy cywilnym szpitalom Pragi. Kiedy jednak sporadyczne akcje nie wystarczały i kiedy o pomoc zwrócił się Komitet Niosienia Pomocy Wareszanie, wtedy w piśmie z dnia 27 września 1944 roku szef służby zdrowia 1 AWP przedstawił dowódcy 1 AWP gen. dyw. Zygmuntowi Berlingowi projekt zorganizowanej pomocy medycznej dla ludności cywilnej^{108/}.

106/ CAW III-7-700 k. 1.

107/ W meldunku do szefa służby zdrowia 1 AWP z dnia 16 września 1944 roku szef służby zdrowia dywizji pisał między innymi: "Szpitale dla cywilów przepełnione, przystąpiłem do współpracy z Czerwonym Krzyżem do organizowania nowego szpitala na 200 łóżek. W Pradze jest 6 szpitali dla ludności cywilnej, w których jest około 1300 łóżek, w tej liczbie 200 łóżek dla zakaznie chorych. Sanitarno-technicznych urządzeń mogących pracować nie ma". CAW III-4-663 k. 36.

108/ Projekt ten został przesłany do gen. dyw. Z. Berlinga pismem nr 01745 z dnia 27 września 1944 roku. CAW III-4-663 k. 48.

Dowódca Armii przedstawił propozycje ekceptowań. Od dnia 3 października 1944 roku w meldunkach dziennych pojawiła się nowa rubryka "stan chorych i rannych cywilnych", wykazująca osoby pozostające na zaopatrzeniu służby zdrowia Armii, leczone w szpitalach cywilnych lub w wydzielonym dla ludności cywilnej szpitalu radzieckim nr 5171.

Średnio w szpitalach tych przebywało w kolejnych miesiącach: w październiku - 821, w listopadzie - 944, w grudniu - 864 i w styczniu 848 osób^{109/}.

Niezależnie od powyższego w innych szpitalach Armii leczono również skierowanych tam sporadycznie rannych i chorych spośród ludności cywilnej.

Szef służby zdrowia Armii, zdając sobie sprawę z faktu, że pomoc wojska jest przejściowa, starał się zaktywizować działalność władz cywilnych w zakresie zapewnienia pomocy pracującym już cywilnym placówkom służby zdrowia. Pismo w tej sprawie, adresowane do szefa departamentu służby zdrowia WP, przekazano do wiadomości kierownika resortu pracy, opieki społecznej i zdrowia dr. Bolesława Drobnego^{110/}.

Kolejnym, bardzo istotnym zagadnieniem, którym zajęła się służba zdrowia i armii WP, była walka z chorobami zakaźnymi. Wśród ludności cywilnej Pragi i okolic podwarszawskich rozprzestrzeniły się liczne zachorowania na czerwonkę bakteryjną i inne choroby zakaźne przewodu pokarmowego, przyjmując nawet w niektórych przypadkach charakter epidemii.

Kontakty żołnierzy z ludnością cywilną były niejednokrotnie przyczyną przeniesienia zachorowań do szeregów wojsk.

Ze względu na brak dobrze zorganizowanej sieci placówek sanitarno-epidemiologicznych w okresie przedwojennym, dezorganizację istniejącej sieci placówek służby zdrowia i niedostatki w działaniu nowej państwowej służby zdrowia, inicjatywa w zakresie przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych musiała przejść w ręce władz wojskowych.

Pierwszą czynnością, zarządzoną w dniu 30 września 1944 roku, było przeprowadzenie rozpoznania epidemiologicznego na obozrze od Pragi na wschód i południe, aż do Celestynowa. W akcji tej wzięła udział większość jednostek służby zdrowia szczebla ar-

109/ T. Brzeziński, op.cit. /4/. s. 141.

110/ CAW III-4-863 k. 53-54.

niwego oraz służba zdrowia związków taktycznych^{111/}. W tej sprawie wydany został rozkaz z dnia 30 września 1944 roku^{112/}.

Wobec braku wolnych łóżek w szpitalach cywilnych i konieczności udzielania pomocy zakaźnie chorym żołnierzom, skierowano w rejon zagrożenia, będące w dyspozycji Armii, dwa redzieckie szpitale zakaźne:

- PRSZ nr 4244, rozwinęty początkowo w Otwocku, a następnie w Żelazcu;
- PRSZ nr 4182, skierowany do dyspozycji 1 AWP wyłącznie na okres epidemii i rozwinęty w rejonie Nowego Rembertowa.

Poważną rolę w zwalczaniu epidemii wśród wędrujących rzesz ludności cywilnej przypadła punktowi sanitarno-kontrolnemu /PSK/ rozwinętemu przy skrzyżowaniu dróg w Starej Miłosnej.

W punkcie tym w listopadzie i grudniu 1944 r. poddano przeglądowi sanitarnemu 6429 osób cywilnych, udzielając im jednocześnie niezbędnej pomocy lekarskiej oraz organizując dla nich kąpiel i dezynsekcję.

Kolejną akcją, w której inicjatywę służby zdrowia i armii WP została zrealizowana przez organizującą się cywilną służbę zdrowia, była walka z chorobami wenerycznymi. W tej sprawie szef służby zdrowia i armii WP zwrócił się do lekarza wojewódzkiego^{113/} a następnie kontaktonał się z kierownikiem wydziału szpitalnictwa m. stołecznego Warszawy prof. dr. med. Zdzisławem Michałskim^{114/}.

W wyniku rozmów, w szpitalu zakaźnym na Pradze przy ul. Grochowskiej róg Siennickiej, utworzony został 60-łóżkowy oddział dla chorych wenerycznie.

Pomoc służby zdrowia i armii WP miała zasadnicze znaczenie dla zorganizowania służby zdrowia Warszawy i województwa warszawskiego. Pomoc lekarzy wojskowych, obok spontanicznej akcji

111/ CAW III-4-872 k. 75-76.

112/ Rozkaz przewidywał: "1. Do 9 października 1944 roku siłami służby zdrowia armii przeprowadzić obchód wszystkich zamieszkałych osiedli, wyjawic wszystkich chorych na dezynteryę i izolować ich w szpitalach chorób zakaźnych w Rembertowie i Otwocku. 2. Członków rodzin, u których wykryje się chorych na dezynteryę lub u których we wrześniu były wypadki zachorowań, fagować dezynteryjnym bakteriofagiem jednorazowo po dwie tabletki i przeprowadzić statystykę fagowanych. 3. Ewakuację zakaźnie chorych przeprowadzić specjalnymi środkami lokomocji, wydzielonymi przez jednostki wojskowe. 4. Podczas obchodów wyjaśnić, że leczenie i zaprowiantowanie jest bezpłatne. 5. 30 października 1944 roku do godz. 10-ej przedstawić sprawozdanie".

113/ CAW III-4-863 k. 86.

114/ Tamże, k. 87-88.

indywidualnych pracowników służby zdrowia i komitetów społecznych, przez długi czas stanowiło podstawowe źródło pomocy medycznej ludności cywilnej Pragi i okolic^{115/}.

115/ T. Brzezinski, K. Markiewicz, Służba zdrowia i armii WP w akcji niesienia pomocy ludności cywilnej w rejonie walk o Warszawę. Lekarz wojskowy 1973. 10. s. 890-895.

ROZDZIAŁ IV

SPOSÓB I EFEKTY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR DRAZ I ARMII WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945

Armii Polskiej w ZSRR

W czasie organizowania służby zdrowia Armii, wydział służby zdrowia miał do dyspozycji dwa szpitale Korpusu. Pozostałe jednostki służby zdrowia znajdowały się dopiero w trakcie formowania.

Ponieważ konieczne było zabezpieczenie medyczne wojsk Armii skoncentrowanych w rejonie Żytomierza i sztabu formowania w Smerskach, pozostawiono w Smerskach 1 polowy szpital ruchomy, spełniający tam rolę szpitala garnizonowego^{116/}, a zabezpieczenie jednostek Armii oparto na 2 polowych szpitalach ruchomych i szpitalach radzieckich, wchodzących w skład 1 Frontu Ukraińskiego^{117/}.

Podstawę do działania służby zdrowia związków taktycznych i Armii były "Wskazówki o lekarsko-ewakuacyjnym zabezpieczeniu Wojsk I-ej Polskiej Armii" wydane 13 kwietnia 1944 roku w Wołicy^{118/}.

Organizację zabezpieczenia medycznego określały one w sposób następujący:

- pomoc ambulatoryjna winna być udzielana w nacierzystych jednostkach wojskowych;
- leczenie stacjonarne do 5 dni w nacierzystych jednostkach wojskowych, do 15 dni w batalionach sanitarnych, a do 45 dni w 2 polowych szpitalach ruchomych, który posiadał oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, skórno-veneryczny i ginekologiczny;
- leczenie zakaźnie chorych w radzieckim szpitalu ewakuacyjnym nr 1920 w Żytomierzu^{119/}.

Część sformowanych jednostek Armii stacjonowała we wsiach.

116/ Stan taki trwał do 11 kwietnia 1944 roku, później szpital został przeniesiony w rejon Kinerc, CAW III-4-912 k. 427.

117/ S.A. Kurkotkin. Tył Sowietekich Wojsk w Wielkiej Ojczyźnianej Wojnie. Moskwa 1977.

118/ CAW III-4-854 k.b.n.

119/ T. Brzeziński, op.cit. /4/. s. 29.

w których występowały ogniska duru plamistego /Doitronka, Rudnia, Horodliszcze i inne/, a równocześnie z jednostek zapasowych dochodziły meldunki o stwierdzonych tam przypadkach chorób zakaźnych.

Dlatego też wydział służby zdrowia Armii spowodował wydanie w krótkich odstępach czasu rozkazów dowódcy Armii poświęconych stanowi sanitarno-epidemicznego wojsk i rejonu zakwaterowania.

Rozkazy te nakazywały dowódcom i służbie zdrowia jednostek przeprowadzenie szeregu czynności sanitarno-przeciwepidemicznych, a w szczególności wprowadziły:

- podział rejonu między poszczególne jednostki z wyznaczeniem lekarzy garnizonowych i obowiązków prowadzenia stałego nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego;
- organizację punktów sanitarnych w celu opracowania sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk w okresie przegrupowania^{120/};
- organizację punktów sanitarno-kontrolnych na stacjach załadunkowych i wyładunkowych dywizji;
- obowiązek budowy we wszystkich jednostkach wojskowych po jednej łaźni i jednej komorze dezynfekcyjnej na batalion, o wydajności 20 kąpielii i 20 dezynsekcji kompletów uzundowania na godzinę;
- obowiązek dokonywania codziennych przeglądów całego stanu osobowego na zamieszanie i składanie meldunków o wynikach w odstępach 5 dniowych;
- obowiązek kąpielii całego stanu osobowego w odstępach 10 dniowych;
- obowiązek przeprowadzania co 5 dni przeglądu lekarskiego i zabiegów sanitarnohigienicznych personelu zespołów żywnościowych;
- szczepienia ochronne całego stanu osobowego przeciw duronowi brzuszemu, duronowi rzekowemu, czerwoncem bakteryjnej i cholery;
- odpowiedzialność dowódców za stan sanitarnohigieniczny rejonu rozlokowania jednostki wojskowej.

120/ Siłami 1 PDP na drodze Żytomierz-Berdyczów, 2 PDP na drodze Berdyczów-Czudnów i 3 PDP na drodze Żytomierz-Nowe Rudnia.

Część wyżej wymienionych nakazów miała znaczenie tylko lokalne lub okresowe, większość jednak obowiązywała przez cały czas działania pionu sanitarno-epidemiologicznego służby zdrowia Armii.

W ciągu kwietnia 1944 roku spośród schorzeń leczonych w szpitalu nr 2 /baz przypadków chirurgicznych/ pierwsze miejsce zajmowała zianica - 49 przypadków /26,5%/, a następnie rzeżączka - 15 /8,1%/, grypa - 15 /8,1%/, gruźlica - 9 /4,9%/, i kiła - 1 /0,6%/^{121/}.

Struktura struktury sanitarnych było zbliżone do struktury czasu pokojowego. To sprawiło, że zabezpieczenie medyczne nie nosiło szczególnych trudności i można było efektywnie wysiłki skierować na działalność sanitarno-przeciwepidemiczną, dzięki czemu osiągnięto w tej dziedzinie pozytywne rezultaty.

Z chwilą włączenia 1 Armii Polskiej w ZSRR w skład drugiego rzutu 1 Frontu Białoruskiego nastąpiło przegrupowanie wojsk Armii do rejonu Łuck, Kłoneń, Cusań, co spowodowało konieczność opracowania nowego planu zabezpieczenia medycznego wojsk. W dniu 20 maja 1944 roku plan ukazał się w formie "Nakazówek o lekarsto-ewakuacyjnym zabezpieczeniu wojsk I-oj Polskiej Armii w ZSRR"^{122/}.

Ustalono, że chorych zakaznie należy ewakuować do szpitala radzieckiego nr 859 we wsi Sitarzówka w rejonie Rososzyce^{123/}.

Pomysłowo wskazówki wprowadziły również obowiązek codziennego składania meldunków o nowych zachorowaniach na choroby zakaźne przez wszystkie jednostki służby zdrowia.

W czerwcu 1944 roku do rejonu Kinerc stopniowo przybywały jednostki służby zdrowia formowane w Szwach oraz jednostki rodzicielskie, skierowane w operacyjne podporządkowanie 1 AP w ZSRR.

Stworzyło to zupełnie nową sytuację, wymagającą zmiany dotychczasowego planu zabezpieczenia medycznego. Wyrazem tego był kolejny "Plan leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia wojsk I-oj Polskiej Armii na okres czasu od 1 lipca 1944 roku"^{124/}.

121/ T. Wesserstrom, Służba medyczna 1 armii Wojska Polskiego. Lekarz Wojskowy 1963, 10, s. 848-857.

122/ CAW III-4-868 k. 1-2.

123/ N.N. Antipienko, Tyły 1 Frontu Białoruskiego. Przegląd Kustarnietrzonki 1966, 1/07/ i 2 /08/.

124/ CAW III-4-868 k. 9-16.

W części organizacyjnej plan ten wprowadził podział jednostek służby zdrowia na trzy grupy:

- podporządkowane wysuniętemu oddziałowi PEP1 w rejonie Czolnicy: ChPSZR nr 1 i 2, WPSZR nr 3 i IPPG nr 4244;
- podporządkowane szefostwu PEP 1 w rejonie Kimerc: SzLR nr 6, ChPSZR nr 4, ChPPG nr 5171, TPPG nr 2085 i PRSzZ nr 5;
- szpitale pozostające w odnodzie w stanie zwiniętym: ChPPG nr 5174 i 616, EG nr 5380 i 3555 oraz GOPEP nr 136 oraz inne jednostki podporządkowane bezpośrednio wydziałowi służby zdrowia Armii: 1 SEG, 1 samodzielne kompanie wzmocnienie służby zdrowia, 1 laboratorium anatomo-patologiczne, żelazie polowe nr 7, 8 i 10, 2 kompanie esochodów sanitarnych, 8 polowy skład sanitarny Armii i pralnia polowa nr 4.

Rejon rozbiezszczenia wojsk Armii z punktu widzenia epidemicznego był rejonem niepożyłym.

Zauważenie wśród miejscowej ludności sięgało niekiedy 100% mieszkańców. W maju 1944 roku w rejonie Kimerc zanotowano 209 przypadków duru pleniastego^{125/}.

Poniższy stan sanitarno-epidemiczny był przyczyną wydania przez kwatermistrza Armii rozkazu "O sanitarno-profilaktycznych zarządzeniach wśród ludności w rejonach rozlokowania wojsk", polecającego służbie zdrowia i AP w ZSRR dokonywanie lustracji rejonu i doprowadzenie go przy pomocy miejscowych władz cywilnych i kierownictwa kołchozów do należącego stanu sanitarno-epidemicznego, jak również zorganizowanie pomocy lekarskiej dla ludności cywilnej i izolację zakaźnie chorych^{126/}.

W krótkim czasie działalność pionu przeciwepidemicznego wojskowej służby zdrowia przyniosła pozytywne rezultaty.

W czasie w maju 1944 roku wykryto wśród ludności cywilnej 303 ognisko duru pleniastego, w tym 147 nowych; w szpitalach wojskowych umieszczono 185 osób^{127/}.

W czerwcu w rejonie Kimerc zanotowano 197 przypadków duru pleniastego, w rejonie Ołyki - 18 przypadków, w rejonie Klexenie - 21 i w rejonie Cucenia - 92 przypadki^{128/}. W szpitalach unio-

125/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym jednostek i Armii Polskiej w ZSRR za lipiec 1944 roku. CAW III-4-872 k. 25.

126/ Rozkaz kwatermistrza i AP w ZSRR nr 5 z dnia 14.05.1944 roku. CAW III-4-860 k. 1.

127/ Meldunek o stanie zachorowań z dnia 15.06.1944 roku CAW III-4-874 k. 20-21.

128/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym jednostek i AP w ZSRR za lipiec 1944 roku. CAW III-4-872 k. 25.

szczono 68 osób. W pierwszej dekadzie lipca w rejonie Kimerc było już tylko 7 przypadków duru plamistego, a w rejonie Ołyki 9 przypadków.

Sytuacja epidemiczna w wojskach Armii przedstawiała się następująco: łącznie z przypadkami stwierdzonymi w rejonie Żytowierze, liczba zachorowań na dur plamisty wynosiła w maju - 18, czerwcu - 32, w pierwszej dekadzie lipca - 5, natomiast na dur brzuszny odpowiednio - 5, 11, i 7^{129/}.

Walka z durami plamistymi realizowana była głównie przez nadzór nad wykonaniem wydanych w tej sprawie rozkazów oraz przez organizowanie zabiegów sanitarnohigienicznych i likwidację zamieszania.

Meldunki na ten temat składane były najniższymi przełożonymi.

Kontrole, przeprowadzane wyrynkowo przez pion przeciwepidemiczny służby zdrowia Armii, sprawdzały wiarygodność wszystkich przedsięwzięć i przeglądów sanitarnych dokonywanych przez służbę zdrowia związków taktycznych.

30 maja 1944 roku przeprowadzona została taka kontrola na osobiste polecenie generała Karola Śmierczewskiego. Wykazała ona niepomysłny stan sanitarnohigieniczny w 3 PDP, gdzie zamieszanie w oddziałach wynosiło od 3 do 36%, natomiast w Brygadzie Czołgów zamieszanie sięgało 14%.

W ślad za kontrolą ukazał się rozkaz dowódcy Armii^{130/} ponownie przypominający wytyczne zawarte w rozkazie 011 z 14 kwietnia 1944 roku, jak również karzący dowódcę 3 PDP, szefów służby zdrowia 3 PDP i Brygady Czołgów oraz zwracający uwagę dowódcy brygady na zaniedbania w tej dziedzinie.

Do 1 lipca 1944 roku w jednostkach Armii wybudowano 56 łazni i 34 komory dezynfekcyjne^{131/}.

Nadal jednak najgorzej przedstawiał się stan sanitarno-epidemiczny w 3 PDP, w której kwaterystrzostwo nie potrafiło należycie zorganizować nawet łapieli żołnierzy i prania bielizny^{132/}.

129/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym 1 AP w ZERR za kwiecień, maj i czerwiec 1944 roku. CAW III-4-674 k. 65.

130/ Rozkaz dowódcy 1 AP w ZERR nr 068 z 31.05.1944 roku. CAW III-4-653 k. b. n.

131/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym jednostek 1 AP w ZERR za kwiecień, maj i czerwiec 1944 roku. CAW III-4-674 k. 65.

132/ Pismo płk. M. Noguczego do gen. Stanisława Galickiego. CAW III-4-672 k. 12.

W ramach działalności przeciwepidemicznej niezależnie od walki z zakażeniem przeprowadzono szczepienia przeciwko durowi plamistemu w sztabie Armii i podległych oddziałach^{133/}.

Walkę ze schorzeniami zakaźnymi przewodu pokarmowego prowadzono przez realizację przedsięwzięć określonych w poprzednio wydanych zarządzeniach oraz przez kontynuację szczepień ochronnych szczepionką NIISI^{134/}.

Nimo to wystąpiły nowe zachorowania. Na 19 przypadków duru brzuszego stwierdzonych w lipcu 1944 roku - 8 chorych żołnierzy, było uprzednio poddanych szczepieniom, a na 22 przypadki czerniakki bakteryjnej, aż 12 zaszczepiono uprzednio szczepionką NIISI^{135/}.

Poważny problem epidemiologiczny stanowiła zianica. Zarządzona w Armii rejestracja ujawniła do końca czerwca 1944 roku - 4064 /4,5%/ osób, które przebyły tę chorobę w latach 1942-44, z czego aż 1917 osób w 1 PDP. Stanowiło to 17,4% stanu osobowego dywizji^{136/}.

W lipcu 1944 roku pojawiły się 234 nowe zachorowania na zianicę, 508 zmarłów i 124 przypadki podejrzeń o tę chorobę^{137/}.

Duża zachorowalność sprawiła, że zagadnienie zianicy stało się podstawowym problemem leczniczo-profilaktycznym internisty Armii.

Aby położyć kres rozprzestrzenianiu się tej choroby, od kwietnia 1944 roku przeprowadzono leczenie zapobiegawcze aktywiną i chininą^{138/}.

Ciężkie przegrupowania wojsk stworzyły problem zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego dróg naczyni. W związku z tym, w oparciu o rozkaz dowódcy Armii z dnia 3.06.1944 roku, przy drogach przegrupowania zorganizowano punkty sanitarno-kontrolne wraz z komorami dezynfekcyjnymi oraz szatniami^{139/}.

133/ Rozkaz szefa sztabu 1 AP w ZSRR nr 33 z dnia 16.06.1944 r. CAW III-4-855 k. b. n.

134/ Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 39 z maja 1944 roku wydany w Suarach zalecał przeprowadzenie szczepień ochronnych w okresie od 15.05.1944 r. CAW III-4-855 k. b. n.

135/ Stan sanitarno-epidemiczny jednostek 1 AP w ZSRR za lipiec 1944 r. CAW III-4-872 k. 30-31.

136/ CAW III-4-874 k. 67.

137/ CAW III-4-872 k. 32.

138/ Zarówno zasady stosowania leczenia zapobiegawczego, jak i zasady leczenia zianicy w systemie leczniczo-ekspedycyjnym określała "Instrukcja dla walki i leczenia szlaków wśród wojsk Białoruskiego Frontu". CAW III-4-846 k. 7-9.

139/ CAW III-4-874 k. 67.

Działanie służby zdrowia i AP w ZSRR w okresie formowania i szkolenia wojsk na terenach Związku Radzieckiego miało charakter zbliżony do pracy pokojowej w warunkach ćwiczeń polowych.

Dlatego przewagę nad problemami zabezpieczenia leczniczo-owocukacyjnego działań bojowych miały zagadnienia zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego i leczenia chorób.

Z obydwu tych zadań, nisz organizowania dopiero własnych jednostek, służba zdrowia Armii wywiązała się należycie.

Już w pierwszych miesiącach wojny radziecko-niemieckiej w wojskach hitlerowskich występowały choroby zakaźne.

W Grupie Armii "Środek" 43% zachorowań na dur pleniasty przypadało na 9 armię, w której od stycznia do kwietnia 1942 roku zanotowano 4971 przypadków z 328 zgonami^{140/}.

Donośca armii dostrzegł znaczny wpływ epidemii na gotowość bojową wojsk. W ramach działalności przeciwepidemicznej rozkaz wykorzystywać urządzenia stacjonarne znajdujące się na terenach okupowanych. Niezważenie przechwyconych polowych urządzeń dezynfekcyjno-dozynfekcyjnych traktował jako "przestępstwo przeciw zdrowiu żołnierzy"^{141/}.

Według źródeł niemieckich straty poniesione w tym czasie na skutek epidemii, dorównywały liczbie rannych^{142/}.

W 1942 roku dur pleniasty w wojskach hitlerowskich stanowił 25,3% wszystkich chorób zakaźnych, a w 1943 roku - 45,9%.

Znane są przykłady, gdy na kierunkach nacierających wojsk radzieckich Niemcy specjalnie pozostawiali duże skupiska chorych na dur pleniasty, licząc, że staną się one dla zwycięskich oddziałów obeszczelniającymi czynnikami zakażenia.

W 1944 roku rozpoznanie epidemiologiczne Armii Radzieckiej ustaliło, że w rejonie miejscowości Ozarycze na Polesiu znajdowały się duże obozy koncentracyjne, w których zgrupowano około 33.000 zaszczepionych więźniów i z tego 1885 chorych na dur pleniasty^{143/}.

Od 1942 roku poważnym problemem dla wojsk niemieckich na te-

140/ J. Bończak, Straty osobowe Niemiec hitlerowskich w wojnie radziecko-niemieckiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1974, 6 /139/, s. 85-93.

141/ J. Bończak, Niektóre zagadnienia medyczne w wojnachcie. Lekarz Wojskowy 1975, 3, s. 206-212.

142/ J. Bończak, Medycyna opod znaku susztyki. Przegląd Kwatermistrzowski 1978, 2/159/, s. 46-56.

143/ J. Bończak, Dur pleniasty w armiach świata. Lekarz Wojskowy 1966, 2, s. 154.

renach Ukrainy stała się zianica. W celu ochrony głębokich tyłów służba zdrowia armii niemieckiej zorganizowała sieć punktów przepustowych na granicy strefy operacyjnej.

W 1944 roku w oddziałach amerykańskich w Zachodniej Afryce wystąpiła epidemia zianicy, powodując 1 200 zachorowań. W marynarce wojennej USA obserwowano w tym czasie epidemie okrętowe.

Zianica notowana była w postaci ognisk epidemicznych wśród wojsk alianckich na Dalekim Wschodzie. W ciągu 1944 roku zachorowało tam 4 647 żołnierzy^{144/}.

W armii hitlerowskiej występował także dur brzuszny.

Z tego powodu poważne straty poniosła armia niemiecko-włoska w Północnej Afryce, gdzie 40-50% stanów osobowych przebyło choroby zakaźne przewodu pokarmowego.

Dur brzuszny wyeliminował z walki tysiące żołnierzy z Korpusu Romala^{145/}.

W czasie przegrupowania Armii na tereny polskie

Armia Radziecka podczas operacji białoruskiej w czasie od 23 czerwca do 11 lipca 1944 roku wyzwoliła tereny Białorusi, a następnie 20 lipca sforsowała Bug, osiągając do końca lipca rubież: Działów, Szamły, rejon na wschód od Kowna, Knyszyn, Łosice, rejon na południe od Mińska Mazowieckiego i Otwocka oraz wschodni brzeg Wisły na odcinku Otwock - Puławy.

Poważną rolę w tych działaniach przypadła wojskom 1 Frontu Białoruskiego, działającym na lewym skrzydle, w ramach tak zwanej operacji brzesko-lubelskiej /początkowo nosiła ona nazwę brzesko-siedleckiej/^{146/}.

W związku z tym wchodząca w skład 1 Frontu Białoruskiego i Armia Polska w ZSRR otrzymała nowe zadanie, zadanie tym istotniejsze, że mające się już odbywać na terenach wyzwolonego kraju.

W pierwszej dekadzie lipca 1944 roku szef służby zdrowia Armii, w związku z otrzymanym zadaniem przygotowania Armii do

144/ J. Dończak, Zianica w armiach śniute, Lekarz Wojskowy 1969, 3, s. 239.

145/ J. Dończak, Dur brzuszny w armiach na przestrzeni dziejów, Lekarz Wojskowy 1968, 12, s. 1095.

146/ A. Kerpiński, Pod Dęblinem, Puławami i Warką, MON, Warszawa 1967, s. 15-17.

wprowadzenie jej do walki, dokonał analizy posiadanych sił i środków. Ocenił je w sposób następujący /schemat 7/:

- sześć polowych szpitali chirurgicznych /w tym trzy polskie i trzy radzieckie/ jest w stanie udzielić pomocy 1200-1500 rannym w ciągu doby;
- dwa ewakuacyjne punkty rozdzielcze wysuniętych oddziałów PEP /polskiego i radzieckiego/ mogą udzielić pomocy 300 rannym w ciągu doby;
- dwa radzieckie szpitale ewakuacyjne mogą udzielić pomocy 400-500 rannym w ciągu doby;
- szpital dla lekkich rannych może udzielić pomocy do 600 rannym w ciągu doby.

Posiadał również: dwa szpitale chorób zakaźnych nr 5 i 4244 /radziecki/ po 100 łóżek, grupę sanitarno-epidemiologiczną, kompanię dezynfekcyjno-kąpieloną, pralnie polowe nr 2 i 4, oraz łaźnie polowe nr 7, 8 i 10.

Możliwości leczenia chorych były mniejsze od potrzeb, wynosiły bowiem 30-40 nowych chorych dziennie w szpitalach wewnętrznych i 10-15 w szpitalach zakaźnych. Dawało to więc możliwości leczenia chorych w wymiarze dziennym 0,05% stanu Armii. Nawet przy takim stanie zachorowań w 1 AP w ZSRR liczba łóżek była niewystarczająca^{147/}.

PRSZ nr 5 w lipcu 1944 roku sześć razy zmienił miejsce postoju: kol. Peretoki, w. Jasinówka, kol. Opołonec, w. Lubowl, w. Lublin i w. Żyrzyn.























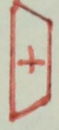


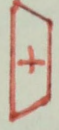


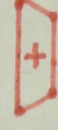
We wsi Żyrzyn /57 km od Lublina/ szpital rozciął się w zbudowaniach folwarcznych.

Oddział I szpitala składał się z dwóch sal i dwóch izolatorów dla chorych na dur brzuszny i czerwone bakteryjną. Znajdowało się tam również laboratorium, w którym wykonywano wyłącznie badania kliniczne. Badania serologiczne i bakteriologiczne nie przeprowadzono z powodu braku laboranta - bakteriologa. Szpital nie miał więc możliwości potwierdzenia rozpoznania badania bakteriologicznym.

Oddział II posiadał dwie sale i izolator dla chorych na dur plamisty. Przy tym oddziale znajdowała się również izba przyjęć, łaźnia i komora dezynfekcyjna.

147/ T. Brzeziński, op. cit. /4/. s. 44.

**JEDNOSTKI I URZĄDZENIA LECZNICZO-EWAKUACYJNE
I SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE 1AWP W LIPCIE 1944r**

LECZNICZO-EWAKUACYJNE 1AWP	RADZIECKIE W OPERACYJNYM PODPORZĄDKOWANIU 1AWP	SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE 1AWP
 SZEFOSTWO PEP 1	 GO PEP 136	 SEG 1
 WYSUNIĘTY ODDZIAŁ PEP 1		
 1 ChPSzR 1	 616 Ch PPG 616	 4 Kompania dezynfekcyjno-kąpielowa
 2 ChPSzR 2	 5171 Ch PPG 5171	 Łazienka polowa nr 7
 3 PRSzw 3		
 4 ChPSzR 4	 5174 Ch PPG 5174	 Łazienka polowa nr 8
 5 PRSZZ 5		
 6 PRSzLR 6		
 1 Samodzielna kompania wzmocnienia medycznego	 2085 TPPG 2085	
 2 Kompania samochodów sanitarnych		
 3 Kompania konno-sanitarna		
 PASS 8	 5380 EG 5380	 Łazienka polowa nr 10
 Laboratorium anatomo-patologiczne nr 1 (PAL 1)	 3555 EG 3555	 Pralnia polowa nr 2
	 4244 JPPG 4244	 Pralnia polowa nr 4

PRSZ nr 4244 rozwinął się we wsi Stara Czołnica w trzech budynkach mieszkalnych, kilku budynkach przystosowanych i namiotach. Oprócz sal i dwóch izolatorów dla chorych szpital posiadał izbę przyjęć, laboratorium, aptekę, żaźnię i komorę dezynfekcyjną.

W związku z oddelegowaniem kierownika laboratorium tego szpitala, do służby zdrowia i Frontu Białoruskiego, skierowano na to stanowisko lekarza-bakteriologa z ruchomego laboratorium SEG 1.

Szpital w lipcu 1944 roku był znacznie oddalony od wojsk Armii.

I grupa sanitarno-epidemiologiczna, pomimo odejścia po krótkim okresie pracy na inne stanowisko kierownika laboratorium bazowego^{148/}, prowadziła zajęcia szkoleniowe w formie kursu dezynfektorów^{149/} i zajęć dokształcających laborantów batalionów medyczno-sanitarnych /MSB/ oraz konsultowała szpitale.

W dniach od 11 do 16 lipca 1944 roku nastąpiło przegrupowanie związków taktycznych z rejonu: Kierce, Ołyka, Klemań, Cumań do rejonu Kowla, a następnie po 20 lipca do Chełma i Lublina.

W ciągu 11-12 dni oddziały przebyły marszem pieszym 350 kilometrów, pokonując dziennie około 30 km /maksymalnie 60 km/. Odpoczynki organizowano najczęściej poza osiedlami.

Podstawowym problemem służby zdrowia w czasie marszu było prowadzenie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego terenu. Powinno ono być realizowane siłami związków taktycznych /plutonów sanitarnych MSB/ i siłami Armii. Praktycznie jednak, w związku z podziałem batalionów sanitarnych na dwa rzuty, nie były one w stanie wypełniać tego zadania i opierało ono w całości na siły armijne, a głównie na SEG 1 /ruchome laboratoria/.

148/ Kpt. Paschalis Zagórski, mimo pozostawienia na etacie SEG 1, pracował w III referacie wydziału służby zdrowia i ANP, dołączając ostatecznie został przeniesiony rozkazem personalnym z dnia 16 sierpnia 1944 roku, a na jego miejsce wyznaczony został por. Leon Krepkogorski rozkazem personalnym z grudnia 1944 roku, CAW III-4-876 k. 189, CAW III-4-884 k. 216 i CAW III-4-914 k. 99.

149/ Kurs ten, utworzony zarządzeniem kwatermistrza 1 AP w ZSRR nr 0488 z dnia 12 lipca 1944 roku, trwał 4 dni i obejmował zagadnienia związane z posługiwaniem się stosowanymi wówczas środkami dezynfekcyjnymi w przypadkach schorzeń zoonozowo-jelitowych /chlorok wapnia, kwas karbolowy, lizol, kreolina i sublimat/ oraz dezynfekcyjnymi w przypadku durów pasożytniczych /mydło K, preparaty SK9 i K9, proszek M, pyrettrum i solvent/, pasta albichtiolowa, a także organizację i zasady pracy żaźni i pralni polowych wraz z zagadnieniem impregnacji bielizny. CAW III-4-876 k. 190.

W ciągu lipca 1944 roku, a głównie w drugiej jego dekadzie, sprawdzono 85 miejscowości z około 12.000 pomieszczeń i 36.000 mieszkańców. Stwierdzono 14 ognisk chorób zakaźnych i hospitalizowano 17 osób. Zbadano 1681 źródeł wody, z których zdykwalifikowano 139^{150/}.

Teren, przez który przegrupowały się wojska Armii, był pod względem sanitarno-epidemicznym rejonem niejednorodnym.

Odcinek od Łucka do Kowla to teren w miesiącach wiosennych wyzwolony od wroga, wyludniony, o ponysalnym stanie sanitarno-epidemicznym. Choroby zakaźne występowały tu sporadycznie. Jednak wraz z przegrupowaniem wojsk nastąpił powrót ludności cywilnej z terenów Rożyzsca, Łuck i Ołyka, gdzie stwierdzano ogniska duru plamistego. Brak rozgraniczenia dróg spowodował kontaktowanie się ludności z żołnierzami i stała groźbą przeniesienia duru plamistego do szeregów wojsk.

Odcinek od Kowla do Bugu był terenem niedawno wyzwolonym. Zniszczone wsie i osiedla posiadały dużą liczbę mieszkańców. Ludność miejscowa znajdowała się w złych warunkach sanitarno-higienicznych, o dużym stopniu zanieczyszczenia, przy stosunkowo dużej liczbie chorób zakaźnych. Występowały tu pojedyncze przypadki duru plamistego i czerwonki bakteryjnej /Melenowicze/, liczne natomiast były przypadki świerzbii.

W związku z załogowaniem nieuprzątniętych zwłok ludzkich i zwierzęcych wzdłuż całej drogi marszu, przed służbą zdrowia stanął problem organizacji grzebania zwłok, szczególnie w Mieszowie, gdzie koniecznym było korzystanie w tym względzie z pomocy miejscowej ludności.

Poważnym stanął się też problem zabezpieczenia wody do celów konsumpcyjnych. Zniszczenie miejscowych studni zmuszało do kopania nowych oraz do szczególnej ostrożności w eksploatacji nielicznych zachowanych studni.

Na tym odcinku marszu dało się zauważyć pogorszenie stanu sanitarno-epidemicznego wojsk Armii. Trudności w organizowaniu kąpielii, prania i dezynsekcji spowodowały gwałtowne zwiększenie się zakażeń w oddziałach.

Trzeci odcinek marszu od Bugu do Wisły to, z wyjątkiem miejsc, teren mało zniszczony, o ponysalnym stanie sanitarno-epidemicznym

150/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemiologicznym za lipiec 1944 roku, CAW III-4-872 k. 25, 26, 33.

nym. Jednak i tutaj, w dużych miastach i na drogach zaległa znaczna liczba nieopogrzebionych zwłok. Poza tym teren nie był wolny od chorób zakaźnych.

Liczbę niektórych schorzeń zakaźnych wśród ludności cywilnej zamieszkałej na terenie województwa lubelskiego w pierwszej połowie 1944 roku przedstawiła tabela 2.

Tabela 2

Liczba schorzeń zakaźnych wśród ludności cywilnej woj. lubelskiego

Jednostka chorobowa	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	razem
Dur brzuszny	125	52	53	28	46	55	359
Dur płacisty	368	258	257	238	257	227	1625

CAW III-4-876 k. 181.

Na uwagę zasługuje fakt, że ponieważ nie prowadzono w tym czasie dochodzeń epidemiologicznych, powyższe dane liczbowe wykazują tylko przypadki zgłoszone do szpitali, natomiast faktyczna liczba chorych była większa.

Woda na tym terenie była niezdalna do picia. Zawierała znaczne ilości azotanów i azotynów, świadczących o zanieczyszczeniu jej domieszkami organicznymi^{151/}.

Warunki marzu nie pozostały bez wpływu na stan zdrowotny wojska. Zamotowano liczne przypadki nieżytu żołądkowo-jelitowego.

Trudności zaopatrzenia w żywność z zasobów miejscowych odbiły się niekorzystnie na żywieniu wojska.

Nie zawsze była realizowana w praktyce zasada przyrządzenia gorącej strawy dwa razy w ciągu doby.

Niejednokrotnie poranny posiłek składał się jedynie z herbaty, nawet bez chleba /jak np. w 1 batalionie 7 pp./, a obiad wydany był dopiero około godziny 18-ej.

W trzeciej dekadzie lipca 1944 roku brak było niektórych podstawowych produktów żywnościowych, jak np.: cukru i herbaty

151/ Sprawozdanie z działalności SEG 1 za lipiec 1944 roku, CAW III-4-876 k. 184-169.

/2 PDP/, a przez krótki okres czasu /trzy dni/ także i chleba /3 PDP/.

Produkty żywnościowe zdobyczne, znajdujące się w tym czasie w magazynach i mogące poprawić trudną sytuację, nie zostały przez służbę zdrowia zakwalifikowane do spożycia, ze względu na brak wyników odpowiednich badań laboratoryjnych^{152/}.

Ta uzasadniona ostrożność nie ułatwiała jednak kwatermistrzostwu rozniżenie nabrzmiałego problemu zaopatrzenia w żywność.

W miarę zaniejszenia się ruchów wojsk pierwszy etap rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego wykonywały plutony sanitarne MSB, natomiast SSG i zajęła się walką ze skutkami warunków marzu. Przystąpiono do kąpieli żołnierzy, prania i dezynsekcji ich bielizny i usundowania przy pomocy 4 kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej oraz pralni i łaźni polowych.

W czasie kiedy wojska 1 Armii Polskiej w ZSRR dokonywały przegrupowania na zachód w drugim rzucie 1 Frontu Białoruskiego, pierwszy rzut tego Frontu wyzwolił Chełm i Włodawę, a w dniu 23 lipca - Lublin. W dniu 25 lipca wojska 2 Armii Pancerniej wyszły na linię Wisły, opanowując Dęblin i Puławę. Z chwilą sforsowania Buga i wkroczenie wojsk radzieckich i polskich na tereny kraju rozpoczęto przegrupowanie tyłów Armii w ślad za oddziałami bojowymi.

Przegrupowanie jednostek służby zdrowia zapoczątkował rozkaz kwatermistrza Armii nr 02 z dnia 21 lipca 1944 roku^{153/}. Przewidywał on podciągnięcie do dnia 24 lipca wszystkich jednostek tyłowych w rejon Lubośla.

Przegrupowanie szpitali miało odbywać się w trzech etapach:

- I etap - termin realizacji do 22 lipca - podciągnięcie szpitali pierwszej linii, tj. ChPSZR nr 1 i 2, na linię Wicznów, Sztuń, Zisalica, Mosur.
- II etap - termin realizacji do 24 lipca - wysunięty oddział PEP1, WPSZR nr 3, ChPPG nr 616 i PRSZZ nr 5, do rejonu Lubośla.
- III etap - termin realizacji do 30 lipca - szpitale 3555 i 5380 do rejonu Lubośla celem rozminięcia bazy szpitalnej Armii, szpitale 5174, 5171 i 2085 w rejon Miazowa jako oddział szefa służby zdrowia, a szpital nr 6 w rejon Podstawy.

152/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemiologicznym jednostek 1 AP w ZSRR za lipiec 1944 roku, CAW III-4-872 k. 26.

153/ CAW III-4-860 k. 119.

Przegrupowanie jednostek kwaterystrzowskich nie było łatwe. Wpływały na to głównie trudności transportowe. Toteż w rozkazie kwaterystrze Armii nr 003 z dnia 25 lipca 1944 roku^{154/} znajduje się uwaga o niebezpieczeństwie oderwania się tyłów od wojsk Armii.

Szef służby zdrowia Armii otrzymał polecenie zorganizowanie w Chełmie miejscowej bazy szpitalnej i przenieście właściwej bazy szpitalnej Armii na zachód od Chełma.

Sytuacja służby zdrowia Armii na dzień 26 lipca przedstawiała się następująco:

- szpitale nr 1, 3 i 5 przegrupowywały się za wojskami Armii w rejon Żyrzyna,
- wysunięty oddział PEP i znajdował się w rejonie Kurona,
- szpital nr 2 rozwinął się w Lublinie jako szpital specjalistyczny,
- będący w odwodzie szpital nr 616 przegrupowywał się w rejon Żyrzyna^{155/}.

Pozostałe szpitale Armii znajdowały się jeszcze w rejonie Kinerc^{156/}, gdyż ze względu na trudności transportowe nie były w stanie wykonać rozkazu o przegrupowaniu.

W takiej sytuacji organizacyjnej zastał służbę zdrowia dzień przekształcenia i Armii Polskiej w ZSRR w 1 armię Wojska Polskiego.

Rozpoczęcie działań bojowych na terenie kraju wytworzyło nową sytuację. Do tej pory brak szpitali polowych szczególnie frontowego zmuszał do ewakuacji rannych i chorych, kwalifikujących się do leczenia na tym etapie, do szpitali i Frontu Białoruskiego. Sytuacja taka stała się nie do utrzymania z chwilą wkroczenia Armii na obszar kraju.

Zadanie zorganizowania szpitali tyłowych spoczęło na szefie służby zdrowia i armii WP.

Organizacja tych szpitali, w Chełmie i Lublinie, była jedną z płaszczyzn współpracy służby zdrowia i armii WP ze służbą zdrowia i organizacją Czerwonego Krzyża Lublino i Chełma.

154/ CAW III-4-860 k. 120, 121.

155/ Meldunek do szefa służby zdrowia i FB, CAW III-4-877 k. 167.

156/ Meldunek dzienny z 26 lipca 1944 roku i dni następujących.

CAW III-4-871.

Podczas walk 1 Armii Wojska Polskiego w rejonie Dęblińska
i Puław oraz na przyczółku warecko-sagunuszezańskim

/29.07-16.08.1944 r./

28 lipca 1944 roku oddziały 1 i 2 dywizji osiągnęły linię
Wiały i zajęły stanowiska obronne na odcinku od Dęblińska do Puław.

Pozostałe jednostki znajdowały się w drugim rzucie Armii,
względnie były rozciągnięte wzdłuż całej drogi marszu.

Stopień przygotowania służby zdrowia do działań zaczepnych
znalazł swoje odbicie w dokumencie z 31 lipca 1944 roku^{157/}.

Szczegółowe zamierzenia szefa służby zdrowia 1 Armii WP od-
nośnie do wykorzystania jednostek leczniczo-ewakuacyjnych prze-
widywały się między innymi, że PRSzZ nr 5 rozmieszczony w rejonie
Żyrzyna wejdzie w skład szpitali pierwszej linii.

Plan zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego z 31 lipca na-
suna wątpliwości w kwestii rozmieszczenia szpitali. Wydaje się,
że nie było uzasadnione umieszczenie jedynego szpitala zakaźnego
na prawym skrzydle oddziałów jako szpitala pierwszej linii.
Świadczy to, że dokument ten był opracowany pośpiesznie i nie-
zbyt dokładnie.

Faktyczny przebieg operacji tak pod względem taktycznym,
jak i pod względem zabezpieczenia medycznego miał inny przebieg
od planowanego.

Rozpoczęta w nocy z 1 na 2 sierpnia operacja zaczepna wyprze-
dziła zadania postawione przez Front 1 w efekcie nie przyniosła
przenidywanego powodzenia.

6 sierpnia dowódca 1 Armii WP otrzymał od dowódcy 1 Frontu
Białoruskiego rozkaz przekazania obrony dotychczasowego rejonu
oddziałom 7 Korpusu Kawalerii Gwardii i przegrupowanie wojsk do
rejonu koncentracji: Łaskierzew, Wilga, Sanogoszcz, z gotowością
do przeprawy przez Wiałę i złuzowania oddziałów 8 Armii Gwardii
na odcinku od ujęcia Pilicy do miejscowości Stara Warka.

Szef służby zdrowia Armii nie opracował planu zabezpiecze-
nia medycznego przegrupowania wojsk. Nie pozwolił mu na to krót-
ki czas, jaki dzielił termin otrzymania rozkazu o dyslokacji, od
terminu jego wykonania.

Niemniej jednak wydział służby zdrowia Armii czuwał nad prze-
biegiem marszu.

157/ "Plan zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego operacji 1-cj
Armii Polskiej - przerwanie linii obrony przeciwnika na od-
cinku Dęblin - Włostowice i sforsowanie Wiały." CAW III-4-868
k. 54-64.

Rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne rejonów przemieszanych wojsk i rejonów ich rozlokowania zostało przeprowadzone dzięki związków taktycznych^{158/} i SEG 1.

Między innymi zadanie to zostało powierzone i ruchomemu laboratorium SEG 1, pod dowództwem oficera bez stopnia Stanisława Leśnikowicz. W czasie wykonywania tego zadania, w dniu 8 sierpnia w okolicy wsi Tarnów w rejonie przeprawy przez Wisłę, laboratorium dostało się pod silny ogień nieprzyjaciela. Stanisław Leśnikowicz odniósł ciężkie rany, w wyniku których 11 sierpnia zmarł w DMP 3 dywizji^{159/}.

PRSZ nr 5 przegrupowany został do folwarku Śliz i zgodnie z planem szefa służby zdrowia i ANP z 9 sierpnia wszedł w skład szpitali drugiej linii podporządkowanych szefowi wysuniętego oddziału PEP 1 z zadaniem leczenia zakaźnie chorych żołnierzy bez względu na czas jego trwania, przy uwzględnieniu możliwości leczenia ludności cywilnej^{160/}.

PRSZ nr 5 rozwinął się w budynkach oraz w namiotach i szeszelach. Laboratorium szpitala wykonywało już obok badań klinicznych również i badania bakteriologiczne, ponieważ z SEG 1 skierowany został do pracy w szpitalu lekarz-bakteriolog.

Obłożenie PRSZ nr 5 zabezpieczającego działania wojsk i ANP w okresie 8-16.08.1944 roku przedstawiła tabela 3.

Tabela 3

Obłożenie PRSZ nr 5 w okresie 8-16.08.1944 r.

08.08	9.08	10.08	11.08	12.08	13.08	14.08	15.08	16.08
67	67	66	66	66	67	68	71	72

wg meldunków dziennych CAW III-4-871

W tym czasie PRSZ nr 4244 znajdował się jeszcze w rejonie Kinerc i przygotowywał się do przegrupowania w rejon Garwolina.

- 158/ Sprawozdanie SEG 1 za sierpień 1944 r. CAW III-4-876 k. 267.
159/ Stanisław Leśnikowicz ur. 1920 r. w Leningradzie w rodzinie polskiej. Po ukończeniu studiów medycznych brał udział jako lekarz cywilny w obronie Leningradu. Skierowana do Armii Polskiej w ZSRR, została przydzielona do SEG 1, gdzie pełniła funkcję kierownika ruchomego laboratorium. /T. Brzaziński - 1 Sanitarno Epidemiologiczne Grupa i jej role w zabezpieczeniu działań bojowych i ANP. Biuletyn WAM 1971, 3, s. 499/.
160/ Z. Koszyła, R. Zabłotnick. Zabezpieczenie medyczne walk i ANP pod Dęblinem i Puławami. Lekarz Wojskowy 1967, 9, s. 810-814.

Po długotrwałym marszu i po operacji zaczepnej w rejonie Dębline i Puław przojście do obrony było okazję do wznowienia walki o poprawę stanu sanitarno-epidemicznego oddziałów.

Toteż wydział służby zdrowia Armii znaczną część swojej działalności w zakresie nadzoru przeciwepidemicznego poświęcił temu zagadnieniu.

Najtrudniej było doprowadzić do właściwego poziomu stanu sanitarno-epidemicznego wojsk w 2 i 3 DP.

Zawieszenie w tych dywizjach przekroczyło 25% stanu osobowego. Dowództwo i służba zdrowia tych dywizji nie reagowały na tę sytuację, a nawet należycie nie wykorzystowały pomocy ze strony wydziału służby zdrowia Armii.

Niezbyt sprawną organizacją pracy kwatermistrzostwa 2 DP spowodowała, że w 7 i 8 pułku wystąpiły niedostatki podstawowych produktów żywnościowych, a zwłaszcza cukru, tłuszczów, a nawet soli.

Niezależnie od pomocy, jakiej udzielił dywizji wydział służby zdrowia, dowódca i AMP polecił, aby dowódca dywizji gen. Stanisław Galicki i szef służby zdrowia dywizji mjr Borys Ługowoj, niezależnie spowodowali zmianę istniejącego stanu^{161/}.

W rejon 2 i 3 DP skierowano ruchome laboratorium SEG 1 i dwa urządzenia kąpielowe z dwoma drużynami kąpielowymi z zadaniem całkowitego opracowania sanitarno-przeciwepidemicznego stanów osobowych dywizji. Zorganizowano mycie i impregnację bielizny preparatem przeciwpasożytniczym "Louscto". W tym celu w każdym batalionie urządzono punkt do impregnacji bielizny a w każdej dywizji po dwa punkty kąpielowe.

Żołnierze z pierwszej linii przychodzili do punktów kąpielowych niewielkimi grupami, kąpali się, impregnowali swoją bieliznę i wracali na poprzednio zajęte pozycje.

W ciągu 10 dni żołnierze obydwu dywizji byli wykąpani i wypoczęci w impregnowanej bieliznie^{162/}.

Trudną sytuację sanitarno-epidemiczną stwierdzono również w Brygadzie Kawalerii, która przebyła marsem z Ołyki przez Lublin do zajętego rejonu w powiecie garwolińskim.

Tylko część żołnierzy brygady była poddana kąpielom i miała zmienioną bieliznę. Zawieszenie żołnierzy dochodziło do 19%.

161/ CAW III-4-872 k. 21-22.

162/ Sprawozdanie SEG 1 ze sierpień 1944 roku. CAW III-4-876 k. 267-268.

W czasie marszu żołnierze brygady dożywiiali się u ludności cywilnej i wtedy już pojawiły się pierwsze zachorowania na czerwonkę bakteryjną. Chorzy nie byli izolowani, lecz razem z brygadą przybyli w rejon Gerwolina.

W celu przeprowadzenia odpowiednich przedsięwzięć sanitarno-epidemiologicznych SEC i skierowała w rejon brygady ruchome laboratorium.

1 sanitarno-epidemiologiczna grupa w sierpniu 1944 roku przeprowadziła:

- 5 dniowy kurs dla lekarzy i laborantów PRSZZ nr 5 z zakresu diagnostyki bakteriologicznej stosowanej w chorobach zakaźnych.
- 3 dniowy kurs dla laborantów MSB na temat metod badawczych produktów żywnościowych i wody.

Niewielkie były straty sanitarne i ANP w omawianym okresie. Pomimo tego, że znaczny procent z ogólnej liczby strat sanitarnych stanowili chorzy, sytuacja w tej dziedzinie była korzystna.

Przy uznawanych normach światowych 0,2% chorych dziennie, wskaźnik ten w okresie od marca do sierpnia 1944 roku wynosił w Armii od 0,05 do 0,06%.

Wśród zachorowań nadal pierwsze miejsce zajmowała zianica, chociaż w porównaniu z lipcem, kiedy stwierdzono 234 przypadki świeżych zachorowań i 632 nawroty, to w sierpniu liczby te spadły do 96 świeżych przypadków i 253 nawrotów.

Przyczyną tak wielkiej liczby zachorowań na zianicę byli poborowi, którzy przybyli z okolic malarycznych i zareszili kosary w rejonie formowania wojsk.

Prócz wszystkich przypadki zianicy stanowiła trzeciaczka /tertiana/.

W porównaniu z innymi armiami w 1 ANP obserwowano dość dużą liczbę zachorowań na choroby weneryczne. Łącznie w Armii objętych było leczeniem przeciwenerycznym 50-60 osób, podczas gdy w pozostałych armiach i Frontu Białoruskiego liczba leczonych wynosiła około 3500 osób.

Należy nadmienić, że w 2 Korpusie Polackim działającym w tym czasie we Włoszech, choroby weneryczne zajmowały pierwsze miejsce wśród wszystkich schorzeń i stanowiły 9,2% strat sanitarnych Korpusu^{163/}.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu rozwięszczenia wojsk 1 Armii WP był pomyślny. W rejonie tym znajdowała się duża ilość źródeł z dobrą wodą. Na 2299 zbadanych źródeł wody, zdyskwalifikowano jedynie 49.

Wśród ludności cywilnej nie stwierdzono zachorowań na dur plamisty i dur brzuszny. Zanotowano jedynie pojedyncze przypadki czerwonki bakteryjnej.

Ludność miejscowa na wiosnę 1944 roku poddana była szczepieniu ochronnym przeciwko schorzeniom zakaźnym przewodu pokarmowego.

Liczbę zachorowań na choroby zakaźne w wojskach 1 Armii WP w lipcu i sierpniu 1944 roku przedstawia tabela 4.

Tabela 4

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 Armii WP
/lipiec - sierpień 1944 r./

Jednostka chorobowa	Lipiec	Sierpień	Uwagi
Czerwonka bakteryjna	22	77	
Dur brzuszny	19	4	
Zatrucia pokarmowe	3	1	
Dur plamisty	10	-	
Zianica	$\frac{234}{632}$	$\frac{96}{253}$	licznik - świeże przypadki sianownik-nawroty
Razem	920	431	

CAW-III-4-872 k. 79.

W omawianym okresie służba zdrowia Armii miała poważne osiągnięcia w zakresie walki o właściwy stan sanitarno-epidemiczny wojsk. Wynikiem tej działalności było niedopuszczenie do wybuchu poważniejszych epidemii.

W krótkim czasie opanowano sytuację, związaną ze zwiększoną zachorowalnością na czerwonkę bakteryjną.

Nawiązano w tym okresie kontakty wojskowej i cywilnej służby zdrowia zapoczątkowały późniejszą stałą współpracę w zakresie podnoszenia na wyższy poziom stanu sanitarno-epidemicznego wojsk i ludności cywilnej.

Podczas walk o wyzwolenie Pragi

/10-23.09.1944 r./

1 Dywizja Piechoty im. Tadeusza Kościuszki, w dniu 1 września 1944 roku, przeszła w operacyjne podporządkowanie dowódcy 47 armii, a w dniu 10 września rozpoczęła działania zaczepne w kierunku Pragi^{164/}.

Pozostałe siły Armii miały za zadanie zorganizować obronę w pasie: prawa granica - Garwolin, Uńsk, ujście Wilgi, lewa granica - Krzyńsk, Żelechów, Łaskarzew, Wenoty, Osieborów, Grabów Zalesny.

Ta sytuacja operacyjna spowodowała, że szef służby zdrowia Armii opracował plan zabezpieczenia medycznego wojsk Armii, obowiązujący od dnia 9 września 1944 roku^{165/}.

Plan ten ustalał zasady rozmieszczenia dywizyjnych punktów medycznych, szpitali pierwszej i drugiej linii oraz szpitali bazy szpitalnej Armii ugrupowanej w dwa rzuty:

- I rzut rozmieszczony w Otwocku,
- II rzut rozmieszczony w Garwolinie.

W skład II rzutu między innymi wchodził PRSZZ nr 5, rozwinęty w folwarku Śliz i PRSZZ nr 4244 pozostający w obozie na stacji Garwolin.

W czasie kiedy 1 DP brała udział w wyzwoleniu Pragi, zmieniła się sytuacja operacyjna w pozostałych jednostkach Armii. Na podstawie rozkazu dowódcy 1 Frontu Białoruskiego i ANP miało do rana 12 września 1944 roku przekazać zajmowany rejon obrony oddziałom radzieckim i skoncentrować się w rejonie: Garwolin, Miedysławów, Cyganówka, Kazimierzów, Izdebnia, Feliksów, Sobienie Górne^{166/}, skąd porażona ubezpieczona do dnia 14 września 1944 roku jednostki miały osiągnąć kolejny rejon zgrupowania na południowy wschód od Otwocka.

Na zmienioną sytuację operacyjną Armii szef służby zdrowia zareagował rozkazem z dnia 12 września 1944 roku, w którym między innymi polecił do 20.00 13 września przegrupować:

- PRSZZ nr 4244 - do byłego sanatorium wojskowego w Otwocku, z natychmiastową gotowością do przyjmowania chorych,

164/ S. Załuski, Tyły 1 Dywizji Piechoty w walkach o Pragę. Przegląd Kwatermistrzowski 1960, 6 /56/, s. 85-91.

165/ "Plan leczniczo-ekwipunowy zabezpieczenia jednostek 1-szej armii Wojska Polskiego na okres od 9 września 1944 r." CAW III-4-666 k. 168-180.

166/ A. Karpiński, op. cit. /146/, s. 15-17.

- pralnię polową nr 2 - w rejon Wólki Młedzkiej.

Jednocześnie rozkazem tym dokonano zmiany w podległości szpitali, podporządkowując wysuniętemu oddziałowi PEP 1 - PRSZ nr 4244, jako szpital drugiej linii, a szefostwu PEP 1 - PRSZ nr 5 wchodzący w skład bazy szpitalnej Armii.

Ponysze organizacje utrzymała się przez cały okres walk o przyczółki warszawskie.

13 września 1944 roku dowódca 1 armii WP otrzymał rozkaz zluźnienia wojsk 47 armii i rozpoczęcie od 16 września natarcia, celem oczyszczenia Pragi z wojsk nieprzyjacielskich i zajęcie obrony na odcinku Polcowizna - las. W związku z tym, że Praga została całkowicie wyzwolona przez wojska 47 armii przy współudziale 1 DP, 1 AWP otrzymała w dniu 15 września rozkaz przygotowania się do uchwycenia przyczółków na zachodnim brzegu Wisły^{167/}.

Walki w rejonie Wesoły we wrześniu 1944 roku były jednymi z najbardziej ciężkich w historii 1 armii WP. Świadczy o tym rozmiar strat ogólnych, poniesionych przez Armię. Straty te, powstałe w stosunkowo krótkim czasie walk o wyzwolenie Pragi i na przyczółkach warszawskich, wynosiły 12,9% strat poniesionych przez Armię w ciągu wszystkich działań bojowych.

Na początku września 1944 roku służba zdrowia Armii nie była jeszcze w pełni ukończona w łóżka szpitalne. Nie wpłynęło to jednak w zasadniczy sposób na zabezpieczenie leczniczo-ekwipacyjne wojsk Armii. Wprawdzie przy 3200 etatowych łóżek szpitalnych obłożenie ich wahało się od 2103 aż do 4389 /to jest od 65,7% do 137,1%/, co świadczy o tym, że dzięki sprężystej organizacji szpitali, mogły one rozwijać się ponad etat. W rejonie Otwocka możliwość korzystania ze stałych pomieszczeń sanatoriów urealniała takie rozwiązanie. Niemniej jednak stanowiło to niekwalifikujący wysiłek służby zdrowia.

Na szczególne podkreślenie zasługuje sprawnie dokonanie manewru urzędzeniawi służby zdrowia w czasie przegrupowania wojsk Armii. Usięjętne przeprowadzenie manewru pozwoliło na właściwą pracę służby na kierunku działania 1 FDP, a jednocześnie na skoncentrowanie znacznej części sił służby zdrowia w pobliżu Otwocka, w celu zabezpieczenia dalszych działań Armii.

167/ J. Margules. Doje 1 armii WP w obozrze Warszawy. MON, Warszawa 1967, s. 72.

W czasie działań obronnych na linii Wisły
/wrzesień 1944 r.-styczeń 1945 r./

Dowódca 1 Frontu Białoruskiego w dyrektywie z 22 września 1944 roku postanowił nowe zadania przed wojskami 1 AWP. Wobec nieudanego forsowania Wisły Armia otrzymała zadanie przejścia do obrony na prawym brzegu Wisły, na odcinku Polcowizna-Karczew o szerokości 29 kilometrów.

Większość jednostek służby zdrowia Armii zgrupowana była w tym czasie w rejonie Otwocka, a szpital zakaźny nr 5 rozwinął się w folwarku Śliz.

Obłożenie łóżek szpitalnych na dzień 29 września wynosiło - 4432, przy statowej liczbie łóżek - 3200.

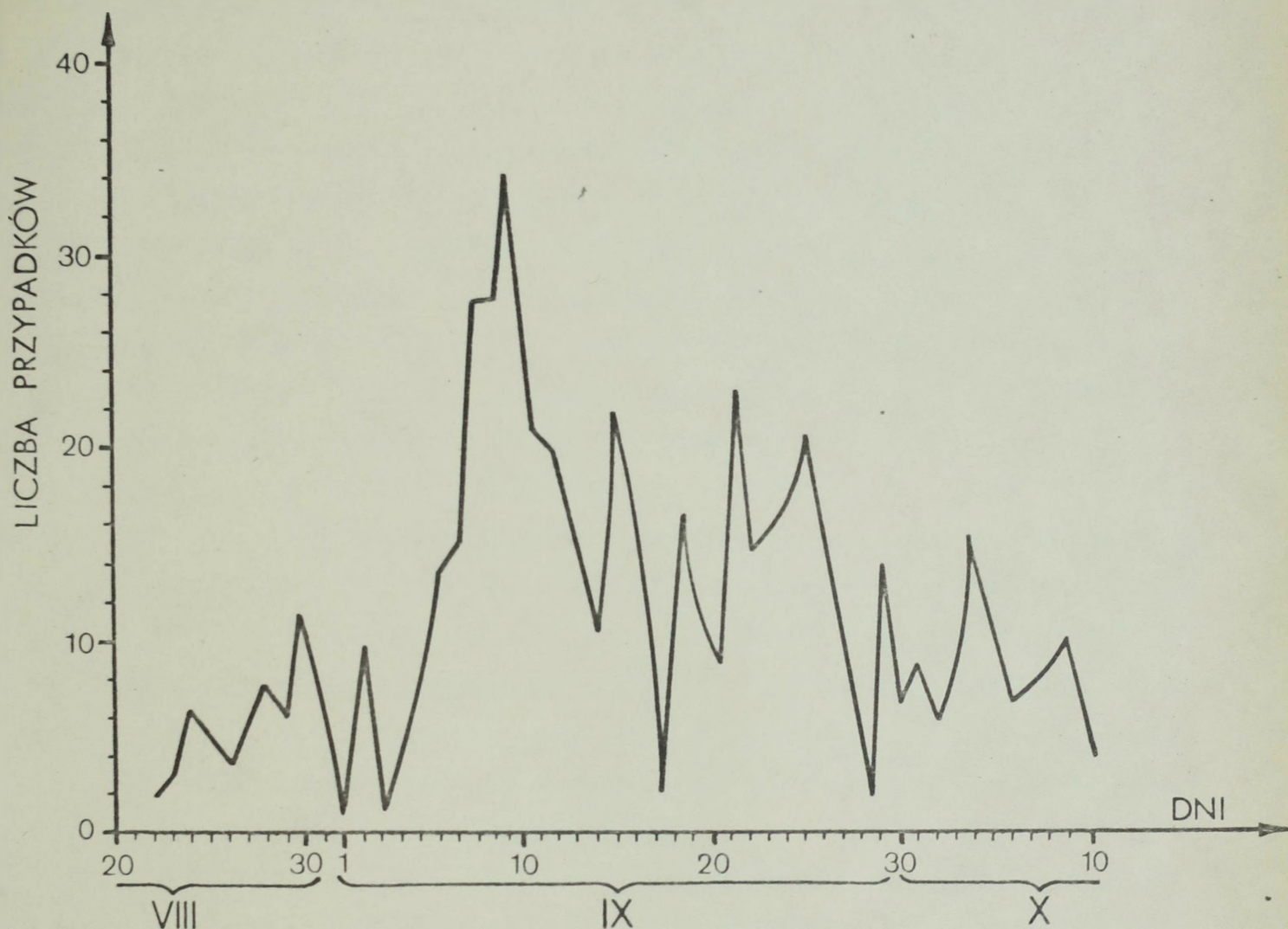
Poważnym problemem była konieczność niesienia pomocy medycznej ludności cywilnej, która w czasie działań bojowych poniosła dotkliwe straty, bowiem przedwojenna sieć lecznictwa tego rejonu opierała się głównie na przychodniach i szpitalach warszawskich.

Najpoważniejszą jednak niepokój szefa służby zdrowia budził stan sanitarno-epidemiczny wojsk Armii. Zanotowana we wrześniu liczba 412 przypadków czerwonki bakteryjnej u żołnierzy, przy około 1000 zachorowań wśród ludności cywilnej Pragi i Rembertowa, musiało skierować wysiłki służby zdrowia w kierunku walki z chorobami zakaźnymi. Wprawdzie szczyt zachorowań na czerwonkę bakteryjną w wojskach przypadał na pierwsze dekadę września, a od tej pory liczba ich ulegała systematycznemu zmniejszeniu, to jednak w ocenie epidemiologa Armii płk. Jana Synowca sytuacja była nadal poważna^{166/}.

Dynamikę zachorowań na czerwonkę bakteryjną w sierpniu, wrześniu i październiku 1944 roku obrazuje wykres 1.

166/ J. Dołczak, Czerwonka w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1965, 10, s. 883-887.

DYNAMIKA ZACHOROWAŃ NA CZERWONKĘ BAKTERYJNĄ



Również we wrześniu stwierdzono 9 przypadków duru brzoznego. Fakt ten przyczynił się do wzmożenia walki ze zchorzniętymi żołnierzami przewodu pokarmowego.

Niepokojący był także stan sanitarnohigieniczny wojsk. W trudnych warunkach walki zarażenie wojsk we wrześniu wzrosło z 1,1% w pierwszej dekadzie do 1,8% w drugiej dekadzie. Jednak już trzecia dekada września przyniosła w tej dziedzinie poprawę, wyrażającą się w zmniejszeniu zarażenia do 0,5%.

W tej sytuacji, obok normalnej działalności w zakresie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk, przed szefem służby zdrowia Armii stały następujące zadania:

- rozwiniecie szerokiego działania w kierunku podniesienia stanu sanitarnohigienicznego wojsk Armii oraz walki z chorobami zakaźnymi.

- organizacji pomocy lekarskiej dla ludności cywilnej, wobec poważnych braków kadrowych miejscowej służby zdrowia i mało efektywnej działalności resortu zdrowia.

W październiku i listopadzie podjętą organizacją zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego Armii stanowili "Uzupełnienie i wprowadzone zmiany do planu leczniczo-ewakuacyjnego z dnia 9.09.1944 r." wydane 5 października 1944 roku^{169/}. Pomyślane uzupełnienia do planu obowiązywały przez długi czas bez większych korekt. Nawet zmiany w ugrupowaniu dywizji i rozszerzenie szerokości pasa obrony nie wpłynęły w zasadniczy sposób na ugrupowanie jednostek służby zdrowia. Jedynie PRSZZ nr 5 przeniósł się z folwarku Śliz do Zwałdza /15 października/, a PRSZZ nr 4244 z Otwocka również do Zwałdza /25 października/.

W październiku kolejne szpitale rodzicielskie dotarły do Armii. Między innymi 2 października przybył do wsi Glinka w rejonie Nowego Rembertowa PRSZZ nr 4182 na 100 łóżek. Jednak na skutek ostrzału artyleryjskiego nieprzyjaciela zmuszony był w dniu 16 października przegrupować się do wsi Cechówka, gdzie pracował do 21 listopada przyjmując ludność cywilną z rejonu Pragi i okolic. 22 listopada szpital zwinął się i został przekazany służbie zdrowia i Frontu Białoruskiego.

Przewidywane przygotowanie do natarcia oraz sytuacja organizacyjna służby zdrowia spowodowały zmianę planu zabezpieczenia medycznego Armii.

Dokonano tego dokumentem z dnia 10 grudnia 1944 r.^{170/}.

Jak wynikało z planu, zasadniczym kierunkiem działania było utworzenie odpowiedniej rezerwy szpitali, mogących służyć do natychmiastowego użycia w momencie rozpoczęcia operacji zaczepnej.

PRSZZ nr 5 podporządkowany wysuniętemu oddziałowi PEP 1 od 25 października był zwinęty i pozostawał w obozowisku. PRSZZ nr 4244 podporządkowany szefostwu PEP 1 wchodził w skład szpitali drugiej linii.

Długotrwałe pozostawanie w obronie na jednym terenie i związane z tym bezczynność były powodem obniżenia dyscypliny w wojskach Armii. W działalności leczniczej uwidoczniło się to w zwiększeniu liczby wenerycznie chorych, zatruciu alkoholem i samowrzedzeń. Celem skutecznego zaleczenia chorób wenerycznych wy-

169/ CAW III-4-868 k. 329-331.

170/ Plan leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia 1-ej armii WP na okres od 10.12.1944 roku. CAW III-4-868 k. 403-410.

dział służby zdrowia nawiązał kontakt z cywilnymi władzami służby zdrowia Warszawy i województwa warszawskiego, a dowództwo Armii wydało specjalny rozkaz^{171/}.

Rejon, na którym działały wojsko i ANP, był pod względem epidemicznym terenem niepomyślnym. Ludność była wyniszczona długotrwałą okupacją, a jednocześnie brakowało należytej zorganizowanej opieki lekarskiej. Rejon Pragi znajdował się pod ostrzałem artyleryjskim, co przez długi czas powodowało zmniejszenie ludności w piwnicach. W początkowym okresie Praga była znacznie przeludniona, licząc około 170.000 mieszkańców. Później liczba ludności zmniejszyła się do około 100.000 na rzecz zwiększenia zaludnienia w okolicznych miejscowościach. Wędrunki ludności stwarzały zagrożenie przeniesienia chorób zakaźnych na cały rejon.

Na Pradze do 24 września 1944 roku leczyło się z powodu czernonki bakteryjnej - 47 osób, a z powodu duru brzuszego - 10 osób. W ciągu następnego tygodnia - 288 osób z powodu czernonki bakteryjnej, 20 z powodu duru brzuszego i 23 - z powodu innych chorób zakaźnych. Poza Pragę największą liczbę zachorowań na czernonkę bakteryjną notowano w Rembertowie, gdzie stwierdzono 150 przypadków tej choroby^{172/}.

Wobec zniszczenia niektórych wodociągów na poważne trudności napotykało zaopatrzenie wojsk w wodę. Korzystano ze studni artezyjskich o dużej zawartości chlorków i niekiedy śluzowatych, bądź ze studzienek abieyńskich, o niekiedy wyjątkowo złej jakości wody, zdolnej jednak do picia.

Sytuacja ta, obok stwierdzonego na wrześniu znacznego wzrostu liczby zachorowań żołnierzy na choroby zakaźne, przyczyniła się do tego, że zagadnienie zabezpieczenia właściwego stanu sanitarno-epidemicznego wojsk stało się zasadniczym problemem służby zdrowia Armii.

Zachorowalność na choroby zakaźne wojsk i Armii WP /wrzesień 1944 - styczeń 1945/ przedstawia tabela 5.

171/ Był to rozkaz dowódcy 1 ANP nr 00441 KG z dnia 30 grudnia 1944 r. "O walce z chorobami wenerycznymi wśród wojska Polskiego".

172/ Sprawozdanie z pracy Sanitarno-Epidemicznej Grupy za wrzesień 1944 r. CAW III-4-576 k. 148-154.

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP /wrzesień 1944 - styczeń 1945 r./

	Wrzesień	Pozdziernik	Listopad	Grudzień	Styczeń
Jednostki chorobowe					
Czerwonka bakteryjna	412	99	21	19	14
Duf brzuszny	9	24	20	15	20
Duf rzekomy A	"	2	2	1	2
Duf rzekomy B	1	5	"	1	1
Zatrucie pokarmowe	1	21	8	2	3
Duf plesniety	1	"	1	12	20
Zianica	$\frac{65}{169}$	$\frac{42}{259}$	$\frac{3}{194}$	$\frac{5}{135}$	$\frac{1}{77}$
Płonice	"	1	3	"	1
Kegainne zapalenie opon	"	"	"	"	5
Rezerwa	656	453	252	190	144

CAW III-4-909 k. 22-27, 54-64.

W pierwszych dniach września 1944 roku pojawiły się pogłoski o występujących przypadkach cholery wśród ludności cywilnej lewobrzeżnej Warszawy. Informacje te jednak szybko zdemontowano na podstawie przeprowadzonej przez SEG 1 analizy danych wyniszczeniowych.

Jednym z przedsięwzięć szefa służby zdrowia Armii w ramach sprawowania nadzoru sanitarno-epidemiologicznego było podzielenie rajonu rozmieszczenia wojsk między poszczególne jednostki służby zdrowia.

Wśród ludności cywilnej prowadzono pracę sanitarno-oświatową. Zakaźnie chorych kierowano na leczenie do szpitala, a osoby zamieszkuje w ognisku zachorowania poddano uodpornieniu przy pomocy bakteriofaga.

Ważnym elementem zachęty do leczenia szpitalnego było podanie do wiadomości miejscowej ludności faktu, że zarówno leczenie, jak i pobyt w szpitalu zakaźnym są bezpłatne^{173/}.

Akcję uodporniania przy pomocy bakteriofaga prowadzono także i w oddziałach wojskowych.

Niezależnie od tej akcji przeprowadzane było również rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne przy pomocy SEG 1, plutonów sanitarnych batalionów medyczno-sanitarnych i służby zdrowia oddziałów wojskowych.

We wrześniu 1944 roku laboratoria batalionów medyczno-sanitarnych wykonywały głównie badania kliniczne, natomiast ilość przeprowadzonych badań sanitarnohigienicznych była niewielka. W omawianym okresie laboratorium 4 DP nie wykonało ani jednego badania sanitarnohigienicznego. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w niedocenianiu wyników tych badań przez szefów służby zdrowia i epidemiologów dywizji.

Liczbę przeprowadzonych badań w laboratoriach MSB we wrześniu 1944 roku przedstawia tabela 6.

Tabela 6

Liczba przeprowadzonych badań w laboratoriach MSB we wrześniu 1944 r.

Laboratoria	Badania wody	Badania produktów spożywczych	Badania na trucizny	Badania krwi na ziarnicę	Badania kliniczne
1,2,3,4 MSB	28	34	30	97	419

CAW III-4-876 k. 148.

173/ Pismo do szefów służby zdrowia i komendantów szpitali z dnia 30 września 1944 roku. CAW III-4-872 k. 75.

Spadek liczby zachorowań na czerwonkę bakteryjną w październiku i listopadzie, obok sezonowego zmniejszenia liczby tych zachorowań, był również wynikiem szeroko zakrojonej działalności przeciwepidemicznej służby zdrowia i ANP.

W listopadzie rozpoczęto akcję szczepień ochronnych przy pomocy tri - i pentawakcyny z anatoksyną tężcową^{174/}.

Należy nadmienić, że 80% żołnierzy chorych na czerwonkę bakteryjną było uprzednio zaszczepionych wieloważną szczepionką NIISI. Faktowi temu przypisywano łagodny przebieg choroby. Obok pozytywnego faktu złagodzenia klinicznego przebiegu czerwonki bakteryjnej bezspornie jest, że skuteczność szczepionki pozostała wiele do życzenia^{175/}.

W laboratoriach SEG 1 dokonano próby zróżnicowania szczepów bakteryjnych, powodujących czerwonkę bakteryjną. Spośród 38 hodowli, wydzielonych od 111 badanych w październiku, rozpoznano: 22 przypadki typu Shiga, 15 - Flexnera i 1 - Scheitze. Jednak wbrew otrzymanym wynikom, sugerującym działanie najbardziej zjadliwego szczepu, przebieg kliniczny choroby był na ogół łagodny.

We wrześniu 1944 r. SEG 1 zorganizowała i przeprowadziła dla wszystkich lekarzy i ANP konferencję naukową na temat: "Profilaktyka chorób zakaźnych przemodu pokarcowego". Znacznej pomocy w przygotowaniu konferencji udzielił personel laboratorium i Frontu Białoruskiego, a głównie kierownik oddziału badania szczególnie niebezpiecznych infekcji - mjr sz.med. Akinowicz.

W końcu października w SEG 1 zorganizowane zostały cztery działy laboratorium bazowego:

- dział bakteriologiczny,
- dział przygotowania pożywk,
- dział sanitarnohigieniczny,
- dział chemiczno-toksykologiczny.

Drugim problemem obok walki z chorobami zakaźnymi przemodu pokarcowego, była profilaktyka zachorowań na dur plamisty, a przede wszystkim prowadzona w jej ramach walka z zanieczyszczeniem.

Po początkowych niepowodzeniach w tym zakresie służba zdro-

174/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 114 z dnia 18 listopada 1944 r.

175/ Sprawozdanie z pracy SEG 1 za m-c październik 1944 r.
CAW III-4-876 k. 218-227.

wia Armii uzyskała poważne sukcesy, zmniejszając liczbę zew-
szonych do minimum.

Wzrost procentu zaszczepienia w wojskach Armii we wrześniu 1944 roku spowodował energiczną reakcję tak ze strony pionu epidemiologicznego służby zdrowia, jak i dowództwa oddziałów i związków taktycznych.

11 października 1944 roku ukazał się rozkaz o obowiązku budowy łaźni i komór dezynfekcyjnych we wszystkich oddziałach i ZT i AWP. Rozkaz ten był właściwie przypomnieniem zarządzeń wydanych w tej sprawie w kwietniu i maju. Oceniając jednak aktualną sytuację sanitarno-epidemiczną w Armii i w rejonie jej działania, miał on poważny wpływ na ponowne zwrócenie uwagi dowództwa oddziałów i ZT na to zagadnienie^{176/}.

Wkrótce ukazał się kolejny rozkaz, poświęcony zagadnieniom profilaktyki duru plamistego. Sprowadził on, między innymi w pralniach obowiązek impregnowania bielizny preparatami przeciwpasożytniczymi oraz nakazywał przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciwko durowi plamistemu oficerów Armii i pracowników służby zdrowia^{177/}.

Szczepienia przeprowadzono przy pomocy szczepionki Krontow-
skiej i szczepionki Weigla. Do końca listopada zaszczepiono:
pierwszorazowo - 6788 osób, drugorazowo - 5794 osoby i trze-
cierazowo - 2646 osób^{178/}. Akcja ta była kontynuowana w ciągu
następnych miesięcy. Brak odpowiedniej ilości szczepionki nie
pozwaляł na objęcie szczepieniami całego stanu osobowego Armii.

Na skutek zaniedbań w zakresie działalności sanitarno-prze-
cisepidemicznej w pułkach rezerwy w Białymstoku i w Lublinie,
do 3 pułku zapasowego Armii dotarły duże grupy nowo wcielonych
żołnierzy w bardzo złym stanie sanitarnohigienicznym. I tak
w początkach listopada przybyła z Białegostoku grupa 1947 ludzi
w 100% zaszczepionych. W grupie tej znajdowało się 2 chorych na dur
plamisty, 1 chory na dur brzuszny oraz 444 na świerzb. W pierw-

176/ Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 0273 KG z dnia 11 października 1944 r. "O budowie łaźni i dezynfekcyjnych kamer w jedno-
stkach i forasjach wojskowych".

177/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0321 z dnia 1 listopada 1944 r.
"O profilaktyce tyfusu plamistego".

178/ Sprzewodzenie z przebiegu szczepień ochronnych przeciwko
durowi plamistemu w drugiej i trzeciej dekadzie listopada.
CAW III-4-872 k. 107 i 125.

szej dekadzie grudnia przybyło z Lublina 1200 żołnierzy w 60% zaszczepionych. Grupy te udały się marsem do 3 pułku zapasowego nocując w kwaterach prywatnych i tym samym roznosząc wazy, a niekiedy i choroby zakaźne wzdłuż całej trasy^{179/}.

Reakcją na te fakty było zarządzenie dowódcy Armii^{180/}, traktujące o sposobach przyjmowania przez jednostki wojskowe nowego uzupełnienia. Niestety stan sanitarno-higieniczny uzupełnień nie uległ poprawie. W końcu grudnia 1944 roku i na początku stycznia 1945 roku do 1, 2 i 3 DP przybyło uzupełnienie z 3 pułku zapasowego oraz wprost z pułków rezerwy, w kilkudziesięciu procentach zaszczepione, bez przeprowadzonych szczepień ochronnych i z licznymi przypadkami chorób zakaźnych.

Włączona w skład 1 armii WP 6 DP, w początkowym okresie w rejonie koncentracji, wykazywała 55-60% zaszczepienia^{181/}.

Powyższy problem odbił się niekorzystnie na stanie epidemiologicznym Armii, powodując kolejny wzrost liczby zachorowań na dur plamisty do 12 przypadków w grudniu 1944 roku i 20 przypadków w styczniu 1945 r.^{182/}

Gdyby nie błędy popełnione przy uzupełnieniu stanu osobowego Armii, niezamienione przez służbę zdrowia Armii, sytuacja na tym odcinku byłaby z łatwością opanowana.

Podstawowa rola w zakresie działalności sanitarno-przeciepideemicznej przypadła służbie zdrowia związków taktycznych. Dzięki właścinnemu nadzorowi, pod koniec 1944 roku, w związkach taktycznych pracowało 91 własnych łazni i 83 kosory dezynsekcyjne. Procent zaszczepienia wojsk systematycznie spadał: z 1,6% we wrześniu, 1,2% w październiku, do 0,7% w listopadzie i 0,4% w grudniu 1944 r.^{183/}

Działalność sanitarno-przeciepideemiczną służby zdrowia związków taktycznych wzmocniły, okresowo przydzielone do po-

179/ Pisał o tym w grudniu szef służby zdrowia 1 AWP do szefa departamentu służby zdrowia WP, CAW III-4-872 k. 126.

180/ Zarządzenie dowódcy 1 AWP nr 0388 KG z dnia 6 grudnia 1944 r. "Przyjmowanie przez jednostki 1-oj armii nowego uzupełnienia".

181/ Meldunek o wynikach kontroli przeprowadzonej w 6 DP w dniach 5-7 stycznia 1945 r. CAW III-4-904 k. 9.

182/ O bezpośrednim związku zachorowań na dur plamisty z przybyłym uzupełnieniem stanów osobowych świadczy fakt, że na 12 zachorowań w grudniu, aż 11 przypadków na osoby wcielone do Armii w okresie 30.11 - 26.12.1944 r., a na 20 zachorowań w styczniu 1945 r. 19 osób było wcielonych do Armii w okresie inkubacji. CAW III-4-905 k. 23 i 57.

183/ Meldunek o stanie sanitarno-epidemicznym 1 AWP na dzień 28 grudnia 1944 r. CAW III-4-860 k. 356-359.

szczególnych oddziałów, cztery łaźnie polowe oraz agregaty kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej, zabezpieczając te oddziały według planów pracy, zatwierdzonych przez szefa służby zdrowia Armi^{184/}. Wydajność tych łaźni i agregatów kompanii^{185/} wynosiła średnio 300-500 kąpiele na dobę. Wspólnie z lokalnymi urządzeniami kąpielowymi w pełni zabezpieczało to potrzeby Armii.

Pralnie polowe, na skutek złej organizacji pracy i braków personalnych^{186/}, wykorzystywały zaledwie 40-60% swej mocy produkcyjnej.

Z upoważnienia szefa służby zdrowia i AWP funkcje kontrolne w zakresie nadzoru sanitarno-przeciwepidemiologicznego w stosunku do nojek Armii sprawowała głównie i sanitarno-epidemiologiczna grupa. W odniesieniu do pododdziałów /oddziałów/ zmieniających miejsce pobytu funkcje te spełniał, punkt sanitarno-kontrolny pracujący w listopadzie i grudniu 1944 roku przy okrzyżowaniu dróg w Starej Miłosnej.

Tabela 7

Wyniki pracy PSK w s. Stara Miłosna

Miesiąc	Przeglądy			Zabiegi sanitarno	
	żołnierze	ludność cywilna	razem	kąpiele	dezynsekcje
Listopad	6094	6124	12218	5640	3944
Grudzień	3082	305	4187	2897	brak danych
Razem	9976	6429	16405	8737	brak danych

CAW III-4-876 k. 388, III-4-904 k. 11.

Oprócz chorób zakaźnych dodatkowymi problemami, nad którymi pracowała służba zdrowia Armii, były liczne przypadki zachorowań na świerzb i zakażenia gronkowcane^{187/}. Liczba tych zacho-

184/ Plany pracy łaźni, pralni i samodzielnej kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej na miesiąc październik-grudzień 1944 r.

185/ 4 kompanie dezynfekcyjno-kąpielowe.

186/ Rozkaz szefa służby zdrowia i AWP z 11 stycznia 1945 r. "O niedostatkach w pralni nr 4" i frekwencyjność sprawnienia sanitarno-epidemiologicznego Armii. CAW III-4-909 k.18,27.

187/ J. Bończek, J. Malenicz. Świerzb w szeregach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1975, 6, s. 398-406.

rozek zmniejszała się stopniowo, w miarę poprawiania się stanu sanitarnohigienicznego wojsk Armii, a gwałtownie powiększała po przybyciu nowego uzupełnienia stanów osobowych.

Kolejnym przedmiotem troski pionu sanitarno-przeciwoepidemicznego służby zdrowia Armii i inspektora do spraw żywienia wydziału służby zdrowia i AWP mjr. Beniamina Kotiurgina były zagadnienia żywienia oraz zaopatrzenia w wodę wojsk Armii^{188/}. Regularnie przeprowadzone badania laboratoryjne wody, tak przez laboratoria dywizyjne, jak również przez laboratoria SEG 1, pozwoliły na wyeliminowanie nieodpowiednich źródeł i zapewnienie wszystkim oddziałom wody zdolnej do celów konsumpcyjnych. Problem żywienia wojsk przedstawiał się znacznie trudniej. Zaopatrywanie oddziałów w żywność odbywało się systemem decentralnym.

Trudności nasiliły się szczególnie ostro w grudniu 1944 i styczniu 1945 roku. Analizy żywienia żołnierzy przeprowadzone przez SEG 1 w oddziałach i szpitalach wykazały znaczne niezgodności badanej strawy z normami i jadłospisami.

W kontrolowanych oddziałach jedłospisowy przewidywały 1240 do 1800 kalorii^{189/}, podczas gdy faktycznie w badanej stronie stwierdzono 974-1404 kalorii.

Szczególnie dotkliwie zaznaczył się niedobór tłuszczu, którego zawartość w badanej pożywieniu wynosiła 14,5 - 32 g. Stanowiło to pokrycie 30-50% zapotrzebowania dobowego organizmu i musiało skłaniać żołnierzy do szukania innych źródeł uzupełnienia żywności, co było przecież zakazywane tak z punktu widzenia dyscypliny wojskowej, jak i przepisów sanitarnohigienicznych. W 6 DP dzienna racja żywności składała się z dwóch jednodaniowych posiłków, w 1 DP brakowało jarzyn, mięsa i tłuszczu.

Napływające meldunki o tej sytuacji były powodem interwencji szefa służby zdrowia u kwaterniera Armii^{190/}.

188/ W podstawowych założeniach regulował te sprawy rozkaz dowódcy i AWP nr 0231 KG z 22 września 1944 r. "O zabiegach sanitarnych w związku z zatruciem wody przez uroga". Sprawy nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem w żywność precyzowało pismo okólnie wydziałów służby zdrowia i eprowizacji i AWP z października 1944 r. CAW III-4-872 k. 93.

189/ Sprawozdanie z pracy SEG 1 ze grudnia 1944 r. CAW III-4-904 k. 86.

190/ Meldunki z kontroli w 6 DP, jak również meldunki szefa służby zdrowia i DP oraz pismo płk. A. Salomonowicza do gen. G. Cukanowa. CAW III-4-904 k. 9, III-4-909 k. 4, 5, 12.

W późniejszym czasie nie spotykało się już tak drastycznych niedoborów żywności ponieważ przegrupowanie na inne tereny zmieniło sytuację zaopatrzeniową wojsk Armii.

Podczas walk o wyzwolenie Warezany i Borca z Warezany
do Bydgoszczy /styczeń 1945 r./

Na podstawie dyrektywy operacyjnej i Frontu Białoruskiego z dnia 4 stycznia 1945 roku przed 1 armią Wojska Polskiego postawiono zadanie: po osiągnięciu przez 61 Armię rubieży Góra Kalwaria - Tarczyn przeprosić się na zachodni brzeg Wisły na odcinku Góra Kalwaria - Królewski Las i nacierać w kierunku Góra Kalwaria - Pieszczyno - Pieszków, a następnie we współdziałaniu z 47 i 61 armią opanować Warezanę.

Zgodnie z planem zabezpieczenia sztybu 1 Armii z 10 grudnia 1944 roku szpitale pierwszej i drugiej linii ugrupowane były na północ od Otwocka, zwłaszcza na kierunku północno-zachodnim /min. Dobbertów, Zielonka/, a pojedyncze szpitale na północny wschód od Otwocka.

W dniu 17 stycznia 1945 roku nastąpiło wyzwolenie Warezany.

Od 19 stycznia 1945 roku wojska 1 Armii znalazły się w drugim rzucie Frontu. 1 Brygada Pancerna została podporządkowana dowódcy 47 Armii i kontynuowała marsz w kierunku Inowrocław-Bydgoszcz, 3 i 6 DP - otrzymały zadanie zajęcia obrony na odcinku Kozuń - Łady Iżonkie, 1 DP - przygotowywała się do defilady w Warezanie, 2 DP - do objęcia tej służby garnizonowej, a 4 DP pozostała w dotychczasowym rejonie koncentracji.

W czasie walk o wyzwolenie Warezany armijne jednostki służby zdrowia nie wykonywały większych przegrupowań.

W okresie od 1 do 20 stycznia większość stracił sanitarnych stanowisk zachorowania. Liczba rannych nie przekazywała wielkości z okresu operacji obronnych.

Szef służby zdrowia Armii w celu sanitarno-przeciwniepidemicznego zabezpieczenia wojsk w czasie zbliżającej się operacji wydzielił dwa ruchome laboratoria SEG 1 i 1 po jednym agregacie kompanii dezynfekcyjno-keplolowej. Jedno laboratorium zabezpieczało północny a drugie południowy kierunek działania Armii, przeprowadzając wspólnie ze służbą zdrowia sanitarną i brygad rozpoznania sanitarno-epidemiologiczne terenu działania wojsk 191/.

Po wykonaniu zadania w rejonie Wierzbicy 1 Armia Wojska Polskiego otrzymała rozkaz przegrupowania się w drugim rzucie Frontu, za 47 armią, w kierunku Bydgoszczy, z zadaniem zabezpieczenia części sił styku Frontów i zajmowanie kolejnych rubieży obrony nad Wisłą.

Od 20 stycznia wojska Armii osiągały kolejne rubieże marszu, pokonując dziennie średnio około 40 kilometrów, łącznie, w okresie od 19 do 28 stycznia, wojska te pokonały trasę długości 250-270 kilometrów.

Warunki atmosferyczne, które wobec silnych mrozów nie były żadne od początku zimy, od dnia 25 stycznia znacznie pogorszyły się, kiedy w wyniku śnieżyicy i zawałi na drogach tworzyły się zaspy, utrudniające poruszanie się nawet oddziałów piechoty.

W czasie zakończenia realizacji zadania jednostki Armii, a zwłaszcza jej tyły, rozciągnięte były na całej długości drogi marszu od Wierzbicy do Bydgoszczy.

Szybkie przygotowanie Armii do działań bojowych nie pozwoliło szefowi służby zdrowia Armii na opracowanie jednego dokumentu, ustalającego system zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk. Dlatego też dopiero w toku rozciągającej się operacji wydano szereg wytycznych.

Zapoczątkowały je wytyczne skierowane w dniu 18 stycznia do szefa PEP 1 i szefa wysuniętego oddziału PEP 1. W wytycznych tych szef służby zdrowia Armii polecił szefowi PEP 1 do 20 stycznia przenieść będący w odrodzie PRSZZ nr 5 w rejon Pruszkona. Szpital w nakazany termin przybył do Tworek koło Pruszkona. PRSZZ nr 4244 w czasie wykonywania marszu przez wojska Armii pracował w s. Zajączk.

W tym czasie w dyspozycji służby zdrowia Armii pozostało ogółem 20 polowych szpitali o łącznej liczbie 6600 łóżek oraz wysunięty oddział PEP 1 z ewakuacyjnymi punktami rozdzielczymi na 500 łóżek.

Do dnia zakończenia marszu - manewru Armii, tj. do 28 stycznia 1945 roku, PRSZZ nr 5 dotarł do Inowrocławia.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonów przemarszu wojsk Armii był niepokojący. Zmniejszenie ludności cywilnej osiągało 60%.

Uwaga pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia Armii zwrócona była przede wszystkim na uczesane wykrywanie i izolację zakaźnie chorych oraz nadzór nad zespołami żywnościowymi i źródłami wody.

Rozpoznanieⁿ sanitarno-epidemiologicznym objęto około 500 osiedli z 1200 budynkami i 39.000 mieszkańców.

Skontrolowano 6.367 źródeł wody z czego 343 zdyskwalifikowano.

W związkach taktycznych Armii wykupanych zostało 44.857 żołnierzy. Impregnacji środkami przeciwpasożytniczymi poddano 37.697 sztuk bielizny. Pralnie w ciągu stycznia wyprażyły 43.180 sztuk bielizny.

W styczniu 1945 roku działalność służby zdrowia i AWP miała charakter uniejętnie przeprowadzonego sanitarium posiadanych siłami i środkami.

Ponieważ tego, że w wyniku działań bojowych nie powstało duża liczba strat sanitarnych, to jednak ze względu na sanitarium okrzydający w rejonie Warzawy, a następnie szybko przesuwanie się wojsk na północny zachód, organizacja zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwoepidemicznego Armii nie była sprawą łatwą.

Podczas walk 1 Armii Wojska Polskiego o przełamanie wału
Ponarskiego /31.01 - 12.02.1945 r./

28 stycznia 1945 roku dowódca 1 AWP otrzymał od dowódcy 1 Frontu Białoruskiego zadanie przejścia od dnia 29 stycznia do natarcia na kierunku Wielonisz, Zakrzewo, Jastrówie^{192/}.

Dowódca Armii w swojej decyzji, podjętej nocą 28/29 stycznia, postanowił:

- wykonać nierz ubezpieczony dnem kolumnami armijnymi,
- do końca dnia 29 stycznia opanować rubież: Lutowo, Nowo, Sypniewo /k. Włocborka/.
- do końca dnia 30 stycznia opanować rubież: Radennice, Złotów.

Braki paliwa, zniszczenie linii kolejowych, a także niewłaściwy stan techniczny pojazdów mechanicznych sprawiły, że dywizje postanione zadania wykonywały bez odpowiedniego zabezpieczenia tyłowego. Transport samochodowy i tyły związków taktycznych pozostały w rejonie Bydgoszczy. Unieruchomione były również jednostki tyłowe Armii.

192/ R. Dziubanow, 1 Armia WP w bitwie o wał Ponarski. Wyd. MON, Warszawa 1965.

Surowe warunki klimatyczne obok zatłoczenia dróg, powodującego krzyżowanie się kolumn polskich i radzieckich oddziałów, dodatkowo komplikowały i tak trudne zadania^{193/}.

Mimo tych trudności, zadanie postawione na 29 i 30 stycznia przed oddziałami ewangardowymi i 1 i 4 DP zostały wykonane.

Zadania postawione przed Armią stały się podstępem do opracowania planu leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia działań bojowych Armii na okres od 30 stycznia 1945 roku^{194/}.

Plan ten przewidywał ugrupowanie szpitali zabezpieczających operację w trzech rzutach:

- w rejonie Złotowa szpitale pierwszej linii w stanie zwiniętych, przewidziane do wykorzystania w dalszym etapie operacji;
- szpitale drugiej linii, dowodzone przez wysunięty oddział PEP 1: ewakuacyjny punkt rozdzielczy wysuniętego oddziału PEP 1, PRSZW nr 3, PRSZ nr 5, PRSZLR nr 6 i ChPPG nr 5171;
- szpitale bazy szpitalnej Armii, dowodzone przez szefostwo PEP 1, rozmieszczone w rejonie Bydgoszczy^{195/}.

Zakaźnie chorych kierowano na leczenie do szpitala cywilnego w Bydgoszczy.

PRSZ nr 4244 pozostał w miejscu dotychczasowego rozwinęcia.

Począwszy od 29 stycznia, w związku z brakiem materiałów pędnych i smarów oraz szybkim tempem marszu dywizji bataliony sanitarne pozostały w tyle i podzieliły się na kilka rzutów dla zachowania przynajmniej częściowego kontaktu z wojskami.

W związku z powyższymi pierwszymi etapami działań i AWP w rejonie wału Pomorskiego odbywał się bez zabezpieczenia medycznego szczebla operacyjnego i z całkowicie zdekompletowanymi urządzeniami szczebla taktycznego.

W następnym etapie walk o wał Pomorski /31.01 - 10.02.1945r./ zadaniem i armii WP było przełamanie zawczasu przygotowanej obrony nieprzyjaciela na rubieży Nedarzyce-Szencje. Jednak w związku z zagrożeniem prawego skrzydła i Frontu Białoruskiego dowódca Frontu zainicjował zadania i armii WP i polecił wstrzymać natarcie w kierunku północno-zachodnia, uderzając przez Kolno i Pienik rozkazał wyjść w rejon Miroszowca, zagrożając

193/ W. Kuliński, Kuźniastrzowski zabezpieczenie działań i AWP na Pomorzu. Przegląd Kuźniastrzowski 1963, 6 /74/.

194/ CAW III-4-917 k. 80-86.

195/ R. Zabłotnik, Z. Koszyła, Zabezpieczenie medyczne walk i armii Wojska Polskiego o przełamanie wału Pomorskiego 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968, 9, s. 800-806.

wschodniemu skrzydłu nieświeckiego ugrupowania uderzeniowego^{196/}.

Również i do tych działań służba zdrowia Armii nie była przygotowana.

Zapotrzymanie w materiały podne i osary poprawiło się 4 lutego i dopiero od tej pory mógł być stopniowo realizowany plan zabezpieczenia medycznego, opracowany w końcu stycznia. Od 7 lutego wydział służby zdrowia 1 AWP ponosił już nad sytuacją medyczną i dowodził podległymi jednostkami, co w efekcie doprowadziło do przybliżenia batalionów sanitarnych i szpitali polowych na kierunkach działających dywizji.

W dniu 6 lutego PFSZ nr 5 dotarł do Złotowa.

Wykonanie zadania stojącego przed Armią nie oznaczało zakończenia działań bojowych. wobec zmiany sytuacji w działaniach 1 Frontu Działuruckiego 1 armia WP otrzymała w dniu 11 lutego zadanie przejścia do natarcia w kierunku północno-zachodnie i opóźnienia do końca dnia 13 lutego rubieży: Czochryń, maj. Motaszewo, jez. Mechliny, Świerczyna, st.kol. Borujako, Orle, a następnie przejścia do obrony.

Jak wynika z meldunków operacyjnych, ogólne straty 1 armii WP w okresie walk o Wał Pomorski w dniach 1-20 luty 1945 roku wynosiły: zabitych - 3130 żołnierzy, rannych - 5905, zaginionych - 1957, chorych ewakuowanych do szpitali - 349^{197/}.

Straty sanitarne w okresie walk o Wał Pomorski należą obok strat poniesionych w operacji pomorskiej i berlińskiej do największych w okresie działań bojowych Armii.

W okresie od 18 do końca lutego nastąpiło zmniejszenie natężenia działań bojowych. Czas ten służba zdrowia wykorzystwała na poprawienie stanu sanitarno-epidemicznego oddziałów i jednostek służby zdrowia.

Rozeznanie sanitarno-epidemiologiczne dróg narażu i rejonów walk, obok służby zdrowia dywizji i brygad, przeprowadzały również ruchome laboratoria SEG 1.

Poddano kontroli 227 osiedli i 1860 gospodarstw wiejskich z 700 mieszkańców /ludność ewakuowana przez nieprzyjaciela/.

196/ A. Jasiński. Przełamanie Wału Pomorskiego, Warszawa 1958.
197/ J. Błogoniewiczowski. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 AWP w operacjach lat 1944-1945, Myśl Wojskowa, 1967, 12, s. 83-93.

Zbadanych zostało 677 źródeł wody, z tego zdyskwalifikowano 27 źródeł. Zaspętrzenie wojek w wodę było dobre. Jednak część oddziałów, głównie 6 DP, będących w I rzucie korzystała dla celów konsumpcyjnych z odkrytych źródeł wody /jaziora, rzeki/. W konsekwencji w dywizji tej zanotowano największą liczbę ochorzeń zakaźnych przewodu pokarmowego.

Pracujące w Złotowie zgrupowanie szpitali polowych znalazło się w bardzo trudnych warunkach sanitarno-epidemicznych. Miasteczko to było w znacznym stopniu zniszczone i nie było uruchomiony wodociąg miejski.

Niedostatek wody spowodował gwałtowne pogorszenie się stanu sanitarnohigienicznego w szpitalach.

Wśród rannych i chorych przebywających w szpitalach notowano do 50% zamszenie. Z powodu braku wody nie dokonywano kąpieli żołnierzy i personelu. Dopiero dzięki sprawnej akcji i grupy sanitarno-epidemiologicznej uruchomiono wodociąg oraz dokonano niezbędnych badań personelu i wody^{198/}.

Do udziału w walce o poprawę stanu sanitarno-epidemicznego zgrupowanie szpitali w Złotowie nęczyły się również 4 kompanie dezynfekcyjno-kąpielowe, która od 6 do 21 lutego poddała kąpiele i dezynsekcji umundurowanie oraz bielizny osobistej 11.500 osób, głównie rannych i chorych^{199/}.

Pracujące w tak trudnych warunkach szpitale, przepełnione rannymi i chorymi ponad stan etatowy, nie były w stanie zapewnić odpowiednich warunków sanitarnohigienicznych.

Trudności z wodą, jakie mimo uruchomienia wodociągu w Złotowie nadal utrzymywały się, znacznie utrudniały pracę personelu służby zdrowia.

O rozmiarach wysiłku szpitali mogą świadczyć liczby, dotyczące najaktywniej pracującego w czasie walk o sal Foański PRZSLR nr 6, który w czasie od 30 stycznia do 24 lutego przyjął 4158 rannych^{200/}, a stan obłożenia szpitala w tym czasie wahał się od 1300 do 2500 rannych.

Powyższe obiektywne warunki uświadliwiły w pewnym stopniu sytuację, jaką opisał w rozkazie szef PEP i ppłk Dorys tu-gonow^{201/}, określając stan sanitarnohigieniczny szpitali jako

198/ CAW III-4-919 k. 185.

199/ CAW III-4-909 k. 86.

200/ CAW III-4-917 k. 327.

201/ Fragment rozkazu szefa polowego punktu ewakuacyjnego nr 1: "Stan sanitarny terytorium i sal chorych w szpitalach nie odpowiada minimalnym wymaganiom higieny. Terytorium zakażo-

nie odpowiadający minimalnym wysogom higieny.

Personel szpitali, przeciążony pracą, zbyt mało uwagi poświęcał zagadnieniom higieny osobistej, żywienia i uzamknięcia rannych i chorych.

Zachorowalność na choroby zakaźne wojsk 1 Armii WP w lutym 1945 roku przedstawia tabela 8.

Tabela 8

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP w lutym 1945 r.

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań
Czerwonka bakteryjna	34
Dur brzuszny	14
Dur rzekomy A	1
Dur rzekomy B	4
Zatrucie pokarmowe	7
Dur plamisty	10
Zianica	7
Razem	73
	150

CAW III-4-909 k. 125-136.

Pogorszenie się stanu sanitarno-epidemicznego wojsk Armii miało swoje odzwierciedlenie we wzroście zachorowań na choroby zakaźne przewodu pokarmowego, które pomimo okresu zimowego nie sprzyjającego ich rozwojowi pojawiły się w Armii w zwiększonej liczbie.

c.d. ze str. 117. Str. 117
no, pełno kału, ustępy nieodpowiednio utrzymane, korytarze i sale chorych zapełnione, chorych nie kąpano, na łóżkach brak przepiętych koców - najrozmaitszego pochodzenia pierrzyny, materace i kołdry. Brak kontroli zewszędzie, brak sanitarnego opracowania chorych. Chorzy nie zaopatrzeni w przegotowaną wodę do picia, personel często bez fartuchów i czepków. Najgorzej pod względem sanitarnym przedstawia się szpital nr 6. W blokach żywnościowych stan anty-sanitarny. Chorzy nie zawsze karmieni w swoim czasie. Brak kontroli ze strony kierownictwa szpitali nad żywieniem chorych". CAW III-4-912 k. 530.

W czasie operacji pomorskiej

/1-18.03.1945 r./

W związku z powodzeniem, jakie uzyskiwały wojska radzieckie w styczniu i lutym 1945 roku, dowództwo niemieckie utworzyło w końcu stycznia Grupę Armii "Wielze", która miała za zadanie wykonać uderzenie z Pomorza Zachodniego na akrzydłach tyłu 1 Frontu Białoruskiego. Do walki z tą grupą skierowane zostały wojska 1 i 2 Frontu Białoruskiego.

W celu zniszczenia Grupy Armii "Wielze" 24 lutego rozpoczęły natarcie wojska 2 Frontu, a 1 marca wojska 1 Frontu Białoruskiego wraz z 1 armią WP, w ramach operacji pomorskiej Armii Radzieckiej.

1 armia WP znajdowała się na styku Frontów, mając przed sobą trzy dywizje niemieckie broniące tzw. pozycji ryglowej Rezu Pomorskiego.

Zadaniem Armii było prowadzenie operacji zaczepnej w pasie o szerokości około 30 km, celem udarcia się w obronę nieprzyjaciela na głębokość 18 km między Będlinem a Łowiczem Wołeckim. W trzecim dniu operacji zadaniem Armii było opanowanie rubieży: Wierzchowo, Lubieszyno, płd. okraj jeziora Lubie, i kontynuowanie natarcia w kierunku Kołobrzegu.

W dniu 23 lutego wprowadzono zmiany i uzupełnienia do planu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego Armii opracowanego w dniu 30 stycznia 1945 roku.

Szpitaly pierwszej linii, podporządkowane wydziałowi służby zdrowia Armii znajdowały się w Wełczu w stanie zwiniętych^{202/}.

Baza szpitalna Armii rozmieszczona była w Złotowie, tam również znajdował się PRSZ nr 5.

1 marca 1 Armia WP przeszła do operacji zaczepnej i po ciężkich walkach w rejonie Zabina, Wierzchowa i Dorujaka rozwinęła działania bojowe w kierunku północnym.

W toku tych działań, do rozwiniętych zgrupowań jednostek służby zdrowia dotarły kolejne szpitale, znajdujące się dotychczas na południe i wschód od aktualnego terenu walk. Był wśród nich również PRSZ nr 4244.

Nimo poniesionych przez wojska w trakcie działań bojowych

202/ S. Rochanekowski, Praca tyłów 1 Armii WP w okresie przygotowania do operacji pomorskiej. Przegląd kwatermistrzowski 1965, 3/83/, s. 70-77.

dużych strat sanitarnych okres od 1 do 6 marca był jednym z najlepiej zorganizowanych etapów pracy służby zdrowia i armii WP^{203/}.

Dzięki nłaścicwej organizacji dowodzenia służbą zdrowia Armii oraz ścisłej współpracy ze służbą zdrowia szczebla frontowego możliwe było tylko częściowe wykorzystanie posiadanego potencjału łóżek szpitalnych i utrzymanie odpowiedniej rezerwy szpitalnej na dalsze etapy operacji.

7 marca dowódca Armii otrzymał nowe zadania, które przewidywały złuzowanie oddziałów radzieckich nad wybrzeżem bałtyckim i zajęcie obrony na odcinku od Kołobrzegu na zachód, a następnie na południe, wzdłuż rzeki Dziwniej i Zalewu Szczecińskiego aż do Stępnicy.

W dniu 18 marca 1945 roku, po zaciętych walkach o każdy dom, Kołobrzeg został zdobyty^{204/}.

W czasie walk o to miasto oddziały i armii WP poniosły straty ogólne sięgające 12% stanu osobowego Armii, a poszczególne dywizje średnio od 15 do 20%.

Wykorzystując przerwę w działaniach bojowych i dostosowując się do nowej sytuacji taktyczno-operacyjnej, szef służby zdrowia Armii opracował nowy plan zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego, obowiązujący od 20 marca 1945 roku.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu działania Armii przedstawiał się niepokojąco.

Wojska Armii działały na obozarze o powierzchni około 4000 ha², na którym znajdowało się kilkanaście miast o niepokojącym stanie sanitarno-epidemicznym. Chaotyczne ewakuacje ludności spowodowały późniejsze wędrówki powracających uciekinierów, wieszających się na drogach z kolumnami wojsk i powracającymi z wyzwolonych terenów więźniami obozów koncentracyjnych i jenieckich. Miasta były wyludnione, częściowo zniszczone, z nieczynnymi urządzeniami wodno-kanalizacyjnymi. Na ulicach tych miast i na drogach zalegały nieuprzątnięte zasłoki ludzkie i zwierzęce.

W marcu wśród miejscowej i napływowej ludności stwierdzono 12 przypadków duru plamistego, 5 - duru brzusznego i 3 - czerwonej bakteryjnej^{205/}. Chorych tych umieszczono w PRSZZ nr 5.

203/ R. Zabłotnick, Z. Koszyła. Zabezpieczenie medyczne walk o Kołobrzeg w czasie II wojny światowej. Lekarz Wojskowy 1971, 5, s. 483-488.

204/ E. Jadziak. Walki i armii WP o Kołobrzeg 7-18.III.1945 r.. Wojskowy Przegląd Historyczny 1959, 2,3.

205/ Sprawozdanie sanitarno-epidemiczne i AWP ze marca 1945 r. CAW III-4-909 k. 126.

Powyższe okoliczności ukierunkowały działalność służby zdrowia na poprawienie stanu sanitarno-epidemicznego wojsk i rejonu.

23 marca 1945 roku wydany został rozkaz dowódcy Armii "O" przeglądnie i doprowadzeniu do stanu sanitarnego rejonów jednostek wojskowych i urzędzeń armii^{206/}. Rozkaz ten nakazywał dowódcę ZT zorganizować przeprowadzenie czynności sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych, mających na celu zapobieżenie występowaniu nowych ognisk chorób zakaźnych.

Niezmiernie istotnym połączaniem było również dokonanie podzielenia rejonu i ANP między poszczególne związki taktyczne i oddziały oraz polecenie doprowadzenia tych rejonów do należytego stanu sanitarno-higienicznego przy pomocy własnych sił i miejscowej ludności.

Przeprowadzenie kontroli wykonania rozkazu zostało zlecone szefowi służby zdrowia Armii, który w dniu 31 marca złożył w tej sprawie meldunek dowódcy Armii^{207/}.

W meldunku tym płk Salemonowicz przedstawił ogólny przebieg, jak została włożona w uporządkowanie terenu, ale jednocześnie wskazał, że nadal do wykonania pozostało wiele czynności sanitarno-higienicznych, zwłaszcza w takich miejscach, jak Kołobrzeg i Kamień.

Szczególne opiece szef służby zdrowia Armii otoczył przedsięwzięciem mającym na celu podniesienie poziomu stanu sanitarno-epidemicznego w podległych szpitalach i jednostkach służby zdrowia^{208/}.

W przewidywaniu sezonowego nasilenia zachorowań na szkorzenie zakaźne przewodu pokarmowego rozkazem dowódcy Armii nr 014 z dnia 23 marca nakazano przeprowadzenie szczepień ochronnych wojsk. W wyniku jego realizacji do końca pierwszej dekady kwietnia zaszczepiono ponad 90% stanu osobowego 1, 2 i 3 DP, 1 BK i 5 BAC. W innych związkach taktycznych procent zaszczepionych był mniejszy /6 DP - około 70%/, lub brak było sprawozdań z przeprowadzonej akcji.

Niewywiązujących się należycie z postawionych zadań w zakresie organizacji szczepień i sprawozdawczości, dowódca Armii ukarał w rozkazie z dnia 10 kwietnia 1945 r.^{209/}.

206/ Rozkaz dowódcy i ANP nr 014 z dnia 23.03.1945 r. CAW III-4-891 k. 91-92.

207/ Meldunek płk. A. Salemonowicza do dowódcy Armii. CAW III-4-912

208/ Pismo płk. A. Salemonowicza do komendantów szpitali i dowódców jednostek służby zdrowia. CAW III-4-912 k. 962-965.

209/ Rozkaz dowódcy i ANP nr 0147-KG z dnia 10.04.1945 r. "O przebiegu kampanii szczepieniowej". CAW III-4-917 k. 551.

Następnym kierunkiem działalności przeciwepidemicznej służby zdrowia Armii była walka z zakażeniami, które z 0,45% w styczniu, zwiększyły się do 1,1% w marcu, a w niektórych oddziałach sięgało nawet 2,5 do 3,0%^{210/}.

W celu realizacji tego zadania do poszczególnych oddziałów skierowano egregaty kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej oraz łazienki i pralnie polowe.

Mimo tych przedsięwzięć w marcu 1945 roku liczba przypadków zakażeń na choroby zakaźne w wojskach Armii uległa zwiększeniu i przedstawiła się jak w tabeli 9.

Tabela 9

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP w marcu 1945 r.

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań
Czerwonka bakteryjna	16
Dur brzuszny	34
Dur rzekomy B	11
Zatrucie pokarmowe	17
Dur plamisty	16
Zienica	$\frac{11}{43}$
Razem	146

CAW III-4-909 k. 127.

Kliniczny przebieg duru brzuszego był bardzo ciężki i zmarło wtedy pięciu żołnierzy.

Izolacja zakaźnie chorych nastąpiła wczesnie, bowiem w pierwszych trzech dobach choroby izolowano 68% przypadków.

Natomiast hospitalizacja była znacznie opóźniona, gdyż 62% chorych umieszczono w szpitalu dopiero po ósmej dobie choroby.

Przyczyną tak późnej hospitalizacji zakaźnie chorych była duża odległość PRSZZ nr 5 od batalionów sanitarnych (około 200 km), a w pierwszych dniach dekadach marca jedynie ten szpital przyjmował zakaźnie chorych Armii.

210/ CAW III-4-917 k. 252.

Natomiast PRSzZ nr 4244 rozpoczął pracę w m. Resko dopiero 20 marca, przyjmując do końca miesiąca 58 chorych, w tym 40 żołnierzy.

Wydział służby zdrowia Armii dla pogłębienia wiedzy personelu w dniach 10 i 11 kwietnia zorganizował w szpitalu nr 6 w m. Resko konferencję służby zdrowia i ANP^{211/}, poświęconą podsumowaniu doświadczeń z dotychczasowych operacji bojowych w dziedzinie organizacji zabezpieczenia leczniczo-ekskwazyjnego i pomocy chirurgicznej rannym oraz zagadnieniom aktualnych problemów zabezpieczenia sanitarno-przeciwniepidemicznego wojsk.

W czasie operacji berlińskiej

/16.04-6.05.1945 r./

W pierwszych dniach kwietnia 1945 roku zapadła decyzja o rozpoczęciu operacji zaczepnej, mającej na celu ostateczne rozgromienie wojsk niemieckich i zdobycie Berlina, a następnie oświegnięcie przez wojska radzieckie rubieży Łaby.

Powazne zadanie w tej operacji, zwanej operacją berlińską, przypało wojskom 1 Frontu Białoruskiego, w składzie którego działała i Armia Wojska Polskiego^{212/}.

Po trwającym od 10 do 15 kwietnia okresie przygotowawczym i wstępnych przegrupowaniach ukształtowało się następujące rozmieszczenie polowych ruchomych szpitali zakaźnych:

- szefostwu PEP i podporządkowano PRSzZ nr 5 w Złotowie i PRSzZ nr 4244 w Resku,
- wyuniętemu oddziałowi PEP i podporządkowany był wraz z innymi szpitalami PRSzW nr 3 w Trzcianku Zdroju, w którym rozminięto oddział chorób zakaźnych na 120 łóżek /pracował do 30 maja 1945 roku/^{213/}.

W pierwszym etapie działań bojowych, trwającym od 16 do 19 kwietnia, wojska i ANP sforsowały rzekę i przełamały obronę niemiecką w międzyrzeczu Odry i Starej Odry.

Szpitala Armii w tym czasie nie dokonywały przegrupowań. Pozostały na dotychczasowych miejscach swego rozmieszczenia.

W drugim etapie operacji, trwającym od 20 do 24 kwietnia

211/ CAW III-4-912 k. 972-976.

212/ Artykuł wstępny: 25 latie wielkiej победы. Wojenno-Medycynski Żurnal 1970, 5.

213/ S. Krzemiński, Przebieg działań bojowych oraz przegrupowanie tyłów 1 ANP w operacji berlińskiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1967, 2 /94/.

1945 roku, wojska 1 ANF przełamały drugi pas niemieckiej obrony nad Starą Odrą i kontynuując natarcie, do wieczora 24 kwietnia przeszły do obrony na odcinku wzdłuż południowego brzegu kanału Hohenzollernów i kanału Ruppiner.

W trzecim etapie operacji, trwającym od 25 do 30 kwietnia 1945 roku, wojska Armii działały na zewnętrznych frontach okrążenia Berlina^{214/}.

Bataliony sanitarne oddalające się od głównego zgrupowania szpitali rozwinętych na wschodnim brzegu Odry, nie zawsze mogły liczyć na ich sprawną i skuteczną pomoc.

Niewielkie zgrupowanie szpitali rozwinętych w rejonie Biesenthal musiało maksymalnie powiększyć bazę łózkową, ale nie powinno było spełniać roli szpitali pierwszej linii.

Przeznaczone do tej roli nieliczne szpitale pracowały w bardzo trudnych warunkach.

W tym etapie działań dokonano kolejnych przenieszczeń szpitali, między innymi PRSzZ nr 5 przegrupowano do rejonu Biesenthal.

W ostatnim etapie operacji berlińskiej, trwającym od 1 do 6 maja 1945 roku, siłami działającymi w pierwszym rzucie 4 i 6 DP sforsowano Havelę, a następnie w pościgu za nieprzyjacielem oddziały tych dywizji dotarły do Łaby.

Ze względu na niedobory w środkach transportowych i spore odległości między dywizyjnymi punktami medycznymi pierwszorzędnymi związków taktycznych a zgrupowaniami szpitali Armii znacznie się wydłużyły i niejednokrotnie przekraczały 100 km^{215/}.

Tereny, na których działały wojska Armii, pod względem sanitarno-epidemicznym można było podzielić na następujące strefy:

- pierwsza, w której wojska znajdowały się w trzeciej dekadzie marca i na początku kwietnia, to teren północno-zachodniego Pomorza, uporządkowany po walkach i doprowadzony do pomyslnego stanu sanitarno-epidemicznego, na którym jednak dość licznie występowały zachorowania na dur brzuszny, dur rzekomy i czerwonkę bakteryjną;

- po przegrupowaniu w rejon Morynia wojska znalazły się w terenie pod względem sanitarno-epidemicznym pomyslnym, niestety

214/ Z. Stępor, Operacja berlińska Armii Radzieckiej i udział w niej Wojska Polskiego. Wojskowy Przegląd Historyczny 1965, 12, s. 166-221.

215/ J. Bończek, Wybrane aspekty zabezpieczenia medycznego operacji berlińskiej. Lekarz Wojskowy 1980, 5-6.

było mało zniszczone, posiadało czynne wodociągi i kanalizację. wśród ludności cywilnej występowały pojedyncze przypadki chorób zakaźnych:

- kolejny rejon, przyległy do zachodniego brzegu Odry, to teren o częściowo zniszczonych miastach i osiedlach, wyludniony, z dużą ilością niepogrzebanych zwłok ludzkich i zwierzęcych /wyludnienie związane z ewakuacją powodowało, że na tym terenie nie występowały choroby zakaźne/;
- czwarta strefa, położona na zachód od szosy Wriezen - Bad-Freienwalde, mało zniszczona wobec szybkiego tempa natarcia wojsk, jednak ze względu na rozszyczenie w tym terenie obozów koncentracyjnych występowało tam szereg chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, głównie wśród więźniów obozów Drenienburg-Sachsenhausen oraz wśród powracających repatriantów i jeńców^{216/}.

Tak scharakteryzowany rejon przedstawiał pewne niebezpieczeństwo rozwoju chorób zakaźnych w wojskach i ANP, zwłaszcza wobec pory roku sprzyjającej występowaniu chorób zakaźnych przewodu pokarmowego.

Wydział służby zdrowia Armii podjął szereg przedsięwzięć zmierzających do zapobieżenia występowaniu tych chorób.

W efekcie powyższego nastąpiło wzmocnienie działalności sanitarno-przeciwniepidemicznej SEG 1^{217/}, wyrażające się w wykonaniu szeregu badań laboratoryjnych i intensyfikacji rozpoznania terenu.

Mimo to, szczególnie w kwietniu, w wojskach Armii wystąpiły liczne zachorowania na dur brzuszny.

Zachorowalność na choroby zakaźne wojsk i Armii WP w kwietniu i maju 1945 roku przedstawiła tabela 10. /

216/ Sprawozdanie sanitarno-epidemiologiczne 1 ANP za miesiąc kwiecień 1945 r. CAW III-4-909 k. 146.

217/ W kwietniu laboratoria SEG 1 wykonały 917 badań, w tym 650 mikrobiologicznych. Wykonały również 70 badań źródeł wody i 33 przeglądy sanitarno-epidemiologiczne osiedli. CAW III-4-909 k. 161.

W maju działalność sanitarno-przeciwniepidemiczną SEG 1 była już mniej intensywna. CAW III-4-909 k. 196.

Tabela 10

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP w kwietniu
1 maja 1945 r.

Jednostka chorobowa	Kwiecień	Maj
Czerwonka bakteryjna	14	4
Dur brzuszny	95	39
Dur rzekomy A	1	-
Dur rzekomy B	6	12
Zatrucie pokarmowe	63	5
Dur plamisty	2	2
Ziwnica	$\frac{15}{72}$	$\frac{11}{46}$
Płonica	1	-
Błonica	1	-
Brucelloza	-	1
Razem	292	120

CAW III-4-909 k. 173-184.

Przyczyną tak gwałtownego zwiększenia liczby zachorowań na dur brzuszny było między innymi:

- w związku z uzupełnieniem stanów osobowych, skierowanie żołnierzy w okresie inkubacji z Białegostoku do 3 pułku zapasowego /11 przypadków chorobowych/;
- zbyt późne rozpoznanie choroby oraz niesprawnie przebiegająca hospitalizacja /14 przypadków w 20 przypadkach/;
- brak skutecznego preparatu uodporniającego ^{218/}.

W związku ze zwiększoną zachorowalnością na choroby zakaźne przewodu pokarmowego, dowódca Armii wydał rozkazy nr 0166 i nr

218/ Spośród 95 chorych na dur brzuszny 73 było uprzednio poddanych szczepieniu szczepionką N1151. Spośród 9 zmarłych z powodu tej choroby aż 7 miało wykonane powyższe szczepienie. CAW III-4-909 k. 148.

0167 nakazujące wzmocnienie nadzoru sanitarno-przeciwepidemiologicznego^{219/}.

W toku działań bojowych żołnierze oddziałów radzieckich napotkali laboratoria mikrobiologiczne prowadzące hodowle szczególnie niebezpiecznych szczepów bakteryjnych. Dlatego też wydany został rozkaz dowódcy Armii w celu zapewnienia bezpieczeństwa w wypadku napotkania podobnych zakładów w toku dalszych działań bojowych^{220/}.

Problema, który obok chorób zakaźnych stanowił przedmiot szczególnej troski szefa służby zdrowia Armii, były choroby weneryczne. Wprawdzie w wojskach 1 AWP sytuacja pod tym względem była dotychczas dobra, to jednak zwiększająca się ostatnio liczba zachorowań spowodowała konieczne zwrócenie uwagi na tę chorobę. Zagadnieniu zwalczania chorób wenerycznych poświęcony został specjalny rozkaz dowódcy Armii polecający karę tym wszystkim, którzy dopuścili, zniechęcając świadków, do zakażenia^{221/}, a poza tym nakazujący podjęcie czynności profilaktycznych^{222/}.

W innym rozkazie dowódcy Armii, poświęconym zagadnieniu czujności przeciw aktom dywersyjnym nieprzyjaciela^{223/}, polecono traktować każdy przypadek zarażenia się chorobą weneryczną jako sabotaż i współpracę z nieprzyjacielem.

Mimo słusznych intencji, które podkładały takie postawienie sprawy, należy wątpić, czy z lekarskiego punktu widzenia było to właściwe. Jeśli odstraszało w jakimś stopniu od lekkomyślnego narażenia się na zakażenie, to bardziej jeszcze chyba

- 219/ Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 0166-KG z 22.04.1945 r. "O spóźnionej izolacji i hospitalizacji chorych w 20 pappano". CAW III-4-894 k. 74. Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 0167-KG z 22.04.1945 r. "O środkach walki z chorobami zakaźnymi przynodu pokarzonego, na przykładzie 20 pappano, 2 beas i 3 beas". CAW III-4-894 k. 75.
- 220/ Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 00180 z 29.04.1945 r. "O przeprowadzeniu zwiadu wszystkich medycznych laboratoriów, instytutów, aptek, składów i zakładów leczniczych". CAW III-4-894 k. 80.
- 221/ Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 0174-KG z 27.04.1945 r. "O zwalczaniu chorób wenerycznych". Rozkaz ten polecał między innymi kierować do prokuratora wszystkich, u których stwierdzono świadome zakażenie lub zakażenie się. Jednocześnie we wszystkich przypadkach po wyleczeniu nakazywał karę szeregowych 1-2 miesiącami kompanii karnej, a sprawy oficerów kierować do sądu wojkowego. CAW III-4-894 k. 78.
- 222/ J. Dończak, J. Malowicz. Choroby weneryczne w armiach na przestrzeni wieków. Lekarz Wojskowy 1974, 7, s. 591-595.
- 223/ Rozkaz dowódcy 1 AWP nr 0172-KG z 27.04.1945 r. "O wzmożeniu czujności przeciw dywersyjnym aktom nieprzyjaciela" mówił między innymi: "Uprzedzić skład osobowy, że każdy wypadek zarażenia się chorobą weneryczną oceniany będzie jako sabotaż i współpraca z nieprzyjacielem". CAW III-4-894 k. 76.

odstraszało od poddania się leczeniu w obawie przed sankcjami karnymi, a to z kolei powodowało powikłania i dalsze rozszerzenie się zakażeń.

W materiałach dostępnych autorowi nie zachowały się ślady dotyczące jakichkolwiek wniosków karnych w tej sprawie^{224/}.

W okresie operacji berlińskiej praca szpitali Armii charakteryzowała się właściwą organizacją, która pozwoliła na osiągnięcie dobrych wyników leczenia^{225/}.

224/ T. Brzezinski, op. cit. /4/, s. 252.
225/ R. Zablotnick, Z. Koczylko. Zabezpieczenie medyczne oddziałów Wojska Polskiego w walce o Berlin w 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968, 2, s. 144-147.

ROZDZIAŁ V

PROBLEMY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO ARMII LUDOWEJ

Polski ruch oporu kształtował się już od pierwszych dni okupacji hitlerowskiej.

Wczesną wiosną 1942 roku Polska Partia Robotnicza utworzyła własną formację zbrojną - Gwardię Ludową, która w styczniu 1944 roku weszła w skład Armii Ludowej. Do AL, obok GL jako podstawowej siły, weszły również częściowo siły zbrojne Robotniczej Partii Polskich Socjalistów /Milicje RPPS/ oraz część Batalionów Chłopskich /BCh/^{226/}.

Siły ludowej partyzantki GL i AL wynosiły w sumie około 60.000 ludzi.

Wynagało to olbrzymiego wysiłku ze strony konspiracyjnego systemu zabezpieczenia medycznego, a w nim również sanitarno-przeciwepidemicznego w bazach partyzanckich tak pokątnej armii.

Ofiarne pomoc społeczeństwa była w tym czasie podstawowym źródłem zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego oddziałów partyzanckich Armii Ludowej.

Zmiany warunków politycznych i operacyjnych, przybliżenie się frontu do rejonów operacyjnej działalności oddziałów partyzanckich AL, powołanie Polskiego Sztabu Partyzanckiego /PSZP/ przy 1 Armii Polskiej w ZSRR - znacznie poprawiło sytuację zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego AL.

Działania bojowe Armii Ludowej były zawsze przygotowane pod względem organizacji i zabezpieczenia walki, w tym również - mimo występowania dużych trudności - w zakresie zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego. Częste zmiany kierunków udarów na okupanta w rejonach operacyjnych oraz stosowany ruch i manewr znacznie utrudniały wykonywanie zasadniczych przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych. Problemy te nabierały szczególnego znaczenia w czasie odtwarzania gotowości bojowej po nieudanych akcjach.

226/ E. Gronczewski. Relacje /zapis własny/.

Dynamiczny rozwój oddziałów partyzanckich AL w miastach, osiedlach i wsiach spowodował konieczność utworzenia oddziałów garnizonowych. Partyzanci tych oddziałów przebywali w stałym miejscu zamieszkania, wykonywali swoją pracę zawodową, a jednocześnie brali udział w szkoleniu konspiracyjnym oraz w organizowanych akcjach bojowych, przemieńnie o charakterze dywersyjnym i sabotażowym. Ponieważ partyzanci oddziałów garnizonowych nie przebywali razem, stąd też nie zachodziła konieczność organizowania zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego.

W celu prowadzenia walki zbrojnej z okupantem na terenie całego kraju dowództwo główne AL powołało polowe /leśne/ oddziały partyzanckie. Oddziały te najczęściej były zwarte i przyjmowały strukturę organizacyjną typu wojskowego. Częste zmiany miejsce bazowania oraz ciągły ruch w rejonie operacyjnym wymagały od służby zdrowia ogromnego wysiłku w zakresie zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego tych oddziałów.

Zależnikiem zorganizowanej służby zdrowia było koło lekarzy, które przekształciło się w wydział sanitarny GL z dr. Jerzym Gronkoniem na czele.

Wiosną 1944 roku wydział sanitarny GL został zreorganizowany i przemianowany na centralny wydział sanitarny przy dowództwie głównym AL.

Na czele CWS stali: dr Jan Wołowski oraz dr Jerzy Suchanek, inspektorów sanitarnych CWS została dr Helena Wolff /"Anka"/²²⁷.

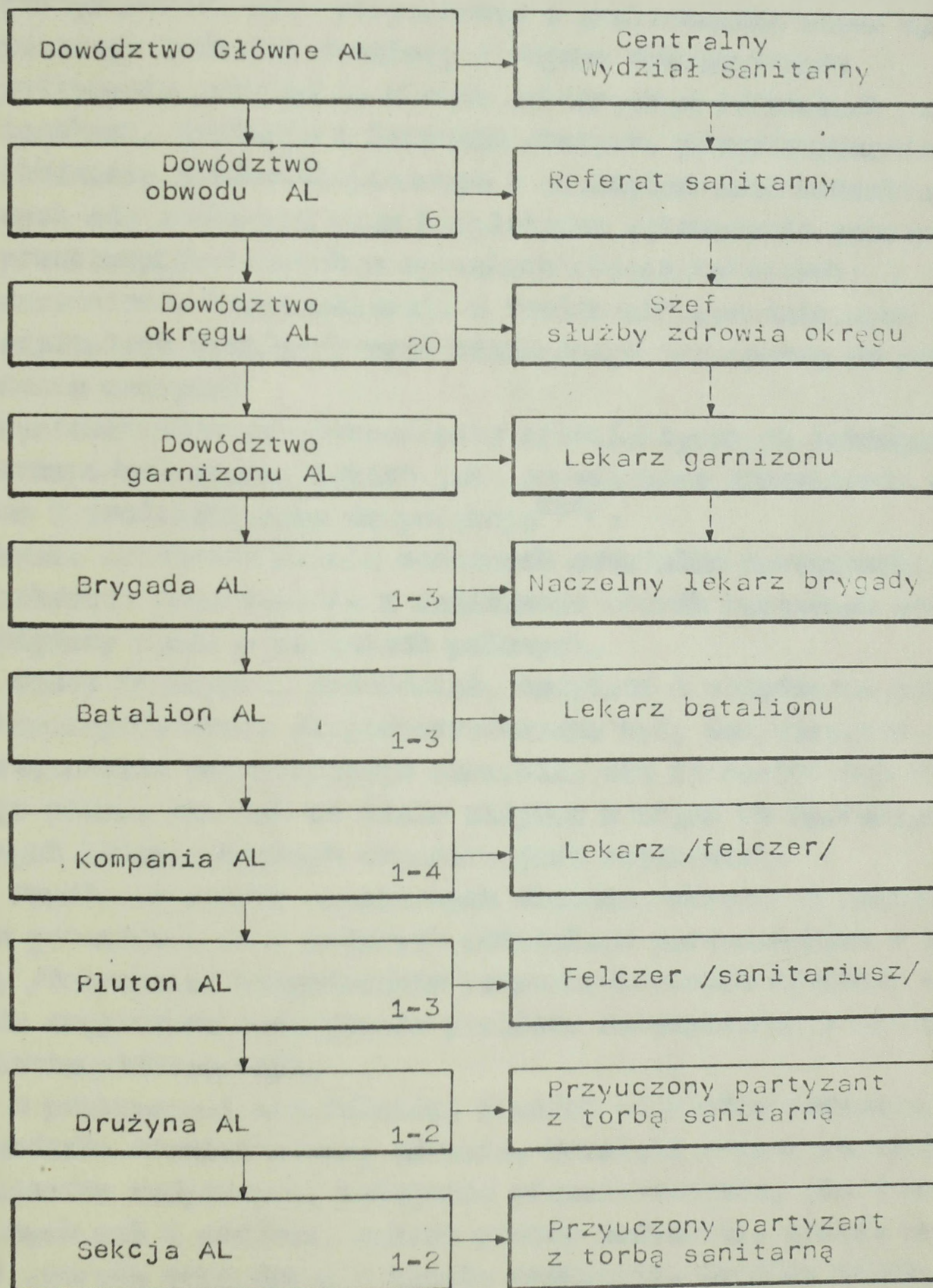
W strukturze organizacyjnej ludowej partyzantki utworzono stanowiska osób funkcyjnych oraz organów wykonawczych odpowiedzialnych za zabezpieczenie medyczne, a w nim także sanitarno-przeciwepidemiczne /schemat B/.

W strukturze organizacyjnej garnizonowych i polowych oddziałów partyzanckich powoływano osoby funkcyjne oraz utworzono pododdziały /grupy/ przeznaczone do realizacji zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego.

Struktura organizacyjna elementów przeciwepidemicznych służby zdrowia AL była doskonała w miarę zdobywania doświadczeń i wyłaniania się problemów w toku walki zbrojnej. Stan obsady personalnej urzędzeń medycznych wskazywał na znaczne ograniczenie i łączenie funkcji. Personel służby zdrowia zobowiązany był

227/ J. Wołowski. Lekarze Gwardii i Armii Ludowej w walce o wyzwolenie ojczyzny. Lekarz Wojskowy 1937, 10, s. 558-561.

Struktura organizacyjna
służby zdrowia Armii Ludowej



Legenda:

- podległość służbowa
- - - - podległość fachowa

do wykonywania najbardziej niezbędnych czynności w zakresie zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego.

Do podstawowych zadań służby zdrowia wszystkich szczebli organizacyjnych AL w zakresie zabezpieczenia przeciwepidemicznego oddziałów partyzanckich należało:

- prowadzenie stałej obserwacji epidemiologicznej oddziałów partyzanckich oraz rozpoznanie i analizowanie stanu epidemicznego ludności cywilnej i rejonu operacyjnego;
- wykrywanie przypadków chorób zakaźnych w oddziałach partyzanckich, izolacja i leczenie chorych, przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego i szczepień osób kontaktujących się z chorymi oraz kompleksowe wykonywanie zabiegów przeciwepidemicznych w ogniskach chorób zakaźnych;
- zapewnienie hospitalizacji w "szpitalach" garnizonowych i szpitalach cywilnych oraz niezbędnego transportu do przewożenia chorych;
- systematyczne przeprowadzanie profilaktycznych zabiegów przeciwepidemicznych, takich jak: obowiązkowe szczepienie ochronne i profilaktyczna dezynfekcja^{228/};
- stałe szkolenie stanów osobowych oddziałów partyzanckich w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych oraz higieny życia w warunkach polowych.

Osoby funkcyjne, pododdziały medyczne i urządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne AL podporządkowane były bezpośrednio sztabom partyzanckim odpowiedniego szczebla. Nie stanowiły one oddzielnego pionu, tak jak to miało miejsce w wojskach operacyjnych i innych konspiracyjnych organizacjach wojskowych.

Powołanie szefów sanitarnych obwodów, okręgów i garnizonów, a w garnizonowych i polowych oddziałach partyzanckich - lekarzy /falezerów/ bezpośrednio podporządkowanych sztabom, stanowiło oryginalne rozwiązanie problemu zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego.

W praktycznej działalności dowódcy oddziałów partyzanckich dowodzili również służbą zdrowia. Ustalali rajony rozmieszczenia elementów medycznych, kolejność przewiezienia, ilość dostarczonych sił i środków, zakres pomocy medycznej, sposób ewakuacji chorych oraz drogi i kanały ewakuacji. Dowódcy oddziałów

228/ Dr Helena Wolff - Pe. "Anka" z cyklu sylwetki kobiece w Archiwum Ludności, Wojskowy Przegląd Historyczny, rok VII, nr specj. 22, Warszawa 1962, 170-173.

partyzanckich przy podejmowaniu decyzji uwzględniali propozycje osób funkcyjnych realizujących zabezpieczenie sanitarno-przeciepideemiczne.

W polowych oddziałach partyzanckich oraz w rejonach operacyjnych urządzenia służby zdrowia rozmieszczano w ten sposób, aby odległość między nimi a oddziałami partyzanckimi była niewielka. Umieszczano je również wewnątrz bazy partyzanckiej.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa ewakuowanym rannym i chorym na obozisko operacyjne wyznaczano szlaki komunikacyjne.

Do obrony i ochrony urządzeń medycznych nie wydzielano specjalnych sił i środków. Zadanie to realizował personel wyznaczony do obsługi tych urządzeń.

W celu zapewnienia właściwej realizacji zamierzeń w zakresie zabezpieczenia sanitarno-przeciepideemicznego dowództwo główne AL wydało szereg zarządzeń i instrukcji. Zawierały one między innymi zasadnicze obowiązki personelu służby zdrowia, sposób transportu chorych oraz podstawowe wiadomości o zapobieganiu i leczeniu chorób zakaźnych.

W ramach szkolenia personelu służby zdrowia organizowano były kursy, na których omawiano między innymi problematykę zabezpieczenia sanitarno-przeciepideemicznego.

Realizacja zadań zabezpieczenia sanitarno-przeciepideemicznego, ze względu na warunki okupacyjne oraz konspiracyjny charakter oddziałów partyzanckich AL, natrafiała na olbrzymie trudności. Potęgowano one były brakiem wykwalifikowanych kadr, materiałów i sprzętu sanitarnego, powiększeniem uszczelniających hospitalizację oraz stosunkowo słabą rozbudową bazy szpitalnej okupacyjnego systemu zabezpieczenia leczniczego ludności cywilnej.

W garnizonowych oddziałach partyzanckich zabezpieczenie sanitarno-przeciepideemiczne realizowane było w oparciu o okupacyjny system zabezpieczenia ludności. W polowych oddziałach na skutek przebywania partyzantów w złych warunkach sanitarnohigienicznych, a często także wobec braku specjalistycznych urządzeń leczniczych zaplecze, występowały trudności w realizacji przedsięwzięć sanitarno-przeciepideemicznych.

Znacznej pomocy w rozwiązywaniu tego problemu udzielali oddziałom partyzanckim AL zbiegli z niemieckiej niewoli radzieccy lekarze, którzy obok wysokich kwalifikacji zawodowych dysponowali praktyką zdobytą w czasie działań bojowych.

Bezgraniczna ofiarność społeczeństwa, bez wahań oddającego na potrzeby partyzantów posiłek, łóżka, leki oraz żywność, pomagała w trudnej pracy służby zdrowia. Umożliwiała niesienie realnej pomocy w leczeniu zakaźnie chorych partyzantów.

Wykorzystywanie "leśnych szpitali" /bunkry, schrony, gajówki, bazy partyzanckie/, pewnych lokali /"szelin"/ w garnizonach, cywilnych szpitali, zakupionych budynków w miejscowościach wypożyczonych - rozwiązywało najpilniejsze potrzeby lecznicze^{229/}.

Trudne warunki bytowe, sanitarno-higieniczne i epidemiczne przyczyniały się do występowania wśród partyzantów takich zachorowań na choroby zakaźne, jak czerwonka bakteryjna, dur brzuszny i dur plamisty.

Chorych partyzantów kierowano przy pomocy ludności cywilnej, pod innymi nazwiskami i z "rozpoznaną chorobą - tyfus", do miejscowych szpitali. W takich przypadkach Niemcy zwykle nie dochodzili skąd przybył chory. Z fortelu tego korzystano nawet w stałych miejskich czy wiejskich ośrodkach hospitalizacji /"szelinach"/, umieszczając przy wejściu do klatki napis "TYFUS"^{230/}.

W czasie leczenia partyzantów chorych na choroby zakaźne przewodu pokarmowego stosowano również zasady medycyny ludowej i głodówkę, a w razie braku właściwych leków podawano w odpowiednio zanieczyszczonych dawkach leki weterynaryjne.

Zanieczyszczenie w oddziałach partyzanckich zwalczano stosując między innymi umieszczenie części unundurowania i bielizny osobistej w browikach.

Świerzb i choroby weneryczne leczono sporządzonymi we własnym zakresie maściami zawierającymi sulfonamidy i preparaty bizmutu^{231/}.

Hipo- i awitaminozę C leczono podawaniem napojów z suszonych jagód, wywaru z igieł drzew iglastych oraz soku kiszzonej kapusty.

Niezmiernie trudnym problemem było zaopatrywanie oddziałów partyzanckich w wodę dla celów konsumpcyjnych. Trudności te wynikały z faktu przebywania oddziałów w terenach zalesionych, obfitujących wprawdzie w duże zasoby wody, ale podskórnej i be-giennej, która nie zawsze nadawała się do spożycia. Obecność

229/ E. Luczak. Specyfika zaopatrywania asterielowego i zabezpieczenia medycznego działów bojowych Gwardii Ludowej i Armii Ludowej w latach 1942-1945. ASG WP, Warszawa 1972, 20-22, 55-62.

230/ Z. Kolano. Relacja /zapis własny/.

231/ Dr Patkowska, Z. Gronczewska, T. Hygenowski. Relacja /zapis własny/.

odpowiednich źródeł wody było jednym z decydujących czynników przy wyborze rejonu na bazę partyzancką. Służby zdrowia oddziałów partyzanckich, ze względu na brak odpowiedniego wyposażenia, nie miały możliwości określania właściwości fizykochemicznych i bakteriologicznych wody. Nie posiadano również zbiorników i ludzi do przemożenia wody.

Zadania z zakresu zaspokajania potrzeb bytowych miały na celu zapewnienie zakwaterowania, przyrządzenia gorących posiłków, wypieku chleba oraz kąpieli ludzi i pranie bielizny.

Żywnienie stanów osobowych garnizonowych oddziałów partyzanckich realizowane było przez samych partyzantów, natomiast w polowych oddziałach, stanowiło kwestię pierwszorzędnej wagi o ciężar jego spoczywał na mieszkańcach wsi. W polowych oddziałach partyzanckich wyznaczeni intendentzi zdobywali żywność, organizowali wypiek chleba i transport zapasów żywności, a także wspólnie z przedstawicielami służby zdrowia nadzorowali przyrządzenie gorących posiłków.

Oddziały partyzanckie do przemożenia zapasów żywności oraz naczyń kuchennych dysponowały przede wszystkim taborem konnym.

Chleb wypiekano najczęściej w pobliskich gajórkach.

W żywieniu przyjęto zasadę wydawania w ciągu doby dwóch gorących posiłków oraz jednego suchego prowiantu. Jako dodatki uzupełniające i źródło witaminy C wykorzystywano runo lasne /grzyby, jagody itp./.

W ciągu całego okresu działalności partyzanckiej odczuwano ostry brak soli kuchennej, ściśle reglamentowanej przez okupanta.

W okresach akcji przeciwpartyzanckich organizowanych przez okupanta, kiedy oddziały zmuszane były likwidować własne tabory i ukrywać zapasy żywności, partyzanci wręcz głodowali. Szczególnie niekorzystnie wpływało to na ich stan zdrowia w okresach jesienno-zimowych.

Trudy życia w warunkach polowych zwiększały zapotrzebowanie na środki czystości i utrzymania higieny osobistej. Materiały zdobyte i zarekwirowane pokrywały w zasadzie potrzeby oddziałów partyzanckich.

W lecie polowe oddziały organizowały biwaki pod namiotami z płótna spadochronowego, w szałasach, wiatkach i ziemiankach. W okresie jesieni i zimy korzystano z zabudowań stałych. Operując w terenach zalesionych lub górskich, w których niepo- dzielnie panowały, budowano bunkry.

Pranie bielizny osobistej odbywało się metodą "fińską", tzn. w zianej wodzie z dodatkiem naty^{232/}.

Organizacja zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego oddziałów partyzanckich była jedną z podstawowych zadań centralnego wydziału sanitarnego dowództwa głównego AL. Realizacja przedsięwzięć wynikała z konieczności utrzymania w oddziałach partyzanckich wysokiego poziomu zdrowotności oraz zapobiegania epidemiom chorób zakaźnych. Decydowało to bowiem o możliwościach i skuteczności prowadzonych akcji bojowych.

PODSUMOWANIE

Ochrona przeciwepidemiczna wojsk stanowi we współczesnych armiach integralną część zabezpieczenia medycznego.

Składeją się na to doświadczenia wielu wojen w przeszłości, w których straty od chorób zakaźnych wielokrotnie przewyższały straty od oręża.

Wojny były zawsze - począwszy od najbardziej zwierzęcych czasów aż do współczesności - nierozdzielnie powiązane z epidemiami chorób zakaźnych.

Powiązanie zabójczych epidemii z wojnami można wykazać na przykładach historii wojen.

W czasie wojny peloponeńskiej /430-425 p.n.e./ epidemia opisana przez Tucydýdosa unicestwiła jedną trzecią mieszkańców Aten. Epidemie dziesiątkowały w ciągu 194 lat uczestników wypraw krzyżowych, powodując śmiertelność około 3 milionów ludzi. "Ze wszystkich zdobyczy pochodów krzyżowych pozostało nam jedno - tręd", pisał Voltaire kilka stuleci później.

W okresie rewolucji francuskiej, a następnie w czasie kampanii Napoleona, zwłaszcza w ostatnie jej okresie, występowały groźne epidemie. Kalesh charakteryzował ten okres słowami "... dur plamisty idzie krok w krok za zwycięzcę i za zwyciężonymi. Arnie tryumfujące i armie zmuszone do ucieczki wloką go za sobą i rozsiadają w środowisku ludności osiadłej wzdłuż człeków, którymi się posuwają ...".

Współczynnik przyjęty dla strat od chorób epidemicznych do XVII wieku wynosił średnio 6, to znaczy, że liczba zmarłych od chorób zakaźnych była sześciokrotnie większa od liczby żołnierzy poległych z rąk wroga. W wieku XVII współczynnik ten jest mniejszy i wynosi około 2, przyjmując, że wskutek chorób zakaźnych zmarło w czasie wojen około 2.200.000 żołnierzy, poległo natomiast około 1.100.000. W XVIII i XIX wieku stosunek strat bojowych do strat epidemicznych wyrażony był w przybliżeniu współczynnikiem 2-3.

W wojnie prusko-francuskiej /1870-1871 r./ straty bezpowrotne od oręża przewyższały poniesione przez armię pruską straty od epidemii chorób zakaźnych i stosunek ten wynosił

1:0,56 /zmarło wskutek chorób zakaźnych 14.904 żołnierzy, poległo 26.268/. W wojnie tej wystąpiły po raz pierwszy mniejsze straty, od chorób epidemicznych w porównaniu do strat, jakie armie pruska poniosła w wyniku działań bojowych.

Fakt ten zbiega się z okresem wypełnianych osiągnięć w dziedzinie bakteriologii. Osiągnięcia Pasteura, Kocha, Lietersa i innych przyczyniły się do wykorzystania zdobyczy nauki w zakresie utrzymania pomyslnego stanu epidemicznego wojsk. Zbiega się to również z nową techniką prowadzenia wojen, co wybitnie wpłynęło na zmniejszenie się strat od oręża^{233/}.

Pomimo znacznego postępu w zakresie ochrony przeciwepidemicznej wojsk notowano w czasie drugiej wojny światowej na wszystkich frontach występowanie chorób zakaźnych. Były one jednak szybko likwidowane i z nielicznymi wyjątkami nie miały wpływu na przebieg operacji bojowych.

I armie Wojska Polskiego może poszczycić się uprawdzie nie tak długim szlakiem walk jak Armia Radziecka, jednakże okres jej chlubnych i trudnych zmagañ z nieprzyjacielem, wynoszący ponad półtora roku, w większości na terenach o niepomysłnym stanie epidemicznym, wymagał niemałego wysiłku ze strony służby zdrowia dla zapewnienia wojskom ochrony przeciwepidemicznej.

I armie Wojska Polskiego w okresie organizacji, jak i w czasie walk o wyzwolenie ziem polskich, a później w czasie walk na terenach nieprzyjaciela, była wielokrotnie zagrożona epidemicznie. Na zagrożenie to wpływał przede wszystkim niepomysłny stan sanitarno-epidemiczny ludności cywilnej zamieszkałej na terenach objętych okupacją niemiecką, zwłaszcza we wschodniej części Polski.

Niepomysłną sytuację epidemiczną w kraju pogłębiał fakt niedostatecznej liczby lekarzy oraz zakładów leczniczych, które okupant zdemastował, względnie które uległy zniszczeniu w wyniku działań wojennych.

Sytuację pogorszał również brak preparatów profilaktyki doraźnej /szczepionki/.

Najczęściej spotykanymi chorobami zakaźnymi wśród ludności cywilnej na wyzwolonych terenach Polski były: czernonka bakteryjna, dur brzuszny i dur plamisty.

233/ W. Tkaczewski. Choroby zakaźne. Rozważania epidemiologiczno-kliniczne. Biuletyn WAM 1975, 1, s. 19-43.

Etatowe liczbe łożek
w połowych ruchomych szpitalach zakaźnych 1 AWP

	1944 rok						1945 rok					Średnio
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	
200	200	200	200	300	200	200	200	200	200	200	200	200
/6.2%	/6.2%	/6.2%	/6.2%	/4%	/2.5%	/2.6%	/2.6%	/2.6%	/2.6%	/2.6%	/4%	/3.6%

wg meldunków dziennych CAW III-4-871.906

Tabela 12

wykorzystanie łożek szpitalnych w procentach

Typy szpitali	1944 rok												1945 rok					Przez cały okres
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V							
Zakaźne	37,0	30,0	85,5	92,0	54,5	57,0	64,0	56,5	53,5	99,0	94,0	64,5	61,1					
Chirurgiczne	34,9	69,4	79,9	60,8	32,1	7,4	12,4	68,1	71,3	60,5	152,6	61,1	61,1					
Lekko rannych	18,2	15,4	106,2	52,9	31,2	25,5	29,9	66,5	72,0	74,7	114,4	59,0	59,0					
Enkucyjne	2,9	26,0	115,8	93,5	42,1	29,3	31,1	20,6	53,9	40,7	157,3	54,9	54,9					
Wewnętrzne	8,5	57,5	109,5	96,5	74,5	62,0	38,5	11,5	44,5	61,5	38,5	61,0	61,0					

wg meldunków dziennych CAW III-4-871.906

Dzięki zorganizowaniu polowego ruchomego szpitala zakaźnego i skierowaniu w operacyjne podporządkowanie 1 armii Wojska Polskiego radzieckiego polowego ruchomego szpitala zakaźnego, Armia uzyskała własne urządzenia lecznicze dla zakaźnie chorych.

Etatową liczbę łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych w poszczególnych miesiącach przedstawia tabela 11.

Wykorzystanie średniej etatowej liczby łóżek w poszczególnych typach szpitali w procentach przedstawia tabela 12.

Jak wynika z tabeli 11, jedynie w listopadzie 1944 roku armia osiągnęła przewidzianą odpowiednimi normami liczbę łóżek szpitalnych. Nie miało to jednak większego znaczenia wobec wydzielenia 100 łóżek na potrzeby ludności cywilnej. Poza ten okres, liczba łóżek szpitalnych w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych nie zabezpieczała potrzeb Armii.

Niezależnie od niedoboru łóżek szpitalnych, jak wynika z tabeli 12, wykorzystanie etatowej liczby łóżek wynosiło średnio 64,5%.

Jest to statystyka myląca, wynikająca z wielu przyczyn.

Jedną z przyczyn była nierytmiczna praca polowych szpitali zakaźnych. Związana ona była z okresem walki, potrzebą utrzymania pełnej liczby szpitali w odwodzie, a także przerwami w pracy, związanymi z przegrupowaniem szpitali na nowe miejsce postoju. Była to więc normalna sytuacja w działalności polowych szpitali, zwłaszcza w warunkach przygotowania i przebiegu operacji zaczepnej, kiedy co najmniej 50% łóżek powinno pozostawać w odwodzie, przygotowanych do kolejnych przegrupowań.

Wobec ciągłego dokonywania manewrów urządzeń leczniczych i konieczności utrzymania rezerwy łóżek szpitalnych, musiało się to odbywać kosztem zwiększenia obciążenia szpitala rozwiniętego znacznie poniżej normy etatowej.

Dokumenty służby zdrowia Armii nie zawierają pełnych danych, dotyczących zachorowań na choroby zakaźne w początkowym okresie działań 1 AWP. Liczby podawane w różnych sprawozdaniach różnią się między sobą i nie pozwalają na właściwą i pełną interpretację.

Z ogólnej liczby 3758 zakaźnie chorych, jacy przybyli do jednostek służby zdrowia związków taktycznych w okresie 1.07.1944 - 31.05.1945 r., na leczeniu w szpitalach zakaźnych przebywało około 40%.

Obłożenie szpitali zakończonych 1 ANP przypadające
na poszczególne miesiące

1944 rok		1945 rok					RAZEM					
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	
	113	90	475	155	67	62	95	96	77	122	105	1459
Opracowanie własne												

Tabela 14

Liczba łóżkodni w szpitalach zakończonych 1 ANP

1944 rok		1945 rok					RAZEM					
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	
	2043	3914	5470	6837	4037	4211	4691	4123	3519	6191	5684	50720
Opracowanie własne												

Tabela 15

Dynamika dzielenia szpitali zakaźnych i ANP
w okresie 1.07.1944 - 10.05.1945 r.

Stan chorych w dniu 30.06.1944 r.	Przybyło chorych	Wypisano do jednostek po wyleczeniu	Zmarło	Pozostało w dniu 11.05.1945 r.
14	1459 /100%/	1354 /92.8%/	37 /2.5%/	62

wg meldunków dziennych CAH-III-4-671,908

Szczegółową działalność 1 sanitarno-epidemiologicznej grupy /SEG 1/ przedstawiają tabele 16, 17 i 18. Dają one jednak tylko wyobrażenie o ilości wykonanych prac. Nie obrazują natomiast ogromnego znaczenia w zakresie nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego, jakie miała ta jednostka dla działań bojowych Armii.

Wszystkie ogniska epidemiczne, nawet wśród ludności cywilnej, były przy pomocy SEG 1 szybko likwidowane. W czasie najintensywniejszych walk Armii - ruchome laboratoria SEG 1 działały na pierwszej linii wraz z wojskami, gdzie z poświęceniem i nie bez ofiar spełniały swoje zadania.

Wobec stałego zagrożenia rozszerzenia się zachorowań na dur plamisty, dur brzuszny i czernokę bakteryjną, zagadnienie nadzoru przeciwepidemicznego były przedmiotem szczególnej uwagi szefa służby zdrowia Armii.

Rejony, z których działała Armia, były na ogół pod względem sanitarno-epidemicznym rejonami niepomysłnymi, a błędy i niedopatrzoności popełnione przy kierowaniu do oddziałów wojskowych uzupełnień powodowały okresowe pojawianie się śmiertelnych zachorowań w wojskach Armii.

W wojskach Armii dur plamisty występował sporadycznie, a pojawiające się ogniska zachorowań były w krótkim czasie likwidowane.

Walka z durami plamistym i znowelizacją znajdowała się w centrum zainteresowania wydziału służby zdrowia i ANP w ciągu całego okresu działań bojowych. Po stwierdzeniu znacznej liczby przypadków zachorowań w okresie wiosenno-letnim 1944 roku, już w czasie pobytu na terenie kraju od sierpnia do listopada

Tablica 10

Liczba badań bakteriologicznych, serologicznych i klinicznych przeprowadzonych przez SEG 1

Rodzaj badania	1944 rok					1945 rok					
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V
Liczba badań	319	49	435	1028	553	118	109	109	91	136	124
Badanie kału na nonicielestwo	67	34	14	114	45	7	39	39	121	21	5
Oznaczenie miene coli	4	5	53	156	144	45	44	44			29
Odczyn widela			25	59	57	45	44	44		117	13
Odczyn weill - Felixe											
Odczyn aglutynacyjny na czerwonce	6	45	205	133	33	24				16	
Posiewy krwi		2	10	33	32	17				93	
Posiewy kału dla diagnostyki schorzeń złośliwych	10	75	137	90	2	1				35	1
Rozmazki krwi na zinnice	3	21	7	8	1					32	4
Rozmazki na gonokoki	9	21	116	74	16	45		30		24	27
Badanie kału na pasożyty	2	4	2	7	6	110		5		27	4
Inne											
Razem	420	254	1297	1910	1157	561	365	365	218	493	203

Brak danych

brak danych

Opracowanie własne

Liczba badań sanitarnohigienicznych i toksykologicznych przeprowadzonych przez SEG 1

rodzaj badanie	1944 rok					1945 rok					Liczba badań
	VIX	VIII	IX	X	XI	1	II	III	IV	V	
Badanie sanitarnohigieniczne produktów żywnościowych	44	97	66	56	80	20	101	58	90	21	
Badanie sanitarnohigieniczne wody	55	41	20	121	39	7	58	87	12		
Badanie toksykologiczne produktów żywnościowych		6	30	25	14	7	95	60	21		
Badanie aktywności degę zatorów						33	3	20	18		
Badanie na kaloryczność						12	10	4	5		
Inne	99	146	124	202	133	69	267	261	77		
Razem											

Opracowanie własne

Liczba badań epidemiologicznych przeprowadzonych przez SEC 1

Rodzaj badania	1944 rok						1945 rok				
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V
Epidemiologiczne kontrole jednostek	13	13	16	14	22	10	17	10	17	33	
Recognowanie epidemiologiczne osiedli	51	25	32	52	13	13	38	13	38	25	
Dochodzenie epidemiologiczne w ognisku zachorowania	8	1	18	82	10	6	7	6	7	14	
Kontrola zespołów i sekcji wód zymnodelowych	26	4	13	18	54	10	10	10	10	25	
Analiza epidemiologiczne źródeł wody	58	33	28	121	33	55	87	55	87	3	
Razem	156	76	107	267	119	94	259	94	259	100	

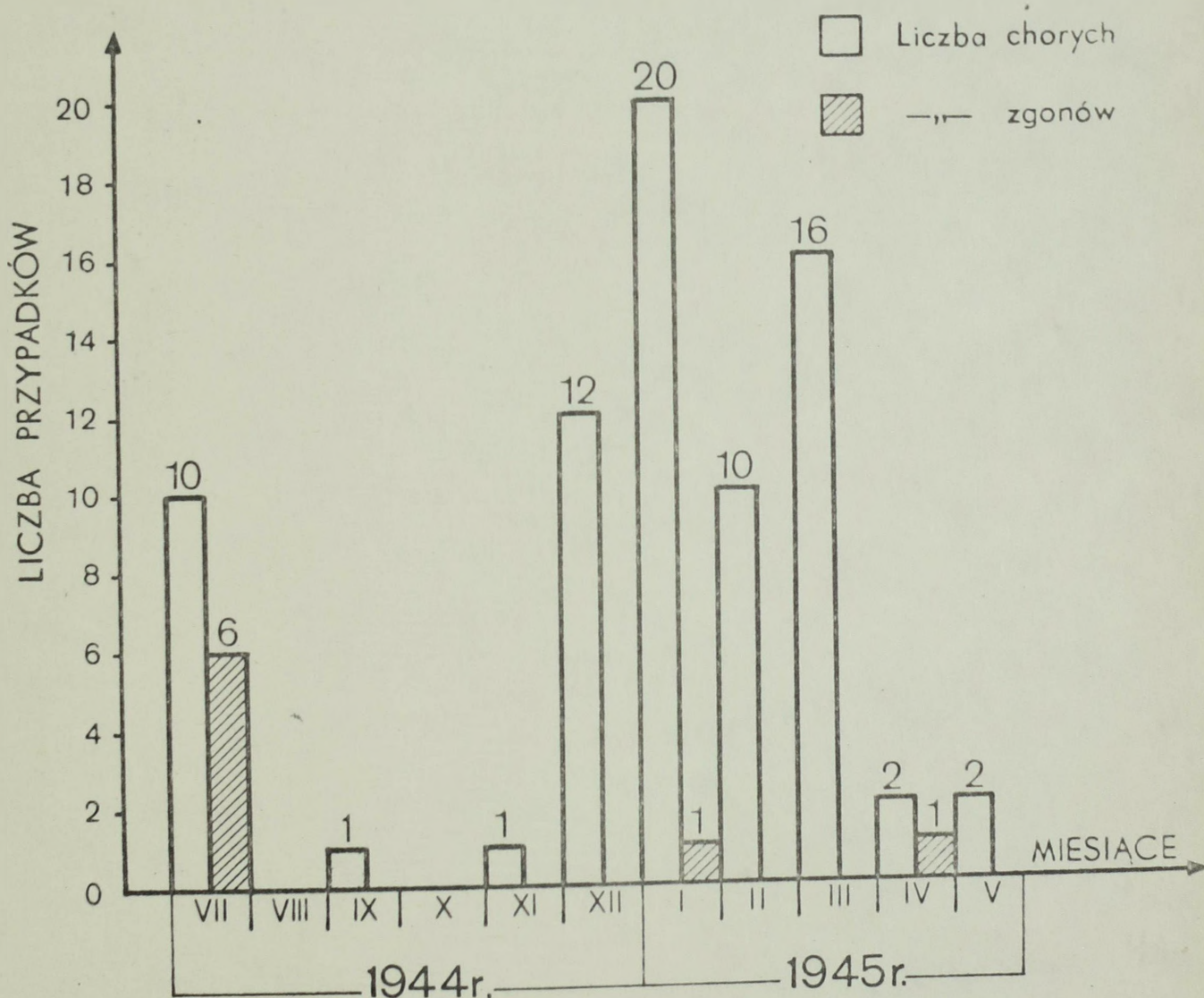
Opracowanie własne

tegoż roku zachorowania na dur plamisty całkowicie ustąpiły. Pojawiły się natomiast ponownie od grudnia do marca 1945 roku, w związku z przeniesieniem schorzenia przez przybywające uzupełnienie stanów osobowych.

Zachorowania i zgony na dur plamisty przypadające na poszczególne miesiące przedstawia wykres 2.

Wykres nr 2

ZACHOROWANIA I ZGONY NA DUR PLAMISTY W 1AWP



Dzięki wprowadzeniu surowych rygorów w zakresie stosowania tradycyjnych środków walki z zarażeniem, nie dopuszczono do poważniejszego obniżenia stanu sanitarno-epidemicznego wojsk, a tam gdzie pojawiły się okresowo zaniedbania w tej dziedzi-

nie, kierowano dodatkowo odpowiednio siły i środki, będące w dyspozycji szefa służby zdrowia Armii.

Dur brzuszny występował w szeregach wojsk od chwili przybycia Armii na tereny kraju i zwiększenia kontaktów z ludnością cywilną, wśród której występowanie tego schorzenia notowano zarówno w latach przedwojennych jak i w okresie wojny.

Szczyt zachorowań w 1 AWP przypadał na kwiecień 1945 roku, kiedy to liczba przypadków chorobowych wynosiła 95.

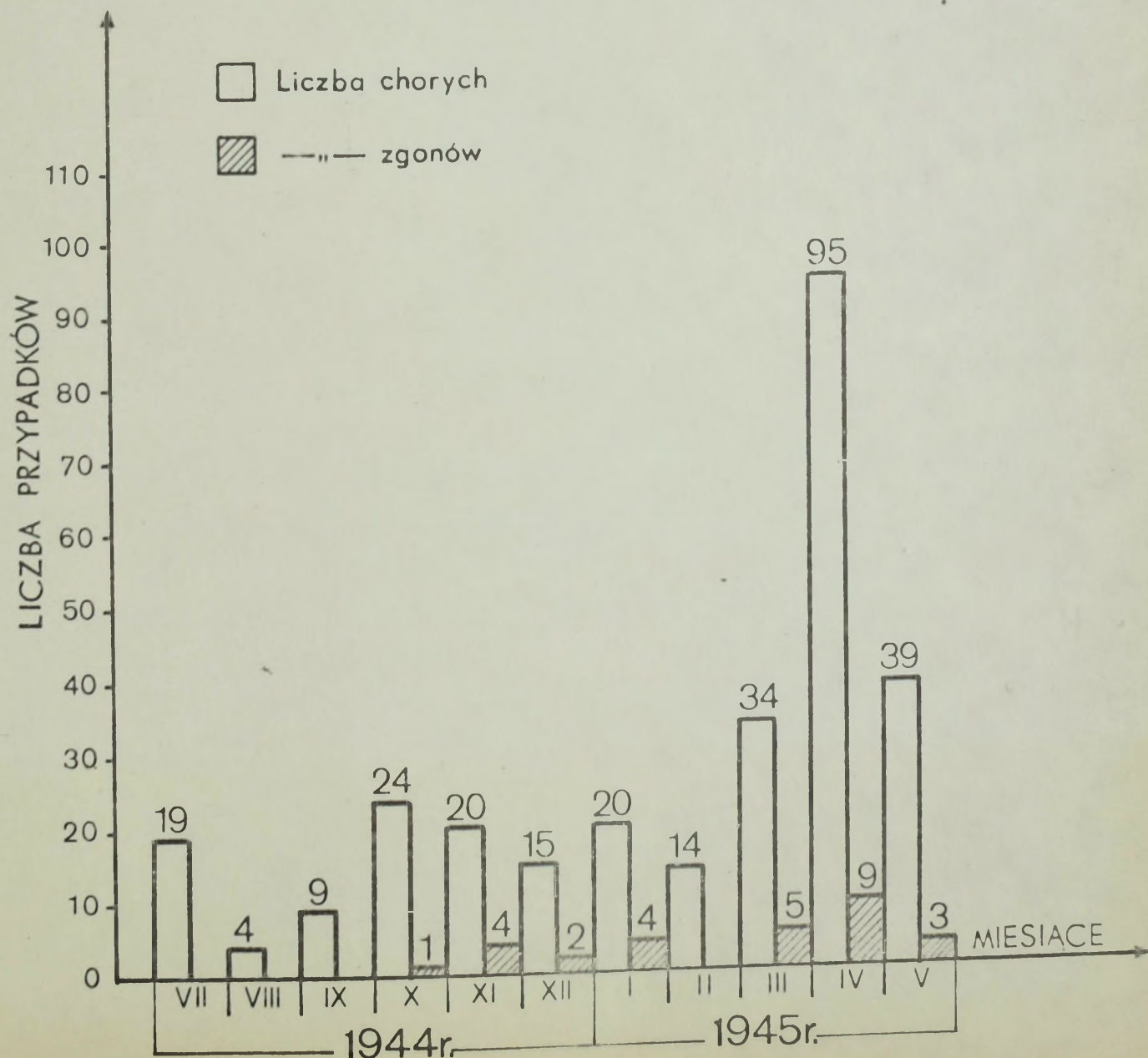
Zachorowania te nie miały jednak charakteru epidemii.

Zwiększenie liczby zachorowań na dur brzuszny w kwietniu miało związek z błędami popełnionymi przez niedoświadczoną służbę zdrowia oddziałów wojskowych.

Zachorowania i zgony na dur brzuszny przypadające na poszczególne miesiące przedstawia wykres 3.

Schemat nr 3

ZACHOROWANIA I ZGONY NA DUR BRZUSZNY W 1AWP



Najpoważniejszy problem epidemiologiczny w wojskach 1 AWP stanowiły zachorowania na czerwonkę bakteryjną, zwłaszcza w okresie od sierpnia do października 1944 roku, kiedy to wyniosły łącznie 586 przypadków chorobowych.

Na sytuację tę wpłynęły zasadniczo dwa czynniki.

Pierwszym z nich była znaczna liczba zachorowań na czerwonkę bakteryjną wśród ludności cywilnej, drugim - niedobór żywności, który zmuszał żołnierzy do poszukiwania artykułów spożywczych we własnym zakresie, mimo surowych zakazów władz.

Opóźnienie tej sytuacji w stosunkowo krótkim czasie, mimo dobrej skuteczności stosowanego preparatu uodporniającego, świadczy o doskonałej organizacji pracy pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia Armii.

Właścinnym kierunkiem działalności pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia Armii było nie tylko obejście nadzorem sanitarno-epidemiologicznym wojsk, lecz także ludności, jak również współpraca w tym zakresie z miejscowymi władzami cywilnymi.

Zachorowalność na czerwonkę bakteryjną i zatrucia pokarmowe przypadająca na poszczególne miesiące przedstawiają wykresy 4 i 5.

Poważnym problemem dla wojskowej służby zdrowia były liczne zachorowania na zianicę, która w polekich warunkach była schorzeniem rzadkim.

Największa liczba zachorowań wystąpiła w 1 armii Wojska Polskiego w miesiącach letnich 1944 roku, a szczególnie liczne były przypadki wśród żołnierzy 1 Połkiej Dywizji Piechoty, którzy przybyli do dywizji z obfitujących w zianicę wschodnich terenów ZSRR.

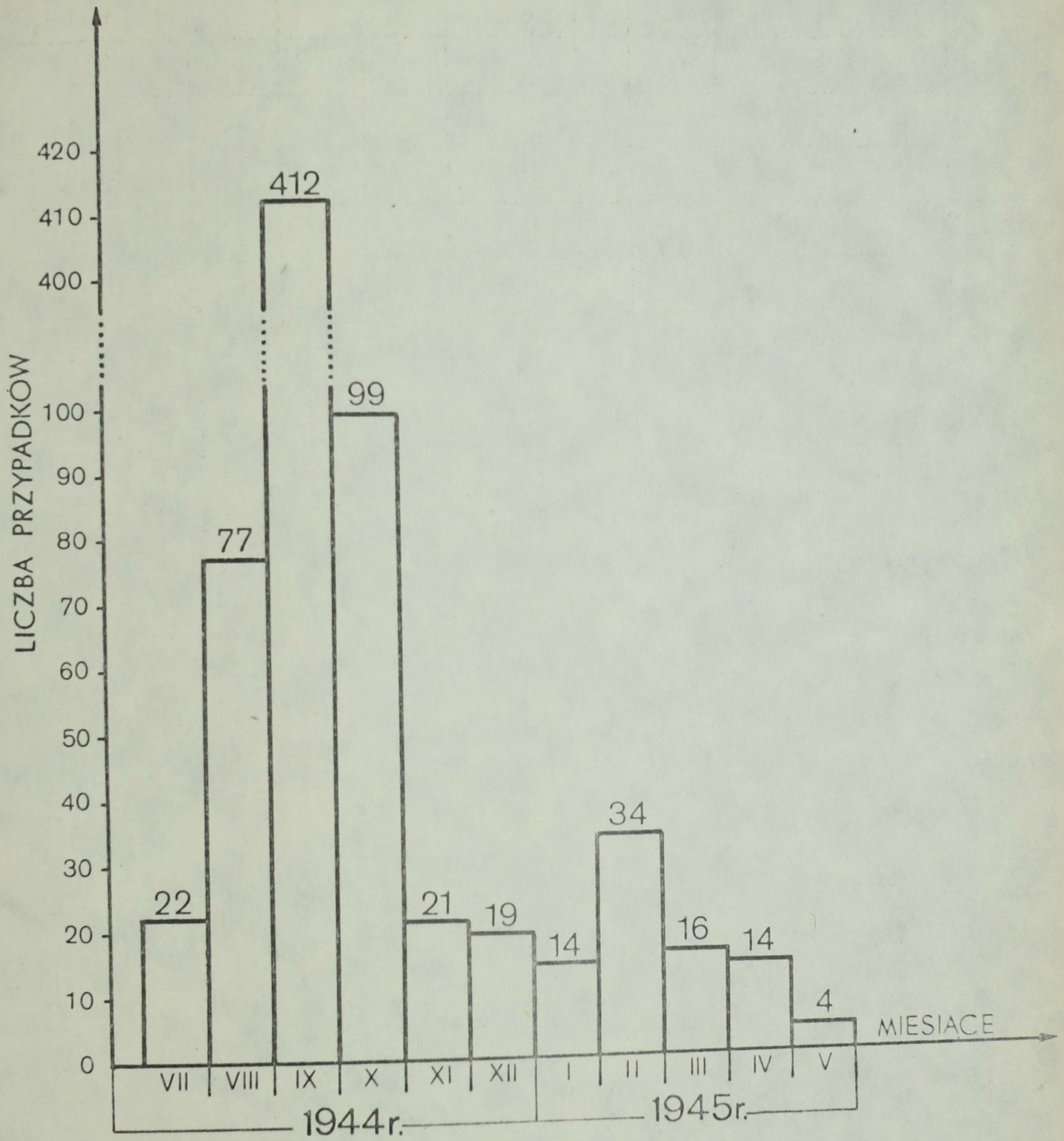
Zastosowane na szeroką skalę leczenie zapobiegawcze żołnierzy chininą i okrychiną spowodowało, że w 1945 roku schorzenie to występowało sporadycznie ^{234/}.

Zachorowalność na zianicę przypadającą na poszczególne miesiące przedstawia wykres 6.

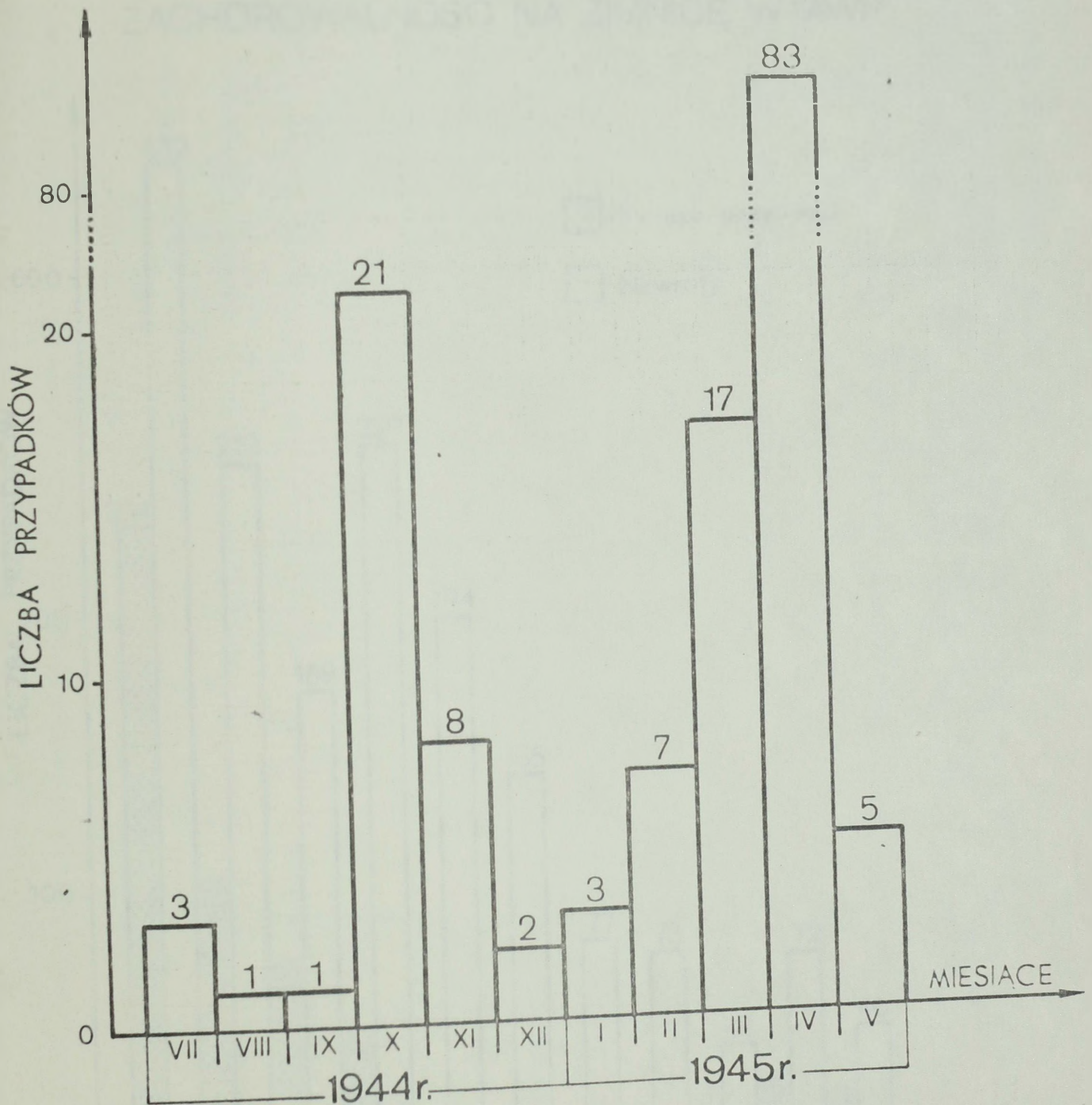
Zachorowalność na choroby zakaźne w wojskach 1 AWP w okresie od lipca 1944 r. do maja 1945 roku przedstawia tabela 19.

234/ W czerwcu 1944 roku zianica stanowiła w 1 AWP 78% wszystkich schorzeń, a od tej pory obserwowano systematyczny spadek liczby zachorowań. W. Nowodworski. Zachorowalność w Wojsku Polskim w okresie wojny 1944/45. Lekarz Wojskowy 1945, 5/6, s. 75-82.

ZACHOROWALNOŚĆ NA CZERWONKĘ BAKTERYJNĄ W 1AWP

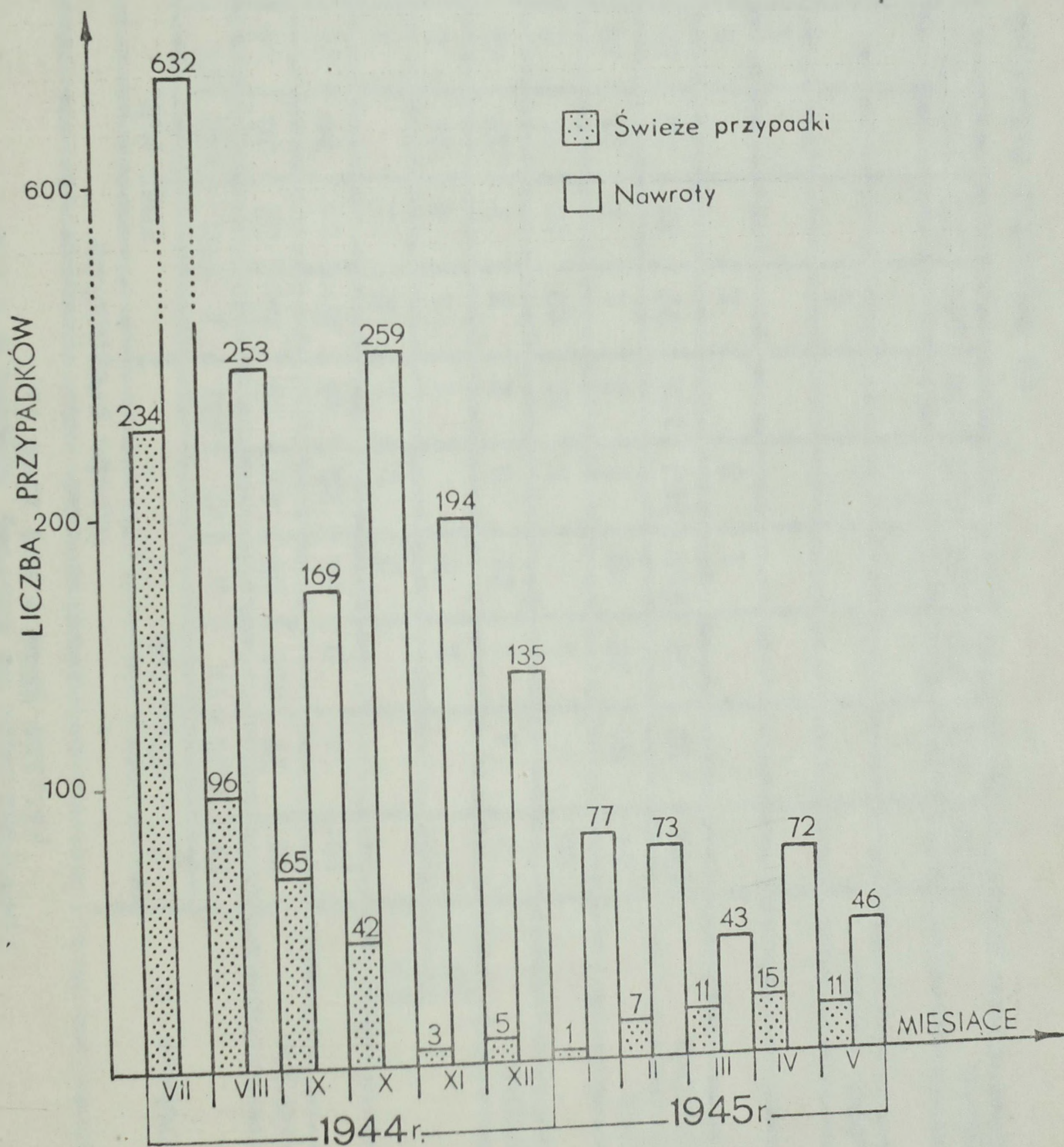


ZACHOROWALNOŚĆ NA ZATRUCIA POKARMOWE W 1AWP



Wykres nr 6

ZACHOROWALNOŚĆ NA ZIMNICĘ W IAWP



Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP
/lipiec 1944 - maj 1945 r./

Liczba przypadków

Rezerwa

1945 rok

1944 rok

Jednostka chorobowa

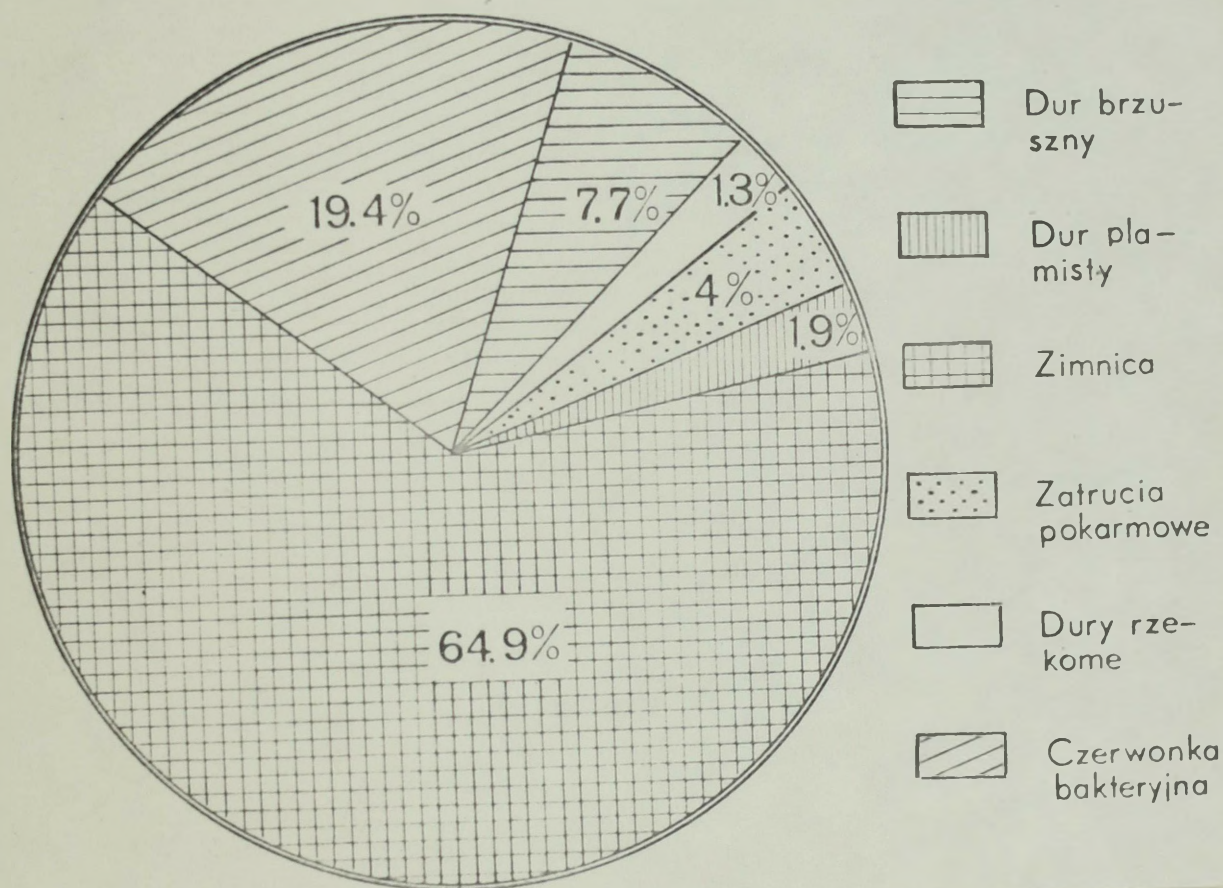
	1944 rok						1945 rok					Rezerwa	
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V		
Czerwonka bakteryjna	22	77	412	99	21	19	14	34	16	14	4	732	/19,4%
Duf brzuszny	19	4	9	24	20	15	20	14	34	95	39	293	/7,7%
Dufy rzekome				2	2	1	2	1		1		9	/0,2%
Zatrucie pokarmowe	3	1	1	21	0	2	3	7	17	83	5	151	/4%
Duf plamisty	10			1	1	12	20	10	16	2	2	74	/1,9%
Zinnica	236	96	65	42	3	5	1	7	11	15	11	490	/13%
Płonica	632	253	109	259	194	135	77	73	43	72	46	1953	/51,9%
Ożonice				1	3		1			1		6	/0,1%
Negajnie zsp. opon m.r.f.								5		1		1	/0,02%
Brucelloza											1	5	/0,1%
Ogółem	920	431	659	453	252	190	144	150	148	292	120	3758	/100%

wg meldunków dziennych GAW III-d-871.908

Procentowe zestawienie chorób zakaźnych w wojskach 1 AWP w okresie od lipca 1944 r. do maja 1945 roku przedstawia wykres 7.

Wykres nr 7

PROCENTOWE ZESTAWIENIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH (lipiec 1944 - maj 1945 r.)



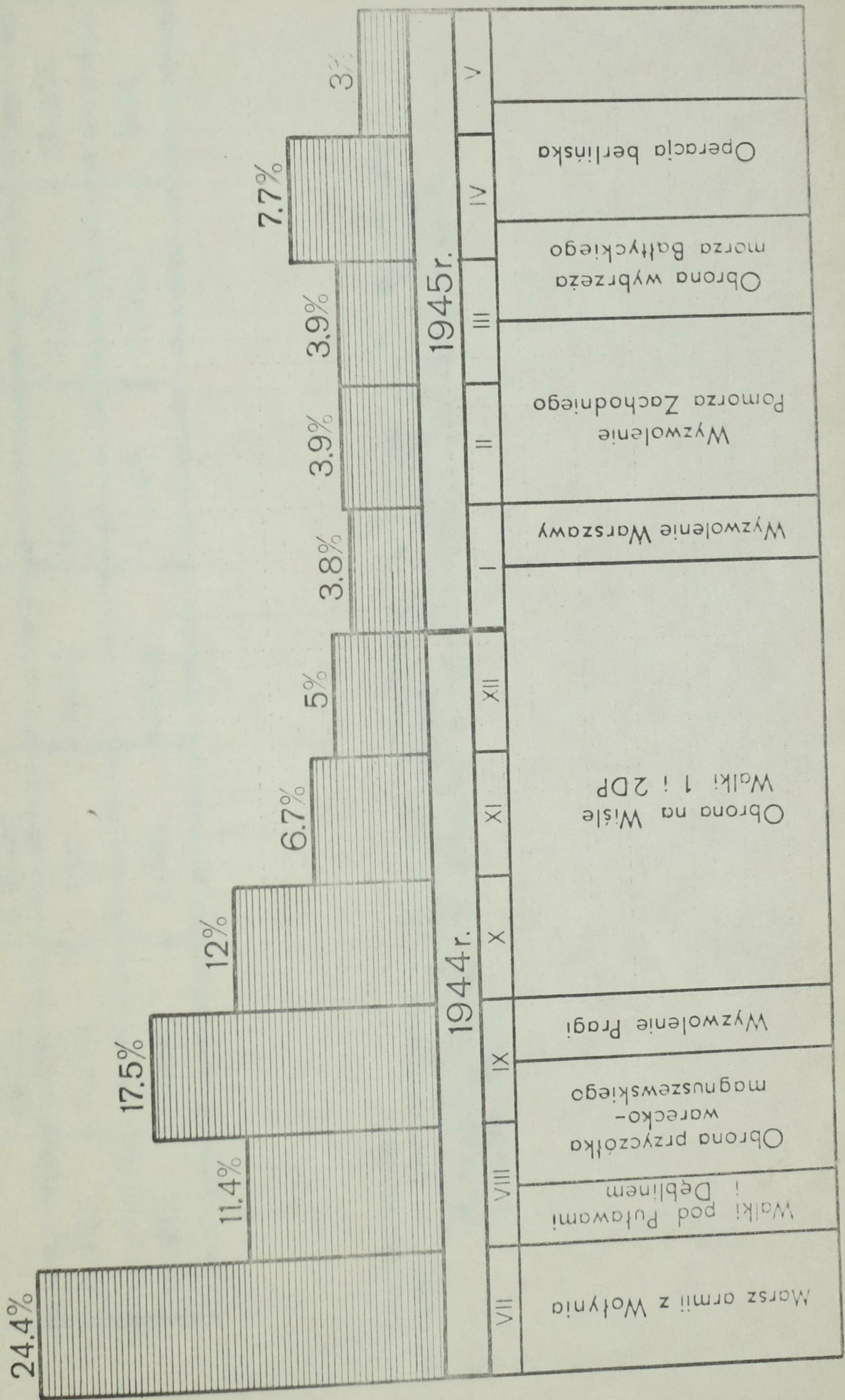
Przyjmując wszystkie zachorowania na choroby zakaźne za 100, poziom zachorowań w poszczególnych miesiącach i okresach walk 1 AWP, przedstawia się tak, jak na wykresie 8.

Straty poniesione przez 1 AWP w operacjach bojowych 1944 i 1945 roku przedstawia tabela 20 oraz wykres 9.

Jak wynika z zestawienia, straty w poległych, rannych, zaginionych oraz chorych wynosiły około 62,000 ludzi, natomiast straty bezpowrotnie ponad 16,000 ludzi. Straty z powodu chorób zakaźnych wynosiły około 3800 żołnierzy.

Podstawnym źródłem danych, z którego korzystano przy opracowaniu danych, były sprawozdania dekodowane i miesięczne o stratach, sporządzone przez wydział organizacyjno-swiadczeniowy Armi.

ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŻNE W 1 AWP
W LATACH 1944-1945



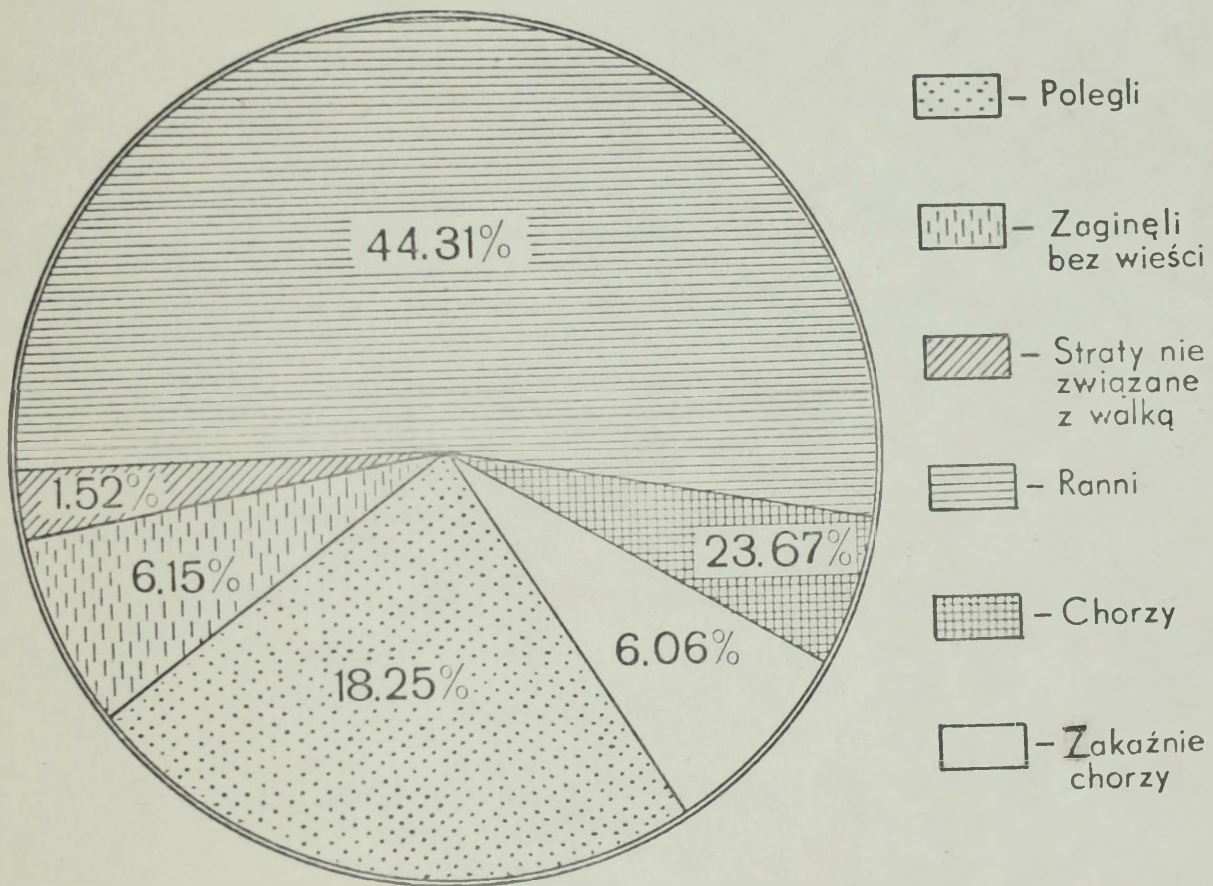
Straty poniesione przez 1 AWP 235

Polegli	Zaginęli bez wieści	Straty nie związane z walką	Ranni	Chorzy	Zakażenie chorzy	Rozem
11.305	3.611	944	27.436	14.660	3.756	61.914
16,25%	6,15%	1,52%	44,31%	23,67%	6,06%	100%

235/ L. Lenonowicz, Z. Lisak, J. Melczewski, R. Polkowski, W. Romonowski, wykaz poległych i zmarłych żołnierzy LWP w okresie wojny w latach 1943-1945, według miejscowości i rejonów działań /mieszynopis CAW/. Wpisyano 1966.

Wykres nr 9

PROCENTOWE ZESTAWIENIE STRAT PONIESIONYCH
W 1944 i 1945r.



Zachorowania na choroby zakaźne podawane w liczbach bezwzględnych nie obreżują w pełni wpływu na gotowość bojową wojsk. Lepiej przedstawić ten problem wskaźnik zachorowań obliczony na 1000 żołnierzy w stopunku miesięcznym /tabela 21/.

Tabela 21

Miesięczne straty sanitarne
na 1000 żołnierzy i AWP

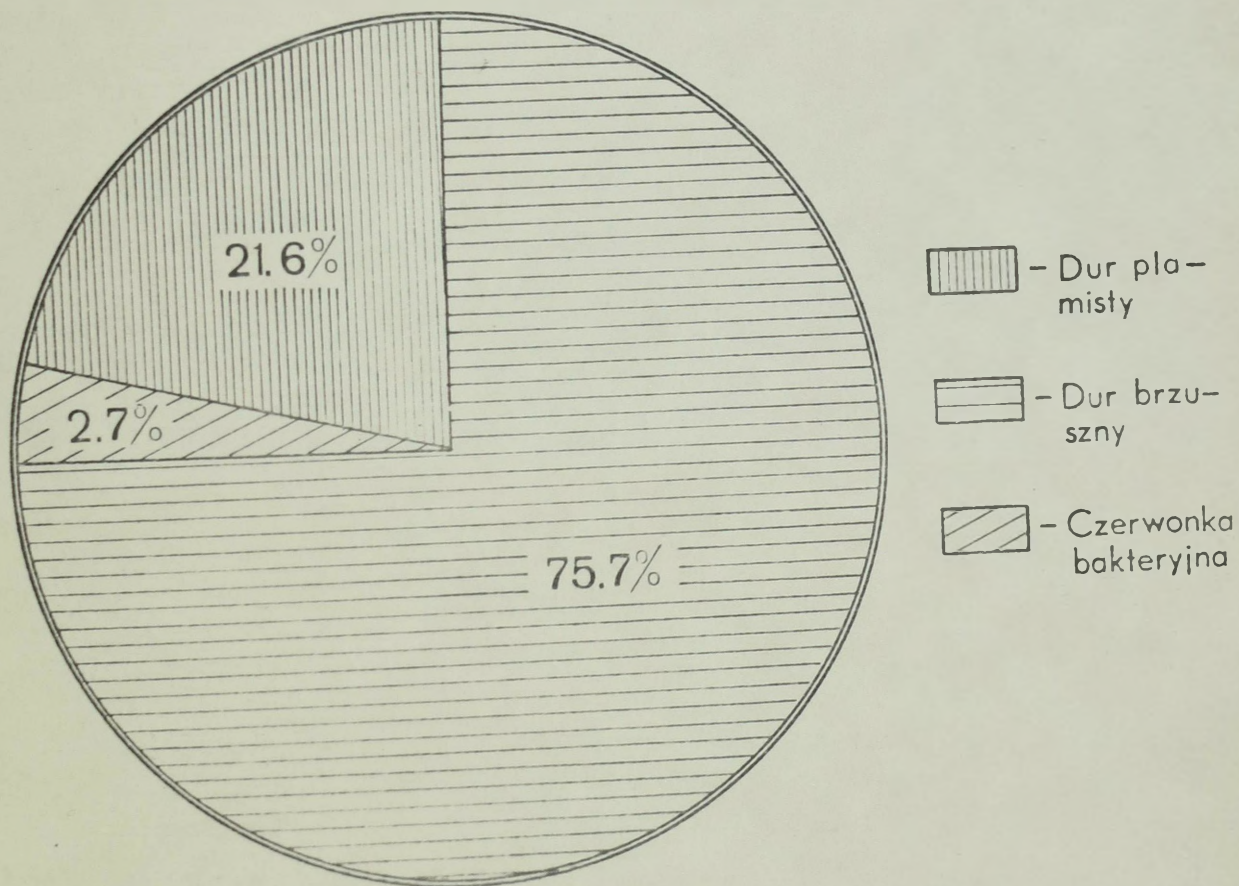
Rodzaj strat	Wskaźnik
Ranni	30,36
Chorzy	16,18
Zakażenie choroby	4,09

Zachorowalność na choroby epidemiczne w stosunku do wszystkich schorzeń internistycznych wynosiła 25,6%. W odniesieniu do strat sanitarnych stanowiła 8,9%. Jeżeli choroby zakaźne stanowiły 8,9% strat sanitarnych, to z tego na zianicę przypadło 5,8%, na czerwonkę bakteryjną 1,7%, na dur brzuszny 0,7%, na zatrucie pokarmowe 0,3% i na dur plamisty 0,1%^{236/}.

Umieralność na choroby epidemiczne przypadającą na poszczególne miesiące przedstawia wykres 10 i tabela 22.

Wykres nr 10

PROCENTOWE ZESTAWIENIE ZGONÓW
(lipiec 1944 - maj 1945r.)



236/ J. Malczewski. O stratach ludowego wojska Polskiego w latach 1943-1945. Wojskowy Przegląd Historyczny 1972, R XVIII, z. 2, s. 213.

Tabela 22

Umieralność na choroby zakaźne w 1 ANP

	1944 rok						1945 rok					Razem	
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V		
Jednostka chorobowa													
Czerwonka bakteryjna							1						1
Dur brzuszny				1	4	2	4		5	9	3		28
Dur plamisty	6						1			1			8
Ogółem	6			1	4	2	6		5	10	3		37

łącznie śmiertelność z powodu czerwonki bakteryjnej, duru brzusznego i duru plamistego w stosunku do zakaźnie chorych wynosiła, do dnia zakończenia działań bojowych 0,98%, a w stosunku do przyjętych na leczenie do szpitali zakaźnych Armii 2,5%.

W rozpatrywaniu poszczególnych funkcji systemu zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i osłony przeciwepidemicznej wojsk istotną rolę odgrywają tzw. czynniki deformacji tego systemu.

Zasięgiem działania broni masowego rażenia zostaną objęte wszystkie jednostki i urządzenia tyłowe. Masowe zniszczenia i skażenia obejmujące destrukcyjnym wpływem rozległe rejony oraz samostna, nie zawsze zorganizowana migracja ludności cywilnej, naruszając porządek społeczno-ekonomiczny kraju, stwarzając będą warunki powodujące znaczne obniżenie standardu sanitarnohigienicznego i epidemicznego oddziałów wojskowych. Stan ten w połączeniu ze stratami personelu medycznego, zniszczeniem urządzeń leczniczych, może wydatnie skomplikować postępowanie profilaktyczne i leczniczo-ewakuacyjne. Braki w zaopatrzeniu w wodę i żywność, niedobór leków i materiału sanitarnego, pogorszenie warunków socjalno-bytowych ludności, naruszenie bariery immunologicznej całych środowisk może spowodować wystąpienie zachorowań na choroby zakaźne, a w rezultacie ekspansji epidemicznej doprowadzić do masowych strat bezpowrotnych i sanitarnych.

Szczególnie trudne warunki w sferze zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk będą występowały w początkowym okresie wojny, jako wynik zaskoczenia nagle wykonanymi uderzeniami broni jądrowej, skierowanymi na wszystkie obiekty mające określone znaczenie w systemie funkcjonowania obronności.

W warunkach naszego kraju w początkowym okresie wojny służba sanitarno-przeciwepidemiczna przystąpi niezwłocznie do wykonywania swoich zadań w oparciu o istniejące struktury organizacyjne. Kontynuować ona będzie w tym zakresie rozszerzone odpowiednio zaplanowane czynności z okresu pokojowego.

Sprawą niebywale ważną jest szeroko rozumiana odporność wojsk i ludności. W wyniku wieloletniej immunizacji w szczególności populacji dziecięcej do wojska przybývają młodzi ludzie w dużej mierze uodpornieni. W wojsku w efekcie obowiązujących szczepień następuje delata uodpornienie szczególnie w

kierunku ochrony przed ospą naturalną i tężcem, dżumą brzusznią oraz ze wskazań epidemicznych przeciw wybranym chorobom egzotycznym.

Pełne uodpornienie środowiska wojskowego w aspekcie obronnym wiąże się z możliwością użycia w ewentualnej przyszłej wojnie broni masowego rażenia. Powszechnie znany jest depresyjny wpływ promieniowania jonizującego na zjawiska odpornościowe u ludzi, co znajduje swój wyraz w zwiększonej podatności na choroby zakaźne.

Szczególnie znaczenie posiadać będzie uodpornienie napromienionych. U osób tych, w związku z założeniem się bariery ochronnej, chodzi o stworzenie szans przetrwania w aspekcie dalszej przydatności bojowej.

Całkowicie zagadnienie epidemiologiczne nie sposób pominąć broni biologicznej. Znajomość podstaw naukowych oraz założeń strategicznych jej użycia jest niezbędna przede wszystkim dla oficerów służby zdrowia. Idzie bowiem o umiejętność organizowania ochrony, wykrywania i rozpoznawania broni biologicznej, jak też postępowania leczniczo-ewakuacyjnego wobec porażonych.

W wypadku wybuchu wojny biologicznej a przynajmniej w jej początkowym okresie, potencjalny proces epidemiczny będzie skrócony z uwzględnieniem tylko drugiego i trzeciego ogniska.

Rolę pierwszego ogniska /źródła zakażenia/ spełniać będzie nie chory człowiek lub zwierzę, lecz broń biologiczna, w rozumieniu technicznych urządzeń do rozprzesczenia bojowych środków biologicznych w zaatakowanym środowisku. Fakt ten wymagać będzie od służby zdrowia i innych służb złożonych przedsięwzięć.

Mówiąc o zabiegach profilaktycznych wypuklić trzeba, iż profilaktyka chorób zakaźnych w każdej sytuacji daje tylko wtedy pozytywne i spodziewane efekty, gdy zabiegi przeciwepidemiczne stosowane są kompleksowo i obejmują swoim zasięgiem cały stan osobowy oddziału czy związku taktycznego przy jego czynnym udziale.

Aby wykonać te zadania, konieczny jest właściwy stopień uświadomienia sanitarnego żołnierzy. Wiedza dotycząca ochrony własnego zdrowia w trudnych warunkach bojowych i jej praktyczne stosowanie ma nie mniejsze znaczenie od umiejętności posługiwania się bronią.

Zadania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia w trudnych

w warunkach przewidywanego pola walki będą rozległe i skomplikowane. Ich realizacja wymagać będzie nie tylko sprawnego i skutecznego oraz operatywnego działania, ale równocześnie dysponowania efektywnymi środkami.

Sądzić można, iż ważnym problemem dla służby zdrowia w zakresie zabezpieczenia przeciwepidemicznego będą między innymi choroby przewodu pokarmowego spowodowane zakażeniami, jakie niewątpliwie wystąpią w zaopatrywaniu w wodę, oraz zakażenia przyranne, epidemicznie rejestrowane w przypadkach urazów.

Dla usunięcia w warunkach istniejących zakłóceń przyczyn powodujących narastanie zapadalności na te dwie grupy schorzeń, jak również na inne schorzenia, należałoby przewidzieć zorganizowanie specjalnych grup awaryjnych, które stanowiłyby odwód szefa służby zdrowia armii i związku taktycznego.

Wojskowy system zabezpieczenia przeciwepidemicznego oparty jest na funkcjonowaniu okręgowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz działaniu etatowej służby zdrowia oddziałów i związków taktycznych. Wraz z powyższymi działają szpitale i kliniki zakaźne oraz oddziały obserwacyjno-zakaźne cywilnych i wojskowych zakładów leczniczych.

W okresie wojny poważne zadania w systemie osłony przeciwepidemicznej wojsk spełniają polowe szpitale zakaźne, a także inne jednostki służby zdrowia.

Zasadnicze zadania stojące przed pionem przeciwepidemicznym służby zdrowia wypracowane w czasie poprzednich wojen, a zwłaszcza drugiej wojny światowej, pozostają w większości nadal aktualne z tym, że ulegają znacznemu rozszerzeniu i odpowiedniej aktualizacji, co wiąże się ściśle z optymalizacją aplikowanych metod wynikających z rozwoju nauk medycznych.

Rozważania na temat wielkości strat powstałych w wyniku epidemii chorób zakaźnych podczas stosowania broni masowego rażenia należy ujmować w podwójnym aspekcie.

1. W sytuacji, gdy broń biologiczna nie będzie stosowana

Epidemie chorób zakaźnych typowe dla okresu wojny, a spowodowane czynnikami sprzyjającymi powstawaniu i szerzeniu się tych chorób, nawet przy spotęgowaniu ich, będą niewielkie w porównaniu z masowymi stratami, jakie wojska i ludność cywilna poniosą od uderzeń bronią jądrową.

Postęp nauk medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych będzie skutecznie oddziaływać na zmniejszenie strat epidemicznych jeżeli uuprawnianie systemu ochrony przeciwepidemicznej wojsk będzie stawiane na równi z innymi problemami dotyczącymi obronności kraju.

Należy podkreślić duże niebezpieczeństwo epidemiczne, jakie stwarzać będą osoby narażone, a tym samym z osłabioną odpornością organizmu, łatwiej ulegające zakażeniom drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Przy zastosowaniu przez pion przeciwepidemiczny służby zdrowia właściwego systemu ochronnego straty z powodu chorób epidemicznych nie powinny wpłynąć na obniżenie gotowości bojowej wojsk.

2. W sytuacji stosowania biologicznych środków walki

Należy zwrócić baczność uwagę na niebezpieczeństwo, które kryje w sobie szansa modelowania cech drobnoustrojów. Powstaje bowiem możliwość nie tylko znieszenia, ale i wzbudzenia ich chorobotwórczości.

Zdecydowany sprzeciw narodów doprowadził do tego, że 10 kwietnia 1972 roku podpisana została międzynarodowa konwencja o zakazie przeprowadzenia badań, produkcji i gromadzenia zapasów broni bakteriologicznej i toksyn oraz ich niszczeniu.

Godzi się przy tym nadmienić, że to Polskę występowała na forum międzynarodowym z inicjatywami w sprawie całkowitego zakazu i likwidacji broni biologicznej oraz brała czynny udział w toczących się rokowaniach na ten temat.

Możliwość zastosowania broni biologicznej musi być jednak uwzględniana jako realny czynnik zagrożenia, ponieważ do tej pory brak jest skutecznego systemu kontroli przestrzegania postanowień zawartych w tej konwencji.

Straty sanitarne w wypadku stosowania biologicznych środków walki będą znaczne: przy stosowaniu toksyn mogą dorównać, a nawet przewyższyć straty ponoszone od innych rodzajów broni masowego rażenia.

Wojska, na które dokonany zostanie atak bronią biologiczną, prawdopodobnie nie będą zdolne do wykonywania zadań bojowych.

Oryginalność i dalekowzroczność najnowszych poglądów na te-

go typu walkę nasuna wniosek, że zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne powinno być planowane i organizowane również i pod tym kątem.

WNIOSKI

1. Profilaktyka przeciwepidemiczna nasowych chorób zakaźnych jest ważnym zadaniem wojskowej służby Zdrowie i wymaga większego niż dotychczas zainteresowania badawczego.

2. Prawidłowa organizacja i operatywność pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia wpłynęły w zasadniczy sposób na zachowanie pomyślnego stanu sanitarno-epidemicznego oraz w znacznej mierze na utrzymanie gotowości bojowej wojsk 1 AWP.

3. Zachorowalność na choroby zakaźne nie wpłynęła w zasadniczy sposób na obniżenie gotowości bojowej wojsk 1 AWP, chociaż notowano liczne zachorowania na zianicę, czerwonką bakteryjną i dur brzuszny.

4. Na występowanie chorób epidemicznych w 1 AWP miały wpływ czynniki ściśle związane z działaniami bojowymi, a mianowicie:

- częste przegrupowania walczących wojsk na znaczne odległości;
- rozmieszczenie dużych zgrupowań wojsk na niewielkich obszarach;
- trud, niewygody życia polowego i związane z tym wyczerpanie fizyczne i psychiczne żołnierzy;
- trudne warunki sanitarnohigieniczne i bytowe, zwłaszcza w zakresie higieny osobistej i zbiorowej oraz w zakresie zaopatrzenia w wodę i żywność;
- nie zawsze właściwa izolacja i leczenie zakaźnie chorych żołnierzy, niewystarczająca liczba łóżek szpitalnych, braki personelu służby zdrowia oraz materiału i sprzętu sanitarnego;
- napływ uzupełnień stanów osobowych z terenów o niepomyślnym stanie sanitarno-epidemicznym;
- w związku z prowadzeniem intensywnych walk, nie zawsze przestrzegano były zasady pełnej izolacji nowo wcielonych, co stwarzało niebezpieczeństwo przeniesienia chorób epidemicznych do oddziałów wojskowych;
- niepomyślny stan sanitarnohigieniczny ludności cywilnej, wywołany zniszczeniami wojennymi, zubożeniem i prymitywnymi warunkami bytowymi;
- ogniska chorób zakaźnych wśród mieszkańców wyzwolonych terenów oraz w obozach koncentracyjnych i jenieckich.

5. Spośród chorób zakaźnych występujących w 1 AWP najczęściej notowano:

- choroby zakaźne przenoszone przez pijące krew stanonogi, jak zimnica i dur plamisty;
- choroby zakaźne przewodu pokarmowego, jak czerwonka bakteryjna, dur brzuszny i zatrucia pokarmowe.

6. Zachorowalność na zimnicę wśród żołnierzy 1 AWP była wielokrotnie większa od zachorowalności na inne choroby zakaźne /64,9%/.

7. Zapewniły pułk piechoty 1 AWP stanowił skuteczny filtr przeciwepidemiczny dla przybywających uzupełnień stanów osobowych. W jednostce tej stwierdzono znaczny odsetek zachorowań na choroby zakaźne.

8. Straty z powodu chorób zakaźnych w 1 AWP wynosiły około 3800 żołnierzy, co w stosunku do poległych, rannych i chorych stanowiło około 6%. Miesięczne straty sanitarne przypadające na 1000 żołnierzy wynosiły:

- 30 rannych;
- 16 chorych;
- 4 zakaźnie chorych.

9. W czasie od 1.07.1944 r. do 31.05.1945 r. do szpitali zakaźnych 1 AWP przyjęto 1459 chorych, wypisano do jednostek po wyleczeniu 1354, a zmarło 37 żołnierzy.

10. Śmiertelność z powodu czerwonki bakteryjnej, duru brzusznego i duru plamistego w stosunku do zakaźnie chorych żołnierzy 1 AWP wynosiła 0,98%, a w stosunku do leczonych w szpitalach zakaźnych armii - 2,59%. 75,7% zgonów z powodu chorób epidemicznych nastąpiło w wyniku duru brzusznego.

11. Trudności w pracy pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia 1 AWP wynikały z małej ilości polowych ruchomych szpitali zakaźnych. Istniejące dwa szpitale nie zabezpieczały potrzeb Armii. Tworzenie oddziałów zakaźnych w polowych szpitalach wewnętrznych i szpitalach ewakuacyjnych sprzyjało rozprzestrzenianiu się chorób epidemicznych.

12. Szczególnym nadzorem przeciwepidemicznym powinny być objęte oddziały /pododdziały/ o wysokim stopniu specjalizacji, ponieważ wykluczenie z nich nawet pojedynczych żołnierzy może mieć negatywny wpływ na wykonanie zadań przez większe zespoły.

13. Choroby zakaźne zostały w znacznej mierze opanowane.

jednak pomimo coraz bardziej skutecznych form i metod zapobiegania stanowią nadal poważną i realną groźbę.

14. Choroby zakaźne zmieniają swoje oblicze, głównie wskutek agresywnych poczynąń człowieka, a zdolności adaptacyjne zarazków chorobotwórczych są nieobliczalne.

15. Fakt posiadania przez naszych potencjalnych przeciwników broni biologicznej oraz kontynuowanie przez nich intensywnych badań teoretycznych i praktycznych nad tą problematyką zmusze wojskową służbę zdrowia do stałego doskonalenia systemu zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk.

16. Przewidywany teatr działań wojennych będzie obfitował w zjawiska natury epidemicznej, których opracowanie w dużej mierze uzależnione będzie od stopnia przedsięwzięć profilaktycznych zrealizowanych przed wybuchem wojny.

17. Zadaniem strategicznym jest dążenie do osiągnięcia jak najwyższego stopnia odporności biologicznej państwa, wojsk, przy czym podstawą w tej dziedzinie są nadal rutynowe szczepienia ochronne, a w przypadku zagrożenia wzmożone zastosowanie aktywnej immunizacji przeciwko określonym chorobom.

18. Formy i metody zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego opracowane i praktycznie stosowane przez służbę zdrowia i ANP znajdą zastosowanie w przyszłych działaniach bojowych.

Praca pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia i armii wojska Polskiego stanowi jedną z najciekawszych kart historii polskiej wojskowej służby zdrowia, a studia nad przebiegiem zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk Armii mogą, mimo zmienionych warunków działania, stanowić przydatny materiał praktyczny do teoretycznego opracowania zasad działania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia w warunkach bojowych.

A N E K S ^{237/}

1. Rozkaz ogólny Dowódcy 1 AWP nr 0217-KG z dn. 31.08.1944 r. /CAW III-4-853 k. 134/, s. 168
2. Rozkaz Szefa Służby Zdrowia 1 AWP nr 036 z dn. 28.04.1945 r. /CAW III-4-895 k. 52/, s. 169.
3. Rozkaz Dowódcy 1 AWP nr 0321-KG z dn. 1.11.1944 r. /CAW III-4-853 k. 236/, s. 171.
4. Rozkaz Szefa Służby Zdrowia 1 AWP nr 018 z dn. 3.03.1945 r. /CAW III-4-895 k. 23/, s. 172.
5. Rozkaz Szefa Departamentu Służby Zdrowia WP nr 1 z dn. 27.11.1944 r. /CAW III-4-872 k. 132/, s. 173.
6. Instrukcja o sposobie stosowania preparatu "SK". /CAW III-4-872 k. 132/, s. 174.
7. Instrukcja dla pralni wojskowych /CAW III-4-904 k. 103/, s. 175.
8. Rozkaz Dowódcy 1 AWP nr 0414-KG z dn. 15.12.1944 r. /CAW III-4-853 k. 288/, s. 177.
9. Instrukcja o przyrządzaniu witaminy C z igliwia drzew iglastych /CAW III-4-853 k. 287/, s. 178.
10. Plan konferencji służby zdrowia 1 AWP /CAW III-4-872 k. 7/, s. 179.
11. Program konferencji służby zdrowia 1 DP /CAW III-4-872 k. 16/, s. 180.
12. Zarządzenie Szefa Służby Zdrowia 1 AWP z dn. 12.01.1945 r. /CAW III-4-909 k. 19/, s. 181.

WOJSKO POLSKIE
1 Armia
31.08.1944

T a j n e
Egz.nr 114

ROZKAZ OGÓLNY NR 0217-KG

Treść: o zwalczaniu czerwonki /dezynterji/

Sierpień i wrzesień są najniebezpieczniejsze pod względem rozpowszechniania schorzeń na czerwonkę. W jednostkach wojskowych i pododdziałach spostrzega się objawy sprzyjające rozpowszechnieniu schorzeń na czerwonkę: tolerowane są zakupy produktów żywnościowych przez żołnierzy u prywatnych osób, używanie wody do picia z niezbadanych i niechlorowanych studni, opóźniona izolacja chorych /2-ga DP, 3 DP, Brygada Kawalerii/, niedostateczna walka z muchami, nieprzestrzeżenie przez żołnierzy higieny osobistej i niedostateczna propaganda sanitarno-kulturalna wśród nich.

W celu zabezpieczenia 1-oj Armii Polskiej przed rozpowszechnieniem schorzeń na czerwonkę

R o z k a z u j e :

1. Kategoriecznie zabronić używania produktów żywnościowych - szczególnie owoców bez uprzedniego przygotowania ich.
2. Zabezpieczyć wszystkie jednostki wojskowe codziennie chlorowaną wodą, a pełniących wartę na posterunkach i odbywających podróże służbowe - menterkami i pentocidem.
3. Uporządkować wszystkie bloki żywnościowe i składy produkcyjne z uwzględnieniem należytej walki z muchami.
4. Zarządzić we wszystkich jednostkach obowiązkowe mycie rąk z dezynfekcją ich roztworem chlorowanego wapna - przed każdym przyjmowaniem pokarmów.
5. W jednostkach tyłowych zabezpieczyć w ciągu 3-ech dni potrzebną ilość nieprzenikających dla such ustępów i zalewać je codziennie 10-20% roztworem chlorowanego wapna.
6. Przeprowadzić do 5.09 br. we wszystkich jednostkach pogadanki z żołnierzami, na temat zwalczania czerwonki i innych schorzeń żołądkowo-jelitowych.

7. Zwraca uwagę wszystkich dowódców jednostek i pododdziałów na konieczność stosowania wszystkich zabiegów przeciwepidemicznych, mających na celu uprzedzenie schorzeń na czernonkę.

Szef Sztabu 1 Armii WP
Korczyński W. gen. bryg.

Dowódca 1 Armii WP
Berling Z. gen. dyw.

WOJSKO POLSKIE

1 Armia

28.04.1945

T a j n o

ROZKAZ SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA NR 036

Treść: o walce z tyfusem brzusznym.

W ostatnich czasach zanotowano szereg wypadków niedostatecznego opracowania ognisk tyfusu brzusznego w dywizjach, brygadach i pułkach:

1. W beonach i pułkach pracownicy służby zdrowia nie wykazują aktywnie gorączkujących chorych wobec czego izolacja w niektórych wypadkach następuje w końcu drugiego tygodnia, gdy chorey sam zwraca się do lekarza o pomoc.
2. W izolatorach pułków i medsanbatów chorzy podejrzani o tyfus brzuszy zatrzymują się ponad 2-3 dni, co stwarza dodatkowe możliwości zarażenia się.
3. Bloki żywnościowe nie zawsze dostatecznie uporządkowane, a indywidualne przyrządzenie potraw dla żołnierzy z produktów zdobycznych często wątpliwej jakości trwa nadal.
4. Woda do picia nie zawsze bywa chlorowana lub gotowana a studnie nie są zabezpieczone całodobową wartą.
5. Ustępy nieuporządkowane i nie są systematycznie chlorowane.

Celem przeprowadzenia skutecznej walki w ogniskach tyfusu brzusznego rozkazuję:

1. W kompaniach, baonach i pułkach codziennie aktywnie wyjawiać gorączkujących chorych i niezwłocznie kierować ich do izolatorów PMP i MSB.
2. W medсанбатах chorych gorączkujących zatrzymywać w celu wyjaśnienia rozpoznania choroby nie więcej niż 1-3 dni i potem specjalnym transportem skierowywać ich do szpitala zakaźnego.
3. Epidemiologom dywizji i starszym lekarzom samodzielnych jednostek zbadać na miejscu każde ognisko tyfusu brzusznego, przeprowadzić wszystkie potrzebne zabiegi przeciepidemiczne i skontrolować ażeby karty epidemiczne były wypełnione wyczerpująco i podstawowo.
4. Starszy lekarz pułku lub innej samodzielnej jednostki organizuje w każdym wypadku zechorowania na tyfus brzuszy kwarentannę na czas 21 dni dla wszystkich tych, którzy mieli kontakt z chorym.
5. Starszy lekarz pułku zarządza w każdym ognisku szczegółową dezynfekcję mieszkania, osobistych rzeczy chorego i tych którzy byli z nim w kontakcie, naczyńia z których korzystał chory a także chlorowanie ustępu.
6. Starszy lekarz pułku systematycznie kontroluje stan sanitarny bloków żywnościowych, składów produktowych, a także kontroluje mycie rąk w szeregach całego składu osobowego przed każdym posiłkiem.
7. Starszy lekarz pułku systematycznie kontroluje wygotowanie wrzątkiem naczyń należących do składu osobowego.
8. Starszy lekarz pułku kontroluje zaopatrzenie w przegotowaną wodę do picia, którą dostarcza się każdej jednostce 2x dziennie.
9. Starszy lekarz pułku zaopatruje skład osobowy, w pierwszym rzędzie najbardziej zagrożonych formacji /zniewolców, łączników, walczących w 1-ej linii itp./ w dostateczną ilość pentocidów.
10. Starszy lekarz pułku systematycznie kontroluje stan sanitarny ustępów i organizuje codziennie chlorowanie ich 10% roztworem wapna chlorowanego.
11. Epidemiolog dywizji i starzy lekarze pułków kontrolują, ażeby chleb przywożony był w specjalnie do tego celu przeznaczonych skrzyniach.

12. Szefowie służby zdrowia dywizji, brygad i innych samodzielnych jednostek zabezpieczają swoje jednostki w dostateczną ilość wapna chlorowanego, pentocidu, chloraminy i innych dezynfekujących środków.

Uprzedzam, że w razie kiedy chory na tyfus brzuszny lub podejrzany o tę chorobę nie będzie skierowany do szpitala zakaźnego w ciągu pierwszych 5-6 dni od początku zachorowania - winni tego zostaną surowo ukarani.

Szef Służby Zdrowia 1 Armii WP
Salamonowicz płk

WOJSKO POLSKIE

1 Armia

1.11.1944

T a j n e

Egz. nr 262

ROZKAZ NR 0321 - KG

Treść: o profilaktyce tyfusu płamistego

W rejonie rozmieszczenia formacji i jednostek naszej armii stwierdzono pojedyncze wypadki tyfusu płamistego wśród ludności cywilnej. Zarazenie ludności cywilnej w rejonie rozlokowania armii jest ogromne.

Wszystko to stwarza możliwość wybuchu masowych zachorowań na tyfus płamisty, wobec czego

Rozkazuję:

1. Dowódcom formacji i jednostek wojskowych zabezpieczyć ogólną kąpiel z dezynfekcją /odwaznienie/ całej załogi formacji względnie jednostki przed przejściem na umundurowanie zimne.

2. Intendentowi armii:

- a. uzupełnić ilość bielizny dla każdego żołnierza do 2 par w terminie do 15.11.1944 r.;
- b. uzupełnić ilość maszynek do strzyżenia tak dalece, aby każdy batalion, dywizjon, względnie samodzielna jednostka posiadały choćby 1 maszynkę;
- c. zabezpieczyć wszystkie armijne pralnie w zapas ziemnej bielizny zgodnie z rozkazem L.K.O. nr 145.

3. Szefowi Służby Zdrowia:

- a. zorganizować szczepienia ochronne przeciw tyfusowi plamistemu wszystkich oficerów, pracowników medycznych formacji i jednostek wojskowych armii;
- b. prowadzić w pralniach polowych systematyczne impregnacje bielizny preparatami antyparazytarnymi;
- c. zabezpieczyć obsługę deztechnika jednostki i formacji wojskowej, gdzie będą wskazania sanitarne lub epidemiczne.

Szef Sztabu 1 Armii WP
Strażowski płk

Dowódca 1 Armii WP
Korczyński w. gen. dyw.

Wyk. Moguczy
odb. 308 egz.

WOJSKO POLSKIE
1 Armia
3.03.1945

T a j n e

ROZKAZ SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA NR 018

Treść: o traktowaniu rannych i chorych z oddziałów w których były wypadki tyfusu plamistego.

W związku z wypadkami tyfusu plamistego, które miały miejsce w kompaniach karnych 2 1 4 DP rozkazuję:

1. Przy wypełnianiu kartek przedniego rejonu na rannych i chorych z ww pododdziałów należy na przedniej stronie w prawym górnym rogu zapisać atramentem lub chemicznym ołówkiem "kwarentanna".
2. W bonach sanitarnych tych rannych i chorych poddać specjalnie dokładnemu odwiezieniu ze strzyżeniem wszystkich owłosionych części ciała. Takich rannych umieszcza się w izolatorze i ewakuuje następnie transportem dla zakaźnie chorych.
3. W szpitalu umieszcza się takich rannych również w izolatorze a to do upływu 15 dni od daty odwiezienia w bonie sanitarnym.
4. We wszystkich szpitalach, bonach sanitarnych oraz przy PMP, gdzie jeszcze nie ma izolatorów, urządzić takie, a to na 2 infekcje z ilością łóżek: w szpitalach - 8, w bonach sanitarnych - 6, na PMP - 3-4.

Szef Służby Zdrowia 1 Armii WP
Salamonowicz płk

WOJSKO POLSKIE

27.11.1944

Do
Szefów służby zdrowia armii,
jednostek, oddziałów i
kierowników pralni polowych

R O Z K A Z NR 1

W związku z koniecznością zastosowania wszelkich stojących do dyspozycji środków w walce z wazowicą rozkazuję:

1. Z dniem dzisiejszym wszystkim pralniom polowym oraz prymitywnym pralniom przy jednostkach i oddziałach wojskowych stosować impregnowanie bielizny preparatem antype-diculin "SK".

2. Niezwłocznie wysłać przedstawiciela do Departamentu Służby Zdrowia WP celem pobrania preparatu "SK".
3. O wykonaniu meldować do 29.11.1944 r.
W zał. instrukcja.

Szef Departamentu Służby Zdrowia WP
Wołosiewicz płk

INSTRUKCJA

o sposobie stosowania preparatu "SK"

1. Z preparatu "SK" przygotowuje się emulację w ciepłej wodzie temperatury 30-40°C w której zanurza się bieliznę po praniu, dając 20 g. preparatu na 800-1000 g. wody.
2. Po dokonaniu impregnacji, bieliznę suszy się w temperaturze nie większej jak 30-35°C /na słońcu suszyć nie wolno/, po czym megluje się /prasować nie wolno/ i wydaje się do użytku.
3. Zastosowanie ww preparatu chroni od wazy w ciągu 10-14 dni. Impregnowana bielizna musi być zaopatrzona w pieczętkę z datą impregnacji, która powinna być umieszczona na przedniej części bielizny.

Inspektor
Departamentu Służby Zdrowia WP

Morkiewicz por.

Szef Wydziału
Sanitarno-Epidemicznego
Departamentu Służby Zdrowia WP

Mikulewicz ppłk

WOJSKO POLSKIE

27.01.1945

Zatwierdza
Szef Służby Zdrowia WP

Moguczy gen.bryg.

INSTRUKCJA /tymczasowa/

dla pralni wojskowych

Dokładne przestrzeganie przepisów technologicznego procesu prania bielizny podwyższa jakość produkcji i posiada szczególne znaczenie w odkażeniu /odwiezaniu/ bielizny.

Wazy giną w ciągu 24 godzin w czasie moczenia bielizny. Gnidy jednak pozostają żywe. Tylko w czasie gotowania bielizny /1,5 godziny/ gnidy giną również.

Podczas prania bielizny odpowiedniego sortowania niewątpliwie brud z najbardziej brudnej bielizny częściowo przechodzi na bardziej czystą bieliznę.

Dla otrzymania całkowitego odkażenia i wysokiej jakości bielizny koniecznym jest ściśle przestrzeganie następujących zasad:

- sortowanie bielizny wg stopnie zabrudzenia.
- moczenie bielizny wg stopnie zabrudzenia
- pranie bielizny.
- gotowanie bielizny.
- przepierka najbardziej brudnej bielizny.
- płukanie bielizny.
- wykręcenie bielizny /wyżnaczką lub ręcznie/.
- suszenie bielizny.
- prasowanie bielizny.

1. Brudną bieliznę sortuje się na 3 kategorie wg stopnia zabrudzenia:

- I kat. stosunkowo mało brudna.
- II kat. znacznie zabrudzona:
- III kat. bardzo brudna.

2. Na początku sortowania należy przede wszystkim odebrać najbardziej brudną bieliznę /onuca, ręczniki kuchenne itp./.

Sortowanie przeprowadza się w magazynie brudnej bielizny i wydaje się do moczenia już po dokonanej segregacji.

3. Moczenie przeprowadza się w ciepłej wodzie /20-25°C/ wg stopnia zabrudzenia:
 - I kat. na 6 godzin,
 - II kat na 12 godzin,
 - III kat. na 24 godzin.Wodę w której moczy się bieliznę III kategorii zmienia się 3 x w ciągu doby.
4. Pranie bielizny dokonuje się również po uprzednim jej sortowaniu.
5. Gotowanie także po uprzednim sortowaniu.
6. Po wygotowaniu bieliznę przegląda się /każdą sztukę osobno/ i te części które jeszcze pozostały brudne /kołnierze, rękawy/ podlegają przepierce.
7. Płukanie bielizny dokonuje się w 2-3 wodach w ciągu 10-15 minut.
8. Wyżymanie bielizny należy przeprowadzić dokładnie, tak żeby podczas jej wieszania woda nie ściekała.
9. Suszenie bielizny dokonuje specjalnie do tego celu wyznaczony personel. Bieliznę po wysuszeniu należy wyrzucić na lewą stronę celem sprawdzenia obecności gnid. W razie stwierdzenia gnidy zoskrobuje się nożem.
10. Bieliznę prasuje się gorącym żelazkiem.
Personel zatrudniony przy suszeniu, układaniu i wydawaniu bielizny powinien zawsze nosić białe fartuchy.
Do przyjmowania brudnej bielizny wydziela się magazyniera /przyjmuje bieliznę w magazynie brudnej bielizny/ przez okienko lub drzwi zupełnie odizolowany od miejsca wydawania i magazynu bielizny czystej.
Personel zatrudniony przy przyjmowaniu brudnej bielizny, suszeniu, prasowaniu i wydawaniu czystej podlega kąpieli co 3-5 dni z obowiązkową zmianą bielizny.

Szef Wydziału III-go
Główny Epidemiolog WP
Synowiec ppłk

WOJSKO POLSKIE
1 Armia
15.12.1944

T a j n e
Egz.nr 165

ROZKAZ NR 0414-KG

Treść: o profilaktyce awitaminozy w armii

Kontrola stwierdziła, że w niektórych jednostkach i formacjach wojskowych naszej armii nie zwraca się dostatecznej uwagi na zagadnienie zawartości witamin w potrawach przygotowanych i nie stosuje się witamin z miejscowych surowców.

Dla zapobiegania zachorowaniom na szkorbut składu osobowego naszych wojsk, w związku ze zniżoną zawartością witaminy C w produktach żywnościowych w sezonie zimowym /brak jarzyn/ należy we wszystkich jednostkach i formacjach armii zabezpieczyć przeprowadzenie wszystkich potrzebnych zabiegów profilaktycznych /przyrządzanie witaminowych wyciągów, prawidłowe przyrządzenie warzyw itp./.

W tym celu rozkazuję:

1. Pod odpowiedzialnością dowódców jednostek i formacji wojskowych organizować siłami służby aprowizacyjnej we wszystkich blokach żywnościowych przyrządzenie witaminowych wyciągów z igliwa zabezpieczające całą załogę jednostki lub formacji wojskowej potrzebną ilością witaminy C.
2. Przy przyrządzeniu wyciągów, stosować się ściśle do wskazówek i instrukcji udzielonych przez służbę zdrowia.
3. Szef służby zdrowia 1-oj Armii WP płk Salamonowicz i Szef Oddziału Apropizacji płk Szylin zabezpieczą kierownictwo i nadzór nad akcją przyrządzenia witaminowych wyciągów i zamelduje mi 1-go każdego miesiąca o postępach akcji.

W zał. instrukcja.

Szef Sztabu 1 Armii WP
Strażewski gen. bryg.

Dowódca 1 Armii WP
Korczyński gen. dyw.

Wyk. Salamonowicz
Odb. 294 egz. wg rozdz.

Załącznik do rozkazu nr 0414

I N S T R U K C J A

o przyrządzeniu witaminy C z igliwie drzew iglastych

Przygotowanie igliwie

Dla przyrządzenia ekstraktu używa się tylko świeżo ścięte gałęzie drzew iglastych. Przechowywać gałęzie w cieniu. Igliwie obrywa się od gałęzi, a potem skrupulatnie myje w bieżącej wodzie lub w wodzie bardzo często zmienianej.

Do mycia należy używać wody nadającej się do picia. Odmierzoną ilość igliwie rozdrobnia się za pomocą sieczkarni, siekiery, noża itp. Siekanie przeprowadza się w drewnianych korytach. Rozdrobnione igliwie można przechowywać nie więcej jak 30-40 minut.

Przyrządzenie ekstraktu witaminy z rozdrobnionego igliwie

Dla przyrządzenia ekstraktu witaminy dla 100 osób używa się 5 kg oddzielonego od gałęzi świeżo posiekanego igliwie. Posiekane igliwo umieścić w drewnianych, glinianych, szklanych, emaliowanych lub aluminiowych naczyniach. Nie wolno w miedzianych i żelaznych.

Igliwie zalewa się 15 litrami zimnej gotowanej wody. Proces ekstrahowania trwa 2-3 godziny, przy czym konieczne jest okresyczne mieszanie drewnianą łopatką. Dalej wyciąg filtrować przez kilkakrotnie złożoną gazę albo płótno i używać się po 1 szklance na dobę.

Używaną do przyrządzenia wyciągu wodę albo gotowy wyciąg można zakwaszyć kwasem solnym lub octowym w przeliczeniu 2-3 stożowych łyżek roztworu kwasu solnego lub 10-12 herbacianych łyżeczek 5% kwasu octowego na 1 litr wody.

Wyciąg z igliwie zakwaszony przechowuje się do 2 dni, podczas gdy bez kwasu nie więcej jak 8 godzin.

Inny sposób przyrządzenia wyciągu

3 kilogramy igliwie wymytego, posiekanego zaleć 15 litrami gorącej gotowanej wody /60-80°C/ i pozostawić w tej temperaturze 2-2,5 godz.

wyciąg przefiltrować i używać 1 szklankę na 1 osobę na dobę.

Kolejny sposób przyrządzenie wyciągu

Oddzielone igliwie zalewa się 5-krotną ilością wrzątku. Po 2-3 min. wodę wylać, igliwie rozdrobnić i zalać 3-krotną ilością zimnej gotowanej wody.

Po 1-2 godzinach wyciąg filtrować przez watę włożoną między 2 warstwy gazy. Wyciąg używa się po 0,5 szklanki na osobę na dobę.

Inspektor Żywnościowy 1 Armii WP

Kotiurgin mjr

Szef Służby Zdrowia
1 Armii WP

Salemonowicz płk

WOJSKO POLSKIE

1 Armia

11.09.1944

Do
Szefa Służby Zdrowia

W związku z wielką ilością zachorowań na dezynterię wśród załogi jednostek naszej Armii oraz ze względu na niezadawalający stan sanitarno-epidemiczny rejonu aktywnych działań bojowych naszych wojsk, zwołuję konferencję wszystkich szefów służby zdrowia dywizji, brygad, samodzielnych pułków, pułków wchodzących w skład dywizji i brygad oraz epidemiologów i starszych internistów dywizji i brygad, jak też infekcjonistów szpitali chorób zakaźnych.

Konferencja odbędzie się 14, 16 i 18 września, każdy raz o godz. 10.00 z jednokrotnym planem pracy w 3-ch miejscach:

- 14 ba. w Ruchomym Szpitalu Polowym nr 1 we wsi Wilczkowice - Błonie dla wszystkich jednostek rozpołożonych na zachodnim brzegu Wieży oraz dla I i V Brygady Artylerii Ciężkiej;
- 16 ba. w Samodzielnym Baonie Sanitarnym I PDP we wsi Michalin - dla wszystkich jednostek wchodzących w skład I PDP;
- 16 ba. w Oddziale Sanitarnym we wsi Jagodne dla wszystkich pozostałych jednostek.

Plan konferencji:

1. Klinika, diagnostyka, epidemiologia i profilaktyka forty 30.
Wykładowca: pżk prof. Nowodworski 2 godz.
2. Sanitarno-epidemiczny wywiad.
Wykładowca: mjr Ryżyków 1 godz.
3. Wczesna diagnostyka chorób infekcyjnych przewodu pokarmowego.
Wykładowca: ppik Synowiec
4. Środki dla likwidacji i profilaktyki dyzenterii.
Wykładowca: kpt. Zagórski 2 godz.

Sporz. w 25 egz.

Szef Służby Zdrowia i NIP

pżk dypl. M. Roguczy

PROGRAM KONFERENCJI

lokerzy i felczerów 1 D.P.
na dzień 4.04.1945 r. - godz. 10.00

1. Ogólny przegląd sanitarnego zabezpieczenia dywizji za okres:
styczeń - marzec.
- 30 min., ppik Lovoczkin.
2. Organizacja wynoszenia rannych z pola boju.
- 15 min., dca plut. sanitarnoszonnych
ppor. Tisłowicz.

3. Sanitarna zabezpieczenie pułku w warunkach loónego boju.
- 20 min., st. lekarz 3 pp. por. Waldman.
4. Okazanie pomocy rannym na P.M.P.
- 15 min., mł. lekarz 2 pp. por. Liblich.
5. Segregacje rannych i niedostetki w pracy poprzedniego etapu.
- 15 min., dca plut. segregacyjnego M.S.B.
mjr Fryzezer.
6. Pierwotne chirurgiczne opracowanie rannych i zapobieganie komplikacjom.
- 20 min., dca plut. operacyjno-opatr. M.S.B.
por. Brudny.
7. Zarządzenia sanitarno-epidemiologiczne za miniony okres.
- 15 min., epidemiolog 1 DP. kpt. Rebotnik.
8. Dyskusja - 1 godz.
9. Reżime - 20 min.

Ppłk Lonoczkín

WOJSKO POLSKIE
1 Armia
12.01.1945

Z A R Z Á D Z E N I E

W sprawie profilaktyki zachorowań w wojsku, a przede wszystkim niedopuszczenia do rozpowszechniania się chorób zakaźnych i wenerycznych - ogromnego znaczenia nabiera praca sanitarno-uświadamiająca.

Najbardziej dogodnie warunki dla intensywnego prowadzenia takiej pracy posiadają szpitale. W wielu jednak szpitalach tej tak wyjątkowo ważnej pracy albo w ogóle nie prowadzi się, lub prowadzi nieregularnie bez odpowiedniego kierownictwa. Proponuję niezwłocznie przystąpić do szerokiego rozwinięcia

działalności sanitarno-uświadamiającej wśród rannych i chorych. W tym celu należy w szpitalach przygotować odpowiednie hasła, plakaty, gazety ścienne, wystawy oraz odczyty i pogadanki.

Należy opracować miesięczny plan pracy sanitarno-uświadamiającej uwzględniając, że każdy lekarz powinien w ciągu miesiąca przeprowadzić co najmniej 2-3 odczyty - pogadanki. Felczorzy i siostry pod kierownictwem lekarzy, także powinni brać udział w przeprowadzeniu pogadek.

Najbardziej aktualnymi tematami w chwili obecnej powinny być:

- profilaktyka tyfusu plamistego,
- pomoc i wzajemna pomoc na polu bitwy,
- szczepienia ochronne i ich znaczenie,
- profilaktyka odarowań,
- choroby weneryczne i ich znaczenie,
- profilaktyka chorób skórnych /świerzb/.

We wszystkich klubach szpitalnych i świetlicach powinny być zorganizowane sanitarno-uświadamiające wystawy. Wszędzie, gdzie tylko można /na korytarzach/ postawić ładnie urządzone stojaki z plakatami, fotografiami itp.

Najbardziej aktywny udział w sanitarno-uświadamiającej pracy powinien wziąć zastępca komendanta ds. polityczno-wychowawczych.

Na wystawie, która odbędzie się 30.01.1945 r. w korpusie szpitala nr 62 w Lublinie, powinny być przedstawione najbardziej treściwe i przekonujące plakaty, hasła, gazety ścienne, albumy i inne.

Materiały na wystawę przedstawić do 3-go Referatu Służby Zdrowia celem zatwierdzenia ich.

O wykonaniu zameldować 18.01.1945 r.

Kierownik
Przeciwepidemicznego
Referatu

Zagórski wjr

Szef Służby Zdrowia
1 Armii WP

Salamonowicz plk

BIBLIOGRAFIA

I. Źródła archiwalne.

1. Dokumenty Centralnego Archiwum Wojskowego w Warszawie.
Akta służby zdrowia 1 armii Wojska Polskiego. Sygnatura
III-4-46, 111, 174, 805, 807, 808, 820, 827, 852, 853, 854, 855,
856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867,
868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879,
880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891,
892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903,
904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915,
916, 917, 918, 919.

Akta służby zdrowia 1 DP.

Sygnatura III-7-10, 485, 486, 696, 699, 700, 701, 703, 704, 705.

Akta służby zdrowia 2 DP.

Sygnatura III-23-238, 284, 288.

Akta służby zdrowia 3 DP.

Sygnatura III-47-17, 18.

Akta służby zdrowia 4 DP.

Sygnatura III-59-1, 3, 28, 69, 70, 89, 90, 91, 92, 93.

Akta służby zdrowia 6 DP.

Sygnatura III-88-5, 6.

Sygnatura III-546-1, 2, 3.

2. Dokumenty archiwum Ministerstwa Obrony ZSRR /fotokopie

WIH/:

- fond 233, opis nr 16930 c, jed. chr. nr 60.
- fond 233, opis nr 548345 c, jedn. chr. nr 111.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 145.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 149.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 155.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 157.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 159.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 165.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 166.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 167.
- fond 233, opis nr 548345 c, jed. chr. nr 176.

II. Publikacje

Akodus J. Armija. W: Encykłopediczeskij Słowar Wojennoj

Miediciny. Moskwa 1946.

Antipienko N.N. Na Głównym kierunku. Warszawa 1970.

- Antypienko N.N. Tyły 1 Frontu Białoruskiego. Przegląd Kwartalnikowy 1966, 1 /87/ 1 2 /88/.
- Artykuł wstępny: 25 latie wielkiej победы. Wojenno-Medycynski Żurnał 1970, 5.
- Błagowieszczański J. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 Armię Polską w ZSRR. Myśl Wojskowa 1971, 6.
- Błagowieszczański J. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 AWP w operacjach 1944 r. Myśl Wojskowa 1966, 11.
- Błagowieszczański J. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 AWP w operacjach lat 1944-1945. Myśl Wojskowa 1967, 12.
- Błagowieszczański J., Dolata B., Dziwonow R., Gać S., Jedziak E., Jurgielewicz W. Polski czyn zbrojny w II wojnie światowej. Ludowe Wojsko Polskie 1943-1945. MON, Warszawa 1973.
- Bołdyrow T. Zakaźny ruchomy szpital polowy ZPRSz. Lekarz Wojskowy 1951, 1.
- Bończak J., Malewicz J. Choroby weneryczne w armiach na przestrzeni wieków. Lekarz Wojskowy 1974, 7.
- Bończak J. Czerwonka w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1965, 10.
- Bończak J. Dur brzuszny w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1968, 12.
- Bończak J. Dur płamisty w armiach świata. Lekarz Wojskowy 1969, 2.
- Bończak J. Gorączka powrotna w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1969, 1.
- Bończak J. Grypa w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1967, 11.
- Bończak J. Higiena i epidemiologia w systemie hitlerowskiej eksterminacji. Wojskowy Przegląd Historyczny 1979, 3.
- Bończak J., Piotrowski F., Jubileusz wojskowej medycyny radzieckiej. Biuletyn WAM 1978, 1.
- Bończak J. Medycyna epod znaku smastyki. Przegląd Kwartalnikowy 1978, 2 /159/.
- Bończak J. Niektóre zagadnienia medyczne w Wehrmachcie. Lekarz Wojskowy 1975, 3.
- Bończak J. Niektóre zagadnienia oświaty zdrowotnej w wojsku. Lekarz Wojskowy 1972, 10.

- Bończak J., Gwóźdź B. Oświetlenie sanitarne w Ludowym Wojsku Polskim. Lekarz Wojskowy 1969, 5.
- Bończak J. Straty osobowe Niemców hitlerowskich w wojnie radziecko-niemieckiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1974, 6 /139/.
- Bończak J., Malewicz J. Świerzb w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1975, 6.
- Bończak J. Świnka w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1968, 11.
- Bończak J. Tężec wśród żołnierzy. Lekarz Wojskowy 1969, 10.
- Bończak J. Tularonia wśród żołnierzy. Lekarz Wojskowy 1960, 7-8.
- Bończak J., Gwóźdź B. Wychowanie higieniczne w armiach w przeszłości. Lekarz Wojskowy 1969, 6.
- Bończak J. Wybrane aspekty zabezpieczenia medycznego operacji berlińskiej. Lekarz Wojskowy 1960, 5-6.
- Bończak J. Zabezpieczenie medyczne Armii Radzieckiej w latach 1941-1945. Lekarz Wojskowy 1977, 11.
- Bończak J. Zagadnienia zabezpieczenia medycznego. Lekarz Wojskowy 1971, 10.
- Bończak J. Zatrucia pokarmowe w armiach. Lekarz Wojskowy 1971, 8.
- Bończak J. Zienice w armiach świata. Lekarz Wojskowy 1969, 3.
- Bończak J. Żółtaczkę zakaźną w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1967, 4.
- Brzeziński T. I sanitarno-epidemiczna grupa i jej rola w zabezpieczeniu działań bojowych i Armii WP. Biuletyn WAM 1971, 3.
- Brzeziński T. Służba zdrowia i Armii Wojska Polskiego. Studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego. Biuletyn WAM, 1972. Suplement IV, z. 15.
- Brzeziński T., Markiewicz K. Służba zdrowia i Armii WP w akcji niesienia pomocy ludności cywilnej w rejonie walk o Werszawę /IX.1944-I.1945/. Lekarz Wojskowy 1973, 10.
- Brzeziński T. Szpitale radzieckie w operacyjnym podporządkowaniu i Armii Wojska Polskiego. Biuletyn WAM 1971, 1.

- Chizyński Z., M. Różowicz-Chizyńska. Niektóre zagadnienia z historii epidemiologii i profilaktyki tęcza. Biuletyn WAM 1970, 1.
- Chocbakow Z. Zagadnienia sanitarno-epidemiologiczne w czasie wojny. Lekarz Wojskowy 1950, 5.
- Dawidowicz W., Dąbrowski B., Filar W., Małeckie F. Kwatermistrzostwo ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. WIH, Warszawa 1973.
- Dr Helene Wolff - ps. "Anka" z cyklu sylwetki kobiece w Armii Ludowej. Wojskowy Przegląd Historyczny 1962, 22.
- Dziubanow R. i Armia WP w bitwie o Wał Pomorski. Wyd. MON, Warszawa 1965.
- Gasperowicz A. Nasz batalion sanitarny. Lekarz Wojskowy 1963, 10.
- Georgiewskij A. Higiena wojskowa, epidemiologia i toksykologia. Zagadnienia medycyny wojskowej. MON 1954, Tom II.
- Grzelek E. Materiały od początków nowożytnego podziału kwalifikacji medycznych w służbie zdrowia Wojska Polskiego. Biuletyn WAM 1968, 4.
- Gwałdz B., Włodarczyk J. O niektórych problemach ochrony przeciwepidemicznej i armii WP. Biuletyn WAM 1967, suplement IV, z. 11.
- Gwałdz B., Miśkiewicz L. Wzniejające osiągnięcia medycyny radziockiej w dziedzinie likwidacji chorób epidemicznych w okresie pięćdziesięciolecia. Biuletyn WAM 1968, suplement IV, z. 12.
- Indisow L. z historii radziockiej wojskowej służby zdrowia. Biuletyn WAM 1977, 3.
- Jedziak E. Walki i armii WP o Kołobrzeg 7-16. III. 1945 r.. Wojskowy Przegląd Historyczny 1959, 2, 3.
- Josiński A. Przełamanie Wału Pomorskiego. Warszawa 1950.
- Karpiniński A. Pod Dąblinem, Puławami i Barką. MON Warszawa 1967.
- Klonowicz S. Szlak bojowy 7 batalionu medyczno-sanitarnego. Lekarz Wojskowy 1963, 10.
- Koczyla Z., Zabłotnicki R. Zabezpieczenie medyczne i AWP na przyczółku Worecko-Magnuszanckim. Lekarz Wojskowy 1966, 2.
- Koczyla Z., Zabłotnicki R. Zabezpieczenie medyczne walk i AWP pod Dąblinem i Puławami. Lekarz Wojskowy 1967, 9.
- Kozalecki M. 20 lat służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego. Lekarz Wojskowy 1963, 10.

- Kowalski M. Rola i miejsce higieny i epidemiologii w nowoczesnej wojskowej służbie zdrowia. *Lekarz Wojskowy* 1960, 10.
- Krotkow T. Zagadnienia higieny wojskowej w II wojnie światowej. *Lekarz Wojskowy* 1945, 3-4.
- Krzeniów S. Przebieg działań bojowych oraz przegrupowanie tyłów i ASP w operacji berlińskiej. *Przegląd Kwatermistrzowski* 1967, 2 /94/.
- Krzeniów S. Szkolenie kadr kwatermistrzowskich w ludowym wojsku Polakia w latach 1943-1945. *Przegląd Kwatermistrzowski* 1970, 3.
- Kuliński W. Kwatermistrzowskie zabezpieczenie działów i ASP na Pomorzu. *Przegląd Kwatermistrzowski* 1963, 6 /74/.
- Kuliński W. Zarys powstania i struktura organizacyjna tyłów ludowego wojska polskiego w latach 1943-1945. *Wojskowy Przegląd Historyczny* 1963, 10.
- Kurkotkin S.A. Tył Sowietkich Wzorużennych Sił w wielkiej Ocieczestwiejnej Wojnie. Moskwa 1977.
- Leonowicz L., Lisak Z., Malczewski J., Polkowski R., Romanowski W. Wykaz poległych i zmarłych żołnierzy LWP w okresie wojny w latach 1943-1945, według miejscowości i rejonów działów /neszynopsis CAV/. Warszawa 1966.
- Lisowski W. Jednostki tyłowe wojska polskiego w latach 1943-1945. *Przegląd Kwatermistrzowski* 1963, 4.
- Litwa W. Statystyka tyłów ludowego wojska polskiego w II wojnie światowej. *Przegląd Kwatermistrzowski* 1960, 5 /103/.
- Luszczak E. Specyfika zapatrywania materiałowego i zabezpieczenie medycznego działów bojowych Gwardii Ludowej i Armii Ludowej w latach 1942-1945. ASG WP, Warszawa 1972.
- Majewski W. Służba zdrowia i armii wojska polskiego. MON, Warszawa 1976.
- Malczewski J. O stratach ludowego wojska polskiego w latach 1943-1945. *Wojskowy Przegląd Historyczny* 1972, 2.
- Margules J. Boje i armii WP w obazarze Warszawa. MON, Warszawa 1967.
- Mikuliewicz K. Ogólne zasady profilaktyki chorób zakaźnych w polu. *Lekarz Wojskowy* 1945, 2.
- Mikuleczek E. 15-lecie wojskowego Centralnego Laboratorium Sanitarno-Higienicznego. *Lekarz Wojskowy* 1960, 4.
- Mirue D. Geneza powstania organów tyłowych i armii wojska polskiego. *Przegląd Kwatermistrzowski* 1970, 4.

- Morzycki J. Etiologia tyfusu plamistego. Lekarz Wojskowy 1945, 1.
- Nowodworski W. Zachorowalność w wojsku Polskim w okresie wojny 1944/45. Lekarz Wojskowy 1945 5-6 i 1946 1-2.
- Pierwsza konferencja naukowa poświęcona dziajom polskiej wojskowej służby zdrowia. Wojskowy Przegląd Historyczny 1967, 2.
- Piotronski F. Udział Polskiej wojskowej służby zdrowia w zwycięstwie nad faszyzmem. Biuletyn WAM 1975, 4.
- Płofek K. Służba zdrowia na szlaku bojowym ludowego Wojska Polskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1963, 5 /73/.
- Ponchajba I., Czaut J., Janowski J., Lenandowicz L. Organizacja i działania bojowe ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. MON, Warszawa 1964.
- Rochmankowski S. Praca tyłów i armii wojska Polskiego w okresie przygotowania do operacji pomorskiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1965, 3 /63/.
- Rogoziniak B., Handzelc A. Szczepienie ochronne w wojsku. Lekarz Wojskowy 1954, 5.
- Stępor Z. Operacja brandenburska i armii WP. 16.4-8.5.1945.. Wojskowy Przegląd Historyczny 1968, 3,4, 1969, 1.
- Stępor Z. Operacja berlińska Armii Radzieckiej i udział w niej wojska Polskiego. Wojskowy Przegląd Historyczny 1965, 12.
- Tkaczewski W. Choroby zakaźne. Rozważenia epidemiologiczno-kliniczne. Biuletyn WAM 1975, 1.
- Uglik K. Przegląd osiągnięć z zakresu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego Armii Radzieckiej w okresie pięćdziesięciolecia. Biuletyn WAM 1968, suplement IV, z. 12.
- Wadlewski B. Służba zdrowia i Dywizji. Lekarz Wojskowy 1963, 10.
- Wesperstron T. Służba medyczna i armii wojska Polskiego. Lekarz Wojskowy 1963, 10.
- Wojtkowicz S. Polska służba zdrowia na frontach drugiej wojny światowej. Biuletyn WAM 1970, 2.
- Wojtkowicz S., Talar J., Majewski W., Piotronski F. Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia. MON, Warszawa 1974.
- Wolański J. Lekarze Gwardii i Armii Ludowej w walce o wyzwolenie ojczyzny. Lekarz Wojskowy 1957, 10.
- Zabłotnick R. Folowy szpital zakaźny nr 24 /1944-1945/. Lekarz Wojskowy 1977, 9.
- Zabłotnick R., Koszyła Z. Zabezpieczenie medyczne oddziałów

- wojska Polskiego w walce o Berlin w 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968, 2.
- Zabłotniak R., Koszyła Z. Zabezpieczenie medyczne walk 1 armii Wojska Polskiego o przełamanie Wału Pomorskiego w 1945 r. Lekarz Wojskowy 1966, 9.
- Zabłotniak R., Koszyła Z. Zabezpieczenie medyczne walk o Kołobrzeg w czasie II wojny światowej. Lekarz Wojskowy 1971, 5.
- Zagórski P. Stan epidemiczny 1 armii Wojska Polskiego. Lekarz Wojskowy 1963, 10.
- Załużski S. Formowanie jednostek kwatermistrzowskich w drugim półroczu 1944 r. Przegląd Kwatermistrzowski 1963, 5.
- Załużski S. Formowanie jednostek kwatermistrzowskich w pierwszej połowie 1945 r. Przegląd Kwatermistrzowski 1971, 2/118/.
- Załużski S. Kwatermistrzowskie zabezpieczenie walk oddziałów 1 armii na przyczółkach w Werszanie. Przegląd Kwatermistrzowski 1961, 3/59/.
- Załużski S. Prace kwatermistrzostwa 1 armii Wojska Polskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1958, 1/39/.
- Załużski S. Tyły i Dywizji Piechoty w walkach o Pragę. Przegląd Kwatermistrzowski 1960, 6/56/.
- Załużski S. Zabezpieczenie kwatermistrzowskie działających 1 armii Wojska Polskiego na kierunku Jabłonny /10-26.X.1944/. Przegląd Kwatermistrzowski 1971, 6/122/.

WYKAZ CZĘŚCIEJ UŻYWANYCH SKRÓTÓW

AL	- Armia Ludowa.
AP w ZSRR	- Armia Polaka w ZSRR.
AWP	- armia Wojska Polskiego.
BCh	- Bataliony Chłopskie.
CAM	- Centralne Archiwum Wojskowe.
ChPPG	- chirurgiczny polowy podwójny szpital - polowy ruchomy szpital chirurgiczny.
ChPSZR	- polowy ruchomy szpital chirurgiczny.
CKP WAK	- Centrum Kształcenia Podoficerów Wojskowej Akademii Medycznej.
CWS AL	- centralny wydział sanitarny Armii Ludowej.
DMP	- dywizyjny punkt medyczny.
DP	- dywizja piechoty.
EG	- ewakuacyjny szpital - szpital ewakuacyjny.
EP	- ewakuacyjny - ewakuacyjny punkt rozdzielczy.
GL	- Guardia Ludowa.
GOPEP	- główne oddzielenie polowego ewakuacyjnego punktu - wysunięty oddział polowego punktu ewakuacyjnego.
IPPG	- infekcyjny podwójny polowy szpital - polowy ruchomy szpital zakaźny.
KDK	- kompania dezynfekcyjno-kąpielowa.
MSB	- batalion medyczno-sanitarny /medsanbat/.
MZIOS	- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
NIISI	- Naukowo-Badawczy Instytut Sanitarny - Naukowo-Badawczy Doświadczalny Instytut Sanitarny.
OLP	- oddział łaźni polowych.
OPP	- oddział pralni polowych.
PAL	- laboratorium anatomiczno-patologiczne.
PASS	- polowy sanitarny skład sanitarny.
PKK	- Polski Czerwony Krzyż.
PDP	- polska dywizja piechoty.
PEP	- polowy punkt ewakuacyjny.
PKON	- Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego.
PMP	- pułkowy punkt medyczny.
PRSZR	- polowy ruchomy szpital lekko rannych.

- PRSZW - polowy ruchomy szpital wewnętrzny.
- PRSZZ - polowy ruchomy szpital zekesźny.
- PSK - punkt sanitarno-kontrolny.
- PSZP - Polski Sztab Partyzancki.
- RPPS - Robotnicza Partia Polskich Socjalistów.
- SEG - grupa sanitarno-epidemiologiczna.
- TPFG - terapeutyczny polowej podziemnej szpital - polowy.
ruchomy szpital wewnętrzny.
- WAM - Wojskowa Akademia Medyczna.
- WIH - Wojskowy Instytut Historyczny.
- ZO - związek operacyjny.
- ZPP - Związek Patriotów Polskich.
- ZT - związek taktyczny.

INDEKS NAZWISK

- Akodus I., 21, 183
Andruszkiewicz Jadwiga, 32
Antypienko N.N., 34, 81, 183, 184
Barabanow Areenij, 22
Berling Zygmunt, 75, 169
Błagowieszczański J., 116, 184
Bołdyrew T., 40, 184
Bończek Jerzy, 7, 39, 42, 62, 64, 85, 86, 101, 110, 124, 127, 184, 185
Brodny, 181
Brzeziński Tadeusz, 7, 14, 19, 22, 41, 66, 76, 78, 79, 87, 95, 97, 112, 128, 185
Chombakow Z., 51, 186
Cukonow Genadij, 111
Dawidowicz W., 13, 186
Dąbrowski B., 13, 186
Delekte Henryk, 29
Dębicki Marien, 17
Drobner Bolesław, 76
Dzipenow R., 117, 186
Dzygora Stanisław, 19
Filar W., 13, 186
Fryczor, 181
Galicki Stanisław, 83, 96
Gesperonicz Adam, 14, 186
Georgiewskij A., 36, 186
Gronkowski Jerzy, 130
Gronczowski E., 129
Gutezenko Pantelion, 29
Gwóźdź Bolesław, 7, 37, 42, 50, 64, 186
Hondelzalc A., 59
Hnatye Adam, 29
Ilijn Eugeniusz, 32
Jadziak Emil, 120, 186
Jakińczuk Jan, 33
Jasiński A., 116, 186
Karowejewa L., 33

Karmelicka R., 29
Karpiński Antoni, 86, 99, 186
Kerner Leopold, 24
Kirbaj Helena, 33
Kliaszewska Weronika, 29
Kolano Z., 134
Konarzewski Gracjan, 29
Korczyk, 169, 172, 177
Koszyła Zygmunt, 7, 22, 35, 115, 120, 128, 186, 188, 189
Kotliurgin Doniszin, 111, 179
Kowalewski M., 14, 43, 186, 187
Krepcogorski Leon, 69
Krotkow J., 44
Krzywiec S., 26, 123
Kuliński W., 115
Kurkotkin S.A., 79, 187
Kurówka Lidia, 29
Leńkiewicz Stanisław, 33, 95,
Lewandowicz L., 155, 187
Liblich, 181
Lisek Z., 155
Lwowczkin, 180, 181
Łuczak E., 134
Ługowej Dorota, 96, 117
Majewski Witold, 7, 17, 23, 69, 71, 187
Malczewski J., 155, 157, 187
Małowicz Jerzy, 110, 127
Małocki Franciszek, 13, 186
Marciniuk Olga, 33
Morgulew Józef, 100, 187
Merkiewicz K., 78, 174
Mozarenko Anisa, 33
Miełkos L., 50, 186
Michalski Zdzisław, 77
Mikulaszek Edmund, 24, 187
Mikulowicz K., 50, 174, 187
Mirosznieczenko Tatiana, 29
Moguczy Michał, 19, 14, 83, 172, 175, 180
Mojecki Aleksander, 32

Mongin Władysław, 33
Nestorowicz Adelaide, 29
Nonodworski Witold, 19,24,148,160,188
Potkowska D., 134
Pawłow Włodzimierz, 32
Pinkiewicz Julian, 17
Piotrowski F., 69,71,188
Płonki Kazimierz, 35,188
Pogrzebińska Elżbieta, 33
Połkowski R., 155,187
Przykądowska Maria, 29
Rabotnik, 181
Rochmankowski S., 119
Rogoziński B., 59,188
Rozanowski W., 155
Romaszkiewicz Józef, 19
Ryżykow Jan, 30,32,180
Salamonowicz Adam, 19,111,121,171,173,177,179,182
Siedlecki Antoni, 29
Spere F., 136
Spiryna Walentyna, 33
Staniewski T., 19
Stępor Z., 124,188
Strażewski, 172,177
Suchanek Jerzy, 130
Świerczewski K. 63
Synowiec Jan, 19,24,101,176,180
Szacki Aleksander, 19,24
Sztecheleki Jerzy, 17
Szylin, 177
Talar Jan, 69,71
Tielowiec, 180
Tkaczowski W., 138,188
Wadłowski S., 17,188
Waldman, 181
Wernan Kamiś, 19
Wasserstrom T., 81,188
Walter I.M., 30,
Włodarczyk Jan, 37,188

Wolff Helena, 130,132,186

Wojtkowick Stefan., 34,69,71,188

Wolański Jan, 130,188

Wołosiewicz Jan, 24,174

Wyganowski T., 134

Zabłotnick Ryszard, 7,22,95,115,120,128,186,188,189

Zagórski Paschalis, 32,33,39,130,132,139

Załuski S., 23,25,49,72,99,189

Żurkowiecki Hipolit, 19.

INDEKS NAZW GEOGRAFICZNYCH

- Aleksandrówka, 73
Anin, 112
Bad Freienwalde, 125
Bardyczów, 13, 80
Berlin, 123, 124, 128
Bgd-lin, 119
Białystok, 108, 126
Biesenthal, 29, 124
Błonie, 32, 180
Borujek, 116, 119
Budy Iłoweckie, 112
Bug rz., 86, 90, 92
Dydgocze, 29, 30, 32, 74,
112, 113, 114, 115

Cechówka, 103
Celestynów, 76
Cheża, 73, 89, 92, 93
Chopniów, 73
Cumań, 73, 81, 82, 89
Cyganówka, 99
Czechryń, 116
Czołnica, 30, 82, 89
Czudnów, 80

Dęblin, 86, 92, 94, 95, 96
Dławowo, 13
Dmitrówka, 80
Dniepr rz., 67
Dunaj rz., 67
Dziwna rz., 120
Dźwińsk, 86
Falenice, 75
Feliksin, 99
Garnolin, 30, 73, 74, 95, 97, 99

Glinke, 103
Goleniów, 74
Góra Kalwaria, 112
Grabów Zielony, 99
Hewela rz., 124
Hohenzollernów kanał, 124
Horodliszcze, 80
Hrubieszów, 73
Inowrocław, 29, 32, 112, 113
Izdebnę, 99
Jabłonno, 74
Jagodno, 180
Jesinówka, 29, 87
Jostrowie, 32, 74, 114
Jezioro, 27, 30
Józefów, 74
Kadino, 66
Kawień, 121
Korczen, 101
Kozinierzów, 99
Kozuń, 112
Kijów, 13,
Kiwercy, 13, 21, 23, 27, 30, 73, 79,
81, 82, 83, 89, 93, 95
Klewań, 81, 82, 89
Knyazyn, 86
Kolno, 115
Kołobrzeg, 32, 74, 119, 120, 121
Koneł, 32, 89, 90
Kosno, 86
Krasnystaw, 73
Kraśnik, 73
Królewski Lee, 112
Krzywda, 99
Kurów, 93
Kutno, 32
Lonko, 29
Legionowo, 74
Leningrad, 19, 95
Lenino, 66
Lubie jez., 119

Lubieszewo, 119
Lublin, 24, 29, 73, 87, 89, 92,
93, 96, 108, 109, 182
Luboń, 29, 87, 92
Lutowo, 114
Łąba rz., 123, 124
Łąptowo, 13
Łękarzów, 73, 74, 94, 99
Łosice, 86
Łowicz Wąłocki, 119
Łuck, 73, 81, 90
Mochliny jez., 226
Marianówka, 73
Merk, 74
Maszów, 90, 92
Melonowice, 73, 90
Michalin, 180
Milanówka, 73
Mińsk, 144
Mińsk Mazowiecki, 74, 86
Mirosławiec, 115
Monestyrzyn, 66
Moryń, 74, 124
Mokwa, 66, 67
Mosur, 92
Motaszewo Maj., 116
Nadarzyce, 115
Nowa Rudnia, 80
Nowy Robertów, 77, 103
Odra rz., 67, 123, 124
Oka rz., 13
Ożyno, 73, 82, 83, 89, 90, 96
Opoleńskie kol., 29, 87
Oranienburg, 74, 125
Orle, 116
Osieck, 73
Osienborów, 99
Ostrówka, 73
Otwock, 24, 29, 30, 74, 77, 86,
99, 100, 101, 103, 112

Ozarycze, 85
Palcowizna - Las, 100, 101
Peretoki, kol., 27, 87
Petersburg, 19
Pleszczno, 74, 112
Pleszów, 112
Plechnik, 115
Pilica rz., 94
Podgany, 92
Praga, 74, 76, 77, 78, 99, 100,
103, 104
Pruszków, 24, 113
Przybraże, 27
Puławy, 73, 86, 92, 94, 95, 96
Radanice, 114
Radzyń, 73
Robertów, 30, 74, 104, 112
Recko, 30, 74, 123
Riezeń, 13
Rogoszyce, 81
Roco, 114
Różecze, 90,
Rudnia, 80
Ruppiner kanał, 124
Sannogórz, 94
Sechenhausen, 74, 125
Sielce, 13
Sitarzówka, 81
Sobienie Górne, 99
Sochaczew, 29, 32, 74
Spase-Demiańsk, 66
Stara Miłosna, 77, 110
Stara Warka, 94
Stepnica, 120
Sury, 13, 27, 30, 32, 79, 81, 84
Sypniewo, 32, 114
Szawle, 86
Sztuś, 92
Szwocja, 32, 115
Śliz flw., 29, 95, 99, 101, 103

Świerczyna, 116
Tarczyn, 112
Tarnów, 95
Trzcifako Zdrój, 123
Tworki, 24, 113
Uśński, 99
Wenaty, 99
Wałcz, 30, 32, 119
Warko, 22, 73, 74, 86
Warszawa, 29, 74, 77, 100, 104,
106, 112, 113, 114
Wawer, 74
Wielowicz, 114
Wierzchno, 119
Wilczkowice, 180
Wipcbork, 74, 114
Wilga, 73, 94, 99
Wielka rz., 26, 32, 67, 90, 92,
94, 95, 100, 101, 112,
113, 180
Władysławów, 99
Włostowice, 94
Włodowa, 92
Wołga rz., 67
Wólka Dłedonicze, 27
Wólka Mładzka, 100
Wolica, 27, 79
Wrochów, 29
Wriezech, 125
Wyższe, 73
Zakrzono, 114
Zanłódz, 29, 30, 77, 103, 113
Zaność, 73
Zielonka, 74, 112
Zienalica, 92
Złotów, 29, 32, 74, 114, 115,
116, 117, 119, 123
Zebino, 119
Zelechów, 99
Zyrzyn, 29, 87, 93, 94
Żytonierz, 13, 79, 80, 83

WYKAZ

SCHEMATÓW, WYKRESÓW, TABEL I ZAŁĄCZNIKÓW

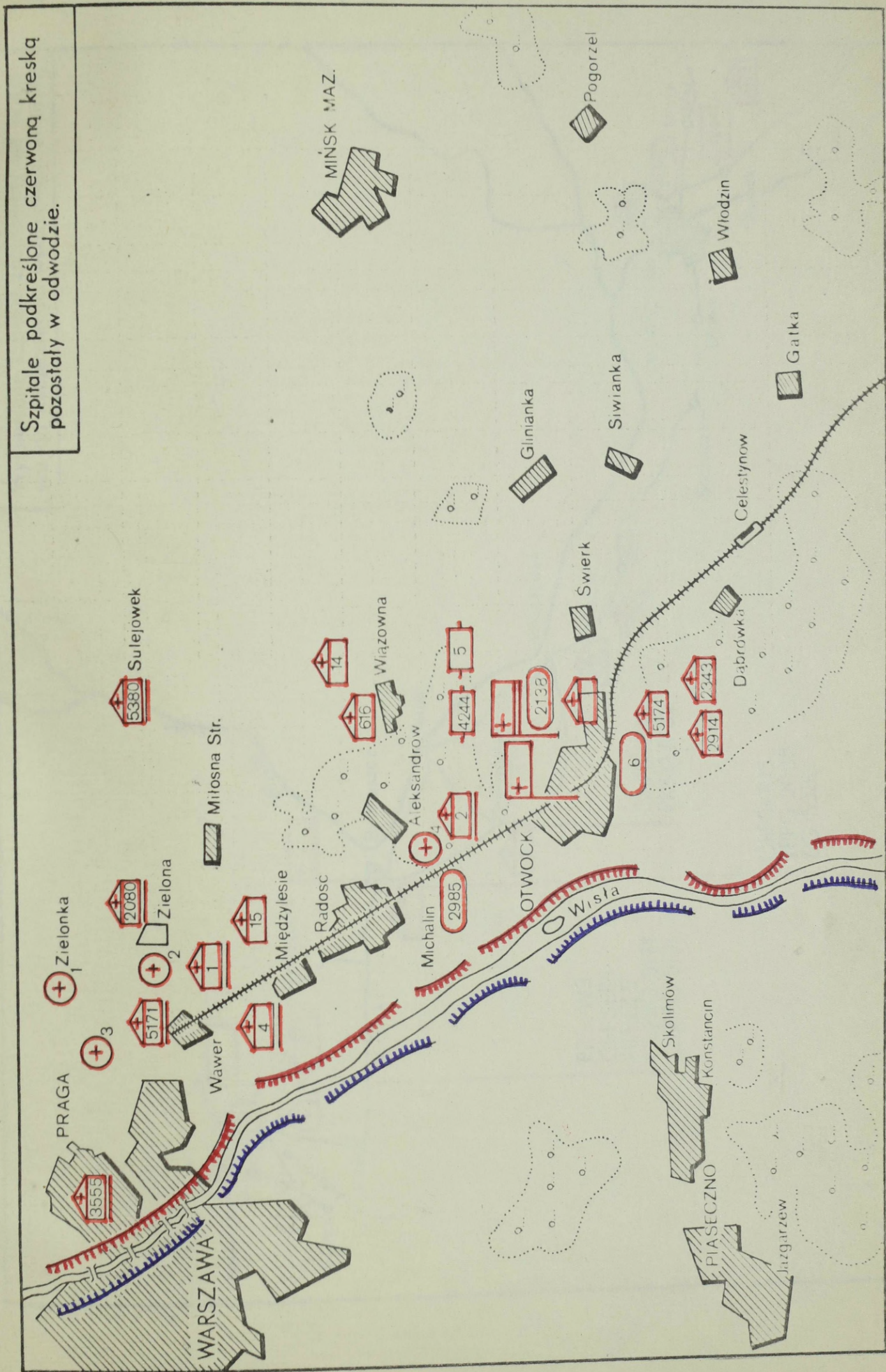
	str.
Schemat 1. Struktura organizacyjna batalionu medyczno-sanitarnego dywizji piechoty	16
Schemat 2. Pododdziały służby zdrowia i etapy leczniczo-ewakuacyjne dywizji piechoty	18
Schemat 3. Struktura organizacyjna wydziału służby zdrowia 1 AWP	20
Schemat 4. Struktura organizacyjna polowego ruchomego szpitala zakaźnego	28
Schemat 5. Struktura organizacyjna grupy sanitarno-epidemiologicznej	31
Schemat 6. Jednostki i urządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne 1 AWP	37
Schemat 7. Jednostki i urządzenia leczniczo-ewakuacyjne i sanitarno-przeciwepidemiczne 1 AWP w lipcu 1944 roku	88
Schemat 8. Struktura organizacyjna służby zdrowia AL	131
Wykres 1. Dynamika zachorowań na czerwonkę bakteryjną	102
Wykres 2. Zachorowania i zgony na dur pleniasty w 1 AWP	146
Wykres 3. Zachorowania i zgony na dur brzuszny w 1 AWP	147
Wykres 4. Zachorowalność na czerwonkę bakteryjną w 1 AWP	149
Wykres 5. Zachorowalność na zatrucie pokarmowe w 1 AWP	150
Wykres 6. Zachorowalność na zimnicę w 1 AWP	151
Wykres 7. Procentowe zestawienie chorób zakaźnych w 1 AWP /lipiec 1944 - maj 1945 r./	153
Wykres 8. Zachorowanie na choroby zakaźne w 1 AWP w latach 1944-1945	154
Wykres 9. Procentowe zestawienie strat poniesionych przez 1 AWP w 1944 i 1945 roku	156
Wykres 10. Procentowe zestawienie zgonów w 1 AWP /lipiec 1944 - maj 1945 r./	157
Tabela 1. Choroby zakaźne wśród ludności cywilnej /lipiec 1944 - maj 1945/	73
Tabela 2. Liczba schorzeń zakaźnych wśród ludności cywilnej woj. lubelskiego	91
Tabela 3. Obłożenie PRSZZ nr 5 w okresie 8-16.08.44 roku	95

	str.
Tabela 4. Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP /lipiec-sierpień 1944 r./	98
Tabela 5. Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP /wrzesień 1944 - styczeń 1945 r./	105
Tabela 6. Liczba przeprowadzonych badań w laboratoriach PNB we wrześniu 1944 r.	106
Tabela 7. Wyniki pracy POK w m. Stara Miłocina	110
Tabela 8. Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP w lutym 1945 r.	118
Tabela 9. Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP w marcu 1945 r.	122
Tabela 10. Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP w kwietniu i maju 1945 r.	126
Tabela 11. Statystyczne liczby łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych 1 AWP	139
Tabela 12. Wykorzystanie łóżek szpitalnych w procentach	139
Tabela 13. Obłożenia szpitali zakaźnych 1 AWP przypadające na poszczególne miesiące	141
Tabela 14. Liczba łóżek w szpitalach zakaźnych 1 AWP	141
Tabela 15. Dynamika działania szpitali zakaźnych 1 AWP w okresie 1.07.1944-10.05.1945 r.	142
Tabela 16. Liczba badań bakteriologicznych, serologicznych i klinicznych przeprowadzonych przez SEG 1	143
Tabela 17. Liczba badań sanitarnohigienicznych i toksykologicznych przeprowadzonych przez SEG 1	144
Tabela 18. Liczba badań epidemiologicznych przeprowadzonych przez SEG 1	145
Tabela 19. Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 AWP /lipiec 1944 - maj 1945 r./	152
Tabela 20. Straty poniesione przez 1 AWP	155
Tabela 21. Miesięczne straty sanitarne na 1000 żołnierzy 1 AWP	156
Tabela 22. Umieralność na choroby zakaźne w 1 AWP	158
Załącznik 1. Rozmieszczenie urządzeń leczniczo-ewakuacyjnych 1 AWP wg planu z 10.12.1944r.	202
Załącznik 2. Rozmieszczenie urządzeń leczniczo-ewakuacyjnych 1 AWP w dniu 6.02.1945 r.	203
Załącznik 3. Rozmieszczenie urządzeń leczniczo-ewakuacyjnych 1 AWP w trzeciej dekadzie marca 1945 r.	204

Z A Ł A C Z N I K I

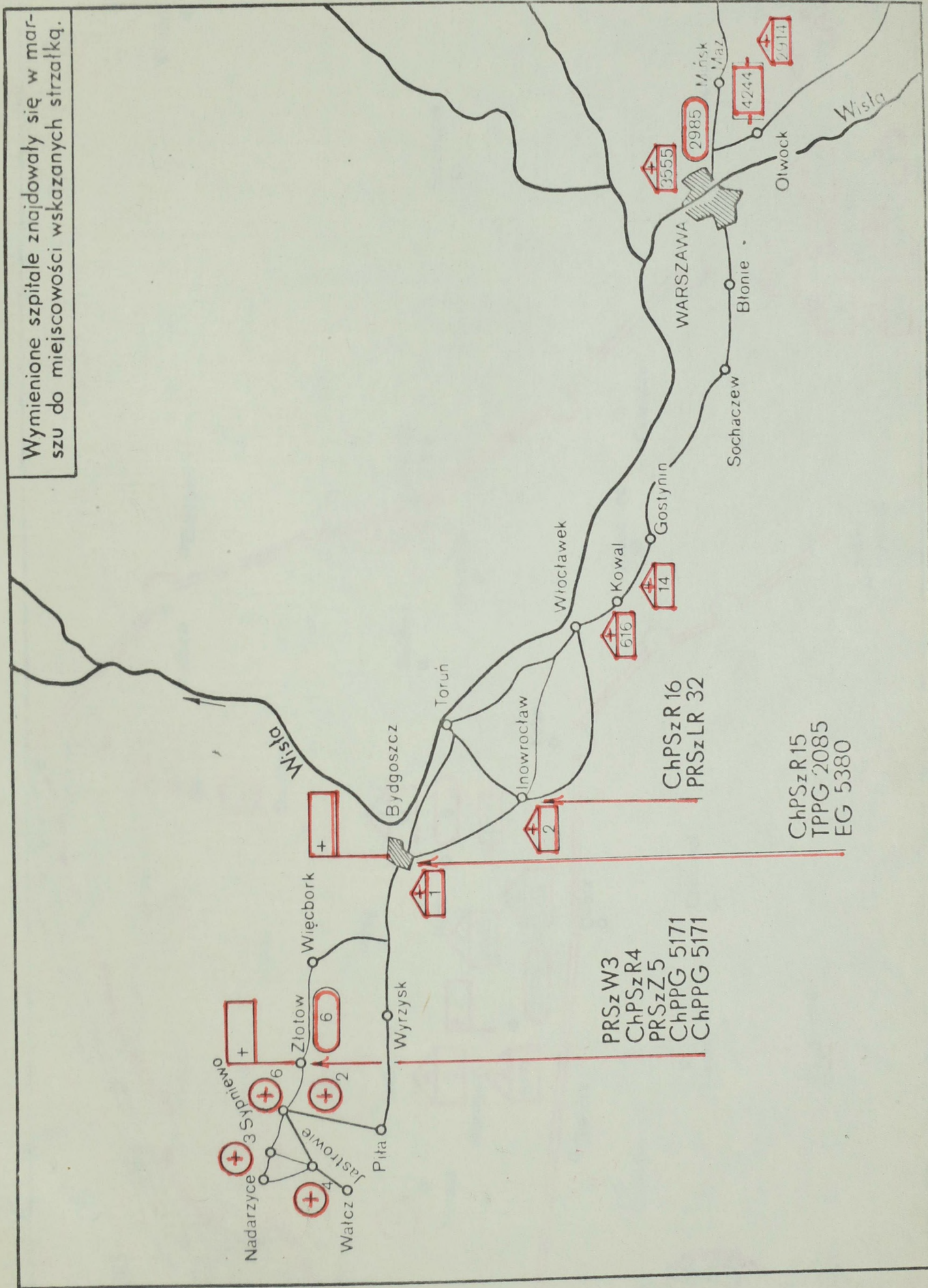
ROZMIESZCZENIE URZĄDZEN LECZNICZO-EWAKUACYJNYCH TAWP
 WEDŁUG PLANU Z 10.12.1944

Szpitaly podkreślone czerwoną kreską
 pozostały w odwodzie.

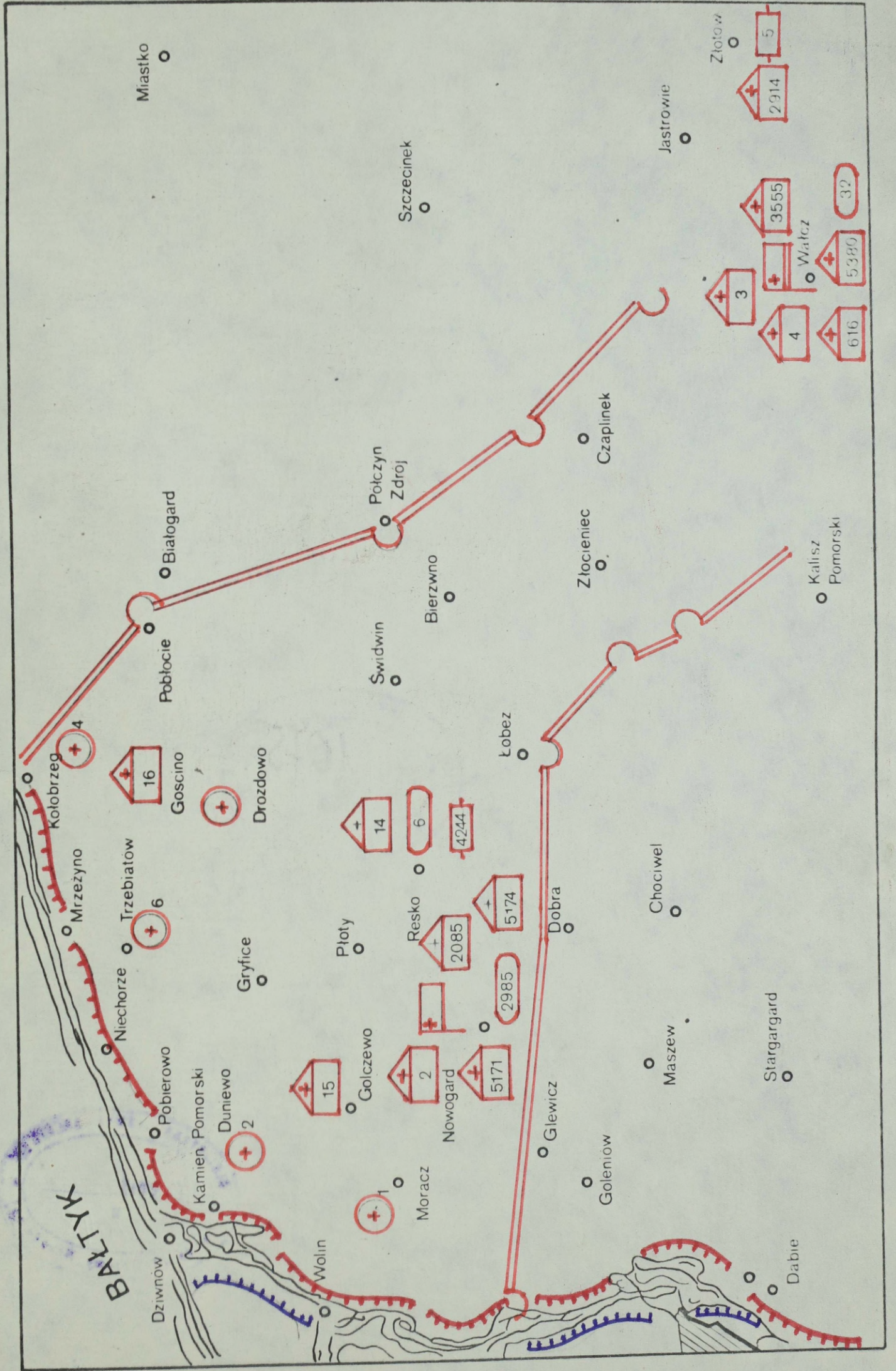


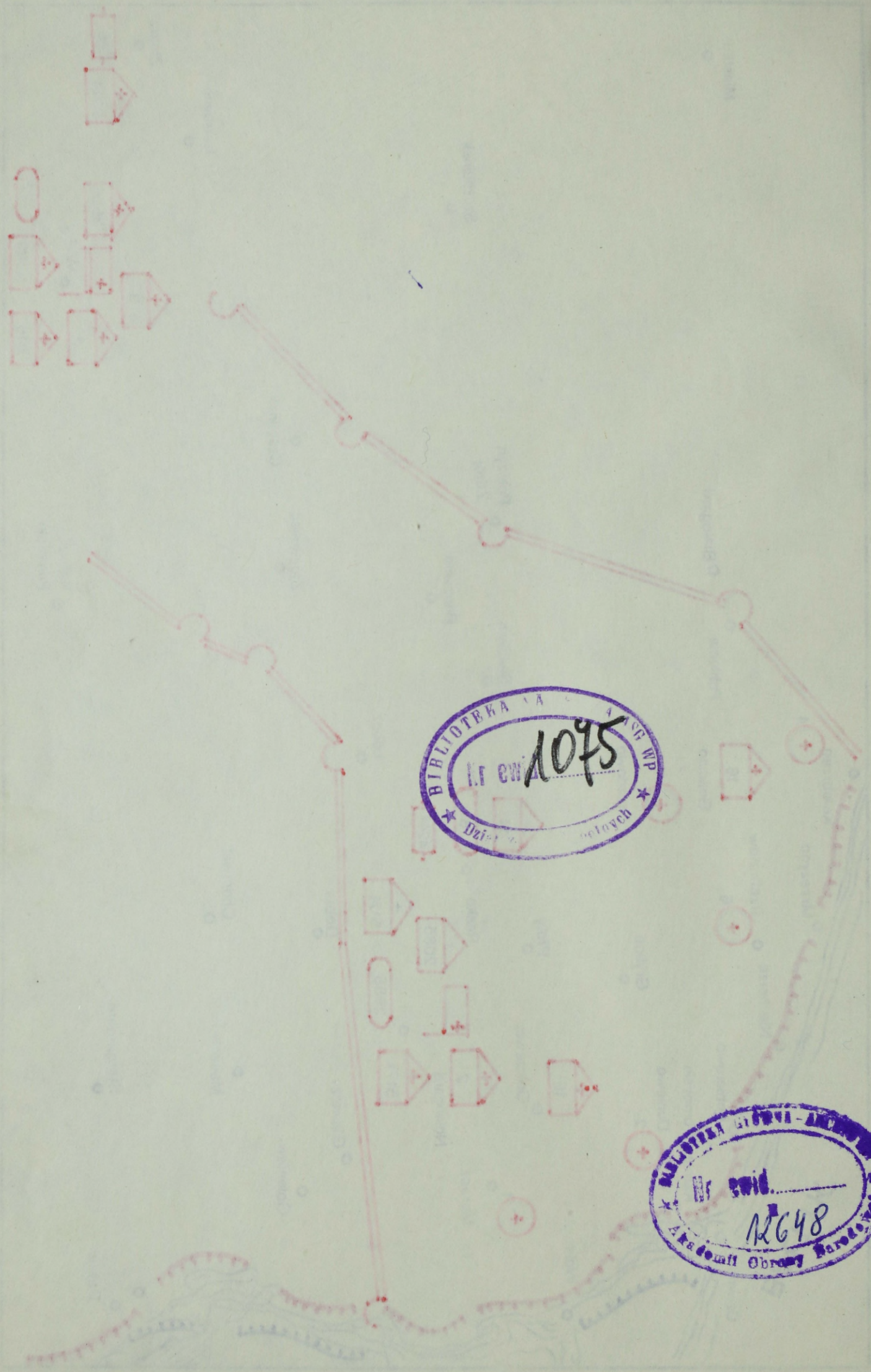
ROZMIESZCZENIE URZADZEŃ LECZNICZO-EWAKUACYJNYCH 1AWP W DNIU 6.02 1945

Wymienione szpitale znajdowały się w marszu do miejscowości wskazanych strzałką.



W TRZECIEJ DEKADZIE MARCA 1945





BIBLIOTEKA I A S P M P
I. I. SWID
1075
Dziś
Koleż

BIBLIOTEKA I A S P M P
I. I. SWID
Nr swid.
12648
Akademii Obrony Narodowej

Czytelnia